

NORSK TIDSSKRIFT FOR

LOGOPEDI



NR. 3 | OKTOBER 2019 | ÅRGANG 65

ARTIKLER OG ANDRE BIDRAG

Norsk tidsskrift for logopedi ønsker å presentere artikler og debattinnlegg som er relatert til det logopediske fagfeltet. Tidsskriftet fungerer som meldingsblad for alle medlemmer av Norsk Logopedlag, og for å kunne presentere bredden i feltet er vi avhengig av bidrag fra medlemmene. Vi er åpne for ulike faglige standpunkt. Meningsytningene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen. Videre er bidragsytere ansvarlig for innholdet i deres bidrag. Redaksjonen forbeholder seg retten til å bestemme utgivelsesdato for innlevert manuskript. Hvert nummer vil bli publisert på Norsk logopedlags internettside. Redaksjonen er svært glad for at du vil skrive i Norsk tidsskrift for logopedi. Hvis du følger noen praktiske og tekniske råd, sparer du redaksjonen for mye arbeid.

PRAKTISKE OG TEKNISKE RÅD

- 1) Artikkelen skrives i Word eller Open Office.
- 2) Artikkelen innledes med hovedoverskrift. I tillegg til hovedoverskriften kan det brukes overskrifter på to nivå. Artikkels overskrifter skal ikke være nummererte.
- 3) Artikkelen skal ha en appetittvekker på ca. 50-70 ord.
- 4) All litteratur som er brukt i artikkelen skal oppføres som kilde. Kildeliste settes i alfabetisk orden avslutningsvis i artikkelen
- 5) Lengden på artikkelen bør ikke overstige ca. 4200 ord.
- 6) Ikke bruk bindestrek ved orddeling på slutten av en linje. Linjelengden i tidsskriftet er ikke det samme som i ditt dokument.
- 7) Avsnitt markeres med dobbelt linjeskift uten innrykk. Bruk linjeskift kun ved markering av avsnitt.
- 8) Artikkelen skal ha en presentasjon av forfatter, med bilde, faglig bakgrunn, nåværende arbeidssted og e-postadresse. Den skal være på ca. 20-50 ord.
- 9) Bilder og logoer lagres i JPG, TIFF eller EPS i så stor oppløsning som mulig.
- 10) Alt sendes til redaktør på e-post redaktor.ntl@gmail.com. Ett eksemplar av bladet sendes forfatteren(e) etter publisering. Adressen bladet/bladene skal sendes til må derfor oppgis.

FORSKNINGSARTIKLER

Norsk tidsskrift for logopedi er anerkjent som et vitenskapelig tidsskrift. Dette innebærer at redaksjonen har et system for fagfelleevaluering av forskningsartikler. Vi publiserer forskningsartikler av relevans for det logopediske fagfeltet. Artiklene kan være empiriske artikler, litteraturstudier, teoretiske artikler, metodeartikler eller kasusstudier. En fagfelleordning krever tid og innsats, og det forutsettes derfor at manuskriptet ikke er innsendt til, og vurderes av, andre tidsskrifter samtidig. Artikler som publiseres i Norsk tidsskrift for logopedi vil bli gjort tilgjengelig på Norsk logopedlags hjemmesider og på Utdanningsnytt.no. Se Norsk logopedlags internettside for forfatterveiledning for forskningsartikler <http://norsklogopedlag.no/>

MATERIELLFRIST OG UTGIVELSER

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

ANNONSEPRISER PR. 01.01.2019

1/1 (183 mm b x 220 mm h) side - kr. 3.900,-
1/2 (183 mm b x 109 mm h) side - kr. 2.400,-
1/4 (183 mm b x 53,5 mm h - 90,5 mm b x 109 mm h) side - kr. 1.700,-
10 % rabatt for fire annonser på rad som bestilles samtidig.
Annonser fra regionslag i NLL er gratis.

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



STYRET I NLL

Leder Gro Nordbø
nll.norsklogopedlag@gmail.com
Tlf.: 412 15 308

Nestleder Eli Tendeland
nll.nestleder@gmail.com

Kasserer Inge Andersen
kassererNLL@gmail.com
Tlf.: 977 23 076

Sekretær Marianna Juuiværvi
nll.sekretar@gmail.com

Styremedlem Signhild Skogdal
signhild.skogdal@gmail.com
Therese Sandaker Bugaarden
heddatherese@hotmail.com

Nettansvarlig Irene van Slooten
logopedweb@gmail.com

Varamedlem Karen Greve
karenigreve@gmail.com

YRKESSETISK RÅD

Leder Torild Toft
nll.yrkesetisk@gmail.com
Medl. Helge Andersen
Medl. Ingrid Steineger Dahl
Varamedl. Erik Reichmann

FAGUTVALGET

Leder Monica Norvik
monica.norvik@statped.no
Medl. Anne-Lise Rygvold
Medl. Stian Barbo Vatland
Varamedl. Linn Stokke
Guttormsen

NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

Redaktør Jannicke Karlsen
redaktor.ntl@gmail.com
Redaksjonsmedlem
Ingvild Røste
Redaksjonsmedlem
Julie Vildgren
Redaksjonsmedlem
Jannicke Vøyne

SALGSREPRESENTANT

Monica Nakling
mnakling@online.no
Tlf.: 55 27 05 10 / 474 48 601

ARKIVARER

Kristin Ødegaard og Camilla Bome.

UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Leder Malin Ude von Schantz
Medlem Gøril Hallangen
Medlem Sine Brubak
Varamedlem Vanessa Seidler-Krone

VALGKOMITÉ

Leder Katrine Kvisgaard
Medlem Gunder Eliassen
Medlem Brit Hauglund
Varamedlem Berit Småbakk

LEDERE I REGIONSLAG

Bu-Te-Ve Siri Sandland
siri.buteve@gmail.com
Tlf.: 402 10 505

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

Oslo Ingvald E. Winsnes
leder.oslo.logopedlag@gmail.com

Møre og Romsdal
Bjarte Høydal
logopedlaget@gmail.com
Tlf.: 950 62 464

Agder
Liv Therese Norberg Haga
agderlogopedlag@gmail.com

Hedmark og Oppland
Hege Myhre Johnsrud
hege.myhre.johnsrud@lillehammer.kommune.no

Nordland Heidi Hansen
nordland.logopedlag@gmail.com

Troms og Finnmark
Berit Småbakk
beritsma@online.no
Tlf.: 911 82 401

Østfold
Veronika Trenum Berg
ostfold.logopedlag@gmail.com

Rogaland Sissel Galåen
sigala@online.no
Tlf.: 911 89 984

Trøndelag Hege Beate Bakken
hegebb@gmail.com
Tlf.: 924 44 085

Hordaland og Sogn og Fjordane
Kjersti J. Solheim
kjersti.solheim@fjell.kommune.no

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: Jannicke Karlsen – Tlf. 22 85 81 32 / 944 37 191 – redaktor.ntl@gmail.com
Redaksjonsmedlem: Jannicke Vøyne – Tlf. 995 77 269 – j-voyne@online.no
Redaksjonsmedlem: Ingvild Røste – Tlf. 480 57 974 – ingvildroste@hotmail.com
Redaksjonsmedlem: Julie Vildgren – Tlf. 988 12 682 – julie.vildgren@ude.oslo.kommune.no

Norsk Logopedlags web-side: www.norsklogopedlag.no
Nettansvarlig: Irene van Slooten – logopedweb@gmail.com

Grafisk formgiver/Trykk: Lura Trykkeri AS – Forsidefoto: Ketil Born/Samfoto
ISSN: 0332-7256

KJÆRE LESER,

nå er et nytt semester i gang og vi ønsker velkommen til nye studentmedlemmer av norsk logopedlag og nye lesere av tidsskriftet. Som dere vil se har vi to artikler som er basert på masteroppgaver i dette nummeret. Å gjøre gode masterstudier tilgjengelige for andre logopeder gjennom publisering i Norsk tidsskrift for logopedi er noe vi ønsker å støtte. I tillegg til at artiklene er basert på masteroppgaver, er det kanskje ekstra stas at de to artiklene som vi presenterer i dette nummeret har stemmevansker som tema, et tema det forskes lite på i Norge.

Jeg vil gjerne bruke denne muligheten til å minne om våre søsterorganisasjoner og avtalen som vi har med naboland om å delta på konferanser til medlemspriser. Det gjelder blant annet konferanser arrangert av Svensk intresseförening för tal och språk; SITS (www.sits.nu) i Sverige og Audiologopædisk forening; ALF (www.alf.dk) i Danmark. ALF beskriver seg selv om en faglig forening for tale-høre-leseundervisning, for fagene audiopedi og logopedi (audiologopedi), for audiologopeder og for tale-høre-lesepedagoger. De utgir et elektronisk tidsskrift med faglige og vitenskapelige artikler fire ganger årlig, men man må være medlem for å lese det. De holder kurs for medlemmene, blant annet det årlige kurset på Nyborgstrand, et kurs som er kjent for mange norske logopeder. SITS beskriver seg selv som en interesseforening for blant annet logopeder, lærere og spesialpedagoger med en spesiell interesse for tale og språk. Foreningen jobber for å spre kunnskap om språk, tale, kommunikasjon og stemme i Sverige, hovedsakelig rettet mot barn og ungdommer. Omtrent annenhver uke publiserer SITS en artikkel, kronikk eller leder, som ligger åpent på hjemmesiden deres. SITS holder sin årlige temakongress den 11. og 12. oktober i Stockholm. Det vil si at dersom man kaster seg rundt, er det fortsatt mulig å delta. Temaet er: *När det inte bara är språket – Neuro psykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), undervisning och*

lärande i förskola och skola. I fjor holdt blant annet Courtenay Norbury et innlegg på SITS' kongress. Med tillatelse fra SITS deler vi referatet som ble skrevet etter innlegget i dette nummeret av tidsskriftet. Det er to grunner til at vi velger å dele dette referatet, det ene er for at norske logopeder skal få et bilde av hva som skjer på SITS sine årlige konferanser, og det andre er at Courtenay Norbury kommer til NLLs sommerkonferanse neste år. Hun skal også ha et innlegg på et seminar om språkvansker på Institutt for spesialpedagogikk (UiO) i slutten av oktober (se kurskalenderen). Norbury er logoped og har klinisk erfaring. Hun er blant de som startet RADLD-kampanjen (*Raising Awareness of Developmental Language Disorder*) og har publisert over 60 forskningsartikler. Som dere sikkert forstår kan vi se fram til et veldig spennende innlegg fra henne på sommerkonferansen, og inntil den tid kan dere kose dere med referatet fra foredraget hennes i Stockholm sist høst.

I tillegg har vi som nevnt to spennende artikler om stemmevansker i dette nummeret. Olsen har undersøkt erfaringer med Botoxbehandling hos personer med spastisk dysfoni, og Birkeland og Gaasland har gjort en validering av selvrapporteringsverktøyet Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS). Yrkesetisk råd har et bevisstgjørende innlegg om logopeders bruk av e-post og elektroniske kontaktskjemaer, som jeg anbefaler alle å lese. I tillegg har vi både en podcast og en blogg som logopedisk tips, presentasjon av et phd-prosjekt om stamming og MR, referater, informasjon om det norske CATALISE-arbeidet, samt innlegg fra våre faste bidragsyttere, NIFS og styret i NLL.

Til sist vil jeg gjøre oppmerksom på at vi har en ny e-post-adresse til tidsskriftet, som jeg håper at alle vil bruke fremover: redaktor.ntl@gmail.com

God lesing og god høst!

Hilsen Jannicke Karlsen



Jannicke Karlsen



Julie Vildgren



Jannicke Vøyne



Ingvild Røste



Gro Nordbø

Leder Norsk logopedlag

nll.norsklogopedlag@gmail.com

Nå er høstsemesteret kommet godt i gang. I slutten av august møttes styret i NLL til arbeids- helg i Tromsø. Det er forberedelsene til neste års landsmøte som har hovedfokus, samt oppfølging av alle løpende saker. Styremøtene vil fortsatt hovedsakelig foregå på Skype, men det er også nyttig å ha fysiske møter. Disse legges i stor grad sammen med andre arrangementer hvor hele styret skal være tilstede.

Høst betyr også oppstart av nytt semester ved de ulike studiestedene for logopedi. Studentverving er godt i gang og vi ønsker alle nye medlemmer velkommen i NLL.

Utdanningsgruppen som ble nedsatt etter Landsmøtet i 2016 har jobbet effektivt. Målsettingen med denne gruppens arbeid var å:

- bidra til kvalitetssikring av grunnutdanningen i logopedi
- bidra til økt samarbeid mellom studiestedene
- sikre faglig nivålikhet

I dag ser det ut til at målsettingen godt på vei er innfridd, og NLL har foreslått at ansvaret for det videre arbeidet knyttes sterkere til studiestedene. Det jobbes fortsatt videre med muligheten for å opprette et femårig logopedstudium. NLL deltar også i arbeidsgruppen som arbeider for å utvikle en spesialistutdanning for logopeder. Dette arbeidet er også svært godt i gang. Hovedtankene rundt dette studiet ble presentert i forrige utgave av Logopeden. Nå ligger det til behandling ved universitetet. Det skal gjennom flere ledd, men det har gått gjennom i første runde ved Universitetet i Bergen, så vi ser med stor optimisme på den videre behandlingen.

Det er flere baller i luften denne høsten. Vi ser fram til at spørsmålene om å knytte næringsdrivende logopeder nærmere kommunene og utvikling av bedre samhandlingslinjer og bedre tilpasset logopedtilbud til alle som trenger det skal bli besvart, samt at søknaden om autorisasjon blir nærmere avklart i løpet av høsten. Vi tenker også at mulighet for spesialisering for logopeder styrker søknaden for autorisasjon.

I forbindelse med regjeringens arbeid for sam- menslåing av kommuner og fylker dukker det opp utfordringer for noen av NLLs regionslag. Styret vil, sammen med de berørte regionslagene, se nærmere på hvordan vi kan legge til rette for en best mulig organisasjonsmodell. For noen vil det kanskje bare være aktuelt å skifte navn, andre får ny fylkestilhørighet. Dette blir en sak som til sist vil bli behandlet på Landsmøtet i 2020.

I denne forbindelse passer det å minne om at NLL sin Sommerkonferanse og Landsmøte vil bli avholdt på Lillestrøm 11.-13. juni 2020. Forberedelsene er godt i gang, arrangementskomiteen jobber med rammene rundt hele arrangementet og fagutvalget gjør et godt arbeid for å finne gode og spennende forelesere. Sommerkonferansen er et faglig og sosialt samlingspunkt for alle medlemmene i NLL. Vi anbefaler alle å merke seg datoen, og håper at flest mulig av dere kan sette av tid til å delta på både Sommerkonferansen og Landsmøtet. Følg med på web-siden og Facebook for mer informasjon.

NLL er en stor organisasjon med styret og flere utvalg og råd. Det er mange medlemmer som gjør en betydelig innsats for NLL ved å påta seg ulike verv. Valgkomiteen er i gang med å få oversikt over verv som blir ledige, noe som åpner mulighet for nye, motiverte medlemmer å kunne få gjøre en innsats for NLL. Vi oppfordrer derfor regionlagsledere å innhente tips om gode kandidater.

Det foregår også et stort arbeid rundt omkring i regionslagene. Styret oppfordrer alle medlemmene om å støtte opp om sitt regionslag og delta på medlemsmøter og kurs i deres regi. Uformelle møteplasser hvor fagfolk møtes gir gode muligheter til å oppdatere hverandre på faglige spørsmål, og til å gi og få tips om gode metoder som fungerer.

Styret ønsker lykke til med arbeidet i regionslag, utvalg og råd, og ønsker alle medlemmene en nydelig høst!

Gro Nordbø, leder NLL

NORSK LOGOPEDLAGS SOMMERKONFERANSE

Thon Hotel Arena, Lillestrøm 11.–13. JUNI 2020

...er en strålende mulighet til faglig oppdatering hvor sentrale fagfolk vil forelese om blant annet språkvansker, løpsk tale, talepraksi og dysfagi.

Du vil møte både norske og internasjonale forelesere, blant annet prof. **Courtenay Norbury** (språkvansker), prof. **Vicky Joffe** (narrativer) og dr. **Kathleen Scaler Scott** (løpsk tale). Det vil også være presentasjoner av flere norske kartleggingsinstrumenter (DIFFKAS og DIAS) og intervensjonsprogrammer (ShapeCoding). Alle vil snakke om praktiske konsekvenser av forskningen sin, om kliniske erfaringer eller ha workshops med konkrete arbeidsmetoder. Det vil med andre ord være stort fokus på temaer som er relevante for din logopediske arbeidshverdag i årets program.

Nytt av året er SpeechMeet. Dette er en uformell sammenkomst hvor alle inviteres til å dele praktiske erfaringer fra arbeidshverdagen sin over et glass øl/vin. Mer informasjon kommer ved påmelding.

Programmet kommer i desembernummeret og da åpner også påmeldingen.

**Hold av datoen
11.–13. juni 2020!**

CELF-4

CELF-4 er den første språktesten i sitt slag og tilbyr en fleksibel og allsidig vurderingsprosess for å identifisere, vurdere og følge opp språklige vansker hos barn i alderen 5–12 år.





Elise Olsen

Jeg er utdannet logoped ved Universitetet i Oslo. For tiden jobber jeg hos Drammen Logoped-tjeneste AS. Jeg er også nestleder i Bu-Te-Ve Logopedlag.

olsen_elise@hotmail.com

OPPLEVELSER AV BOTOXBEHANDLING VED SPASTISK DYSFONI

Spastisk dysfoni er en kronisk, sjelden neurologisk stemmevanske. Behovet for behandling med botulinumtoksin (Botox) varer livet ut. Det er lite forskning på feltet i Norge. Formålet med denne studien var å undersøke hvordan personer med spastisk dysfoni opplever behandling med Botox. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen viser at spastisk dysfoni kan ha stor innvirkning på personers liv, og at de fleste mener at behandlingen er effektiv og øker deres livskvalitet. Artikkelen er skrevet som en del av masteroppgaven til Olsen (2018).

INTRODUKSJON

Spastisk dysfoni (SD) er en sjelden neurologisk stemmevanske. Det antas at diagnosen forekommer hos rundt 51 av 1 million mennesker (Loven, Brøndbo, Ganes, Tveterås & Frydenbø, 1994). Diagnosen karakteriseres av at muskulaturen i strupehodet gir ufrivillig økt bevegelse, dystoni, i stemmebåndene grunnet svekket nerveforsyning til strupehodet (Lindestad, 2008). SD deles i to typer. Adduktortype karakteriseres ved at stemmen er anstrengt, hakkete, presset og preget av avvikende fonasjon (Lindestad, 2008). I rundt 25 % av tilfellene følger tremor som gir skjelvinger i stemmen. Ved abduktortype lukkes ikke stemmebåndene tilstrekkelig. Stemmen blir svak, klangfattig og lekkende med fonasjonsbrudd (Lindestad, 2008). Omlag 90 % har adduktortype (van Esch, Wegner, Stegeman & Grolman, 2016). Samtlige i denne studien har denne typen. Årsakene til SD er fortsatt ukjent, men forskning antyder at problemet ligger i sentre i hjernen som styrer musklens lengde og styrke ved bevegelse (Lindestad, 2008). SD forekommer oftere hos kvinner enn menn og oppstår som oftest ved rundt 50 års alder (Lindestad, 2008). Diagnosen er kronisk, men symptomene kan reduseres ved behandling med botulinumtoksin (Botox), som er den mest anvendte behandlingsmetoden. I tillegg utføres kirurgi (Baylor, Yorkston, Eadie og Maronian, 2007; Lindestad, 2008). Logopedisk behandling har vist seg å være nyttig for enkelte ved at det reduserer vanskene og øker stemmekontrollen (Haselden, Powell, Drinnan & Carding, 2009). Studien av Haselden et al. (2009) nevner

imidlertid ingenting om hva slags logopedisk behandling som har vist seg å være nyttig.

Behandlingen av SD utføres ved injisering av Botox i musklene rundt stemmebåndene (Lindestad, 2008). Dette gjør musklene mindre spente slik at symptomene reduseres (Baylor et al., 2007). Dosen som injiseres tilpasses pasienten (Novakovic, Waters, D'Elia & Blitzer, 2011). Avhengig av omfanget av diagnosen injiseres Botox enten bilateralt (på begge sider) eller unilateralt (på en side) av stemmebåndene (Lindestad, 2008). Behandlingen bør kun utføres av øre-nese-hals-leger med spesialkompetanse på området (Shewell, 2009). I Norge er det kun et fåtall sykehus som utfører Botoxbehandling for SD. Effekten av Botox varer i gjennomsnitt tre måneder før ny injeksjon behøves og behovet for Botoxbehandling varer livet ut (Nigam & Nigam, 2010). Det er ikke registrert alvorlige bivirkninger ved medisinsk behandling med Botox. De mest vanlige bivirkningene etter behandling mot SD er svak, luftfylt stemme samt lette svelgevansker (Baylor et al., 2007). Bivirkningene er forbigående. Botox er et kontroversielt stoff da det er et av de giftigste biologiske stoffene som er kjent (Nigam & Nigam, 2010). Likevel tåler de aller fleste Botox og det anses som en trygg behandling da mengden Botox som anvendes medisinsk er såpass liten at den ikke er skadelig for mennesker.

Det er gjort noen kvalitative studier av psykososiale konsekvenser av SD og Botoxbehandling.

En studie av Baylor et al. (2007) peker på at informantene opplever stor psykisk belastning av å ha en kronisk diagnose. SD fører ofte til ekstrem tretthet i stemmen og det å snakke kan være en stor psykisk og fysisk påkjenning. Dette resulterer i at mange unngår å bruke stemmen og dermed unngår sosiale situasjoner. Slik sett påvirkes ofte arbeidsevne (Lindestad, 2008), og en annen kvalitativ studie viser at flere kompenserer for dette ved å bruke alternative kommunikasjonsformer fremfor å snakke (Baylor et al., 2005). Flere studier undersøker effekten av behandlingen i forbindelse med livskvalitet der Voice Handicap Index (VHI) og Voice-related quality of life (V-RQOL) ble benyttet sammen med objektive målinger av stemmekvalitet (Novakovic et al., 2011; Paniello, Barlow & Serna, 2008; Rubin, Wodchis, Spak, Kileny & Hogikyan, 2004). Studiene viser at Botoxbehandling førte til en signifikant økning i skårene ved V-RQOL, men at effekten var moderat. Grunnen til dette er at det finnes tre faser etter Botoxbehandlingen (Paniello et al., 2008). Den første fasen er preget av bivirkninger som luftfylt stemme og svelgevansker. Selve effekten av injeksjonen oppleves i den andre fasen. I den tredje fasen avtar effekten og symptomene på SD fremtrer gradvis. Slik sett har mange med SD et ambivalent forhold til Botoxbehandling ved at de fleste føler stor lettelse når effekten fremtrer, men at periodene utenom dette kan være svært belastende fysisk og psykisk (Baylor et al., 2007).

Formål og bakgrunn

Denne studien tar sikte på å undersøke personers opplevelse av Botoxbehandling ved diagnosen spastisk dysfoni. Diagnosen er lite forsket på i Norge. Derfor har det lenge vært stort behov for kompetanseheving og nyere forskning på området blant ulike faggrupper som møter personer med SD. Dette gjelder leger, logopeder, arbeidsgivere og andre relevante personer. Norske studier peker på Botox som behandlingsalternativ ved diagnosen SD, men tar i liten grad opp pasientens subjektive opplevelse med diagnosen og selve Botoxbehandlingen (Loven et al., 1994; Loven & Brøndbo, 1993). Artikkelen utforsker sistnevnte og kartlegger deltakernes subjektive opplevelse av behandlingens effekt samt om den øker deres livskvalitet. De potensielle implikasjonene med denne studien vil være en bedre forståelse av de ulike aspektene personer med SD daglig lever med samt behandlingens innvirkning på deres liv.

METODE

For å belyse problemstillingen ble kvantitativ metode med et ikke-eksperimentelt design benyttet. Survey i form av

spørreskjema ble anvendt for datainnsamling. Et informasjonsskriv ble vedlagt spørreskjemaet. Inklusjonskriteriene omfattet personer over 18 år som hadde fått diagnosen spastisk dysfoni og fått Botoxbehandling minst en gang i løpet av de siste ti årene. Rekruttering av informanter foregikk i samarbeid med et sykehus som utfører behandlingen. Sykehuset har tilgang til pasientlister som omfatter mange år tilbake i tid. Ut fra denne listen ble utvalget håndplukket av overlegen som utfører behandlingen for å utelukke personer som ikke tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Det var tilfeldig at samtlige deltakere i studien hadde adduktortype, men det var også forventet da denne typen som nevnt er mest utbredt. Diagnosen er utfordrende å stille, og mange blir dermed feildiagnostisert (Shewell, 2009). Derfor var det naturlig å utelukke enkelte deltakere som lå i grenseland med tanke på diagnosen SD. Utvalget er kun rekruttert fra ett sykehus i landet og er således ikke trukket vilkårlig fra målpopulasjonen, men basert på den mest tilgjengelige populasjonen (Lund, 2002). For å ivareta sykehusets taushetsplikt ble spørreskjemaet, informasjonsskrivet samt en svarsendingskonvolutt sendt til pasientene i sykehusets frankerte konvolutter.

Spørreskjemaet bestod i stor grad av lukkede spørsmål, og inneholdt en balanse mellom faktaspørsmål, skalerings-spørsmål og spørsmål med svaralternativer samt mulighet for subjektive formuleringer. I spørreskjemaet ble det valgt spørsmål og temaer som kan belyse forskjellige sider ved det å leve med SD og motta Botoxbehandling for det. Fokuset var yrkessituasjon, psykisk helse, sosialt liv, tanker angående behandlingen, smerter/ubehag samt bivirkninger og effekt av selve behandlingen og livskvalitet. Underveis ble noen spørsmål fjernet og tilføyet etter samarbeid med en overlege som utfører behandlingen og to logopeder som jobber med pasientgruppen. For å hindre innsamling av personopplysninger, ble spørsmålene som inneholder indirekte identifiserbare opplysninger utarbeidet i samarbeid med Norsk senter for forskningsdata. Dette gjelder spørsmål om alder, hvor lenge de har hatt SD og hvor lenge de har mottatt Botoxbehandling. Dermed var ikke prosjektet meldepliktig.

Analyse av dataene ble gjennomført ved bruk av kommersielt tilgjengelig programvare (SPSS). Svaralternativene ble forhåndskodet i SPSS. Analyse av de potensielle ulikheter mellom dataene er gjort ved å regne ut frekvens og prosent. Fremstilling av data er gjort ved bruk av tabeller og grafer henholdsvis laget i programmene SPSS og Word.

RESULTATER OG DISKUSJON

Totalt 40 personer oppfylte inklusjonskriteriene og ble invitert til å delta i studien. Av disse var det 28 som besvarte spørreskjemaet. Det gir en svarprosent på 70 %. Av 28 personer var 19 (68 %) kvinner og 9 (32 %) var menn. Fordelingen av kjønn ses i sammenheng med at diagnosen oftere rammer kvinner enn menn (Lindestad, 2008). Dette samsvarer med Novakovic et al. (2011) der 72,2 % i utvalget var kvinner og 27,8 % var menn.

Oversikt over alder, antall år med diagnose samt behandling

De tre første spørsmålene omhandlet alder, hvor lenge vedkommende hadde hatt diagnosen SD og hvor lenge vedkommende hadde mottatt behandling med Botox. 19 (68 %) av deltakerne i studien er mellom 41-63 år, hvorav 13 (68 %) er kvinner og 6 (32 %) er menn. 9 (32 %) er mellom 64-86 år, hvorav 6 (67 %) er kvinner og 3 (33 %) er menn. En kunne forventet at en større del av utvalget ville befinne seg i kategorien mellom 64-86 år da debutalder vanligvis er rundt 50 år og behovet for behandling er livsvarig (Lindestad, 2008).

Tabell 1: Antall år med diagnose og behandling.

Hatt diagnosen	N	%
0-15 år	16	57
16-31 år	7	25
32-47 år	3	10
48 år eller lengre	1	4
Husker ikke/vet ikke	1	4
Total	28	100

Fått behandling	N	%
0-15 år	20	21
16-31 år	7	25
32-47 år	1	4
Total	28	100

Én person har svart at han/hun har fått behandling i 32-47 år, til tross for at behandlingen bare har vært tilgjengelig i Norge siden begynnelsen av 90-tallet (Loven & Brøndbo, 1993). Den ene personen som har hatt diagnosen i 48 år eller mer kan ha vært en av de første som mottok behandlingen, og dermed svart omtrentlig på spørsmålet. Det er også

tenkelig at vedkommende har fått behandling i utlandet før tilbudet kom til Norge. De store alderskategoriene gjør det vanskelig å svare på om pasientene har fått behandling fra de fikk diagnosen, eller om enkelte har måttet vente. Det kan tenkes at noen har hatt diffuse symptomer som gjør at diagnosen ikke ble klar før etter noen år etter faktisk fremtredelse, og dermed har måttet vente på riktig behandling.

Betydningen av SD og Botoxbehandling for yrkessituasjon

Spastisk dysfoni kan ha negativ innvirkning på arbeidsevne (Lindestad, 2008). Fire spørsmål omhandlet yrkessituasjon, stillingsprosent, om yrkessituasjon skyldtes SD og om Botox er avgjørende for at vedkommende kan være i arbeid. I tabell 2 er deltakernes yrkessituasjon, diagnosens påvirkning på dette samt Botoxbehandlingens betydning for arbeidsevne sammenfattet. Her er kun 22 av 28 informanter presentert i tabellen da de resterende seks var pensjonister.

16 er yrkesaktive hvorav 11 jobber 100 % og fem har redusert stilling. Av de fem som jobber redusert, svarer tre at yrkessituasjonen skyldes SD. En person er arbeidsledig og mener det skyldes SD. Fem er trygdet hvorav tre mener at det skyldes SD. Det kan tyde på at SD kan ha store innvirkninger på en persons yrkessituasjon og at omfanget av diagnosen kan være såpass omfattende at enkelte opplever å måtte jobbe i redusert stilling, være arbeidsledig eller trygdet som en konsekvens. Samtidig tydeliggjøres betydningen av Botoxbehandlingen. Av 16 yrkesaktive uavhengig av stillingsprosent, mener fem at Botox i ingen grad er avgjørende for arbeidsevne, mens 12 mener at Botox i noen, stor eller svært stor grad er avgjørende. Deltakernes yrkesvites ikke, og yrkets stemmekrav vil naturligvis spille inn på utfallet av svarene.

Botoxbehandlingens betydning for psykisk helse

Her ble deltakerne spurt om de opplever at SD har ført til psykiske plager og/eller lidelser og om Botoxbehandlingen i en eller annen grad bedrer dette. Innholdet i disse to begrepene (psykiske plager og psykiske lidelser) er i tråd med Folkehelseinstituttets definisjon. I spørreskjemaet ble psykiske plager derfor definert som symptomer som påvirker en persons trivsel, hverdag, gjøremål og sosialt liv, men som ikke er så omfattende at det kvalifiserer til en diagnose (Folkehelseinstituttet, 2018). En kan dermed anta at informantene som i en eller annen grad har svart at de har fått plager som følge av SD har opplevd en eller flere av de nevnte symptomene. Uavhengig av grad, opplever til sammen 24 av 28 personer at de i en eller annen grad har

Tabell 2: Yrkessituasjon og bakenforliggende faktorer.

Yrkessituasjon	Stillingsprosent	Skyldes SD yrkessituasjon	Botox avgjørende for arbeidsevne	N
Arbeidsledig	-	Ja	-	1
Trygdet	-	Ja	-	3
Trygdet	-	Nei	-	1
Trygdet	-	Vet ikke	-	1
Yrkesaktiv	50 %	Ja	Ingen grad	1
Yrkesaktiv	70 %	Ja	I svært stor grad	1
Yrkesaktiv	70 %	Vet ikke	Ingen grad	1
Yrkesaktiv	80 %	Ja	I svært stor grad	1
Yrkesaktiv	90 %	Vet ikke	Ingen grad	1
Yrkesaktiv	100 %	-	Ingen grad	2
Yrkesaktiv	100 %	-	I noen grad	2
Yrkesaktiv	100 %	-	I stor grad	5
Yrkesaktiv	100 %	-	I svært stor grad	2

Tabell 3: Botoxbehandlingens betydning for psykisk helse.

Psykiske plager	Botox bedrer plager	N	Psykiske lidelser	Botox bedrer lidelser	N
Ingen grad	-	4	Ingen grad	-	13
I liten grad	I liten grad	1	I liten grad	I liten grad	1
I noen grad	I liten grad	1	I liten grad	I noen grad	1
I noen grad	I noen grad	4	I liten grad	I stor grad	2
I noen grad	I stor grad	3	I noen grad	I noen grad	5
I noen grad	I svært stor grad	2	I noen grad	I stor grad	2
I stor grad	Ingen grad	2	I stor grad	Ingen grad	1
I stor grad	I noen grad	6	I stor grad	I noen grad	3
I stor grad	I stor grad	2			
I stor grad	I svært stor grad	1			
I svært stor grad	I noen grad	1			
I svært stor grad	I stor grad	1			
Total		28			28

fått psykiske plager. Dette er et høyt antall og kan gjenspeile de psykososiale konsekvensene av SD som tidligere er nevnt, for eksempel stor psykisk belastning, unngåelse av sosiale situasjoner, arbeidsevne samt behov for alternative kommunikasjonsformer (Baylor et al., 2007; Lindestad, 2008; Baylor et al., 2005). Av disse 24 personene, mener tre (12,5 %) at Botox i ingen eller liten grad bedrer plagene, 12 (50 %) svarer i noen grad, ni (37,5 %) svarer i stor eller svært stor grad.

I spørreskjemaet ble psykiske lidelser definert som lidelser med symptomer som er så omfattende at det kvalifiserer til en diagnose (Folkehelseinstituttet, 2018). En kan dermed anta at informantene som i en eller annen grad har svart at de har fått lidelser der SD har vært en medvirkende faktor, har opplevd å få en diagnose. Uavhengig av grad, har til sammen 15 personer i en eller annen grad fått psykiske lidelser, altså rett over halvparten av utvalget. Av disse 15 personene, mener to (14 %) at Botox i ingen eller liten grad

bedrer plagene, ni (60 %) svarer i noen grad og fire (26 %) svarer i stor grad. Forekomsten av psykiske lidelser er lavere enn psykiske plager, og det ser også ut til at Botox-behandling reduserer psykiske plager mer enn lidelser. Dette er ikke overraskende tatt i betraktning at psykiske lidelser er mer omfattende enn psykiske plager.

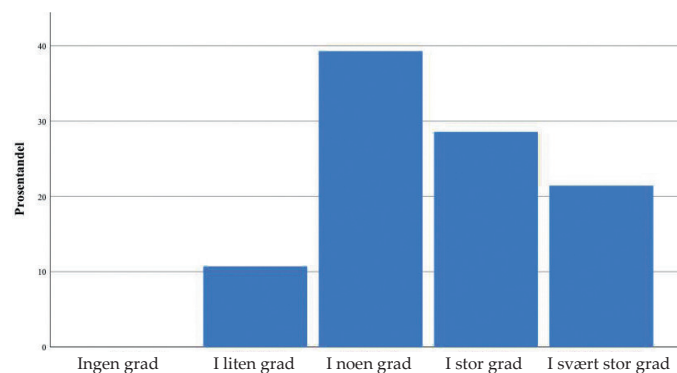
Sosialt liv

På spørsmål om sosialt liv skulle respondentene svare på om de unngår sosiale situasjoner og eventuelt hvilke. Sosiale situasjoner var en mer overordnet kategori som inkluderte sosiale sammenhenger, jobbrelevante sammenhenger, daglige gjøremål og annet. Sistnevnte åpnet for subjektive formuleringer. Sosiale sammenhenger ble i spørreskjemaet eksemplifisert som fest, shopping, kafé og fritidsaktiviteter, og det var dette deltakerne måtte forholde seg til når de svarte. 24 av 28 personer svarer at de unngår sosiale situasjoner. Av 24 som unngår sosiale situasjoner, svarer 14 at de unngår sosiale sammenhenger. 16 svarer at de unngår jobbrelevante sammenhenger (møter, telefonmøter, fremlegg, kontakt med ulike parter). 10 av disse 16 er yrkesaktive. En er arbeidsledig og som vist i tabell 2 er dette på grunn av SD, noe som samsvarer med at vedkommende unngår jobbrelevante sammenhenger. To er pensjonister og tenkte muligens tilbake på yrkeslivet da de svarte på dette spørsmålet. To er trygdet hvorav en mener yrkessituasjonen skyldes SD, mens en ikke mener det.

13 svarer at de unngår daglige gjøremål (snakke i telefon, gå i butikken, offentlig transport). Seks av 24 har krysset av for at de unngår samtlige sosiale situasjoner. Dette antyder at SD har stor innvirkning på deres sosiale liv og hverdag. I så måte kan en se en sammenheng mellom dette og psykiske plager og/eller psykiske lidelser (Shewell, 2009).

Det er også interessant å se på informantenes kommentarer til temaet. En skriver at SD var et mye større problem som yrkesaktiv enn som pensjonist, mens en annen unngår sosiale situasjoner når behandlingen ikke virker. En unngår ikke sosiale situasjoner da behandlingen fungerer bra, men vedkommende unngikk jobbrelevante sammenhenger de første to årene før behandling. En skriver at alle situasjoner med bakgrunnsstøy unngås i størst mulig grad og at telefon er vanskelig. En mener at SD i de første årene i stor grad førte til psykiske lidelser, blant annet depresjon og selvmordstanker. I dag er den psykiske helsen bedre, men vedkommende unngår fortsatt sosiale situasjoner. En utdyper at SD har medført isolasjon, sosial angst og mye uro. Vedkommende ønsker ikke å delta i samtaler, og

mener det er utfordrende å planlegge ferie eller annen aktivitet av sosial karakter på grunn av usikkerhet rundt behandlingens effekt. Videre kommenterer vedkommende at behandlingen enkelte ganger kan drøye opptil tre måneder grunnet lite kapasitet hos behandler, ferie-avvikling eller sykdom.



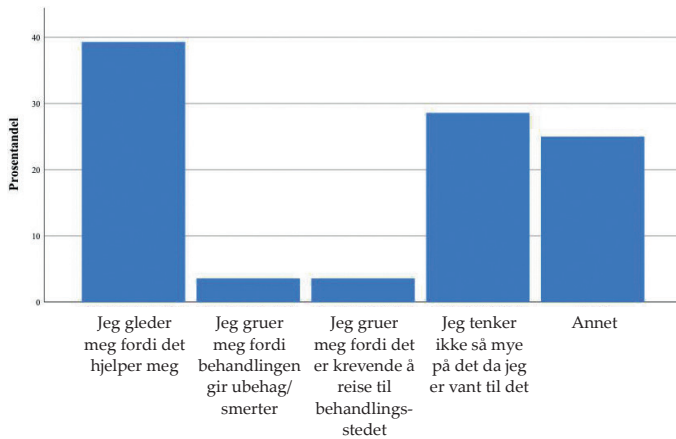
Figur 1: Informantenes opplevelse av Botoxbehandlingens betydning for å takle sosiale situasjoner.

Av de 24 som unngår sosiale situasjoner i en eller flere former, svarer en at behandlingen bedrer dette i liten grad. 11 svarer i noen grad, åtte svarer i stor grad og fire svarer i svært stor grad. I tillegg har de fire som svarte nei på at de unngår sosiale situasjoner svart at behandlingen gjør at de takler sosiale situasjoner bedre. Dermed kan en anta at de ikke unngår sosiale situasjoner på grunn av behandlingen, men det kan tenkes at uten behandling kunne de svart ja på dette spørsmålet.

Tanker angående gjennomføringen av behandlingen

På de neste spørsmålene skulle deltakerne krysse av for det alternativet som passet best selv om de kunne føle på flere ting knyttet til behandlingen. De som ønsket å utdype, svarte med egne ord i boksen «annet». Det er få sykehus i Norge som utfører Botoxbehandling for SD og det er sannsynlig at dette vil medføre utfordringer for de som bor langt unna. Det at Botox injiseres med en sprøyte i halsen, kan føre til ulike tanker om selve gjennomføringen av behandlingen (Baylor et al., 2007).

På tanker angående gjennomføringen av behandlingen svarer 19 at de gleder seg fordi det hjelper eller at de ikke tenker så mye på det da de er vant til det. To personer svarer at de gruer seg på grunn av smerter/ubehag eller at reisen til behandlingssted er krevende.



Figur 2: Informantenes tanker angående gjennomføringen av behandlingen.

«Annet» ble spesifisert slik: En mener det kan være utfordrende med tanke på jobb og at reisen er krevende, men at det er verdt det. En skriver at det ville vært forferdelig å miste dette tilbudet da det er det eneste som fungerer, mens en annen angrer på å ha startet med behandling så tidlig da vedkommende tenker at det ville vært viktig å få «hele seg i balanse» før oppstart. Reisen var krevende og behandlingen ble avsluttet for noen år siden. Vedkommende sliter fortsatt med stemmen, og føler at dårlig tale-mønster (kompensasjon) har satt seg i kroppen. En er spent på om behandlingen fungerer da effekten kan variere hvis injeksjonen ikke treffer optimalt. En sluttet med behandling i 2016 grunnet store oppturer psykisk ved at stemmen bedret seg etter behandling, men det ble desto verre når symptomene vendte tilbake. Det ble for store svingninger psykisk, og vedkommende får større effekt av logopedisk hjelp. En har i tillegg til Botoxbehandling fått nytte av logopedisk hjelp for å få sterkere og tydeligere stemme uten spasmer, men nevner at det krever enorm egeninnsats. En beskriver de tre fasene som Paniello et al. (2008) refererer til, og oppgir at første fase er preget av svak stemme, andre fase er bra og tredje fase er preget av større vansker før ny behandling utføres. I tillegg må vedkommende reise åtte timer tur/retur til behandlingssted, men mener at gevinsten er stor. På bakgrunn av fasene har vedkommende svart «i noen grad», men nevner at svaret ville vært «i stor grad» dersom andre fase varte lenger.

Smerter/ubehag og bivirkninger knyttet til Botoxbehandling

Her skulle deltakerne svare på om de opplevde smerter/ubehag ved Botoxbehandlingen og eventuelt når. Åtte av

informantene opplever ubehag/smerter knyttet til behandlingen. Syv opplever ubehag/smerter ved selve injeksjonen (sprøytetikket). En utdyper at det er mer ekkelt enn smertefullt, mens en opplever smerter når sprøyten treffer feil. Selve sprøytetikket kan være utfordrende da behandler leter etter muskelen og derfor beveger sprøyten frem og tilbake. Dersom behandler ikke lykkes i å finne muskelen (ved å lytte gjennom elektromyografi) tar vedkommende ut sprøyten og stikker på nytt. Dette kan være grunnen til at enkelte opplever smerter/ubehag ved behandling.

Videre skulle deltakerne svare på om de opplevde bivirkninger, eventuelt hvilke bivirkninger samt tidsperspektivet på disse. 26 av 28 svarte at de opplevde bivirkninger av Botoxbehandlingen.

Tabell 4: Opplevde bivirkninger av Botoxbehandling.

Type bivirkning	N	%
Svak/hes stemme	26	100
Klumpfølelse i halsen	1	4
Følelse av å svelge feil	13	50
Annet	5	19

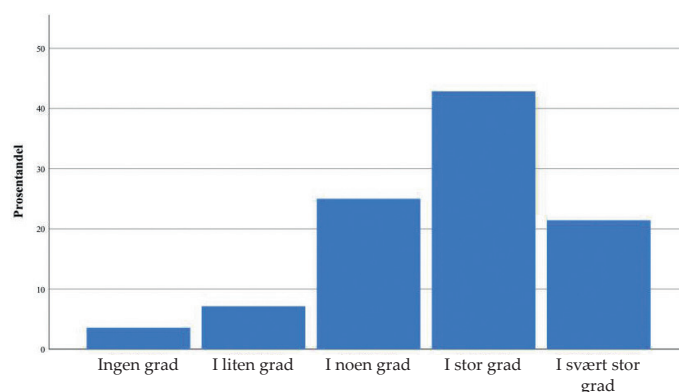
Bivirkningenes varighet	N	%
0-2 uker	17	65
2-4 uker	6	23
4-6 uker	1	4

Av de 26 som rapporterte bivirkninger opplevde samtlige at stemmen blir svak/hes, mens nær halvparten opplevde følelsen av å svelge feil. Ifølge Novakovic et al. (2011) er den lengste rapporterte varigheten av svak/hes stemme og lette svelgevansker åtte uker. I spørreskjemaet ble svelgevansker eksemplifisert som følelsen av å svelge feil fordi dette kan være mer identifiserbart enn svelgevansker. Gjennomsnittsvarigheten for svak/hes stemme var 10,3 dager og gjennomsnittsvarigheten for svelgevansker var syv til fjorten dager (Novakovic et al., 2011), noe som samsvarer med at 17 (65 %) i denne studien svarte at bivirkningene varte i 0-2 uker. Samtidig kan altså enkelte oppleve lengre perioder med bivirkninger (Novakovic et al., 2011), noe som også vises i tabell 4. En person spesifiserer opplevelsen av tidvis svak/hes stemme, følelsen av å svelge feil i en uke og hosting i 4-6 uker etter injeksjon. To personer krysset av for at svak/hes stemme varte i 6 uker

eller lengre. Av andre bivirkninger spesifiserer en person at det kan forekomme hosting, svimmelhet, langsam tale og ørhet ved å ytre lange setninger, og at intonasjon kan være utfordrende noen uker etter behandling. En skriver at det er fantastisk å våkne med svak/hes stemme dagen etter injeksjon da det er mye lettere å snakke.

Subjektive opplevelser av behandlingens effektivitet

I en metaanalyse gjort av van Esch et al. (2016) kommer det frem at flere studier viser positiv effekt av Botoxbehandling for SD, både med objektive og subjektive mål. Basert på ulike grader skulle deltakerne i denne undersøkelsen svare på hvor effektiv de mener behandlingen er.

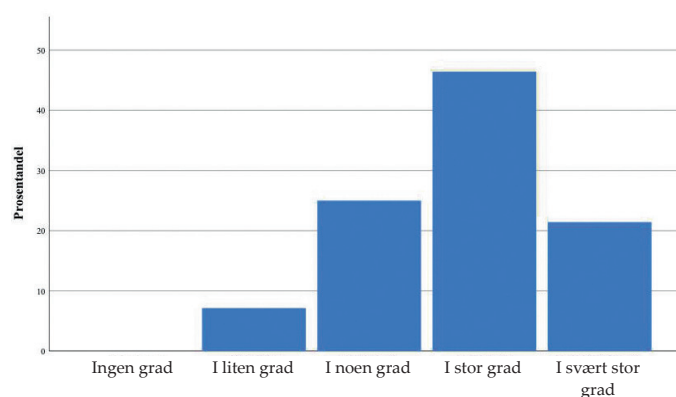


Figur 3: Informanternes opplevelse av Botoxbehandlingens effektivitet.

Kun en person svarte at behandlingen i ingen grad er effektiv. Ni svarte i liten eller noen grad. 18 mener at behandlingen i stor eller svært stor grad er effektiv. Dette kan vitne om at flesteparten synes det er verdt å gjennomføre behandlingen til tross for de ulike ulempene som har vært nevnt. Det sier noe om hvor viktig behandlingen er for personer med SD. Grunnen til at tre personer svarte at behandlingen i ingen eller liten grad er effektiv, vites ikke. Det er mulig at disse personene har vært uheldige med behandlingene. Eksempler kan være at behandler ikke har truffet optimalt eller at de har utviklet antistoffer (Nigam & Nigam, 2010). Tabell 4 viser at bivirkninger kan vare lenge. Generelt sett varer effekten av Botox i rundt 12 uker før symptomene på SD gradvis kommer tilbake og ny injeksjon behøves (Nigam & Nigam, 2010), noe som kan gå utover den samlede opplevelsen av effekten. Ifølge Baylor et al. (2007) kan enkelte oppleve at stemmeproblemet er borte i perioden de opplever mest effekt og dermed bli skuffet og nedstemt når symptomene vender tilbake.

Botoxbehandlingens betydning for livskvalitet

En longitudinell studie gjort av Paniello et al. (2008) undersøkte om livskvaliteten hos personer med SD økte etter Botoxinjeksjoner. Resultatene viste en signifikant økning i skårene basert på instrumentet V-RQOL. Enkelte opplevde godt utbytte av injeksjonene, men gjennomsnittet tilsa at injeksjonene ga moderat økning av livskvalitet. Dette samsvarer med resultatene Novakovic et al. (2011) viser til: generell økning av livskvalitet med behandling i forhold til ingen behandling. Deltakerne i denne studien skulle krysse av for i hvilken grad de mener behandlingen øker deres livskvalitet. I spørreskjemaet ble ikke livskvalitet definert, og deltakerne kan dermed ha lagt forskjellig innhold i begrepet ut fra individuelle forutsetninger.



Figur 4: Informanternes opplevelse av Botoxbehandlingens bedring av livskvalitet.

19 (68 %) svarte at behandlingen i stor eller svært stor grad bedrer livskvaliteten, mens 9 (32 %) svarer at livskvaliteten bedres i liten eller noen grad. I så måte kan en se at behandlingen er et godt tilbud for personer som er rammet av SD da samtlige i en eller annen grad opplever at livskvaliteten bedres. Dette kan også ses i sammenheng med at majoriteten mener at behandlingen i noen eller større grad bedrer psykiske plager og psykiske lidelser.

KONKLUSJON

Denne studien identifiserte ulike opplevelser knyttet til Botoxbehandling av spastisk dysfoni. Dette er imidlertid en liten undersøkelse med få deltakere. Til tross for høy svarprosent, kan ikke funnene generaliseres til øvrig befolkning med SD i Norge. Ut fra tallene kan en likevel se at SD har fått negative følger for enkeltes yrkes- og livssituasjon. Det ser ut til å være en sammenheng mellom SD

og psykiske plager og/eller lidelser og behandlingen bedrer dette i ulik grad. Selve behandlingen oppleves forskjellig, men de fleste mener at den er verdt det til tross for kort effekt, bivirkninger, ubehag/smerter og andre utfordringer knyttet til behandlingen. For det meste svarte deltakerne at de opplever behandlingen som effektiv og at den øker deres livskvalitet i stor grad. Funnene i denne studien blir støttet

av tidligere internasjonale studier, men det er svært ønskelig med mer forskning på diagnosen, pasientgruppen samt behandlingsalternativer utover Botoxinjeksjoner (Paniello et al., 2008). Det ville være nyttig å se studier på hva logopeder i Norge tilbyr personer med SD, samt kvalitative studier av klientenes perspektiv på psykososiale konsekvenser og behandlingstilbud.

REFERANSER

- Baylor, C. R., Yorkston, K. M. & Eadie, T. L. (2005). The Consequences of Spasmodic Dysphonia on Communication-Related Quality of Life: A Qualitative Study of the Insider's Experiences. *Journal of Communication Disorders*, 38(5), 395-419. doi: 10.1016/j.jcomdis.2005.03.003
- Baylor, C. R., Yorkston, K. M., Eadie, T. L. & Maronian, N. C. (2007). The Psychosocial Consequences of BOTOX Injections for Spasmodic Dysphonia: A Qualitative Study of Patients' Experiences. *Journal of Voice*, 21(2), 231-247. doi: 10.1016/j.jvoice.2006.01.007
- Folkhelseinstituttet. (2018, 17. januar). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk-helse/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Haselden, K., Powell, T., Drinnan, M. & Carding, P. (2009). Comparing health locus of control in patients with Spasmodic Dysphonia, Functional Dysphonia and Nonlaryngeal Dystonia. *Journal of Voice*, 23(6), 699-706. doi: 10.1016/j.jvoice.2008.03.011
- Lindestad, P.-Å. (2008). Neurologisk betingede røststørninger. I: L. Hartelius, U. Nettelbladt, & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 327-335). Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Loven, J. Ø. & Brøndbo, K. (1993). Botulinumtoksin. Et nytt behandlingsalternativ ved spastisk dysfoni (laryngeal adduktordystoni). *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 113(7), 841-843.
- Loven, J. Ø., Brøndbo, K., Ganes, T., Tveterås, G. & Frydenbø, J. (1994). Botulinum toxin treatment for spasmodic dysphonia (adductor laryngeal dystonia). Experience with 31 patients. *Scandinavian Journal of Logopedics and Phoniatrics*, 19(3), 107-111. doi: 10.3109/14015439409102354
- Lund, T. (2002). *Generaliseringsproblematikk*. I T. Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 125-140). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nigam, P. & Nigam, A. (2010). Botulinum toxin. *Indian Journal of Dermatology*, 55(1), 8-14. doi: 10.4103/0019-5154.60343
- Novakovic, D., Waters, H. H., D'Elia, J. B. & Blitzer, A. (2011). Botulinum Toxin Treatment of Adductor Spasmodic Dysphonia: Longitudinal Functional Outcomes. *The Laryngoscope*, 121(3), 606-612. doi: 10.1002/lary.21395
- Olsen, E (2018). *Opplevelser av Botoxbehandling ved spastisk dysfoni*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-66926>
- Paniello, R. C., Barlow, J. & Serna, J. S. (2008). Longitudinal Follow-Up of Adductor Spasmodic Dysphonia Patients After Botulinum Toxin Injection: Quality of Life Results. *The Laryngoscope*, 118(3), 564-568. doi: 10.1097/MLG.0b013e31815e8be0
- Rubin, A. D., Wodchis, W. P., Spak, C., Kileny, P. R & Hogikyan, N. D. (2004). Longitudinal effects of Botox injections on voice-related quality of life (V-RQOL) for patients with adductory spasmodic dysphonia: part II. *Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 130(4), 415-420. doi: 10.1001/archotol.130.4.415
- Shewell, C. (2009). *Voice work. Art and Science in Changing Voices*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Van Esch, B. F., Wegner, I., Stegeman, I. & Grolman, W. (2016). Effect of Botulinum Toxin and Surgery among Spasmodic Dysphonia Patients: A systematic Review. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 156(2), 238-254. doi: 10.1177/0194599816675320



Irene Kleppe Birkeland har en mastergrad i helsefag, logopedi ved Universitetet i Bergen. Fra før har hun en bachelor i musikk fra Høgskolen i Staffeldtsgate, praktisk pedagogisk utdanning fra Høgskolen i Notodden og spesialpedagogikk fra Høgskolen i Bergen. I dag er hun ansatt som logoped i Bergen kommune, PPS Sør.

irene.birkeland
@bergen.kommune.no /
irenekleppe@gmail.com



Charlotte Rolfsen Gaasland er utdannet ved Høgskolen i Innlandet Lillehammer, med bachelor i pedagogikk, fordypning i spesialpedagogikk samt psykologifag ved Bond University Australia. Hun har en mastergrad i helsefag, logopedi ved Universitetet i Bergen. Charlotte er ansatt som logoped ved Avdeling for Kognitiv Rehabilitering, Sunnaas Sykehus HF.

chagaa@sunnaas.no /
charlotterg@hotmail.com

NORSK OVERSETTELSE OG VALIDERING AV SELVEVALUERINGSVERKTØYET VOCAL TRACT DISCOMFORT SCALE (VTDS-N)

Når en pasient rapporterer om en stemmevanske bør ubehaget i strupen vurderes i samme grad som de auditive symptomene. Forskning viser imidlertid at ubehag i strupen blir mindre vektlagt i klinisk praksis. Det finnes valide og reliable verktøy som måler ubehag i strupen hos stemmepasienter, men norske verktøy mangler. Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS) er et logopedisk kartleggingsverktøy som vurderer grad og hyppighet av ubehag i strupen hos pasienter med stemmevansker. I masteroppgaven til Birkeland og Gaasland (2018) ble en norsk oversettelse av VTDS validert med den hensikt at logopeder i Norge skal ha et reliabelt verktøy i klinisk praksis. Artikkelen er skrevet som en del av denne masteroppgaven.

Innledning

Heshet, luftfylt stemme, afoni, unormalt volum, unormal pitch, skjelvende stemme, utpreget kremting og svekket fonasjonstid er auditive symptomer som kan indikere en stemmevanske (Colton, Casper & Leonard, 2006; Sapienza, Hicks & Ruddy, 2014). Ved undersøkelse av stemmepasienter på øre-nese-hals-klinikken vil legen foreta en visuell analyse av strupen (video-laryngostroboskopi) og en auditiv vurdering av pasientens stemmekvalitet. Undersøkelsen vil kunne påvise om stemmevansken er av organisk, nevrologisk eller funksjonell art. Studier viser imidlertid at pasienter oftere oppsøker lege eller logoped på grunn av fysisk ubehag ved stemmeproduksjon enn på grunn av nedsatt stemmekvalitet (Lopes, Florencio, Silva, Ugulino & Almeida, 2017). Slike strupesymptomer kan være opplevelse av tørrhet, verk, svie i hals eller svelg, kremtebehov, diffuse ubehagsfølelser og/eller klumpfølelse i strupen (larynks) (Lindestad & Södersten, 2008; Lopes et al., 2017). Ubehaget skyldes ofte muskelspenninger i strupen og er derfor et logopedisk anliggende (Mathieson et al., 2007). Stemmevansker, enten det gjelder symptomer av ubehag i strupen, auditive symptomer eller visuelle symptomer, må tas på alvor. For å møte stemmepasienter på best mulig måte, og få en god vurdering av stemmevanskene, er det behov for valide og reliable

måleinstrumenter - hvilket danner grunnlaget for denne studien.

Selvevalueringsverktøy

Selvevalueringsverktøy har fått stadig større popularitet og blir mye brukt innen klinisk praksis (Dejonckere et al., 2001; Lopes et al., 2017). Stemmevansker kan inneholde mer enn hva objektive mål og undersøkelser kan avdekke. Hvordan vanskene påvirker pasientens liv, opplevelse av ubehag i strupen, sosiale begrensninger og endring i livskvalitet kan ikke besvares av logopeden eller øre-nese-hals-legen. Likevel er dette høyst aktuelle problemstillinger som har innvirkning på pasientens liv og som bør vurderes. Subjektive spørreskjemaer kan gi viktig informasjon til logoped og lege som kan hjelpe dem å forstå omfanget av vanskene, overvåke eventuell utvikling og evaluere effekt av behandling (Lopes et al., 2017).

Det finnes flere kartleggingsverktøy som evaluerer og kartlegger stemmevansker hos pasienter og utfordringer knyttet til vanskene. Disse er vurdert til å være valide og reliable på sitt originalspråk og illustreres i tabellen under (Tabell 1). Kun Voice-Related Quality of Life (V-RQOL), og Voice Handicap Index (VHI) er oversatt og validert til norsk (Aaby & Heimdal, 2012; Karlsen, Grieg, Heimdal & Aarstad, 2012).

Tabell 1. Oversikt over eksisterende kartleggingsverktøy for stemmevansker.

NAVN	AKRONYM	FORFATTER(E) OG UTGIVELSEÅR
Voice Handicap Index	VHI	(Jacobson et al., 1997)
Voice handicap Index-10	VHI-10	(Rosen, Lee, Osborne, Zullo & Murry, 2004)
Pediatric Voice Handicap Index	pVHI	(Zur et al., 2007)
Voice Handicap Index-Partner	VHI-P	(Zraick, 2007)
Singing Voice Handicap Index	SVHI	(Cohen et al., 2007)
Vocal Performance Questionnaire	VPQ	(Carding, Harsley & Docherty, 1999)
Voice Symptom Scale	VoiSS	(Deary, Wilson, Carding & Mackenxia, 2003)
Voice Activity and Participation profile	VAPP	(Ma & Yiu, 2001)
Voice-Related Quality of Life	V-RQOL	(Hogikyan & Sethurman, 1999)
Pediatric Voice-Related Quality of Life	PRVRQOOL	(Boseley, Cunningham, Volk & Hartnick, 2006)
hVoice Outcomes Survey	VOS	(Glicklich, Glovsky & montgomery, 1999)
Pediatric Voice Outcomes Survey	PVOS	(Hartnick, 2002)

V-RQOL fokuserer på pasientens opplevelse av livskvalitet, mens VHI vurderer pasientens opplevelse av stemmevansken, fysiske ubehag og emosjonelle konsekvenser, og er blitt brukt til sammenligning i flere andre oversettelser av VTDS. På bakgrunn av dette vil resultatene fra VTDS-N bli sammenlignet med resultatene fra VHI-30N. VHI -30N og VTDS-N vil presenteres nærmere da det er disse som er aktuelle for studien.

Vocal Tract Discomfort Scale

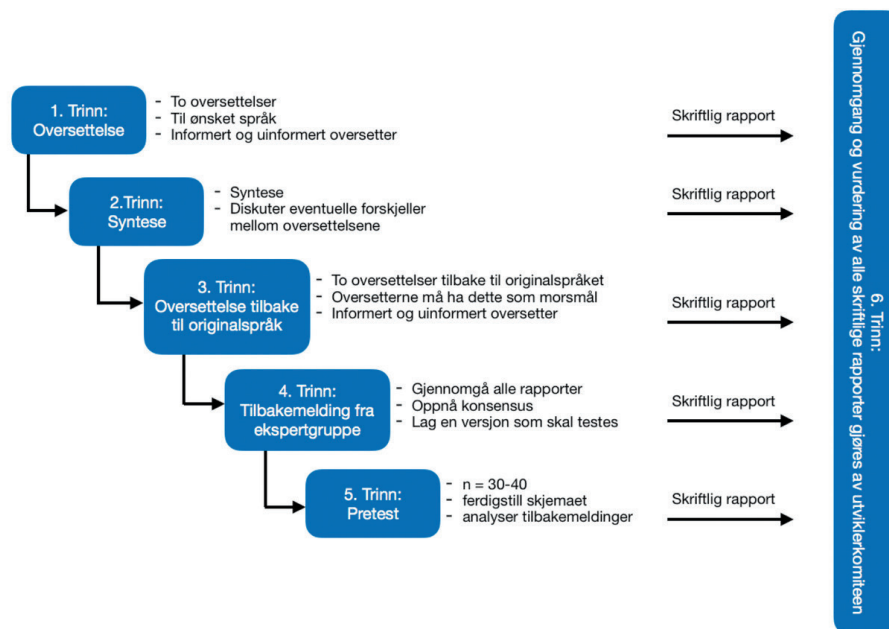
I 1993 gjennomførte Lesley Mathieson en studie hvor hun så på sammenhengen mellom overdreven muskelbruk ved fonasjon og ubehagsfølelser i strupen (Mathieson, 1993). Overanstrengelse av strupehodets indre og ytre muskler påvirker strupens anatomi og fysiologi. Dette vil kunne føre til for hardt glottalt lukke, unormalt høy posisjon på strupen, og/eller press på strupen (Colton, Casper & Leonard, 2006). Pasientene som led av dysfoni på grunn av overdreven muskelbruk ble spurt hvilke subjektive symptomer de hadde i strupen. Symptomene fra pasientene ble samlet og utgjorde grunnlaget for å danne kartleggingsverktøyet Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS) (Mathieson, 1993).

VTDS er et av få validerte og standardiserte verktøy som måler subjektive symptomer på ubehag i strupen i forbindelse med stemmevansker (Lukaschik, Brockmann-Bauser & Beuschausen, 2016). Et slikt kartleggingsinstrument anses som nødvendig fordi stemmepasienter ofte er vel så plaget av strupeubehag som reduksjon av stemmekvalitet (Lopes et

al., 2017). Ubehag i strupen ses ofte i sammenheng med overdreven muskelbruk under fonasjon. Ved logopedisk behandling av den overdrevne muskelbruken, ser man at ubehag i strupen ofte reduseres (Mathieson et al., 2007). VTDS ble utviklet i 1993, men en fullstendig versjon ble ikke presentert før i 2007. Den ble originalt utviklet for pasienter med dysfoni grunnet nettopp overdreven muskelbruk under fonasjon (Mathieson et al., 2007). Verktøyet inneholder åtte symptomer (på engelsk: «burning», «tight», «dry», «aching», «tickling», «sore», «irritable», «lump in the throat») og måler grad (0= none, 2= mild, 4= moderate, 6= extreme) og hyppighet/frekvens (0= never, 2= some times, 4= often, 6= always) av ubehaget på en syv-punkts likert-skala fra 0-6. VTDS er oversatt til arabisk, tysk, polsk, italiensk, portugisisk og persisk, men ikke til norsk (Darawshah, Natour & Sada, 2017; Lukaschik et al., 2016; Niebudek-Bogusz, Woznicka, Wiktorowicz & Sliwinska-Kowalska, 2012; Robotti et al., 2017; Rodrigues, Zambon, Mathieson & Behlau, 2013; Torabi, Khodaumi, Ansara & Dabirmoghaddam, 2015). VTDS anses som et godt verktøy for å registrere effekt av logopedisk og klinisk behandling av stemmevansker (Mathieson et al., 2007).

Voice Handicap Index

Voice Handicap Index (VHI) er et selvevalueringsverktøy oversatt til norsk og validert i 2012 (Karlsen et al., 2012). Denne oversettelsen kalles heretter VHI-30(N). VHI-30(N) består av 30 utsagn i forbindelse med stemmevansker og er fordelt på tre kategorier: emosjonelle konsekvenser,



Figur 1. Graphic Representation of the stages of Cross-Cultural Adaptation Recommended. (Oversatt fra Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000)

funksjonelle begrensninger og fysisk ubehag. Utsagnene vurderes på en 5-punkts likert-skala fra 0-4 der den høyeste verdien representerer maksimalt nivå av selvopplevd handicap (Karlsen et al., 2012). To av utsagnene høres slik ut: «stemmevanskene mine begrenser privat og sosialt liv» og «stemmen min svikter midt i en samtale» (Jacobson et al., 1997; Karlsen et al., 2012). Både VTDS-N og VHI-30N er selvevaluerings skjemaer som inneholder en vurdering av fysiske symptomer og ubehag hos pasienter med stemmevansker. VHI er brukt som gullstandard i den tyske, persiske, polske og italienske valideringsstudien av VTDS (Darawshah et al., 2017; Lukaschyk et al., 2016; Niebudek-Bogusz et al., 2012; Robotti et al., 2017; Torabi et al., 2015). For å vurdere om VTDS-N er et reliabelt instrument blir resultatene sammenlignet med VHI-30(N). VHI-30(N) brukes som gullstandard til tross for at dette kartleggings skjemaet ikke har samme fokus som VTDS-N. Fokuset til VHI-30(N) er opplevelser og hemninger av stemmevansker, mens fokuset til VTDS-N er måling av strupeubehag i sammenheng med stemmevansker. Det er derfor ikke en selvfølge at korrelasjonsverdien mellom kartleggings skjemaene er høy.

Metode

Oversettelse av Vocal Tract Discomfort Scale fra engelsk til norsk
Oversettelsen av Vocal Tract Discomfort Scale fra engelsk til norsk ble gjort etter «Guidelines for the Process of Cross

Cultural Adaptation of Self-Reports» (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000). Dette er en anbefalt 6-trinns prosess for å oppnå en god oversettelse mellom to språk og to kulturer (Figur 1).

Først ble den engelske versjonen av VTDS oversatt til norsk av to personer med norsk morsmål og med gode engelsk-kunnskaper. Den ene hadde medisinsk bakgrunn og ble informert om hensikten bak studien, mens den andre var ikke informert om studiens formål og hadde ikke medisinsk bakgrunn. Oversetterne la ved en skriftlig rapport med begrunnelse for sine valg. Deretter ble dette vurdert og samlet til en felles norsk versjon. Den norske versjonen ble deretter sendt til to personer med engelsk morsmål som bor i Norge og har god kjennskap til det norske språket. De oversatte den norske versjonen tilbake til engelsk med begrunnelser for sine valg. De fire oversettelsene med begrunnelser ble samlet og presentert for en ekspertgruppe for vurdering og for å bli enige om en norsk versjon som skulle testes i en pretest. Ekspertgruppen bestod av to logopeder og to øre-nese-hals-leger ved Haukeland Universitetssykehus.

Pretest av den norske versjonen av Vocal Tract Discomfort Scale
Totalt 30 personer deltok i pretesten. 15 stemmepasienter var henvist til konsultasjon ved øre-nese-hals-poliklinikken

på Haukeland Universitetssykehus og 15 logopedstudenter ved Universitetet i Bergen utgjorde kontrollgruppe uten stemmevansker. Hensikten med pretesten var å få tilbakemelding på om skjemaet var lett forståelig og enkelt å fylle ut, eller om det burde foretas endringer. Skjemaet ble fylt ut med ID-nummer og det ble bedt om skriftlig tilbakemelding fra deltakerne etter utfyllingen av skjemaet. Etter å ha studert tilbakemeldingene fra pretesten ble det ansett som nødvendig å foreta mindre justeringer på skjemaet for å forbedre den norske versjonen av VTDS.

Valideringen av VTDS-N

Valideringsstudien innhentet data i perioden september 2017 til januar 2018, og bestod av en kontrollgruppe (n=37) uten stemmevansker, og henviste pasienter (n=88) til øre-nese-hals-poliklinikken på Haukeland Universitetssykehus med problemer relatert til stemmen. Pasientene med stemmevansker ble bedt om å fylle ut VTDS-N og VHI-30(N) samt informasjon om yrke, kjønn, fødselsdato og e-postadresse slik at de kunne få tilsendt en digital retest av VTDS-N på e-post. Vi samlet informasjon om yrke, kjønn og alder for å undersøke om disse ulike variablene kunne ha innvirkning på resultatene. Pasientenes stemmediagnose ble påskrevet av logoped eller lege, og diagnostisert etter ICD-10-koder. Kontrollgruppen bestod av 20 menn og 17 kvinner mellom 18 og 80 år. Deltakerne ble rekruttert fra venterommet på øre-nese-hals-avdelingen og venterommet for blodprøvetagning på Haukeland Universitetssykehus. Kontrollgruppen fylte ut VTDS-N, samt en bekreftelse på at de ikke hadde blitt henvist til lege med stemmevansker de siste 6 månedene.

Deltakerne i denne studien, totalt 125, var mellom 18-80 år. Pasientene var henvist til øre-nese-hals-avdelingen på Haukeland Universitetssykehus (HUS) med problemer relatert til stemmen. Alle pasientene gjennomgikk en videolaryngostroboskopisk undersøkelse for å påvise eller utelukke patologiske endringer i strupen. Deltakerne måtte kunne gi informert samtykke, og kunne ikke ha hørselsvansker. Grunnen til at hørselsvansker var et eksklusjonskriterium var for å få optimal utfylling av skjemaet VHI-30(N), som baseres på pasientens subjektive oppfattelse av sin egen stemme. Flere av spørsmålene omhandler stemmekvalitet og pasientens auditive oppfattelse av den, noe som indikerer at god hørsel vil være en fordel. Pasienter som hadde ubehag i strupen uten stemmevansker ble ekskludert fra studien. Alle pasienter som var henvist til øre-nese-hals-poliklinikken på HUS med stemmevansker ble tatt med for å få et mest mulig realistisk innblikk i populasjonen.

Videre ble deltakere delt inn i 4 grupper:

- Funksjonelle vansker (n=36)
- Organiske vansker (n=40)
- Nevrologiske vansker (n=12)
- Stemmefriske (n=37)

Fem skjema ble ikke tatt med i denne studien. To av pasientene brukte høreapparat og tre skjemaer ble ikke fullstendig utfyllt.

Alle deltakere ble informert om hensikten bak studien, samt frivillig deltakelse og mulighet til å trekke tilbake oppgitte opplysninger. Både pasientene med strupeubehag i kombinasjon med stemmevansker og kontrollgruppen fylte ut skjemaene uten assistanse. Studien ble godkjent av Norske senter for forskningsdata (NSD) 29.08.2017. Pasienter som signerte for deltakelse i studien og oppgav e-postadressen sin, fikk ettersendt en digital versjon av VTDS-N syv dager etter første utfylling. Den digitale versjonen ble utformet på nettsiden Typeform (<http://www.typeform.com>), og ble besvart med ID-nummer for å sikre pasientenes personvern. Pasientene ble bedt om å fylle ut retesten innen syv dager. Tidsfristen ble satt for at stemmen og strupeforholdene skulle ha forandret seg minst mulig fra den første utfyllingen. Totalt 72 retester ble sendt ut, hvorav 37 pasienter fullførte retesten innen syv dager. Fem besvarte retester ble ikke tatt med på grunn av ugyldig ID-nummer, eller svar avgitt etter fristen.

Statistisk analyse og resultater

Observasjonene ble ført inn i statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics 25.0. Det ble utført reliabilitetstest, korrelasjonsanalyse og Mann Whitney U-test. Dette beskrives i det følgende.

Den interne konsistensen av VTDS-N forteller om relevansen av hvert enkelt symptom i skjemaet og sammenhengen mellom symptomene. Den interne konsistensen ble vurdert gjennom Cronbachs Alpha. Cronbachsverdien ble vurdert for begge subskalaene av selvevalueringsverktøyet, som er frekvens og grad. En verdi mellom .7-.9 vurderes som god intern konsistens, mens en verdi over .9 vurderes som utmerket intern konsistens (Pallant, 2011). Cronbachs alpha for subskalaen hyppighet viste en verdi på $\alpha = .87$, mens subskalaen grad hadde verdien $\alpha = .88$. Den interne konsistensen vurderes dermed til å ligge et sted mellom god og utmerket. Det ble også gjort en korrelasjonsanalyse mellom de to subskalaene av VTDS-N ($r = .95$; $p = .000$). Til sammenligning viste resultatene fra de andre

oversettelsesstudiene også god til utmerket intern konsistens (Darawshah et al., 2017; Lukaschyk et al., 2016; Niebudek-Bogusz et al., 2012; Robotti et al., 2017; Rodrigues et al., 2013; Torabi et al., 2015).

For å vurdere korrelasjonen mellom VHI-30(N) og VTDS-N ble Spearmans korrelasjonskoeffisient brukt. En svak Spearmankorrelasjon vil ha en verdi mellom .1-.3, en moderat korrelasjon vil være mellom .4-.6, mens en sterk korrelasjon ligger mellom .7-.9 (Pallant, 2011). En ikke-parametrisk test ble brukt fordi deskriptive analyser viste ekstreme verdier (outliers) i den øvre og nedre delen av skalaene. VTDS-N hadde negativ kurtosisverdi, og VHI-30(N) hadde høy skewnessverdi. Dette indikerer at observasjonene fra VTDS-N og VHI-30(N) ikke er normalfordelte. Spearmans korrelasjonsanalyse mellom VHI-30(N) og VTDS-N viste en moderat til sterk korrelasjon ($r_s = .62$) og denne sammenhengen var signifikant ($p = .000$). Korrelasjonsverdien mellom hver av subskalaene av VTDS-N og totalen av VHI-30(N) viste også signifikant sammenheng (hyppighet $r_s = .58$, $n = 88$ og grad: $r_s = .63$, $n = 88$). Tabell 2 gir en oversikt over alle oversettelsesstudier av VTDS, inkludert gjeldende studie. Tabellen viser korrelasjonskoeffisienten mellom de oversatte VTDS-skjemaene (subskalaer og totalskår) og VHI-30. Ikke alle studiene har gjort en korrelasjonsanalyse av totalskåren mellom VHI og VTDS.

For å vurdere stabiliteten av VTDS-N ble det som nevnt utført en test-retest. Resultatene ble sammenlignet gjennom Intraclass Correlation Coefficient (ICC). ICC er en korrelasjonsanalyse som utforsker reliabilitet og kan brukes for å sammenligne resultater innad i grupper (Polit & Beck, 2017). Intraclass Correlation Coefficient ble brukt for å sammenligne resultatene fra test-retest og utregnet på begge

subskalaene av VTDS-N, hyppighet ($ICC = .90$) og grad ($ICC = .91$). En verdi over .75 indikerer høy til utmerket reliabilitet, og gir et tilsvarende resultat som i den persiske (hyppighet $ICC = .93$ og grad $ICC = .91$) og den italienske (hyppighet $ICC = .92$ og grad $ICC = .95$) studien (Koo & Li, 2016; ; Robotti et al., 2017; Torabi et al., 2015).

Til slutt ble det vurdert hvorvidt VTDS-N skiller kontrollgruppe ($n=37$) og pasientgruppe ($n=88$). Basert på de deskriptive analysene nevnt over ble det ikke-parametriske alternativet til t-test, Mann Whitney U-test, valgt. Resultatene fra Mann Whitney U viste en signifikant forskjell mellom pasientgruppe ($n=88$) og kontrollgruppe ($n=37$) ved utfylling av hele VTDS-N (median= 25) $U = 660.000$, $z = -5.24$, $p = .000$. Forskjellen var også signifikant mellom de to gruppene i hver subskala, hyppighet (median= 12) $U = 673.000$, $z = -5.17$, $p = .000$ og grad (median=13) $U = 644.000$, $z = -5.33$, $p = .000$ (Tabell 3). Mann Whitney U ble også utført mellom pasient- og kontrollgruppe på hvert symptom, og viste signifikante forskjeller ($p = .000$). De tre symptomene som forekom oftest totalt sett og innad i gruppene hver for seg var: sårhet, irritasjon og tørrhet. Tabell 4 understreker disse funnene i en frekvensanalyse over symptomoversikt hos pasient- og kontrollgruppe.

Diskusjon

Oversettelsen

Hovedfunnene fra studien indikerer at den norske versjonen av VTDS er et valid og reliabelt selvevalueringsverktøy av strupeubehag i forbindelse med stemmevansker. Diskusjonsdelen vil ta for seg vurdering av metode og diskusjon av videre forskning på VTDS-N.

Oversettelsen av VTDS fra engelsk til norsk ble gjort etter spesifikke anbefalinger av Beaton et al. (2000), beskrevet i

Tabell 2. Oversikt over ulike studiers korrelasjonsresultater mellom VHI og VTDS.

Studie	Hyppighet	Grad	Totalskår	N
Norsk (gjeldende studie)	.58*	.63*	.62*	88
Persisk	.36***	.37***		100
Polsk	.58*	.61*		368
Italiensk	.34*	.33*		45
Arabisk	.46*	.44*	.45*	97
Tysk			.67***	107

*= $p < .05$; **= $p < .01$; ***= $p < .001$.

(Darawshah, Natour & Sada, 2017; Lukaschyk et al., 2016; Niebudek-Bogusz, et al., 2012; Robotti et al., 2017; Torabi, Khodaumi, nsara & Dabirmoghaddam, 2015)

«Guidelines for the Process of Cross Cultural Adaption of Self-Reports». Disse retningslinjene ble fulgt for å minske muligheten for bias (feilkilder), og ble også brukt i de tyske, polske, portugisiske og persiske studiene (Lukaschyk et al., 2016; Niebudek-Bogusz et al., 2012; Rodrigues et al., 2013; Torabi et al., 2015). Den norske oversettelsen ble vurdert av ekspertgruppen til å være semantisk, morfologisk og

syntaktisk passende og forståelig, med utgangspunkt i praktisk erfaring og teoretisk tilslutning. Etter utprøving av VTDS-N på en testgruppe ble det foretatt mindre justeringer på bakgrunn av deltakernes tilbakemeldinger. Dette inneholdt endring i setningsoppbygging og visuelle forbedringer. Den endelige norske oversettelsen av VTDS-N ble ansett å være lett å fylle ut, samt forståelig for

Tabell 3. Sammenligning av kontrollgruppe og pasientgruppes totalskår, hyppighet og grad av opplevde vansker, gjort med Mann-Whitney U test.

VTDS-N	Median kontrollgr. (n=37).	Median pasientgr. (n=88).	z-verdi	p-verdi	Cohens d
Totalskår (0-96)	11	30.5	-5.24	.000	.22
Hyppighet (0-48)	5	14.5	-5.17	.000	.21
Grad (0-48)	6	16.5	-5.33	.000	.23

Tabell 4. Frekvensanalyse over rapporterte symptomer i VTDS-N.

Symptomer	Gj.snitt, pasientgruppe (n=88)	St.avvik, pasientgruppe (n=88)	Gj.snitt, kontrollgruppe (n=37)	St.avvik, kontrollgruppe (n=37)	Gj.snitt, begge grupper (n=125)	St.avvik, begge grupper (n=125)
Svie, hyppighet	1.6	1.41	.43	.95	.94	1.33
Stramhet, hyppighet	1.86	1.76	.38	.89	1.42	1.67
Tørrhet, hyppighet	2.77	1.7	1.49	1.3	2.39	1.69
Verk, hyppighet	1.25	1.47	.68	1.29	1.8	1.38
Kiling, hyppighet	1.65	1.59	.62	.95	1.34	1.5
Sårhet, hyppighet	2.2	1.72	.84	1.14	1.8	1.69
Irritasjon, hyppighet	2.88	1.67	1.54	1.57	2.48	1.74
Klumpfølelse, hyppighet	2.32	2.07	.46	.87	1.77	1.98
Svie, grad	1.49	1.77	.35	.68	1.15	1.61
Stramhet, grad	2.01	1.89	.38	.83	1.53	1.81
Tørrhet, grad	2.83	1.85	1.54	1.46	2.45	1.83
Verk, grad	1.42	1.64	.78	1.34	1.23	1.58
Kiling, grad	1.72	1.7	.68	1.13	1.41	1.62
Sårhet, grad	2.35	1.8	.95	1.27	1.94	1.78
Irritasjon, grad	3.17	1.8	1.43	1.3	2.66	1.84
Klumpfølelse, grad	2.32	2.26	.49	.9	1.78	1.96

allmennheten. For at VTDS-N skal kunne brukes i kliniske konsultasjoner er det vesentlig at instruksene er forståelig for pasientene og at selvevalueringsskjemaet visuelt sett er enkelt å fylle ut. Siden skjemaet opprinnelig ble utformet på engelsk, måtte det gjøres vurderinger med hensyn til språklige formuleringer og eventuelle kulturelle variasjoner. Den engelske kulturen anses tilnærmet lik den norske kulturen, og det ble ikke ansett nødvendig å gjøre endringer i skjemaet på grunn av kulturforskjeller. Hvis kulturforskjellene hadde vært større hadde det sosiolingvistiske perspektivet blitt fremhevet.

Justeringene av VTDS-N ble ansett som nyttige for å minske misforståelser ved utfyllingen av selvevalueringsskjemaet. Alle deltakerne fylte ut skjemaet uten hjelp. De fleste deltakerne i studien fullførte hele VTDS-N, men et fåtall rapporterte at de lot være å krysse av på svaralternativet «aldri» hvis de ikke hadde opplevd dette symptomet før. Siden dette gjaldt svært få deltakere ble ikke dette ansett som et avgjørende moment i studien, og det ble ikke vurdert å gjøre noen endringer i henhold til dette.

Reliabilitet- og validitetsanalyse

Den interne konsistensen i VTDS-N ble vurdert til å ligge mellom god og utmerket. Dette betyr at det er et godt samsvar mellom symptomene som er tatt med i VTDS-N og at alle ledd bidrar til å forstå samme fenomen. De høye verdiene av reliabilitet fra de tilsvarende studiene indikerer at det er liten sannsynlighet for bias i resultatene (Darawshah et al., 2017; Lukaschik et al., 2016; Niebudek-Bogusz et al., 2012; Robotti et al., 2017; Rodrigues, et al., 2013; Torabi et al., 2015). Relevansen av VTDS-N ble diskutert med leger og logopeder samt testet på pasientgruppe og kontrollgruppe gjennom pretesten.

Test-retest. I informasjonsskrivet som deltakerne fikk utdelt fikk alle en skriftlig forespørsel om å fylle ut en retest av VTDS-N på et senere tidspunkt. Kun 37 av 72 retester ble fylt ut. Siden utfyllingen av retesten krevde at deltakerne kunne håndtere digitale verktøy, samt hadde en e-postkonto, kan utvalget ha blitt påvirket av dette. Selv om den digitale versjonen var utformet med tanke på at det skulle være lett forståelig og enkelt å fylle ut, kan det tenkes at noen deltakere ikke har fylt ut retesten da de gruet seg til å bruke digitale verktøy, eller ikke mestret det. Hvis dette var tilfelle kan vi ha mistet en gruppe i populasjonen. Resultatene av de to utfyllingene av VTDS-N viste en høy test-retest-reliabilitet. Det vil si at målingene samsvarte godt, til tross for at de ble utfylt på forskjellig tidspunkt. En høy test-retest-reliabilitet

indikerer at VTDS-N er et stabilt og pålitelig instrument, hvor resultatene ikke endres eller påvirkes av ytre forhold som når, hvor og hvordan utfyllingen foregår.

Korrelasjonsanalyse. Korrelasjonen mellom totalskåren på VTDS-N og VHI-30(N) var moderat til sterk. Dette gjaldt også korrelasjonen mellom VHI-30(N) og hver av subskalaene av VTDS-N. Dette til tross for at de to selvrappporterings-skjemaene har ulikt fokus på vurdering av stemmevansker. Målt opp mot VHI-30(N) som gullstandard vil VTDS-N også kunne brukes til å vurdere stemmevansker. Dersom skjemaene hadde hatt samme fokus kunne en forventet en høyere korrelasjonsverdi. En høy korrelasjonsverdi hadde likevel ikke vært ideelt i denne studien da det hadde indikert at måleinstrumentene overlappet hverandre, og dermed tydet på at det ikke var behov for et tilsvarende selvevalueringsskjema av stemmepasienter, som VTDS-N. VTDS-N ser derimot ut til å registrere noe som VHI-30N ikke gjør. Med utgangspunkt i at ubehag i strupen kan oppstå hos personer med og uten stemmevansker og at VTDS-N kun dekker strupeubehag i forbindelse med stemmevansker, kan det være nyttig at pasientene fyller ut både VHI-30(N) og VTDS-N. Dette kan legge til rette for en mer helhetlig kartlegging da stemmevansker kan være sammensatte, og vurderingen av strupeubehag alene ikke nødvendigvis gir et fullstendig bilde av vanskene. Dersom en tar i bruk begge skjemaene dekker en både pasientens strupeubehag og opplevelse av stemmevanskene.

Forekomst av strupeubehag

Resultatene fra Mann Whitney U-testen viser en lav effektstørrelse (Tabell 3). Dette kan tilskrives at personer i kontrollgruppen også kan oppleve strupeubehag. Likevel ser vi en signifikant forskjell på de to ulike datasettene fra pasientgruppe og kontrollgruppe. Dette indikerer at VTDS-N skiller mellom stemmefriske og personer med stemmevansker. Mann Whitney U-testen viste også signifikante forskjeller mellom gruppene på alle symptomer. Tørrehet og irritasjon var de symptomene som forekom oftest hos begge gruppene, både ved *hyppighet* og *grad*. Likevel forekommer symptomene oftere hos stemmepasienter. Frekvensanalysen av symptomer bekrefter dette (Tabell 4). Resultatene kan tyde på at disse to strupesymptomene ikke nødvendigvis trenger å høre sammen med stemmevansker, men kan oppstå ved en vanlig forkjølelse og/eller luftveisinfeksjon, eller isolert. Her kan også tidspunktet for innsamling av data ha betydning, da influensa vanligvis inntreffer hyppigst rundt høst eller vinter, som var den tiden dataene ble samlet inn på.

VOCAL TRACT DISCOMFORT SCALE - N

Den norske oversettelsen av VTDS (Mathieson, Hirani, Epstein, Baken, Wood & Rubin, 2007)

De følgende kategoriene er symptomer eller opplevelser du kan føle i halsen, som ofte også kan relateres til problemer med stemmen. Sett ring rundt det tallet som samsvarer med hvor hyppig og kraftig du har opplevd symptomene de siste 14 dagene.

Navn: _____

Dato: _____

1.	Svie
2.	Stramhet
3.	Tørrhet
4.	Verk
5.	Killing
6.	Sårhet
7.	Irritasjon
8.	Klumpfølelse

Hvor hyppig oppleves symptomet:							
aldri		noen ganger		ofte		alltid	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	

Hvor kraftig oppleves symptomet:							
ingen plager		mildt		moderat		kraftig	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	
0	1	2	3	4	5	6	

(Birkeland & Gaasland, 2017)

Strupesymptomer kan oppstå ved funksjonelle spenninger i strupen, uten at det resulterer i dysfoni. Hvis en behandler muskelspenningene i larynks kan ubehaget minske (Rørbeck, 2017). Andre strupesymptomer som forekom ofte hos stemmepasientene i denne studien var klumpfølelse og sårhet. Disse symptomene forekom også i kontrollgruppen, men i betydelig mindre grad. Dette samsvarer med funn fra tidligere studier (Hammarberg, Södersten & Lindestad, 2008).

Variablenes innvirkning – kjønn, yrke og alder

Fordelingen mellom kvinner og menn i studien var relativt lik. Det var en overvekt av kvinner med diagnosen nevrolgiske stemmevansker, mens innen de funksjonelle stemmevanskene var det flest menn. Kjønnsfordelingen innen de organiske vanskene var lik. På bakgrunn av tidligere studier kunne en antatt flere kvinner enn menn, innen samtlige stemmediagnoser, da kvinner oftere opplever stemmevansker (Hammarberg et al., 2008). Studier viser at flere kvinner enn menn har funksjonelle stemmevansker, spesielt i stemmebelastende yrker (Roy, Merrill, Gray, Thribeault & Smith, 2004). Grunnen til at de

fleste pasientene med funksjonelle stemmevansker var menn, kan ha ulike grunner. Både innsamlingstidspunktet, tid for henvisning og lokalisering av poliklinikken gir utgangspunktet for hvem som var på konsultasjon ved poliklinikken og hvem som ønsket å delta i studien. Flere av de potensielle deltakerne deltok ikke i studien på grunn av mangel på tid eller ønske om å delta. Fordelingen mellom kvinner og menn i studien er tilnærmet lik. Dermed er kjønnsfordelingen representativ og det antas ikke en skjevhet i fordelingen, som kunne ha innvirket på dataene.

I denne studien utgjorde *pensjonister* og *uføre* den største andelen av pasientene. Det ble ikke opplyst hvilke yrker disse to gruppene hadde tidligere. *Pensjonistene* kan ha arbeidet i stemmekrevende yrker på et tidligere tidspunkt. Det er heller ikke oppgitt når stemmevanskene oppstod. Stemmevanskene kan ha vært årsaken til at en pasient ble ufør, og vanskene kan ha oppstått etter at pasienten ble ufør. En kan dermed ikke utelukke at disse har tilhørt andre yrkesgrupper som er stemmebelastende. Dersom vi hadde innhentet disse opplysningene kunne vi sett en overvekt i andre yrkesgrupper.

Videre studier

I en studie som sammenligner hvordan VTDS og kartleggingsverktøyet Voice Symptom Scale (VoiSS) kartlegger stemmevansker kommer forfatterne med flere forslag til videre forskning (Lopes et al., 2017). Studien påpeker blant annet at en longitudinell studie bør utformes for å undersøke korrelasjonen mellom symptomer for ubehag i strupen, og ulike stemmevansker. På bakgrunn av at den foreliggende studien er en tverrsnittstudie med et begrenset utvalg, er det vanskelig å konkludere med om det finnes en sammenheng mellom grad/hyppighet av strupesymptomer og stemmediagnose. Dette kan med fordel undersøkes i videre studier med lengre tidsperspektiv og større utvalg.

Pasienter kan oppleve symptomer på ubehag i strupen uten at det foreligger stemmevansker. VTDS-N kan dermed være aktuell for flere pasientgrupper enn kun stemmepasienter, for eksempel pasienter med funksjonell dysfagi. Studier som fokuserer eksplisitt på strupeubehag, også uten stemmevansker, kan føre til utvidelse av det logopediske kunnskapsfeltet, som kan bedre behandlingstilbudet. Hvorvidt VTDS-N faktisk er et relevant verktøy for denne gruppen er også noe som bør undersøkes nærmere.

En annen interessant studie ville være å vurdere logopedisk behandling i møte med strupesymptomer. Utfylling av VTDS bør gjennomføres før og etter intervensjon. En slik studie kan undersøke sensitiviteten i selvevaluerings-skjemaets evne til å fange opp behandlingseffekt (Lopes et al., 2017). En annen studie kan være å vurdere strupesymptomene før og etter intervensjon for å indikere progresjon av behandling, eller se om fremgangen stagnerer. Bruksområdet til VTDS-N er på denne måten enda ikke ferdig utforsket, og en slik studie kan være neste steg i forskningen.

Konklusjon

VTDS-N viser seg som et reliabelt og valid selvevaluerings-verktøy for utredning av strupeubehag i kombinasjon med stemmevansker. VTDS-N kan derfor implementeres i det kliniske arbeidet og vil være et viktig selvevalueringsverktøy i utredning av stemmepasienter. Dette var også målet med studien. En har i det kliniske arbeidet innen stemmefeltet savnet et verktøy oversatt til norsk, som er godt nok til å anvende på en tilfredsstillende måte. Resultatet av denne studien bidrar nå til at dette behovet dekkes. VTDS-N kan brukes som supplement til VHI-30(N) eller V-RQOL i utredning av stemmepasienter, eller selvstendig, avhengig av hvilke vansker og informasjon en ser etter.

VTDS-N er tilgjengelig i Birkeland & Gaaslands masteroppgave http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17823/Norsk-oversettelse-og-validering-av-Vocal-Tract-Discomfort-Scale_107_109.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Birkeland, I.K. & Gaasland C. R. (2018) *Norsk oversettelse og validering av selvevalueringsverktøyet Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS-N)*. Masteroppgave. Institutt for biologisk og medisinsk psykologi. Universitetet i Bergen), direkte gjennom denne lenken <http://bit.do/vtds>, ved å skanne koden til høyre eller ved kontakt med forfatterne.



LITTERATURLISTE

- Aaby, C. & Heimdal, J.H. (2012). The Voice-Related Quality of Life (VRQOL) Measure – A Study on Validity and Reliability of the Norwegian Version. *Journal of Voice*, 27(2), 258.e29-258.e33. Doi: 10.1016/j.jvoice.2012.10.007
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Validation of a Voice Outcome Survey for a Unilateral Vocal Cord Paralysis. *SPINE*, 2000(25), 3186–3191. Doi: 10.1097/00007632-200012150-00014
- Boseley, M.E., Cunningham, M.J., Volk, M.S & Hartnick, C.J. (2006). Validation of the Pediatric Voice-Related Quality-of-life Survey. *Archives of Otolaryngol-Head and Neck Surgery*, 2006(132), 717-720. Hentet fra: <https://jamanetwork-com.pva.uib.no/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/484211>
- Carding, P., Horsley, I.A & Docherty, G.J. (1999). A Study of the Effectiveness of Voice Therapy. *Journal of Voice*, 13(1), 72-104. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(99\)80063-0](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(99)80063-0)
- Cohen, S.M., Jacobsen, B.H., Garrett, G., Noordzji, P., Stewart, M.G., Attia, A.,... Cleveland, T.F. (2007). Creation and Validation of the Singing Voice Handicap Index. *Annals of Otolology, Rhinology & Laryngology*, 116(6), 402-406. Hentet fra: <http://journals.sagepub.com.pva.uib.no/doi/abs/10.1177/000348940711600602>
- Colton, R. H., Casper, J. K. & Leonard, R. (2011). *Understanding voice problems: a physiological perspective for diagnosis and treatment* (4th. ed.). Baltimore, Md: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Colton, R. H., Casper, J. K., & Leonard, R. (2006). *Understanding voice problems: A psychological perspective for diagnosis and treatment* (3 utg.). Baltimore, Md: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Darawsheh, W.B., natour, Y.S., & Sada, E.G. (2017). Applicability of the Arabic Version of Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS) with Singers as Professional Voice Users. *Logopedics Phoniatrics Vocology*. 1-12. Doi: <https://doi.org/10.1080/14015439.2017.1363282>
- Deary, I.J., Wilson, J.A., Carding, P.N & MacKenzie, K. (2003). VoiSS a Patient-derived Voice Symptom Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5) 483-489. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00469-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00469-5)
- Dejonckere, P. H., Bradley, P., Clemente, P., Cornut, G., Crevier-Buchman, L., Friedrich, G.,... Woisard, V. (2001). A Basic Protocol for Functional Assessment of Voice Pathology, Especially for Investigating the Efficacy of (Phonosurgical) Treatments and Evaluating New Assessment Techniques. *European Archives of Oto-rhino-laryngology* 258(2), 77-82. Hentet fra: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs004050000299.pdf>
- Gliklich, R.E., Glovsky, R.M. & Montgomery, W.W. (1999). Validation of a Voice Outcome Survey for a Unilateral Vocal Cord Paralysis. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 120(2), 153-158.
- Hammarberg, B., Södersten, M., & Lindstad, P.-Å. (2008). Röststörningar – allmän del. I L. Hartelius, U. Nettelblad & B. Hammarberg (red). *Logopedi*. Studentlitteratur.
- Hartnick, C.J. (2002). Validation of a Pediatric Voice Quality-of-life-instrument. *Archives of Otolaryngol - Head and Neck Surgery*, 128(8), 919-922. Hentet fra: <https://jamanetwork-com.pva.uib.no/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/482997>
- Hogikyan, N.D. & Sethruaman, G. (1999). Validation of an Instrument to Measure Voice-Related Quality of Life (V-RQOL). *Journal of Voice*, 13(4), 557-569. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(99\)80010-1](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(99)80010-1)
- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silhergleit, A., Jacobsen, G., Benninger, M.S., & Newman, C.W. (1997). The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation. *American Journal of Speech – Language Pathology* (6.), 66-70.
- Karlsen, T., Grieg, A., Heimdal J.H., & Aarstad, H. (2012). Cross-Cultural Adaption and Translation of the Voice Handicap Index into Norwegian. *Folia Phoniatrica et Logopaedic*, 64, 234-240.
- Koo, T.K. & Li, M.Y. (2016). A Guideline for Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155- 163. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012> 1556-3707.
- Lindstad, P.-Å & Södersten, S. (2008). Funktionella och funktionellt organiska röststörningar. I L. Hartelius, U. Nettelblad & B. Hammarberg (red). *Logopedi*. Studentlitteratur.
- Lopes, L., Florencio, V., Silva, P., Ugulino, A. & Almeida, A. (2017). Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS) and Voice Symptom Scale (VoiSS) in the Evaluation of Patients with Voice Disorders. *Journal of Voice*, 33(3) 381.e23-381.e32. Doi:10.1016/j.jvoice.
- Lukaschyk, J., Brockmann-Bauser, M., & Beuschausen, U. (2016). Transcultural Adaption and Validation of the German Version of the Vocal Tract Discomfort Scale. *Journal of Voice*, 31(2), 261e1-261e8. Doi: 10.1016/j.jvoice.2016.05.006.
- Ma, P.-M.E & Yiu, M.-L. E. (2001). Voice Activity and Participation Profile. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2001(44), 511-524. Doi: 10.1044/1092-
- Mathieson, L. (1993). Vocal tract discomfort in hyperfunctional dysphonia. *Voice*.
- Mathieson, L., Hirani, S. P., Epstein, R., Baken, R. J., Wood, G., & Rubin, J.S., (2007). Laryngeal Manual Therapy: A Preliminary Study to Examine its Treatment Effects in the Management of Muscle Tension Dysphonia. *Journal of Voice*, 2009 (23), 353-366.
- Niebudek-Bogusz, E., Woznicka, E., Wiktorowicz, J. & Sliwiska-Kowalska, M. (2012). Applicability of the Polish Vocal Tract Discomfort (VTD) scale in the diagnostics of occupational dysphonia. *Medycyna Pracy*, (2), 141-152. Hentet fra:
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual* (3 ed.). England: Open University Press.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10.utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Robotti, C., Mozzanica, F., Pozzali, I., D'Amore, L., Maruzzi, P., Ginocchio, D.,... Scindler, A. (2017). Cross-Cultural Adaption and Validation of the Italian Version of the Vocal Tract Discomfort Scale (I-VTD). *Journal of Voice*, 1-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.09.001>
- Rodrigues, G., Zambon, F., Mathieson, L., & Behlau, M. (2013). Vocal Tract Discomfort in Teachers: Its Relationship to Self-Reported Voice Disorders. *Journal of Voice*, (27), 473-480. Doi:10.1016/j.jvoice.2013.01.005
- Rosen, C.A., Lee, A. S., Osbourne, J., Zullo, T & Murry, T. (2004). Development and Validation of the Voice Handicap Index-10. *Laryngoscope*, 2004 (114), 1549-1556. Hentet fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.pva.uib.no/doi/full/10.1097/00005537-200409000-00009>
- Roy, N., Merrill, R., Gray, S., Thribeault, S., & Smith, E. (2004). Voice Disorders in Teachers and the General Population: Effects on Work Performance, Attendance, and Future Career Choices. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 2004(47), 542- 551. Doi: 1092-4388/04/4703-0542
- Rørbech, L. (2017). *Stemmebrugslære* (5. utg.). Herning: Special-pædagogisk forlag.
- Sapienza, C., Hicks, D. M., & Ruddy, B. (2014). Voice Disorders. I N.B. Anderson & G.H. Shames (Red.), *Human Communication Disorders. An Introduction* (8.utg.). (s. 214- 249). Great Britain: Pearson Education.
- Torabi, H., Khoddami, S.M., Ansari, N.N., & Dabirmoghaddam, P. (2016). The Vocal Tract Discomfort Scale: Validity and Reliability of the Persian Version in the Assessment of Patients With Muscle Tension Dysphonia. *Journal of Voice* (30), 711-716. Doi: 10.1016/j.jvoice.2015.08.002.
- Zraick, R.I., Risner, B.Y., Smith-Olinde, L., Gregg, B.A., Johnson, F.L & McWeeny, E.K. (2007). Patient Versus Partner Perception of Voice Handicap. *Journal of Voice*, 21(4) . 485-494. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.06.006>.
- Zur, K.B., Cotton, S., Kelchner, L., Baker, S., Weinrich, B & Lee, L. (2007). Pediatric Voice Handicap Index (pVHI): A New Tool for Evaluating Pediatric Dysphonia. *International Journal of Pediatric Otorhinolary.* Doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22779321>.

NORSK CATALISE-STUDIE – REVIDERING AV KRITERIER OG TERMINOLOGI FOR SPRÅKVANSKER HOS BARN OG UNGE I EN NORSK KONTEKST

Språkvansker hos barn og unge har gjennom mange år blitt forstått på ulike måter. Dette har bl.a. ført til et uoversiktlig og ulikt tjenestetilbud til denne gruppen. De fleste norske logopeder har god kjennskap til at det har vært gjennomført et omfattende forskningsarbeid i det engelskspråklige fagmiljøet for å finne frem til en konsensus om felles terminologi og kriterier for å identifisere språkvansker (jf. Catalise-studiene fra Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh & the Catalise-2 Consortium, 2017; Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh, Catalise consortium, 2016). Denne engelske terminologien kan imidlertid ikke omsettes direkte til norsk. I samarbeid med Norsk logopedlag har derfor en gruppe fagpersoner fra Universitet i Oslo, Frambu, Nord Universitet, Statped og Universitetet i Bergen tatt initiativ til en tilsvarende konsensus-studie som tar sikte på at fagmiljøet i Norge skal kunne bli enige om en felles forståelse og felles begrepsbruk på dette feltet.

Om den norske CATALISE-studien

- Målet er å finne fram til en konsensus om felles norsk terminologi og kriterier for å identifisere språkvansker.
- Studien vil gjennomføres ved hjelp av Delphi-metoden. «Delphi» er en konsensusbyggende metode hvor man samler informasjon, kunnskap og vurderinger fra et større antall eksperter på et fagfelt/spesifikt område med tanke på å oppnå konsensus rundt et forsknings-spørsmål. Medlemmer av ekspertpanelet bør ha gode kunnskaper og vurderingsevne om emnet språkvansker hos barn.

- Rekruttering av medlemmer til et ekspertpanel ble gjennomført våren 2019 ved hjelp av en «åpen invitasjon» til fagpersoner (i Norge) som arbeider med språkvansker hos barn og unge. Invitasjonen ble formidlet via de involverte institusjonenes hjemmesider og sosiale medier. Ca. 60 fagpersoner meldte sin interesse. For å sikre en faglig bredde i ekspertpanelet vil det endelige utvalget (30 fagpersoner) velges ut etter kriteriene profesjon, forskning/klinisk erfaring og arbeidssted.
- Metodetilnærmingen i en Delphi-studie er interaktiv. Et ekspertpanel får en rekke spørsmål/utsagn som de skal besvare. Panelet vil deretter få et revidert spørreskjema basert på svarene og kommentarene de ga. Dette kan gjentas i flere omganger for til sist å komme fram til en konsensus om en dominerende trend, i dette tilfellet om terminologi og kriterier for å identifisere språkvansker. Delphi-metoden er kjennetegnet av anonymitet, kontrollert feedback og statistisk bearbeiding. For å hindre at sterke personligheter får dominere undersøkelsen skal alle spørsmål besvares skriftlig.
- Første runde av denne prosessen igangsettes høsten 2019 og vi ser frem til at dette arbeidet og diskusjoner i fagfeltet kommer i gang.

Har dere spørsmål, se prosjektets hjemmeside:

<https://www.catalisenorge.no/>, eller ta kontakt med en av fagpersonene i arbeidsgruppen: Anne-Lise Rygvold (UiO/NLL), Marianne Klem (Statped), Kari-Anne B. Næss (UiO), Kristian Emil Kristoffersen (Frambu/Nord Universitet), Arve Asbjørnsen (UiB) og Stian Valand (NLL/Statped).

NY ARTIKKELSAMLING OM KARTLEGGING OG OPPFØLGING AV PERSONER SOM STAMMER KOMMER 22. OKTOBER!

Medlemmer av Nasjonalt taleflytforum har de siste årene jobbet med utviklingen av en artikkelsamling for logopeder som jobber med stamming. 22. oktober skal den lanseres. Samlingen vil i første omgang være gratis tilgjengelig på statped.no.

Nasjonalt taleflytforum består av logopeder i Statped og andre instanser, som jobber hovedsakelig med taleflytvansker. Forumet har tidligere jobbet med oversettelser av kartleggingsverktøy og utarbeidelse av informasjonsmaterieell. I 2015 kom ideen om å skape noe som logopeder har behov for i sin hverdag. Idéen om artikkelsamling dukket tidlig opp. Det finnes lite fagstoff om stamming på norsk. Ønsket ble derfor raskt å samle tekster som presenterte relevant teori og empiri, men som også behandlet kasuseksempler og som ville oppleves håndfaste, med egne erfaringer fra en klinisk hverdag. Etter å ha sendt ut en epost til logopedlagets medlemmer fikk vi bekreftet at behovet også var tydelig hos logopeder ute i feltet. Mer enn femti forslag til hva en slik artikkelsamling kunne omhandle kom inn.

Vi lærte fort at utviklingen av en artikkelsamling var et tidkrevende arbeid. Etter at idéen fikk sin virkelige form, har vi brukt tiden frem til nå på å få samlet artikler og bearbeide dem. En redaksjon bestående av Astrid-Tine Bjørvik, Karoline Hoff, Åse Sjøstrand, Alfild Ingebrigtsen og Ane Guldborg har fungert som fagfeller. Vi har lest alle artikler og kommet med innspill til forfattere. Når vi har skrevet artikler selv har vi gitt innspill til hverandre. Slik har vi også selv opplevd hva som kreves av forfatterne av tålmodighet for å komme frem til et produkt som vi er helt fornøyd med. Alle forfattere, medlemmer eller tidligere medlemmer av Nasjonalt taleflytforum, har funnet tid til skrivearbeidet på toppen av alt annet som kreves i en travel arbeidshverdag. I tillegg til fagfellene har også Stine Brubak, Ane Hestmann Melle, Linn Stokke Guttormsen og Kirsten Howells vært knyttet til redaksjonen i planleggingsfasen.

Med mange idéer, et ønske om å behandle et bredt spekter av tema i artikkelsamlingen, samtidig som vi måtte erkjenne at vi ikke kunne innfri alle egne og innkomne ønsker, endte vi opp med 14 artikler. Skrivearbeidet ble like fullt omfattende, med dertilhørende redaksjonelt arbeid. Samlingen inkluderer artikler om kartlegging av stamming, oppfølging av barnehagebarn, skolebarn og voksne, samt artikler som tar for seg gruppebehandling, skolesamarbeid, oppfølging av flerspråklige elever som stammer, og stamming og komorbide vansker, for å nevne noen.

Etter fire års arbeid har vi fått ferdig en artikkelsamling som er ment å være et arbeidsredskap å slå opp i om man er på farten før en foreldresamtale, eller om man har litt ledig tid til å sette seg inn i et nytt tema. I artiklene besvarer forfatterne relevante spørsmål som kommer opp i et daglig arbeid som logoped for personer som stammer, både ved hjelp av forskning på feltet, men også ved å vise til sin egen erfaring som logoped. For oss har det vært viktig å skape faglig oppdaterte, relevante artikler tilpasset norske forhold. Flere av artiklene har kasuseksempler, og forfatterne har gjort et poeng av å vise frem dialog mellom logoped og elev flere steder, nettopp fordi det har vært mangel på slike konkrete eksempler på arbeidsmåter i annen litteratur.

Vi håper at samlingen vil oppleves som nyttig for logopeder som jobber med personer som stammer, om de er privatpraktiserende eller kommunalt ansatt, jobber med barnehagebarn eller voksne. Her finnes artikler med overordnede temaer knyttet til oppfølging, så vel som artikler om spesifikke utfordringer som kan oppstå i den logopediske hverdagen. Se etter denne gratis samlingen på statped.no, på den internasjonale stammedagen 22. oktober.

*På vegne av redaksjonen,
Åse Sjøstrand og Astrid-Tine Bjørvik,
tidligere redaktør og nåværende redaktør*

**NYHET!**

Språkutviklingstest for vurdering av forståelse og produksjon av språk.

NRDLS. The New Reynell Developmental Language Scales.

Den norske versjonen av den fjerde utgaven av den velkjente språktesten NRDLS er utviklet for vurdering av barn i aldrene 3–7 år.

Testen er oversatt, tilpasset, pilottestet og normert i Norge i perioden 2017–2018.

Du finner NRDLS på Hogrefe: et uavhengig forlag som tilbyr et bredt spekter av kliniske tester – alltid med fokus på det vitenskapelige grunnlaget.

www.hogrefe.no

 **hogrefe**

NORDIC APHASIA CONFERENCE 2019

Den syvende nordiske afasikonferansen ble arrangert på universitetet i Turku i Finland 13.–15. juni 2019 og samlet 212 registrerte deltakere. Temaet for konferansen var *Current Challenges in Aphasia Therapy*, med teknologi og flerspråklighet som to hovedtemaer under denne paraplyen. I tillegg var blant annet innlegg om det å sette rehabiliteringsmål sammen med den afasirammede (Katarina Haley, University of North Carolina), det å bygge bro fra ord- og setningsnivå over til diskursnivået i afasi-rehabiliteringen (Lucy Dipper, City University of London), og et spennende innlegg om flyttopplevelser for afasirammede (Thomas W. Sather, University of Wisconsin-Eau Claire) inkludert i programmet.

Hele sju av innleggene ble holdt av forskere fra City University of London, og de dekket temaer som dysgrafi og kompensatorisk teknologi, EVA Park (et virtuelt møtested for afasirammede), og muligheter og utfordringer med bruk av sosiale medier for afasirammede.

Keynote-foredraget om teknologi ble holdt av Annie Hill (University of Queensland). Hun snakket om forskningen på telerehabilitering innen afasifeltet og hvordan det kan implementeres i praksis. Et av hennes hovedpoenger var å ta utgangspunkt i hva personen du jobber med trenger, og ikke bli for opptatt av hva teknologien kan gjøre. – Og begynn i det små! oppfordret hun.

Med et tema som teknologi følger det naturlig at det ikke alltid vil være mulig å ta direkte i bruk det man lærer om i egen praksis. Utfordringer med personvern hindrer foreløpig mange å ha konsultasjoner med videokonferanse-løsninger, og de fleste av appene og VR-programmene som ble presentert var i utprøvningsfasen og finnes dessuten bare på engelsk. Men det var nyttig å gå litt grundigere inn på hvordan våre brukere er en del av det digitale samfunnet på godt og vondt, og at dette er noe vi allerede er nødt til å forholde oss til når vi gjennomfører afasirehabilitering. Dessuten kan vi ane mulighetene og forandringene (og utfordringene med kort omløpstid!) som uvegerlig blir tydeligere også i afasifeltet.

Det var såpass mange postere ved årets konferanse at til tross for at de fylte utstillingsområder i to etasjer, ble sesjonen fordelt over to dager.



Annie Hill foreleste om telerehabilitering.

Det var mange bidrag både fra Norge, de andre nordiske landene og også land utenfor Norden.

Konferansen fulgte også tradisjonen med foredragsholdere fra alle de nordiske landene, denne gang ved Johanna Naamanka og Matti Lehtihalmes fra Finland, Ulla Konnerup fra Danmark, Helena Taubner fra Sverige og Melanie Kirmess fra Norge.

I tillegg holdt Monica Norvik fra Statped/MultiLing keynote-foredrag om tospråklighet på lørdagen. Det gjorde også Mira Goral, som i tillegg til å høre til ved City University of New York har en professor II-stilling ved MultiLing ved Universitetet i Oslo.

Den første kvelden ble det faglige programmet etterfulgt av en mottakelse i Turkus rådhus, mens omvisning og en uformell middag på Aboa Vetus Museum fulgte programmet fredagen.

NAC har blitt holdt på omgang i Norge, Danmark, Finland og Sverige siden starten i Oslo i 2006. Konferansen i Turku ble avsluttet med en bekreftelse på ryktene som hadde svirret blant deltakerne, at et nytt land er blitt med på runddansen: neste NAC vil foregå 10.–12. juni 2021 i Reykjavik på Island!

Ingvild Røste



Bu-Te-Ve Logopedlag er stolte av å presentere vinterkurset 2020

Lena Hartelius DYSARTRI

- BEDØMMING OG INTERVENSJON I ET ICF PERSPEKTIV

**24
JAN**

Kurset arrangeres på Scandic Hotel Ambassadeur i Drammen, 09.00-15.00. Påfølgende årsmøte for Bu-Te-Ve logopedlag. Registrering og kaffe fra 8.30.

Lena Hartelius er en internasjonalt anerkjent logoped. Hun er professor ved Gøteborgs universitet, logoped ved sykehuset i Skövde og lærebokforfatter. Foredraget er rettet mot kartlegging og tiltak for dysartri hos barn og voksne.



Pris for kurs:

studenter 800 kr / medlem av NLL 1200 kr / andre 1500 kr.

Påmelding er bindende og inkluderer en god lunsjbuffet og snacks i pausene. Kursavgift refunderes ikke.

Enkel påmelding og betaling via: www.styreweb.no
Ved spørsmål kontakt: styret.buteve@gmail.com



DAGSKURS MED AURA KAGAN

Tirsdag 10. september arrangerte Oslo Logopedlag et dagskurs med Aura Kagan på Universitetet i Oslo. Om lag 80 logopeder og logopedstudenter møtte opp for å høre Kagan forelese om tilnærminger til det logopediske arbeidet med afasirammede.



Aura Kagan er utdannet logoped med PhD, og er direktør ved Aphasia Institute i Toronto. Hun har bidratt til å utvikle en stor mengde materiale som er godt kjent for norske logopeder som jobber på afasifeltet, heriblant «Støttet samtale for voksne med afasi», «Illustrert kommunikasjonsmateriell» (IKM-permen), og i nyere tid

«A-FROM», et rammeverk for behandlingsmål som bygger på Verdens helseorganisasjons ICF-modell.

«Aphasia and conversation: First why, then what and how»

På denne kursdagen ønsket Kagan å rette fokuset mot samtalen, og hun brukte den første delen til å forklare litt om hvorfor. Hvordan vi tilnærmer oss afasi, vil i stor grad avhenge av vårt verdisett. Ikke bare våre verdier som privatpersoner, men også et felles verdisett vi deler med for eksempel andre logopeder, andre logopeder på afasifeltet, eller andre helsefagarbeidere i et tverrfaglig team.

Kagan poengterte at bare denne erkjennelsen, av hvordan verdier (med utspring i ulike roller) påvirker vår og andres deltagelse i samtaler, er viktig i seg selv. Verdier vil også påvirke ulike syn på behandlingsmål, og veien dit: Verdier som livskvalitet, pasienterfaring og tålmodighet harmonerer ikke nødvendigvis så bra med mer helseøkonomiske verdier som effektivisering og kostnads-effektivitet.

Men det kan være eksempler på ulike og ofte motstridene verdier som en afasirammet kan treffe på i behandlingsløpet.

Den afasirammede har på sin side med seg et eget sett med verdier, som logopeden kan være særlig i stand til å imøtekomme. Vi vet at afasi skjuler kompetanse hos den rammede, og samtidig begrenser muligheten til deltagelse i samtaler eller generelt i livet. Gjennom en godt planlagt og støttet samtale, kan logopeden både anerkjenne og avdekke denne kompetansen.

Kagan ønsket å få frem at samtalen også kan struktureres mot å hente frem verdisettet til den afasirammede, og bruke det som utgangspunkt for å sette mål for behandlingen. Det kan for eksempel gjøres med et godt støttemateriale, og med spørsmål/tema som i seg selv anerkjenner kompetanse, og der svarene vil kunne avdekke verdier som kan brukes til å sette unikt tilpassede mål. Enten det er å kommunisere med barnebarnet, administrere sin egen hverdag eller sende e-poster.

På Aphasia Institute sine nettsider (www.aphasia.ca) finnes det både gratis materiale og e-læringsmoduler tilgjengelig for logopeder som ønsker å fordype seg mer.

Håvard Tveit



Utveckling tillsammans med Svenska logopeder

ISOVOX® MedTech är ett portabelt inspelningsbås utvecklat för Logopeder. Kristallklart inspelningsljud för skarpa analyser av alla patienter, oavsett behandlingsrum. Mobilt, kostnadseffektivt och godkänt för sjukvård.

Idag används ISOVOX® MedTech på flera sjukhus i Sverige med fantastiska resultat.

Under hösten 2019 erbjuder vi Norska logopeder chansen att testa produkten, kontakta oss nedan för att boka in en tid

Testa gratis i höst!



Christoffer Olsson
076-006 30 88
Christoffer@Isovoxmedtech.com
www.Isovoxmedtech.com

www.isovoxmedtech.com



IsovoxMedtech



Isovox_medtech

STABILITET OCH FÖRÄNDRING I UTVECKLINGSRELATERAD SPRÅKSTÖRNING

PUBLISERT MED TILLÅTELSE FRA SITS. FÖRSTE GANG PUBLISERT PÅ [HTTP://SITS.NU/STABILITET-OC-FORANDRING-I-UTVECKLINGSRELATERAD-SPRAKSTORNING/](http://sits.nu/stabilitet-och-forandring-i-utvecklingsrelaterad-sprakstornning/) DEN 18. MARS 2019

När vi gör insatser för barn med språkstörning är målet *Utvecklingsrelaterad språkstörning är relativt vanligt och vid skolstart kan man räkna med att ett par elever i varje klass har en språklig nedsättning som är tillräckligt allvarlig för att påverka deras inläring. «Elever med språkstörning kommer att bli vuxna med språkstörning, som ska klara att fylla i blanketter och söka jobb», säger Courtenay Norbury, professor vid University College London, som föreläste vid 2018 års SITS-kongress. Hon resonerade kring hur vi kan tänka kring syftet med de olika insatser vi gör under elevernas skoltid. Kritiska frågeställningar kring teori och praktik handlar bland annat om den ålder i vilken barn med språkliga svårigheter kan identifieras på ett tillförlitligt sätt, att förstå hur språket förändras över tid och varför utvecklingsrelaterad språkstörning i sig själv verkar vara stabilt och envist bestående, säger hon.*

många gånger att barnet ska komma i kapp sina jämnåriga. Men det är förstås svårt, säger Courtenay Norbury, eftersom det kräver «större framsteg än förväntat». Visst kommer barnet att utvecklas, men det är troligen inte möjligt för oss att få ett barn med språkstörning att göra större framsteg än vi förväntar oss av barn med typisk språkutveckling. Dessutom tampas de ofta även med andra svårigheter gällande uppmärksamhet, generella kognitiva svårigheter eller kanske tuffa hemförhållanden och allt detta kan påverka deras förmåga att lära sig språk.

Så är det verkligen ett bra mått på framgång att barnet ska ha kommit i kapp språkligt eller finns det bättre sätt att utnyttja våra specialtjänster för att hjälpa barn och elever med språkstörning?

Diagnoskriterier och terminologi

Eftersom det funnits behov av internationell samsyn gällande kännetecken och terminologi för språkstörning genomfördes ett konsensusarbete av det så kallade

Catalise-konsortiet (se länk nedan), med ett femtiotal deltagare från flera engelskspråkiga länder. De kom fram till att funktionsnedsättningen ska kallas *developmental language disorder*, DLD, (utvecklingsrelaterad språkstörning) i stället för det tidigare vedertagna *specific language impairment* (specifik språkstörning) av följande skäl:

- *developmental* för att det handlar om en atypisk utveckling
- *language* eftersom flera språkliga domäner drabbade
- *disorder* (och inte *impairment*) för att visa på allvaret, att det är en bestående funktionsnedsättning som påverkar individen i vardagen.

Differentialdiagnosticering behövs för att se om språkstörningen står för sig själv (DLD) eller om den är associerad med andra neurobiologiska svårigheter (den benämns då *language disorder, LD, associated with...*). Många barn med språkstörning kämpar även med andra utmaningar och det kan ibland vara svårt att veta vad som är vad. Svårigheter med uppmärksamhet, motorik, läsning, tal, adaptiv förmåga, beteende eller auditiv bearbetning (APD) utesluter till exempel inte att diagnosen DLD används.

Någon signifikant skillnad mellan verbal och icke-verbal förmåga krävs inte och barn med låg icke-verbal begåvning (men som inte möter kriterierna för intellektuell funktionsnedsättning) kan inkluderas i diagnosen.

Icke-verbal kognitiv förmåga ska inte heller användas för att begränsa tillgången till klinisk hjälp eller stöd i skolan, säger Courtenay Norbury. De elever som befinner sig inom svagbegåvningsområdet, de som har en intelligenskvot mellan 70 och 85 (normalzonens nedre del) är de som har störst problem och de språkliga problemen håller då också i sig längre, säger hon. Därför ska de inte uteslutas från klinisk behandling eller stöd i skolan.

Det är viktigt att tänka på språkets funktionella betydelse – bättre språk kan troligen förbättra annan inläring. Har vi språk använder vi det även vid ickespråkliga uppgifter. Språket är ett fantastiskt verktyg för problemlösning, säger Courtenay Norbury.

Genetik och neurobiologi

Vi vet att barn med DLD ofta har någon eller flera släktingar som också har språkliga nedsättningar och att genetiken är viktig har man sett när man gjort tvillingstudier (Bishop, Laws, Norbury & Adams, 2006 samt Bishop, Adams & Norbury, 2006).

Courtenay Norbury menar att vi också bör börja se mer till hur hela hjärnan är involverad i språkutvecklingen och vad det betyder för våra teorier om DLD. Att barnen ofta har flera utmaningar, och att de språkliga svårigheterna finns med tidigt i utvecklingen talar också emot att det handlar om selektiva svårigheter vad gäller språk. Handlar DLD om fonologi och eller om en mer generell inlärnings-svårighet?

Krishnan, Watkins och Bishop (2016) lyfter i en artikel fram varför det är viktigt att studera de subkortikala system som är involverade i inläring hos barn med DLD och inte bara de kortikala områden som är relevanta för språk. Det skulle ge fler insikter om de neurobiologiska orsakerna till DLD och belysa hur vi skulle kunna arbeta med kompensation och intervention. De menar att det inte bara handlar om språket utan även om mer generella svårigheter med komplex, regelstyrd inläring, som exempelvis grammatik och motorik.

SCALES-studien

Courtenay Norbury använder SCALES-studien (*the Surrey communication and language in education study*), för att visa på hur språket både är stabilt och förändras. Ett av målen med SCALES var att ta reda på hur många barn i England som har en språklig nedsättning när de börjar skolan och hur det påverkar deras skolgång. Några av frågeställningarna var:

- Om ett barn har språkrelaterade inläringssvårigheter vid skolstart, vilka andra utvecklingsrelaterade utmaningar finns också med från början?
- Hur påverkar samtidigt förekommande utmaningar språkets förändring över tid?
- Hur påverkar språket och de samtidigt förekommande utvecklingsrelaterade utmaningarna utvecklingen över tid?

Barns språkutveckling och hur barn använder språk för att lära sig och kommunicera med andra varierar stort. Forskarna, ett tvärdisciplinärt team med bland annat

läkare, psykologer, och logopeder, ville förstå orsakerna till skillnaderna, och hur språkkunskaper är relaterade till skolresultat och social framgång över tid. För att göra detta samlade de in information om språk- och kommunikationsförmåga hos en stor och heterogen grupp barn från 180 skolor i Surrey. Ordförråd, grammatisk förmåga och berättarförmåga mättes både vad gällde expressiv förmåga och språkförståelse. Även ickespråklig förmåga mättes eftersom forskarna ville veta om det fanns fler faktorer att ta hänsyn till vad gällde barnens utveckling.

Språkutvecklingen hos några av eleverna följdes upp mer ingående och över en längre tid. Forskarna hoppades i och med detta få veta hur många barn som behöver extra hjälp med språket när de börjar skolan, och vilka faktorer som gör det lättare för vissa barn att utveckla språkförståelse och förmåga att uttrycka sig språkligt än för andra.

Resultaten stödjer också beslutet att ta bort skillnaden mellan verbal och icke-verbal förmåga som exklusionskriterium vid diagnossättning (Norbury m.fl., 2016). Studien visar dock att barn som har en språknedsättning som en del av ett känt medicinskt tillstånd eller en intellektuell funktionsnedsättning tenderar att ha allvarigare språkliga svårigheter och mer genomgripande utvecklingsmässiga bekymmer. Inte desto mindre har dessa barn nytta av specialishjälp för att maximera sin kommunikations- och inlärningsförmåga, säger Courtenay Norbury.

Före skolstart är språket mindre stabilt. Den normala variationen är stor och barn befinner sig då också i det Courtenay Norbury kallar *the golden age of plasticity*, den period i livet då hjärnan är som mest anpassningsbar. Efter skolstart är språket stabilt över tid. Detta bekräftas av en studie av Bornstein och Putnick (2012). Själva miljön, vårt skolsystem, är också stabil.

Socioekonomisk status, icke-verbal förmåga och förekomst av sociala, emotionella och beteendeproblem predicerar utgångsläget, alltså språkförmågan, vid skolstart. Inget av detta påverkar dock den språkliga utvecklingstakten därefter. Den är densamma oavsett om det gäller barn med typisk utveckling, barn med DLD, eller barn med språksvårigheter associerade med andra funktionsnedsättningar.

Språkförmåga och kroppslängd

Courtenay Norbury använder kroppslängd för att visa hur

något kan vara stabilt men ändå förändras. Det barn som är kortast vid skolstart behåller sin position inom gruppen och är förmodligen kortast även vid slutet av skoltiden.

Längd, liksom språkförmåga, påverkas av miljön. Människan blir allt längre i och med att miljö och levnadsförhållanden förändras, samtidigt som relativa och individuella skillnader består. Årftlighet är en viktig faktor både vad gäller språkförmåga och längd och både språkförmågan och längden är stabil.

Språkförmåga och kroppslängd kan jämföras. Båda är stabila, men påverkas av miljön. Man kan alltså säga att bästa sättet att förutse senare språkförmåga är att titta på den tidigare språkförmågan, säger Courtenay Norbury.

Tidiga insatser

I vilken mån ska vi lägga resurser på barn som kommer i gång sent (*late talkers*) och som bara har expressiva problem? Ofta kommer de i kapp av sig själva. När vi pratar om tidiga insatser måste vi också tänka i termer av kostnadseffektivitet, säger Courtenay Norbury. De insatser vi gör kostar inte bara samhället resurser utan kräver också tid av familjerna, och ger kanske också upphov till onödig oro. Så hur kan vi hitta dem som verkligen behöver vårt stöd? Courtenay Norbury säger att före fem års ålder bör man titta på andra riskfaktorer än exempelvis ordförråd. Familjehistoria, låg socioekonomisk status, beteendeproblematik, dålig språkförståelse, om språket går bakåt, generell utvecklingsförsening, bristande mimik och kroppsspråk, socialt ointresse och manligt kön är sådana riskfaktorer.

Även om några barn fortfarande kommer att vara språkligt svagare än andra kan tidiga språkliga insatser som sker över tid, i samarbete mellan förskolepersonal och vårdnadshavare, verka för att, så att säga, höja lägstanivån. Det kan ge bättre förutsättningar för barnen när de börjar skolan. Språket är formbart, men inlärningstakten är kanske inte det. För att mäta hur språket utvecklas kanske vi ska titta mer på «råpoäng» än att jämföra med normgruppen när vi använder standardiserade test, resonerar Courtenay Norbury. På så sätt kan elevens framsteg bedömas i förhållande till dess tidigare förmåga.

Hon trycker på att det är viktigt att ge extra stöd i de skeden då eleverna är extra sårbara språkligt, till exempel i samband med läsinlärningen. Det är viktigt att stödet inte försvinner när eleverna börjar närma sig puberteten.

Samtidigt som språket blir mer abstrakt och komplext både vad gäller det stoff som ska läras in och i de sociala relationerna eleverna emellan händer det så mycket annat i elevernas liv i puberteten.

Eleverna med DLD kommer att bli vuxna med DLD, så vi måste fokusera på hur vi förbereder eleverna för vuxenlivet, menar Courtenay Norbury. Inom vilka områden behöver eleven språket? I vilka sammanhang behöver eleven språket som ett verktyg som vuxen? Vi behöver en plan för att DLD är en bestående funktionsnedsättning. Stöd från specialister inom flera discipliner behövs för att vi ska kunna mildra riskerna för negativ påverkan för DLD i ett livsperspektiv. Det viktiga är vilka kvalifikationer eleven lämnar skolan med – inte vilken poäng eleven hade på ett standardiserat test, säger Courtenay Norbury.

Anna Strömberg, SITS

Logoped på Resurscenter tal och språk
på Specialpedagogiska skolmyndigheten.

REFERANSER

- Bishop, D. V. M., Laws, G., Adams, C. & Norbury, C. F. (2006). High Heritability of Speech and Language Impairments in 6-year-old Twins Demonstrated Using Parent and Teacher Report. *Behavior Genetics* 36(2), 173-184. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10519-005-9020-0>
- Bishop, D. V. M., Norbury, C. F. & Adams, C. V. (2006). Distinct genetic influences on grammar and phonological short-term memory deficits: evidence from 6-year-old twins. *Genes, Brain and Behavior* 5, 158-169. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1601-183X.2005.00148.x>
- Bornstein, M. H., & Putnick, D. L. (2012). Stability of Language in childhood: A Multi-Age, -Domain, Measure, and -Source Study. *Developmental Psychology*, 48(2), 477-491. doi:10.1037/a0025889. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3412562/>
- Krishnan, S., Watkins, K. E., & Bishop, D. V. M. (2016). Neurobiological Basis of Language Learning Difficulties. *Trends in Cognitive Sciences* 20 (9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4993149/>
- Norbury, C.F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57:11, 1247-1257. doi:10.1111/jcpp.12573 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5082564/>

LÄNKAR

- Dorothy Bishop om Catalise, Developmental Language Disorder (DLD): The Consensus Explained: <https://www.youtube.com/watch?v=OZ1dHS1X8jg>
- Literacy, Language & Communication Laboratory på University College London: <http://lilac-lab.org>
- Raising Awareness of Developmental Language Disorder, RADLD: <https://radld.org/>
- RADLD på YouTube: <http://www.youtube.com/RADLD>
- SCALES Surrey Communication and Language in Education Study: <http://www.lilac-lab.org/scales/>

Logopedmamma er en blogg som driftes av Marit Westby. Hun er utdannet logoped MNLL fra Universitetet i Oslo og har arbeidet som logoped i kommune og privat (selvstendig næringsdrivende) i ti år. Bloggen ble opprettet i 2016 med den hensikt å være en blogg for foreldre og pedagoger som søker etter informasjon om språkvansker og tips til språkstimulering. På bloggen beskriver hun at: «Innleggene mine er ment å treffe «mannen i gata», uten bruk av kompliserte faguttrykk og tung forskningslitteratur. Det meste er skrevet ut fra erfaringer jeg selv har gjort innenfor fagfeltet, samt observasjoner av og drøftinger med de dyktige logopedkollegaene jeg er så heldig å ha rundt meg. For ikke å snakke om alle de små, lure knepene jeg har lært av logopedkollegaene mine som nå er gått av med pensjon». Les bloggen på: <https://logopedmamma.com/>

Blogginnlegget er fra 26. september 2017.

HVA SIER MAN EGENTLIG TIL BARNET SOM STAMMER?

Jeg får inn mange flotte spørsmål fra dere lesere, og før sommeren fikk jeg inn ett av en mamma med et barn som stammer. Hun lurte på tips til hva man skal si til barnet når det står fast på ordene sine. Videre spurte hun om hvilke forklaringer man kan gi til andre barn som kommenterer barnets stamming.

Her beveger vi oss litt bort fra selve det talespråklige aspektet og mer mot den psykologiske biten av det å ha en talevanske. Man bør trå varsomt og huske på at ingen barn (eller voksne for den saks skyld) er like med hensyn til hvordan de vil håndtere talevanskene sine.

Mange foreldre med barn som stammer opplever å høre slikt som: «Hvorfor kan jeg ikke snakke, mamma?», «Hvorfor får jeg ikke ut ordene mine?» og lignende.

For det ER frustrerende og helt grusomt for oss som foreldre å stå og se på at barnet vårt ikke får ut det de vil si. Enten om det er på grunn av stotring/stamming eller andre former for talevansker.

HER ER MINE BESTE TIPS TIL HVA DU KAN SI TIL BARNET SOM STAMMER:

- Du kan forklare at alle stopper eller hopper på ordene innimellom. Til og med mammaer og pappaer kan gjøre det hvis de er litt nervøse før de skal snakke eller hvis de har masse de vil si på en gang. «Noen hopper mer enn andre, slik som du, men jeg kan ikke helt si hvorfor akkurat du gjør det og ikke (navnet til bestevenn, skolekamerat e.l.)».
- Unngå å bruke ordet «stamming» med de minste barna. Bruk heller ord som «hoppe», «stoppe», «hakke», «snuble». På den måten stempler du ikke vansken med et nytt begrep, men du stabiliserer og normaliserer det med kjente og forståelige ord.
- Et bilde jeg ofte bruker for å forklare hva som skjer: «Alle de lange og fine ordene du har i hodet ditt, liker å krangle om å komme først ut av munnen din. Tenk deg at ordene står i kø fra hodet, nedover i halsen og utover i munnen din. Alle sammen vil ut på en og samme tid.

De dytter og knuffer på hverandre. Noen ramler, noen snubler, og mange av dem kommer seg ikke ut av munnen din en gang. Derfor hopper du litt når du snakker. Og det beste du kan gjøre, er å prøve å snakke litt saktere. Da får ordene litt bedre tid på å komme seg ut av munnen».

OG HVA SIER MAN EGENTLIG TIL ANDRE BARN SOM KOMMENTERER DITT BARNES STAMMING?

En mor til et barn jeg arbeidet med, spurte kompisen til barnet om han kunne si: «Takpapp, veggpapp, gulvpapp, takpapp, veggpapp, gulvpapp» 20 ganger etter hverandre uten at han snublet, hoppet eller stoppet i ordene. Kompisen forsøkte det og kom ikke langt før tungen slo helt krøll på seg. Så sa moren: «Sånn føles det for sønnen min også når han hopper på ordene. Han mener å få ordene riktig ut, men det skjer noe underveis i munnen som gjør at ordene hopper og spretter isteden».

Jeg synes dette var en utrolig kjekk forklaring å gi, siden barnet også får kjenne i munnen hvordan det føles at ordene kommer hoppende ut og at alt stokker seg.

Minner om at alle som har barn med språk- og talevansker bør ha kontakt med en logoped, enten gjennom kommune eller privat. Vent aldri å se om det går over av seg selv eller forsøk å behandle vansken selv. Rådene på denne bloggen er kun ment som generelle tips en kan prøve ut i påvente av logopedhjelp.



TIPS OM PODCAST



Å høre på podcast har etter hvert blitt en favoritt for mange. For deg som trenger noe nytt på lyttelisten kan det være verdt å se nærmere på «See Hear Speak».

Denne podcasten drives av professor og logoped Tiffany Hogan, som leder The Speech and Language Literacy Lab, ved MGH Institute of Health

Professions i Boston, USA. Hun forsker på ulike aspekter ved språk og dysleksi hos barn, noe som også gjenspeiler seg i podcasten.

Det er i skrivende stund 14 tilgjengelige episoder, og det legges stadig ut nye. I hver episode diskuterer Hogan ulike logopedirelaterte tema med aktuelle fagpersoner. Vi finner for eksempel episoder som dreier seg om språktesting, logopedens rolle overfor barn med autisme, språk og tale hos premature, og om «the reading wars». Til hver episode legges det dessuten ut diverse materiell, som for eksempel lenker til artikler som diskuteres, andre aktuelle podcaster, eller relevante videoer. For de som synes det kan være strevsomt å lytte til så mye engelsk legges det også ut utskrift av samtalen, slik at man kan velge å lese i stedet for å lytte, eller å ha teksten som en støtte mens man lytter.

«See Hear Speak» finner du på nett:

<https://www.seehearspeakpodcast.com/>, der du også kan lytte til episodene, eller du kan følge podcasten via diverse podcast-apper. Hvis du ikke har en favoritt fra før, ligger det en del forslag på podcastens nettside. Hvis du bruker en slik app kan du også få varsler om nye episoder. Du kan også følge podcasten på Instagram (seespeakhearpodcast), Tiffany Hogan på Twitter (@tiffanypgogan), og Speech Language and Literacy Lab på Facebook (@sailliteracylab).

Her kan vi nok regne med at det kommer flere interessante tema etter hvert, så følg gjerne med!





Siv Andresen

Navn:

Siv Andresen

E-post:

siv.andresen@uib.no

Bakgrunn:

Bachelor i generell psykologi frå NTNU i 2007. Master i helsefag, studieretning logopedi, frå UiB, i 2009. Jobba som skulelogoped i Askøy kommune 2009-2011, og deretter 5 år som del av taleflyt-teamet ved Statped vest 2011-2016.

Doktorgradsstipendiat ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen, frå september 2016. Tilknytt Bergen fMRI-gruppe/Bergen Research Group on Auditory Perception (Berg-AP), begge under leiing av Professor Karsten Specht.

Hovudrettleiar: Karsten Specht, professor ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, UiB, og Mohn Medical Imaging and Visualization Centre, Haukeland universitets-sjukehus. Er også Professor II ved Institutt for utdanning, Universitetet i Tromsø.

Medrettleiar: Frøydis Morken, førsteamanuensis ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi og programansvarleg for logopedutdanninga ved Universitetet i Bergen.

Stamming: Hjerne, åtferd og nye utrednings-strategiar: Stamming er ein kompleks vanske som inkluderer symptom utover det reint talemessige (Guitar, 2014). Dei siste tiåra har ein forska på stamming ved bruk av stadig meir sofistikerte hjerneavbildingsmetodar, og denne forskinga har gitt til dels sprikande resultat (Etchell, Civier, Ballard, & Sowman, 2017). Ein årsak til dette kan vere den høge graden av individuell variasjon ein finn blant personar som stammar, både når det gjeld åtferdsmessige symptom og nevrologiske kjenneteikn (Wymbs, Ingham, Ingham, Paolini, & Grafton, 2013). Doktorgradsprosjektet mitt har som hovud-hensikt å utforske hjernestruktur og -funksjon

hos vaksne som stammar ved bruk av magnetisk resonansavbilding (MR). Fokuset er både på gruppeskilnader mellom personar som stammar og kontrollpersonar, og på samanhengar mellom hjernedata og ei rekke åtferds- og individuelle faktorar blant dei som stammar.

Målet er å inkludere til saman 30-40 vaksne som stammar i alderen 18 til 65 år. Gjennom MR-skanning samlar vi mellom anna inn informasjon om hjernen sin struktur, funksjon ved tale, nervebaner m.m. I tillegg vert det samla inn ei rekke ulike typar individuelle data/ åtferdsdata gjennom ei grundig klinisk kartlegging.

Datainnsamling har pågått sidan hausten 2018 og vil fortsetje fram til seinast våren 2020, og rekruttering av vaksne som stammar skjer kontinuerleg i denne perioden. Det er svært ynskjeleg å rekruttera fleire deltakarar, og særleg frå vestlandet. Deltakarar får, i tillegg til ei grundig kartlegging, kr 300 for å delta. Ta gjerne kontakt dersom du ynskjer å delta/ kjenner nokon som ynskjer å delta.

Referansar

Etchell, A. C., Civier, O., Ballard, K. J., & Sowman, P. F. (2017). A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016. *Journal of Fluency Disorders*. doi:10.1016/j.jfludis.2017.03.007

Guitar, B. (2014). *Stuttering : an integrated approach to its nature and treatment* (4th ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.

Wymbs, N. F., Ingham, R. J., Ingham, J. C., Paolini, K. E., & Grafton, S. T. (2013). Individual differences in neural regions functionally related to real and imagined stuttering. *Brain and Language*, 124(2), 153-164. doi:10.1016/j.bandl.2012.11.013

HVA GJØR NIFS FOR LØPSK TALE?

Når du leser dette, har nyheten om at NIFS ikke arrangerer noe Høstweekend i år vært kjent en god stund. Det var ingen lett avgjørelse for styret å ta, men vi så dessverre ingen annen utvei enn å avlyse. Tema var løpsk tale og det var tre påmeldte, og da tre logopeder. Misforstå rett, logopeder og -studenter er velkomne på våre arrangementer, men vi ønsker naturligvis at de ordinære medlemmene vil melde seg på. Det var ikke tilfelle denne gangen. Jeg tror vi må ta innover oss at om ikke stamming er et smalt tema, er i hvert fall løpsk tale for de mer spesielt interesserte. Og det vil NIFS gjøre noe med. Det er like mange nordmenn med løpsk tale som med stamming, rundt 50.000, men mange med løpsk tale er ikke klar over vansken sin. Da har vi som arrangør en utfordring med å få påmeldte.

Etter planen skulle årets Høstweekend den 19. og 20. oktober i Oslo vies løpsk tale på lørdag og improteater søndag. Vi hadde invitert logopedene Ane Hestmann Melle og Karoline Hoff fra Statped sørøst i Oslo til å holde en tretimers-sesjon. I 2012 leverte Melle og Hoff inn hver sin masteroppgave om løpsk tale, og har også løpsk tale som et av områdene de jobber med. Både Melle og Hoff påpeker at det er behov for mer kunnskap om løpsk tale blant logopeder, og at det er få verktøy tilgjengelig for å kartlegge løpsk tale.

Vi har hatt løpsk tale på plakaten før, men da kun som et totimers-foredrag sammen med flere innlegg om stamming. Mulig var det vågalt av oss å rydde plass til løpsk tale for en hel dag, men vi må tørre å ta sjansen noen ganger. Hvordan skal NIFS ellers være i utvikling om vi ikke tør å tenke nytt. NIFS er for øvrig den første medlemsforeningen i verden med «løpsk tale» i foreningsnavnet sammen med «stamming», og det forplikter.

Vi har fått kritikk for at vi ikke prioriterer løpsk tale. Den kritikken tar vi til etterretning. Det kan hende det på nåværende tidspunkt var for tidlig med en hel dag om løpsk tale. Vi skal derfor jobbe for å finne andre måter å løfte løpsk tale mer frem i søkelyset på. På spørsmål om hva vi har gjort de siste årene for løpsk tale, er svaret: det nevnte foredraget om løpsk tale ved logoped Ragnhild Rekve Heitmann under årsmøtehelgen i 2016, et direktensedt, sju-minutters tv-intervju med Marie Mannes og undertegnede på TV2s «God morgen, Norge» i 2017, foredrag med samme Marie under Familiweekend samme år for foreldrene, en 16-siders brosjyre om stamming og løpsk tale i skolen, med etterfølgende foredrag på flere læresteder for barnehagelærerutdanning og lærerutdanning, samt en rekke foredrag for logopedstudenter de siste årene ved flere av landets universiteter hvor også løpsk tale har vært tema. I tillegg var et styremedlem i NIFS representert under årets verdenskongress på Island i juni, og hun har bidratt til å gjøre andre kongressdeltakere mer oppmerksom på den mindre kjente taleflytvansken.

Denne formen for arbeid er langsiktig og tidkrevende, og NIFS kommer til å fortsette med å sette løpsk tale på agendaen. Det skal vi klare, men det som er vår største utfordring er å finne dem som har løpsk tale. Hvordan er det å leve med løpsk tale?



Martin Aasen Wright er styreleder og presseansvarlig i Norsk interesseforening for stamming- og løpsk tale (NIFS).

post@stamming.no

ÅPENT SOM ET POSTKORT

Da jeg var barn, lærte jeg av moren min at man ikke skulle lese andres brev fordi det kunne stå noe personlig og privat der som ikke vedgikk andre enn avsender og mottaker. Åpne postkort derimot – dem var det lov å lese uansett, også når de var sendt til andre. Ingen skriver jo noe følsomt der.

Sånn var det den gangen. Nå ser verden nokså annerledes ut, og de færreste av oss sender fra seg noe som helst som Posten Norge skal viderebringe med mindre det handler om større pakker. Så lenge det kun er tekst og eventuelt bilder som skal sendes, tyr vi til elektroniske løsninger som vi oppfatter som både raske og sikre. Raske er de, det skal de ha, men hvor sikre er de?

Det sies av og til at e-post er like åpent som et postkort. Jeg som jobber i helsevesenet har fått streng beskjed fra mine overordnede om at e-post skal brukes med stor forsiktighet. En e-post må aldri kunne identifisere en pasient. Det er fare for at e-post blir sendt til feil mottaker, og det finnes alltid en risiko for hacking.

På hjemmesiden til myndigheter og offentlige kontorer finnes det ofte en fane som heter Kontakt oss. Klikker man der, finner man gjerne et elektronisk skjema som kan fylles ut, men ofte også en advarsel om at personlig og privat informasjon som fødsels- og personnummer, sensitive opplysninger m.m. ikke må skrives inn der. Hvis slik informasjon ikke kan unngås, oppfordres brukeren til å ta kontakt på annen måte, det vil si over telefon eller ved å sende et brev i papirformat.

Blant logopeder ser bevisstheten rundt dette ut til å være variabel. I Yrkesetisk råd har vi blitt enige om at vi ikke skal klikke oss inn på flest mulig hjemmesider til logopeder bare for å sjekke at alt er på stell, men av og til må vi innom enkelte hjemmesider av andre grunner. Vi i rådet som ennå ikke er pensjonister, er også innom diverse hjemmesider når vi i jobbsammenheng trenger å ta kontakt med andre logopeder. Ofte enn vi skulle ønske ser vi da at den eneste muligheten til kontakt er nettopp via e-post eller et elektronisk skjema.

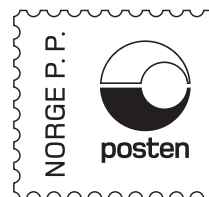
Det er verken gjort rede for telefonnummer eller postadresse til logopeden. Enkelte logopeder har til og med lagt opp til at man skal fylle ut det elektroniske skjemaet med alle personalia inkludert fødsels- og personnummer og privat postadresse i tillegg til informasjon om hvorfor man trenger behandling av logoped. Dermed har brukeren ikke noe valg, og han eller hun tvinges til å utlevere egne problemer og egen identitet på et forum som er like åpent som et postkort. Når vi i Yrkesetisk råd ser dette, tar vi kontakt med aktuell logoped og ber om at det også tilbys andre måter å ta kontakt på, og vi noterer oss at feilen da ofte blir rettet opp. Vi går ut fra at logopeder som kun tilbyr elektronisk kontakt, gjør dette i ubetenksomhet.

Alle som har en hjemmeside, oppfordres herved til å gjøre som myndighetene og mange offentlige kontorer: Tilby gjerne brukerne å ta kontakt elektronisk, men skriv da også at sensitive opplysninger, inkludert fødsels- og personnummer bør sendes i konvolutt. En e-post er like åpent som et postkort. Hvis flere tenker som moren min – at åpne postkort kan leses med god samvittighet – da aner vi ikke hvor mange som klarer å få tak i sensitive opplysninger hvis vi ikke tilbyr andre måter å ta kontakt på.

*For Yrkesetisk råd
Erik Reichmann, vara*

TIDSPUNKT	TEMA	STED	NETTADRESSE
30. oktober 2019	Åpent seminar med Professor Courtney Norbury: Språkvansker; utvikling, årsaker og tiltak	Helga Engs hus, Universitet i Oslo	https://www.uv.uio.no/isp/om/aktuelt/arrangementer/apent-seminar-sprakvansker-utvikling-arsaker-og-ti.html
01. november 2019	Letsip; lær mer om treningsmetoder for muskulaturen i ansiktet	Oslo	https://letsip.no/kurs
06. november 2019	Introduktion til Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI)	Jelling, DK	https://www.alf.dk/kurser-og-konferencer/introduktion-til-palin-parent-child-interaction-therapy-pci-indsats-over-for-tidlig-bornestammen
07. november 2019	Fagkveld Bu-Te-Ve: Diffkas	Mjøndalen skole	Arr. Bu-Te-Ve lokallag
07. november 2019	Sertifisering i språkforståelsestesten C-BILLT	Oslo, Rikshospitalet	https://oslo-universitetssykehus.no/arrangementer/invitasjon-til-sertifisering-i-sprakforstaelsestesten-c-billt-2019-11-07
07. november 2019	Introduktion til Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI)	Hellerup, DK	https://www.alf.dk/kurser-og-konferencer/introduktion-til-palin-parent-child-interaction-therapy-pci-indsats-over-for-tidlig-bornestammen
09.–10. november 2019	LSVT Loud	Firenze, Italia	https://www.lsvtgloal.com/store/Ida-CampaignLOUDLSVT?Id=01t1C000005emWI
21.–22. november 2019	Afasidagene i Statped	Oslo	https://www.statped.no/afasidagene
21.–23. november 2019	The ASHA convention	Orlando, USA	https://www.asha.org/events/
22. november 2019	Kursdag med Prof. Victoria Joffe; sproglige vanskeligheter hos skolebørn	København, DK	https://www.alf.dk/kurser-og-konferencer
24. januar 2020	Dysartri – bedømming og intervensjon i et ICF-perspektiv	Drammen	Arr. Bu-Te-Ve Logopedlag Påmelding: www.styreweb.no
28.–29. februar 2020	LSVT Loud	Abu Dhabi	https://www.lsvtglobal.com/store/IdaCampaignLOUDLSVT?Id=01t-1C000005emWI
19.–20. mars 2020	Breaking down the Dx & Tx Process for OMDs	Oslo	https://www.barnasspraksenter.no/kurs
23.–24. mars 2020	Alfs Efterutdanningskurs Nyborg strand (mer info kommer)	Nyborg, DK	https://www.alf.dk/efteruddannelses-kursus-nyborg-strand
11.–13. juni 2020	NLLs Sommerkonferanse og landsmøte	Akershus	https://norsklogopedlag.no/sommer-konferansen-og-landsmote-2020/
18.–20. juni 2020	International Aphasia Rehabilitation Conference (IARC) 2020	Vancouver, Canada	http://www.iarc2020.com/

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



Avsender: NLL v/ Inge Andersen, Strengelvåg, 8430 Myre

INNHold

Redaktøren <i>Jannicke Karlsen</i>	s. 3
Nytt fra styret <i>Gro Nordbø</i>	s. 4
Opplevelser av Botoxbehandling ved spastisk dysfoni <i>Elise Olsen</i>	s. 6
Norsk oversettelse og validering av selvevalueringsverktøyet Vocal tract discomfort scale (VTDS-N) <i>Irene Kleppe Birkeland og Charlotte Rolfsen Gaasland</i>	s. 14
Informasjon: Norsk catalise-studie – revidering av kriterier og terminologi for språkvansker hos barn og unge i en norsk kontekst	s. 24
Informasjon: Ny artikkelsamling om kartlegging og oppfølging av personer som stammer kommer 22. oktober	s. 25
Referat: Nordic Aphasia conference 2019 <i>Ingvild Røste</i>	s. 27
Referat: Dagskurs med Aura Kagan <i>Håvard Tveit</i>	s. 29
Referat: Stabilitet och förändring i utvecklingsrelaterad språkstörning <i>Anna Strömberg</i>	s. 31
Logopedisk tips: Hva sier man egentlig til barnet som stammer? <i>Marit Westby</i>	s. 34
Logopedisk tips: Podcast med Tiffany Hogan <i>Frøydis Morken</i>	s. 35
Presentasjon av ph.d.-prosjekt <i>Siv Andresen</i>	s. 36
NIFS: Hva gjør NIFS for løpsk tale? <i>Martin Aasen Wright</i>	s. 37
Yrkesetikk: Åpent som et postkort <i>Erik Reichmann</i>	s. 38
Kurs & Konferanser	s. 39