

Norsk tidsskrift
for logopedi

Juni 2007
Årgang 53

Logo PEDEN 207

Av innholdet:

Leder	3
Fra styret	4
Evidensbasert praksis – av interesse for norsk logopedi?	5
Velo-cardio- facial syndrom	10
Barn med APD	18
Slutt å kremte	24
Svelgetesting	26
Hva kan tre former for kartlegging lære oss om vanskene?	32
Vinterkurset - en suksess	38
Referat fra forelesning med Arild Lian og Ernst Ottem:	40
Et logopedisk tips	42
Yrkesetikk takk	44
Lesernes side	45



ARTIKKEL/DEBATTINLEGG

Norsk Tidsskrift for Logopedi er åpent for ulike fag-lige standpunkt. Meningsytringene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen.

Norsk Tidsskrift for Logopedi fungerer som meldingsblad for alle medlemmer av Norsk Logopedlag. Meldinger fra regionslag og medlemmer av NLL trykkes kostnadsfritt. "Reklame" for salg av egenprodusert materiell eller kurs som arrangeres av private/offentlige institusjoner betraktes som annonse med dertil hørende annonsepriser. Redaksjonen forbeholder seg retten til å bestemme utgivelsesdato for innlevert manuskript.

Redaksjonen er svært glad for at du vil skrive i Logopeden. Ved å følge våre praktiske/tekniske råd, sparer du redaksjonen for mye arbeid.

TEKNISKE RÅD

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

PRAKTISK RÅD

- 5) Artikkelen innledes med en hovedoverskrift. Bruk blokkbokstaver punkt 20 og fet skrift
 - 6) Artiklene skal ha en forfatterpresentasjon. Presentasjonen bør si noe om faglig bakgrunn og nåværende arbeidssted. Arbeidsadresse og helst e-postadresse skal være med. Bruk punkt 12
 - 7) Artiklene skal ha en appetittvekker på ca. 50 - 70 ord. Bruk punkt 12 og kursiv
 - 8) Artiklenes overskrifter skal ikke være nummererte. I tillegg til hovedoverskriften kan det brukes overskrifter på to nivå. Første nivå under hovedoverskriften skal være i blokkbokstaver punkt 12 fet skrift. Neste nivå skal være i trykkbokstaver punkt 12 og fet skrift
 - 9) Litteraturlisten skal skrives med etternavn på forfatter, forbokstaver til fornavn, årstall for utgivelse, tittel på trykksaken med kursivert skrift og forlag
 - 10) Lengden på artikkelen skal ikke overstige 5 sider i tidsskriftet. Det kan være greit å vite at én side i bladet utgjør ca. 830 ord og 5 sider vil da utgjøre ca. 4200 ord. Dette er omtrent 7-8 sider i et vanlig word-dokument avhengig av hvor mange strekpunkter, tabeller og figurere en har. Trykkeriet justerer og ordner.
12) Send
- A. Artikkel, appetittvekker og presentasjon elektronisk til redaktøren. For tiden er det signhild@tromso.online.no
- B. Bilder og logoer lagres i JPEG, TIFF, EPS i så stor oppløsning som mulig og sendes til: e-post: signhild@tromso.online.no

MATERIELLFRIST OG UTGIVELSER

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

ANNONSEPRIS PR. 01.01.2006

- 1/1 (175 x 220 mm) side - s/hv - kr. 1.500,-
2/3 (175 x 145 mm - 2 sp. x 220 mm) side - s/hv - kr. 1.200
1/3 (175 x 74 mm - 1 sp. x 220 mm) side - s/hv - kr. 900,-
- Fargetillegg kr. 700,-

Grafisk formgiver kan være behjelpelig med utforming av annonsens utseende (faktureres separat).

Annonsekontakt:

gunder.eliasen@statsped.no



Styret

Leder

Ole-Andreas Holmsen
Gml Strømsvei 116
2010 Strømmen
Tlf. 92614691
ole-andreas.holmsen@norsk-logopedlag.no

Nestleder

Marit Molund Koss
Lindebergåsen 66A
1068 Oslo
Tlf. 95916133
marit-molund.koss@norsk-logopedlag.no

Sekretær

Jan Erik Andersen
Akselen
6013 Ålesund
Tlf. 70150083
jan-erik.andersen@norsk-logopedlag.no

Kasserer

Randi Fossler
Anton Schjøthsgate 18
0454 Oslo
Tlf. 22691572
randi.fossler@norsk-logopedlag.no

Styremedlem

Gro Hartveit
Fyllingsveien 14
5161 Laksevåg
Tlf. 55343241
gro.hartveit@norsk-logopedlag.no

Varamedlemmer

Eli Tendeland, Kristiansand
Kari-Mette Gjertsen, Bodø

Organisasjonsutvalg

Leder

Steinar Stenvik
Pb 248
3301 Hokksund
Tlf. 32700640
sstenvik@c2i.net

Medlemmer

Berit Berg, Kongsberg
Kristin Vanebo, Oslo

Varamedlem

Mari Berntsen, Oslo

Pedagogisk utvalg

Leder

Kari Sandvik Lund
Nordgardsveien 159
5236 Rådal
Tlf. 90535990
karisalu@online.no

Medlemmer

Aud Ellen Hushovd, Rådal
Heidi Gudmundset, Ulset

Varamedlem

Bodil Nordøen, Ytre Arna

Fagutvalg

Leder

Anne-Lise Rygvold
Grindbakken 26
0764 Oslo
Tlf. 22147572
a.l.rygvold@isp.uio.no

Medlemmer

Monica I. Knoph, Oslo
Kristine Gilleberg, Lillestrøm

Varamedlem

Berit Solgaard, Kråkerøy

Yrkesetisk råd

Leder

Henning Karlstad
Randemsletta 35
1540 Vestby
Tlf. 91318810
henning.k@online.no

Medlemmer

Olav Sveen
Astri Granhus, Levanger

Varamedlem

Ingjerd Haukeland,
Fyllingsdalen

Privat praksis

Leder

Ole Petter Andersen
Marikosveien 20
1715 Yven
Tlf. 91887572
opa@halden.net

Medlemmer

Trine Lise Dahl, Trondheim
Berit Solgaard, Kråkerøy
Sigrun Skjesol

Redaksjonsutvalg Norsk Tidsskrift for Logopedi

Redaktør

Signhild Skogdal
Nordpolvn.62
9013 Tromsø
Tlf. 92867932
signhild@tromso.online.no

Medlemmer

Gunder Eliassen, Sømna
Beate Johansen, Tromsø

Salgsrepresentant

Marit Strømsnes
Askv. 139
5306 Erdal
Tlf. 56140237
marit.stromsnes@askoy.kommune.no

Valgkomité

Leder
Ellen Malm Ofte
Tyttebærstien 7
9403 Harstad
Tlf. 91887121
malmofte@online.no

Medlemmer

Else Jorun Karlsen, Risør
Åse Floa Bang, Trondheim

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:

Signhild Skogdal. Nordpolvn. 62, 9013 Tromsø
Tlf. 92867932- signhild@tromso.online.no

Red.medl/annonser:

Gunder Eliassen- Tlf. 75028375- gunder.eliasen@statsped.no

Red.medlem:

Beate Johansen- Tlf. 91612331- beat-jo2@online.no

Norsk Logopedlags web-side: www.norsk-logopedlag.no

Web-ansvarlig:

Gro Hartveit gro.hartveit@norsk-logopedlag.no

Grafisk formgiver:

Lura Trykkeri AS

Trykk:

Lura Trykkeri AS

Forside:

Harry Welten

Forsidefoto:

Ketil Born/Samfoto

ISSN:

0332-7256

Tenk om ...

Redaksjonen befinner seg i Tromsø – et sted med folk som for tiden er både vill og visjonær med tanke på hva som kan bli virkelighet i 2018.

Siden forrige nummer av Logopeden har det skjedd viktige og gledelige nyheter innen norsk logopedi, nyheter som gir grobunn for visjoner: Forslag til autorisasjon og lovhjemling av logopediske tjenester, og opprettholdelse av refusjonsavtalen for privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger gjennom NAV. Leder Ole-Andreas Holmsen forteller mer om det på s.4.

- Tenk om det blir store overskrifter i media om logopedbehov, fordi det kun er logopeder som er lovhjemlet til å utføre logopediske tjenester?

I så fall må det lovhjemles i flere lovverk at logopediske tjenester trengs, og hva logopeder skal brukes til; både i klinisk arbeid, veiledning og forskning.

- Tenk om det medfører at brukere ikke må krangle med byråkrati for å få logopedisk hjelp?
- Tenk om logopeder kan slippe å krangle med byråkratiet for å få gi logopedisk hjelp til personer man vet trenger det?
- Tenk om utdanningsinstitusjoner klarer å utdanne nok logopeder slik at behovene dekkes?

Da blir vi ei yrkesgruppe med sikre, fulle jobber (for de som ønsker det), som kan ha fullt fokus på logopedi i stedet for et vanskelig byråkrati.

Landets kompetansesentra innen språk og kommunikasjon, og universitet og høyskoler som arbeider på samme områder er særdeles viktige for utvikling og berettigelse av norsk logopedi. Autorisasjon vil sannsynligvis medføre at vi må dokumentere vår dyktighet og vise til økt behov for våre tjenester i forhold til dagens praksis. Vi kan være glade for at det drives så mye praktisk basert forskning i Norge – noe som medfører at resultater og konsekvenser

av forskning raskere kan bli implementert i praksis.

I juninummerets første artikkel utdyper Line Haaland-Johansen temaet Evidensbasert praksis (EBP) og ser det også i sammenheng med Christmanns artikkel i forrige nummer av Logopeden. EBP debatteres innen de fleste profesjonene innen helse- og sosialfeltet, og Haaland-Johansen mener det er på tide at logopeder også setter seg inn i temaet. Diskusjonene rundt EBP handler bl.a. om; skal, kan og vil helsepersonell til en hver tid kun benytte praksis som er forskningsmessig dokumentert og virkningsfull? Det finns uten tvil mye god praksis som ennå ikke studert, og har forskerne studert relevant praksis slik at forskningsresultatene er valide? EBP-tradisjonen har et klassifiseringssystem som skal gjøre det lettere for praktikerne å finne relevant og god forskning på aktuelt tema, og vi logopeder må lære oss å finne fram til forskningsbasert kunnskap som kan legitimere vår praksis. Dette for at den enkelte bruker av logopedtjenester skal få best mulig tilbud.

Ei tverrfaglig gruppe fra Statped Vest har skrevet en interessant artikkel om Auditory Processing Disorder (APD). Forfatterne av denne artikkelen utgjør det norske APD-teamet. De velger å bruke betegnelsen "dysfunksjon i auditiv prosessering". APD er kontroversielt mht diagnostisering fordi vanskene også inngår eller typiske ved flere andre diagnoser. Personer med APD synes å ha hørselstap, mens undersøkelser viser normale høreterskler.

Forfatterne understreker betydningen av tverrfaglig samarbeid i diagnostisering og tiltak.

Inger-Lise Sæther gir oss innblikk i en diagnose som kanskje er ukjent for mange logopeder. Diagnosen har flere navn: Velo-cardio-facial syndrom (VCFS)/Di George/22q11deleksjon syndrom. VCFS medfører vansker på mange områder både fysisk og



læringsmessig, bl.a. dårlig funksjon av ganeseil og svelg, ganespalte og lettere hørselsvansker. Forsinket utvikling, lærevansker og tale- språkvansker er ofte rapportert. Dette er bare litt av symptombildet, men vi skjønner allerede at logopeder bør involveres i arbeidet med disse barna.

Marianne Lind, Inger Moen og Hanne Gram Simonsen viser i denne artikkelen hvordan tre tester kan avdekke ulike typer og grader utfall ved afasi med flytende talepreg. Forfatterne mener at den tradisjonelle klassifiseringen i flytende eller ikke-flytende talepreg ikke viser individuelle forskjeller som kan ligge i de to gruppene. Forfatterne har bl.a. undersøkt evne til bruk av verb i preteritum og semantisk tilgang hos afasirammede med flytende talepreg.

Logopedene Liv Bjør og Grethe Opsahl og høyskolelektor Liv Rugås har skrevet en artikkel om avdekking av svelgvansker i akuttfasen. Døgnet har mange timer uten logopedisk tilstedeværelse, og det er derfor viktig at andre faggrupper kan undersøke svelgvansker.

Pål Ericsson har fått benvist flere klienter der kremting i tillegg til stemme-problemer er henvisningsgrunn. Ut i fra dette har han skrevet en artikkel til Logopeden hvor han beskriver hva som skjer fysiologisk når vi kremter mye, og hva man kan gjøre i stedet for kremting.

Signbild Skogdal

Kjære alle sammen

Jeg vil på vegne av medlemmene ta sjansen på å ønske Bredtvet hjertelig til lykke med sitt 40-års jubileum.

Ansatte og gjester var samlet til en meget hyggelig og informativ dag torsdag 10. mai. De enkelte avdelinger presenterte seg. Vocalis internus sang og underholdt. Gjestene inklusive NLL gratulerte og overrakte blomster.

Senterleder Brit Weisæth hadde noen overraskelser på lur, hvorav en var en hyllest til Solveig Slinde som utrolig nok er blitt 70. NLL var med blant gratulantene. Når et markant æresmedlem takker av vil vi hylde, og Solveig vil vi absolutt hylde. Takk for alt du har gjort og betydd Solveig, måtte du få mange fine år fremover. Vi er jo så heldig som logopeder at vi kan være yrkesaktive også etter pensjonering, for den som vil det. Kanskje vil mennesker med taleflytproblemer ennå nyte godt av din enorme kompetanse i årene som kommer?

26. mars var en merkedag i logopedenes historie i Norge. Denne dagen ble det fremmet forslag fra Helse- og omsorgskomiteen om autorisasjon av logopeder og audiopedagoger. Det har aldri vært foreslått før, og definitivt ikke vært vedtatt av et samlet Storting. Vel, det skjedde altså på denne dag.

Hva gjør vi da videre? Vi har ligget litt på vent rett og slett fordi vi ikke visste hva vi skulle gjøre. Men etter noe tid ble det tatt kontakt med RTV og juridisk avdeling ved Helse- og omsorgsdepartementet. I juridisk avdeling HOD, ble det bekreftet at søknaden lå sammen med andre søknader til behandling, og en regnet med at dette ville skje snarlig!! Hva snarlig er i departementalt språk vil jeg nødig spekulere i, men nærmere en avklaring av autorisasjon og lovhemlingsaken har

vi aldri vært. Vi lover å holde saken varm. Endringer kommer på nettsiden vår, følg med!

Nye stortingsmeldinger som gjelder logopedien er St. m. 16 fra utdanningsdepartementet og St. m. 150 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Les disse i sin helhet på nettet. Styret vil prøve å utarbeide en nærmere informasjon rundt konsekvensene av disse for oss på nettsidene i nær fremtid.

I kjølvannet av alt det som har skjedd er det nok en gledelig nyhet til de av oss som har valgt å arbeide privat, og alle våre brukere som nyter godt av denne avtalen. Signalene om å nedlegge RTV-avtalen for godt fra 01.06.07 er lagt døde. Sylvia Brustad har gått offentlig ut og sagt at saken ikke var godt nok belyst (!), og at de derved ser at avtalen må bestå inntil videre. Det utales videre at departementet må gå grundigere gjennom hele denne saken ved en senere anledning for å ta en endelig avgjørelse for eller i mot. I klartekst vil det si at RTV avtalen går videre, og denne gang ikke begrenset til ut året. Privat utvalg har i samarbeid med styret i NLL arbeidet ut et forslag til nye takster. Disse er nå til vurdering/godkjenning i Rikstrygdeverket. De nye takstene skal gjelde fra 01.06.07. De vil bli lagt ut på web-siden vår så raskt de er klarert.

Generalforsamling og møte i Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) ble avholdt i Riga helgen, 11. – 13. mai 2007. Norge var representert som fullverdig medlem for første gang etter å ha hatt observatørstatus fra 1993. Det var to meget stolte delegater, tidligere og nåværende leder, som fikk æren av delta på dette historiske møtet. De største sakene på dagsorden var å



vedta reviderte minimumsstandarder for logopedutdanning, økning av medlemskontingent, samt å vedta medlemskap for 5 nye land (Bulgaria, Island, Malta, Polen og Slovakia).

Minimumsstandardene er gode retningslinjer også for norsk logopedi. Målet er at alle land skal arbeide mot en utdanning på Mastergradsnivå.

Samtidig ble det klart at det er dyrt, og raskt blir dyrere å transportere og innkvartere en slik organisasjon ved konferansene. Det tæres på oppsparte midler, det skrives røde tall. Noe må gjøres. Alle verv er ulønnet, så eneste mulighet til inntektsøkning er å øke medlemskontingenten. Den ble hevet til 3 euro pr medlem + 300 euro i fast kontingent. Noe av grunntanken i det europeiske samarbeid må være å ha flest mulig med slik at alle kan uttale seg og bli hørt, på like vilkår. Den europeiske logopedfamilien teller nå 29 medlemsland og 2 observatørland (Sveits og Kroatia). Slik vinner dermed solidariteten mellom kollegaer i hele Europa frem. Viva CPLOL! Den neste CPLOL-kongressen er planlagt i mai 2009 i Slovenia. Temaet blir: "SLT for all ages". NLL har utarbeidet retningslinjer for utvalgelse av delegater til CPLOL. Til oktobermøtet i Paris og for de to neste årene, vil Anne-Lise Rygvold og Gro Hartveit være NLLs representanter.

God laaang sommer til dere alle!

Mvb

Ole-Andreas

Evidensbasert praksis - av interesse for norsk logopedi?



Line Haaland-Johansen

Line Haaland-Johansen ble utdannet logoped for tolv år siden. Hun har i elleve år vært ansatt ved Bredtvet kompetansesenters afasiteam. Hun har i tillegg hovedfag i psykologi fra NTNU i Trondheim.

Hovedfagsoppgavens tittel var: "Hva skjer hos afasilogopeden? Et kommunikasjonsanalytisk blikk på afasilogopedisk praksis og forskning."

"Evidens" og "evidensbasert" er to forlokkende ord. Det lyder fint når noe er evidensbasert, og tilsvarende mistenkelig, kanskje, når noe ikke er det? Det siste tiåret har fenomenet evidensbasert praksis (gjerne forkortet EBP) stått sterkt innen medisinen og mange andre hjelpeprofesjoner. I Norge er fenomenet beskrevet og til dels kraftig debattert i flere faglige tidsskrifter. Logopedprofesjonen har imidlertid forholdt seg tilsynelatende taus. Spørsmålet gjenstår. Er EBP relevant for norsk logopedi?

Innledning

Tidsskriftets redaksjon har tatt saken i egne hender. De har bestemt seg for å sette evidensbasert praksis på logopeders agenda. Jeg setter pris på initiativet! I Norge har medisinen, psykologien, fysioterapien, ergoterapien og sykepleien belyst, beskrevet og debattert temaet i noen år allerede. Det er derfor på høy tid at også vi logopeder tar stilling til fenomenet. I et tidligere nummer av tidsskriftet gav Christmann (2007) en interessant fremstilling av EBP generelt og av ett spesifikt område av logopedien (arbeid med personer med taleflytvansker) spesielt. Den artikkelen du nå leser vil følge en tilsvarende oppbygging. Først skal artikkelen belyse mer generelle aspekter ved EBP. Hva er det og hvor kommer det fra? Hva er fordelene med EBP? Finnes det ulemper? Dernest skal artikkelen belyse enkelte elementer ved ett spesifikt område av logopedien i et evidensbasert perspektiv, nemlig afasilogopedien. Artikkelen kan på ingen måte påberope seg å kunne gi en uttømmende gjennomgang av alle aspekter ved evidensbasert praksis. Artikkelen representerer like fullt et

innspill til konstruktiv faglig debatt om evidensbasert praksis i logopedien.

Kort oppsummert konkluderer artikkelen med at logopedien kan dra nytte av aspekter ved tenkningen som ligger til grunn for EBP, men at logopedisk praksis er et så kompleks fenomen at det gir mening å hevde at kun *deler* av slik praksis lar seg beskrive og forklare innen en evidensbasert referanseramme.

Hva er evidensbasert praksis?

La det bli slått fast med det samme. Temaet evidensbasert praksis er relevant for oss logopeder. Denne artikkelen er imidlertid ikke en ukritisk feiring av EBP. Den er kun et forsøk på å informere om, og skissere noen få for- og ulemper ved, EBP-tenkningen og -trenden. Hovedintensjonen med å skrive artikkelen må være å bidra til å sette fokus på fenomenet evidensbasert praksis – og ikke minst – å inspirere til en faglig reflektert holdning til evidensbasert praksis som fenomen og tenkemåte. Dette handler om yrkesetikk, rett og slett. Dersom andre (fagpersoner fra andre

profesjoner eller representanter for bevilgende myndigheter, for eksempel) stiller oss logopeder spørsmålet "kan det evidensbaseres?", så bør vi vite hva det å "evidensbasere" noe betyr, vi bør vite hvilke fallgruver spørsmålet "kan det evidensbaseres?" rommer, og vi bør vite at det ikke nødvendigvis er en faglig svakhet at ikke all logopedisk praksis til enhver tid kan evidensbaseres.

La oss ta ett skritt tilbake, og begynne med begynnelsen. Hva er evidensbasert praksis? Christmann (2007) gav en god innføring i sin artikkel "Evidensbasert stammebehandling" i forrige utgave av Logopeden. Vi skal allikevel her bruke noe plass på å gjennomgå litt mer av historien og premissene bak det hele.

Enkelt sagt er tanken bak EBP at vår daglige praksis skal kunne forsvares og forklares. Praksis skal bygge på forskningsbasert kunnskap. Intensjonen bak EBP er følgelig at vi som praktikere til enhver tid må være oppdatert i forhold til den faglige og forskningsmessige utviklingen, slik at hver enkelt person som går til logoped får det best mulige tilbudet. Dette er ikke en ny tanke, selvsagt, og tanken er heller ikke kontroversiell. For hvem kan vel si seg uenig i at logopedisk praksis skal bygge på god og relevant viten? En klassiker innen afasifeltet i så måte er for eksempel Schuells utsagn: A good therapist should never be taken unaware by the question, "Why are you doing this?" (Schuell et al., 1964, sitert etter Howard & Hatfield, 1987, s. 107). Tanken om at vi skal være i stand til, til enhver tid, å kunne legitimere og forklare vår egen praksis er dermed på ingen måte ny – verken i afasilogopedien eller i logopedien generelt. Noe er imidlertid nytt ved *evidensbasert praksis* – *tenkningen*. Denne tradisjonen har nemlig som mål at praktikerens skal evne å legitimere sin praksis ved å vise til *forskningsbasert* kunnskap. Tradisjonen gir også visse former for forskning forrang fremfor andre.

Klovning (2001) presenterer følgende definisjon av EBP: "EBP er samvittighetsfull, punktlig og fornuftig bruk av beste, tilgjengelige informasjon, når det skal tas beslutninger om hvordan den enkelte pasient skal håndteres". Hvem kan egentlig være uenig? Det er imidlertid ikke like enkelt som det kan se ut som. Stridens eple blir nettopp: Hva er eller kan regnes som "beste, tilgjengelige informasjon"?

Historien bak evidensbasert praksis

Evidensbasert praksis har sitt opphav i det medisinske fagfeltet. I følge Ekeland (2004, s. 29) stammer selve begrepet fra fagmiljøet Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics ved McMaster University i Canada. Helt fra begynnelsen av 80-tallet kom det herfra en rekke utspill. Målet var kvalitativt å forbedre legeutdanningen. Man mente blant annet at legestudentene (og leger) burde lese færre lærebøker og mer forskningslitteratur, og de burde lese litteraturen på en slik måte at den ble relevant for praksis (Ekeland, 2004). Videre, i 1991, ble følgende oppsiktsvekkende påstand fremsatt på lederplass i et britisk legetidsskrift (British Medical Journal): Kun om lag 10-20 prosent av den praksis som finner sted i det medisinske fagfeltet kan sies å bygge på solid forskningsbasert kunnskap (Ekeland, 2004). Det ble heftige diskusjoner i, og sannsynligvis også utenfor, medisinsmiljøet i etterkant av artikkelen. Men det var kun en diskusjon om grader, hevder Ekeland. Man diskuterte primært hvor stor prosentandel av de medisinske tiltak som (ikke) bygget på forskningsbasert kunnskap. Ikke hvorvidt påstanden om manglende forskningsmessig belegg for gjeldende medisinsk praksis faktisk stemte eller ikke.

Det er i et slikt scenario at tanken om evidensbasert praksis får grobunn. Man ønsker å minske (ja, kanskje aller helst fjerne?) gapet mellom forskning og praksis. Og man ønsker at forskning og empirisk dokumentasjon for effekt av tiltak skal være retningsgi-

vende for klinisk praksis. På kort tid har denne tenkningen spredd seg til "mest alle profesjonar innan helse- og sosialfeltet som har behov for å flagge sin status og kompetanse som vitenskapelig" (Ekeland, 2004, s. 5).

Tettere sammenheng mellom forskning og praksis: Noen fordeler ved EBP

Dersom vi som praktikere (og studenter som med tiden skal bli praktikere) i større grad skal basere vår praksis på aktuell, nyere forskning, så må vi kjenne til og ha innblikk i forskningen. Vi må lese forskningen. Vi må forstå forskningen. Og, ikke minst, vi må kunne "oversette" forskningen til praktiske handlinger. Dette igjen innebærer at vi vil trenge veiledning i forhold til å finne frem i jungelen av forskningslitteratur. For det finnes mengder. Man har for eksempel beregnet at en lege må lese 19 artikler 365 dager i året for å holde seg oppdatert (Ekeland, 2004). Og selv om hun hadde hatt tid til å lese dette, så måtte hun i tillegg ha hatt evnen (og tiden) til å sortere og forstå det hun leste, slik at hun kunne trekke ut de studiene som måtte være av god nok forskningsmessig kvalitet, og som i tillegg kunne omsettes til matnyttig og relevant kunnskap med tanke på egen praksis (op. cit.).

Satt inn i en slik sammenheng er det lett å se flere av fordelene med EBP. Om ikke klinikerens setter seg fore å lese all relevant forskningslitteratur, så trenger hun allikevel gode verktøy for å kunne vurdere de artiklene hun faktisk leser – og hun trenger hjelp til å vite hvor hun skal lete etter svar på sine kliniske spørsmål. EBP-tradisjonen bidrar nettopp med verktøy for å stille gode kliniske spørsmål (som lar seg besvare), den operasjonaliserer ulike trinn i en søkeprosess i praktikerens søken etter god og relevant forskning, og den spesifiserer ulike (forskningsmetodiske) kriterier praktikerens bør kjenne til for kritisk å kunne vurdere holdbarheten til en forskningsartikkel om praksis. Mye av dette er godt beskrevet i mange norske artikler og

på flere norske nettsteder. Besøk for eksempel Medisinsk bibliotek ved Ullevål universitetssykehus sine nettsider, under www.ullevaal.no.¹⁾

Det er også i denne sammenheng at EBP har rangert ulike typer forskningsmetoder, slik også Christmann (2007) påpeker. Ved å rangere forskningen får man et system for hvilken type kunnskap og forskningsfunn som skal veie tyngst. Christmann konstaterer at det finnes mange ulike slike "evidensstiger" som er delvis ulike, men dette behøver ikke være et problem, siden (som han selv skriver) "innholdet stort sett er det samme fra forfatter til forfatter" (Christmann, 2007, s. 5). Ekeland (2004, s. 32) påpeker det samme. Det finnes mange kunnskaps-hierarkier innen EBP, som kan se litt ulike ut. Men "RCT-design" og meta-analyser er alltid i toppen, og evidensbasert har etterkvart blitt synonymt med slik forskning, fastslår Ekeland. En god kilde til forståelse kan være boken "Evidence-based practice in speech pathology" (Reilly, Douglas og Oates (red.), 2004). Boken er delt i tre deler: 1) Introducing evidence-based practice, 2) presenting the evidence²⁾ og 3) examining practice and future directions.

Innen EBP handler det altså om å kunne selektene og forholde seg til forskningen på en god måte. Her søker EBP å bidra både gjennom å skolere den individuelle praktiseren til å bli en kompetent leser (og forbruker) av forskningsartikler, og gjennom å skape seleksjonssystemer som kan "filtrere" mengdene av forskning på en slik måte at det blir lettere for praktiseren å finne frem til valid, reliabel og relevant forskning.

Det mest kjente filter eller seleksjonssystemet for evidensbasert medisin er i dag Cochrane Collaboration (se www.cochrane.no), erklærer Ekeland, og beskriver Cochrane på følgende måte: Det er et verdensomspennende nettverk av sentre, ekspertkomiteer og forskergrupper som har som sin hovedoppgave å overvåke og vurdere forskningslitteratur med tanke på å velge ut resultater som er "sanne" og "brukbare" (Ekeland, 2004, s. 32). En fordel, slik flere ser det, er at seleksjonskriteriene er eksplisitte og detaljerte. De ulike forskningsmetodene er tydelig rangert i kunnskapshierarkiet. "Når eit forskingsbidrag etter ei første sortering etter gullstandard har blitt gitt "declarative" status, blir det omarbeidd til strukturerte abstracts der berre den klinisk relevante informasjonen blir nytta. Gjennom ulike databasar blir denne gjort tilgjengelig for praksisfeltet slik at ein klinikar på grunnlag av ein gitt diagnose, kan søkje seg elektronisk fram til dei evidensbaserte råda." (Ekeland, 2004, s. 33)

Et blikk på afasifeltet

Det kan sies å være mange fordeler med et seleksjonssystem å la Cochrane. Her passer det med en illusjon fra afasifeltet. Det har blitt hevdet at afasilogopedien er den delen av logopedien som er mest studert med tanke på effekt de to-tre siste tiårene (Douglas, Brown & Barry, 2004; Enderby & Emerson, 1995). Det kan være mange grunner til dette. Blant annet har man i afasilogopedien opplevd hva man kan kalle et sterkt "ytrepess", der personer fra andre profesjoner enn logopedien har forsket på (og hatt sterke meninger om) effekten

av afasilogopedi. Et relativt tidlig og betydningsfullt randomisert kontrollert gruppe- $\rightarrow$ studium som forsøkte å undersøke effekten av afasilogopediske tiltak (Lincoln et al., 1984), ble publisert i det innflytelsesrike medisinske tids-skriftet Lancet. Lincoln og medarbeidere (1984, s. 1197) konkluderte i sin artikkel bastant med at "dette behandlingsregimet, som er representativt for klinisk praksis, er ineffektivt for de fleste afatiske slagpasienter"³⁾. Konklusjonen ble altså: Afasilogopedi virker ikke. Publikasjonen av studien førte til et større antall protester fra logopeder. Protestene fra logopedene bygget blant annet på overbevisningen om at mennesker med afasi er en for heterogen gruppe til å kunne bli studert via gruppestudier på en meningsfylt måte. Andre hevdet at den praksis som Lincoln studerte slett ikke var representativ for afasilogopedisk praksis. Men resultatet stod der, og var publisert i Lancet. Og var vanskelig å motbevise.

Det er her Cochrane (som gjennomfører meta-analyser av randomiserte kontrollerte studier) kommer inn. Cochranes gjennomgang av alle randomiserte kontrollerte gruppestudier som var gjennomført innen afasilogopedifeltet frem til nyere tid, munnet nemlig ut i en langt svakere konklusjon. Etter å ha vurdert 60 afasistudier, forkastet 48 av dem, og dermed endt opp med 12 studier de mente holdt mål (inklusive Lincolns studie), kom de frem til følgende konklusjon: "Hovedkonklusjonen av denne gjennomgangen er at logopedisk⁴⁾ behandling til nå verken har vist seg å være tydelig effektiv eller tydelig ineffektiv, innenfor rammen av RCT"⁵⁾.

¹⁾ Besøk www.ullevaal.no. Klikk på "Avdelinger/divisjoner" på menyen på venstre side, velg så "Medisinsk bibliotek, internett" og senere "Evidensbasert praksis" i listene som kommer opp i midtfeltet. Du er nå kommet inn på en side med relevant og lettlest informasjon.

²⁾ Forkortelsen RCT står for "randomiserte kontrollerte forsøk".

³⁾ Her beskriver forfatterne utvalgte delområder av logopedien i et evidensbasert perspektiv. Forfatterne har i kapitlene 3-12 valgt å belyse følgende logopediske delområder: afasi, TBI, taleflytvansker, stemmевansker, dysfagi, SLI, forsinket språkutvikling hos barn, motoriske talevansker hos barn, artikulatoriske og fonologiske vansker hos barn, og ASK.

⁴⁾ Gjengitt på originalspråket: "[T]his treatment regimen, which is representative of clinical practice, is ineffective for most aphasic stroke patients".

⁵⁾ "Logopedisk behandling" refererer her utelukkende til logopeders arbeid med afasirammede.

⁶⁾ Gjengitt på originalspråket: "The main conclusion of this review is that SLT treatment has not yet been shown to be either clearly effective or clearly ineffective within a RCT".

(Greener, Enderby & Whurr, 2002, s. 18).

Cochranes afasi-review (Greener, Enderby & Whurr, 2002) tydeliggjorde dermed at man slett ikke har nok bevis til å hevde at afasilogopedien er virkningsløs, slik Lincoln gjorde. Historien illustrerer også verdien av å operere med et slags kunnskapshierarki, der konklusjoner trukket etter meta-analyser av RCT-er får forrang fremfor konklusjoner trukket etter enkeltstående RCT-er.

Men historien illustrerer også at innenfor EBP-tradisjonen så har RCT-forskningen (randomiserte kontrollerte studier) forrang. Og innen rammen av RCT-designet gjenstår det foreløpig å bevise at logopedi har effekt. Dette får konsekvenser for hvordan verdien av logopedi vurderes. I en artikkel kalt "Rehabilitering av pasienter med hjer-neslag", konkluderes det, litt unøyaktig formulert, med at "[e]nkelte studier viser positiv effekt av afasitrening, men ifølge en Cochrane-analyse finnes det per i dag ikke god nok effekt av språktrening" (Fjærtøft & Indredavik, 2007). En annen artikkel, også den publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforening, vektlegger andre deler av forskningsmassen om afasi. Thommesen og Bruun Wyller (2007) skriver: "Det å ikke kunne uttrykke seg eller forstå tale er en dramatisk opplevelse, og det er viktig å identifisere språkproblemer tidlig. Nyelig publiserte randomiserte undersøkelser tyder på at intensiteten av språktreningen i tidlig fase er viktig for å oppnå et godt resultat."

Mange som er "pro EBP", vil hevde at påstanden "EBP handler bare om randomiserte kontrollerte forsøk" er en myte (Klovning, 2001). Christmann viser til Marthinsen (2005) og hevder det samme: Evidensbasert praksis bygger ikke utelukkende på randomiserte forsøk. Pro-EBP-litteratur vil hevde at EBP handler om å integrere "best evidence", klinisk ekspertise og pasientverdier. I praksis, allikevel, er det funn

og konklusjoner fra randomiserte kontrollerte studier som får forrang når det handler om å bedømme effekten av noe. Cochrane trekker sine konklusjoner basert på de svært få metodisk godt gjennomførte randomiserte kontrollerte studier som finnes innen afasifeltet, og overser, eller tar ikke hensyn til, konklusjoner og data fra den store mengden av eksisterende afasistudier som benytter annen type forskningsmetodikk.

Vi må imøtekomme krav om dokumentasjon og informasjon fra bevilgende myndigheter, og vi må legitimere vår betydning og rolle overfor fagpersoner fra andre profesjoner. Forskning må komme høyere opp på logopedprofesjonens agenda. Her har vi et ansvar både som gruppe og som enkeltpersoner. At den type forskningsdata som tillegges størst vekt innen evidensbasert praksis-tradisjonen ikke nødvendigvis vil oppleves som rett eller relevant av praktikerne i alle sammenhenger, det er faktisk en annen del av historien, som vi vil komme tilbake til senere i artikkelen. Logopedien trenger vel gjennomførte (og vel gjennomtenkte) randomiserte kontrollerte studier – i tillegg til andre typer forskningsstudier. I denne sammenheng vil jeg anbefale boken *Research methods in communication disorders* (Pring, 2005). Her får vi en innføring i forskningsmetode, skrevet for logopedien, der problematikken knyttet til bruk av gruppestudier og utfordringer knyttet til det å dokumentere effekt er viet spesiell oppmerksomhet.

En pekepinn om hvilket fokus og hvilke typer problemstillinger som vil være relevante i forstående logopedisk forskning finner vi i følgende sitat: "Virker fysioterapi? Leger stiller fra tid til annen dette spørsmålet. En slik generell spørsmålsstilling er imidlertid like meningsfull som om noen hadde spurt "Virker indremedisin?" eller "Virker kirurgi?". Spørsmålet er naturligvis *hvilken* effekt som kan forventes av en *spesifikk* [...] behand-

lingsmetode anvendt på en *spesifisert* pasientgruppe i en spesifisert kontekst." (Bruun Wyller, 2001)

Ikke all forskning er praksis-var: Noen vesentlige ulemper ved EBP

Som nevnt i artikkelens innledning: Det lyder flott når noe er evidensbasert, og tilsvarende mistenkelig, kanskje, når noe ikke er det. Her er det lett å trekke feilslutninger. Og diskusjoner foregår da også innimellom ut fra følgende premisser: Enten er praksisen evidensbasert eller så er tiltaket så å si "virkningsløst". Det er forholdsvis overflødig å påpeke at en slik tolkning vil være en grov overforenkling.

Følgende argumentasjon kan tjene som eksempel på diskusjonen og argumentasjonen (sakset fra Aftenpostens nettutgave, 20.10.96): "Mye av den (...) pedagogiske praksisen i norsk skole bygger på subjektive erfaringer, synsing og private erfaringer. (...) Man bør bruke det som virker – og unngå det som ikke virker. - Det er som med medisin; man bør benytte den beste på markedet."

Hvem kan være uenig? Selvsagt bør vi benytte "den beste medisinen på markedet"! Men hva er det? Er det alt som er evidensbasert? Nei, og det er her vi finner det jeg mener må være den grunnleggende feilslutningen. Jeg blir derfor rett og slett litt engstelig i møte med påstander av typen: "Vi må slutte å gjøre det som ikke virker og begynne å gjøre det som har en dokumentert effekt." For ikke-dokumentert effekt kan nemlig bety noe mer enn at noe "ikke virker". Det kan rett og slett bare bety at dette er en praksis som ikke er studert (eller som ikke er studert nok) i forskningen. Dersom den praksis som er studert i forskningen ikke er representativ for den praksis som foregår i feltet, eller for den praksis som praktikerer generelt vil gjenkjenne som god eller kompetent praksis, så har vi den situasjonen at forskningen gir et fortegnet eller "pervertet" bilde av praksisfeltet (Kalleberg,

1996). I så tilfelle kan man si at forskningen ikke er "praksis-var". Den er ikke var for de særegenhetene som praksisfeltet rommer. Vi kan for eksempel lett forestille oss den situasjonen at enkelt målbare elementer kan bli mer studert enn elementer i praksisfeltet som er vanskeligere å måle. For eksempel tror jeg det vil være riktig å hevde at innen afasifeltet er det langt flere studier som studerer produksjon av enkeltord enn studier av noe annet. Dette betyr selvsagt ikke at rehabilitering av evne til å produsere enkeltord på logopedens kontor er det aller viktigste i afasilogopedisk praksis. Det indikerer rett og slett kun det faktum, at vi her har å gjøre med en del av afasilogopedien som kan være relativt enkel å "telle og måle".

Problemene oppstår altså, når det som ikke har dokumentert effekt i et evidensperspektiv avfeies som virkningsløst. Dette kan påvirke praktikerens adferd, men ikke minst kan det påvirke adferden til de som administrerer

og betaler de logopediske tjenestene. Man kan for eksempel se for seg at det i noen land, innenfor visse helseområder, kan gå så langt at det kun er de profesjoner og den praksis som beviselig er evidensbasert, som er garantert økonomisk støtte (Ekeland, 2004). "Konseptet ber i seg [...] ein ambisjon om å oppdra klinikaren til å oppføre seg evidensbasert, og i dette ligg det ei utfordring for den kliniske autonomen: skjønnnet skal bli mindre. Spørsmålet blir deretter om det blir betre." (Ekeland, 2004, s. 6). Handlinger i praksisfeltet kan aldri reduseres til kun å dreie seg om å anvende "prefabrikkerte tanke- og handlingsmønstre" eller oppskrifter. Det handler om å handle faglig forsvarlig og moralsk ansvarlig i møte med hver enkelt person med afasi (Haaland-Johansen, 2006a, 2006b). Vi møter ikke en afatisk vanske. Vi møter et menneske med afasi, med sine sterke og svake sider, erfaringer og preferanser. Afasilogopeden må basere sine tiltak på kjent teori, forskning, viten og erfa-

ring. Et vesentlig element ved afasilogopedisk praksis blir allikevel til der og da, i møtet mellom to personer – logopeden og personen med afasi. Vi kan nok minske gapet mellom forskning og praksis. Men vi kan ikke lukke det.

Følgende sitat uttrykker et tilsvarende syn: "Det ligger i sakens natur at retningslinjer for medisinsk behandling ikke kan bygges bare på randomiserte, kliniske studier. De må også bygges på ekstrapoleringer fra kliniske studier, på biologiske teorier, på verdsetting av kostnads- og helsegevinster – og på håp, tro og meninger" (Kristiansen, 2002). Min holdning er at det samme også bør gjelde for logopedien. På den ene siden er logopedien overmoden for forskning som både er rett for faget og strategisk riktig med tanke på trender i tiden. På den annen side må det alltid være plass til faktorer som håp, tro og meninger i dette rike og levende praksisfeltet som logopedien er.

Referanser

- Bruun Wyller, V. (2005). Lettlest innføring i evidensbasert medisin. [Anmeldelse av boken Evidensbasert medisin i Sherlock Holmes fotspår.] *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125, 64.
- Bruun Wyller, T. (2001.). En mer kunnskapsbasert fysioterapi? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121, 2799.
- Christmann, H. (2007). Evidensbasert stammebehandling. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 53, 5-11.
- Douglas, J., Brown, L. & Barry, S. (2004). The evidence base for the treatment of aphasia after stroke. I S. Reilly, J. Douglas, & J. Oates (red.) *Evidence-based practice in speech pathology* (s. 37-58). London: Whurr Publishers.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr. 6/2004. Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.
- Enderby, P., & Emerson, J. (1995). *Does speech and language therapy help? A review of the literature*. London: Whurr Publishers.
- Fjærtøft, H. og Indredavik, B. (2007). Rehabilitering av pasienter med slag. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 127, 442-445.
- Greener, J., Enderby, P., & Whurr, R. (1999). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Howard, D., & Hatfield, F. M. (1987). *Aphasia Therapy: Historical and Contemporary Issues*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Haaland-Johansen, L. (2006a). Evidensbasert praksis – av interesse for norsk logopedi? Paper presentert på *Norsk logopedlags etterutdanningskurs og landsmøte*, Kristiansand.
- Haaland-Johansen, L. (2006b) *Hva skjer hos afasilogopeden? Et kommunikasjonsanalytisk blikk på afasilogopedisk praksis og forskning*. Upublisert hovedfagsoppgave, NTNU.
- Kalleberg, R. (1996). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I H. Holter, & R. Kalleberg (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (s. 26-72). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kloving, A. (2001). EBM og Internett for travle leger. *www.cmuw.org*
- Kristiansen, I. S. (2002). Retningslinjer bygget på subjektivt skjønn og verdivalg. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 122, 2727.
- Lincoln, N.B., Mulley, G. P., Jones, A. C., McGuirk, E., Lendrem, W., & Mitchell, J. R. A (1984). Effectiveness of speech therapy for aphasic stroke patients: A randomised controlled trial. *Lancet*, 1, 1197-1200.
- Pring, T. (2005). *Research methods in communication disorders*. London: Whurr Publishers.
- Reilly, S., Douglas, J., & Oates, J. (red.) (2004). *Evidence-based practice in speech pathology*. London: Whurr Publishers.
- Røed, L. L. (20.10.96). Intervju/artikkel: Mot sin hensikt. *www.aftenposten.no*
- Thommesen, B. og Bruun Wyller, T. (2007). Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127, 1224-1227.
- Ullevål universitetssykehus (u. å.). Evidensbasert praksis. *www.ullevaal.no*

Velo-cardio-facial syndrom (VCFS)/Di George/22q11 delesjon syndrom

Logopedens sentrale stilling

"Heldigvis, vi har en logoped som vet veldig mye om Di George, men ellers.. rådgiver på skolen... jeg lesser dem ned med papirer, men...". (en mor).



Inger-Lise Sæther

forsker, dr. scient, logoped,
Regionsenter for barn og
unges psykiske helse,
Helseregion Sør og Øst.

I Norge fødes hvert år flere hundre barn med sjeldne sykdommer eller diagnoser. Felles for dem er at diagnostikk, undersøkelse og behandling stiller store krav til kunnskaper og ferdigheter. Ikke alltid kan fagpersonene imøtekomme barnets behov for medisinsk og pedagogisk hjelp og foreldres behov for informasjon og veiledning. Ofte blir foreldre alene om å bære byrden av vanskene når barnet ikke utvikler seg som ventet.

Bakgrunn

VCFS er en av de vanligste genetiske syndromer hos mennesker, og det vanligste i sammenheng med ganespalte og medfødte hjertefeil (Shprintzen, 2005; Swillen et al., 2005). Hvor mange barn som fødes med VCFS i året er ennå ikke fullstendig klarlagt. Tallene varierer fra 1:2000 til 1:4000 barn (Shprintzen, 2005; Murphy, 2005; Swillen et al. 2005; Baker & Skuse 2005; Niklasson et.al, 2005). Den store variasjonen er trolig et uttrykk for stor underrapportering og kan sees i lys av mangelfull kjennskap til tilstanden og stor variasjon i vanskebildet. Mer enn 180 anomalier har vært utredet. De vanligste inkluderer hjertefeil, hypokalcemi, dårlig funksjon av ganeseil og svelg, ganespalte, lettere hørselsvansker og avvikende ansiktstrekk. Forsinket utvikling, og lære- og språkvansker er ofte rapportert. Karakteristiske atferdstrekk er sosial tilbaktrukkenhet, angst, skyhet og impulsivitet, svak konsentrasjonsevne og oppmerksomhetsvansker. Personer

med 22q11.2 ser ut til å ha sårbarhet i forhold til å utvikle alvorlige psykiske vansker (Antshel et al., 2005; Stiers et al., 2005). De ulike vanskene er ikke gjensidig ekskluderende, men kan være overlappende og skape et tydelig, men likevel forvirrende bilde. Noen er sterkt preget av syndromet, andre i liten grad.

Mange av barna med VCFS har kroniske sykdommer som følge av syndromet. Blant annet er immunsviktsykdommer, hjertefeil og sykdommer i relasjon til spising og fordøyelsessystemet beskrevet. Slike tilstander kan medføre generelt lavt energinivå og hyppige skolefravær

Logopedens sentrale rolle i forhold til barn med samspills-, tale- og språkvansker gjør at de har en svært viktig oppgave når det gjelder å oppdage disse barna. Logopedene har også god kompetanse i å diagnostisere dysfunksjoner i svelg og ganeseil og hypernasal tale. Slik kan logopeden være sentral i å henvise barna til videre diag-

nostisering og hjelp gjennom et av våre to sentrale logopediske sentra, Bredtvet kompetansesenter i Oslo eller Vestlandet kompetansesenter i Bergen, eller til spisskompetansemiljøene ved Rikshospitalet og Haukeland sykehus som kompetansesentrene samarbeider med.

I samarbeid med de sentrale spisskompetansemiljøene kan logopeden på hjemstedet bistå med hjelp til samspill, svelgvansker og tale- og språkvanskene og med rådgivning til foreldre. Logopeden er også en sentral person i å formidle kunnskap om syndromet overfor skole og helsetjeneste. Gjennom videre hen-

visning kan logopeden også medvirke til at barn og foreldre får mental helsehjelp og/eller bistand fra habiliteringstjenesten.

Årsak

Årsak til VCFS er en skade i DNA på den lange armen til kromosom 22. At årsaken er en skade i kromosom 22q11 sees av mange som en av de viktigste oppdagelsene i klinisk genetik de siste tiår (Swillen et al., 2005). Særlig har lokalisasjon 22q11 bidratt til forskning i relasjon til alvorlige psykiske lidelser og kognitive ferdigheter. Selv om syndromet knyttes til skade i arvematerialet skyldes det i ca. 93 % av tilfellene

spontan mutasjon (Shprintzen, 2000).

Studier har vist at genetisk innflytelse ofte kommer mindre til uttrykk i tidlig småbarnsalder enn med økende alder. Særlig har tvillingforskningen bidratt til å belyse dette (Colledge & al, 2002; Torgersen, 2001). Det genetiske aspektet må imidlertid ikke oppfattes fullt ut deterministisk, men snarere som en betydelig faktor, en biokjemisk sårbarhet. Forhold i omgivelsene kan forsterke eller svekke virkningen av en slik medfødt sårbarhet, og styrkende omgivelser vil derfor kunne være forebyggende. Slike forhold er behandlet i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003), der betydningen av kunnskapsøkning, hjelp og styrkende omgivelser understrekes. Å styrke tjenestetilbudet for grupper med sammensatte tilstander er derfor i samsvar med politiske mål. St. meld 40 (2002-2003), "Nedbygging av funksjonshemmende barrierer", fremhever betydningen av strategier, mål og tiltak for personer med funksjonshemninger. Økt og samlet kunnskap er en nødvendig del av en strategi for å nå et slikt mål.



Barn med VCFS/ Di George/22q11 delesjon syndrom.

Barn med VCFS ser ikke alltid påfallende ut. Først når man ser flere sammen vil man ofte merke spesielle trekk som kan gå igjen hos flere; lang avstand mellom øynene, smale, mandelformede øyne, nederste del av nesen er ofte bred og noe avflatet, noen har kort overleppe. Noen kan ha litt underutviklet underkjeve. Ørene kan være runde og ofte utstående med en fold.



Ulike betegnelser

Ulike betegnelser har vært brukt om syndromet. I dag er Di George syndrom den mest brukte betegnelsen i Norge. I internasjonal fagpresse er Velo-Cardio-Facial syndrome (VCFS) fremtredende, men i økende grad brukes den genetiske betegnelsen 22q11 som viser direkte til kromosomfeilen. Der studier av alvorlige psykiske vansker er i fokus refereres det ofte til 22q11.2. Av andre betegnelser kan nevnes CATCH22 (Cardiac defects, Abnormal facial features, Thymic hypoplasia, Cleft palate, og Hypocalcemia) som har vært vanlig brukt i Sverige, men som ellers ansees som mindre egnet på

grunn av odiøse assosiasjoner til en kjent roman.

Fastsettelse av diagnose

Som beskrevet kan skade i kromosom 22q11.2 medføre et bredt spekter av anomalier, noe som kan gjøre det vanskelig å avdekke tilstanden. Dersom helsepersonell er oppmerksomme på tilstanden, kan kromosomskaden fastsettes ved en genetisk undersøkelse. Barn som ikke får diagnosen tidlig, kommer gjerne i kontakt med fagpersoner i forbindelse med forsinket språk- og /eller tale utvikling eller andre forsinkede eller avvikende utviklingstrekk. Igjen er det avhengig av fagpersonenes kunnskap og oppmerksomhet om barnet da blir diagnostisert.

Sentrale kunnskapsområder

Språk og kognisjon

Forsinket språk og tale er et av de mest konsistente trekk hos barn med VCFS og er til stor byrde for barn og pårørende. Scherer et al. (1999) rapporterte at 80% av barna ikke hadde verbalspråk frem til 30 måneder, eller brukte bare ett - ords ytringer. Golding- Kushner et al. (1985) fant at barn mellom 4- 5 år demonstrerte forsinkelse når det gjaldt bruk av språket. De ga lite svar på tiltale, og benyttet nonverbal kommunikasjon når det var mulig, også hjemme og til tross for god språkforståelse. Verbale ytringer var korte og preget av enkle setninger.

Persson et al. (2004) gjorde en studie av 19 barn (10 jenter, 9 gutter) i alderen 5-8 år. Barna ble bedt om å gjenfortelle en historie. Bortsett fra to av barna oppnådde alle 1 SD under det normale for alderen. De fant negativ korrelasjon mellom barnas alder og evne til å gjengi informasjon.

Studier har vist at nesten halvparten av barna har begrenset kapasitet for

abstrakt tenkning og ofte lettere lærevansker (Persson, 2004; Eliez et al. 2000). En spesiell nevropsykologisk profil har også vært beskrevet, der verbal IQ synes å være signifikant bedre enn performance IQ (Niklasson et al, 2005; Woodin et al., 2001; Moss et al., 1999; Swillen et al., 1997), en profil som er karakteristisk for non-verbale lærevansker (Rourke et al., 2002). Non-verbale lærevansker inkluderer problemløsningsvansker og begrepsvansker, vansker med visuell, taktil persepsjon og oppmerksomhet, sosiale persepsjonsvansker og samhandling, lesevansker og aritmetikkvansker. Samtidig er ett-ords lesning og staving relativt sterke områder. Dette er likevel et omstridt punkt som utfordres av andre studier som viser til at forskjellen i verbal og performance IQ kan være midlertidig, og forklares med en raskere utvikling av verbale ferdigheter enn av visuo-spatiale ferdigheter (Cambell et al., 2002; Henry et al., 2002).

Sentrale sosiale og emosjonelle forhold

"Det stille ansiktet - jeg fikk på en måte ikke kontakt med henne. Jeg forstod henne ikke, lette etter årsak, ble ikke forstått av fagpersoner." (Mor).

Allerede fra den første tid kan barnet vise karakteristiske temperamentstrekk som irritabilitet og svak evne til sosial kommunikasjon, noe som kan gjøre det vanskelig for foreldre å ha en normal kontakt med barnet sitt. Det kan også skape store problemer for fagpersoner som skal forholde seg til barnet. Tidlige studier av barn med VCFS har rapportert at mange av barna viser stereotype personlighetstrekk og har svak sosial fungering, både kvalitativt og kvantitativt. De har ofte et mimikkfattig ansikt. De kan være ekstremt sky og tilbaketrukkne eller urolige og

impulsdrevne. Det har også vært beskrevet at barna ofte har problemer med symbolsk lek, sosiale vansker i forhold til jevnaldrende og i forhold til lek (Murphy, 2005; Golding-Kushner, 2005; Swillen et al., 1997; Golding-Kushner et al., 1985).

Foruten de allerede nevnte problemområdene er konsentrasjonsvansker og ulike utviklingsrelaterede forstyrrelser hyppige funn. En studie som fokuserte på barn i 13-63 måneders alder bekreftet forsinkelse i språktale- og motorisk utvikling, men fant også at 75% av barna viste en atferd som ble beskrevet som "svært aktiv, emosjonell og uorganisert" målt med Bayley's skala (Bayley, 1969), mens 25% av barna hadde en "hemmet atferd" (Gerdes et al., 1999). I sin case-studie av 4 barn yngre enn 5 år fant Eliez et al. (2000) at barna hadde vansker med sammenhengende tankevirksomhet (train of thoughts) og lot seg lett avlede. Flere studier tyder på at barna har vansker knyttet til autismespekteret, angst og emosjonell ustabilitet (Murphy, 2004; Niklasson et al., 2001; Swillen et al., 1997; Goldberg et al. 1993).

Det er i dag stor oppmerksomhet knyttet til forskning om atferdsavvikene som fenotypiske trekk ved tilstanden (Gothelf, 2004; Antshel et al., 2005; Murphy 2005; Kates et al., 2005). De sosiale og emosjonelle vansker de første leveår kan se ut til å representere en tidlig manifestasjon av de alvorlige psykiske vanskene som mange av barna utvikler. Syndromet har vist seg å være hyppig assosiert med schizofreni. Rapport om prevalens varierer fra 25-30% hos voksne. I tillegg har barna økt risiko for bipolare lidelser (Briegel & Cohen, 2004; Eliez et al. 2000; Swillen et al., 1999; Papolos et al., 1996; Chow et al., 1994;

Shprintzen et al., 1992;), angst og ADHD (Niklasson et al., 2005 og 2001; Swillen 2005). Andre observerte vansker er Oppositional Defiant Disorder (ODD) (Arnold et al., 2001, Niklasson et al., 2001) and tvangslidelser (OCD) (Gothelf et al., 2004).

De siste tiår har det vært en voksende litteratur som har vist at språkvansker og psykososiale vansker synes å være langt på vei overlappende fenomener (Botting, 2005; Clegg & al. 2004; Cohen, 2001; Bishop 1999). En nyere studie (Dale et al., 2004) tyder på at barn allerede de første barneår kan bli utsatt for avvising av sine jevnaldrende dersom kommunikasjonen blir en barriere. Sosiale ferdigheter som bidrar til kontakt med jevnaldrende blir grunnlagt tidlig i livet. I løpet av førskolealderen dannes grupper som legger grunnlaget for vennskap, kjønnsroller og dominans. Problemer i forhold til jevnaldrende kan bidra til angst, depresjon og atferdsvansker (Op. cit).

Sentrale somatiske forhold

Som betegnelsen Velo-cardio-facial syndrom peker på er dysfunksjon i ganeseil (velum) og svelg (farynx), hjertefeil og spesifikke ansiktstrekk hyppige kjennetegn. Hjertefeil er funnet hos 75% av barna (Marino et al., 2005; Briegel & Cohen, 2004). Mange trenger operasjon umiddelbart etter fødsel eller kort tid etter. Insuffisiente forhold i velum og farynx og submukøs ganespalte forkommer hos ca. 70% av barna (McDonald-McGinn et al., 1999), mens ca. 10% har åpen ganespalte (Ryan et al., 1997). Det medfører dårlig sugeevne og nasal tale. En stor del av barna trenger derfor operasjon i velo-farynx med henblikk på bedring av funksjon.

Lav fødselsvekt og vekstretardasjon

er ofte registrert hos nyfødte med hjertefeil. Det er behov for nøye kontroll av kalknivå, og hypokalcemi kan være et kjennetegn ved syndromet (Marino et al. 2005). Også andre utfordringer kan fremtre den første tiden etter fødselen. En stor del av barna (ca. 30%, McDonald-McGinn, 2003) har spise og svelgvansker (dysfagi) og sondeforing kan være nødvendig, ofte over lengre periode. Spiseproblemene kan etter hvert gå over til være vegring mot ukjent mat. Hos spedbarn kan dette gi trekk som ofte betegnes som "failure to thrive": Lav vekstkurve og undervekt.

Hos en stor del av barna forekommer også immunsvikt som skyldes hypoplasi eller aplasi av thymus (Yamagishi, 2002). Noen opplever kronisk otitis media sekundært til nedsatt immunforsvar og veluminsuffisience. I Perssons studie (2004) hadde over 50% av barna nedsatt hørsel. Nevrogene høretap er registrert i ca. 15 % av tilfellene (Shprintzen, 1997).

Det er også rapportert om fysiske misdannelser som skoliose og klumpfoot.

Kroniske sykdommer

Mange av de somatiske manifestasjonene av VCFS viser seg som kroniske sykdommer hos barna. Det er ennå ingen studier som viser hvor mange som har kroniske sykdommer, men klinisk erfaring tyder på at det gjelder ca. halvparten (Shprintzen, samtale 2006). Noen av vanskene er til stede fra den første tiden etter fødselen, andre kommer til uttrykk med høyere alder.

Hjertefeil hos spedbarn blir i de fleste tilfelle registrert og behandlet på et tidlig tidspunkt. Hos større barn og unge er hjerteproblemer mindre fremtredende. Det er få studier som

gir informasjon om utviklingen av hjertefeil hos barn og unge (Marino et al., 2005). Blant de større barna har de fleste ingen restriksjoner når det gjelder aktivitet og utfoldelse (Sullivan, 2005).

Immunforsvarsproblemene er en konsekvens av thymus hypoplasi. Thymus bidrar til kroppens immunforsvar gjennom modning av funksjonelle T-celler. Det er få data om infeksjoner og nedsatt immunforsvar hos barn med VCFS. En europeisk studie tyder på at alvorlige infeksjonssykdommer er sjeldne (Ryan et al., 1997). En amerikansk studie av en kohort på 55 personer over 9 år viste at kun 40% av barna hadde like god helse som sine jevnaldrende. Studien viser at barna fortsetter å utvikle infeksjoner også utover i barneårene. Likevel tyder studien på at infeksjonene sjelden var av alvorlig grad. Betydningen av nedsatt immunforsvar kan også ha innvirkning på andre vansker og behandling av disse (Sullivan 2005).

En studie av Jawad et al. (2001) viser at det kan se ut som om autoimmune sykdommer tiltar med alderen. I deres studie fant man at 9% av den totale populasjonene hadde autoimmune sykdommer, men at 13 % av barn over 9 år hadde slike sykdommer. Ungdoms rheumatisme (juvenile rheumatoid arthritis) forekommer 20 ganger oftere i denne gruppen enn i normalgruppe, og blødende utslett i huden på legger og i slimhinnene (purpura thrombocytopenica idiopathica) forkom 200 ganger oftere enn i normalgruppen. Slike blødninger kan også utvikle infeksjoner.

Forstoppelse og spisevansker er ikke så ofte beskrevet, men er svært vanlig og kan føre til dårlig ernæring og ytterligere forverring av immunforsvaret (Eicher et al, 2000).

Swillen (1997) peker på at det kan gå år før plager som forstoppelse blir avhjulpet. Årsaken til disse plagene er ikke fullt forstått, men synes å ha en sammensatt forklaring. Blant annet kan hypotoni og malformasjon av tarmen være årsaken. Slike plager kan bidra til en falsk metthetsfølelse og føre til for lavt matinntak.

Sykdommer og plager som følge av anomalier i urinveiene som kan føre til urinveisinfeksjoner og nyrebekkenbetennelser og til natt-eneurese er hyppig rapportert i klinikk (Devrient et al., 2005).

Plager i forhold til spise-, svelg vansker kan også gi spisevegring og angst for ulike matslag. Kliniske observasjoner tyder på at mange av spedbarna kan ha vansker med å koordinere pust, suging og svelging. Det er ingen kjente studier av eldre barn og deres evne til slik koordinering. Men pustevansker, veluminsufisiens, reflux og immunforsvarsvansker kan til sammen medføre gjentatte infeksjoner, og hjertefeilen kan ha innvirkning på alvorlighetsgraden av tilstandene (Sullivan, 2005). I til-

legg kan slike vansker bidra til spisevegring.

Studier har vist at mange av barna har hyppig sykefravær som følge av sine vansker og hyppige infeksjoner. Noen sliter med generelt lavt energinivå. Mange har også problemer med søvnmonsteret, noe som ytterligere bidrar til nedsatt energinivå.

Hvordan kan logopeden hjelpe?

Som jeg pekte på i innledningen, kan logopeden ha en avgjørende rolle for mange av barna med VCFS. Barn med samspillsvansker, svelgvansker eller forsinket språk- og taleutvikling henvises gjerne til logopeden på hjemstedet. Det er derfor viktig at logopeden har kjennskap til de vanskene som oftest viser seg hos barn med dette syndromet. Ved sentrale spisskompetansemiljøene i Bergen eller Oslo kan barnets tilstand bli diagnostisert og et helhetlig behandlingstilbud kan bli tilrettelagt i tråd med den beste viten. Det er også stort behov for behandlingsforskning for å sikre at den hjelpen som gis faktisk er den som er best egnet. Logopeden på barnets hjemsted vil i samarbeid med spisskom-

petansemiljøene kunne være viktige bidragsyttere i slik forskning.

Det er av stor betydning at logopeden kan formidle informasjon om det spektrum av vansker som barn med VCFS kan ha i hverdagen. Symptomene kan være subtile og vanskelig å forstå, selv i lys av diagnosen. Barna og foreldre opplever derfor at de kan bli misforstått og mistenkeliggjort. Vi må unngå at foreldre opplever en situasjon som kan minne om den indiske historien om de blinde og elefanten:

Det var en gang tre blinde som støtete på en elefant. Den ene fikk tak i halen, og kunne konkludere med at elefanten var lang, tynn og litt stiv. Den andre grep snabelen, og innvendte at den snarere virket tykk, pølseaktig og bøyeelig. Den tredje fikk tak i et ben, og avsluttet med å si at elefanten var som en trestamme.

Hver og en uttrykte et sant blide av delen, men helheten forble uoppgaget. Det kan bli foreldres opplevelser i vandringen fra fagperson til fagperson i søken etter hjelp.

www.spf-norge.com

- Steg for Steg
- Bokstav- og lesetrening
- Språklig oppmerksomhet
- Tale-høretrening
- Språklige tester
- Afasi
- Samtale- og begreptrening
- Matematikk

Hjemmesiden inneholder en beskrivelse av materialer, informasjon om kurs og nyttige linker

Special-pædagogisk forlag

Birk Centerpark 32 • DK-7400 Herning
Tlf +45 9712 8433 • Fax +45 9721 0107
E-post: forlag@spf-herning.dk

Referanser

- Antshel, K.M., Kates, W.R., Fremont, W., Shprintzen, J.F. (2005) 22q11.2 deletion syndrome: Genetics, Neuroanatomy and Cognitive/Behavioral Features. *Child Neuropsychology*;11(1):5-19.
- Arnold, P.D., Siegel-Bartelt, J., Cytrynbaum, C., Theshima, I., Schachar, R. (2001). Velo-cardio-facial syndrome: Implications of microdeletion 22q11 for schizophrenia and mood disorders. *American Journal of Medical Genetics*, 105: 354-362.
- Baker, K.D., Skuse, D.H. (2005). Adolescents and young adults with 22q11 deletion syndrome: Psychopathology in an at risk group. *The British Journal of Psychiatry*. 186:115-120.
- Bayley N. (1969). *Manual for the Bayley Scales of Infant Development*. New York: Psychological Corporation.
- Bishop, D.V. (1999). *Uncommon Understanding. Development and Disorders of Language Comprehension in Children*. Hove, UK: Psychology Press.
- Botting, N. (2005). Non-verbal cognitive development and language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3):317-326.
- Briegel & Cohen, (2004). Das 22q11.2-Deletionssyndrom und seine Relevanz für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ein Überblick über Ätiologie, körperliche Symptomatik, Entwicklungsaspekte und psychiatrische Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32 (2):
- Campbell, L.E., Stevens, A.F., Morris, R., Karmiloff-Smith, A., Simonoff, E., Owen, M.J., Murphy, D.J.M. & Murphy, K.C. (2002). Cognitive profile in children with velo-cardio-facial syndrome (VCFS). *American Journal of Medical Genetics*, 114, 158.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., Rutter, M. (2005) Developmental language disorders- a follow - up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (2): 128-149.
- Cohen, N.J. (2001). *Language Impairment and Psychopathology in Infants, Children, and Adolescents*. Thousand Oaks (CA): Sage;
- Cohen, N.J., Menna, R., Vallance, D.D., Barwick, M.A., Im, N., Horodezky, N.B. (1998). Language, Social cognitive processing, and behavioural characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (6): 853-64.
- Colledge, E., Bishop, D.V., Dale, P.S., Koeppen-Schomerus, G., Price, T.S., Happé, F. et. al. (2002). The structure of language ability at 4 years: A twin study. *Developmental Psychology*, 38(5): 749-757.
- Dale, F., Hay, Payne, A., Chadwick, A. (2004). Peer relation In Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, Volume 45, No 1. 84-108*.
- Devrient, K., Rommel, N., Casteels, I. (2005). *Nephro-urologic, gastrointestinal, and ophtbalmic findings*. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge University Press.
- Eicher, P.S., McDonald-McGinn, D.M., Fox, C.A., Driscoll, D.A., Emanuel, B.S. & Zackai, E.H. et al. (2000). Dysphagia in children with 22q11.2 deletion: unusual pattern found on modified barium swallow. *Journal of Pediatrics*, 137, 158-64.
- Eliez, S., Palacio-Espasa, F., Lacroix, M., Pont, C., Luthi, F., Robert-Tissot, C., Feinstein, C., Schordert, D.F., Antonarakis, S.E., Cramer, B. (2000). Young children with velo-cardio-facial syndrome (CATCH-22). Psychological and language phenotypes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9: 109-114.
- Golding-Kushner, K.J., Weller, G., Shprintzen, R.J. (1985). Velo-cardio-facial syndrome, language- and psychological profiles. *Journal of Craniofacial Genetics and Developmental Biology*, 5: 259-266.
- Golding-Kushner (2005). Speech and language disorders in velo-cardio-facial syndrome. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge University Press.
- Gothelf, D., Presburger, G., Zobar, A.H., Burg, M., Nahmani, A., Frydman, M., Shohat, M., Inbar, D., Aviram-Goldring, A., Yeshaya, J., Steinberg, T., Finkelstein, Y., Frisch, A., Weizman, A., Apter, A. (2004) Obsessive-compulsive disorder in patients with velocardiofacial (22q11) syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 126B: 99-105.
- Henry JC, van Amelsvoort T, Morris RG, Owen MJ, Murphy DG, Murphy KC. (2002). An investigation of the neuropsychological profile in adults with velo-cardio-facial syndrome (VCFS). *Neuropsychological*, 40(5):471-8.
- Jawad, A.F., McDonald-McGinn, D.M., Zackai, E., Sullivan, K.E. (2001). Immunologic features of chromosome 22q11 deletion syndrome (Di George syndrome/velo-cardio-facial syndrome). 139, 715-23.
- Kates, W.R., Antshel, K.M., Willhite, R., Bessette, B.A., Abdulsabor, N., Higgins, A.M., (2005). Gender-moderated dorsolateral prefrontal reductions in 22q11.2 Deletion Syndrome: implications for risk for schizophrenia. *Child Neuropsychology* 2005 Feb;11(1):73-85
- Kates WR, Antshel KM, Abdulsabor N, Colgan D, Funke B, Fremont W, Higgins AM, Kucherlapati R, Shprintzen RJ. (2006) A gender-moderated effect of a functional COMT polymorphism on prefrontal brain morphology and function in velo-cardio-facial syndrome (22q11.2 deletion syndrome). *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2006 Mar 1;141B(3):274-280
- Marino, B., Mileto, F., Digilio, M.C., Carotti, A., Di Donato, R. (2005). Congenital cardiovascular diseases and velo-cardio-facial syndrome. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge University Press.

Referanser fots. side

- McDonald-McGinn, Emanuel, B.S., Zackai, E.H. (2003). 22q11 Deletion Syndrome. *GeneReviews*, www.genetests.org.
- Murphy, C.K. (2004). The behavioral phenotype in velo-cardio-facial syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. 48(6): 524-530
- Murphy, C.K. (2005) Annotation: velo-cardio-facial syndrome. *Journal of Child Psychol Psychiatry*. 46(6):563-71
- Moss, E.M., Batshaw, M.J., Solot, C.B., Gerdes, M., McDonald-McGinn, D.M., Driscoll, D.A., Emanuel, B.S., Zakai, E.H., Wang, P.P.(1999). Psychoeducational profile of the 22q11.2 microdeletion; a complex pattern. *Journal of Pediatrics*, 134: 193-8.
- Niklasson, L., Rasmussen, P., Oskarsdottir, S. (2001). Neuropsychiatric disorders in the 22q11 deletion syndrome. *Genetics in Medicine* 3: 79-84.
- Niklasson L, Rasmussen P, Oskarsdottir S, Gillberg C. (2005) Attention deficits in children with 22q.11 deletion syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology* . 7(12):803-7.
- Oskarsdottir S, Vujic M, Fasth A.(2004). Incidence and prevalence of the 22q11 deletion syndrome: a population-based study in Western Sweden. *Archives of Disabled Children* 89 (2):148-51.
- Papoulos, D.F., Faedda, g.I., Veit., Goldberg, R., Morrow, B., Kucherlapa, Shprintzen, R.J. (1996). Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: Does hemizygous deletion of chromosome 22q11 result in bipolar affective disorders? *American Journal of Psychiatry*, 153 (12): 1541- 7.
- Persson, C., Lohmander, A., Jonsson, R., Oskarsdottir, S., Soderpalm, E. (2003). A prospective cross-sectional study of speech in patients with the 22q11 deletion syndrome. *Journal of Communication Disorders*. 36 (1) 2003, 13-47.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003)....sammen om psykisk helse.... Et samarbeid mellom Helsedepartementet, Barne- og Familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal-og Regionaldepartementet, Kultur- og Kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Forskningsdepartementet
- Rourke, B.P., Ahmad, S.A., Collins, D.W., Hayman-Abello, S.E., Warriner, E.M.. (2002). Child clinical/pediatric neuropsychology: Some recent advances. *Annual Review of Psychology*, 53: 309-339.
- Ryan, A.K., Goodship, J.A., Wilson, D.I., Philip, N., Levy, A., Seidel, H., Schuffenhauer, S. et al. (1997). Spectrum of clinical features associated with interstitial chromosome 22q11 deletions: a European collaborative study. *Journal of Medical genetics*, 34: 798-804.
- Sherer, N., D'Antonio, L., Kalbfleisch, J. (1999). Early speech and language development in children with velocardiofacial syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 714-723.
- Shprintzen RJ, Higgins AM, Antshel K, Fremont W, Roizen N, Kates W (2005). Velo-cardio-facial syndrome. *Current Opinion in Pediatrics*. 17(6):725-30.
- Shprintzen, R.J. (2005). *Historical overview. I Murphy, KC & Scambler, PJ (Eds.) Velo-Cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders. London: Cambridge University Press.*
- Shprintzen, R.J. (2000). *Syndrome Identification for Speech-Language Pathology. San Diego, Singular Publishing Group*
- Shprintzen, J.R. (1997). *Genetics, Syndromes, and Communication Disorders. San Diego. Singular Publishing Group.*
- Shprintzen, R.J., Goldberg, R.B., Lewin, M.L. et al. (1978). A new syndrome involving cleft palate, cardiac anomalies, typical faces, and learning disabilities: velo-cardio-facial syndrome. *Cleft Palate Journal*, 15 (1): 56-62.
- Stiers, P., Swillen, A., De Smedt, B., Lagae, L., Devriendt, K., D'Augustino, E., Sunaert, S., Fryns, J-P. (2005). Atypical Neuropsychological profile in a boy with 22q11.2. deletion syndrome.
- Sullivan, K. (2005). Immunodeficiency in velo-cardio-facial syndrome. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders. Cambridge University Press.*
- Swillen A, Feys H, Adriaens T, Nelissen L, Mertens L, Gewillig M, Devriendt K, Fryns JP. (2005) Early motor development in young children with 22q.11 deletion syndrome and a conotruncal heart defect. *Developmental Medicine and Child Neurology*; 47(12): 797-802.
- Swillen, A., Devriendt, K., Ghesquière, P., Fryns, J.P. (2001). Children with 22q11 deletion versus children with a speech-language impairment and learning disability: Behavior during primary school age. *Genetic Counseling*. 12 (4): 309-317.
- Swillen, A., Vanderputte, L., Cracco, J., Maes, B., Ghesquière, Devriendt, Fryns, J-P. (1999). *Child Neuropsychology*, 5 (4): 230-241.
- Swillen, A., Devriendt, K., legius, e., et al (1997). Intelligence and psychosocial adjustment in velocardiofacial syndrome: a study of 37 children and adolescents with VCFS (Journal of Medical genetics, 34, 453-8.
- St. meld. nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne. Sosialdepartementet.
- Torgersen, A.M. (2001). Genetic and environmental influence on temperamental behaviour. A longitudinal study of twins from infancy to adulthood. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen.
- Woodin, M., Wang, P.P., Aleman, D., McDonald-McGinn, D., Zakai, E., Moss, E. (2001). Neuropsychological profile of children and adolescents with the 22q11.2. deletion microdeletion. *Genetic Medicine*, 3: 34-39.
- Yamagishi, T. (2002). The 22q11.2 deletion syndrome. *Keio Journal of Medicine*. 51(2):77-88.

Konferanse om taleflytvansker



21.-23. oktober 2007

22. oktober er den internasjonale "Stuttering Awareness Day" - dagen for å lære mer om stamming. I den anledning arrangerer Bredtvet kompetansesenter en tre dagers konferanse 21.-23. oktober 2007.

Søndag 21. oktober:

John C. Harrison holder workshop for personer som stammer.

Kl. 13.00 - 18.00

Pris for 1 dag: 500,-

Pris for 2 dager: 1000,-

Fagpersoner

Pris for 1 dag: 1000,-

Pris for 2 dager: 1700,-

Mandag 22. oktober:

ISAD - International Stuttering Awareness Day. Per Alm, Walter H. Manning og John C. Harrison er hovedaktører. John C.

Harrison presenterer selv *The Hexagon*. For fagpersoner, personer som stammer og andre interesserte.

Kl. 9.30 - 18.00

Tirsdag 23. oktober:

Walter H Manning foreleser om praktisk stammebehandling: "Clinical decision making in fluency disorders". For fagpersoner og andre interesserte.

Kl. 9.30 - 17.00

Praktiske opplysninger

Konferansen vil finne sted på Bredtvet kompetansesenter 21. til 23. oktober 2007.

Vennligst se www.statped.no/bredtvet/taleflytkonferanse for mer informasjon og påmelding. Påmeldingsfrist: 21. september 2007. **NB! Kun 100 deltakere.**

For praktiske spørsmål om hotell osv., ta kontakt med Eirik Weng på e-post eirik.weng@statped.no eller tlf. 22 90 29 02.

Arrangementet rundt den internasjonale stammedagen 22. oktober foregår i samarbeid med NIFS (Norsk Interesseforening for Stamme), Bredtvet kompetansesenter, Logopedisk senter i Nordland, Logopedisk senter i Trondheim og Statped Vest.



Bredtvet kompetansesenter
Statlig spesialpedagogisk støttesystem

Barn med APD (AUDITORY PROCESSING DISORDER)



Sonja Helgesen Ofte

Spesialpsykolog/Dr. Psychol., Statped Vest, Avdeling for logopedi, Cand. Psychol. 1996, Dr. psychol. 2002, ved Universitetet i Bergen, ansatt i Statped Vest siden 2001.
Sonja.Ofte@statped.no



Kaia Frøyland

Psykolog under spesialisering, Statped Vest, Avdeling for hørselsvansker, Cand. Psychol. 2004 ved Universitetet i Bergen, ansatt i Statped Vest siden 2006.
Kaia.Froyland@statped.no



Heidi Gudmundset

Rådgiver, Statped Vest, Avdeling for sammensatte læreplaner, profesjonsutdannet logoped i England, 1988, har godkjent hovedfag i Norge, ansatt i Statped Vest siden 2001.
Heidi.Gudmundset@statped.no



Inghild Lien

Seniorkonsulent, Statped Vest, Avdeling for hørselsvansker, har tegnspråk, spesialpedagogikk og audiopedagogikk i fagkretsen, har jobbet i hørselsfeltet siden 1992.
Inghild.Lien@statped.no



Siri Lossius

Psykolog under spesialisering, Statped Vest, Avdeling for hørselsvansker, Cand. Psychol. 1998 ved Universitetet i Bergen, ansatt i Statped Vest siden 2005.
Siri.Lossius@statped.no

Postadresse til alle: PB 6039 Postterminalen, 5892 Bergen

Ved Statped Vest er det etablert et tverrfaglig og avdelingsoverspennende APD-team. Teamet jobber både med å utvikle et spesialpedagogisk tjenestetilbud for barn med APD og med fagutvikling i samarbeid med universitetsmiljø og spesialisthelsetjenesten.

"Auditory processing disorder" (APD) kan gi barn problemer både akademisk og sosialt. Barn med APD hører informasjonen, men har problemer med å nyttiggjøre seg den. Selv om barnet i hverdagen kan synes å ha et hørselstap, vil det få påvist normale høreterskler. I tilfeller der en slik måling ikke avdekker funn som kan bidra til håndtering av barnets vansker bør man tenke ny tilnærming i stedet for "mer av det samme".

INTRODUKSJON

De fleste av oss tar det som en selvfølge at vi kan høre, lytte til musikk, radio og samtaler, uten at vi nødvendigvis tenker over hvordan vi oppfatter og bearbeider lydene og benytter oss av budskapet. Som fagfolk er vi oss bevisst at hørsel og syn er to av våre viktigste sanser. Hørselssansen står i en særstilling da den støtter språkutvikling, tilegnelse av tale og kommunikasjon med andre. Gjennom hørselen tilegner vi oss kunnskap både om språket og om verden rundt oss. Med dagens teknologi kan man rimelig presist diagnostisere få måneder gamle barn som har moderat til sterkt nedsatt hørsel eller døvheter. Disse barna og deres nærpå personer får umiddelbart tilbud om veiledning og audiologisk tilrettelegging. Barn med lette høretap oppdages unntaksvis så tidlig. Her må nærpå personer over tid følge barnets utvikling for mistanke om hørselsnedsettelse fører til videre audiometriske undersøkelser. Likeledes har vi en gruppe barn som har mer subtile symptomer som ikke blir oppdaget ved konvensjonell rentoneaudiometri. Disse barna beskrives av foreldre og lærere som å være lett distraherbare for bakgrunnsstøy, å ha problemer med å følge muntlige instruksjoner, og å ha vansker med å forstå rask eller uklar tale (Jerger & Musiek, 2000). Barna oppfattes å ha auditive prosesseringsvansker og noen ganger av en slik karakter at barnet vurderes å ha en Auditory Processing Disorder (APD).

Forskningslitteratur fra tidlig 1800-tallet viser at man lenge har vært interessert i ulike sider ved prosessering av auditive og akustiske stimuli og flere aspekter ved

språkfungering har vært studert både ut fra kognitive og nevrokognitive tilnærminger (se for eksempel Davidson & Hugdahl, 1995). Dermed har fenomenet per se blitt studert, men ikke som en vanske som kunne lede til en nosologisk diagnose. Hypotesen om en vanske eller diagnose på det sentrale auditive prosesseringsområdet utgjør altså en relativt ny innfallsvinkel. Også internasjonalt er interessen stor, men temaet er kontroversielt og det gjenspeiles i litteraturen (Meister et al., 2004).

Tidligere ble barn som syntes å ha en hørselsvanske, men som ved rentoneaudiometri viste seg å ha normale høreterskler, omtalt som barn med CAPD, "central auditory processing disorder", sentral døvheter og lignende. Alle betegnelsene beskriver ulike forhold ved den samme tilstanden og brukes i verdenslitteraturen synonymt og om hverandre. Imidlertid har man kommet frem til at APD, "auditory processing disorder", er en mer korrekt betegnelse for å ivareta operasjonelle definisjoner, unngå tilskrivelse av spesifikke anatomiske områder og vektlegge både sentrale og mer perifere områder (Jerger & Musiek, 2000). I den internasjonale litteraturen blir "D" i "APD" betegnet som både "deficit", "dysfunktion" og "disorder". Per i dag er det "disorder" som benyttes mest. Her vil vi holde oss til betegnelsen APD. For å avgrense mot tilstander der auditiv prosesseringsvanske er en del av et bredere symptombilde, har vi funnet det tjenelig å benytte begrepet eller betegnelsen "dysfunksjon i auditiv prosessering", som er en mer spesifikk betegnelse enn "auditive prosesseringsvansker".

Hva er APD?

Det finnes utallige definisjoner på APD. Dette henger sammen med at en rekke ulike profesjoner har teoretisk og klinisk interesse i vanskeområdet; for eksempel innenfor logopedi, psykologi, optometri, medisin; både nevrologi og audiologi, fysioterapi. Med de ulike ståstedene disse profesjonene har, vil definisjonene variere med hensyn til hva som vektlegges. Så til tross for flere tiår med forskning har verken klinikere eller forskere hittil klart å bli enig om en samlende definisjon på APD (Wilson et al., 2004).

En mye benyttet definisjon i litteraturen er den som fremkommer av rapporten fra "The Consensus Conference on the Diagnosis of Auditory

Processing Disorder in School-Aged Children":

"... en svekkelse i programmeringen av informasjon som er spesifikt knyttet til den auditive modalitet. Problemet vil gjerne forsterkes i miljøer som er ufordekket akustisk. Det kan assosieres med vansker med å lytte, taleforståelse, språkutvikling og læring. I dets rene form vil det imidlertid oppfattes som en svikt i prosessering av auditive stimuli." (Vår oversettelse.) (Jerger & Musiek, 2000)

Selv om mange fremstående forskere deltok i arbeidet som ligger bak denne definisjonen har rapporten blitt utsatt for relevant kritikk (Katz et al., 2002), og definisjonen kan med fordel kompletteres med American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) sin definisjon der det påpekes at APD generelt sett refererer til effektiviteten og yteevnen til det sentrale nervesystemet (SNS) i prosesseringen av auditiv informasjon. Mer presist refererer APD til den perseptuelle prosesseringen av auditiv informasjon i SNS, og til de nevrobiologiske aktivitetene som prosesseringsprosessen avhenger av. Herav følger at høyereordens kognitive eller språkrelaterte funksjoner, som for eksempel oppmerksomhet og hukommelse for auditiv informasjon, forståelse og tolkning av auditiv informasjon og fonologisk bevissthet, ikke skal inkluderes i APD (ASHA, 2005).

APD-teamet har tatt utgangspunkt i en mer klinisk orientert definisjon, utarbeidet av den britiske audiologforeningens APD-gruppe (UK APD Steering Group);

Funksjonsbeskrivelser:

- distraherbarhet for bakgrunnsstøy
- problemer med å følge muntlige instruksjoner
- vansker med å forstå rask eller uklar tale
- manglende retningshørsel
- hyperacusis – overfølsomhet for enkelte lyder
- ujevn respons til auditive stimuli
- svake lytteferdigheter
- vansker med å forstå ukjent dialekt
- spør ofte om å få gjentatt informasjonen

Barn med APD kan også fremvise noen av følgende:

- normale høreterskler
- otitis media (mellomøreproblematikk)
- vansker med å oppfatte tale i stille omgivelser

Auditory Processing Disorder (APD) er en hørselsvanske som skyldes svikt eller dysfunksjon i hjernens evne til auditiv prosessering, karakterisert ved sviktende evne til identifisering, diskriminering, separasjon, gruppering, lokalisering eller temporal organisering av ikke-talelyd. (UK APD Steering Group)

APD er altså en hørselsvanske som skyldes dysfunksjon i auditiv prosessering. Graden og arten kan variere og være forskjellig fra barn til barn.

Hvordan kommer APD til uttrykk?

En vanske med å prosessere auditiv informasjon kan gi barn problemer

både i akademiske og sosiale situasjoner. Følgelig er det svært viktig at de får effektiv og riktig hjelp. Typisk for barn med dysfunksjon i auditiv prosessering, er vansker med auditiv diskriminering, lokalisering, identifisering og organisering, slik at informasjonen blir anvendbar for dem. Det har hittil ikke vært mulig å påvise klare etiologiske forhold ved APD. Dette er viktig å merke seg, for barna blir gjerne oppfattet som om de har et hørselstap. Det har de ikke, men de har en hørselsvanske som skyldes dysfunksjon i den auditiv prosesseringen på nevralt nivå. Rentoneaudiometri vil likevel ofte vise normale høreterskler. I slike tilfeller bør man tenke ny tilnærming i stedet for gjentatt rentoneaudiometri.

De ulike funksjonsbeskrivelsene som litteraturen henviser til kan altså skyldes vansker med auditiv fungering knyttet til identifisering, diskriminering, separasjon, gruppering, lokalisering eller temporal organisering av ikke-talelyd. Likevel bør man være oppmerksom på at disse funksjonsbeskrivelsene kan ha visse fellestrekk med andre vansketilstander. Selv om ulike tilstander kan ha de samme symptomer og funksjonsbeskrivelser, så betyr ikke dette at de har samme underliggende årsak. Dette er viktig å ta med seg i forhold til differensialdiagnostisk arbeid. Eksempelvis kan barn med auditive prosesseringsvansker bli beskrevet som impulsive, uoppmerksomme og med dårlig konsentrasjon, hvilket i stor grad sammenfaller med beskrivelser av barn med ADHD (Cacace & McFarland, 2006). Dessuten ser man store individuelle forskjeller hos barn med APD der noen passer bedre inn i funksjonsbeskrivelsene enn andre.

DIAGNOSTISERING

På samme måte som definisjonene påvirkes av profesjonene som omtaler APD, vil også den enkelte profesjonens fagbakgrunn påvirke synet på utrednings- og diagnostiseringsprosessen. Det er imidlertid klart at APD krever en multidisiplinær tilnærming til utredning og diagnostisering, fordi APD er en hørselsvanske som skyldes en svekket nevralt fungering og kan ha en uønsket effekt både på lytteferdigheter, kommunikasjon og akademiske resultater (Bamiou et al., 2006).

To perspektiver er sentrale ved diagnostisering av APD. Tilhengere av det første perspektivet hevder at auditive tester alene er nok til å diagnostisere APD, altså tester som spesifikt går på den auditive sansemodaliteten (unimodalt inkluderende perspektiv). Imidlertid klargjør ikke dette perspektivet skillet mellom auditive prosesser og generelle dysfunksjoner, og man vil derfor få en ufullstendig vurdering. Tilhengere av det andre perspektivet hevder at APD må skilles fra – og ikke kan ha sin årsak i

– høyere ordens kognitive og språklige funksjoner. Dette utgjør det modalitetsspesifikke perspektivet som har bidratt til ny forståelse og kunnskap om APD. En slik tilnærming krever at man må benytte seg av utredningsprosedyrer som kan utelukke at barnets atferd og funksjonsbeskrivelser skyldes overordnede funksjoner, såkalt multimodal testing (Cacace, & McFarland, 2005; Musiek et al., 2005). Det betyr at utredningsprosedyrene også må inneholde tester som måler prosessering i andre sansemodaliteter, ikke minst for å avklare barnets sterke og kompenserende sider. Med en slik forståelse nærmer man seg også en avklaring vedrørende komorbiditet og differensialdiagnostikk. Cameron og Dillon (2005) har utarbeidet en oversikt over en diagnostiseringsprosess som kan være tentativt retningsgivende for et testbatteri. Sentralt i prosessen er at før den spesifikke APD-diagnosen settes må barnet være utredet for vansker innen områdene evnenivå, oppmerksomhet, språk og hukommelse. Dersom ikke slik psykologisk, nevropsykologisk og logopedisk utredning foreligger bør man være varsom med å tolke resultatene fra APD-tester (Cameron & Dillon, 2005).

En modalitetsspesifikk tilnærming til APD med en multimodal og tverrfaglig utredning vil kunne ivareta både differensialdiagnostiske og komorbide forhold. Et viktig ledd i den tverrfaglige utredningen vil være den omfattende hørselsmedisinske utredningen. Et viktig formål med dette er å utelukke eventuell auditiv nevropati, det vil si degenerering av hørselsnerven som vil gi lignende symptomer som APD. Et annet viktig formål vil være å avklare komorbide tilstander, da flere studier har vist at dysfunksjon i auditiv prosessering er til stede ved mange typer lærevansker, både på et perseptuelt og på et fysiologisk nivå (Banai et al., 2005) og det hevdes at mange atferdstrekk sammenfaller med Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), språkvansker, lesevansker, lærevansker, autismespekteret og redusert intellektuell fungering (Jerger & Musiek, 2000). Videre er det blitt hevdet at spesifikke språkvansker (specific language impairment, SLI) har sin årsak i en svekkelse i auditiv prosessering. Det er imidlertid uklart på hvilken måte dysfunksjon i auditiv prosessering påvirker språkprosessen for eksempel om problemet påvirker den temporale prosesseringen, frekvensdiskrimineringen (FD) eller begge. Nyere forskning antyder det siste (Hill et al., 2005).

HVORDAN TILRETTELEGGE FOR BARN MED APD?

Miljømessige modifikasjoner

For å optimalisere barnets læringsmuligheter kan man

tilrettelegge miljøet slik at det fungerer best mulig når han/hun skal oppfatte verbal informasjon. I en undervisningssituasjon vil alle elever dra nytte av at lærerens stemme høres klart og tydelig (Bellis, 2002). Særlig for barn med APD vil talesignalet bli svekket i et dårlig akustisk miljø. Dette fordi viktige elementer i innholdet vil bli maskerte, den tidsmessige informasjonen i talen vil bli svekket og energien i talen vil svekkes ved avstand mellom taler og mottaker. Ved å redusere avstanden mellom barna og læreren for å minske tapet av kritiske elementer i lærerens tale. Barn med APD bør plasseres slik at de både kan se og høre læreren tydelig. Fysisk tilrettelegging kan innebære endringer av den arkitektoniske utformingen av rommet. De akustiske forholdene kan forbedres ved å redusere ekko og bedre forholdet mellom talesignal og støy, f.eks ved å bruke lyd-isolerende materiale og senke taket. I tillegg vil for eksempel bruk av gardiner, isolerte dører og vinduer, lyddempende veggtepper og gummiknotter på stolbeina også kunne bedre det akustiske miljøet i klasserommet (Bamiou et al., 2006; se også Bellis, 2002). Her bør man rådføre seg med fagfolk.

Signalforsterkning

For å bedre taleoppfattelsen i ulike læringssituasjoner og læringsmiljø kan man benytte personlige FM-systemer, eller systemer som fungerer innefor et bestemt område. De få studiene som er gjort, viser at barna forstår tale i støy bedre og den auditive hukommelsen bedres (Bamiou et al., 2006). Dagens FM-teknologi gir mulighet for trådløse systemer der læreren bærer en mikrofon som overfører signalet direkte til mottaker som barnet har på øret. Signalforsterkning må betraktes som ett mulig tiltak, og fungerer ikke nødvendigvis like godt for alle barn med APD. Både aktuelt pedagogisk personale, barnets foresatte og barnet selv må læres opp til å bruke apparatene og det er viktig at hele klassen er innforstått med bruken av disse (Bamiou et al., 2006). Audiotekniske hjelpemidler bør brukes med omhu og i samarbeid med eller under veiledning av kyndige fagpersoner og i samsvar med deres råd.

Tilpasning av undervisning

Det har vært vanlig å oppfordre lærere til å snakke klart

Fordi APD er heterogen av natur, er det nødvendig å legge opp en individuell, heller enn en generell, intervensjon (Bamiou et al., 2006).

Mulige intervensjonsstrategier:

- miljømessige modifikasjoner
- signalforsterkning
- lærertilpasninger
- auditiv trening
- kompenserende strategier

og tilpasse taletempo når de underviser barn med APD. For å få frem viktige elementer i budskapet vil det være vesentlig at lærer tar pauser før og etter viktige ord, markerer disse og deler opp talen (Bamiou et al., 2006). Lærer må stadig forsikre seg om at barnet har forstått det som blir sagt. En god strategi for dette kan være å gjenta det som er blitt sagt og gjerne med andre ord (Bamiou et al., 2006; Bellis, 2002). Man bør også følge opp eleven i etterkant av nye beskjeder og instruksjoner for å se at barnet har forstått hva han eller hun skal gjøre (Bellis, 2002). Videre kan man bruke visuelle hjelpemidler, praktiske demonstrasjoner og konkrete (Bamiou et al., 2006; Bellis, 2002). Når man skal begynne med noe nytt kan barn med APD trenge ekstra forberedelser, slik at barnet har referanserammer for det nye som skal læres og at man slik kompenserer

for eventuelle problemer med å få med seg informasjon. Barnet kan for eksempel få utlevert ordlister og forklaringer eller få ekstra informasjon på forhånd. Slike tilpasninger av undervisningen vil komme alle elevene til nytte og kan derfor rettes mot hele gruppen elever, slik at man hindrer negative sosiale konsekvenser og stigmatisering.

Auditiv trening

Ved tiltak ovenfor barn med APD benytter man seg ikke bare av kompenserende strategier, men også direkte intervensjon i form av trening. Hjernen har en viss grad av plastisitet og dette kan utnyttes i trening av barn med APD. Enkelte forskere hevder at man kan intervenere og reversere spesifikke dysfunksjoner i auditiv prosessering ved at man endrer fungering på nevronalt nivå (Bellis, 2002). Denne treningen må være tilpasset barnets alder og baseres på spesifikke funn i utredningen. Oppgavene bør også presenteres systematisk og gradvis gjøres vanskeligere. Læring er mest effektivt når den som skal lære er oppmerksom, motivert, jobber godt og beveger seg mot grensen av sin egen kompetanse (Bamiou et al., 2006). Auditiv trening tar sikte på å bedre og effektivisere prosesseringen av både språklig og ikke-språklig stimuli. Det finnes flere kommersielle auditive treningsprogram som man hevder kan bedre fungering i de sentrale auditive nervesystemet (Se art. til Warrier et al., 2004; Musiek et al., 2004; Merzenich et al., 1996; Kujala et al., 2001). Man kan skille mellom formell auditiv trening som innebærer bruk av auditivt utstyr eller datamaskiner, for eksempel databasert treningsprogram, og uformell trening som ikke krever slikt utstyr (Bamiou et al., 2006).

Kompenserende strategier

For å bøte på vansker i forbindelse med APD kan man

lære barnet å bruke strategier som kan lette innlæring og hukommelse for auditiv informasjon. Strategiene kan deles inn i metakognitive og lingvistiske og metalingvistiske strategier. De metakognitive strategiene omhandler selvregulering, problemløsnings- og hukommelsesstrategier, samt verbal øving eller pugging. De lingvistiske og metalingvistiske strategiene omhandler blant annet trening på grammatiske regler i språket (Bamiou et al., 2006).

DISKUSJON

Oppsummert har vi diskutert definisjon av APD, beskrevet hvordan APD kommer til uttrykk, drøftet diagnostisering og gjort rede for tilrettelegging.

Først og fremst er det viktig at man har et avklart forhold til definisjonen som benyttes i arbeidet med barn med APD. Definisjonen vil legge føringer for arbeidet, og derigjennom hvem man skal eller bør samarbeide med og hvilke utredningsprosedyrer man igangsetter. Spørsmålet mange stiller seg er om APD kan sees som en spesifikk vanske som bør ivaretas med en egen diagnose, eller om APD kun er et symptom ved en rekke andre vansketilstander. Dette kan kun besvares ved hjelp av faglig utvikling og forskning. Det aksepteres i økende grad internasjonalt at det er behov for en egen APD-diagnose, og dette vil øke muligheten for at de som har lidelsen vil få den mest hensiktsmessige og best tilpassede hjelp og behandling. Likevel kan den fremveksten man ser av egne APD-klinikker og enheter synes noe prematur.

Inntil spørsmålet om en eventuell APD-diagnose er avklart, mener vi det bør foretas en tverrfaglig funksjonsutredning når foreldre eller andre er usikre på barnets lytteferdigheter og taleforståelse. Dette involverer blant annet en grundig

hørselsmedisinsk utredning, audiologisk funksjonsutredning, kognitiv utredning og språkrelatert utredning, der faggrupper som audiologer, audiopedagoger, logopeder og psykologer deltar. En slik forståelse innebærer at barnet får kartlagt ulike delfunksjoner involvert ved auditiv prosessering. Disse resultatene vil sammen med kartlegging av barnets fungering i skole- og dagliglivet være utgangspunkt for utarbeidelse av en tilpasset og individualisert tiltaksplan. Funksjonsutredningen legger vekt på både sterke og svake sider hos barnet slik at tiltak kan gjøres både i form av direkte, indirekte og kompenserende intervensjon.

Et tjenestetilbud for barn med APD må ha den nødvendige kompetanse for å kunne skille auditive prosesseringsvansker fra vansker knyttet til andre tilstander og for å kunne avdekke komorbide forhold. Det kreves også kjennskap til nevral utvikling og modning for å avgjøre hvorvidt utredning og igangsetting av tiltak er kontra/indikert. I dette arbeidet er kunnskap om APD som en modalitetsspesifikk svikt viktig. APD vil avdekkes hos barnet i form av svikt i oppgaver som krever prosessering av akustisk informasjon. Samtidig vil man i mindre grad oppleve svikt når informasjon presenteres i andre sansemodaliteter. Man må dessuten være oppmerksom på at tester som skal være sensitive i forhold til ulike aspekter ved auditiv prosessering også kan være sensitive for mer globale funksjoner som vedvarende eller selektiv oppmerksomhet. Jo mer komplekse de audiologiske testene er, dess mer må man være oppmerksom på denne mulige sammenblandingen og vanskene dette medfører i forhold til differensialdiagnostisering.

KONKLUSJON

APD er et mangslunget og komplisert fenomen og vi har her bare så

vidt skrappt i overflaten på den enorme mengde litteratur som finnes på området. I denne litteraturen finnes også en rekke kontroverser som følgelig bidrar til at det komplekst og vanskelig å tilegne seg kunnskap på feltet.

APD-teamet ved Statped Vest består i dag av psykolog, nevropsykolog, forsker, logoped, pedagoger og audiopedagoger, og det er innledet et samarbeid med audiolog og audiograf. Det profesjonsoverspennende samarbeidet APD krever, gjør Statped Vest til et ideelt sted å utrede, diagnostisere, tilrå og planlegge behandlingsopplegg, samt studere fenomenet i samarbeid med universiteter og høyskoler. Vår målsetting er å komme frem til utredningsprosedyrer og tiltak som ivaretar barnet. Det innebærer en tverrfaglig utredning som er mindre krevende for barnet samtidig som det ivaretar diagnostiske og differensialdiagnostiske behov.

Det er mange uløste oppgaver på alle områder knyttet til både APD-forskning, utredning og intervensjon. Der er et stort behov for utvikling og tilrettelegging av diagnostiseringsmetoder, men også når det gjelder utvikling og tilrettelegging av treningsmetoder og tiltak er det et stort arbeid å gjøre. På samtlige områder trenger man frittstående og uholdede effektstudier.

Referanser

- American Speech-Language-Hearing Association. Working group on auditory processing disorder. (2005). (Central) auditory processing disorder. Tilgjengelig på <http://www.asha.org/members/de skref-journals/deskref/default>.
- Bamiou, D-E., Campbell, N., & Sirimanna, T. (2006). Management of auditory processing Disorders. *Audiological Medicine*, 4, 1, 46 – 56.
- Banai, K., Nicol, T., Zecker, S. G., & Kraus, N. (2005). Brainstem timing: Implications for cortical processing and literacy. *The Journal of Neuroscience*, 25, 43, 9850 – 9857.
- Bellis, 2002. *When the brain can't hear: Unraveling the mystery of auditory processing disorder*. Atria Books, New York.
- Cacace, A. T., & McFarland, D. J. (2005). The importance of modality specificity in diagnosing Central Auditory Processing Disorder. *American Journal of Audiology*, 14, 112- 123.
- Cacace, A. T., & McFarland, D. J. (2006). Delineating Auditory Processing Disorder (APD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A conceptual, theoretical and practical framework. I: An introduction to Auditory Processing Disorder in children. Eds.: T. K. Parthasarathy. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London.
- Cameron, S., & Dillon, H. (2005). Auditory processing disorder – from screening to diagnosis and management – a step-by-step guide. *Audiology Now*, Winter Edition, 47 – 55.
- Davidson, R. J., & Hugdahl, K. Eds. (1995). *Brain Asymmetry*. Massachusetts Institute of Technology, The MIT Press, Cambridge, Massachusetts. ISBN 0-262-04144-8
- Hill, P. R., Hogben, J. H., & Bishop, D. M. V. (2005). Auditory frequency discrimination in children with Specific Language Impairment. A longitudinal study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48, 1136 – 1146.
- Jerger, J., & Musiek, F. (2000). Report from the consensus conference on the diagnosis of Auditory Processing Disorders in school-aged children. *Journal of the American Academy of Audiology*, 11, 467 – 474.
- Katz, J., Johnson, C. D., Tillery, K. L., Bradham, T., Brandner, S., Delagrange, T. N., Ferre, J. M., King, J., Kossover-Wechter, D., Lucker, J. R., Medwetsky, L., Saul, R. S., Rosenberg, G. G., & Stecker, N. (2002). Clinical and research concerns – regarding Jerger & Musiek (2000) APD recommendations. *Audiology Today*, 14, 2, 14 – 17.
- Keith, R. W. (1999). Diagnosing central auditory processing disorder in children. In: Roeser, R., Hosford-Dunn, H., Valente, M. (Eds.), *Audiology: Diagnosis, treatment strategies and practice management*. New York: Thieme Medical and Scientific Publishers.
- Kujala, T., Karma, K., Ceponiene, R., Belitz, S., Turkila, P., Tervaniemi, M., & Näätänen, R. (2001). Plastic neural changes and reading improvement caused by audiovisual training in reading-impaired children. *Proceedings of the National Academy of Science (PNAS)*, 98, 18, 10509 – 10514.
- Meister, H., von Wedel, H., & Walger, M. (2004). Psychometric evaluation of children with suspected auditory processing disorder (APDs) using a parent-answered survey. *International Journal of Audiology*, 43, 8, 431 – 437.
- Merzenich, M. Jenkins, W., Johnston, P., S., Schreiner, C., Miller, S. L. & Tallal, P. (1996) Temporal processing deficits of language-learning impaired children ameliorated by training. *Science*, v. 271, p. 77-81.
- Muchnik, C., Ari-Even Roth, D., Othman-Jebara, R., Putter-Katz, H., Shabtai, E. L., & Hildesheimer, M. (2004). Reduced medial olivocochlear bundle function in children with auditory processing disorders. *Audiology and Neurootology*, 9, 2, 107 – 114.
- Musiek, F. E., Baran, J. A., & Shinn, J. (2004). Assessment and remediation of an auditory processing disorder associated with head trauma. *Journal of American Academy of Audiology*, 15, 2, 117 – 132.
- Musiek, F. E., Bellis, T. J., & Chermak, G. D. (2005) Nonmodularity of the central auditory nervous system: Implications for (central) auditory processing disorder. *American Journal of Audiology*, 14, 2, 128 – 138 (diskusjon 143 – 150).
- UK APD Steering Group. Tilgjengelig på <http://www.thebsa.org.uk/apd/Home.htm#working%20def>
- Warrier, C. M., Johnson, K. L., Hayes, E. A., Nicol, T., & Kraus, N. (2004). Learning impaired children exhibit timing deficits and training-related improvements in auditory cortical responses to speech in noise. *Experimental Brain Research*, 157, 4, 431 – 441.
- Wilson, W. J., Heine, C., Harvey, L. A. (2004). Central Auditory Processing and Central Auditory Processing Disorder: Fundamental Questions and Considerations. *The Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 26, 2, 80 – 93.

SLUTT Å KREMTE



Pål Ericson

**Logoped , seniorrådgiver/logoped
MNLL ved stemmeteamet på
Bredtvet kompetansesenter.
Arbeidsfelt stemmevansker og laryn-
gektomi. Bredtvetveien 4, Pb 13,
Kalbakken, 0901 Oslo,
pal.ericson@statped.no**

Hyppig kremting kan utvikle seg til et nærmest kronisk problem som øker sårhet og irritasjon i halsen og kan ødelegge for god stemmebruk. Hvilke strategier og øvelser kan prøves ut for å redusere kremting?

Bakgrunnen for denne artikkelen er at stemmeteamet ved Bredtvet Kompetansesenter de siste årene har fått henvist flere klienter der kremting i tillegg til stemmeproblemer er henvisningsgrunn. Fra egen stemmebruk og logopedutdanning husker de fleste at hyppig kremting ikke er bra; det er som å bruke sandpapir på stemmebåndene. Kremting er også et av symptomene ved stemmetretthet eller fonasteni. Personen må da stadig kremte og "renske" halsen for å få fram stemme. Utstrakt kremting kan lett føre til at en kommer inn i en ond sirkel ved at litt kremting fører til enda mer kremting, samtidig som styrken på kremtinga øker. Mange opplever at det er en klump i halsen eller slim som må renskes bort. Kremting kan opptre både når en skal begynne å snakke eller under snakkinga. Hyppig kremting kan føre til at den til slutt blir kronisk. Den kan også være nervøst betinget, for eksempel når en skal ta ordet i forsamlinger og er usikker på om stemmen vil holde.

FYSIOLOGI

Kremting er en av beskyttelsesmekanismene i luftveissystemet. Boka "Understanding Voice Problems" (Colton & Casper, 1996) gir en innføring i det anatomisk-nevrologiske grunnlaget for disse mekanismene. Larynx har som hovedoppgave å holde luftveiene rene. Larynx har både lukkefunksjon (sphincter) og utstøterfunksjon, der både de falske stem-

mebåndene og de sanne stemmebåndene deltar. Ved kraftig hosting og kremting er det store krefter som settes i gang. En del av slimhinnelaget over larynx dras med i en bølgebevegelse. Slimhinnene i larynx har en mengde nervereseptorer som hele tiden overvåker tilstanden; er det for tørt eller vått, eller er det forurensning i lufta. Nervereseptorer finnes også i de små leddmusklene rundt brusken i larynx. De reagerer på strekking og kontraksjon og sender informasjon til sentralnervesystemet. Slimhinnene reagerer refleksivt og er som oftest utenfor vår viljemessige kontroll. Dette kompliserte kontrollapparatet skal også samspille med respirasjonen og muskelstyringen av larynx. Det er derfor lett å tenke at vi er prisgitt det som skjer rent fysiologisk eller nevrologisk.

Mye kremting kan virke negativt inn på slimhinnene i larynx ved at det blir rødt og litt hovent. Det kan også virke inn på det fine muskelsamspillet og således føre til stemmetretthet og dysfoni. Klienter med disse vanskene er som oftest utredet medisinsk i forhold til astma, pust og lungeproblemer. Det er viktig å understreke at alle som blir henvist til logoped med slike vansker, må undersøkes av øre-nese-halslege før en eventuell logopedbehandling. Det kan nemlig tenkes at kremting har sin årsak i forandringer i slimhinnene i larynx, slik som ødem, polyper eller rødhet og irritasjon på grunn av refluxproblemer. Da

kan en medisinsk behandling være nødvendig.

BEHANDLING

Etter flere utredninger og behandling av klienter med hyppig kremting, ser vi at det er mulig å avlære kremting gjennom å innføre en annen strategi, i tillegg til å trene god stemmebruk. Ved Bredtvet kompetansesenter har vi benyttet en tilnærming som beskrives i boka "Voice Therapy: Clinical studies" (Stemple 2000). Kort fortalt går den ut på at hver gang en merker at en skal til å kremte, skal en svelge. En slik tørr svelging kan være vanskelig å få til, men det er viktig ikke å gi opp. Alternativt er det bra å ha en vannflaske i nærheten og svelge små slurker vann i stedet for å kremte. En lett hosting uten å sette på stemme, etterfulgt av svelging kan også prøves. Svelging smører systemet, får bort eventuelt slim og er ikke skadelig for slimhinnen i larynx. Normalt svelger vi ca 600 ganger pr døgn. Det er derfor ingen fare med å øke dette med noen hundre svelginger. Kunnskap om at dette vil skåne stemmebåndene er viktig for klienten.

De fleste av disse klientene vil ha mye fokus rettet mot hals og strupe på grunn av den stadige irritasjonen eller hyperfunksjonen som er i larynx. Hvis

stemmen har mye innslag av knirk og stemmeklangen ligger langt bak i halsen, kan det tenkes at stemmebruken også vedlikeholder kremteproblemet. Stemmeøvelser som får stemmeklangen mer opp og fram mot lepper og nese, er derfor hensiktsmessig. Ved å bruke fonasjon i rør får en både gitt lett "massasje" til stemmebåndene og rettet stemmefokus mer fram i ansatsrøret. Fonasjon i rør kan en også knytte til hum-M teknikken til Morton Cooper (1983). Kort fortalt går det ut på at klienten skal finne sitt grunnleie (der stemmen ligger når en sier seg enig i et utsagn, hum_M). På denne frekvensen skal klienten sende noen lange toner ned i røret. Dette kan også varieres med rolig gliding opp/ned i stemmeregisteret. Når stemmen er varmet opp, går en så videre med hum_M-tenikken uten bruk av flaske. En glir fra m-lyden over i telling, ord og fraser (f.eks hum_M-en, hum_M-to osv, eller hum_M-ja, hum_M-nei osv). Stemmen skal gli litt opp på den betonte M-lyden og få god resonans og klang langt fram i "maska". En annen tilnærming for å få tonefokus fram, er å bruke lett nynning. Klangen skal da kjennes som en vibrasjon i lepper, nese og nesevinger. En kan legge en finger på siden av nesa for å kjenne vibrasjonen. Klienten kan f.eks prøve å

nynne "Happy Birthday to You" uten å presse stemmen. Det er hele tiden viktig å arbeide med overføring fra stemmeøvelse til spontantale.

I det vanskeligste tilfellet jeg har møtt, hadde klienten kremtet i over 30 år. Han regnet med å måtte leve med kremting resten av livet. Etter utredning og rådgivning har han benyttet teknikken med svelging i stedet for kremting, samt brukt fonasjon i rør og hum-M teknikken. Etter to måneder rapporterer han at det føles mye bedre og opplever at kremtinga er blitt mindre hyppig. Bruk av avspenning og abdominal pust for å rette oppmerksomheten bort fra larynx, gjesp/sukk-trening for å avspenne og åpne hals og strupe kan også prøves ut. Det er viktig å bygge opp en alternativ strategi for den uhensiktsmessige atferden. I tillegg må klienten få tro på at han/hun gjennom egen innsats kan forbedre tilstanden.

Litteratur:

Colton & Casper, 1996:
Understanding Voice Problems
Cooper, Morton, 1983: Change Your Voice, Change Your Life
Stemple, Joseph C., 2000: Voice Therapy: Clinical studies

Kurs og konferanser 2007

Sunnaas sykehus HF tilbyr flere spennende og nyttige kurs og konferanser i 2007. For informasjon om program og påmelding se www.sunnaas.no

– en vei videre



Sunnaas sykehus HF

Tlf 66 96 90 00

SVELGETESTING

Avdekking av dysfagi hos hjerneslagpasienter i akuttfasen



*Liv Bjør
Logoped*



*Grethe Opsahl,
Logoped*



*Liv Rugås
Høgskolelektor*

Av logopedene Liv Bjør og Grethe Opsahl, Sykehuset Buskerud HF og høgskolelektor Liv Rugås, Høgskolen i Buskerud.

Å avdekke svelgeproblemer hos pasienter i sykehus og sykehjem, er et tverrfaglig ansvarsområde som krever ekstra oppmerksomhet. Pasientene får mat og drikke flere ganger i døgnet. Da er det ikke nok at logoped eller noen få pleiere har kunnskap og erfaring i kartlegging og vurdering. Gjennom tverrfaglig tjenesteutviklingsarbeid har vi utarbeidet en enkel svelgetest alle kan gjennomføre. Personalet sertifiseres i svelgetesting.

Bakgrunn

Årlig rammes nær 15 000 mennesker av hjerneslag i Norge. I den akutte fasen utvikler mer enn halvparten av pasientene lammelser i svelgefunksjonen (dysfagi) (1). Tegn på dette kan være sikling, vansker med å kontrollere maten i munnen, manglende evne til å initiere svelging, hosting før, under eller etter svelgingen (2). Svelgeproblemene bedres hos mange. Det kan være vanskelig å avdekke problemene i akutt fase, da mange slagpasienter er trette og har endret bevissthetsnivå. Slagpasienter med uoppdaget dysfagi kan utsettes for alvorlige komplikasjoner som følge av aspirasjon og underernæring. Dette kan få avgjørende betydning for videre rehabilitering (1,3,4,5,6).

I overkant av 600 pasienter kommer årlig til slagenheten ved Sykehuset Buskerud HF. Avdelingen har derfor gjennom flere år arbeidet systematisk for å styrke utredning og behandling av pasienter med hjerneslag. Som logopeder i slagenheten har vi lenge vært opptatte av arbeidet med kartlegging av svelgevan-

sker, men vi savnet en fast prosedyre alle kunne bruke. Det tverrfaglige samarbeidet med avdekking av slagpasientenes svelgeproblemer ble forsterket etter at to sykepleiere ved avdelingen i 2002 gjennomførte et klinisk kompetansestigeprogram der de valgte å sette fokus på avdekking av dysfagi hos slagpasienter i akuttfasen. Dette var et samarbeid mellom Sykehuset Buskerud HF og Høgskolen i Buskerud. Sykepleierne vurderte kritisk egen praksis og retningslinjene i avdelingen, innhentet erfaringer fra andre slagenheter og gjennomførte litteratursøk i anerkjente databaser. Med dette kunnskapsgrunnlaget diskuterte vi våre felles erfaringer, og utvikling av en svelgetest ble valgt som satsingsområde i 2003.

I utviklingen av svelgetesten har vi anvendt våre tverrfaglige erfaringer og kunnskaper og nye anbefalinger i forskningslitteraturen (3,6). Vår målsettingen har vært å gjøre svelgetesten enkel å gjennomføre. Instruksjonene skal være oversiktlig og kortfattet, og vi ville også at den praktiske svelgetesten skulle kunne

dokumenteres på en side. Dette skulle gjøre at vi observerte de samme tingene og dermed bedre kunne diskutere problemene etterpå.

Utviklingsarbeidet i perioden 2003-2006 ble initiert av de to sykepleierne Eli Fossan Rasmussen og Hilde Presberg, i samarbeid med logopedene Liv Bjør og Grethe Opsahl. Høgskolelektor Liv Rugås har gitt tett oppfølging og veiledning underveis. Klinikksjef Brit Standnes og fagutviklingssykepleier Trude Norup (erstattet av Kari Pharo Skaug fra 2005) ved Sykehuset Buskerud har også støttet utviklingsarbeidet. Sammen har vi utviklet, prøvet ut og forbedret svelgttest prosedyren, og hatt internundervisning i slagenheten for alt personale.

Dysfagi hos pasienter med hjer- neslag

Lammelser i svelgefunksjonen kommer brått og uventet for pasienter som rammes av hjerne- slag. Graden av svelgevansker varierer, fra litt vansker med å holde bolus i munnen uten å sikle til total svelgeparese. For noen kan det være vanskelig å erkjenne svelgevanskene og det kan oppleves ubehagelig å ha mistet noe av kontrollen på hånd - munn be- ve- gelsen i spisesituasjonen (8). Effektiv utredning og behandling ved dysfagi inkluderer alle handlinger som påvirker.

Normal svelging

For å kunne observere og beskrive svelgevansker ved lammelser, er kunnskap om den normale svelgefunksjonen nødvendig. Svelgeprosessen er en kombinasjon av viljestyrte bevegelser og reflekser. Den er en sammenhengende, smidig og svært hurtig prosess som tar kun 8-20 sekunder. Prosessen tar ofte lengre tid i høy alder. Svelgeprosessen kan beskrives i fire hovedfaser:

- 1) preoral fase (forberedelse til spising)
- 2) oral fase (i munnen)
- 3) faryngale fasen (i svelget)
- 4) den øsofagale fase (i spiserøret)

Den orale fasen inndeles ytterligere i a) orallforberedende fase (maten forberedes i munnen) og b) oral fase (transport av bolus) (2,9).

1. Preoral fase – sensomotorisk parathet

Svelgeprosessen innledes normalt med tanken på mat og de synkroniserte hånd – munn bevegelsene som fører maten til munnen (9). Den sensomotoriske paratheten stimuleres av syn, lukt og hørsel ved tilberedning av mat og drikke, og viser seg gjerne i form av økt spyttsekresjon. Noen beskriver denne fasen som forsmaksfasen. Kvaliteten på ett måltid påvirkes i denne fasen av sitte- stilling, motoriske ferdigheter som evnen til hånd munn koordinasjon, hodekontroll og åpning av kjeven. Tempoet i spisesituasjonen har også betydning (9).

2.a Orallforberedende fase - vilje- styrt.

Maten puttes i munnen og tygges. Maten blandes med spytt og brytes ned til en konsistens som er pas- sende å svelge. Normalt blir bolus holdt på plass på fremre/midtre del av tungen. Godt leppelukke er en forutsetning for å holde mat og dri- ke inne i munnen. Kinnene må ha en viss tonus for å holde på maten, og for å presse mat mot tungen under tygging. Normal tyggefunk- sjon krever intakt muskulatur i lep- pene, kinnene, tunga og den bløte gane. Det kreves også god under- og overkjevefunksjon.

2.b. Orale fase – viljestyrt og refleks. Når tungen fører bolus bakover, løf- tes tungen og skyves bakover mens den klemmer bolus langs ganen. Når

bolus når de fremre ganebuene, avsluttes vanligvis den orale fase ved at svelgereflexen utløses. Tungefunksjonen er helt avgjørende for å få utløst svelgereflexen.

3. Faryngale fase – automatisk.

Maten transporteres fra den baker- ste delen av munnhulen ned i svel- get. Når vi svelger er hodet lett flek- tert, og den bløte gane heves for å blokkere for den nasofaryngale åpningen. Samtidig heves strupeho- det og epiglottis legger seg bakover og blokkerer trachea (luftrøret). Svelgsnørene skyver maten ned- over i svelget. Spiserørsmunnen åpnes og slipper mat/væske igjen- nom. Under denne refleksive fasen har respirasjonen opphørt, og stem- meleppene er lukket. Hvis denne prosessen ikke er tett koordinert, vil det være stor risiko for at pasienten aspirerer (9).

4. Øsofagale fase – autonom(utløses fra spiserøret, ikke nødvendig med kontroll fra hjernen).

Ved hjelp av tyngdekraften og peri- staltiske bølgebevegelser føres bolus gjennom spiserøret og inn i mage- sekken. Strupehodet senkes ned til sitt opprinnelige nivå. Nederste spi- serørs sfinkter forhindrer at maveinnholdet kommer opp igjen i munnhulen (refluks).

Normal svelgeprosess forutsetter altså koordinerte øye- håndbeve- gelser, intakt sensibilitet i munn, tunge og svelg og normal tonus og muskelmotorikk, samt at man kan kontrollere respirasjonen under hele svelgebevegelsen.

Hva kan gå galt under svelge- prosessen

Spise- og svelgevansker etter hjer- neslag kan forekomme i alle faser av svelgingen, også i flere faser samti- dig.

I *oral fase* ser vi ofte vansker med leppelukket hos pasienter med facialisparese. Maten eller drikke renner ut av munnen, eller personen sikler. Dersom tungen ikke klarer å samle maten til en bolus, blir mat/drikke liggende rundt i munnhulen. Noe kan renne ukontrollert ned i halsen før svelgrefleksen utløses og føre til aspirasjon. Ved redusert kinnmuskulatur vil mat falle ned på utsiden av tennene og bli liggende i furen mellom tennene og kinnet. Denne hamstringen kan i verste fall føre til aspirasjon, dersom pasienten ikke får munnstell før han ligger flatt i senga. Forsinket eller manglende initiering av svelging, kan føre til at bolus eller deler av bolus blir liggende i svelget. I verste fall kan det føre til aspirasjon. Aspirasjon kan også forekomme i faryngeale fase dersom epiglottis ikke legger seg ordentlig på plass over luftrøret, eller dersom det ligger igjen rester i svelget (sinus pyriformes og valleculae). Øsofagale vansker forekommer også ofte. Dette fordrer tverrfaglig medisinske vurderinger og tiltak.

I akutt fase er faren for aspirasjon stor og vurdering av svelgefunksjonen er dermed svært viktig. Stille aspirasjoner kan forekomme uten ytre tegn på svelgeproblemer (10). Selv om svelgerøntgen eller videofluoroskopi kan være ønskelig, kan det være vanskelig å gjennomføre for pasientene i akutt fase, og ha større relevans ved vedvarende dysfagi (6,10). Utfordringen synes derfor å være å utvikle svelgetesting som kan gjennomføres effektivt ved sengekanten av alt personale (6).

Å teste likt

Å avdekke svelgeproblemer kan være vanskelig og fordrer at alt personale har kunnskap om hvordan svelgefunksjonen affiseres ved lamelser. Utvikling av klinisk erfaring

og forståelse for at enhver prosedyre må tilpasses den enkelte pasients situasjon, er samtidig helt grunnleggende for en faglig forsvarlig praksis (11).

For at systematisk observasjon av svelgefunksjonen skal kunne implementeres i praksis, er det viktig at det tverrfaglige personalet, har gode testinstruksjoner slik at risikopasienter identifiseres raskt (3,4,5,6). Ved å standardisere kliniske observasjoner og anvende beskrivende norske uttrykk i vurderingene, er det mulig å unngå unøyaktig språkbruk, som f. eks "svelger dårlig". Det kan føre til misforståelser. Vi har erfart at testingen må være enkel i bruk slik at alle gjør det samme hver gang, og vi kan diskutere problemene etterpå.

Gjennomføring av svelgetesten

Alle pasienter vurderes og testes i løpet av første døgn etter hjerneslaget, og testen skal alltid være gjennomført før pasienten får mat eller drikke. Svelgetesten utføres ikke dersom pasienten er komatøs eller ikke kan støttes opp til en god sittestilling.

Testen er tredelt:

- Forberedelse med observasjon,
- Vanntest
- Vurdering og konklusjon..

A. Forberedelse med observasjon.

Vi har valgt å standardisere forberedelsene og observasjonene med 6 spørsmål og observasjoner (Tabell Forberedelse 1-6):

For å vurdere svelgefunksjonen er det nødvendig først å avklare pasientens bevissthetsnivå og vitale funksjoner:

1. Er pasienten våken nok til å kunne respondere på tiltale?
Dersom pasienten er trøtt, prøves vekking med isstimuleringen: en kald våt teskje strykes forsiktig over leppene
2. Kan pasienten sitte oppreist eller støttes opp i senga til en god sittestilling?
Hodeenden i sengen heves, fotenden senkes på senga og støttes eventuelt opp med puter, så pasienten ikke sitter bakoverlent med hodet.

Kan vi svare bekreftende på de to første spørsmålene, fortsetter forberedelsene. Pasienten blir vist ett glass vann med isbiter og en stålteskje, og får en enkel forklaring på hva som skal gjøres. Den kalde, våte teskjeen strykes over pasientens lepper, oppe og nede. Pasienten blir bedt om å strekke ut tungen, eller vi demonstrerer. Teskjeen strykes over pasientens tunge, og trykkes ned mot

FORBEREDELSE		Test 1	
		Ja	Nei
1	Er pasienten våken og responderer på tiltale?		
2	Kan pasienten sitte oppreist med en viss hodekontroll?		
Er svaret nei på et av spørsmålene – gå ikke videre! Vurder igjen innen 24 timer.			
3	Kan pasienten svelge spyttet sitt?		
4	Kan pasienten rekke tunge?		
5	Kan pasienten slikke seg rundt munnen?		
6	Kan pasienten hoste på oppfordring?		
Vær forsiktig eller avbryt hvis svaret er nei på noen av spørsmålene!			

tunga. Pasienten blir bedt om å trykke imot, hvis mulig. Både impressiv afasi og apraksi kan gjøre det vanskelig for pasienten å følge instruksjonen. Ofte er pasienten tørst, og han både våkner til og responderer på denne forberedelsen.

Pasientens orale funksjon observeres under forberedelsene, spesielt leppe- og tungefunksjonen:

3. Greier pasienten å svelge spyttet sitt, eller renner det ukontrollert ut av munnen?
4. Kan pasienten rekke tunge?
5. Kan pasienten slikke seg rundt munnen?
6. Kan pasienten hoste på oppfordring?

Hvis pasienten nå er våken og kan følge litt med på instruksjonen, fortsettes prosedyren. Hvis pasienten ikke responderer på det som sies eller gjøres, hvis han er svært trett, har respirasjonsproblemer eller manglende spyttkontroll, gjennomføres ikke vanntesten. Ny vurdering gjøres innen 24 timer.

B. Vanntest

Svelgeprosessen vurderes ved å bruke vann, først teskjevis og deretter i et glass.

og at en del av vannet renner ut.

- Hvis pasienten hoster mer enn en gang, tilbyr vi vann med fortykning. Hoster pasienten fortsatt, avventer vi og prøver igjen neste dag. Alternativ ernæring sikres. Ofte er fortykning i drikke nok til at pasienten takler svelgingen, og da går vi videre.
- Pasienten tilbys et halvt glass vann, med eller uten fortykning, og oppfordres til å holde glasset selv. Om nødvendig, kan vi støtte rundt pasientens hånd og albu. Det er ofte lettere for pasienten å svelge når han selv holder glasset og sitter i en naturlig sittestilling. Da er det pasienten som styrer bevegelsen, og forberedelsen blir naturlig. Også her kan det være kompliserende faktorer å være oppmerksom på. Noen pasienter tømmer glasset for raskt, for eksempel ved impressiv afasi eller kognitiv svikt. Andre svelger greit i begynnelsen, men blir fort "trette". Da tar det lengre tid å utløse nedsvelgingen, og det kan bli lettere å svelge vrangt fordi væsken kan lekke til luftveiene før epiglottis legges på. Vi anbefaler fortykning i drikke, og forsiktighet og god observasjon videre.

- Hvis pasienten greier å drikke et halvt glass vann, vurderer vi i første omgang at svelgingen er normal.

C. Vurdering og konklusjon

Under vanntestingen observerer og registrerer vi faresignaler ved hjelp av tre spørsmål og vi ser, hører og kjenner etter svelgebevegelsen (Tabell Vurdering).

Fare og risikosignaler inkluderer respirasjonsforandringer som kortpustethet, surklende lyder og temperaturstigning. Dette kan være alvorlige tegn på aspirasjonspneumoni. Pasienten skal da ikke ha noe per os (gjennom munnen). Andre viktige faresignaler er hoste og stemmeforandring.

Hosting og kremting er en nødvendig funksjon, som er kroppens egen måte å beskytte seg på mot aspirasjon. Men det er også et viktig tegn på at svelgeprosessen ikke fungerer som den skal. Det kan ha vært en penetrasjon, der epiglottis ikke har vært godt lukket, og væske har kommet til stemmeleppenivå, eller det har vært en aspirasjon, og væsken har hatt fri adgang til luftveiene.

Vanntesten er standardisert etter følgende fremgangsmåte:

- Pasienten tilbys 1 teskje vann tre ganger. Vi ser, hører og kjenner med fingrene over pasientens strupehode etter svelgebevegelsen. Det kan være kompliserende ved første teskje at pasienten er svært tørr i munnen. Det kan også bli for liten mengde å svelge fordi pasienten har dårlig leppelukke

VURDERING		Test 1				Test 2			
		Uten fortykning		Med fortykning		Uten fortykning		Med fortykning	
		Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
7	Hoster pasienten?								
8	Er stemmen surklede etter svelgingen?								
9	Er pustemønsteret forandret?								
10	Er svelgebevegelsen:	Tydelig							
		Forsinket							
		Ufullstendig (flere svelgninger)							
		Usikker							
		Ingen svelging							

Surkling kan høres dersom væske har penetrert og har blitt liggende mellom epiglottis og stemmelepene. Det høres da surkling på pasientens stemme, eller hvis han ikke kan snakke eller lage lyd, på respirasjonen.

Vurderingen av svelgebevegelsen beskrives med følgende fem kjennetegn:

- **Tydelig:** Svelgingen utløses raskt, og det er tydelig heving av strupehodet
- **Forsinket:** Det tar lang tid før pasienten greier å svelge. Det kan ha sammenheng med facialisparese, som ofte gir redusert leppelukke og nedsatt kraft og sensibilitet i kinnmuskulaturen. Eller oralmotorikken er svekket, spesielt i tunga, slik at evnen til å samle bolus og transportere bakover er redusert.
- **Ufullstendig:** Pasienten svelger flere ganger på hver munnfull. På grunn av svekket svelgmuskulatur (parese på en side) blir det lett liggende igjen matrester i svelget. Mat blir også liggende igjen i munnen.
- **Usikker:** Det er vanskelig å registrere heving av strupehodet, eventuelt bare små bevegelser opp og ned. Vi hører ingen svelging og ser og kjenner ingen svelgebevegelse. Pasienten tygger og tygger uten å greie å heve baktungen og utløse svelgerefleksjonen.
- **Ingen svelging:** Ingen bevegelse av strupehodet. Vi hører ingen svelgelyd og ser / kjenner ingen svelgebevegelse.

Det er vanlig å observere blandingsformer av disse kjennetegnene. Da vurderingen inneholder både observerbare tegn og klinisk skjønn, er det fint å være to under testen for å kunne diskutere vurderingen.

Å dokumentere testing av svelgefunksjonen hos alle

I akutt fase av hjerneslaget utvikler pasientene ofte svelgeproblemer i løpet av de første dagene. Det er ikke mulig å forutsi når eller hvem som får alvorlige lammelser i svelget. Å vurdere alle pasienters svelgfunksjon mener vi derfor er helt nødvendig de første døgnene. For å teste likt har vurderingene kun ja – nei svaralternativer.

Testen avsluttes med en kort anbefaling. Anbefalingen kan for eksempel være "0 per os" dersom pasienten ikke har tydelig svelgebevegelse, eller "fortykning i drikke" dersom svelgebevegelsen er noe forsinket. Det første måltidet observeres, og ulike matkonsistenser utprøves gradvis når pasienten har behov for det. Vi starter gjerne med yoghurt, kefir, fruktmos og grøt.

For at det ikke skal være noen tvil om testing av svelgfunksjonen er gjennomført, før pasientene får mat eller drikke, har vi gjennomført at det skal kvitteres med navn, stilling og dato på testskjemaet:

Test 1 Dato:.....Kl:Utført av.....

ANBEFALING:

Test 2 Dato:.....Kl:Utført av.....

ANBEFALING:

Dato og signatur fra den som har gjennomført testen, gir også raskt mulighet for videre vurderinger sammen.

Tverrfaglig samarbeid og sertifisering

Logopeder er en viktig del av det tverrfaglige teamet i slagenheter ved sykehus, og har spesiell kompetanse

i forhold til å observere og vurdere svelgefunksjonen. I testingen av svelgefunksjonen er det ofte nyttig å gjennomføre observasjoner sammen med sykepleierne/hjelpepleierne ved sengekanten. Det styrker forståelsen og samarbeidet.

For å styrke forståelsen for dysfagi i hele personalgruppen er det nødvendig å stadig ajourføre det faglige grunnlaget. Turnusarbeid og utskiftninger i personalet, fordrer at temaet dysfagi kommer inn regelmessig i internopplæringen. Ved slagenheten vår er det gjennomført dagsseminar med teoretisk kunnskap om normal svelgefunksjon, fare- og risikosignaler, og en praktisk del med nøye gjennomgang av svelgtesten. Personalet har også prøvd ut testen på hverandre.

I tillegg til seminarer har vi valgt å innføre en sertifiseringsordning, der alle ansatte må følge en logoped eller en erfaren og sertifisert sykepleier minst 3 ganger under svelgtesting for å bli sertifisert. Den ansatte får et sertifikat som bekreftelse på gjennomført opplæring i svelgtesting.

Hvilken effekt har svelgetestingen?

Observasjonene og vurderingene av svelgefunksjonen hos pasienter med hjerneslag har blitt forbedret gjennom utviklingsarbeidet i hele personalgruppen. Den mest positive effekten av arbeidet er at antallet aspirasjonspneumonier er redusert. Det gir trygghet i pasientbehand-

lingen at alle raskere kan identifisere risikopasienter.

Alle faggruppene har fokus på dysfagi. Svelgevansker blir tatt opp og snakket om på rapportene. For logopedene har det gitt bedret tverrfaglig samarbeid om dysfagi.

Svelgetesten er en kvalitetssikring som dokumenterer at alle pasientene har fått et halvt glass vann og har blitt observert før de får annen mat eller drikke. Vanntesten er også et arbeidsredskap, som sikrer vurderingene. Når vi tester dårlige pasienter hver dag, ser vi om det er progre-

sjon. Svelgtest skjemaet er lett tilgjengelig og alltid nær pasienten. På en stor sykehusavdeling er det mange forskjellige pleiere rundt pasienten. Dokumentasjonen på svelgestestskjemaet viser når pasienten ble testet sist og av hvem, og det er raskt å finne ut hvem man skal diskutere videre med.

Forberedelsesdelen er også anvendelig i arbeidet videre med pasienten. Enten dette gjelder munnstimulering eller svelgetrening med teskjevis rent/fortykket vann, starter vi gjerne med å isstimulere lepper og tunge, som i testen.

Etter tre års utviklingsarbeid med svelgetestingen er det fortsatt behov for gjentatt internundervisning, for å lære opp nyansatte, og for å videreutvikle vurderingene av svelgeproblemene og tiltakene etter testingen. Vi ønsker å fortsette dette arbeidet, og vil gjerne ha tilbakemeldinger fra helsepersonell som har erfaringer med samme problemstilling.

Kontakt adresse:
liv.i.bjor@sb-hf.no eller
grethe.opsahl@sb-hf.no

Referanser:

- Bath, PMW, Bath-Hextall, FJ, Smithard, DG (2005) Interventions for dysphagia in acute stroke, *The Cochrane Library*, (1): (CD000323)
- Stensvold, H., Utne, L. (1997) *Dysfagi*, Oslo, Ad Notam Gyldendal AS
- Perry, L. (2001) Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: Identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses", *Journal of Clinical Nursing*, Vol 10 (4), pp 463-473
- Doggett, DL, Tappe, KA, Mitchell, MD, Chapell, R, Coates, V, Turkelseon, CM (2001) Prevention of pneumonia in elderly stroke patients by systematic diagnosis and treatment of dysphagia: An evidence-based comprehensive analysis of the literature, *Dysphagia*, Vol 16, no 4: 279-95
- O'Neill, PA (2000) Swallowing and prevention of complications, *British Medical Bulletin*, Vol 56, no 2: 457-65
- Ramsey, DJC, Smithard, DG, Kalra, L. (2003) Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients. *Stroke*, Vol 34; 1252-1257.
- Presberg, H., Rasmussen, EF (2002) *Hvordan kan sykepleiere avdekke dysfagi hos slagpasienter i akutfasen?* Avsluttende oppgave, Klinisk spesialist i sykepleie, Sykehuset Buskerud, Nevrologisk avdeling, november 2002.
- Skriung M. (2004) *Dysfagi etter hjerneslag. Mestring av spise- og svelgevansker etter hjerneslag*, Hovedoppgave i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk, Våren 2004.
- Kjærsgaard, A. (2005) *Ansigt, mund og svelg*, København: FADLs Forlag.
- Ramsey, D., Smithard, D., Kalra, L. (2005) Silent Aspiration: What Do We Know? *Dysphagia*, vol 20: 218-225.
- Melnik, BM, Fineout-Overholt, E (2005) *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

ISAD 2007 –

Stuttering Awareness: Global Community, Local Activity

GLOBALT FELLESSKAP, LOKAL AKTIVITET

Dette er årets tema i den 10. ISAD (International Stuttering Awareness Day) som feires over hele verden den

22. oktober 2007.

I den forbindelse vil en spennende online-konferansen finne sted

på www.stutteringhomepage.com fra 1. – 22. oktober 2007.

Konferansen er åpen for alle og det anbefales at både fagpersoner,

Afasi med flytende talepreg



Marianne Lind



Inger Moen



Hanne Gram Simonsen

Marianne Lind er språkviter og rådgiver i afasiteamet ved Bredtvet kompetansesenter. Inger Moen er professor i anvendt lingvistikk ved Institutt for lingvistiske og nordiske studier (ILN), Universitetet i Oslo. Hanne Gram Simonsen er professor i lingvistikk og instituttleder ved INL, UiO. Sammen med professor Roelien Bastiaanse fra Nederland står de bak den norske versjonen av Verb- og setningstesten (VOST).

Med denne artikkelen ønsker vi å beskrive fellestrekk og variasjon i språklig utfall og mestring hos fire afasirammede med flytende talepreg. Vi tar ikke opp tiltak og eventuelle endringer i forhold til tiltak. Målet vårt er heller å vise hvordan vi kan kartlegge bestemte aspekter ved de afasirammedes vansker ved hjelp av tre enkle og tilgjengelige typer test- og utprøvningsmateriell: *Pyramide- og palmetesten* (Howard & Patterson 2005), *Verb- og setningstesten* (Bastiaanse m.fl. 2006) og beskrivelse av et bilde ("Kaketyveriet") (se f.eks. Menn & Obler (red.) 1990). Resultatet av kartleggingen kan danne utgangspunkt for utforming av tiltak, og det utvalgte materialet kan brukes for å måle virkning av undervisningen, men det er en annen historie.

Afasi med flytende talepreg¹⁾

Det spontane talepreget hos en afasirammet har helt siden Brocas og Wernickes studier fra siste halvdel av 1800-tallet, vært et sentralt utgangspunkt for klassifisering av afasirammede. For eksempel er graden av taleflyt som kjent en av tre hovedvariabler for klassifisering i *Norsk grunntest for afasi* (Reinvang & Engvik 1980). Og talepreget – om det er flytende eller ikke-flytende – brukes ofte som utgangspunkt for beskrivelser av afasirammede i ulike sammenhenger, både i praksisomtale og i faglitteraturen. Det er imidlertid viktig å huske at en beskrivelse av det spontane talepreget bare er et utgangspunkt, og at forskjellene når det gjelder språklig utfall og mestring, kan være store innad i hver av gruppene. I faglitteraturen er det skrevet mest om afasirammede med ikke-flytende talepreg; et viktig unntak er en nokså ny bok av Susan Edwards (2005), som tar for seg språklige utfall hos afasirammede med flytende talepreg spesifikt.

Et av utgangspunktene våre for å fokusere spesielt på afasirammede med flytende talepreg, har vært en undersøkelse av afasirammedes evne til å produsere fortidsformen av gitte verb i en test (Lind, Moen & Simonsen

¹⁾ Denne studien ble presentert som en poster på konferansen Ny viten – nye veier. Nordic Aphasia Conference i Oslo, september 2006. Vi takker de afasirammede og logopedene deres for hjelp med innsamling av data. Vi vil også få takke logoped Kari Grytdal for kommentarer.

(u.u.)). Denne undersøkelsen, som var basert på utprøvingen av *Verb- og setningstesten* (se Lind m.fl. 2006a), omfattet atten afasirammede, åtte med ikke-flytende talepreg og ti med flytende talepreg. Alle de åtte med ikke-flytende talepreg hadde vansker med verbbøyning. Det gjaldt også fire av de ti med flytende talepreg. De resterende seks skåret innenfor grensene for normalvariasjon.

Av de fire med flytende talepreg som hadde vansker med

verbbøyning, var det to som viste klare tendenser til semantiske vansker. Det kom frem når vi analyserte hva slags type feil de gjorde. De aller fleste av de afasirammede i vår undersøkelse (blant annet alle de med ikke-flytende talepreg), svarte først og fremst med en feil form av målverbet (presens eller infinitiv) ("fly/flyr/flyg" i stedet for "fløy/flaug") når de svarte feil. Det hendte også at de svarte med en ikke-eksisterende form av målverbet, dannet etter mønster av et annet verb

(f. eks. "flydde" i stedet for "fløy"). Dette kaller vi generaliseringsfeil. Hos to av de afasirammede med flytende talepreg var imidlertid en hyppig form for feil at de svarte med et annet verb enn målverbet. Det verbet de svarte med, var da ofte semantisk eller fonologisk beslektet med målverbet (f. eks. "brette" for "folde", "kikke" for "kysse") (se også Lind m.fl. 2006b). Dette responsmønsteret kan tyde på at semantiske vansker kan være mer fremtredende hos afasirammede med flytende talepreg enn hos de med ikke-flytende talepreg.

Spørsmål og valg av kartleggingsmaterieil

Med utgangspunkt i den undersøkelsen vi nå kort har beskrevet, ønsket vi å samle inn data fra noen flere afasirammede med flytende talepreg, for å se om også disse har vansker med verbbøyning, og om feilmønstrene deres ligner på det vi fant i den første undersøkelsen. Vi brukte deltesten "Verbbøyning" fra *Verb- og setningstesten*. Siden vi antok at semantikken kunne være spesielt utsatt hos afasirammede med flytende talepreg, ville vi også undersøke tilgangen til semantisk kunnskap mer spesifikt. Til det har vi brukt *Pyramide- og palmetesten*. Til sist ønsket vi også å undersøke hvor store vansker de afasirammede har med å hente frem (og bøye) verb i en situasjon der de ikke bare skal produsere et verb, men mange ord og setninger. Til det brukte vi et handlingsmettet bilde ("Kaketyveriet") og bad de afasirammede beskrive det for oss. Selv om en slik bildebeskrivelse ikke er det samme som taleproduksjon i spontane, dagligdagse samtaler, så ligner det i alle fall litt på det. Dette bildet er brukt blant annet i Boston-testen og i en stor, tverrspråklig undersøkelse av språkproduksjon hos afasirammede med agrammatisme.

kelse av språkproduksjon hos afasirammede med agrammatisme.

Informanter

I denne studien har vi fire informanter som er rammet av former for afasi der talepreget er flytende. Tabell 1 gir en oversikt over informantene, deres kjønn, alder og hvor lenge de har hatt afasi, samt en kort klinisk beskrivelse av språkvanskene.

	kjønn	alder	afasivarighet	klinisk beskrivelse
A	mann	69	ca. 1 ? år	flytende talepreg, en del fraser, god evne til "småprat", noen vansker med benevnning
B	mann	72	ca. 14 ? år	flytende talepreg, store benevningsvansker, mulig auditiv agnosi
C	mann	59	ca. 1 år	flytende talepreg, en del fraser, god evne til "småprat", noen vansker med benevnning
D	mann	55	ca. 3 ? år	flytende talepreg, en del fraser, god evne til "småprat", noen vansker med benevnning

Tabell 1: De afasirammede informantene i undersøkelsen

Som vi ser, er det ganske stor variasjon i forhold til hvor lenge den enkelte har hatt afasi. De kliniske beskrivelsene er like for tre av informantene, men det betyr selvfølgelig ikke at de underliggende vanskene er identiske.

Når vi skal vurdere de språklige prestasjonene til en afasirammet, trenger vi kunnskap om hvordan personer uten afasi presterer på de samme oppgavene. For *Pyramide- og palmetesten* og *Verb- og setningstesten* har vi opplysninger fra normeringen av testene om hva som er gjennomsnittsskåren hos normalspråklige. For bildebeskrivelsen ("Kaketyveriet") finnes det ikke noe tilsvarende sammenligningsmateriale for norsk. I vår studie har vi derfor også samlet inn og analysert bildebeskrivelser fra to normalspråklige informanter, to menn på henholdsvis 35 og 49 år.

Hvor god er tilgangen til semantisk kunnskap?

For å undersøke tilgangen til semantisk kunnskap spesielt testet vi de fire afasirammede informantene ved hjelp av *Pyramide- og palmetesten*. I denne testen skal informanten velge hvilket av to uttrykk (mål og distraktor) som passer til et tredje, gitt uttrykk. De tre uttrykkene kan bestå av bilder, skriftlige ord eller muntlige ord, og man kan kombinere disse tre typene uttrykk på ulike måter, slik at man får totalt ni forskjellige mulige testversjoner. I teorien som ligger til grunn for testen, antar man at språkbukere har tilgang til både et begrepssemantisk system, for aktivering av begreper som korresponderer med objekter, bilder, idéer, og et leksikalsk-semantisk system, for aktivering av ordformer.

Den enkleste testversjonen i *Pyramide- og palmetesten* er versjonen med tre bilder, og ved hjelp av denne undersøker man primært tilgangen til representasjoner i det begrepssemantiske systemet. De fire afasirammede informantene i denne studien er alle testet med denne versjonen. I tillegg er to av informantene testet med en versjon der det gitte uttrykket ble presentert som et verbalt uttrykk, i ett tilfelle som et muntlig ord og i et annet som et skriftlig ord. I samsvar med anbefalingene i testmanualen ble ikke de to testversjonene gjennomført på samme dag, men med noen ukers mellomrom. I tabell 2 finnes en oversikt over testresultatene for de fire afasirammede på *Pyramide- og palmetesten*.

	A	B	C	D
Versjon med tre bilder	94 %	98 %	90 %	75 %
Versjon med ord + to bilder		81 %	83 %	

Tabell 2: Skåringsresultater på *Pyramide- og palmetesten*

Den norske utprøvingen av *Pyramide- og palmetesten* gav en gjennomsnittsskåre for normalspråklige på 98,7 %. Det gjelder både testversjonen med tre bilder og den med tre skriftlige ord. Utprøving i forhold til afasirammede har vist at det vi kaller grensen for klinisk relevans, går ved 90 % korrekte responser. Skårer under 90 % tyder altså på en vanske, mens skårer over 90 % ikke kan tolkes som uttrykk for noen vanske, selv om skåren ligger under det normalspråklige gjennomsnittet.

Som vi ser i tabell 2, skårer informant A og B over grensen for klinisk relevans (mer enn 90 % korrekt) på testversjonen med tre bilder, mens informant C skårer likt med grensen for klinisk relevans, og D skårer noe under denne grensen. Hos D består dessuten over halvparten av feilene i at han først og fremst vil kople målet og distraktoren, heller enn å kople en av disse til det gitte uttrykket. Dette kan indikere både semantiske vansker og vansker med å forstå hva som forventes i testsituasjonen.

Informant B og C er også testet med versjoner av *Pyramide- og palmetesten* som involverer det leksikalsk-semantiske systemet (testversjoner med verbale stimuli), og resultatene viser da at den semantiske tilgangen er mer ustabil. Sammenfatningsvis kan vi altså si at det er tendenser til ustabil semantisk tilgang hos minst tre av de fire afasirammede med flytende talepreg i denne undersøkelsen.

Hvor god er evnen til å bøye verb i en test?

Evnen til å hente frem eller bøye et verb i fortid (preteritum) er undersøkt ved hjelp av deltesten "Verbbøyning" fra *Verb- og setningstesten*. Testen består av 60 handlings-

bilder. Informanten får oppgitt målverbet i infinitiv og presens og skal produsere preteritumsformen. Testverbene er fordelt på de tre hovedklassene av verb i norsk (bokmål): sterke verb ("fly, hjelpe"), den store svake klassen ("kaste, plukke") og den lille svake klassen ("smake, leke"). De forskjellige verbklassene har ulik frekvens (Endresen & Simonsen 2001). Sterke verb har lav typefrekvens – det er med andre ord relativt få sterke verb i språket (ca. 4 % av verbene i bokmål er sterke) – mens de svake verbene har høyere typefrekvens (ca. 56 % av verbene i bokmål hører til den store svake klassen, mens ca. 40 % hører til den lille svake klassen). I hver av klassene finnes det enkeltverb som er lavfrekvente (sjeldent brukt i språket) og enkeltverb som er høyfrekvente (mye brukt i språket). I verbbøyningstesten er det med både høy- og lavfrekvente verb fra hver verbklasse.

I tabell 3 ser vi totalresultatene på verbbøyningstesten for de fire afasirammede.

	A	B	C	D
Totalskåre	25 %	18 %	78 %	60 %

Tabell 3: Totalskåre på verbbøyningstesten

For verbbøyningstesten finnes det testresultater fra flere ulike grupper av språkbrukere, blant annet normalspråklige voksne som måtte gjennomføre testen under tidspress. Hos denne gruppen er gjennomsnittsskåren 94 % (Simonsen & Bjerkan 1998). Det finnes også testresultater fra en gruppe av afasirammede, og her er gjennomsnittsskåren 74 % (Lind, Moen & Simonsen (u.u.)).

Som vi ser, har alle de fire informantene i større eller mindre grad vansker med å produsere preteritumsformene i testen. Informant C skårer litt over gjennomsnittet for afasirammede, D skårer noe under dette gjennomsnittet, og A og B har svært lave skårer, noe som tyder på alvorlige vansker med verbbøyning i testsituasjonen. Til tross for at øvelsesoppgavene gikk fint, tyder testatferden på at A og B til å begynne med hadde problemer med å forstå hva de skulle gjøre i testsituasjonen. Det var først etter ca. 20-30 oppgaver at A og B begynte å svare med preteritumsformer av verb.

Når vi fordeler skåringsresultatene på verbklassene, varierer det også mellom informantene hvilke klasser de har størst vansker med. Dette kommer frem i tabell 4.

	A	B	C	D
Sterke verb	4 %	0 %	85 %	48 %
Svake verb, stor klasse	13 %	69 %	81 %	47 %
Svake verb, liten klasse	67 %	0 %	65 %	89 %

Tabell 4: Korrekte responser fordelt på verbklasser

Særlig for informant A og B ser verbenes typefrekvens ut til å spille en rolle, da sterke verb er spesielt vanskelig for dem. Både A og B ser ut til å ha festet seg ved ett aktivt mønster hver, svake verb, liten klasse for A og svake verb, stor klasse for B. Dette gjenspeiles også i generaliseringsfeilene de gjør: A generaliserer kun til svake verb, liten klasse, mens B bare generaliserer til svake verb, stor klasse (se mer om feiltyper nedenfor). For C og D ser ikke verbenes typefrekvens ut til å spille den samme sentrale rollen, selv om det er forskjeller mellom verbklassene også hos disse informantene. Både C og D gjør generaliseringsfeil. Hos C er det ingen klasse som utmerker seg som mønster, mens D hovedsakelig generaliserer til den klassen han skårer best i forhold til: svake verb, liten klasse (jf. tabell 5 nedenfor).

Verbenes tegnfrekvens (dvs. hvor vanlig enkeltverbet er i språket) ser ut til å virke inn på prestasjonene hos informant A og D, som begge har større vansker med lavfrekvente enn med høyfrekvente verb. Hos informant B ser vi en motsatt tendens: de lavfrekvente verbene er noe lettere enn de høyfrekvente. Men i og med at B har svært store vansker i denne testen, er det problematisk å beregne noen effekt av tegnfrekvens; verbbøyning er generelt vanskelig for B. Hos C er det ingen spesiell tendens i forhold til verbenes tegnfrekvens.

Feilmønstrene varierer også mellom informantene, slik tabell 5 viser.

	A	B	C	D
Feil form av målverbet	56 %	39 %	69 %	17 %
Generalisering	27 %	59 %	31 %	62 %
Feil verb	4 %	0 %	0 %	21 %
Annet	13 %	2 %	0 %	0 %

Tabell 5: Fordeling av feil i verbbøyningstesten

De to største feiltypene er generaliseringsfeil og feil form av målverbet (enten presens eller infinitiv). Hos to av informantene (A og spesielt D) finner vi noen tilfeller av feil verb. Svarene er da enten fonologisk beslektet med målverbet (som "lese" for "lekte") eller pragmatisk motivert av noe i testsituasjonen (som "drikke" for "holde", når bildet viser noen som holder en flaske). Hos A er det også en del tilfeller av manglende respons eller at han svarer med et substantiv.

Utfra den tidligere undersøkelsen vi refererte til innledningsvis, forventet vi en større andel feil i kategorien "feil verb" hos flere av informantene, og at feilresponsene skulle være semantisk beslektet med målverbet. Denne forventningen innfris ikke i forhold til de fire informantene, selv om tendenser til dette mønsteret viser seg hos informant D.

Sammenfatningsvis ser vi at variasjonen er stor når det gjelder evnen til å bøye verb i en testsituasjon blant de fire informantene i undersøkelsen vår. Variasjonen gjelder både totalskåre, skårer fordelt på verbklasser og feilmønstre hos den enkelte.

Hvor god er evnen til å beskrive et bilde?

Evnen til å hente frem og bruke verb i mer spontanpreget, sammenhengende tale, er undersøkt ved hjelp av et handlingsmettet bilde, kalt "Kaketyveriet". Informantene ble bedt om å fortelle om hva som skjer på bildet. For å ha et sammenligningsgrunnlag samlet vi, som nevnt, også inn bildebeskrivelser fra to menn uten språkvansker (E og F).

Det første vi kan merke oss, er at lengden på bildebeskrivelsene varierer sterkt mellom informantene. I tabell 6 finnes en oversikt over hvor mange ordformer hver av informantene produserer når de skal beskrive bildet (avrundet til nærmeste tier).

	A	B	C	D	E	F
Antall ordformer	300	150	560	470	200	200

Tabell 6: Antall ordformer i bildebeskrivelsene

Mens de to normalspråklige kontrollinformantene (E og F) produserer 200 ordformer hver, varierer antall ord hos de afasirammede fra 150 til 560. Men vi kan merke oss at tre av de fire afasirammede med flytende talepreg produserer flere – til dels langt flere – ordformer i denne oppgaven enn de normalspråklige kontrollinformantene.

Vi skal se nærmere på fordelingen av verb og substantiv i beskrivelsene, men først skal vi se litt på den overordnede strukturen i beskrivelsene. I (1) finner vi begynnelsen på bildebeskrivelsen fra en av de normalspråklige informantene (E).

(1)
jeg ser en familie, sannsynlig mor og en datter og en sønn på et kjøkken, mor vasker opp, følger ikke helt med ser det ut som, vannet renner over, barna er oppe og tjuv-tjuvstjeler litt kaker ser det ut som, stolen er ser ut som er på vei til å falle

Allerede i løpet av de første femti ordformene har E introdusert de viktigste deltakerne i bildet (en kvinne, en gutt og ei jente), og han har beskrevet de viktigste hendelsene i bildet (at kvinnen vasker opp, men ikke følger med på at vannet i oppvaskkummen renner over, at ungene prøver å ta kaker fra en boks høyt oppe i et skap, og at stolen som gutten står på, er i ferd med å velte). Ikke alle momenter er like eksplisitt beskrevet, men ut fra denne begynnelsen er det allikevel mulig å få et noenlunde korrekt inntrykk av hva bildet forestiller.

De afasirammede informantenes beskrivelser er på ulike måter mindre informative. B er den informanten som produserer den korteste beskrivelsen, men allikevel inneholder hans beskrivelse flest eksplisitte referanser til delta-kerne og hendelsene på bildet. I (2) finnes begynnelsen på Bs beskrivelse.

(2)

det er dame mora en ma-en gutt og lita jente som skal ordne kaker, og en gutt han detter alt sammen baker, og han dama skulle vært kake men har bar glømt alt sammen, og detter han der

Både A, C og D er relativt ordrike i sine beskrivelser, men beskrivelsene er ikke mer informative av den grunn. Snarere er det slik at disse informantene i ganske stor grad fyller beskrivelsene sine med faste fraser, generelle ord og vendinger, proformer (pronomen og adverbialer) uten klare referanser i teksten, metakommentarer og tilsynelatende umotiverte digresjoner (dette gjelder i særlig grad C og D). Nedenfor finnes begynnelsen på beskrivelsene til disse tre informantene: (3) = A, (4) = C og (5) = D.

(3)

jo her tar'n jo på den høy- så den den høyere den bånden over her så den detter av på den her, også ha-kaker over bit, det vil jeg si, henne ler mot dem og, og herifra så her har jo vannet blitt så høyt atte det renner over bit, så henne vanner jo bort, ordner her, men her har det blitt altfor høyt så det går over her

(4)

det er et bilde som kjem, og det er et kort kvitt bilde, og på stedet så en det en det er to persona, og det er en kone og en gut, og på bildet så er det nokre kaker som dei kjem, samtidig er det en stol, og plutselig så ja på stolen så er det nummeret før at han ja han kosten kjem på godt og vondt slik at han faller der, og med all sannsynlighet så er det kakene som er på gulvet, og det er et fryktelig brak

(5)

ja det er en mann som prøver, å nei det er en gutt som mista denna herre krakken og datt ned, for atte skulle hente kaker bortpå der, og så datt denna greiene her, men jeg vet ikke hva som er grunnen, men altså han brakk eller mista eller datt ned på den derre krakken

Når vi ser på den prosentvise fordelingen av verb og substantiv i forhold til antall ordformer i bildebeskrivelsen (tabell 7), varierer tallene også mellom informantene, men et fellestrekk er at alle produserer flere verbformer enn

substantivformer. Selv om forskjellene i rene tall ikke alltid er så store, så er tendensen også at de normalspråklige gjennomgående produserer prosentvis flere verb- og substantivformer enn det de afasirammede informantene gjør.

	A	B	C	D	E	F
Verb	18 %	22 %	16 %	21 %	24 %	23 %
Leksikalske verb	9 %	13 %	7 %	14 %	18 %	16 %
Substantiv	5 %	14 %	13 %	10 %	16 %	11 %

Tabell 7: Prosentvis fordeling av noen ordtyper i bildebeskrivelsene

Skiller vi ut de leksikalske verbene (altså de innholdstunge verbene til forskjell fra hjelpeverb, modalverb og kopula ("være")), skiller en av informantene (C) seg ut ved å produsere flere substantivformer enn leksikalske verb (se tabell 7). De andre informantene produsere enten flere leksikalske verbformer enn substantivformer eller omtrent like mange av hver type. Det er også C som skiller seg ut ved å ha det høyeste forholdstallet mellom det totale antallet verbformer og antallet ulike verb (4,6). Han har altså minst variasjon i typene verb han produserer. D har også et relativt høyt forholdstall mellom verbformer og verbtyper (3,1), mens A og B her ikke skiller seg mye fra de normalspråklige informantene. (Både A og B har et forholdstall på 2,3 for verb, mens E har 2 og F har 2,6.)

Bildebeskrivelsene er ikke analysert i forhold til grammatisk struktur, men bare ved å lese gjennom beskrivelsene, ser vi at de varierer i forhold til syntaktisk kompleksitet og korrekthet. Det er imidlertid verdt å merke seg at de verbene som produseres, ser ut til å ha en grammatisk og kontekstuell akseptabel form.

Sammenfatning og drøfting

Resultatene på de to testene og bildebeskrivelsen kan sammenfattes i følgende fellestrekk for de afasirammede informantene A, B, C og D:

- Det er tendenser til ustabil semantisk tilgang hos minst tre av fire (B, C og D).
- Disse tendensene reflekteres ikke i feilmønstrene i verbbøyingstesten, med unntak for informant D som har kategorien "feil verb" som den nest vanligste feiltypen sin.
- Alle har vansker med å hente frem fortidsformer av verb eller bøye verb i fortid i en testsituasjon, men det varierer kraftig hvor omfattende disse vanskene er.
- Alle har benevningsvansker, både for verb og substantiv, i bildebeskrivelsen.

Resultatene gir oss også anledning til å trekke følgende skillelinjer mellom de fire afasirammede informantene:

- A og B skårer høyest på semantisk tilgang, men lavest på verbbøying, mens det motsatte er tilfellet for C og D.
- A og B produserer mer eller mindre normallange bildebeskrivelser, med et relativt normalt forholdstall mellom verbtyper og verbforekomster, mens C og D produserer lange beskrivelser med mange fraser og et relativt høyt forholdstall mellom typer og forekomster av verb.

Samlet kan resultatene tyde på at det er mulig å postulere et kontinuum for afasirammede med flytende talepreg, der det ene ytterpunktet er kjennetegnet av relativt god semantisk og pragmatisk evne kombinert med grammatiske vansker og ordleting uten faste fraser som kompensering, mens det andre ytterpunktet er karakterisert ved dårligere semantisk og pragmatisk evne kombinert med relativt gode grammatiske evner og tendens til ordleting med faste fraser som kompensering. I forhold til et slikt kontinuum vil A og B plassere seg i nærheten av det første ytterpunktet, mens C og D vil plassere seg nærmere det andre ytterpunktet. Kunnskap om hvor i et slikt kontinuum en afasirammet med flytende talepreg plasserer seg, vil kunne ha konsekvenser for de logopediske tiltakene og rådene.

I denne artikkelen har vi ønsket å vise hva ganske enkle, men litt ulike, former for kartlegging kan fortelle oss om de språkvanskene vi møter hos noen afasirammede. Vi får selvfølgelig ikke det hele og fulle bildet av språkvanskene ved hjelp av de tre formene for kartlegging vi har beskrevet, men de bringer oss et stykke på vei. Fordelen med de typene kartlegging vi har brukt i denne studien, er at de lett lar seg gjennomføre i logopedisk praksis. De kan dessuten brukes både som et utgangspunkt for planlegging av tiltak (som en del av det å etablere en baseline) og som et mål på eventuell fremgang i forbindelse med et gjennomført tiltak. Forutsetningen er da selvfølgelig at tiltaket er motivert av de funnene vi har gjort om den enkeltes spesifikke vansker.

Som nevnt innledningsvis, var et av våre utgangspunkt for denne studien en antakelse om at semantikken kunne være spesielt utsatt hos afasirammede med flytende talepreg, og at dette ville gjenspeiles i de feilene de afasirammede sannsynligvis ville gjøre i verbbøyingstesten. Samlet sett blir denne antakelsen ikke bekreftet i denne studien. Bare en av de fire informantene (D) har et responsmønster på de forskjellige testene som mer eller mindre stemmer med vår antakelse.

Selv om antakelsen vår ikke blir generelt bekreftet, kan vi heller ikke avkrefte den ut fra de dataene vi har så langt,

blant annet fordi antallet informanter er lavt. Og selv om alle de fire informantene våre har flytende talepreg, kan det være mye annet som skiller dem. Tradisjonell afasiklassifisering (f.eks. ved hjelp av *Norsk grunntest for afasi*) er også for usikker til at vi kan bruke den som utgangspunkt for å si noe veldig spesifikt om grupper av afasirammede. Å beskrive språkvanskene ved hjelp av lingvistiske begreper gir trolig et bedre bilde enn å kategorisere i afasityper.

Vi ser imidlertid allikevel ikke på resultatene våre som verdiløse. De viser oss først og fremst hvor sentral enkeltkasustilnærmingen bør være både innenfor forskning og logopedisk praksis i forhold til mennesker med språk- og talevansker. Resultatene viser oss hva som kan eller ikke kan være mulig for den enkelte, og de viser oss hvor viktig det er å ta hensyn til individuelle forskjeller i utfall og tilpasninger hos personer med tilsynelatende den "samme" typen vanske. De store variasjonene vi stadig støter på, er i seg selv et uttrykk for kompleksiteten både i vanskeområdet (afasien) og i språkssystemet.

Referanser

- Bastiaanse, R., M. Lind, I. Moen & H.G. Simonsen 2006: *Verb- og setningstesten*. Oslo: Novus forlag.
- Edwards, S. 2005: *Fluent aphasia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Endresen, R.T. & H.G. Simonsen 2001: The Norwegian verb. H.G. Simonsen & R.T. Endresen (red.): *A Cognitive Approach to the Verb: Morphological and Constructional Perspectives*. New York & Berlin: Mouton de Gruyter, 73-94.
- Howard, D. & K. Patterson 2005: *Pyramide- og palmetesten*. (M. Corneliussen, oversettelse) Oslo: Novus forlag. (Originalarbeid publisert 1992)
- Lind, M., I. Moen & H.G. Simonsen 2006a: Verb- og setningstesten (VOST): et nytt redskap i den logopediske verktøykassa (del 1). *Norsk tidsskrift for logopedi* 3, 20-25.
- Lind, M., I. Moen & H.G. Simonsen 2006b: Verb- og setningstesten (VOST): et nytt redskap i den logopediske verktøykassa (del 2). *Norsk tidsskrift for logopedi* 4, 5-10.
- Lind, M., I. Moen & H.G. Simonsen (u.u.): Verbbøying: Hva skjer når hjernen får en skade? Eksperimentell evidens fra afasirammede og Alzheimer-pasienter. *Norsk lingvistisk tidsskrift*.
- Menn, L. & L.K. Obler (red.) 1990: *Agrammatic aphasia. A cross-language narrative Sourcebook*. Volume 1-3. Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- Reinvang, I. & H. Engvik 1980: *Norsk grunntest for afasi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Simonsen, H.G. & K.M. Bjerkan 1998: Testing past tense inflection in Norwegian: A diagnostic tool for identifying SLI children? *International Journal of Applied Linguistics* 8, 251-270.

Vinterkurset - en suksess

Gjennomgangen av evalueringsskjemaene viser at kursdeltakerne har satt stor pris på årets Vinterkurs. Gjennom flere år har deltakelsen vært stigende, og i år var 200 påmeldt til NLLs vinterkurs



Anne-Lise Rygvold

Anne-Lise Rygvold, leder for Fagutvalget i NLL, påpekte hvor viktig faglig oppdatering og ajourføring er. Kunnskapsløftet krever økt kompetanse på språk og lesing i skolesystemet. Det betinger at vi som logopeder er i front faglig.

Under samtale med "Logopeden" viste hun til at kurset også har en viktig sosial funksjon. Mange som til daglig arbeider alene som logoped, møter andre på kursene.



Ingrid Bernersen, Gerd Valla og Anita K. Hansen

Samtalene går friskt mellom forelesningene. Gamle kontakter friskes opp, og mange nye etableres. Det er lettere å ta faglige kontakter senere når logopedene har truffet hverandre fysisk.

Gode kurs og faglig kontakt mellom logopedene gjør oss også synlig på en positiv måte. Identitet er viktig, også for logopeder, mener Rygvold.

Under samtalen med Anne-Lise kom det fra en deltaker: "Få med at det har vært et utrolig bra kurs."

Anita K. Hansen og Ingrid Bernersen er bosatt i Rana kommune i Nordland. Gerd Valla er fra Korgen, også det i Nordland.

Anita er kommunal logoped. Hun deltok nå på sitt første Vinterkurs. Lenge har hun ønsket å delta, men uten økonomisk støtte fra arbeidsplassen har det ikke vært mulig. "Det er viktig å bli oppdatert på det som rører seg faglig. Det må vi få kommunale ledere til å forstå. Disse kursene er viktige. Skolesjefen får mye igjen for pengene. Teorien vi har fått her kobles raskt og greit til reelle elevsaker."

Ingrid støttet helt ut synspunktene til Anita. "Det er positivt og viktig å møte andre logopeder. I PPT må en arbeide med mange andre oppgaver enn logopedi. Derfor er det godt å kunne bruke disse dagene spesifikt i forhold til faget. Det skjer mye innen det logopediske fagfeltet, og derfor viktig å oppdatere seg. Samtidig er det artig å møte igjen "gamle" studiekamerater. Hvis arrangørene hadde foreslått et felles hotell, hadde mye vært perfekt."

Som kommunal logoped synes Gerd det er svært viktig å møte andre logopeder både faglig og sosialt. "Det diskuteres jo fag hele døgnet under disse kursene. Fordi jeg er eneste logoped i kommunen, har jeg forståelse i ledelsen for viktigheten av disse kursene. Alle dagene har vært relevante og gode i forhold til arbeidet mitt."

"Vi kommer helt sikkert tilbake," lød det samstemt fra alle tre.

Kristine Gilleberg, medlem av Fagutvalget i NLL, forteller det er mye arbeid for å få gjennomført Vinterkurset. Eksempelvis har hun ca 1000 e-poster med tilhørighet til kurset. Kristine trekker frem det positive ved å få



Kristine Gilleberg

samarbeide med Anne-Lise Rygvold: "Hun har et enormt kontaktnett i fagfeltet, noe som letter arbeidet med å skaffe dyktige forelesere".

Selv om mye handler om langtidsplanlegging, blir det mye løping og praktisk tilrettelegging de siste dagene før kursstart. Får vi foredragsholderne fram i tide? Er noe glemt? Og det viktigste: Vil folk like forelesningene? Slike spørsmål skaper et visst nervøst stress i forkant av kurset.

Med så mange deltakere som Vinterkursene etter hvert trekker, vil det bli litt køståing. Men hun håper de fleste er tilfreds med dagene på Institutt for Spesialpedagogikk, UiO. Det har vært gøy å få mye positiv tilbakemelding på årets kurs.

Gunder Eliassen og Signbild Skogdal

Helse Stavanger er ett av fem helseforetak som eies av det regionale helseforetaket Helse Vest. Helse Stavanger har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i det sørlige Rogaland, et område med et befolkningsgrunnlag på 300.000. Det er nær 5000 ansatte i helseforetaket, som i 2005 hadde et driftsbudsjett på 3,1 milliarder. Helse Stavanger er organisert i ti klinikker med to stabs- og støtteenheter.

Spesialpedagog

Ledig midl. 100 % st. for spesialpedagog ved Kvinne - barneklipnikken, Østerlide fom snarest tom 1 år.
St. nr. 2168/07

Kvinne – barneklipnikken består av 3 avdelinger:

Kvinneklipnikken, barneklipnikken og barnehabilitering Østerlide.

ØSTERLIDE barnehabilitering gir spesialiserte tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

Avdelingen gir polikliniske og ambulante tjenester. Fagstaben består av leger, psykologer, fysioterapeuter, sosionomer, pedagoger, logopeder, ergoterapeuter og klinisk ernæringsfysiolog.

Arbeidet organiseres med utgangspunkt i tverrfaglige team. Østerlide har 3 tverrfaglige team.

Arbeidsoppgaver/ansvarsområder:

- For stillingen gjelder det at den som tilsettes utfører arbeidsoppgaver delegert fra inntaksteam.
- Hovedsakelig består arbeidet av ulike utredningsoppgaver innenfor områder som: kontakt, samspill tidlig kommunikasjon, samhandling og lek, oppmerksomhet og konsentrasjon.
- Språk, kommunikasjon, språklige utviklingsforstyrrelser/erhvervede språkvansker, talemotoriske vansker, munnmotoriske vansker.
- Den vi søker etter skal ivareta de daglige utredningsoppgavene innen disse områdene, slik at 2 av våre faste ansatte kan fortsette prosjektarbeid som er påbegynt.

- For stillingen gjelder at den som tilsettes inngår i fagteam rundt det enkelte barn, og ellers har nært samarbeid med andre faggrupper på Østerlide.

Samarbeid med aktuelle fagpersoner i det lokale hjelpeapparat, på andre avdelinger ved SUS, og ved andre aktuelle institusjoner, er en del av det tverrfaglige arbeidet.

Kvalifikasjoner:

- For stillingen gjelder at vi ønsker oss fagperson med variert erfaring med barn innen de aktuelle fagområdene.
- Spesialpedagogerfaring
- Logopederfaring.
- Evne til fleksibilitet og gode samarbeidsevner.
- Interesse for og forståelse for lagspill og teamsamarbeid.
- Evne til selvstendig arbeid.
- Personlig egnethet.

Helse Stavanger HF skal så langt som mulig avspeile mangfoldet i befolkningen. Det er derfor et personalpolitisk mål å oppnå en balansert alders og kjønns-sammensetting og å rekruttere kvalifiserte personer med innvandrerbakgrunn.

For nærmere informasjon om stillingen, ta kontakt med avd.leder Randi Schiøtz, tlf. 51 84 67 51, spesialpedagog Frøydis Frafjord eller logoped Torun Sundgot

Bruk elektronisk søknadsskjema eller send søknad påført stillingsnr. Sammen med fylldig cv **innen 20.06.07** til Helse Stavanger HF, personalavd. Postboks 8100, 4068 Stavanger

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

CICERO JN

Referat fra forelesning med Arild Lian og Ernst Ottem:

Hva er spesifikt i spesifikke språkvansker? Tradisjonelle definisjoner og ny kunnskap fra forskning og klinisk praksis.

Språklig korttidsminne og begrepsutvikling er viktige forutsetninger for videre utvikling av språk og lesing. Nonord test kan predikere vokabularutvikling fordi nonord repetisjon og vokabularutvikling (læring av nye ord) har felles hukommelsesfunksjon, sier Arild Lian i sitt foredrag.

Nonordtesten kan derfor være med på å skille barn med spesifikke språkvansker og de uten slike vansker. Den bør selvfølgelig ikke brukes som eneste test, men slike typer oppgaver er spesielt vanskelig for disse barna. Data viser at nonord repetisjon hos barn med språkvansker ligger langt etter aldersadekvat.

I normal språkutvikling utvikles ords mening i ett års alderen, og semantisk integrering noe senere. Spurt i vokabularutvikling synes å ha som forutsetning at evnen til semantisk integrering er modnet. Barn som er sent modne har ikke denne spurten i vokabularutviklingen, noe som igjen får konsekvenser for den semantiske integreringen. Hos barn med språkvansker ses en



Arild Lian og Ernst Ottem

forsinkelse av flere kognitive funksjoner som lyddiskriminering, verbal arbeidshukommelse, semantisk hukommelse og integrering. Om de er forsinket, tar de det igjen? I språkutviklingen gjennomgår barna både kritiske og sensitive perioder. Men hvis hjernen er forsinket på en eller flere områder for språk, og da disse periodene er over, hva skjer da? Disse funksjonene vil modnes senere, men vil påvirke den språklige evnen. Kanskje kan det sammenlignes med det å lære et fremmed-

språk. Man kan lære seg et språk, men ikke som en innfødt.

Ernst Ottem foreleser videre rundt hukommelsens betydning andre og grunnleggende faktorer for språklig utvikling.

Tilegnelsen av språk kan sammenlignes med strukturen i et tre. Røttene representerer de forutsetninger

som må ligge til grunn for god språktilegnelse; hukommelse, hørsel, motivasjon og miljø. Stammen representerer utvikling av begrepene eller ordmeninger, og grenene representerer grammatikken, syntaksen og fonologien. Har man problemer med de faktorene grenene representerer, kan det være andre underliggende faktorer som hukommelse og begrepskunnskap som er grunn for språkvansken. Eller sagt med andre ord; at man må grave ned i røttene og undersøke

stammen før man starter å jobbe oppe i treet.

Veksten i treet er formidabel; barn i normalutvikling lærer ca 14000 nye ord fra de er 6 mnd til de er 6 år. Det tilsvarer ca 9 nye ord per dag. Men noen barn har problemer med språkutviklingen, og vil bruke mye lengre tid på å lære samme antall nye ord.

Litteraturens beskrivelse av ulike årsaksfaktorer til språkvanske kan oppsummeres i tre hypoteser som generelle begrensninger i kapasiteten til informasjonsbearbeidelse, begrensninger i fonologisk minne og vansker med auditiv diskriminasjon.

Data fra språktesten Språk 6-16 viser at fonologisk minne og begrepsutvikling på ulike måter er forutsetninger for utvikling av grammatikk, fonologisk minne og lesehastighet. Det er en sammenheng mellom språklig kortidsminne

og evnen til å danne språklige begreper. Konfirmatorisk faktoranalyse viser at dette gjelder både for barn i normalutviklingen og for barn med språkrelaterte vansker. Forskjellen er bare at for barn med språkvansker er tilveksten mindre. Testen tar derfor utgangspunkt i mulige markører for spesifikke språkvansker og tester korttidsminne med repetisjon av ordserier. Språklig begrepsutvikling testes med benevnning av motsetninger og ordkunnskap, mens setningsminne både tester minnefunksjon og begrepsgrunnlag.

Språkvanskens art kan likevel ha mer komplekse sammenhenger og utarte seg ulikt; noen kan ha vansker både med minne og begreper, mens andre igjen bare har vansker med en av delene. Andre igjen har ikke problemer med noen av delene. Vanligvis finner man at kapasitet i fonologisk minne øker med alderen, men kontrollerer man

dette opp mot barns begrepsutvikling, er det ingen endringer over alder. Årsaken til veksten i det fonologiske minnet er veksten i begrepsutviklingen. En måte å bedre barns fonologiske minne er derfor å arbeide mer systematisk med begrepene.

Tradisjonell testing inkluderer et tredje kriterium for å få diagnosen spesifikke språkvansker, nonverbal IQ, og mange barn er etter hvert testet både med Språk 6-16 og WISC III. Data fra språk 6-16 viser at arbeidsminne korrelerer mer til faktorene i deltestene enn nonverbal IQ. Dette peker i retning om at språklig og ikke-språklig IQ er separate systemer, og at nonverbale testresultater ikke nødvendigvis kan styrke diagnosen spesifikke språkvansker.

Referent Beate Johansen

Velkommen til Trondheim i 2008



60 års historie i Norsk Logopedlag markeres ved Landsmøte og etterutdanningskurs 19. –22. juni 2008.

Vakre Britannia hotell, midt i Trondheim sentrum, blir konferansehotellet. Vi glær/ gleder oss til å se deg der!

Med vennlig hilsen
arr.komitéen

”ET LOGOPEDISK TIPS”

Vi er alle et mirakel!!!

Du er også et mirakel! Tror du ikke det?! Hm... da må jeg prøve å forklare.

Lukk øynene og bli med på en reise inni hodet ditt. Tenk på rommet ditt hjemme. Du står i døra og kikker rundt. Der er senga. Ser du den? Tenk deg at det er iskaldt på rommet, du fryser så det kjennes nedover ryggen. Du skynder deg under dyna. Langsamt kommer varmen – å hvor deilig det kjennes i kroppen. Kikk deg rundt i rommet. Det er vel kjemperryddig? Ikke det?!

Du ser på bildene og skoleranselen før du slukker lyset. Da blir alle fargene borte, men du vet hvordan fargene ”egentlig” er, og du vet hvor alt er i rommet. Du sovner.....og våkner med ei god lukt. Hm! Har pappa stekt vaffer! Kjenner du vaffellukt inni hodet ditt? (Kanskje det er lettere å kjenne eksoslukt?) Du ser for deg mamma og pappa på kjøkkenet....

Nå kan du lukke opp øynene. Kjente du lukt inni hodet ditt? Men du, er lukta inni der? Hvis jeg åpner hodet mitt, tror du det da kommer ut lukt? Ikke det – ja men du kjenner den jo! Rart! Inni hodet vårt kan vi tenke og se for oss ting som ikke er der!

Du, når du tenker, er det mange ord du ser da? Nesten som å lese? Ikke det? Jasså, så du ser alt som i bilder og film – og kjenner følelser samtidig? Du mener og føler ting, også rett og galt. – Men du, jeg vil vite hva du

tenker! Kan ikke du sende over noen bilder eller film til meg? Prøv, ta i, lukk øynene og tenk kraftig at du skal sende dem over til meg..... Nei det går visst ikke.

Hvordan kan jeg da få overført alle de flotte tankene dine? Kanskje du må tegne dem...? Hva bruker du når du skal fortelle mamma noe viktig? Snakker du til henne...? Men er det lett da, å si akkurat det du tenker? Jeg synes ofte det er vanskelig å fortelle det jeg mener, men jeg vet meget godt inni hodet mitt hva jeg vil. Tankene mine er mye bedre enn det jeg greier å få ut av munnen!!!

Det som skjer i den knotten du har øverst på kroppen, er bare helt utrolig. Ingen datamaskiner kan arbeide slik, – og det har du i den lille knotten!

Hvor mange mennesker er det på jorda? Snart 7 milliarder? Enormt mange. Hvis vi samlet dem i en haug, ville det blitt et kjempestort fjell. Men du, inni hodet ditt kan det gå over dobbelt så mange signaler samtidig!! Inni den lille knotten.....

Ta vare på den – bruk hjelm!

Begynner du å skjønne hvorfor jeg sier at du og alle menneskene er et mirakel? Det du har brukt nå er jo din ”vett og forstand”. Inni hodet ditt

vet du mye mer enn du greier å fortelle.

Tankene dine er et mirakel, og jeg pleier kalle dem MIRAK (en forkortelse på mirakel). Når du skal formidle tankene til andre, må du oversette dem til et språk. Vi kan tenke oss at det sitter en bibliotekar i hodet som har et lager av ord. Lageret blir større og større etter hvert som du lærer nye ord. Likeså må bibliotekaren lære å bruke de rette lydene, lage setninger, grammatikk og mye mer. Når du skal skrive, må han bruke bokstavene.

Når bibliotekaren har funnet ut hvordan tankene skal forklares, må han sende beskjed til musklene i taleapparatet. Hvor mange muskler tror du at du må bruke for å si ordet ”pop”? Mange flere enn 10, du må bruke over 100! Disse musklene må starte akkurat til rett tid, med rett bevegelse og med rett styrke. Og det må skje i løpet av små deler av et sekund. Ja alt arbeidet fra du har tenkt en tanke, bibliotekaren har funnet ut hvordan han skal formulere det, sendt de rette signalene til musklene, musklene har samarbeidet, og ord kommer ut av munnen din, tar ofte brøkdelen av et sekund. Alt det på så kort tid. At det går an?! En kan nesten ikke tro at det går an å prate uten at det blir feil.

Overalt i denne rekka av arbeide med språket ditt, kan noe være vanskelig å få til. Bibliotekaren kan for eksempel ha vansker med å finne ord – eller de rette ordene, er usikker på hvilke lyder som skal brukes eller hvordan spørsmål skal stilles. Når han så sender beskjed videre til musklene, kan det hende han er for "slurvete" og sender feil beskjed. Noen ganger ser det ut som signalene som sendes fra bibliotekaren kommer feil fram til musklene. Andre ganger er musklene ikke sterke og bevegelige nok til å arbeide slik vi ønsker.

Skjønner du nå hvorfor jeg sier at det som kommer ut av munnen ikke forteller meg så mye om hvor flotte tanker du har? Tankene er vanskelig å fortelle til andre, men jeg vet at du har utrolig mange flotte tanker. Jeg vet også at du har mange tanker som jeg ikke har! Du må tro på miraken din. Du kan bestemme mye over tankene dine, og bare du kan bestemme om du skal tro på deg selv! Bare du! Hvis du tror at du kan få til, da kan du få til utrolig mye!

Alt vi har snakket om angående ditt språk og din tale kan trenes slik at det blir lettere for deg. Du må velge, ikke vi! Hvis du tenker at du er like bra som alle andre, at tankene dine er helt flotte og spesielle, kan du med styrke trene bibliotekaren din eller munnen din. Du, med tankene i miraken din, blir trener for bibliotekaren og taleapparatet!

Vi skal hjelpe deg så godt vi kan. For å få det til best mulig, arbeider vi nå med oppgaver for å finne ut hva som er viktigst å arbeide med, og hvordan vi skal kunne hjelpe deg. Vi blir din hjelpetrener. Jo tryggere vi er på hverandre, er gode venner og er ærlig med hverandre, jo bedre kan vi arbeide sammen om det som er viktig for deg. Du må hjelpe meg

ved å spørre når du lurar på noe, og være så ærlig med meg som du får til. Høres det greit ut?

Prøv å si høyt: Jeg er like bra som andre! Var det rart? Si det ofte til deg selv, tenk på denne historien, og tro på den! Husk: Du og miraken din er et mirakel!

"Monologen" over (dialog når personer er til stede) er et eksempel på deler av en mal vi kan sette alle de logopediske arbeidsområdene inn i. Med hell har jeg brukt denne overfor barn og voksne, brukere, foresatte, pedagoger og andre som ønsker å sortere i en for mange kaotisk verden. Språk/tale og tilgrensende funksjoner er for de fleste meget uoversiktlig. De trenger et system å sortere i. Når brukerne greier å sortere, er det viktig å følge opp ved å påvirke til et godt selvilde.

Parallelt med dialogen er det viktig å visualisere. Tegn øverst et rektangel og skriv inn "MIRAK". Derunder et rektangel med Bibliotekaren (lyd, ord, setninger og grammatikk i hvert hjørne, og bokstaver på nederste langsider). Under der igjen tegnes en munn når en kommer til talen. I "monologen" har jeg valgt "den ekspressive veien" gjennom systemet. Tegn inn piler som forklarer veier. I forbindelse med skriving, går signalene fra Bibliotekaren til henda (tegnes).

Går en "den impressive vei", tegnes et øre ved siden av bibliotekaren. Husk da at ordene som kommer inn i øret må innom bibliotekaren og bearbejdes før signalene overføres til MIRAK. Ved lesing tegnes et øye (mellom MIRAK og Bibliotekaren). Bokstavene tolkes av bibliotekaren før MIRAK kommer inn i bildet.

Bruk ikke faste tegninger. Tegnekvaliteten kan gjerne være dår-

lig. Fordelen er at ved frihåndstegning kan vi tegne inn bare det som er viktig for en bestemt bruker eller gruppe.

I noen tilfeller bør en ta med "den indre talen" som støtte til MIRAK, en indre monolog der MIRAK utnytter bibliotekarens språkkunnskap. Men det er viktig å gjøre fremstillingen så enkel som mulig, og samtidig med god innlevelse. Da bør en legge på litt sjarm, spontanitet og varme. Lykke til! Det er mange som trenger et system for å sortere i.

*Gunder Eliassen
Logoped MNLL*

Hovedmedlem MNLL eller stadig student- status?

Dersom du ikke har endret status etter endt utdanning kan du gå glipp av noe. Du vil for eksempel ikke få tilsendt autorisasjonsplakat.

Endring kan meldes til:
kasserer

Randi Fosser
telf. 41 28 43 93
eller e-mail:
lar-fo@online.no

- Yrkesetikk
tak -

..... ”men ikke si at jeg har sagt det”



Henning Karlstad

Nei, du kan være trygg. Jeg skal ikke gjøre deg ansvarlig for at du vet, eller mener eller tror at du vet. Og jeg skal for all del ikke utlevere deg for at du fortalte meg det du trodde at du visste. Det som var så vondt. Det som var så urettferdig. Det du mente ikke holdt faglig mål. Det du syntes var mer for pengenes skyld enn for å hjelpe. Det du lurte på om ikke egentlig var i strid med yrkesetikken. Det du ikke kunne skrive til meg om fordi du ikke var helt sikker, eller fordi det bare ville komme ubehageligheter ut av det, eller fordi du ikke ville gjøre din kollega noe vondt.

Du kan være trygg. Yrkesetisk råd har regler det må følge. Dessuten er det noe som heter folkeskikk og vanlig tillit. Men jeg forstår spørsmålene. Det er mange av dem. Så mange at de kan grupperes og ses på som problemområder. Og de kan jeg snakke om.

Mange er opptatte av utdanningen, av om innholdet svarer til det arbeidslivet krever, av den praktiske forberedelsen for yrket og om de som har vært med en tid har ”slik godkjent logopedutdanning som er fastsatt i lagets vedtekter”, - slik de

yrkesetiske retningslinjene forlanger. Svelgevansker og cochleaimplantater har vært stikkord. Området gir grunn til å spørre om det er yrkesetisk ansvarlig ikke å kvalitetssikre både utdanning og yrkesutøving.

Penger er et følsomt område. Tjener privatpraktiserende logopeder mer enn offentlig ansatte? Er det riktig å legge offentlige midler ut til privat forvaltning i stedet for å bruke dem på offentlige tiltak? Gir delingen i privat og offentlig språk- og taleomsorg grobunn for misunnelse og personstrid? Området gir grunn til yrkesetisk å få avklart om noe er misforstått her, feiltolket, ikke informert nok om, eller om noe ganske enkelt er galt.

Arbeidsoppgaver er et tredje område. Utdanningsloven gir rom for mange forståelser av hvem som kan få gjøre hva i skolen. Logopedene kan fortelle om løsninger som avgjort påkaller interesse, også yrkesetisk. Av yrkesetisk interesse er også fordelingen av oppgaver mellom privat- og offentlig tjeneste, og hvem som henviser hvem til hva. Yrkesetisk gir området grunn til en styrking av logopedbegrepet i kommunene, en avklaring av fagets funk-

sjon og en grenseoppgang i landskapet mellom offentlig og privat sektor.

Med tanke på hva folk spør om, sitter vi altså igjen med inntrykk av at utdanning/etterutdanning, penger og arbeidsoppgaver er viktig for logopeder i relasjon til yrkesetikk. Problemene har ganske ofte en viss personlig tilknytning, blir lett følsomme, og derfor vanskelige å snakke om. Yrkesetisk råd er glad for de spørsmålene som kommer, uansett form og innhold. Om det bare er for å lette litt på trykket, eller om ønsket er å få drøftet tankene sine i uformelle former, er alt like velkomment. Formalitetene kommer inn først når det er tale om handling, at noe må gjøres. Da må vi ha det skriftlig og følge reglene for den framgangsmåten.

Vi minner om at iflg. punkt 3 i retningslinjene for rådet skal det ”ta imot henvendelser, drive opplysningsarbeid og gi veiledning om fagets spørsmål. Rådet skal også behandle klager som følger av yrkesetisk praksis”.

Henning Karlstad

Lee Silverman

Treatment og logopedisk behandling

Logoped Pål Ericson Bredtvet kompetansesenter

Etter innlegg fra Olav Sveen og Tone Sandmo om logopedisk behandling av Parkinsonpasienter, vil jeg gjerne få utdype mine synspunkter på LSVT-metoden. Jeg ser ikke noen motsetning mellom det å tenke helhet (KOSAR-modellen) og det å arbeide med LSVT-metoden. Situasjonen er likevel litt kinkig, da det ennå er få logopeder i Norge som har hatt kurs i denne metoden. Jeg innser også at LSVT-metoden ikke er noe hokus-pokus for alle Parkinsonpasienter. Noen Parkinsonpasienter får ikke problemer med svak stemme, og andre pasienter kan være for dårlige fysisk til å gjennomføre et slikt treningsprogram. Imidlertid er det viktig å gjøre en utredning av dette, da flere brukere kan ha et større potensial i forhold til stemme og tale enn det førsteinntrykk en får ved vanlig samtale.

Hovedidéen med LSVT-modellen er å få inn en "tenk sterkt" strategi (Think Loud) fra første stund. Bakgrunnen for dette er at de fleste Parkinsonpasienter får svak stemme, men naturligvis også andre utfall som Tone Sandmo beskriver (dysartri, løpsk tale, mumlehvisking). På grunn av manglende dopaminproduksjon i hjernen, vil mange Parkinsonpasienter ikke få brukt stemmen godt nok slik at muskula-

turen svekkes (muskulus vokalis og indre strupemuskulatur). LSVT-metoden er strukturert, intensiv og spesifikk da den fokuserer på stemmestyrke. Modellen er også krevende for logopeden som skal være stemmemodell, inspirere og coache brukeren til å gjøre sitt beste. I starten arbeider en med å få til god stemmekvalitet i fullregister. Fokus er altså på stemmestyrke, men samtidig må pusten gi god støtte (costo-abdominal pust). De andre øvelsene går på stemmegliding så høyt opp og langt ned en kommer. Begrunnelsen for dette er å gjøre stemmen mer fleksibel slik at en kan bruke stemmen mer variert.

I tillegg til disse øvelsene vil hver enkelt få i oppgave å lage 10 fraser som ligger nær opp til brukerens hverdag. Det kan dreie seg om ulike samtalesituasjoner med ektefelle, handling, hilsning osv (f.eks: Kan jeg betale med kort?). Disse frasene skal også øves med full styrke. Tanken her er at hver gang disse frasene blir brukt i det daglige, skal stemmen automatisk brukes som i øvingssituasjonen. Det oppfordres også til å lese litt høyt fra avisa hver dag og gjerne velge gode dikt til høytlesing. Et biprodukt av denne treningen er at artikulasjonen også blir bedre. Prøv selv å sette kraft på stemmen og legg merke til hvordan leppe-

kjeve og tungebevegelsene blir større. Det er også vanskelig å snakke fort hvis du setter mer volum på stemmen. Når en har lært øvelsene, er de lette å utføre, men de krever konsentrasjon og innsats. Treningen kan godt sammenlignes med fonasjon i rør. Denne treningen gir også gode resultater, hvis den gjøres daglig. Jeg tror dette er det viktigste punktet i forhold til å lykkes; at klientene faktisk tar med seg øvelsene også utenfor logopedkontoret.

Treningen som det legges opp til i LSVT-metoden, er helt i tråd med nevropsykologisk forskning. Stemmebruk er sammensatt av mange komponenter, men kan regnes som en motorisk ferdighet som kan trenes og videreutvikles. Ifølge Edelmans teori (1992) er læring spesifikk. Ved spesifikk trening og stimuli kan en styrke de nerveforbindelsene i hjernen som aktiveres, og en utvikler kun de ferdigheter som trenes. For å få til en god innlæring må også intensiteten være tilfredsstillende. Det er viktig å gi ros og feedback, og brukeren skal ha en mulighet til selvmonitorering. Ved LSVT-trening er disse prinsippene med, og logopeden bruker en desibelmåler for å kunne gi et objektivt mål for fremgangen. I tillegg benyttes måling av fonasjonstid (målet er å kunne holde en A i ca 10 sek-

under) eller hvor langt en kan telle på en pust. Jeg synes en godt kan sammenligne med annen fysisk trening som følger de samme prinsippene. Hvis en skal trene opp andre muskelgrupper i kroppen, er det intensitet, mange repetisjoner og frekvens som er avgjørende.

Jeg forstår godt synspunktene til Sveen og Sandmo om at det er mange områder og utfall som Parkinson pasienter har og som må tas i betraktning. På kurset med audiologoped Åse Ørsted høsten -06 viste hun ulike øvelser som hun brukte i gruppetrening med Parkinsonpasienter slik som massasje, Coblenzerøvelser for pust, bevegelse og rytme, opplesing av dikt og skuespill og skriveartikulasjon m.m. Det er sannsynligvis ikke noe enten eller når det gjelder hvilke øvelser eller metode en skal satse på. Det viktige er at behandlingen har en intensitet og treffer den ferdigheten som bør trenes. For meg har LSVT-metoden vært et friskt pust og representert en spennende trening som har utvidet min praksis.

Referanser:

Edelmann, G.M. (1992) Bright air, brilliant fire, On the matter of the mind. New York: Basic Books.



Turer til KINA 2007

Bli med oss på en uforglemmelig reise til Beijing og opplev høydepunktene i Kinas historie. Siste sjanse før OL inntar byen i 2008! Opplev den forbudte by, Sommerpalasset, Den Kinesiske mur, Den himmelske freds plass, Mao's mausoleum, Peking Opera, Peking and, Den underjordiske by, Kinesisk akrobatikk, folkets morgensgymnastikk og mye, mye mer.

Opplev shopping på høygir og gjør julehandelen på det berømte silkemarkedet og perlemarkedet, hektisk, sjarmerende og billig! Nyt en kopp kinesisk te på et tehus og opplev Beijing på Rickshaw i hutongene før de forsvinner.

Faglige utflukter til skole, barnehage og Peking-operaakademiet

Tradisjonell tur til Beijing i høstferien, 29.09-07.10.2007.

Beijing og Xian 09.11-17.11.2007

Shanghai, Hangzhou og Suzhou 08.11-19.11.2007

For nærmere info: Logopedene Stenvik Da. www.logopedene.no

Steinar : 92600609, [sstenvik@logopedene.no](mailto:ssstenvik@logopedene.no)

Knut Einar: 92285808, kstenvik@logopedene.no

KURS I BU-TE-VE LOGOPEDLAG

25.-26.oktober 2007, Lampeland hotell, Flesberg kommune.

Tema:

Taleflytvansker

FORELESERE:

Merethe Mørk, Bredtvet kompetansesenter

Tom Green, NorResource
Tore Moe, Aurismed

Foreløpig program:

25.okt. 09.30-16.00

Taleflytvansker og tekniske hjelpemidler. Presentasjon og brukererfaringer v/Tom Green og Tore Moe. Blant annet SpeechEasy og Smalltalk.

26.okt. 09.00-13.00

Workshop v/Merethe Mørk, en teoretisk og praktisk innføring i arbei-

det med å takle stamming og overvinne frykt.

Pris: 700 kr for medlemmer, 900 kr for andre.

Påmelding ved innbetaling til konto: 0540.08.42649.

Husk navn!



1.-2. november 2007 på Bredtvet kompetansesenter

Kursavgift:

Kr. 1000 (inkl. lunsj),
kr. 200 (inkl. lunsj) for
logopedstudenter

Bindende påmelding:

Innen 1. oktober

Påmeldingsskjema: Finnes i

Bredtvet kurskatalog
og på nett på
www.statped.no/bredtvet/kurs.
Send påmeldingen per **faks** til
22 90 28 10 eller per **post** til:
Bredtvet kompetansesenter,
Postboks 13 Kalbakken, 0901
Oslo.

Vi gjør oppmerksom på at
påmelding dessverre **ikke** kan
skje per telefon.

Merk påmeldingen med
Afasidagene 2007.

Ved **skriftlig avbestilling** før
10. oktober belastes ikke
deltakerne med kursavgift.
Avbestilling etter denne dato
belastes med kr. 500.



For syvende året på rad retter afasiteamet ved Bredtvet kompetansesenter fokus mot aktuelle problemstillinger innen afasifeltet.

Innhold:

1. november, kl. 10-16

**Afasityper og terminologi, med kasusdemonstrasjoner.
Diagnostisering som forutsetning for god rehabilitering.**

v/logoped Tone Sandmo, Logopedtjenesten
(tidl. Logopedisk klinikk) (4 timer)

Logopedens rolle i afasigrupper. Video som verktøy.

v/logoped Ingvild Røste, Bredtvet kompetansesenter (1 time)

2. november, kl. 9-15

Hva skjer på praksisfeltet? Kortforedrag v/afasilogopeder.
(Se invitasjon i Logopeden 1/2007) (1 time)

Psychosocial aspects of aphasia

v/logoped PhD Shelagh Brumfitt, University of Sheffield
(4 timer)

Vel møtt på Afasidagene på Bredtvet 2007!

Endelig program vil bli lagt ut på: www.statped.no/bredtvet
Endringer i programmet vil kunne forekomme.
Følg med på nett.

Kontaktpersoner: Eli Qvenild, e-post: eli.qvenild@statped.no og
Line Haaland-Johansen, e-post: line.haaland-johansen@statped.no



NFO om lære- og hjelpemidler

"Lytt – Opplev – Lær". Leseglede til lesesvake

Lesesvake elever kan få like stor glede av «Svein og rotta»-bøkene som elever uten slike vansker. Det samme gjelder skolebøker. En ny informasjonspakke som i disse dager sendes ut til 3500 lesesvake elever, forteller hvordan.

Informasjonspakken «Lytt — Opplev — Lær» opplyser om hvordan lesesvake elever kan spille av lydbøker, skjønnlitterære eller faglitterære, på en vanlig PC med et spesielt avspillingsprogram. Informasjonspakken «Lytt — Opplev — Lær» skal oppmuntre til leseglede hos alle barn og unge. De som får støtte til kjøp av PC fra Folketrygden, vil motta denne informasjonspakken sammen med tildelingsbrevet. Ikke bare elevene mottar «Lytt — Opplev — Lær». Alle PP-kontorer i landet får også et eksemplar.

I dag kan elever få de fleste skolebøkene fra og med 3. trinn som lydbok på såkalt DAISY-format. Et rikt utvalg skjønnlitteratur finnes også i DAISY-format, og en skjønnlitterær bok kan med fordel være det første møtet med lyd støtte og PC-en som lesehjelpemiddel. «Lytt — Opplev — Lær» inneholder eksempler på begge. Ingvar Ambjørnsen har bidratt med «Drapene i Barkvik», og Marit Nicolaisen med «Svein og rotta på lab'en». Skolebokeksampler er «Horisonter 8» og «Senit: Energi for fremtiden». Det følger også med en installasjons-CD med AMIS avspillingsprogram for DAISY-bøker, slik at elevene kan høre og lese lydbøkene på egen PC.

I «Lytt — Opplev — Lær» finnes også to hefter, et om lydbøker og et om «IKT som lære- og hjelpemiddel». Hftet med artikkelen «IKT som lære- og hjelpemiddel» er vedlagt i to eksemplarer, et til hjemmet og et til kontaktlærer. Heftene foreligger både i papir og DAISY-format.

I forordet til «Lytt — Opplev — Lær» sier kunnskapsminister Øystein Djupedal blant annet: «Hvis man bruker IKT fornuftig, kan teknologien minske avstander, bygge bro over kløfter og redusere barrierer. Lydbøker i DAISY-format er et viktig virkemiddel for å støtte barn, unge og voksne med lese- og skrivevansker. Dette er grupper som trenger målrettet innsats – så tidlig som mulig.»

Ansvarlige for «Lytt — Opplev — Lær» er Kunnskapsdepartementet i samarbeid med Bredtvet kompetansesenter, Huseby kompetansesenter, Norsk lyd- og blindeskriftbibliotek (NLB) og NAV.

Team for lære- og hjelpemidler

v/Bredtvet kompetansesenter
Spesialpedagog Turid Utgård
Logoped MNLL Eli Qvenild

LingDys og LingRight er godkjent til bruk på eksamen, både i grunnskole og videregående skole. Begge programmer har dokumentert god effekt gjennom utprøvningsprosjekter.

Se www.lingit.no for referanser og priser.



LingDys

– lingvistisk basert skrivestøtte

LingDys er et program for skrivestøtte, utviklet for personer som sliter med skrijving og lesing av norsk. LingDys anbefales som det beste norske skrivestøtteprogrammet på markedet.

Funksjoner og muligheter i LingDys:

- Ordprediksjon
- Norsk talesyntese for høytlesing av tekst
- Mulighet for å legge inn egne ord og fagtermer
- Kraftig stavekontroll som også takler talemålsnære skrivemåter
- Stavekontroll i ettertid
- Fungerer for både bokmål og nynorsk
- Bokmålsordbok, nynorskordbok, fremmedordbok og Norsk ordbok for grunnskolen
- Programmet kjører sammen med Microsoft Word og andre programmer i Office-pakken
- Programmet fungerer også i OpenOffice



LingRight

– engelsk skrivestøtte for nordmenn

LingRight er utviklet for morsmålsbrukere av norsk som skal skrive engelsk. Det fungerer også fint for de som har skrive- og lesevansker.

Funksjoner og muligheter i LingRight:

- Ordprediksjon
- Engelsk talesyntese for høytlesing av tekst
- Mulighet for å legge inn egne engelske ord og fagtermer
- Kraftig stavekontroll som tar hensyn til typisk norske feil i engelsk rettskriving
- Stavekontroll i ettertid
- Engelsk – norsk blå ordbok
- Mulighet for å slå opp norske ord (selv med stavefeil) og få den engelske betydningen
- Programmet kjører sammen med Microsoft Word og andre programmer i Office-pakken
- Programmet fungerer også i OpenOffice

Alle som er sertifisert til å gjøre diagnostisering av dysleksi/lese- og skrivevansker, kan ta kontakt med LingIT for å få tilsendt en fullversjon av LingDys og LingRight. Vi ønsker at alle som utreder dysleksi skal ha mulighet for å sette seg inn i programmene og å vise disse programmene til mennesker de tror kan ha nytte av dem. **Ta kontakt på tlf. 73 60 59 22 eller e-post lingit@lingit.no.**

Tilbud: 50% rabatt på LingRight!

Tilbudet gjelder dersom du:

- Har LingDys fra før eller
- Kjøper LingDys og LingRight samtidig

Se priser på www.lingit.no
– klikk på Nettbutikk

LingDys og LingRight forhandles av:

LingIT AS, telefon: 73 60 59 22 e-post: lingit@lingit.no www.lingit.no

Mikrodaisy AS, telefon: 32 17 14 00 e-post: post@mikrodaisy.no www.mikrodaisy.no

LingIT er samarbeidspartner med Microsoft Norge. **Microsoft**

cognita



CognITass Kommunikasjon

**Nytt godkjent og prisforhandlet
hjelpemiddel for kommunikasjon**



Enkel betjening av datamaskinen for
nærkommunikasjon og elektronisk
kommunikasjon ved hjelp av bilder, symboler og/
eller tekst/ordbilder.

Programvaren kan benyttes på PC eller Mac.
Betjenes med mus eller muserstatning,
berøringsskjerm eller skanning/bryter.

CognITass Kommunikasjon gir deg tilgang til
følgende muligheter:
klokka og dato, kontaktoversikt, skjermtastatur
for skriving og nærkommunikasjon, brev,
kalkulator, e-post, SMS, Internett, album med
enkel import fra digitalkamera, styring av- og
telefonering med din egen mobiltelefon.

Ta kontakt for brosjyre og/eller
demonstrasjon.

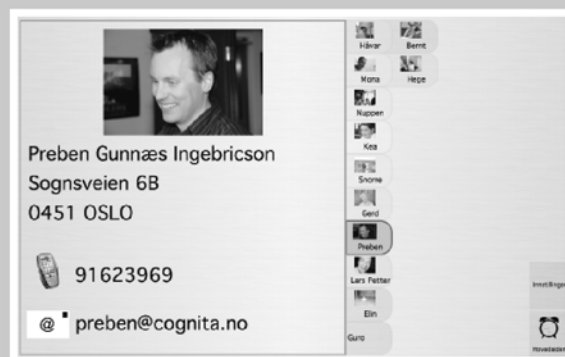
Cognita AS

www.cognita.no
info@cognita.no

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo Telefon 2243 0500



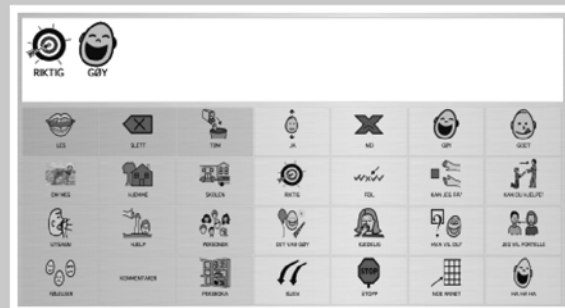
Fotoalbum



Kontaktregister



Mottatt e-post - tekst kan leses høyt



Tastatur for å produsere meldinger
og svare på e-post

KURS & KONFERANSEKALENDER

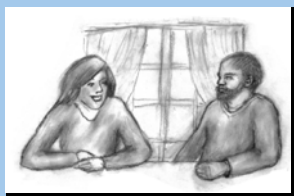
Tidspunkt	Tema	Sted	Kontakt
11.-12. mai 2007	Nordisk afasikonferanse	Thon Hoell Opera, Oslo	afasi@afasi.no
27.-29. september 2007	Språkløftet- nordisk konferanse	Bredtvet kompetansesenter	bredtvet@statped.no
21.-23. oktober 2007	Konferanse-taleflytvansker	Bredtvet kompetansesenter	Team for taleflytvansker bredtvet@statped.no
25.- 26. oktober 2007	Taleflytvansker	Lampeland hotell, Flesberg kommune	mailto:kstenvik@logopedene.no
1.-2. november 2007	Afasidagene	Bredtvet kompetansesenter	bredtvet@statped.no
14. - 15. November 207	Vurdering og behandling av dysfagi.	Sunnaas sykehus HF, Nesodden.	www.sunnaas.no eller tlf. 66969000.
Etter avtale	Leppe-kjeve-ganespalte	Bredtvet kompetansesenter	LKG-teamet bredtvet@statped.no
Informasjon om Kurs/konferanser skal innholde Dato/Tema/Sted/Kontaktpersoner			

Marit Strømsnes, Askvn. 139, 5306 Erdal, marit.stromsoy@askoy.kommune.no er nå ansvarlig for salg av Norsk Logopedlags materiell (materielliste i Logopeden nr 3/06).

Redaksjonen viser til artikkel i NTL 01/07 i forbindelse med følgende annonse:

Samtalepartnere for personer med afasi

Et kursopplegg for opplæring av frivillige



Eli Qvenild, Margit Corneliussen og Marianne Lind

 Afasiforbundet i Norge

 Bredtvet kompetansesenter
Statlig spesialpedagogisk støtte-system

Et kursopplegg som trener frivillige til å bli samtalepartnere for personer med afasi. Kurset inneholder innlegg om afasi og tilleggsvansker, kommunikasjon og samtale i hverdagen, sosiale konsekvenser, de pårørendes situasjon, samt lover og rettigheter.

Kurspermen (inkl. en CD-ROM, en DVD og kopieringsoriginaler) koster 390,- + porto. Den kan bestilles hos:

Afasiforbundet i Norge
Postboks 8716, Youngstorget, 0028 Oslo
Tlf 22 42 86 44 Faks 22 41 87 04 E-post: afasi@afasi.no

Ettersendes ikke ved varig adresseendring,
men sendes i retur med opplysninger om
den nye adressen.

Retur: NLL v/ Marit M. Koss
Bredtvet kompetansesenter
Bredtvetveien 4, 0950 Oslo

Flott skiføre

