

Norsk tidsskrift
for logopedi

Oktober 2011
Årgang 57

Logo

PEDEN 311



ARTIKKEL/DEBATTINNLEGG

Norsk Tidsskrift for Logopedi er åpent for ulike faglige standpunkt. Meningsytningene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen. Norsk Tidsskrift for Logopedi fungerer som meldingsblad for alle medlemmer av Norsk Logopedlag. Redaksjonen forbeholder seg retten til å bestemme utgivelsesdato for innlevert manuskript.

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

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

PRAKTISK RÅD

- Artikkelen innledes med hovedoverskrift. Bruk blokkbokstaver punkt 20 og fet skrift.
- Artikkelens overskrifter skal ikke være nummererte. I tillegg til hovedoverskriften skal det brukes overskrifter på to nivå. Ved overskrifter i teksten på to nivå, skal første nivå være med **BLOKKBOKSTAV** pkt 12 fet skrift. Og andre nivå med **trykkbokstaver** pkt 12 og fet skrift.
- Artikkelen skal ha en appetittvekker på ca. 50-70 ord. Bruk punkt 12 og kursiv.
- Kun litteratur som er brukt i artikkelen skal oppføres som kilde.
- Lengden på artikkelen bør ikke overstige 5 sider i tidsskriftet. En side i tidsskriftet utgjør ca 830 ord. (5 sider utgjør ca 4200 ord). Trykkeriet gjør nødvendige tilpasninger.
- Artikkelen skal ha en presentasjon av forfatter, faglig bakgrunn, nåværende arbeidssted og e-post adresse. Ca 20-50 ord.
- To eksemplarer av bladet sendes forfatteren etter publisering. Adressen bladene skal sendes til må oppgis.
- Bilder og logoer lagres i JPG, TIFF, EPS i så stor oppløsning som mulig.
- Alt sendes til redaktør på e-post logoped.m.kirmess@gmail.no

FAGFELLEVRURDERING

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

MATERIELLFRIST OG UTGIVELSER

- februar, utgis 1. mars
- mai, utgis 1. juni
- september, utgis 1. oktober
- 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
1/2 (175 x 110 mm - 3 sp. x 110 mm) side - s/hv – kr. 1.100
1/3 (175 x 74 mm - 1 sp. x 220 mm) side - s/hv – kr. 900,-
- Fargetillegg kr. 700,-
Annonser fra regionlag i NLL er gratis.

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



STYRET I NLL

Leder Fossler, Randi
Anton Schjøthsg. 18, 0454 Oslo
randifossler@logopedix.com
Tlf.: 412 84 393

Nestleder Berg, Elisabeth
Kortbolgen 10, 9017 Tromsø
logoped.elisabeth@online.no
Tlf.: 77 67 68 35

Kasserer Tendeland, Eli
Fidjeåsen 110, leil.104,
4639 Kristiansand S
elitendeland@gmail.com
Tlf.: 959 89 398

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

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

Varamedlem Lie, Bjarte
Ramsdalen 1 a, 4517 Mandal,
logoped@bjartelie.no
Tlf.: 934 01 484

Varamedlem Toft, Torild
Marikollen 43, 5136 Mjølkeråen,
torhild.toft@hjemme.no
Tlf.: 95967645

YRKESETISK RÅD

Leder Reichmann, Erik
Knattenvegen 7 a,
2005 Rælingen
ere@bluezone.no
Tlf.: 996 21 601
Medl. Haukeland, Ingjerd
Medl. Granhus, Astrid
Varamedl. Hoier, Jorun

ORGANISASJONSUTV.

Leder Koss, Marit Molund
Hellerudstubben 46 a, 0671 Oslo
maritmoss.nll@gmail.com
Tlf.: 959 16 133
Medl. Vanebo, Kristin Hovstein
Medl. Berntsen, Mari
Varamedl. Brubak, Stine

PEDAGOGISK UTVALG

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

FAGUTVALGET

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

NTL: NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

Kirmess, Melanie
Lennemannsjordet 52,
1352 Kolsås, Tlf. 95129142
logoped.m.kirmess@gmail.com
Medl. Skogdal, Signhild
Medl. Røste, Ingvald
Medl. Baal, Lisa

SALGSREPRESENTANT

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

ARKIVAR

Arkivar Hekland, Eli
eli.hekland@statped.no
Arkivar Moe, Marianne
sembmoe@yahoo.com

PRIVAT UTVALG

Leder Andersen, Ole Petter
Marikosveien 20, 1715 Yven
opa@halden.net, Tlf.: 918 87 572
Medlem Solgård, Berit
Medlem Kvisgaard, Katrine
Medlem Sandland, Gry
Medlem Holmsen, Ole-Andreas

VALGKOMITÉ

Leder Holmsen, Ole-Andreas
Gml Strømsv 116,
2010 Strømmen
oleandreas@gmail.com
Tlf.: 926 14 691
Medl. Hartveit, Gro
Medl. Lund, Kari Sandvik
Varamedl. Berge, Solveig
Molland

LEDERE I REGIONSLAG

Bu-Te-Ve Hiorth, Brith
brith.hiorth@c2i.net
Tlf.: 33 05 35 90

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

Oslo Live, Günther
liveg.oll@gmail.com
Tlf.: 958 44 462

Møre Roms Hunnes, Elisabet
elisabet.hunnes@eide.kommune.no

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

Hedm.Oppl. Møller, Arnt Ivar
iv-moell@online.no
Tlf.: 922 68 878

Nordland Andersen, Inge
kari@iaksess.no
Tlf.: 79 13 26 82

Troms Fin. Sormo, Ågot Marie
agot.marie.sormo@statped.no
Tlf.: 75 75 72 22

Østfold Hansen, Froydis Elseth
froydis11@hotmail.com
Tlf.: 97 04 19 52

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

Trøndelag Slaatsveen, Gerd
gerd.slaatsveen@trondheim.kommune.no
Tlf.: 922 02 607

Hord. SognFj
Brøgger, Solvi Ellefsen
solvi@brogger.no
Tlf.: 55 27 01 13s

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

Redaktør: Melanie Kirmess – Lennemannsjordet 52, 1352 Kolsås,
logoped.m.kirmess@gmail.com – Tlf. 95129142
Red.medl.: Signhild Skogdal – Tlf. 928 67 932 – signhild@tromso.online.no
Red.medl.: Ingvald Røste – Tlf. 22 25 58 81 – ingvaldroste@hotmail.com
Red.medl/annonser: Lisa Baal – Tlf. 911 78 201 – lisabaal@hotmail.com

Norsk Logopedlags web-side: www.norsklogopedlag.no
Web-ansvarlig: Bjarte Lie – logoped@bjartelie.no

Grafisk formgiver/Trykk: Lura Trykkeri AS
Forside: Harry Welten **Forsidefoto:** Ketil Born/Samfoto
ISSN: 0332-7256

Om å høste erfaringer

Inspirert av en annen skribent skulle jeg ikke mimre om «bedre» somre fra tidligere år, men heller nyte dagene slik at denne sommeren kunne bli rik på de gode opplevelser og dermed være et godt utgangspunkt for en travel høst. De tragiske hendelsene 22. juli satte en bråstopp på sommeridyllen. På vegne av hele redaksjonen går mine tanker og dypeste medfølelse først og fremst til alle som ble berørt direkte. Dermed fikk sommeren en annen utgang en hva jeg noensinne ville kunne tenkt på. Samtidig har opplevelsen av det norske fellesskap, omsorgen fra familie og venner i inn- og utland og omtanken for hverandre bidratt til at jeg likevel kunne starte høsten med et positivt blikk. For mange vil det å komme tilbake på jobben være en del av å finne tilbake til det hverdagslige, det å komme seg videre. Samtidig jobber mange av oss logopeders på arbeidsplasser innen skole- og helsesektoren, hvor vi kommer i kontakt med overlevende og pårørende og hvor vårt bidrag kan være å gjøre en best mulig jobb for å bestyrke den enkelte personen i sin mestring av livet fremover. På mitt arbeidssted Sunnaas har det vært mye fokus på at vi alle opplever slike traumatiske hendelser og sorg forskjellig og at det derfor er viktig å bevare rom for støtte og samtaler også for sine kollegaer. Det håper jeg kan være en god tanke å ta med seg når høstmørket skygger for solen.

Denne utgaven av tidsskriftet byr på flere spennende referater fra de siste måneders begivenheter. Trine Lise Dahl og Ole-Andreas Holmsen var hovedorganisatorene av et inspirasjonsseminar i Italia i sommer, og gjennom reportasjen fra dets innholdsrrike dager med fag og sosiale arrangementer kan erfaringen vare litt lenger.

Høsten er tradisjonelt afasitid med den Nordiske Afasidagen 10. oktober og Afasidagene på Bredtvet i november. Denne høsten startet i så måte veldig tidlig i år, med den 3. Nordiske afasikonferansen som foregikk i juni i Helsinki med interessante foredrag og mange norske deltakere. Flere av artiklene i denne utgaven omhandler også afasi – i perspektivet kartlegging av livskvalitet beskrevet av Karianne Berg og Line Haaland-Johansen, samt et sammendrag fra min avhandling om constraint induced språkterapi for afasi.

Det er dessverre ikke like ofte som man ønsker det og jobber for det, at afasi får hovedoppslag i aviser. Universitetsavisa fra NTNU fristet da også heller med overskriften «Årets beste HF-master: Et risikoprojekt» for å presentere at Maren Berg Grimstad fikk den høythengende utmerkelsen for sin masteroppgave - om nettopp afasi. Berg Grimstads masteroppgave innenfor lingvistikk har tittelen «Brocas afasi og generativ syntaks. Trebeskjæringshypotesen (TBH) som forklaringsmodell for produksjonsvanskene til en agrammatisk Broca-afatik-er» og baserer seg på samtaler med en afasirammert og flere kontrollpersoner. Vi ser frem til at hun skriver om emnet i en senere utgave av NTL. Forhåpentligvis vil overskriften «risikoprojekt» ikke skremme høstens logopedstudenter som skal i gang med å skrive masteroppgaver fra å velge tema og prosjekter som involverer brukergruppene våre direkte. Litteraturstudier utgjør en viktig del av vår kompetanse, men faget vårt er helt avhengig av erfaringer og informasjon fra barn, unge eller voksne selv innenfor de ulike logopediske og tilgrensende fagområder. Samtidig vil vi gjerne hilse velkommen alle nye logopedstudenter

- som det er gledelig mange av i år på flere læresteder enn før.

På det personlige plan har doktorgradsdisputasen vært en storartet opplevelse

og den anerkjennelse jeg mottok som fagperson vil jeg unne alle å oppleve noen gang i sitt arbeid. Ingvild har skrevet et referat om det jeg ville kalt en perfekt dag. Jeg vil gjerne benytte anledningen og takke alle som har bidratt med stort og smått, og ikke minst smil og gode ord gjennom hele studieperioden!

I denne utgaven har vi også gleden av å presentere to gjesteartikler fra våre skandinaviske kolleger, danske Carsten Elbro som skriver om utfordringer innen metode og evidensbasert praksis som bør være av interesse for de fleste. Svenske Cecilia Lundström tar opp et viktig tema innen taleflyt - løpsk tale. Har du som leser noen ganger undret deg over hvordan tidsskriftet egentlig lages? Det hadde ikke jeg før jeg satt i redaksjonen, og da lærte jeg først og fremst den innholdsmessige siden. Når vi redaksjonsmedlemmer sender inn tekstfiler, bilder og annonser, så jobber en dyktig grafisk designer med å sette dette sammen til et blad – som så korrigeres i fellesskap mang en gang før tidsskriftet går i trykken. Redaksjonen har lenge ønsket å møte våre samarbeidspartere med Janina Krause i spissen og gjennomførte et lærerikt, og ikke minst hyggelig møte på Lura trykkeri i Sandnes i september. En liten innføring i trykkekunsten kan deles med leseren gjennom bildereportasjen i denne utgaven.

Med ønske om en god høst



Hilsen

Melanie Kirnup

Lederen har ordet

Det har vært en dypt tragisk sommer og våre logopediske problemer kan virke små og ubetydelige i den store sammenhengen. NLL har mottatt flere sympatierklæringer fra våre europeiske søsterforeninger og også sentralt fra CPLOL (Comité Permanent de liaison des Othophonistes-logopèdes de l' union européenne). Vi må allikevel beholde fokus og jobbe videre med våre saker.

I skrivende stund foregår det et samarbeid med Helsedirektoratet og NLL om en kommende spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen er ønsket og laget av Helsedirektoratet i forbindelse med autorisasjonssaken, og styret har fått anledning til å kommentere spørreskjemaet. Undersøkelsen vil primært ta sikte på å kartlegge hvor norske logopeder arbeider. Helsedirektoratet vil snart ha ferdig et spørreskjema, og styret vil sørge for at dette sendes elektronisk til regionslagsleder som sender til sine medlemmer. Det vil komme nærmere beskjed om dette.

Et stort poeng er at medlemmene er registrert med riktig e-post adresse hos sine regionslag.

Er du usikker, så ta kontakt med regionslaget.

Fra 01.07.11 er det nye takster for logopediske tjenester gitt via Helfo. Du finner disse på våre nettsider www.norsklogopedlag.no.

Nasjonalt er det store variasjoner i hvordan logopediske tjenester gis. Kvalitetssikring av logopediske tjenester har vært på styrets handlingsplan i alle de ti år undertegnede har sittet i styret, og den vil fortsatt stå der i mange år. Og godt er det. Det er ikke noe man blir ferdig med. Når noe rapporteres eller logopeder ønsker hjelp fra styret i NLL, er det gjerne fordi organiseringen eller tilbudet ikke er bra nok, eller er direkte negativt for brukerne i kommunen(-e) vedkommende arbeider.

Noe som kunne være interessant for styret og NLL, er å få innspill fra våre logopedkollegaer rundt om i vårt land om **gode** løsninger for å gi logopediske tjenester. På denne måten kan NLL ha en «idébank» for mulige organiseringsformer i byer eller på mindre steder som viser hva som kjennetegner en organisering som fungerer.

Ofte er det geografien som begrenser, men det finnes sikkert forbedringspotensial uansett.

Oppfordringen går til alle – både privatpraktiserende og offentlig ansatte.

Som et første eksempel kan vi se på organiseringen av logopediske tjenester i Norges hovedstad. Oslo har snart 600 000 innbyggere og er inndelt i 15 bydeler (i snitt gir det 40 000 innbyggere pr. bydel, omtrent som Sandefjord eller Ålesund. I Oslo var det i mange tiår en egen logopedtjeneste med 33 hjemlede stillinger frem til 2002 da den ble innlemmet i Pedagogisk-psykologisk tjeneste. Begge tjenestene var i utgangspunktet en del av Utdanningsetaten i Oslo som både er kommune og fylkeskommune.

I praksis betyr det at PPT dekker hele skoleløpet. Førskolebarn med behov for logoped utredes av PPT og får sitt tilbud gjennom bydelens ansatte. Voksne som trenger logopedi får dette via voksenopplæringssettene der det er logopeder ansatt, eller fra privatpraktiserende logopeder. Som organisasjon er PPT i Oslo inndelt i seks team og har delt byen mellom seg. Hvert team har en teamleder. De seks teamlederne har en overordnet leder som har ansvaret for hele PPT som utgjør ca 180 personer.

Nylig har alle teamene fått samme adresse og befinner seg under samme tak. Styrken i denne organiseringsformen er at sakene blir raskt satt i behandling (dvs. innen 7 dager), og det er registreringssystemer som fungerer der det er mulig å vise til årlig antall klienter, samt vanskekategori. (Statistikk er alltid gunstig i forhold til byrådets disponeringer.) Logopedene er nær brukeren dvs. ute på skolene, og arbeider klinisk og ikke bare som utredere. Logopedene har sin stillingsinstruks, PP-rådgiverne har en annen. Mye kan bli bedre, men det fungerer.



Randi Fosser

Leder NLL

e-post: randifosser@logopedix.com

I mediene hører vi om svært dårlig økonomi i mange av EU-landene. En runde rundt bordet på CPLOLs møte i mai, ga en indikasjon på at dette også rammer våre europeiske logopedkollegaer, og dem de betjener. I flere land råder det usikkerhet rundt finansiering av logopediske tjenester og også hvor ansvaret bør ligge. Er det helse, utdanning eller sosiale tjenester? Eller skal det være en fordelingsnøkkel der alle tre instanser må bidra? Eller er det simpelthen forsikringsselskapenes problem? Autorisasjon mangler i flere land enn Norge, som for eksempel Irland og Danmark.

På samme møte i mai, fortalte den engelske delegaten om prosjektet «Samfunn og logopedi». Prosjektet går ut på å vise logopedens samfunnsmessige betydning i forhold til engelsk økonomi. Det man ser på, er unge lovbyrtere og kriminalitet som begås p.g.a. kommunikasjonsvansker.

Prosjektet foregår i samarbeid med det som jeg forsto tilsvarende BI (Bedriftsøkonomisk institutt) for å se på de økonomiske sidene. På denne måten vil de vise politikerne hva som kan gjøres av logopeder som samfunnsmessig nyttig i forhold til kostnadseffektivitet. «We can make a difference» som den engelske delegaten sa.

I samme møte ble det for øvrig bestemt at neste års tema på Logopediens dag 6. mars 2012, vil være taleflyt. Følgende motto ble valgt: «Communication is more than words».

Styret ønsker alle en god høst med mange fine logopediske opplevelser.

Randi Fossler
Leder NLL

Forslag til gode organiseringsformer mottas med takk:
randifossler@logopedix.com



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIHPPJIVIESO



Nordlandssykehuset har ledig følgende stilling:

Logoped

Hode- og bevegelsesklinikken (HBEV)

Ved sykehuset i Stokmarknes/Lødingen rehabiliteringssenter har vi ledig logopedstilling. Tiltredelsesdato etter avtale.

Logopedstillingen skal gi et tilbud overfor pasienter ved sykehuset i Stokmarknes, spesielt slagenheten, samt ved Lødingen rehabiliteringssenter. Når nytt sykehus er ferdigstilt, vil arbeidsområdet omhandle pasienter under utredning, behandling eller rehabilitering i sykehuset.

Stillingen gir mulighet for varierte arbeidsoppgaver både i forhold til nevrologiske pasienter og pasienter under rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Logopedene gir tilbud både til inneliggende pasienter, dagpasienter og ved poliklinikk. Noen undervisningsoppgaver må påregnes og arbeid ved lærings- og mestringstilbud i gruppe. Det vil bli gitt veiledning etter behov.

Nærmere opplysninger ved enhetsleder Johnny Lyngstad, e-mail: johnny.lyngstad@nlsh.no, tlf 75 42 48 02 eller 905 58 623 evt. konst. klinikkssjef Tove Kaspersen Beyer, e-mail: tove.beyer@nlsh.no, tlf. 75 53 43 59/938 14 899.

**Søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no
– her finner du også fullstendig annonsetekst.
Søknadsfrist: 18. oktober 2011**

Jobbnorge.no



HELSE MØRE OG ROMSDAL

Klinikk for medisinske servicefunksjoner, avdeling for rehabilitering, enhet for rehabilitering, Molde

● Logoped

Enhet for rehabilitering Molde består av 16,95 stillingar (fysioterapeut, ergoterapeut, sekretær, klinisk ernæringsfysiolog, logoped, sosionom) som gir teneste til dei somatiske einingane ved sjukehusa.

Dette er ein 100 % fast stilling, men søkjarar som ønskjer ein mindre stillingsprosent kan og søkje. Arbeidsstad: Molde med ca.10-20 % stilling ved Kristiansund sjukehus.

Kontaktinfo:

Einingsleiar Kristin Høgetveit, tlf. (+47) 71122855

Søknadsfrist: 22.10.2011

**Søknad sendes elektronisk via www.helse-mr.no
- hvor du også finner fullstendig utlysningstekst.**

Kopi av attester og vitnemål framlegges ved intervju.

HELSE MIDT-NORGE

Jobbnorge.no

Arbeidsgiver ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselere

«2. Nordiske konference om stammen og løbsk tale», 4. – 6. mai 2011, Bergen.

Cluttering - løpsk tale - skenande tal Vad vet vi idag?

Abstract

Finns diagnosen skenande tal? Hur definieras skenande tal? Hur ser en utredning ut? Vad finns det för terapimodeller? Gör terapin någon nytta? Dessa frågor har fått olika svar beroende på när frågan har ställts, var frågan har ställts och till vem den har ställts! Föredraget innehåller en titt i backspeglarna, en översikt över hur det ser ut idag samt lite funderingar om framtiden när det gäller definitioner, bedömning och behandling av skenande tal.

Inledning

I Sverige har inflödet av remisser på patienter med skenande tal ökat. Ofta står inte diagnosen skenande tal som frågeställning utan snarare snabbt och/eller otydligt tal. Ökningen beror nog tyvärr inte på fördjupad kunskap hos remittenterna utan snarare på att personer med skenande tal idag har möjligheten att söka och finna information på Internet. När patienterna möter logopeden är det ofta första gången de möter någon som har kunskap om diagnosen och dess behandling och det är av största vikt att vi logopeder är väl insatta i de senaste forskningsrönen.

Historik

Skenande tal är långt ifrån en ny diagnos. Hippokrates beskrev på 400-talet f.Kr. problemet som en störning mellan tanke och tal. Från 1700-talet finns diagnosen dokumenterad i Europa men under 1900-talet såg man i USA diagnosen som underordnad stamning.

Under slutet av 1900-talet och början av 2000-talet ändrades synsättet

även i USA och idag ses skenande tal som en diagnos skild från stamning och med ett eget diagnosnummer i WHO:s klassifikation av sjukdomar, ICD-10. Vid den första världskongressen om skenande tal som hölls i Bulgarien 2007 bildades International Cluttering Association (ICA) - det föräldralösa barnet i familjen talflytstörningar fick då ett hem. Att ICA bildades och att det nu finns ett en organisation som samlar kunskap och sprider information om skenande tal har varit av stor betydelse för logopeder och patienter. Vi ser idag en ökning av inlägg om skenande tal vid alla internationella kongresser om talflyt – och så även vid denna nordiska kongress!

Idag finns det alltså en större samsyn om diagnosen. Ser vi över världen finner vi dock att i många länder som Kina, Japan och de flesta arabisktalande länderna är diagnosen okänd och det finns inget namn för den i språket. Att diagnosen är känd ger dock ingen garanti för möjlighet till diagnos och behandling. I en del länder finns inga resurser och i andra finns det kunskap bland logopeder



Cecilia Lundström

har arbetat som klinisk logoped siden 1977 vid Helsingborgs lasarett och hatt ansvar för stamme och stamning. Lundström er dessuten foreleser på kurs og på logopedutdanningen i Lund. Hun har medvirket til «Helsingborgmodellen» og er medforfatter i den svenske boka «Logopedi» (2008).

men knappast hos allmänheten eller ens hos läkare och sköterskor (Reichel & Bakker, 2009).

Definitioner

Att skenande tal är en talflytstörning som karaktäriseras av snabbt och oregelbundet tal, hög frekvens normalt icke-flyt, samt artikulatoriska avvikelser är de flesta överens om idag. Ofta finner man även svårigheter kopplade till språk (Van Zaalen, 2009) och pragmatik (Teigland, 1996). Forskarna har ännu inte kunnat enas om en definition och detta är för närvarande det största hindret för ökade kunskaper om incidens och prevalens, om etiologi, symptom och behandling. Vi kan inte jämföra resultaten från olika studier när definitionen av skenande tal och därmed urvalet av försökspersoner i studierna skiljer sig åt.

Under det senaste seklet har det funnits två sätt att definiera skenande tal, breda och smala definitioner, där de breda beskriver ett syndrom medan de smala snarare försöker hitta minsta gemensamma nämnare som finns hos alla personer med skenande tal.

Weiss definition är ett känt exempel på en bred definition: «Skenande tal är en talstörning som karakteriseras av talarens omedvetenhet om störningen, av koncentrationssvårigheter, perceptions-, artikulations- och formuleringsvårigheter och ofta av överdriven talhastighet. Det är en störning av tankeprocessen vid planering av tal och baseras på en ärftlig disposition. Skenande tal är den verbala manifestationen av en central språklig obalans vilken påverkar alla kommunikationskanaler (t.ex. läs- och skrivförmåga, rytmtal och musikalitet) samt beteendet i allmänhet.» (Weiss, 1964).

En smal definition exemplifieras av St. Louis: «Skenande tal är en talflytstörning i vilken segment av talet i talarens modersmål uppfattas som genomgående för snabbt och/eller oregelbundet. Dessutom förekommer onormalt hög frekvens av normalt icke-flyt och/eller onormalt hög frekvens av utelämnade eller kollapsade stavelser (överdriven koartikulation) och/eller onormal pausering, stavelsebetoning eller talrytm (St. Louis & Shulte, 2011). St. Louis argumenterar för att dessa symptom är de minsta gemensamma nämnare som vi kan finna hos alla personer med skenande tal medan andra mer eller mindre vanligt förekommande svårigheter som specifik språkstörning, ADHD,

stamning, inlärningsproblem eller pragmatiska svårigheter ska beskrivas som samexisterande problem.

En forskare som menar att vi inte kan bortse från språkliga processer vid definition av skenande tal är Van Zaalen. Hon definierar skenande tal som «en talflytstörning där en person inte kan anpassa sin talhastighet efter de syntaktiska eller fonologiska krav som just då ställs» (Van Zaalen, 2009).

Ward har presenterat en modell där han försöker integrera de två synsätten i en spektrumdefinition, cluttering spectrum behavior, jämförbar med autismspektrumdiagnoser. Den smala definitionen skulle då kunna vara en startpunkt medan samexisterande symptom och svårighetsgrad kunde beskrivas längs ett spektrum. Forskning skulle kunna utgå från minsta gemensamma nämnare medan spektrumdiagnosen kliniskt skulle underlätta vid diagnossättning (Ward, 2011).

Även Myers ser skenande tal som en spektrumdiagnos där personen talar i ett tempo som är för högt i förhållande till den egna förmågan men där det finns undergrupper beroende på var i kommunikationskedjan störningen har sitt ursprung. Myers menar att en undergrupp kan ha problem med mycket icke-flyt, en annan kan ha icke-flyt med artikulatoriska avvikelser medan en tredje grupp har osammanhängande lingvistisk output (St. Louis et al., 2007).

Orsaksteorier

Orsakerna till skenande tal är långt ifrån klarlagda. Liksom hos stamning

har man sett att skenande tal är vanligare i vissa familjer och ärftlighet är en trolig orsaksfaktor (Alm, 2011; Drayna, 2011; Fibiger, 2009). Något som många logopedier känner igen är att patienter med skenande tal ofta rapporterar om släktingar som har högt taltempo och kan vara svåra att förstå.

De flesta forskare är eniga om att det finns en neurologisk grund till skenande tal. Den neurologiska störningen kan vara strukturell eller funktionell och kopplad till kontroll av talhastighet, språklig planering eller styrning av talmotorik (Alm, 2010; Ward, 2011; Van Zaalen, 2009).

Alm föreslår i en modell att orsakerna kan kopplas till en störning i interaktionen mellan hjärnbarken och basala ganglierna, vilka spelar en viktig roll för automatisering av rörelser. Alm utgår från att tal är en sekventiell aktivitet, både motoriskt och språkligt, och att skenande tal skulle kunna ha sin grund i en alltför snabb initiering av segment i talsekvensen. I en senare artikel fördjupar Alm sitt resonemang och resonerar också kring vilka terapeutiska konsekvenser teorin kan ha. Liksom hos andra forskare betonas vikten av en noggrann utredning och ett individualiserat omhändertagande utifrån en kognitiv och behavioristisk grund men mer forskning rörande tekniska hjälpmedel och farmakologisk behandling efterlyses också. (Alm, 2011).

Ward menar att ett sammanbrott av den motoriska styrningen skulle kunna ligga på en eller flera olika nivåer i talprocessen, t.ex. planering, programmering och utförande. Tro-

ligt är att även språkliga processer är inblandade.

Van Zaalen stöder sig på sin forskning när hon nämner tre viktiga principer som förklaring till symtomen hos personer med skenande tal: språklig automatisering, uppmärksamhet samt talhastighet. Processerna för språkformulering hos personer med skenande tal är enligt Van Zaalen otillräckligt automatiserade vilket kan leda till fel i språk- och talproduktion. Detta skulle kunna förklara den höga frekvensen av normalt icke-flyt, överdriven koartikulation och metateser hos personer med skenande tal. Bristande automatisering kan leda till att mycket av personens uppmärksamhet behövs för fras- och ordplanering och det blir därmed svårare att styra artikulationen och även att upptäcka och korrigera artikulatoriska misstag. Vid hög koncentration och under en begränsad tid kan personen styra artikulationen men under en längre stunds tal, vid trötthet eller vid stor språklig belastning klarar personen inte att både styra artikulationen, upptäcka artikulatoriska misstag och korrigera dessa.

Epidemiologi

Det finns få epidemiologiska studier och därför inga säkra siffror på incidens och prevalens. Avsaknaden av en tydlig definition gör de siffror som finns än mer varierade och osäkra. Man har länge ansett att diagnosen är underremitterad och även om antalet patienter på logopedmottagningar ökat kan vi anta att så fortfarande är fallet.

Att skenande tal och stamning ofta samexisterar är ett känt fenomen

och i tidiga studier har skenande tal har uppskattats till 5-17 % av flytstörningarna medan skenande tal samexisterande med stamning uppskattats till 30-67 % (Daly, 1996; Langova & Movarek, 1964; Weiss, 1967). I nyare litteratur föreslås att 1-2 % av befolkningen har talflytstörningar och av dessa utgör rent skenande tal 8-15 % medan 33-35 % har en kombination av stamning och skenande tal och 30 % har ren stamning (Van Zaalen, 2010). Dessa siffror stämmer relativt väl överens med Preuss bedömning (Preuss, 1987). Fibiger fann i en dansk tvillingstudie en självrapporteringsincidens på 12,2 % jämfört med 5,7 % för stamning (Fibiger et al., 2009).

Även när det gäller könsskillnader är siffrorna osäkra och varierande men liksom när det gäller stamning verkar det vara en överrepresentation för män (Fibiger et al., 2009).

Skenande tal diagnostiseras ofta först när barn kommit upp skolåldern. Förklaringar till detta kan dels vara att talhastigheten hos yngre barn är alltför låg för att symptomen ska bli tydliga och dels att det kan vara svårt att differentialdiagnostisera mellan skenande tal och språkstörning (Van Zaalen et al., 2009b, 2009d).

Utredning och bedömning

Skenande tal är ett mångfasetterat problem med skiftande symtombild. Utredningarna kan därför variera i omfattning men anamnes, högläsning, återberättande av text, spontantal, talmotoriktest samt frågeformulär och självskattning bör ingå. I de olika talsituationerna analyseras talhastighet, talflyt, artikulation, prosodi, språk och pragmatik. För

att upptäcka fonologiska och artikulatoriska svårigheter som metateser, assimilationer eller omissioner kan man lägga till uppgifter som att räkna baklänges från 100, läsa komplexa flerstaviga ord i olika taltempo eller läsa ord med olika betoningssmönster. Oralmotorik och diadochokinesis kan bedömas med hjälp av delar av olika test. Förutom informell bedömning av ordmobilisering och syntax i återberättande och spontantal kan fördjupad språkbedömning ibland även behöva göras med olika språktest. Högläsning, återberättande och spontantal bör spelas in för att kunna analyseras och generellt måste man tänka på att symptom på skenande tal blir tydligare då talet är mer informellt, emotionellt samt lingvistiskt komplext.

Högläsning. Vid val av text för högläsning bör man beakta att texter med många flerstaviga ord och/eller lingvistiskt komplexa fraser kan leda till mer symptom jämfört med korta ord och enkla fraser. I analysen noteras särskilt fonem- och stavelsesstrykningar («telescoping»), metateser, odistinkt artikulation, semantiska parafasier samt avvikande prosodi.

Återberättande. Den högre graden av språklig belastning vid återberättande jämfört med högläsning kan leda till mer skenande tal. Logopeden bör här också vara uppmärksam på förmåga att få med innehållet i korrekt följd, på stavelseord- och frasstruktur, pausering, ordmobilisering, förståelighet samt pragmatik.

Spontantal. I spontantal ökar mängden skenande tal ofta efter en längre stunds samtal liksom om personen

är engagerad i ämnet och samtalet. Samtal som spelas in och analyseras bör därför vara minst 10 minuter och beröra ett för patienten engagerande ämne.

Checklistor och självskattningsformulär.

Den mest använda checklistan är Dalys Predictiv Cluttering Inventory (Daly & Cantrell, 2006). Checklistan är trots revidering osäker som hjälp för att differentialdiagnostisera mellan stamning och skenande tal (Van Zaalen et al., 2009c).

Ward har sammanställt en checklista, Checklist of Cluttering Behavior, baserad på äldre listor samt på egen klinisk erfarenhet vilken skulle kunna fungera som en god hjälp vid utredning och terapiplanering (Ward 2006).

För att få kunskap om personens känslor och reaktioner på skenande tal kan man använda sig av S-24 (Andrews & Cutler, 1974) eller delar av WASSP (Wright & Ayre, 2000).

Cluttering Severity Instrument (CSI) kan användas som hjälp att bestämma svårighetsgrad. CSI består dels av en metod för bedömning av mängd skenande tal (% av ett talexempel som bedöms som skenande tal av logopeden) dels av ett instrument med åtta VA- skolor där logopeden gör en perceptuell bedömning av symtom som ofta är kopplade till skenande tal. (Bakker & Myers, 2010).

Databaserade mätinstrument. The Cluttering Assessment Instrument (CLASP) är ett program som mäter procent skenande tal av talad tid (Bakker et al., 2005). Program-

met kan fritt laddas ner från ICAs hemsida.

Van Zaalen har gjort en sammanställning av symtom som kan vara till hjälp vid diagnostisering av skenande tal (Van Zaalen, 2011):

Bedömningsparametrar	Skenande tal
1. Genomsnittlig talhastighet	Snabb och/eller oregelbunden hastighet
2. Icke-flyt	Hög andel normalt icke-flyt
3. Stamning	Ingen eller mycket lätt stamning
4. Problem med ordstruktur	Förekommer
5. Tänkbar orsak till felaktig satsstruktur	Fras- och ordrepetitioner, revisioner
6. Pauser	För få, för korta, lingvistiskt felplacerade
7. Uppmärksamhet	Förbättrar talet
8. Avspändhet	Försämrar talet
9. Tala främmande språk	Förbättrar talet
10. Högläsning av känd text	Försämrar talet
11. Högläsning av okänd text	Förbättrar talet
12. Kommunikations- eller talrädsla	Förekommer
13. Medvetenhet om symptom	Sällan
14. Medvetenhet om talproblem	Ofta
15. Ordrädsla huvudsakligen vid	Flerstaviga ord
16. Fonemrädsla	Förekommer ej

Terapi

Med tanke på diagnosens komplexa natur måste planering och upplägg av terapi utgå från patientens individuella problembild. Det finns inga studier som jämfört olika terapimetoder och forskningen hindras dels av avsaknaden av en definition och dels av att vi inte har instrument för mätning av svårighetsgrad vilket ger oss problem med evidens. Många terapeuter har dock stor erfarenhet av att arbeta med skenande tal och delar med sig av denna i artiklar och vid kongresser. Fokus vid beskrivning av terapi ligger oftast på taltempot men även på ökad medvetenhet om talet, artikulation, språk och interaktion.

Medvetenhet. Hur stor insikt personer med skenande tal har varierar men många patienter är medvetna om och frustrerade över sina svårigheter. Ökad kunskap om tal och kommunikation samt ökad medvetenhet om det egna talet är en viktig grund för

terapi. Att gemensamt analysera inspelat tal ger ökad medvetenhet om orsaker till att kommunikationen misslyckas.

Delaktighet. När medvetenheten ökar kan patienten själv välja ut vilka symptom som har störst påverkan på kommunikationen och därför är viktigast att arbeta med men också själv välja de strategier som är lättast att använda sig av för att styra talet.

Tempo. Att arbeta med talhastigheten kan även påverka andra symptom som artikulation och ordmobilisering och därmed ge ett generellt förbättrat tal. Patienterna har ofta fått höra att de ska prata sakta – vilket är

just det som de inte kan. Logopeden måste ge mer specifik återkoppling och hjälp att hitta strategier för att styra tempot. Att sätta mål för tempot utifrån en VA-skala och sedan spela in, lyssna och jämföra resultatet med målsättningen ger återkoppling och kan användas som stöd för att styra tempot. Även delayed auditory feedback kan vara ett hjälpmedel för att dra ned på tempot och styra artikulationen hos en del patienter. Ytterligare ett verktyg kan vara att förlänga vokaler eller stavelser eller att överdriva prosodin. Många patienter har problem med för få, för korta eller lingvistiskt felpplacerade pauser och att aktivt arbeta med pauser kan vara en hjälp för att styra tempot.

Artikulation. Artikulationen förbättras ofta om tempot sänks, om prosodin överdrivs, om tydlighet överdrivs, om patienten fokuserar på att få med alla stavelser eller om han/hon talar i kortare fraser.

Språk. För patienter med språkliga problem kan träning av ordmobilisering, syntax eller berättande behövas.

Pragmatik. Personer med skenande tal kan behöva öka sin medvetenhet om lyssnarens verbala och icke-verbala respons på talet och använda sig av denna som hjälp att styra talet. Ökad kunskap om pragmatik, t.ex. turtagning och pauser kan också vara till hjälp.

Hjälpmedel. Delayed Auditory Feedback, DAF, har visat sig kunna sänka taltempot hos en del personer med skenande al men man har inte funnit någon överföring av detta till

vardagen (St. Louis, 1996) . I Sverige kan olika varianter av DAF skrivas ut som hjälpmedel till personer som stammar (Alenbratt, 2009). Även personer med skenande tal som vid utprovning visar sig vara hjälpta av DAF har möjlighet att få hjälpmedlet utskrivet.

Myers har i olika publikationer betonat vikten av en helhetssyn när det gäller denna komplexa diagnos måste. De olika delarna i talprocessen samverkar med varandra och träning av en del kan ge positiva effekter även på andra delar. Myers benämner sin terapimodell kognitiv/behavioristisk och den har som mål att 1) öka medvetenheten om det egna talet, 2) utveckla förmågan att styra talet/beteendet och 3) utveckla förmågan att kontrollera tempot som stöd för motorik och lingvistik. (Myers, 2011). I modellen betonas också hur terapin har som mål att förbättra patienternas livskvalitet i vardag, skola och arbete och den är alltså väl förenlig med ett ICF-perspektiv enligt WHO (Yaruss, 1998).

Diskussion

Vi saknar alltså enighet om definition, vi saknar epidemiologisk forskning och vi saknar forskning om terapi. Men patienterna kan inte vänta på behandling tills forskarna enats och vi logopeder måste diagnostisera och behandla utifrån den kunskap vi har idag! Bildandet av ICA har varit och är av stor betydelse för forskning kring och möjlighet att få information om skenande tal. När forskare och kliniker från olika delar av världen nu kan samlas i ett gemensamt forum är det min förhoppning att vi snart har en definition och att forskningen om skenande tal intensifieras!

Referenser

- Alenbratt, E. (2009). SpeechEasy – Ett hjälpmedel för talflyt. FoU Rapport nr 6/2009. Habilitering och Hjälpmedel, Region Skåne.
- Alm, P. (2010). The dual premotor model of cluttering and stuttering: A neurological framework. I Bakker, K., Raphael, L., & Myers, F. (Eds), Proceedings of the First World Conference on Cluttering, Katarino, Bulgaria, 2007 (pp207-210). <http://associations.missouristate.edu/ICA>
- Alm, P. (2011). The nature and neurology of cluttering. I Ward, D., & Scaler-Scott, K. Cluttering. A Handbook of Research, Intervention and Education. Hove, UK: Psychology Press.
- Andrews, G., & Cutler, J. (1974). Stuttering therapy: The relation between changes in symptom levels and attitudes. Journal of Speech and Hearing Disorders, 39, 312-319.
- Bakker, K., St. Louis, K. O., Myers, F. L., & Raphael, L. J. (2005 a). Computer aided assessment of cluttering severity. Paper presented at the 8th International Stuttering Awareness Day On-Line Conference. October, 2005.
- Bakker, K., & Myers, F.L. (2010). Recent developments in the Cluttering Severity Instrument (CSI). Paper presented in the International Online Cluttering Conference, 2010. Retrieved on June 12, 2010 from <http://www.mnsu.edu/comdis/ica1/papers/bakker1c.html>.
- Daly, D. (1996). The source for stuttering and cluttering, East Moline (IL): Lingui Systems
- Daly, D.A., & Cantrelle, R.P. (2006). Cluttering: Characteristics identified as diagnostically significant by 60 fluency experts. Paper presented at the 6th IFA World Congress on disorders of fluency, Dublin, Ireland.
- Drayna, D. (2011). Possible genetic factors in cluttering. I Ward D. & Scaler-Scott K. Cluttering. A Handbook of Research, Intervention and Education. Hove, UK: Psychology Press.
- Fibiger, S, von Bornemann, H.J, Fagnani, C., & Skytthe, A. (2009). Genetic epidemiological relations between stuttering, cluttering and specific language impairment. Seminar presented at the 6th World Congress on Fluency Disorders. Rio de Janeiro, Brazil.

- ICD-10 (1997). World Health Organisation. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Vol.1.
- Langova, J., & Moravsek, M. (1964). Some results of experimental examinations among stutterers and clutterers. *Folia Foniatrica* 16:290-296
- Myers, F. (2011). Treatment of cluttering: a cognitive-behavioral approach centered on rate control. I Ward, D. & Scaler-Scott, K. Cluttering. A Handbook of Research, Intervention and Education. Hove, UK: Psychology press.
- Preuss, A. (1987). Stammering og løpsk tale. 2e utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reichel, I. K., & Bakker, K. (2009). Global landscape on cluttering. Perspectives on Fluency and Fluency Disorders 19 (2), 62-66. Special Interest Division 4, Fluency and Fluency Disorders, American Speech-Language-Hearing Association (ASHA).
- St. Louis, K. (1996). Efficacy of delayed auditory feedback for treating cluttering: Two case studies. *Journal of Fluency Disorders*, Volume 2, 305-314
- St. Louis K. O., Myers F., Bakker K., & Raphael L. J. (2007). Understanding and treating cluttering. I E.G. Conture & R.F. Curlee (Eds), *Stuttering and related disorders of fluency* 3rd ed., pp 297-325 New York: Thieme
- Teigland, A. (1996). *Journal of Fluency Disorders* 21, issues 3-4.
- Van Zaalen, Y. (2010). The defective language automatization hypothesis in cluttering. Paper presented at the 2nd European Symposium on Fluency Disorders, Antwerp, Belgium.
- Van Zaalen, Y., Wijnen, F., & DeJonckere P. (2011). The assessment of cluttering: rationale, tasks and interpretation. I Ward, D. & Scaler-Scott, K. Cluttering. A Handbook of Research, Intervention and Education. Hove, UK: Psychology Press.
- Van Zaalen, Y., Wijnen, F., & DeJonckere, P. (2009b). Language planning disturbances in children who clutter or have learning disabilities. *International Journal of Speech and Language Pathology*, 11, 496-508.
- Van Zaalen, Y., Wijnen, F., & DeJonckere, P. (2009c). Differential diagnostics between cluttering and stuttering, part one. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 137-146.
- Van Zaalen, Y., Wijnen, F., & DeJonckere, P. (2009d). Differential diagnostics between cluttering and stuttering, part two. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 146-154.
- Ward, D. (2006). *Stuttering and cluttering: Framework for understanding and treatment*. Hove, UK: Psychology Press.
- Ward, D., & Scaler-Scott, K. (2011). *Cluttering. A Handbook of Research, Intervention and Education*. Hove, UK: Psychology Press.
- Weiss, D. (1964). *Cluttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Wright, L., & Ayre, A. (2000). WASSP: Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile. Bicester: Speechmark.
- Yaruss, J.S. (1998). Describing the consequences of disorders: Stuttering and the international classification of impairment, disabilities and handicaps. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 249-257.



Hamar kommune
www.hamar.kommune.no

Hamar kommune har egen logopedtjeneste som er en del av Spesialpedagogisk team. Teamet er lokalisert i Hamar rådhus.

Logoped i Hamar

Hamar kommune søker logoped i 100 % fast stilling. Virkefeltet er barnehage og grunnskole.

Kvalifikasjonskrav:

Logoped med bakgrunn som lærer eller førskolelærer.

Hamar kommune tilbyr gode faglige vilkår og fine muligheter til å holde seg faglig oppdatert.

Lønn etter avtale. Arbeidet innebærer kjøring til barnehager/skoler, og det er derfor nødvendig å disponere bil.

Søknadsfrist: 15.10.11.

Søkere bør bruke elektronisk søknadsskjema via nettsiden **www.hamar.kommune.no/ledigestillinger**

Ved tilsetting kreves politi- og tuberkulinattest ikke eldre enn 3 mndr.

Spørsmål kan rettes til leder av teamet:

Björg Larsen,

tlf. 62 51 05 19, mob. 97 64 73 38.

Constraint induced språkterapi (CIST) i tidlig afasirehabilitering

En sammenfatning av min doktorgradsstudie

I denne artikkelen presenteres et sammendrag fra min doktorgradsstudie om anvendbarheten av constraint induced språkterapi (CIST) i tidlig afasirehabilitering. Studien ble gjennomført som stipendiat ved Institutt for spesialpedagogikk, Det Utdanningsvitenskapelige fakultet ved Universitetet i Oslo i perioden 2006-2010 og i avslutningsfasen ved Sunnaas sykehus HF. 14. juni i år fikk jeg anledning til å forsvare avhandlingen for tittelen PhD (se eget bidrag). I denne sammenfatningen vektlegges spesielt prinsippene og metoden for gjennomføring av CIST-programmet slik at andre logopeder kan få innsikt i hvordan CIST kan anvendes i den kliniske hverdagen.

Innledning

Doktorgradsstudien er beskrevet på engelsk i avhandlingen med tittelen «The Applicability and Outcome of Constraint Induced Language Therapy (CILT) in Early Aphasia Therapy» (Kirmess, 2011). Avhandlingen består av fire deler: 3 artikler og en kappe. Kappe danner rammen for artiklene og binder disse sammen. I kappen beskrives utførlig teorien og forskningen bak constraint induced språkterapi, datainnsamling og generelle diskusjoner. Avhandlingens kappe er elektronisk fritt tilgjengelig på:

<http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=127417>.

Lenker til artiklene finnes på samme sted og legges til fortløpende ved publisering. Tilgang til artiklene vil være avhengig av avtaler med de ulike tidsskrifter, for eksempel er de tilgjengelig gjennom biblioteket ved Universitetet i Oslo.

Teoretisk bakgrunn for CIST

Constraint induced språkterapi bygger på nyere viten om hjernens plastisitet og evnen til å reorganisere seg også etter en skade som hjerneslag (Dietrichs, 2007; Hillis & Heidler, 2002). Hjernens plastisitet er grunnleggende for all form for læring, både motorisk, kognitiv og perseptuell (Becker, 2009). Dette innebærer en generell evne til å kunne tilpasse ny kunnskap og individets erfaringer gjennom organisert opplæring eller trening, stimulerende (lærings)miljøer og spesifikk øvelse av en ferdighet.

For at hjernen skal få impulser og aktivere relevante nettverk, trenger den informasjon fra den aktuelle kroppsdelene eller funksjonen.

Dette beskrives ofte med begrepet erfaringsavhengig eller bruksavhengig plastisitet (experience-dependent eller use-dependent plasticity) (Kleim & Jones, 2008). Ordtaket «Øvelse gjør mester» dekker på mange måter den positive grunntanken bak treningsformen constraint induced terapi. Mangel på stimulering kan derimot føre til motsatt effekt og i ytterste konsekvens ende i nedsatt funksjon (jf. 'Use it or lose it', Kleim & Jones 2008).

Teorien og prinsippene bak treningsprogrammet constraint induced terapi forklares enklest ved eksempler fra fysio- eller ergoterapi, for eksempel for en person med en lammet hånd. Kompensering ved for eksempel å bare bruke den friske hånden, kan føre til understimulering av hjernen og såkalt «lært ikke-bruk» (Taub et. al, 2006). Det vil si at man må bruke en funksjon eller ferdighet hvis hjernens plastisitet skal utnyttes i rehabilitering etter en hjerneskeade. Dette oppnås ved å bruke den lammede hånden i oppgaver som er tilpasset det nivået



Melanie Kirmess

PhD, Logoped MNLL. Hun jobber på Sunnaas sykehus HF i klinikk for hjerneskeade og som fagsjef. I tillegg har hun en bistilling som førsteamanuensis ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo som emneansvarlig for et nytt deltidsstudie i logopedi.

e-post:

logoped.m.kirmess@gmail.com

personen klarer på det tidspunktet (ibid). Dette kan være å trene på å gripe rundt en kopp, kle på seg eller skrive med penn. Det beste treningsutbytte får personen når oppgaven oppleves som nyttig og meningsfylt for hans/hennes liv. Personen skal klare å mestre oppgavene, eventuelt med litt støtte, slik at det blir positive erfaringer for videre bruk. Samtidig trenger hjernen noen utfordringer for stadig å bli litt bedre og derfor økes gradvis vanskelighetsgraden, såkalt shaping. Høy intensitet (3-6 timer om dagen for kortere perioder) og repetisjon er to andre viktige prinsipper for å oppnå de positive resultatene med constraint induced terapi (Taub et al, 2006). For at man ikke skal fristes til å bruke den friske hånden, får man ofte en stor vott på den som skal hindre den i å bli brukt. Denne hindringen av den friske hånden for å trene den lammede hånden er det som menes med begrepet «constraint induced».

Constraint induced motorisk terapi har allerede vært anvendt i over 20 år. Derimot har det vært utfordrende å overføre den type teori og trening til en mindre synlig vanske som språk. Pulvermüller og kolleger (2001) gjennomførte en studie hvor de anvendte prinsippene fra constraint induced motorisk terapi på språkområdene, mer spesifikt talespråk. Deres teori bygger på antakelsen at når det er vanskelig å si ordene, ville noen personer heller unngå å si ord og bruke gester, skrift eller andre måte å kommunisere på istedenfor. På den måten vil hjernen ikke få nok aktivisering av områdene som er tilknyttet talespråk, dvs. den ville lære seg 'å ikke-bruke ekspressiv tale'. Derfor fokuserte Pulvermüller og kolleger (2001) i sitt treningsprogram på å finne en måte hvor personene var nødt til å bruke muntlig tale for å kommunisere. Responsmuligheter innskrenkes (constraints) til muntlig svar ved bruk av visuelle hinder, dvs. en skjerm plasseres på bordet slik at deltakere ikke ser hverandre (se illustrasjonsbilde). Dermed hindrer man andre kommunikasjonsformer som å lese fra lepper, tolke kroppsspråk og skrift.

Det bør fremheves at alternative strategier som gester og skrift er funksjonelle og viktige i kommunikasjon, samtidig vil de ifølge teorien bak CIST kunne hemme optimal rehabilitering av talespråkets spesifikke nevronale nettverk i hjernen. Det kan sammenlignes med ulike syn på rehabilitering, hvor CIST representerer gruppen for utfallsbasert tilnærming (impairment based) frem-



CIST-oppsett.

for den konsekvensbaserte eller sosiale tilnærmingen (consequence based) (Thompson & Worrall, 2008). De to tilnærmingene er derimot ikke gjensidig utelukkende, men bør heller sees som komplementære.

Prinsippene for CIST kan sammenfattes i følgende stikkord:

- Intensitet
- Repetisjon
- Positiv tilbakemelding
- Mestring og nærmeste utviklingsnivå (shaping)
- Constraint induced, dvs. fokus på et spesifikt treningsområde (her talespråk)
- Relevans for dagliglivet (situasjoner og treningsmateriell)

Gjennom det siste tiåret har det blitt publisert en del forskningsstudier om CIST (på engelsk henholdsvis kalt constraint induced aphasia therapy, CIAT, eller constraint induced language therapy, CILT). De fleste studier er gjennomført med personer som har levd med afasi i mer enn et år, dvs. som har kommet i den kroniske fasen.

I sin originale studie sammenlignet Pulvermüller et al. (2001) CIST med 'vanlig' afasiterapi i tilsvarende timeomfang, og viste til bedre resultater på ulike språkmål

for CIST-gruppen. For å undersøke om intensiteten, materiell og gjennomføring var en avgjørende faktor for denne forskjellen, sammenlignet Maher et al. (2006) CIST med en gruppe afasirammede som kunne bruke totalkommunikasjon basert på PACE-prinsippene. Begge gruppene omfattet samme intensitet, omfang og materiell. Resultatene viste fremgang for begge grupper, men signifikant større fremgang for CIST-gruppen når det gjaldt talespråk. Meinzer og hans kolleger har gjennomført ulike studier hvor de har replikert tidligere resultater, samt har vurdert bruk av assistenter under veiledning (Meinzer, Streiftau, & Rockstroh, 2007) og involvering av pårørende (Meinzer et al, 2005).

Mens de fleste CIST-program fokuserer på trening av substantiv (som også gjelder for min studie, se senere avsnitt) har noen forskere undersøkt effekten av CIST for bedring av verbproduksjon (Goral & Kempler, 2009) og agrammatisme (Faroqi-Shah & Virion, 2009). Studier fra bildetaking av hjerneaktivitet for eksempel med fMRI viser økt aktivering i relevante hjerneområder for språkproduksjon etter bruk av CIST, noe som støtter teorien (se for eks., Breier et al., 2009; Meinzer & Breitenstein, 2008). Review-artikler (Cherney et al., 2008; Raymer et al., 2008) har fremhevet at CIST har lovende elementer, men at det foreligger spørsmål om hvilke faktorer som bidrar til størst utbytte, anvendelse i klinikken (i stedet for forskningsenheter) samt tidsperspektivet, dvs. når i rehabiliteringsforløp den type tilnærming synes å være mest virksom.

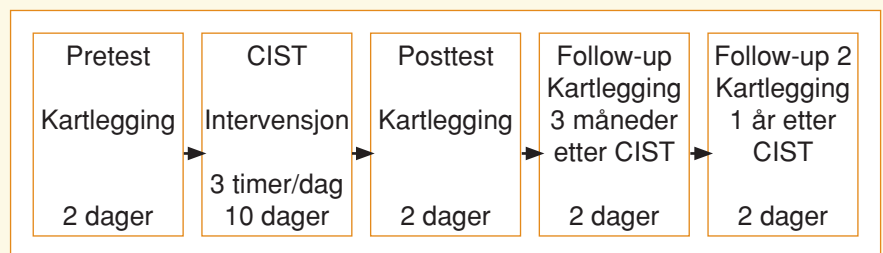
Formålet med min studie

Først og fremst var CIST i 2006 såpass nytt i verden, at det ikke var prøvd ut eller anvendt i Norge. Et av målene var derfor å tilrettelegge metoden/programmet for bruk på norsk. Som nevnt ovenfor, er internasjonale CIST-studier gjennomført med personer med kronisk afasi, som til tross for lang tid etter hjerneslag kan vise til spennende resultater når det gjelder bedring av språkfunksjoner. Gjennom min arbeidserfaring fra akuttsykehus ønsket jeg derimot å se på metoder som også kunne passe i tidlig rehabilitering, dvs. de første månedene etter et hjerneslag. Intensiteten og deltakelse i et CIST-program er omfattende og krevende. Formålet

ble derfor å undersøke om det var mulig å gjennomføre et slikt CIST-program i den tidlige fasen og hvilken virkning dette ville ha. Personer med afasi som deltok i min studie hadde hatt afasi i minst en måned og maksimalt fire måneder. Det viste seg at på dette tidspunktet, dvs. i 2006, var det ingen andre forskningsresultater tilgjengelig som undersøkte virkningen av CIST innenfor det første året etter hjerneslaget. Dermed ville studien kunne bidra til ny kunnskap innen afasiforskning.

Metode

Doktorgradsstudien ble gjennomført som en pretest-posttest intervensjonsstudie med oppfølgende måling minimum 3 måneder etter deltakelse på CIST. For tre deltakere var det mulig å samle inn tilleggsdata for langtidsoppfølging etter et år. Studieforløpet illustreres i figur 1. Den planlagte kontrollgruppen måtte revideres gjennom prosjektperioden på grunn av vansker med å finne aktuelle deltakere.



Figur 1. Oversikt over datainnsamling for CIST-studien.

CIST-program omfattet 3 timer med daglig språktrening for en periode av 10 fortløpende arbeidsdager i samsvar med tidligere studier (f.eks. Pulvermüller et al., 2001). Språktreningen foregikk fortrinnsvis i små grupper med 2 til 3 afasirammede pluss logoped. Fordi deltakertilgangen på akuttsykehus kunne være begrenset, ble CIST også gjennomført i en-til-en situasjoner med logopeden som den andre kommunikasjonspartneren.

Det samme kartleggingsbatteriet ble gjennomført ved alle målepunkter og bestod av følgende deler:

- Norsk Grunntest for Afasi inklusive spontale tale (Reinvang & Engvik, 1980)
- Kartlegging av oral og talepraksi (Reinvang & Engvik, 1980)
- Verb- og setningstest (VOST) : del 7 – setningskonstruksjon (Bastiaanse, et al., 2006)

- PALPA (del 54): Bildebenevning: frekvens (Kay, Lesser, & Coltheart, 2009)
- Test for reception of grammar (TROG-2) (Bishop, 2009)
- Kaketyveriet– bildebeskrivelse (Goodglass & Kaplan, 1972)
- Baseline-CIST
- Spørreskjema for nærpersioner (CETI)
- Evalueringskjema for deltakererfaring med CIST

Studiens troverdighet og oppnåelse av relevante slutninger var avhengig av at kartlegging og CIST-programmet ble gjennomført i likt mulig grad av alle parter. Derfor ble det laget materiell, prosedyrer for gjennomføring og skåringssystemer som alle logopeder som bidro til datainnsamling skulle følge. All kartlegging og daglige utdrag fra intervensjonen ble videofilmet for validering.

Deltakere ble rekruttert ved hjelp av logopeder som hadde vist sin interesse for prosjektet, det vil si at studien representerer et tilgjengelighetsutvalg.

Tabell 1. *Deltakerbeskrivelse.*

Kasus	Alder	Kjønn	Utdanning (år)	Type hjerneslag	Thrombolyse	Afasitype	Grad av afasi	Tid etter slaget (mnd)	Follow-up (mnd etter CIST)	Taleapraksi	Gruppe-deltaker	CIST timer
FOT	43	M	15	Iskemisk	Ja	Ikke-flytende	Moderat	2	6	Nei	Ja	30
MX	51	M	12	Blødning	Nei	Ikke-flytende	Mild	3	4	Ja	Ja	27
TT	54	M	15	Iskemisk	Nei	Flytende	Mild	2	7	Nei	Ja	30
RD	55	K	11	Blødning	Nei	Ikke-flytende	Mild	4	11	Nei	Ja	28
BM	59	M	12	Iskemisk	Nei	Flytende	Moderat	1	6	Nei	Ja	30
DS	66	K	10	Iskemisk	Nei	Ikke-flytende	Alvorlig	2	11	Ja	Ja	25.5
PL	67	M	16	Iskemisk	Ja	Flytende	Alvorlig	2	5	Ja	Ja	30
GA	68	M	16	Blødning	Nei	Ikke-flytende	Alvorlig	1	NA	Ja	Nei	24.5
LL	78	K	7	Iskemisk	Ja	Flytende	Moderat	1	10	Nei	Nei	27
HP	89	K	13	Iskemisk	Nei	Ikke-flytende	Moderat	1	4	Ja	Nei	20

Intervensjonen foregikk ved akutt- og rehabiliteringssykehus i Norge. På den måten ble studien gjennomført i en vanlig logopedisk hverdag og måtte tilpasses rammene innenfor tverrfaglig rehabilitering i den første fasen etter et hjerneslag. Inkluderingskriteriene omfattet personer med afasi minst 4 uker og maksimalt 4 måneder etter førstegangs hjerneslag i venstre hemisfære. Videre skulle deltakere oppfylle følgende kriterier: medisinsk stabilitet, norsk som morsmål (førstespråk), premorbid høyrehendt, forståelse av ja/nei spørsmål

over sjansenivå (NGA), minst mulig grad av tilleggsvansker (f. eks. apraksi, hukommelsesvansker, syn, hørsel) og ha relevant oppmerksomhet og utholdenhet for å kunne delta på et slikt intensivt tilbud. Ekskluderingskriterier omfattet andre kjente nevrologiske/psykiatriske diagnoser.

Utfordringen med et slikt tidlig tidspunkt var at mange personer med afasi enten var utskrevet fra akuttssykehus eller ennå ikke hadde fått tilbud på rehabiliteringssykehus. Dette gjorde deltakerrekruttering på de involverte institusjonene vanskelig i perioder. Til slutt omfattet studien 10 deltakere med afasi i alderen 43 til 89 år. Graden av afasi varierte fra å kunne si få ord til omfattende taleproduksjon og var ikke begrenset til noen spesifikke former. Flere personer hadde taleapraksi i tillegg. Deltakere måtte derimot forstå hensikten med CIST-programmet og kunne gi sitt samtykke til deltakelse. Alle deltakere fullførte CIST-intervensjonen, mens bare ni gjennomførte oppfølgende måling (follow-up) på grunn av medisinske problemer for deltaker GA. En oversikt over deltakere med anonymiserte initialer presenteres i tabell 1.

Gjennomføring av CIST-programmet

Constraint induced språkterapi innebærer at deltakere utelukkende benytter muntlig tale som kommunikasjonskanal. Dvs. det er bare verbale ytringer som gjelder som korrekt respons, og det er *ikke* tillat å bruke alternative kommunikasjonsformer. Det har derimot ikke vært noe begrensning i å bruke håndbevegelser for egen stimulering, i motsetning til andre studier som har bedt folk «å sitte på hendene». Responsformen ble ytterligere modifisert gjennom gradvis økning i kompleksiteten av den

forventete ytringslengden og innhold. Kompleksiteten økes ved enten å tilføre flere beskrivende elementer (jf. ulike nivåer) eller ved å forandre fra høy- til lavfrekvente kategorier.

Logopedens oppgave er å være til støtte for den afasirammede ved å fremme og forme (såkalt shaping) produksjon av muntlige ytringer. Det betyr at logopeden for eksempel i begynnelsen eksplisitt modellerte den ønskete muntlige responsen, som i noen tilfeller krevde direkte gjentakelse; det ble benyttet fonologisk prompting så vel som semantiske hjelpeformer og andre typer støtte, for å øke sjansen for riktig muntlig svar. Hovedfokus i CIST-gruppen er at den afasirammede i størst mulig grad produserer ytringen selv og dermed opplever høy grad av mestring.

Selve språktreningen omfatter en kortspillaktivitet, hvor målet er å samle par. For å få kortet man trenger, må

man spørre de andre deltakere om de har det. For å sikre studiens validitet, det vil si at alle deltakere uavhengig av sted skulle ha samme bildemateriell, ble det laget et bildemateriell spesielt for studien (se bildeeksempel).

For bruk av CIST-metodikk i logopedisk praksis kan alle typer bilder, for eksempel fotografier, brukes når de foreligger parvis. I denne studien ble det brukt bilder innen 10 kategorier med ti substantiv i hver kategori og innenfor høy- og lavfrekvente ord. Substantivene ble valgt for å reflektere områder med relevans for dagliglivet i den tidlige afasirehabiliteringen og utelukke ord fra kartleggingen. Strukturen i aktiviteten omfattet fire ulike nivåer, fra ett-ordsytringer (nivå 1) til komplekse setninger. Både forespørsel om et kort og respons skulle være så fullstendige setninger som mulig.

I tabell 2 skisseres de ulike nivåene og forventet spørsmål og respons med eksempler.

Tabell 2. Oversikt over CIST-kort og struktur i kortspillaktiviteten.

Nivå	Materiell Parvis kort	Formuleringsmåte	Forventet forespørsel	Forventet respons	Hjelpespørsmål (eksempler)
1	Gule kort Bildet av en ting/person eks. mann, bil	Enkeltord – svar. Ønskelig med intonasjon for å antyde spørsmål	Benevning «Brød?»	Ja + benevning «Ja, brød» Nei + benevning «Nei, ikke brød.»	Hva spurte han/hun om?
2	Gule kort som i nivå 1	Spørreformulering og navn av person som skal svare. Det tillates ulike former for spørreformulering, ('kan jeg få, har du, vil du gi meg')	Navn, har du *benevning*? «Peder, har du brød?»	Ja, jeg har *benevning*. «Ja, jeg har brød.» Nei, jeg har ikke *benevning*. «Nei, jeg har ikke brød.»	Hva er navnet hans/hennes? Hva spurte han om?
3	Røde kort Hvert kort forekommer nå i to utgaver, skilt ved ulike egenskap (f.eks. ung mann versus gammel mann)	Som nivå 2 med tillegg av adjektiv frase	Navn, har du en/ett *adjektiv* *benevning*? «Peder, har du ferskt brød?»	Ja, jeg har en *adjektiv* *benevning*. «Ja, Inge, jeg har ferskt brød.» Nei, jeg har ikke en *adjektiv* *benevning*. «Nei, Inge, jeg har ikke ferskt brød.»	Hva slags «benevning» er det? Kan du si noe mer om det? Hvordan ser det ut?
4	Blå kort I tillegg til adjektivforskjell har bildene nå også ulike antall (f.eks. 2 unge menn versus 3 gamle menn)	Som nivå 3 med tillegg av antall	«Navn, har du *antall* *adjektiv* *benevning*? «Peder, har du to ferske brød?»	Ja, navn, jeg har *antall* *adjektiv* *benevning*. «Ja, Inge, jeg har to ferske brød.» Nei, navn, jeg har ikke *antall* *adjektiv* *benevning*. «Nei, Inge, jeg har ikke to ferske brød.»	Hva slags «benevning» er det? Hvor mange? Kan du beskrive det mer nøyaktig.



Bildemateriell for de ulike nivåene.

Nivå 3 og 4 involverte benevning av en egenskap ved målordet. Det var ikke lagt noen begrensninger på hva denne egenskapen skulle være og kunne derfor innby til variert bruk av vokabular. Det viste seg at det oftest ble brukt et adjektiv som farge, størrelse eller form (for eksempel «Har du en rød bluse?»), mens andre bilder inviterte til bruk av adverb (for eksempel «Har du et løpende barn?»). Relativsetninger ble også god tatt, for eksempel «Har du en mann som smiler?».

Resultater

Resultatene fra CIST-studien beskrives hovedsakelig i artiklene.

Den **første artikkelen** er skrevet sammen med min veileder, logoped Dr. Lynn M. Maher fra USA. I denne artikkelen (Kirmess & Maher, 2010) beskriver vi resultater fra de første 3 deltakerne (HP, GA og FOT) som gjennomførte CIST i den tidlige rehabiliteringen som kasusstudier. Resultatene viser tydelig fremgang på de ulike afasitestene. Spesielt synes det å være større grad av fremgang på å kunne produsere ord sammenlignet med for eksempel språkforståelse. Dette er ønskelig når fokus for rehabiliteringen er bedring av talespråk og tyder på at CIST har en treningsspesifikk effekt. Resultatene

bekreftet at det var mulig å gjennomføre CIST såpass tidlig i rehabiliteringen, selv om det måtte gjøres enkelte tilpasninger i timeplanen.

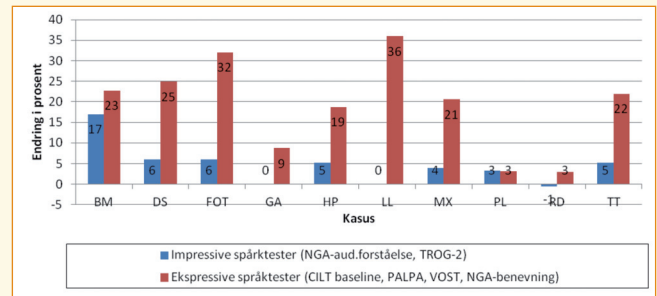
Utfordringen med enhver tidlig intervensjon ligger i at man ikke kan utelukke spontan bedring som en del av endringen man observerer. Ved kasusstudier vil signifikant-esting ikke alltid være den mest tilfresstillende metoden. Derfor ble forskjeller mellom pre- og posttest-presentasjoner nærmere undersøkt ved å bruke matematiske beregninger i form av effektstørrelser. Sammenlignet med meta-analyser om effektivitet av afasirehabilitering i tidlig fase gjennomført av Robey (1994, 1998) viste det seg at de foreliggende resultatene oversteg

grensen for spontan bedring alene. Det vil si at effektstørrelsene støttet et positivt utbytte av CIST utover det som bare er spontan bedring.

Den **andre artikkelen** ble skrevet sammen med lingvist Dr. Marianne Lind fra ILN, Universitetet i Oslo. Vi undersøkte om den positive effekten på testresultater for deltakere også kunne gjenfinnes i samtaler (Kirmess & Lind, 2011). En samtale er en språklig mer kompleks konstruksjon enn for eksempel det å benevne et ord eller å si en setning om et bilde. Siden bedring av muntlig språk i samtaler er det generelle mål for all afasirehabilitering, ønsket vi å se om analyse av samtaletekster kunne være et supplerende mål for virkning i tillegg standardiserte tester. Videoopptak som viser den afasirammede i samtale med sin logoped basert på spontan tale oppgaven fra NGA ble transkribert for tre av deltakerne (MX, LL og HP) basert på at de presterte tilstrekkelig taleproduksjon for videre analyse. Forkortete tekstutvalg på 200 ord av hver deltaker for hvert målepunkt ble benyttet for detaljert analyse av substantiv og verb. Analysen omfattet den totale forekomsten av substantiv og verb, antall ulike substantiv og verb produsert, variasjon, spesifisitet og relasjonen mellom høy og lavfrekvente substantiv og verb henholdsvis (jf. Lind et al., 2009).

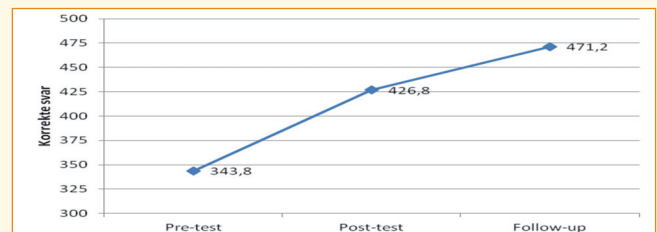
Overraskende nok produserte våre tre kasus flere verb enn substantiv på alle målinger, noe som er en motsatt tendens enn de fleste beskrivelsene i afasilitteraturen viser. Etter CIST-intervensjonen produserte alle tre kasus lengre ytringer, samt at de hadde en lett bedring av taleflyt. Analyse av substantivproduksjon viste at alle tre afasirammede produserte flere substantiv etter gjennomføring av CIST-intervensjonen enn før, og at disse også var mer varierte og spesifikke. I tillegg ble to nye ordgrupper undersøkt som mulige prediktive mål innenfor substantiv og verbproduksjon: sammensatte substantiv og såkalte lette verb (Lind et al., 2010). En økning i bruk av sammensatte substantiv reflekterer en mer spesifisert og kompleks ordaktivering, og er dermed et ønsket resultat som også ble bekreftet av våre data. Såkalte lette verb (for eksempel å ha, å være, å drive med, å få) antas å ha en generell funksjon og er lettere å aktivere. Derfor er det ønskelig med en reduksjon i bruk av den type verb til fordel for mer spesifikke verb. Dette gjenspeilte seg i våre data. I sum ble dermed innholdet i samtalerne både mer entydig og mer omfattende, det vil si at mer informasjon ble formidlet. Dette støtter en overføringsverdi av CIST til daglig samtale og kommunikasjon. Det må påpekes at det ikke ble spesifikt fokusert på verbaktivering og verbvariasjon i CIST-intervensjonen. Derfor kan resultatene tyde på en mulig overføringsverdi selv til utrente lingvistiske elementer innenfor samme ordgruppe.

Den **tredje artikkelen** er jeg aleneforfatter på i følge fakultetets reglement, og prosessen med publisering pågår fortsatt. Artikkelen gjenopptar resultatene fra den første artikkelen, men evaluerer nå hele gruppen av 10 deltakere og ser på vedlikehold av endring over tid. Selv om individuelle resultater vil ha størst betydning for den enkelte deltaker, tillater et større utvalg at man kan gjennomføre beregninger om statistisk signifikans på gruppenivå, som er viktig innenfor forskning for å undersøke tilfeldige endringer. På individnivå indikerer resultatene at 8 av 10 deltakere opplever signifikant bedring på minst et språklig mål etter CIST-intervensjonen. For flertallet av deltakere observeres større grad av endring på språkproduksjon sammenlignet auditiv forståelse eller skrift, i tråd med studiens formål. Samtidig forekommer store individuelle forskjeller. Figur 2 illustrerer endringer for henholdsvis ekspressive og impressive språktester for hvert kasus før og etter CIST-intervensjonen, dvs. målt med to ukers mellomrom.



Figur 2. Individuell endring på ekspressive og impressive språktester etter CIST-intervensjonen.

Statistisk analyse på gruppenivå viser at deltakergruppen som helhet har en signifikant bedring på det overordnede, sammenlagte språkmålet. At dette ikke bare kan tilskrives spontan bedring bestyrkes av en høy effektstørrelse. Analyser fra oppfølgende måling (gjennomsnittlig 7 måneder etter CIST-deltakelse) tyder på at den positive endringen vedvarer over tid og forsetter å øke på et signifikant nivå. Dette tyder på at det ikke foreligger påfallende negative konsekvenser for tidlig rehabilitering med CIST. Det må påpekes at de fleste afasirammede fortsatte med vanlig logopedoppfølging etter CIST, som kan være en del av forklaringen for videre fremgang. Samtidig observeres at bedringskurven flater mer ut i perioden fra posttest til follow-up. Figur 3 illustrer disse endringene på gruppenivå.



Figur 3. Endringer i antall korrekte svar på det sammenlagte språkmål fra pre- til posttest og follow-up.

I etterkant av posttestingen ble alle afasirammede spurt om deres erfaringer med å delta i et slikt intensivt tilbud som CIST. Svarene var generelt positive og dermed oppløftende for videre bruk av metoden i logopedisk praksis. Samtidig beskrives det også at CIST er krevende for deltakere og kan oppleves som slitsomt. Allikevel ønsket noen deltakere seg enda mer intensive tilbud, fordi de opplevde «at det nyttet å gjøre en jobb», mens andre ga uttrykk for behov for færre timer eller varie-

rende innhold. Dette tyder på at det er ønskelig med individuell tilrettelegging når man anvender CIST i vanlig logopedisk arbeid utenom forskningen for å optimalisere utbytte for den enkelte.

Konklusjon

Basert på resultatene presentert i de tre artiklene tyder alt på at CIST kan gjennomføres i den tidlige rehabiliteringsfasen med positiv virkning for bedring av talespråk. Individuell tilrettelegging med hensyn til omfang og innhold anses som forutsetning for optimal utbytte av rehabiliteringspotensialet gjennom CIST. Studien omfatter derimot bare et begrenset utvalg av 10 personer med afasi, og ingen kontrollgruppe. Dette medfører en del metodiske utfordringer når det gjelder å trekke valide slutninger om virkningen av CIST og bivirkning av andre faktorer, spesielt spontan bedring. En utførlig metodediskusjon er beskrevet i kapittel 4 i kappen. Studiens progresjon peker også på utfordringer som følger med å få gjennomført intensive tilbud i dagens opplærings- og helsesystem for afasirammede. Dette utgjør et av temaene som drøftes i den avsluttende generelle diskusjonen i kappen.

Nytteverdien av CIST-studien reflekteres i overføring av forskning til anvendelse i den kliniske hverdagen. Som følge av involvering av logopeder flere steder i landet, har implementering av CIST i logopedisk arbeid fått en forenkelt start. For eksempel har Sunnaas sykehus HF utviklet et tre-ukers program for intensiv afasirehabilitering med to timer CIST-språkgruppe daglig. I etterkant av studien er det også laget et introduksjonskurs for Voksenopplæring og andre relevante faggrupper, samt at Sunnaas sykehus har mottatt logopeder til hospitering fra inn- og utland.

Avslutning

Kelly, Brady & Enderby (2010) drøfter i den siste Chochrane-metaanalysen at det fortsatt ikke foreligger sikker kunnskap om i hvilken grad afasirehabilitering er effektiv målt med medisinske standarder. Det er derimot ikke nødvendigvis afasibehandling som ikke er tilstrekkelig, men heller målemetoden som legges til grunn for en slik konklusjon. Samtidig påpekes det at det sees generelt positive resultater med intensive tilbud, for eksempel som CIST. Forfattere (ibid) fremhever videre at det er usannsynlig at det noen gang vil finnes én form for afasirehabilitering som hjelper alle afasirammede, men at man heller bør undersøke hvilke elementer i en behandlingsform som har positive virkninger i hvilke situasjoner. CIST er i så måte ikke noe unntak, med grunnleggende spørsmål som: Hvem kan ha best utbytte av CIST? På hvilket tidspunkt? I hvilket omfang? Basert på dette kan det konkluderes med at CIST kan passe for noen afasirammede, men slett ikke alle. Det er et av verktøyene i en logopedisk verktøykasse og bør derfor sees som et supplement. CIST kan være en del av et langvarig tilbud om afasirehabilitering.

Doktorgradsstudien har vært en lærerik periode hvor jeg fikk anledning til å fordype meg i et emne. Det å forske videre på CIST vil også være et ønske for i fremtiden. Et slikt studieprosjekt blir verdiløst uten sine deltakere. Derfor ønsker jeg å takke alle personer med afasi som har deltatt og deres pårørende, samt alle logopeder og tverrfaglige kollegaer som har bidratt til at dette prosjektet ble mulig å gjennomføre.

Nordisk Afasidag
10. oktober 2011

Referanser:

- Bastiaanse, R., Lind, M., Moen, I., & Simonsen, H. G. (2006). Verb-og setningstest VOST. Oslo: Novus forlag.
- Becker, F. (2009). Afasi og plastisitet - hvordan språkbearbeidelsen i hjernen kan endre seg etter skade. Norsk tidsskrift for logopedi, 55(1), 5-12.
- Bishop, D. V. M. (2009). Test for reception of grammar. Version 2. TROG-2 manual. Norsk versjon. (S.-A. H. Lyster & E. Horn, Trans.). London: Pearson Education, Inc.
- Breier, J. I., Juraneck, J., Maher, L. M., Schmadeke, S., Men, D., & Papanicolaou, A. C. (2009). Behavioral and neurophysiologic response to therapy for chronic aphasia. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90(12), 2026-2033.
- Cherney, L. R., Patterson, J. P., Raymer, A., Frymark, T., & Schooling, T. (2008). Evidence-based systematic review: Effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke-induced aphasia. Journal of Speech, Hearing & Language Research, 51(5), 1282-1299.
- Dietrichs, E. (2007). Hjernens plastisitet - Perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 9(127), 1228-1231.
- Farooqi-Shah, Y., & Virion, C. R. (2009). Constraint-induced language therapy for agrammatism: Role of grammaticality constraints. Aphasiology, 23(7-8), 977-988.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). The Boston diagnostic aphasia examination. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Goral, M., & Kempler, D. (2009). Training verb production in communicative context: Evidence from a person with chronic non-fluent aphasia. Aphasiology, 23(12), 1383-1397.
- Hillis, A. E., & Hilder, J. (2002). Mechanisms of early aphasia recovery. Aphasiology, 16(9), 885-895.
- Kay, J., Lesser, R., & Colheart, M. (2009). PALPA. Psykologisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede (Bredtvet kompetansesenter, Logopedtjenesten Helse-Bergen, Statped Vest & Øverby kompetansesenter, Trans.). Oslo: Novus.
- Kelly, H., Brady, M., & Enderby, P. (2010). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review) [Electronic Version]. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Kirmess, M. (2011). The applicability and outcome of constraint induced language therapy (CILT) in early aphasia rehabilitation. Unpublished Dissertation for the Degree of PhD, University of Oslo, Oslo.
- Kirmess, M., & Lind, M. (2011). Spoken language production as outcome measurement following constraint induced language therapy. Aphasiology, 1-32. DOI: 10.1080/02687038.2011.589986
- Kirmess, M., & Maher, L. M. (2010). Constraint induced language therapy in early aphasia rehabilitation. Aphasiology, 24(6), 25-736.
- Kleim, J. A., & Jones, T. A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. Journal of Speech, Hearing, & Language Research, 51(1), S225-239.
- Lind, M., Kristoffersen, K. E., Moen, I., & Simonsen, H. G. (2009). Semi-spontaneous oral text production: Measurements in clinical practice. Clinical Linguistics & Phonetics, 23(12), 872 - 886.
- Lind, M., Kristoffersen, K. E., Moen, I., & Simonsen, H. G. (2010). Verbs in oral text production by aphasic and non-aphasic speakers of Norwegian. Paper presented at the ICPLA 13.
- Maher, L. M., Kendall, D. L., Swearingin, J. A., Rodriguez, A., Leon, S. A., Pingel, K., et al. (2006). A pilot study of use-dependent learning in the context of constraint induced language therapy. Journal of the International Neuropsychological Society, 12(6), 843-852.
- Meinzer, M., & Breitenstein, C. (2008). Functional imaging studies of treatment-induced recovery in chronic aphasia. Aphasiology, 22(12), 1251 - 1268.
- Meinzer, M., Djundja, D., Barthel, G., Elbert, T., & Rockstroh, B. (2005). Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. Stroke, 36(7), 1462-1466.
- Meinzer, M., Streiftau, S., & Rockstroh, B. (2007). Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: Efficient training by laypersons. Journal of the International Neuropsychological Society, 13(5), 846-853.
- Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, T., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. Stroke, 32(7), 1621-1626.
- Raymer, A. M., Beeson, P., Holland, A., Kendall, D., Maher, L. M., Martin, N., et al. (2008). Translational research in aphasia: From neuroscience to neurorehabilitation. Journal of Speech, Hearing, & Language Research, 51(1), S259-275.
- Reinvang, I., & Engvik, H. (1980). Norsk grunntest for afasi: Håndbok. Oslo: Universitetsforlaget.
- Robey, R. R. (1994). The efficacy of treatment for aphasic persons: A meta-analysis. Brain and Language, 47(4), 582-608.
- Robey, R. R. (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 41(1), 172-187.
- Taub, E., Uswatte, G., Mark, V. W., & Morris, D. M. (2006). The learned nonuse phenomenon: Implications for rehabilitation. Europa Medicophysica, 42(3), 241-256.
- Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). Approaches to aphasia treatment. In N. Martin, C. K. Thompson & L. Worrall (Eds.), Aphasia rehabilitation. The impairment and its consequences (pp. 3-24). San Diego: Plural Publishing Inc.



ETTERUTDANNINGSKURS OG LANDSMØTE 2012 Fredrikstad 14. – 17. juni 2012

Fra teori til praksis

tiltak i logopedisk arbeid

FAGUTVALGET kan glede alle medlemmer av Norsk Logopedlag med at fokus for etterutdanningskurset i 2012 vil være på tiltak i logopedisk arbeid, forankret i den teoretiske kunnskapen innenfor det enkelte området. Hovedforelesere er professor **Charles Hulme** fra University College London, professor **Ruth Herberth** fra The University of Sheffield og professor **Bente Hagtvat** fra Universitet i Oslo. Charles Hume, som er kjent mange av NLLs medlemmer, vil snakke om ulike tiltak for barn med språk- og lesevansker basert på studier av hvilken effekt ulike former for tiltak ser ut til å ha. Boken *Developmental Disorders of Language, Learning and Cognition*, som han skrev sammen med Margareth Snowling i 2008, vil være en nyttig bakgrunn for hans forelesninger. Bente Hagtvat vil fokusere på bokstaver og skriving, lesing og hvor vi står i 2012 når det gjelder tiltak i barnehagen. Bente Hagtvat er velkjent for alle, og vi vil minne om hennes bok *Språkstimulering*. Foruten om temaene språk og lesing, vil Ruth Herbert også være en av hovedforeleserne på neste sommers etterutdanningskurs. Hun vil snakke om anomi (ordleting) og kartlegging og behandling ved anomi.

Videre fortsetter kurset med fire parallelle forelesninger hvor fokuset er på tiltak innen ulike av de logopediske områdene. **Ruth Herbert** vil fortsatt ha anomi som tema for sin workshop. Innen taleflytområdet vil oppmerksomheten i 2012 rettes mot teori og praksis i stammebehandling for ungdom, og dyktige klinikere fra **Michael Palin Centre for Stammering Children** vil holde workshop. Logopedene **Katrine Kvisgård** og **Gry Sandland** vil ha en parallell om stemmearbeid med personer som har ulike nevrologiske lidelser, bl.a. Parkinson Sykdom og bruk av metoden LSVT Loud som er en intensiv stemmetreningsmetode. I tillegg vil logoped **Line Kristiansen Avers** fra Rikshospitalet dele sine erfaringer med Oral Placement Therapy som er utviklet av Sara Rosenfeld-Johnson og som kan brukes for barn med artikulasjonsvansker, inkludert barn med Down Syndrom.

Fullt program med påmelding kommer i desembernummeret av Logopeden.

Velkommen til etterutdanningskurs!

Anne-Lise Rygvold

Kristine Gilleberg

Monica I. K. Knoph

Evidens fra praksis

Artikkelen er tidligere publiceret Dansk Audiologopedi, udgave 2/2011 og gjengitt med tillatelse.

Desværre er danske universiteters selvstændige bidrag til evidenslitteraturen overordentlig begrænset. Der er meget langt mellem effektundersøgelserne på det audiologopædiske område. Så hvis undervisningspraksis kunne bidrage mere aktivt til sit eget evidensgrundlag, ville det være et kolossalt fremskridt. Betingelser og muligheder for et større bidrag er emnet her.

I det seneste nummer af Logos (nr. 61, februar 2011) havde Hana Malá Rytter en virkelig spændende artikel om behovet for praksisbaseret evidens. Baggrunden er ganske klar: der er hårdt brug for pålidelig indsigt i (evidens for), hvad der virker i audiologopædiske praksis. Årsagerne er ikke bare de aktuelle økonomiske rammer, men selvfølgelig også et ønske om at hjælpe eleverne så godt som muligt. Desuden må man vel sige, at netop indsigt i, hvad der virker, er en afgørende del af audiologopædens faglige indsigt og del af grundlaget for overhovedet at have faglig status.

Hana Malá Rytter beskriver en række vanskeligheder ved at tilvejebringe evidens, især i behandling af afasiramte. Der er så mange forskelle mellem de afasiramte og deres vilkår, at det er vanskeligt at etablere tilstrækkelig store, nogenlunde sammenlignelige deltagergrupper til at gennemføre pålidelige målinger af effekter af forskellige behandlinger. Man er stort set henvist til enkeltundersøgelser eller samlinger af enkeltundersøgelser. Og resultaterne af sådanne undersøgelser kan ikke med sikkerhed generaliseres til andre afasiramte. Man kan altså nok (efterhånden) få evidens for, hvad der hjælper den aktuelle elev – ved at forsøge sig frem; men dermed ved man ikke noget sikkert om, hvad der hjælper den næste elev, for han eller hun er givetvis meget anderledes stillet.

På den baggrund foreslår Hana Malá Rytter blandt andet, at man ser lidt nærmere på mulighederne for at frembringe evidens fra undervisningspraksis. Det er her, det bliver rigtig spændende. For nok er afasiområdet særlig vanskeligt stillet, når det drejer sig om at etablere undervisningsevidens; men de skitserede problemer er i varierende omfang aktuelle for hele det audiologopædiske fagområde. Hana Malá Rytter fremhæver, at der ikke er tale om alt eller intet. Forskellige slags undersøgelser kan levere forskellig kvalitet (pålidelighed og gyldighed).

Andre effektundersøgelser end klassiske dobbelt-blind-forsøg kan give nyttig indsigt. Og det er oftest en nødvendighed med modifikationer i undervisningsforsøg. For i undervisning kan man langt fra altid fordele elever og lærere tilfældigt på forsøgs og sammenligningsundervisning. I undervisning kan læreren heller ikke så let være «blind» lærer: læreren ved, om han eller hun tilbyder den ene eller den anden undervisning – i modsætning til fx lægen, der ikke ved, om pillerne indeholder aktive stoffer eller ej. Derfor findes der også en hel metodisk litteratur om såkaldt næsten-eksperimentelle design (fx Shadish, Cook, & Campbell, 2002). På denne baggrund skitserer jeg her nogle muligheder – og opfordrer generelt til at tænke og arbejde videre med at skabe evidens i undervisningspraksis. Det vil være alternativt til den nuværende audiologopædiske undervisningspraksis stort set alle steder; men det er næppe videnskabeligt alternativt. Det følgende handler således om evidens – ikke om, hvor ideerne til de relevante undersøgelser måtte komme fra. Som det vil fremgå, forudsætter arbejdet med at skabe evidens, at der deltager folk med forskeruddannelse, dvs. typisk en ph.d. inden for området.

I det følgende skriver jeg om lærere, elever og undervisning, selv om Hana Malá Rytter skrev om patienter, behandlere og behandling. Det skyldes blot, at under-



Carsten Elbro

er professor i anvendt sprogvidenskab ved Københavns Universitet (siden 1992) og initiativtager til Center for Læseforskning samme sted (<http://laes.hum.ku.dk>). Hans forskningsfelt er læsning og lesevaner, specielt sproglige forudsætninger for leseutvikling.

e-post: ce@hum.ku.dk

visning er det mest almindelige på det audiologopædiske område, ikke at der er nogen afgørende forskel i tilvejebringelsen af evidens.

1. Evidens over tid

Hana Malá Rytter diskuterer muligheden for at «opbygge evidens nedefra». Det vil sige, at undervisningspraksis organiseres og iagttages på en måde, så man kan få pålidelig indsigt i, hvad der virker. Her har man forsøgt sig og gjort erfaringer andre steder i verden; de må kunne bruges.

For eksempel har man i en lang årrække udviklet og sammenlignet effekten af forskellige elementer i undervisningen af stærkt ordblinde elever ved The Hospital for Sick Children i Toronto (se fx Lovett m.fl., 2000). Det har man gjort ved at opbygge sine deltagergrupper over længere tid. Når en ny elev er kommet ind, er han eller hun efter lodtrækning blevet tilbudt den ene eller den anden undervisning. Det er selvfølgelig ikke fuldstændig forskellig slags undervisning. Det er et langt stykke ad vejen samme undervisning, men der er visse forskelle, som man gerne vil kende betydningen af. I den ene gruppe kan der være undervisning i én strategi i ordlæsning; mens der er fokus på en anden strategi i den anden gruppe. Pointen er her, at grupperne ikke findes samlet på noget tidspunkt. Resultaterne bliver opsamlet efterhånden, som der kommer elever igennem skolens undervisning.

Denne gradvise opsamling af evidens kræver flere ting. For det første kræver den en tilslutning fra underviserne. De skal være med på at undervise efter en fælles fremgangsmåde med tilføjelse af et (eller et andet) særligt element i undervisningen – med elever over en længere periode. Der kan med andre ord ikke være metodefrihed for hver underviser hele tiden.

For det andet kræver den gradvise opsamling, at både undervisningen og de særlige elementer er så velspecificerede, at alle er klar over, hvad de går ud på. Og så kræver det selvfølgelig, at man bruger en vis, fast kerne af iagttagelsesredskaber (test, spørgsmål til eleverne, uformelle iagttagelser osv.) i en længere periode. Det hele tager tid, som også Hana Malá Rytter er inde på, men erfaringen fra andre steder i verden viser altså, at det kan lade sig gøre.

2. Fokus på udvalgte kontraster i undervisningen

«Man kan ikke bevise folkeskolen», sagde den sidste forskningsleder ved Danmarks Lærerhøjskole. Han mente, at man ikke kan dokumentere betydningen af folkeskolen. Og det kan der være noget om, for hvad skulle man sammenligne med? Skulle man sætte nogle danske elever permanent uden for døren og se, hvad der skete? Eller skulle man sammenligne dansk folkeskole med folkeskolen i andre lande? I folkeskolen i Finland taler de mest finsk og har meget lange vinternætter; ja, der er hundredvis af andre forskelle mellem Danmark og Finland, som ikke lige har noget med folkeskolerne at gøre, men som kan have betydning for de unges liv og færdigheder. Det er ikke let at dokumentere effekten af noget, som er så omfattende og udbredt som folkeskolen, fordi det ikke er let at finde et brugbart sammenligningsgrundlag.

Der er tilsvarende problemer med dokumentation af audiologopædisk undervisning, fordi det er overordentlig vanskeligt at finde en passende sammenligning til den aktuelle undervisning. Og uden sammenligning kan man ikke vurdere noget. Det betyder blandt andet, at den enkelte institution ikke kan vurdere sin egen samlede praksis uden at gå uden for institutionen.

Så i stedet for at vride på evidensbegrebet og sund dokumentation, når ens institution skal dokumentere undervisningseffekt, kan man gå en lidt anden vej. Man kan udvælge kontraster i undervisningen, som man gerne vil kende effekten af. Det kan være indholdskontraster, som fx at sætte tid af til undervisning i artikulatorisk opmærksomhed over for at sætte tilsvarende tid af til segmenterings- og eftersigningsøvelser med de tilsvarende lydsegmenter. Eller det kan være kontraster i undervisningsformen, som fx at arbejde med eller uden computerstøtte med det samme indhold og i det samme tidsrum. Ideen er som i al effektforskning, at man undersøger betydningen af at tilføje ét (snarere end et andet) element til undervisningen. Det skal helst ikke være elementer, som allerede er i spil i nogle, men ikke i andre audiologopæders undervisning inden for institutionen. For i så fald får man problemer med selvselektion til de forskellige grupper. Men det spiller derimod ikke en afgørende rolle, at audiologopæderne i øvrigt underviser forskelligt, hvis de «blot» vil være med på at tilføje snart ét, snart et andet element til deres praksis - efter en given plan.

Det kan blive smartere endnu. Det kan nemlig godt lade sig gøre at undersøge betydningen af flere forskellige kontraster inden for det samme design – uden at være nødt til at øge deltagerantallet eksponentielt med antallet af kontraster (se fx Calfee & Piontkowski, 1984). Systemet med en gradvis evidensopbygning kan nok være noget vanskeligere at gennemføre i behandlingen af afasiramte end i undervisningen af stærkt ordblinde. Der er større forskelle mellem afasiramte og sikkert også i behandlingen af de enkelte afasiramte. Men disse forskelle udelukker ikke muligheden for gradvis indsamling af relevante effektdata.

3. At tage statistisk højde for forskelle

Det gør allerhelvedes ondt, når en nerve kommer i klemme i ryggen. Og desværre er det langtfra altid muligt at frigøre den ved en operation. Jeg spurgte en af mine gamle skolekammerater, som laver sådanne ryg-operationer, om de ikke er svære at lave. «Næh», svarede han, «ikke når man ved, hvad man gør».

Tilsvarende kan det lyde vanskeligt, når Hana Malá Rytter skriver, at elevernes «forskellighed kan der kontrolleres for statistisk». Og tilsvarende gælder det, at det ikke er svært, når man ved, hvad man gør. Men desværre er det også sådan, at det langtfra altid kan lade sig gøre.

Princippet i den statistiske «kontrol» er, at man tager hensyn til de kendte sammenhænge mellem elevernes udgangspunkt og deres færdigheder efter undervisningen, inden man ser efter eventuelle effekter af den særlige undervisning, man har iværksat. For eksempel er det oplagt, at afasiramte til en vis grad kommer sig af sig selv over det første halve eller hele år efter hjerneskaden. Spontan remission hedder det også. Følgen er, at der er en sammenhæng mellem skadens alder og patientens fremgang i løbet af undervisningsperioden. Patienter med yngre skader går af sig selv mere frem end patienter med ældre skader.

Sådanne og mange andre sammenhænge kan man tage højde for i analysen af deltagernes udbytte. Det har flere fordele. For det første får man et klarere billede af undervisningens effekt, når man fjerner andre effekter. For det andet kan man kompensere for eventuelle forskelle mellem deltagergrupper, når de fx ikke har samme gennemsnitlige skadealder. Man arbejder med vægtede

gennemsnitter, snarere end de rå gennemsnitter. Det er en overordentlig udbredt praksis, fx også når man laver befolkningsundersøgelser på basis af stikprøver eller undersøgelser af forskellige læsebøgers betydning for elevers læsefærdigheder (Borstrøm, Petersen & Elbro, 1999).

Man kan endda undersøge betydningen af udvalgte dele af en sammensat undervisning med denne statistiske teknik. Det gør man ved at tage højde for deltagernes slutniveau på de undervisningsområder, man ikke er interesseret i. Det ligger uden for denne artikels rammer at forklare teknikken i detaljer, men se den fx brugt i Elbro & Petersen (2004).

Hovedproblemet med denne teknik er, at man skal kende sammenhængene og deres præcise styrke for at kunne tage højde for dem. Men skal altså fx vide, hvor stor effekten af spontan remission er for at kunne tage højde for den i en undersøgelse af behandlingseffekt. Det er almindeligt, at man kender sammenhængene fra tidligere undersøgelser, men at man bruger den aktuelle undersøgelse til at vurdere deres præcise styrke. Det vil sige, at der skal være et vist deltagerantal, som er nogenlunde ligestillede på andre områder, for at man kan få indsigt i den præcise sammenhæng. Det kan lade sig gøre ved at tage højde for flere forskelle på samme tid. Men jo flere forskelligheder man skal tage højde for, desto flere deltagere er man nødt til at have med i en undersøgelse. Og så er vi tilbage til problemet med, at afasiramte er så forskellige.

Så de statistiske træer vokser ikke ind i himlen. Men Hana Malá Rytter har ret i, at der er nyttige redskaber til at få styr på i det mindste noget af den variation, der er imellem deltagerne i en undersøgelse.

4. Flere effektmål i klinisk forskning

Klinisk forskning undersøger klinikken; det er klinikken, personerne og aktiviteterne i den, der er forskningens emne. Forskningens emne bør selvfølgelig ikke have indflydelse på forskningens kvalitet, dvs. på pålideligheden og gyldigheden af resultaterne. Den dygtige børnesprogsforsker kendes ikke på en småbarnlig udtale eller usammenhængende barnelogik. Det er fuldstændig oplagt, at nogle forskningsområder er vanskeligere at have med at gøre end andre. Men det ændrer ikke på, at

aftagerne af forskningsresultater skal kunne have tillid til kvaliteten og generaliserbarheden af resultaterne.

I klinisk forskning kan det være oplagt at sætte fokus på effekter på såkaldt bløde områder som oplevelser og følelser. For den enkelte elev kan den oplevede handikapgrad være væsentligere end graden af funktionsnedsættelsen. Det kan være vigtigere at have en følelse af, at man kan klare sig mundtligt i dagligdagen, end at vide, at éns produktive ordforråd er på 2.000 ord, eller at det svarer til fx 25 percentilen for 6-årige.

Desværre er det en udbredt misforståelse, at sådanne «bløde» effektmål (afhængige variable) må give anledning til en helt anden slags forskning med andre og mildere krav til stringens og dokumentation. Men ligesom børnesprogsforskeren ikke kan tillade sig usammenhængende logik, så kan forskningen i effekter på oplevelser og følelser ikke tillade sig at sætte lavere kvalitetsstandarder end anden forskning. De bløde effekter ændrer ikke ved de grundlæggende kvalitetskrav til forskning eller til forskningens art.

Det kan godt lade sig gøre at få pålidelig indsigt i elevers oplevelser og følelser. Måske kræver det, at forskeren står lidt på tær. Men det må han eller hun så øve sig i. For eksempel er det et væsentligt sigte med begynderundervisningen i læsning, at eleverne synes om at læse. I den omtalte undersøgelse af læsebøgernes betydning for elevernes første læsning spurgte vi ikke bare eleverne «hvordan synes du det er at lære at læse i skolen?» men Ina Borstrøm fandt også på at spørge eleverne: «hvordan synes du, det er at få en bog i gave?» Det viste sig, at sådanne spørgsmål var ganske pålidelige veje til at få indsigt i børnenes holdning til at læse. Og denne holdning havde sjovt nok ikke noget med begynderlæsebogen at gøre – men nok så meget at gøre med, om børnene havde svært ved at læse eller ej.

Der er sandelig ikke noget galt i at have flere forskellige effektmål i den samme undersøgelse. Der kan være mål af både færdigheder, daglige vaner, holdninger, følelser, og hvad ved jeg. Chancerne for at finde effekter vokser selvfølgelig, jo flere forskellige steder man ser efter effekter. Jo flere kroge, man har ude i vandet, desto større chance er der for at få bid. Det er godt for fiskeriet, men kan føre til en overvurdering af, hvor mange fisk der

egentlig er. Eller sagt på en anden måde, så skal man nok finde noget, undervisningen er godt for, hvis man bare leder længe nok. Så også her findes der spilleregler for forskningen; man er nødt til at tage højde for antallet af effektmål i vurderingen af resultaterne.

5. «Best practice» bedrager

Det lyder besnærende, at man kan sende et rejsehold rundt i landet for at finde den bedste måde at lave skole på. Ideen er først at finde frem til de kommuner, skoler og undervisere, der har særlig gode resultater. Dernæst er det vel bare et spørgsmål om at se på, hvordan de bærer sig ad. Så har man «best practice», som andre kan lade sig inspirere af. Også i små klinikker burde man helt tilsvarende kunne finde frem til de mest effektive undervisere og lure dem kunsten af.

Desværre er «best practice»-metoden ikke nogen let genvej til evidens. Det nok største problem er at finde ud af, hvad der egentlig kendetegner den gode skole eller underviser, dvs. at «lure dem kunsten af». Det er det samme problem som ved sammenligningen af dansk og finsk folkeskole. Der er masser af forskelle mellem den effektive lærer og andre lærere. Måske hedder den effektive lærer Jytte. Dem er der ikke så mange af; kun ca. 7 af 1000 kvinder hedder Jytte. Får vi så bedre resultater, hvis flere undervisere får navnet Jytte? Måske går Jytte ind for morgensang. Måske deler hun nogle gange eleverne i grupper efter færdigheder. Måske læser hun højt for eleverne hver fredag. Osv. Hvad er det lige ved Jytte, hendes indstillinger, færdigheder og undervisning, andre skal lure af og tage ved lære af? Hvad er det egentlig, der er «best practice» ved Jytte? Det kan «best practice»-metoden ikke fortælle. Og det var jo netop det, vi gerne ville vide.

Måske kan bekendtskabet med Jytte give ideer til noget, der er værd at undersøge nærmere i ordentlige effektundersøgelser. Det kan da ikke udelukkes. Men man må ikke glemme, at der kan være andre og mere pålidelige måder at få inspiration på. Forskningslitteraturen er fuld af dem.

6. Kvalifikationer

De nuværende universitetsuddannelser i logopædi og audiologopædi er ikke forskeruddannelser. Nogle kandidater har under vejledning lavet glimrende forsknings-

prosjekter undervejs, fx i speialet. Men det er ikke det samme som at uddanne sig til forsker.

Der er brug for forskeruddannede medarbejdere, hvis der skal være klinisk forskning i praksis. Der er brug for nogle, der ved, hvordan man gør, så det komplicerede bliver let nok og ikke giver helt vildledende resultater eller andre skader. De nævnte muligheder ovenfor er reelt kun til stede, hvis der er kvalificerede medarbejdere til at udnytte dem.

Desuden er det en forudsætning, at der er medarbejdere og en ledelse, som respekterer de begrænsninger på handlefriheden, som følger af, at man vil bidrage med evidens på institutionen. Det er ikke det samme som at indføre diktatur på arbejdspladsen. For at lære noget nyt kan man være nødt til at lægge visse rammer for undervisningen. Det svarer bare til, at man besinder sig på, at man ikke også kan løbe, kysse eller sove, når man gerne vil se fjerne muligheder i en kikkert.

Referencer

- Borstrom, I., Petersen, D. K., & Elbro, C. (1999). Hvordan kommer børn bedst i gang med at læse? En undersøgelse af læsebogens betydning for den første læseudvikling. København: Center for Læseforskning og Undervisningsministeriets forlag.
- Calfee, R. & Piontkowski, D. (1984). Design and Analysis of Experiments. In P. David Pearson (Ed.). Handbook of Reading Research (pp. 63-90). New York: Longman.
- Elbro, C., & Petersen, D. K. (2004). Long-term effects of phoneme awareness and letter name training. An intervention study with children at risk of dyslexia. Journal of Educational Psychology, 96(4), 660-670.
- Lovett, M. W., Lacerenza, L., Borden, S. L., Frijters, J. C., Steinbach, K. A., & De Palma, M. (2000). Components of effective remediation for developmental reading disabilities: Combining phonological and strategy-based instruction to improve outcomes. Journal of Educational Psychology, 92(2), 263-283.
- Rytter, H. M. (2011). Evidensbaseret praksis - eller praksisbaseret evidens? Logos, 61, 4-6.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference. New York: Houghton Mifflin Company.

Norsk Logopedlags Småskriftserie Andre hefter i serien:



Bestilling på Internett:
www.norsklogopedlag.no

- Nr. 1 Stemme og stemmevansker hos voksne
 Nr. 2 Kommunikasjonsvansker ved høyresidige hjerneskader
 Nr. 3 Svelgevansker hos voksne
 Nr. 4 Forebygging av barneheshet
 Nr. 5 Dysleksi

- Nr. 6 Stammering og andre taleflytvansker hos barn
 Nr. 7 Språkvansker hos minoritetsspråklige barn, unge og voksne
 Nr. 8 Leppe-kjeve-ganespalte
 Nr. 9 Løpsk tale
 Nr. 10 Funksjonell kommunikasjon og afasi



Agder logopedlag

Agder logopedlag inviterer til kurs om

Barn med språkvansker og innføring i strukturert begrepsundervisning

En modell for intervensjon og behandling av barn med språkvansker

Barn og ungdom med språkvansker har ofte vansker med å forstå vanlige ord og begreper. Dette skaper problemer i forhold til deres skolegang. Det er derfor et behov for å utvikle modeller for intervensjon som kan brukes i skole og barnehage. Strukturert begrepsundervisning er en slik modell for intervensjon og behandling. Metoden kan brukes i liten gruppe og i hel klasse.

Forelesere: **Ernst Ottem**, cand.psychol, seniorrådgiver og
Unni Espenakk cand.paed.spec., logoped, seniorrådgiver,
begge fra Statped sør-øst / Bredtvet kompetansesenter.

Tidspunkt: **Onsdag 02. november 2011 kl. 10.00 – 16.00.**
Registrering fra kl. 09.30.

Sted: **Aulaen på Kongsgård skolesenter, Kongsgård allè 20, 4631 Kristiansand**

Kursavgift: kr 700-, for medlemmer av ALL, kr. 750,- for ikke-medl. inkl. enkel lunsj.

Målgruppe: Pedagoger i barnehage, grunnskole og voksenopplæring og PP-rådgivere.

Påmelding innen 18.10.2011 med navn på deltakere og fakturaadresse kan sendes til:
agderlogopedlag@gmail.com

Spørsmål kan rettes til leder for Agder logopedlag, Gro Nordbø, mob 932 58 931

SALK-39 – et mål på livskvalitet hos personer med afasi

Kan man måle det gode liv? Og hva er egentlig livskvalitet? Dette er spørsmål det er vanskelig å svare på. Men at det å bli rammet av afasi påvirker det livet du lever, det er det vel få som er uenige i. Denne artikkelen beskriver oversettelsesprosessen bak SALK-39, et livskvalitetsmål som nylig er bearbeidet til norsk. SALK-39 er laget med tanke på å måle livskvalitet hos voksne med afasi.

Bakgrunn

Det er ikke lett å finne en entydig definisjon på livskvalitet. Stort sett er det allikevel enighet om at begrepet tar utgangspunkt i helhet og subjektivitet i den enkeltes liv ut fra de målsetninger og forventninger man har. Det finnes i dag både generelle og mer spesifikke mål på livskvalitet. Et av de spesifikke målene er helserelatert livskvalitet som sier noe om hvordan helsen påvirker livet vårt slik vi ønsker å leve det, i det miljøet vi lever. «Vi kan ikke bare redusere plager, men må også rette oppmerksomheten mot pasientens opplevelse og velvære» (Rustøen, i Kamp Nielsen og Knutstad, 2005, s. 141). Både i Norge og i verden for øvrig kan vi se at helserelatert livskvalitet er blitt et viktig redskap i evaluering av rehabilitering. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) slår fast at «mestring og en best mulig livskvalitet» er et uttalt mål for arbeidet med personer med hjerneslag (herunder personer med afasi). Gruppen av hjerneslagrammede rammes ofte av angst (20-30% av de rammede), krisereaksjoner (ca. 20%) og nedsatt initiativ og generell tretthet (50-70%) (ibid.).

Det finnes mange begrunnelser for hvorfor det er viktig å inkludere livskvalitetsmål som redskaper i rehabilitering. Økt fokus på individets egen opplevelse av helse og livskvalitet er kanskje det viktigste. Samtidig kan man anta at det nettopp er gjennom innsikt i hva som er viktig for den afasirammede selv at man best kan utforme gode rehabiliteringsmål for den enkelte. Hvordan personen selv opplever sin helserelaterte livskvalitet bør få en betydning for de mål man setter for hans eller hennes rehabilitering (Cranfill & Wright, 2010).

Både de som lever med afasi i familien og vi som jobber med afasi kan fortelle om sammenhenger mellom afasi og livskvalitet. Stadig mer forskning studerer også slike sammenhenger (Cruice og medarbeidere, 2003; Ross & Wertz, 2003; Parr, 2007; Hilari & Byng, 2009). Vi vet at personer med afasi er svært sårbare for «livskvalitetshemmende» tilstander som sosial isolasjon, eksklusjon, inaktivitet og lavt selvbilde. Utfordringen ligger i at det finnes svært få livskvalitetsmål tilpasset denne gruppen, nettopp fordi personer med afasi har språk-



Karianne Berg

er logoped MNLL med hovedfag i pedagogikk, fordypning i spesialpedagogikk fra Universitetet i Tromsø. Hun arbeider ved Statped Nord, med kontorsted på Helsesenteret Sonjatun i Nordreisa.

e-post:
karianne.berg@statped.no



Line Haaland-Johansen

er logoped MNLL med hovedfag i psykologi fra NTNU. Hun arbeider ved afasiteamet på Bredtvet kompetansesenter (Statped) i Oslo.

e-post:
line.haaland-johansen@statped.no

og kommunikasjonsvansker. Det er med andre ord et stort behov for godt tilrettelagte undersøkelsesmetoder for personer med afasi.

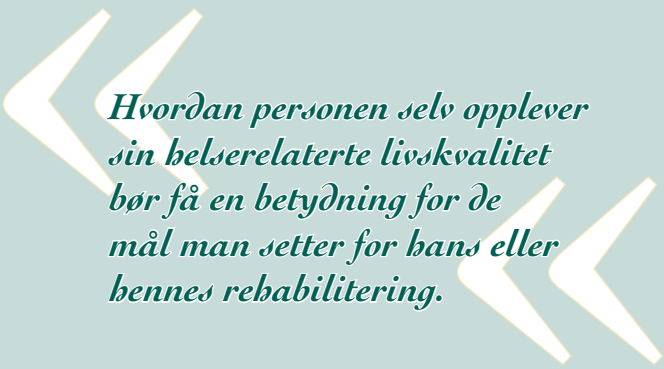
Egne livskvalitetsmål for personer med afasi

Den største utfordringen med bruk av livskvalitetsmål for personer med afasi i Norge er at vi fram til nå ikke har hatt et egnet mål på norsk, hvor det har vært lagt til rette for at afasirammede selv skal kunne formidle hvordan de har det (selvrapportering). Dersom man leser tidlige (internasjonale) studier som omhandler selvrapportering av slagrammedes livskvalitet vil man i de aller fleste tilfeller se at personer med afasi er ekskludert fra disse undersøkelsene, på grunn av språk- og kommunikasjonsvanskene de har. I de tilfeller der man faktisk har undersøkt livskvaliteten til personer med afasi, har dette gjerne skjedd via «mellommenn». Man har innhentet informasjon om den afasirammedes livskvalitet ved å spørre de pårørende til personen med afasi hva de tror. Forskning viser imidlertid at de pårørende ser ut til å oppfatte den afasirammedes vansker og mestring annerledes enn hva personen selv gjør. Pårørende oppfatter for eksempel gjerne personens helse-relaterte livskvalitet som dårligere enn hva den rammede selv mener (se f. eks. Cranfill & Wright, 2010), men det eksisterer noe uenighet om slike forskjeller er klinisk signifikante. I tillegg har en gjennomgang av tilgjengelig forskning tidligere vist (Sneeuw og medarbeidere, 2002) at forskjeller i vurdering mellom den pårørende og den rammede er større jo mindre konkrete aspekter det handler om; de er mer enige om konkrete, observerbare forhold (slik som fysisk helse hos den rammede) enn om det mer subtile og subjektive (slik som psykososiale forhold for den rammede).

Andre undersøkelser har vist at dersom man legger til rette for og gir riktig oppmerksomhet mot kommunikasjonsvansken så vil også personer med afasi kunne gi pålitelige selvrapporter ved måling av livskvalitet (Worrall & Holland, 2003). Noen tilrettelegginger som det kan være viktig å gjøre er å sørge for at spørreskjemaet er laget i et afasivennlig format (Hoffman & Worrall, 2004). Det kan her dreie seg om antall spørsmål per side, utheving av spesielt viktige ord, størrelse på skrift, og så videre. I livskvalitetsspørreskjema er det også relativt vanlig å endre på svarska-lae for å sikre seg at de som svarer gjør bevisste avkryssinger. Denne typen endring har vist seg å være svært uheldig dersom personer med språk- og kommunikasjonsvansker, som for eksempel afasi, som skal besvare skjemaet. Det er med andre ord viktig at positivt svar alltid står på samme side i svaralternativene gjennom hele skjemaet.

I tillegg til at skjemaet må være afasivennlig er det også svært viktig at det fanger opp de faktorer som er viktige for livskvalitet hos personer med afasi. Både Cruice og medarbeidere (2003) og Hilari og medarbeidere (2003a) har i sine undersøkelser vist at språk- og kommunikasjonsvansker i seg selv har innvirkning på personers livskvalitet, noe som medfører at et spørreskjema som skal brukes for å undersøke

livskvaliteten til personer med afasi bør inneholde spørsmål om nettopp dette.



Hvordan personen selv opplever sin helserelaterte livskvalitet bør få en betydning for de mål man setter for hans eller hennes rehabilitering.

Skjemaet Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39)

SAQOL-39 er et spørreskjema som er utviklet for å undersøke hvordan hjerneslag og afasi påvirker ulike livssituasjoner. SAQOL-39 bygger på et skjema som er laget for slagrammede generelt, SS-QOL (Stroke Specific Quality of Life Scale). SS-QOL ble utviklet med tanke på å tappe informasjon om områder som fysisk og sosial funksjon, mental/følelsesmessig fungering og relasjoner i familien. Dette er områder som er funnet viktige med tanke på personers opplevelse av helse-relatert livskvalitet. Det er Katerina Hilari og medarbeidere (2003b) som har tilpasset SS-QOL til bruk for personer med afasi. Resultatet er spørreskjemaet SAQOL-39 som er laget som et intervjuadministrert selvrapporteringsskjema. Skjemaet omfatter 39 spørsmål som er fordelt på fire faktorer: fysisk faktor (17 spørsmål), kommunikasjonsfaktor (7 spørsmål), energifaktor (4 spørsmål) og psykososial faktor (11 spørsmål). Se figur 1 for eksempler på spørsmål – ett fra hver faktor.

I LØPET AV DEN SISTE UKA

Hvor store **problemer** har du hatt med å:

Gå	Klarte det ikke	Store problemer	En del problemer	Litt problemer	Ingen problemer
Snakke					

I LØPET AV DEN SISTE UKA

Følte du deg sliten det meste av tiden	Ja	Ja, stort sett	Er ikke sikker	Nei, stort sett ikke	Nei
Følte du at du trakk deg unna andre mennesker					

Figur 1. *Eksempler på spørsmål*

Øversettelsen og bearbeidingen av spørreskjemaet

Prosjektet «Å ha noe å si – med afasi» er finansiert med midler fra ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering, via Afasiforbundet i Norge. Målet med prosjektet var å oversette og bearbeide SAQOL-39 til norsk. Metode for oversettelse/tilbakeoversettelse ble fulgt i dette arbeidet (Behling & Law, 2000).

Prosjektgruppa har bestått av forfatterne av denne artikkelen. Begge har i lang tid hatt et ønske om å få oversatt SAQOL-39 til norsk, noe som også ble mer aktualisert etter at Karianne Berg brukte en pilotoversettelse av skjemaet i sitt hovedfagsarbeid (Berg, 2007). Før oversettelsen ble startet kontaktet vi Katerina Hilari for å få tillatelse til å oversette SAQOL-39 til norsk, og slik tillatelse ble gitt. Nedenfor beskrives framgangsmetoden som ble benyttet i arbeidet med å oversette og bearbeide skjemaet.

SAQOL-39 ble sendt til *oversettelse* fra engelsk til norsk hos tre profesjonelle oversettere som hadde norsk som morsmål. For å sikre oss at vi fikk tre uavhengige oversettelser

valgte vi å bruke tre ulike firmaer i denne fasen. Det var ikke mulig å finne oversettere som hadde direkte erfaring med afasifeltet.

Prosjektgruppa vurderte de tre oversettelsene og drøftet disse med Hilari. Vi fant mange likheter, men oversettelsene var ikke identiske. Hilari har noe erfaring med norsk språk slik at hun også kunne være med på å drøfte språklige elementer i oversettelsene. Drøftingene gikk ut på å sjekke at meningsinnholdet var bevart og at spørsmålene var lesbare og meningsfulle for målgruppen. På bakgrunn av de tre oversettelsene og de påfølgende drøftingene ble det laget en *konsensusversjon* av spørreskjemaet.

Neste fase i oversettelsesarbeidet var å få gjort en *tilbakeoversettelse* av konsensusversjonen. Dette ble gjort for å sikre meningsinnholdet. Vi valgte å få gjennomført en tilbakeoversettelse av hele skjemaet og

benyttet her en oversetter fra ett av firmaene som hadde gjort den første oversettelsen. I kontakten med firmaet var det viktig å understreke at vi nå ønsket en oversetter som hadde engelsk som morsmål og som ikke hadde kjennskap til sin kollegas

norske oversettelse. I dette arbeidet viste det seg at tilbakeoversatte begrep som var lik det originale begrepet likevel ikke alltid var en indikasjon på tilfredsstillende oversettelse. Vi opplevde blant annet at begreper som i drøftinger var funnet å være upresise likevel viste seg å bli tilbakeoversatt riktig. Vi opplevde også at begreper som var funnet å være riktig oversatt i første omgang ble upresist tilbakeoversatt.

Basert på oversettelsesarbeidet ble det laget en *pilotversjon*. Vi endte opp med å gjøre endringer på ni av spørsmålene etter at oversettelsesprosessen var sluttet. Pilotversjonen er til nå prøvd ut på 13 voksne enspråklige personer med afasi, for å sikre at skjemaet er brukbart og forståelig afasirammede.

Den norske oversettelsen (SALK-39)

Målet med oversettelsen og tilpassningen var å lage en norsk versjon av SAQOL-39 som begrepsmessig er lik den opprinnelige og som er lett å forstå og besvare for personer med afasi. Selv om England og Norge begge er vestlige land og tilhører samme språkgruppe er det både språklige og kulturelle forskjeller mellom landene som man må ta

hensyn til når man skal oversette et skjema fra engelsk til norsk. I oversettelsesarbeidet har det vært viktig å sikre semantisk, begrepsmessig og teknisk likhet til originalversjonen (Behling & Law, 2000).

Semantisk eller språklig likhet skal sikre at man beholder samme betydning av ord på originalspråket og det språket skjemaet skal oversettes til (ibid.). Vi erfarte blant annet at ordet «trouble» ikke kunne oversettes direkte med «trøbbel» da disse to ordene har ulik mening i denne konteksten. Det er i denne sammenhengen viktig at man benytter ord i oversettelsen som har samme betydning, ikke bare at de er like rent språklig. Tilbakeoversettelsesprosessen var med på å ivareta den semantiske likheten.

Begrepsmessig likhet er ivaretatt når begrepet har det samme innholdet i to ulike kulturer uavhengig av ordene som er brukt til å beskrive det (ibid.). Som beskrevet over er England og Norge relativt like kulturer, men vi kunne likevel ikke se bort fra at der var spørsmål som måtte endres fordi de ville ha ulik mening i de to kulturene. For eksempel ville det ikke være hensiktsmessig å spørre om erfaringer med bilkjøring i en kultur der kun et fåtall av innbyggerne har sertifikat. I dette spørreskjemaet fant vi imidlertid ingen spørsmål som måtte endres med tanke på begrepsmessige ulikheter.

Teknisk likhet må ivaretas ut fra hensyn til morfologiske og syntaktiske forhold ved de to språkene (originalspråket og språket skjemaet oversettes til). Her kan man blant annet oppleve at spørsmål som kan stilles

med få og enkle ord på engelsk, ikke kan sies med like få ord på norsk. Dette vil igjen påvirke tilbakeoversettelsen.

I tillegg til at semantisk, begrepsmessig og teknisk likhet skulle ivaretas var det også viktig å sikre validiteten og generell afasivennlighet i skjemaet. Det er naturligvis ikke sånn at disse faktorene eksisterer løst fra hverandre.

Utpøvingen av spørreskjemaet

Utpøvingen av skjemaet gjennomføres for å sikre at skjemaet passer for den målgruppen det er ment for, og at det er tilgjengelig og aksepteres som nyttig eller brukbart av målgruppen (voksne med afasi). Deltakerne i utpøvingen av spørreskjemaet ble rekruttert gjennom logopedene som deltok på *Afasidagene på Bredtvet 2009*. Logopedene fikk tilsendt et informasjonsskriv og et skjema for informert samtykke til bruk i prosjektet. Det var de lokale logopedene som kjente deltakerne fra før, som både rekrutterte de afasirammede og gjennomførte selve utpøvingen.

Ved utpøvingen av den norske bearbejdede versjonen valgte vi å følge tilnærmet de samme inkluderingskriteriene som ble brukt i utpøvingen av den engelske originalen. Kriteriene var som følger:

- 1) afasi som følge av hjerneslag, 2) minst ett år etter skaden, 3) hjemmeboende før skaden, 4) ingen kjente nevrologiske utfall før hjerneslaget, 5) sumskåren på deltestene for forståelse og lesing på Frenchay Aphasia Screening (FAST)¹ skal være på 7/15 eller bedre.

Alle deltakerne i utpøvingen svarte på alle spørsmålene i den norske versjonen av SAQOL-39, noe som er et tegn på at spørreskjemaet er tilgjengelig for gruppen det er laget for. Responsene på spørsmålene totalt sett var fordelt over alle svaralternativer og kun ved tre av totalt 468 responser viste det seg vanskelig for deltakeren å velge ett enkelt svaralternativ. En av deltakerne ga uttrykk for at disse spørsmålene ikke var relevante for hans livssituasjon. En annen deltaker ga uttrykk for at det føltes godt å få mulighet til å uttrykke seg om de tingene det ble spurt om.

I tillegg til å prøve ut skjemaet ble både personene med afasi og logopedene bedt om å komme med eventuelle kommentarer til spørreskjemaet og til gjennomføringen av utpøvingen. Begge parter fikk i tillegg noen spørsmål som omhandlet skjemaets tilgjengelighet. Logopedene som gjennomførte utpøvingen stod fritt til å tilpasse spørsmålene slik at personene med afasi forstod og kunne svare på dem. Se tabell 1 for oversikt over spørsmål.

Så langt tyder utpøvingen på at den norske oversettelsen fungerer slik den er ment. Fem av de ni logopedene som deltok i utpøvingen hadde kommentarer til innholdet i enkelte spørsmål, da de mente at noen spørsmål var svært sensitive og personlige for dem som skulle svare. På bakgrunn av dette mente flere at det var viktig og ønskelig at den som skulle gjennomføre en slik intervjubasert undersøkelse kjente personen med afasi relativt godt, slik at man kunne være mer oppmerksom på eventuelle nega-

¹ Frenchay Aphasia Screening (FAST) finnes ikke på norsk. I samråd med Katerina Hilari er en pilotoversettelse av FAST brukt i dette prosjektet. Også denne er oversatt ved hjelp av en metode for oversettelse/tilbakeoversettelse.

Tabell 1. Kvalitativ tilbakemelding fra logopeder og personer med afasi

Spørsmål til logopeden	Spørsmål til personen med afasi
• Hvordan var det å gjennomføre SALK? • Var det noe som var spesielt vanskelig å forklare (forstå)? • Var det noen spørsmål personen reagerte negativt på? • Var det noen spørsmål personen reagerte positivt/spesielt positivt på? • Var det noen reaksjon på svaralternativene?	• Hvordan var det å svare på disse spørsmålene? • Var det noe som var spesielt vanskelig å forstå? • Var det noe som var lett å forstå? • Var det noen spørsmål som var spesielt gode? • Var det noen spørsmål du reagerte på/synes var dårlige? • Hva synes du om svaralternativene?

tive reaksjoner hos den rammede. Ingen av personene med afasi hadde noen kommentarer som tydet på at de hadde noe spesielt å utsette på skjemaet. Utprøvingen vil fortsette med flere personer.

SAQOL-39 på norsk, gresk og italiensk

SAQOL-39 er oversatt til flere språk enn norsk, blant annet til gresk (Kartsona & Hilari, 2006) og italiensk (Posteraro og medarbeidere,

2006). Når vi sammenlikner den norske oversettelsen med andre oversettelser finner vi en del sammenfallende vurderinger. Fem av ni endrede spørsmål i den norske versjonen samsvarer for eksempel med fem av åtte endrede spørsmål i den greske versjonen. Dette kan tyde på at enkelte av spørsmålene i SAQOL-39 peker seg ut som vanskeligere å oversette fra engelsk til andre språk. Også i svarkategoriene ser vi at man i flere oversettelser

(både den greske, italienske og norske) har møtt liknende utfordringer. Blant annet har man på alle tre språk liknende utfordringer knyttet til oversettelsen av begrepet «trouble».

Avsluttende kommentarer

Vi vil uttrykke stor takk til alle logopeder og personer med afasi som har bidratt i utprøvingen av SALK-39. Utprøvingen så langt indikerer at SALK-39 vil være et egnet spørreskjema for undersøkelse av livskvalitet hos norskspråklige personer med afasi.

SALK-39 (selve skjemaet, skåringssark og den tilhørende håndboken) vil være tilgjengelig via nettsidene til Statped. I forlengelsen av dette publiseres det også et idéhefte med beskrivelser av hvordan logopeder (og andre) kan jobbe med livskvalitetsfremmende aktiviteter i praksis.

Referanser:

- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating Questionnaires and other Research Instruments. Problems and Solutions*. London: Sage Publications.
- Berg, K. (2007). Støttet Samtale for voksne med Afasi og livskvalitet. Hovedfagsoppgave, Universitetet i Tromsø.
- Cranfill, T. B. & Wright, H. H. (2010). Importance of health-related quality of life for persons with aphasia, their significant others, and SLPs: Who do we ask? *Aphasiology*, 24(6-8), 957-968.
- Cruice, M., Worall, L., Hickson, L. & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17(4), 333-353.
- Helsedirektoratet (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Anbefalinger. Nasjonale faglige retningslinjer*. 15-1688. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hilari, K. & Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International Journal of Language & Communication Disabilities*, 44(2), 193-205.
- Hilari, K., Wiggins, R. D., Roy, P. (2003a). Predictors of health-related quality of life (HQOL) in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 365-381.
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. & Smith, S.C. (2003b). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity. *Stroke*, 34, 1944-1950. Lest elektronisk på: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/34/8/1944>
- Hoffman, T. & Worrall, L. (2004). Designing effective written health education materials: Considerations for rehabilitation professionals. *Disability and Rehabilitation*, 26, 1166-1173.
- Kartsona, A. & Hilari, K. (2006). Quality of life in aphasia: Greek adaption of the stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39). *Europa medicophysica*, 43(1), 27-35.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123.
- Posteraro, L., Formis, A., Grassi, E., Bighi, M., Nati, P., Proietti Bocchini, C., Todeschini, E., Bidini, C., Corsini, D., Agosti, M., Franceschini, M. (2006). Quality of life and aphasia. Multicentric standardization of a questionnaire. *Europa medicophysica*, 42(3), 227-230.
- Ross, K. & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364.
- Rustøen, T. (2005). *Livskvalitet og velvære. I: Kamp Nielsen & Knutstad. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribie AS.
- Sneeuw, K. C., Sprangers, M. A. & Aaronson, N. K. (2002). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1130-1143.
- Worrall, L. E. & Holland, A. L. (2003). Editorial: Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 329-332.



Rogaland logopedlag

**Rogaland logopedlag inviterer til kurs med
Marit Petersen Oftedal over temaet:**

LESE- OG SKRIVELÆRING:

Så lett og så vanskelig. Hvorfor?



Marit Petersen Oftedal er logoped og har doktorgrad i spesialpedagogikk/dysleksi. Hun har jobbet som logoped i Sandnes og Klepp kommune. Etter mange år som høyskolelektor, førsteamanuensis og forsker ved Lesesenteret, UiS, gikk hun tilbake til praksisfeltet i Time kommune/PPT for fem år siden. Hun har i hele sin teoretiske og praktiske hverdag vært opptatt av hva som kan styrke funksjonell lese- og skrive læring, og hvordan elever med vansker kan hjelpes. I sin tilnærming til dette legger hun vekt på at utforsking av skrevne ord kan styrke læring. Basert på det, har hun også utarbeidet et intensivt treningsopplegg for svake lesere.

Vi ønsker dere velkommen til en engasjert, levende og praktisk foreleser!!

Dette er et kurs som passer for både lærere, førskolelærere, spesialpedagoger, logopeder, miljøterapeuter, veiledere i PPT. Det er viktig å forebygge og gjøre de riktige tingene tidlig i forhold til barns lesing og skriving.

Torsdag 20. oktober 2011 kl. 10.00 – 16.00

I Frelsesarmeens lokaler Kongsgt. 50, Stavanger

Pris: 700,- med enkel lunsj

Påmelding innen 15. oktober til:

Sissel Galåen, Grunnavik 29, 4270 Åkrehamn,
tlf 911 89 984, sissel.galaen@hkskole.no

Lærerikt Italiaseminar!

Trine Lise og Ole-Andreas' Italiaseminar ble avholdt i Nettuno, 6 mil sør for Roma, den 30. mai – 2. juni 2011. Målgruppen var erfarne logopeder som arbeider primært med voksne med ulike vansker. 12 logopeder og 2 ledsagere deltok. 4 av logopedene og 1 ledsager bidro med faglige innlegg. Målet var at faglig påfyll skulle kombineres med refleksjon over egen praksis, satt inn i en ramme av kulturelle opplevelser og en smak av Italia.



Bildene viser glade seminardeltakere.

Første foreleser ut var Patrick A. Vogel, professor ved NTNU og psykolog. Emnet var «Stressmestring for logopeder». Etter å ha gitt oss en grunnleggende teoretisk innføring



Patrick A. Vogel.

om stressmestring, ble det tid til flere praktiske øvelser for å teste ut eget stressnivå og egenopplevelse av hvordan vi kan redusere stress.

Deretter fortsatte Marit Skaldebø, logoped med stemmevansker som spesialitet. Hun gav oss en repetisjon av «hva er stemme?» hvilket gav oss et grunnlag for en mer praktisk gjennomføring av stemmebruk og aktiviteter for stemmetrening, inklusivt «rørkurs». Hun gikk også igjennom forslag til veiledning og opptrening før og etter stemmebåndsoptikasjoner.



Marit Skaldebø.

Hele neste dag var viet til Støttet samtale for voksne med afasi – praktisk bruk av metoden. Trine Lise Dahl plasserte metoden inn i en teoretisk sammenheng og metoden ble presentert gjennom forelesninger, videoeksempler og rollespill. Hun håpet at flere logopeder kan undervise/formidle denne måten å kommunisere på til afasirammede,

pårørende, helsearbeidere og andre som kommer i kontakt med afasirammede.



Rollespill. Åslaug Gjermundstad, Ole-Andreas Holmsen, Tor Raudajoki, Ingunn Törnquist, Rolf Borge og Ruth Hegge.

Siste seminar dag tok for seg dysfagi ved Ole-Andreas Holmsen og kommunikasjonshjelpemidler for personer med ervervede språk-talevansker ved logoped Knut Einar Stenvik.



Ole-Andreas Holmsen.



Knut Einar Stenvik.

Ole-Andreas gav oss et innføringskurs i dysfagi (spise- og svelgevansker). Dette er et kursopplegg som er utarbeidet ved A-hus og Sunnaas sykehus og som det er meningen skal spres til andre. Her inngår en gjennomgang av den normale svelgefunksjonen og hvilke symptomer som kan oppstå ut fra hvilken fase i svelgeprosessen som er involvert ved svelgevansker. Opplegget inkluderer en svelgetest og behandling. Det er utarbeidet et glimrende program i regi av Helse Sør-Øst, som vi fikk se. Dette programmet skal spres via helsenet til alle helseregionene, og være tilgjengelig i første omgang for ansatte ved alle sykehusene.

Knut Einar Stenvik er konsulent i kommunikasjonshjelpemiddelfirmaet Tobii. Han gav en kort presentasjon av selskapet og dets historikk. Deretter foreleste han om kommunikasjon generelt, diagnosegrupper, ulike kommunikasjonshjelpemidler

og krav til kommunikasjon med dynamiske display. Han gjennomgikk videre programvare for alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK), før vi selv fikk prøve oss på ulike løsninger som Tobii har. Han la ikke skjul på at pasienter med hjerneslag og afasi fremdeles er en utfordring i forhold til å kunne benytte avanserte kommunikasjonshjelpemidler, men at grensesnittet stadig blir bedre.

Seminaret ble avholdt på Astura Palace Hotel, et lite familiedrevet hotell, med en hyggelig betjening og et godt utstyrt kursrom med topp teknisk ekspertise. De aller fleste rom hadde balkong med utsikt til båthavna og middelalderbyen Anzio, samt badestrender omtrent rett over veien. 5 minutters gange til jernbanestasjonen var også praktisk, med vel en times togreise inn til Roma.



Båthavnen Nettuno med Anzio i bakgrunnen.



Strandliv med faglig fordypning.



Utsikt fra hotellet til Santa Ana Maria-kirken og stranden.

Den kulturelle og sosiale delen av seminaret inkluderte vingårdsbesøk og spasertur til den amerikanske kirkegården.



De aller fleste middagene ble inn tatt samlet. Vi ble godt kjent med hverandre og temaene var gjennomgående av logopedisk art.



Felles middag.

De fleste hadde spandert på seg en ekstra dag (Kr.himmelfart og fri) og benyttet den til en Roma-tur.



Roma. Peterskirken i bakgrunnen.



Jagerflyshow over Piazza Popolo.

Der spiste vi lunsj samlet rett foran Pantheon. Litt tid til shopping for damene ble det også! Det viste seg at denne dagen var Italias nasjonaldag og de feiret 150 års jubileum for staten Italia.



Glade damer på shopping.

Tilbakemeldingene på seminaret var i flg evalueringsskjemaene 100% positive, både faglig, sosialt og kulturelt. Målsettingen ble innfridd. Deltakerne kunne godt tenke seg et lignende seminar ved en senere anledning også.



Kaffepause på hotellterassen.



Faglig diskusjon over et glas...

Selv sitter jeg igjen med det inntrykket at arrangørene lyktes til det fulle med sin målsetting om å kombinere muligheten for faglig fordypning samt oppnå nærmere kontakt mellom oss som har interesse for og arbeider innen voksenlogopedien.

Det er også verdt å nevne at organiseringen var svært god med en balanse mellom fag, sosialt samvær og kultur.

Faglig påfyll fra dyktige kollegaer, sol, god mat og drikke bidrar til at jeg tar fatt på arbeidsdagen med ny energi og et håp om å få oppleve dette igjen.

Stor takk til Trine Lise og Ole-Andreas.



Vel gjennomført!

*En fornøyd kursdeltaker
Logoped MNLL*



Oslo logopedlag

I samarbeid med Bredtvet kompetansesenter
inviterer Oslo Logopedlag til dagskurset:

«FORELDRE SOM RESSURS»

Hvordan gi veiledning og støtte
til foreldre som har barn med språkvansker?

«Foreldre som ressurs» er et lengre veiledningsprogram ved kompetansesenteret, og dagskurset vil ta utgangspunkt i deler av dette programmet.

Forelesere er **Marit Molund Koss** og **Fanny Platou**, seniorrådgivere ved team for språkvansker ved Bredtvet kompetansesenter.

Onsdag 16.november 2011 på Bredtvet kompetansesenter.
kl. 9.30-15.00, registrering fra kl. 09.00.

Pris: inkludert enkel lunsj, kaffe/te

Kr. 750 – for medlemmer av Norsk Logopedlag (NLL)

Kr. 950 – for ikkemedlemmer

Kr. 200 – for mastergradstudenter i logopedi

Påmelding på e-post til: liveg.oll@gmail.com

Husk å få med navn, adresse, telefonnummer, stilling, arbeidssted, fakturaadresse og eventuelt ressursnummer. Deltakerne vil få utlevert giro på kursdagen.

Påmelding innen tirsdag 08. november.

<http://norsklogopedlag.no/regionslag/oslo-logopedlag>

The Third Nordic Aphasia conference i Helsinki

For fem år siden startet Afasiforum i Norge en tradisjon med nordiske afasikonferanser. Den tredje konferansen ble arrangert i Helsinki i juni i år, et vellykket arrangement med 115 deltakere.



Eli Qvenild.

Leena Salonen, som også foreleste på konferansen. Konferansens tema var «Aphasia rehabilitation today and in the future». De fleste deltakerne var fra de nordiske land, men også noen fra Estland og Slovakia.

En del finske logopeder og forskere holdt kortere innlegg om prosjekter de jobber med, mens de inviterte hovedforeleserne fikk opp til to og en halv time på sine foredrag. Dette er en modell som er beholdt fra den første konferansen i Oslo, og som er en god måte å få fordypning i temaene som ble presentert. Første hovedforeleser var Chris Code fra Universitetet i Exeter, og redaktør i Aphasiology. Overskriften var «Past, Present and Future Trends in Aphasia Therapy», og han gikk gjennom de mest innflytelsesrike teoriene, modellene og tilnærmingene til afasi-behandling gjennom tidene, hva som

Det var the Finnish Association of Aphasia Rehabilitation Research som sto som arrangør. Konferansen ble åpnet av foreningens leder, Anu Klippi, som fortalte at foreningen feiret sitt 25-årsjubileum i 2010, og i sin tid ble stiftet av den finske logopeden og afasiforskeren

er utfordringene i dag og hva han anser å være framtida for afasibehandling. Blant annet tok han, likhet med flere av foreleserne, til orde for at viktigheten av intensitet i afasibehandlingen blir tatt på alvor i framtida.

Friedemann Pulvermüller fra Universitetet i Cambridge hadde som tema: «From Brain Science to Language Therapy». Han tok for seg hvordan nevrovitenskap kan bidra i nevrologisk rehabilitering, og står for en tilnærming som Melanie Kirmess har vært inspirert av i sitt Phd-arbeid, som omtales et annet sted i bladet. Han presenterte blant annet en intensiv språktreningsmetode, som minner om Kirmess' CIST-program, men som bruker bilder av handlingsord i stedet for bilder av objekter.

Professor Ray Wilkinson fra Universitetet i Manchester er kjent for mange norske afasiinteresserte. Han snakket om hvordan man kan hjelpe afasirammede og nærstående til å endre samtaleatferden i hverdagen for å kommunisere bedre. Slik en afasirammet snakker med



Karianne Berg.



Line Haaland-Johansen presenterer sitt poster.

må det være fordi de oppnår noe med det. De prøver ikke nødvendigvis å snakke mest mulig normalt, men mest mulig effektivt. Wilkinson viste data fra en konfronterende interaksjonsfokustert metode som kalles «SPPARC», der en afasiramme og en nær kommunikasjonspartner blant annet observerer seg selv på video. Så blir de bevisstgjort og anbefalt strategier skreddersydd til dynamikken hos det enkelte par. Et råd kan for eksempel være at personen uten afasi prøver å stille spørsmål som ikke legger lingvistiske begrensninger på den afasirammede. Selv om de fleste rådene gis til personen uten afasi, fører de ofte til at den afasirammede endrer seg mest i interaksjonen, for eksempel fordi han slipper til mer. Wilkinson romaniserte ikke temaet, men påpekte derimot at kommunikasjonen i de fleste tilfeller alltid vil være vanskelig. I noen tilfeller gjelder det å velge det minst dårlige alternativet, hevdet han.

Et annet interessant foredrag ble holdt av Dr. Ingrid Aichert fra EKN, Klinikum Bognehausen i München. Hun snakket om teori, kartlegging og

kona er lingvistisk veldig forskjellig fra det vi ser i logopedtimene, hevdet han, og det er i slike samtaler vi må se en endring hvis vi skal bedømme om rehabiliteringen har hatt noe å si. Når vi ser at afasirammede som er i stand til å bruke setningsstruktur i logopedtimene, velger å snakke i telegramstil i vanlige samtaler,

behandling av talepraksi, og gikk konkret til verks med mange eksempler. Hun får personer med talepraksi henvist fra hele Tyskland, og kunne dermed vise video-eksempler på personer med ren talepraksi. Det er en kjent utfordring å klare å skille vansker med uttrykks-siden av språket fra hverandre. Aichert gikk gjennom en tradisjonell inndeling der problemer med fonologisk innkoding fører til fonologiske vansker, vansker med fonetisk innkoding fører til talepraksi, mens vansker med artikulasjon knyttes til dysartri. Det hindrer ikke at begrepet alltid har vært forvirrende, og det gjør det ikke mindre forvirrende at det talepraksi sjelden oppstår uten følge av afasi. Hun kom inn på flere tilnærminger til behandling, et eksempel kan være at for mange er det virkningsfullt å bli bevisstgjort å snakke «mykere», hviske og lage mindre bevegelser. Vi har lett for å overdrive bevegelser når vi prøver å få en talepraktiker til å uttrykke språklyder, og noen ganger kan det være nødvendig i første fase med en stor talepraksi, ellers «kjenner de ikke hvor lyden er», men så fort som mulig bør man gå vekk fra dette, mente hun. Denne tilnærmingen vil i mange tilfeller stå i kontrast til dysartri-tilnærminger, der man ofte driver med en form for «styrketrening» av artikulasjonsmuskler. Hun understreket også at selv om oralpraksi involverer samme muskler som talepraksi, er det forskjellige kontrollsystem involvert, og man vil aldri få noe overføring til tale fra arbeid med oralpraksi



Posterpresentasjoner.

– man MÅ arbeide med tale for å få resultater. Hun tok også for seg teorier om enheter i artikulatork program-mering, og antydte at stavelser er en optimal enhet å jobbe med, mens fonemer ofte er kunstig å uttale, og isolert ikke alltid vil knyttes direkte til språk.

Avslutningsdagen lørdag var viet M.Ped Leena Salonen fra Universitetet i Helsinki, og hennes tilnærming til afasibehandling, «Language Enrichment Therapy». I denne forelesningen fikk tilhørerne et innblikk i hvordan de finske afasilogopedene er påvirket av den russiske psykologiske tradisjonen, der Luria naturligvis er sentral. Tilnærmingen gir et litt annet syn på språk og afasi en mange av oss er vant til. Salonen understreket at hun mener at afasi er en språklig-kognitiv vanske, en forstyrrelse av informasjonsprosessering, ikke en lingvistisk vanske. Luria står for et læringssyn der rehabilitering vil si å reorganisere et funksjonelt system. Salonen tok til orde for ikke å øve på isolerte ferdigheter, men heller ta for seg helheten. Ordmening er verktøy for tanken og det sentrale som må styrkes og berikes, for derigjennom å styrke «alt det andre», for eksempel språkproduksjon. Derav begrepet «enrichment» (berikelse) i motsetning til det hun kalte «hammering», som hun mener beskriver mye av tradisjonell afasibehandling. Hva som er en lett og vanskelig oppgave kan diskuteres, mener hun, og det jobbes aldri med enkeltord i LET. Redundans er et viktig begrep, ved utpekingsoppgaver er det ofte lettere å lykkes hvis man får høre «pek på: han kjører bil» enn bare «pek på: bil». Ordene som velges i undervisningen er heller ikke målet for terapien, de er bare midler for å styrke systemet som helhet. Generalisering er dermed et selvsagt premiss i denne tankemåten. Problemer med arbeidshukommelse dominerer i afasi, hevdet hun dessuten. Dermed er det sentralt å regulere mengden/belastningen

av det den afasirammede skal prosessere, «recovery is development of endurance of processing» hevdet hun. Hun påpekte til slutt at forskningen, uansett teoretisk ståsted, nå stort sett er enige om at intensive blokker med språktrening med pause mellom er den mest effektive modellen.

Det ble avholdt to poster-sesjoner under konferansen, og flere av våre norske kolleger bidro der. Både Haukeland universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Bredtvet kompetansesenter og Statped Nord var representert med postere.

Konferansen ble holdt et stykke utenfor Helsinki sentrum i et fint område med både strand og turmuligheter. De finske arrangørene gjorde en god jobb med å skape muligheter for å bli kjent med kolleger fra andre land, gjennom blant annet «bli kjent-fest» og konferansemiddag, og mange knyttet nyttige forbindelser med andre afasiinteresserte logopeder.

Neste konferanse vil bli holdt i Göteborg i 2.-4. mai 2013.

Ingvild Røste



Et representativt utvalg av norske deltakere.



Rettskrivingsprøve — ny versjon av Logos!

Det foreligger nå en ny versjon av Logos. Den nye versjonen er utvidet med én deltest – en rettskrivingsprøve (diktat)! Rettskrivingsprøven er standardisert både på nynorsk og bokmål for trinnene 3-10+voksne. Vansker med rettskrivingen er et viktig kjennetegn ved diagnostisering av lesevansker og dysleksi og vi har fått mange henvendelser fra lærere og spesialpedagoger som savner nettopp en slik rettskrivingsprøve. *Nå er den her!*

Den reviderte versjonen inneholder en oppdatert håndbok med utgangspunkt i nyere forskning. I denne inngår rettskriving som én av hovedindikatorene ved diagnostisering av dysleksi. I den forbindelse er det foretatt en justering av indikatorskjemaet som benyttes ved diagnostisering av dysleksi. I den nye versjonen av Logos er det også foretatt en betydelig oppdatering av de pedagogiske tiltak som inngår i testen.

Logos inneholder også deltester som kartlegger leseforståelse, lytteforståelse, begrepsforståelse, ordavkodingsferdighet, samt en rekke underliggende delprosesser. På bakgrunn av testresultatet er det mulig å:

1. stille en presis diagnose med hensyn til elevens lesevansker
2. iverksette individuelt tilpassede tiltak som hjelper eleven å overvinne lesevanskene

Bestill abonnement på Logos i dag! Abonnementet bestilles på vår hjemmeside (www.logometrica.no).

Logometrica™
- ord for alle

Referat fra disputas om afasi

14. juni 2011 disputerte logoped og redaktør i Norsk Tidsskrift for Logopedi, Melanie Kirmess, for graden philosophiae doctor (PhD). Melanie Kirmess er den første logopeden som har avlagt doktorgrad om afasi i Norge. Fra før har psykologen Ivar Reinvang, legen Frank Becker og språkforskerne Inger Moen, Helene Uri og Marianne Lind doktorgrad om afasi. Det trengs forskning om afasi fra mange fagfelt, men for oss logopeder er det ekstra gledelig at vi nå har et prosjekt som faktisk tar for seg en logopedisk intervensjon, og som skaffer kunnskap om hvilken virkning den undervisning- en vi gir de afasirammede har. Så dette var en stor dag for alle logopeder og alle som er opptatt av afasi, og det var en ære å være tilstede på en overbevisende prøveforelesning og disputas.

Dagen ble ledet av professor Eva-Signe Falkenberg fra Institutt for spesialpedagogikk. I mørk kappe ledet hun prosesjonen inn i auditoriet, og skapte en høytidelig ramme rundt disputasen. Veiledere for arbeidet var professor Lynn M. Maher ved Department of Communication Sciences and Disorders, Universitetet i Houston og professor Sol A. H. Lyster ved Institutt for spesialpedagogikk, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, ved Universitetet i Oslo.



Melanie Kirmess forsvaret sin avhandling.

Avhandlingen har tittelen «The Applicability and Outcome of Constraint Induced Language Therapy (CILT) in Early Aphasia Rehabilitation». Prosjektet ble gjennomført og avlagt ved Det Utdanningsvitenskapelige fakultet ved Universitetet i Oslo. I doktorgradsstudien undersøkes constraint induced språktterapi (CIST) for opptrening av talespråk i tidlig fase av afasirehabilitering, dvs. én til fire måneder etter hjerneslaget. CIST er en atferdsteoretisk tilnærming som baserer seg på nyere teorier innen rehabilitering av hjerneslag og bruksavhengig (experience-dependent) hjerneplastisitet. CIST-programmet omfatter en intensiv intervensjon med tre timer daglig språktrening i ti dager. Ti personer med afasi deltok i intervensjonen, som ble gjennomført på lokale rehabiliteringssykehus.

Resultatene fra studien er presentert i tre empiriske artikler. Artikkelen «Constraint Induced language therapy in early aphasia rehabilitation» (Kirmess og Maher, 2010) er publisert i Aphasiology. Denne artikkelen er kasusbeskrivelser fra gjennomføringen av et CIST-program, der man fant positive språklige endringer. Den andre artikkelen «Spoken language production as outcome measurement following constraint induced language therapy» er også publisert i Aphasiology (Kirmess og Lind, 2011). I den ser de på om resultater fra CIST kan generaliseres for eksempel til samtaler. Den siste artikkelen er til vurdering hos International Journal of Speech-Language Pathology. Der presenteres statistisk signifikante endringer etter CIST-intervensjonen både på individnivå og gruppenivå på ulike språktester, som vedvarer signifikant 6 måneder senere. Deltakerne med afasi evaluerte CIST-programmet positivt.

Forskeren

Melanie Kirmess har jobbet som logoped siden 2001. Hun begynte på Sunnaas sykehus skole. Hun har også jobbet både på Aker sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus. Hun var stipendiat på Institutt for spesialpedagogikk (ISP) mens hun skrev på doktorgraden. I sluttfasen av doktorgradsarbeidet vendte hun tilbake til Sunnaas. Der jobber hun nå som logoped, men en del av stillingen er på Sunnaas sin forskningsavdeling som fagsjef for spesialpedagogene/logopedene. Hun har

også en 20% stilling på ISP, der hun er ansvarlig for en ny deltidsutdanning for logopeder.

Prøveforelesning

Dagen startet med en prøveforelesning, der Melanie foreleste over temaet «Mechanisms of recovery of language function in aphasia: Evidence from brain imaging», et komplekst tema, og en utfordring hun løste på en trygg og elegant måte. Man har innsett at større deler av hjernen er involvert i språkprosessering enn tradisjonelt antatt, det er også større interesse for å se på hvordan subkortikale områder har betydning for språk. En viktig del av dette temaet er kunnskap om hjernens plastisitet, både på mikronivå: hvordan nye synapser kan dannes etter en skade, og på makronivå: hvordan hjernen kan reorganiseres etter en skade. Et poeng er om uhensiktsmessig bruk av språket etter et hjerneslag faktisk kan føre til forverring av tilstanden. Melanie tok for seg ulike former for «brain imaging». De mest kjente formene for «stillbilder» av hjernen er CT, MRI og DWI (diffusion weighted imaging). Dessuten er det en rekke metoder som tar bilder av hjernen i aktivitet, som fMRI, PET, SPECT, ERP eller EEG. Her må personen løse en «oppgave» som viser forskjell i aktivitet, man må kunne sammenligne for eksempel at personen leser en rett eller gal setning. Disse metodene passer bedre til å teste språkforståelse enn produksjon.

Når det gjelder rehabiliteringstid for afasi, er det vist at det ikke er en tidsgrense for at bedring kan skje, men at det synes å være ulike bedringsmekanismer akutt, subakutt og i kronisk fase. Men bedring er avhengig av at hjernen gjør de rette erfaringene, det skjer ikke i et vakuum.

Melanie forklarte tydelig hvordan hjerneskaning viser en overaktivitet i høyre hjernehalvdel i subakutt fase, men at dette utjevner seg, og venstre hjernehalvdel «tar over» sine gamle funksjoner igjen. Dette er en viktig mekanisme for bedring. Hvis skaden i venstre hjernehalvdel er stor, kan det være ønskelig å bevisst øke aktiviteten i høyre hjernehalvdel (f.eks ved å bevege venstre hånd mens man benevner). Det er også vist at hos friske eldre (over 70 år) er det normalt at høyre hjernehalvdel blir noe mer aktiv ved benevning. Men høyre hjernehalvdel er for det meste til hjelp ved forståelse av språk, og helst ved helt enkle oppgaver.

Et viktig poeng som Melanie understreket i forelesningen, var at hjerneaktivitet man kan se på slike bilder, ikke nødvendigvis er det samme som funksjon eller atferd i det virkelige liv. Konklusjonen er at når man skal velge tiltak for den enkelte afasirammede, må man fortsatt ta utgangspunkt i individet og ta hensyn til hvilket stadium i rehabiliteringen man er i.

Etter prøveforelesningen kunne Melanie ta en velfortjent lunsj, før disputasen fortsatte med det som kanskje var enda mer spennende.

Disputas

Førsteopponent var professor Ph.d. Leslie J. Gonzalez-Rothi fra Department of Neurology, University of Florida. Professor, Dr.philos. Ivar Reinvang fra Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo var andreopponent. Det tredje medlemmet av komiteen, og koordinator, var professor emeritus Liv



Professor Ivar Reinvang var andreopponent ved disputasen.

Randi Opdal, Institutt for spesialpedagogikk, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.

Førsteopponent Gonzales-Rothi satte avhandlingen inn i en historisk kontekst, der kunnskapen om synapsene er sentralt. Læring skjer når atferd fører til at to neuroner fyrer koordinert, neste gang vil disse to fyres av samtidig, og slik dannes nettverk i hjernen. Hebb var en innflytelsesrik forsker på dette feltet, og Gonzales-Rothi hevdet at han har hindret kunnskapsutvikling om tilpasningsnivåen til et skadet nervesystem, fordi han mente at denne prosessen stort sett stoppet ved puberteten, noe som nå er tilbakevist. CIST er bygd på disse prinsippene for læring. «Constraint induced» terapi er mest kjent innen rehabilitering av fysiske vansker, men kan overføres til språk. Ved stillasbygging kan du «tvinges» til å gjøre atferden (det vil si å si ordene) så normalt som mulig (mest mulig «errorless»). Gonzales-Rothi påpekte at tid og repetisjon er en viktig faktor, som ofte er en hindring i praksis. Melanie forklarte at hun lagde en tilnærming til metoden tilpasset det som er mulig i det norske helsesystemet, og hun fikk mange interesserte som responderte positivt på å bruke metoden. Gonzales-Rothi stilte også spørsmål ved om hva som eventuelt gjør at CIST virker bedre enn andre metoder. Melanie forklarte at det ikke finnes sikker kunnskap om at noen metoder virker bedre enn andre, men at CIST tar opp i seg viktige aspekter, som at programmet er intensivt, at man får repetert den samme oppgaven hyppig, og at det inngår faktisk interaksjon i oppgaven. Hun understreket at det er svært viktig at de afasirammede fortsetter å bruke språket etter intervensjonen, for å holde språkferdighetene ved like.

Ivar Reinvang tok blant annet opp at grunnen til at deltakerne i den første studien ikke fikk bedret auditiv forståelse etter CIST-programmet kunne komme av at de allerede skåret høyt på testene som målte dette. Det gir mening å tenke seg at det interaktive aspektet ved CIST-programmet gjør at det kan være verdifull trening på auditiv forståelse også, ettersom man ikke bare skal produsere språk, men også respondere på beskjeder man får fra de andre deltakerne. Andre studier av CIST-varianter har vist framgang på forståelse, og man kan også tenke seg at for noen er sentrale semantiske eller fonologiske vansker årsak til benevningsvansker. Melanie forklarte at hun i sitt prosjekt hadde vært mer opptatt av språklig fungering i hverdagen enn å gå detaljert inn



Dekan Falkenberg gratulerer Melanie Kirmess etter disputasen.

i språkssystemet. Det var også tilfeldig at hun ikke hadde personer med store forståelsesvansker med i studien. Det var krevende å rekruttere deltagere i denne fasen i rehabiliteringen, og hun hadde ikke mulighet til å ha kontrollere for dette i tillegg til en rekke eksklusjonskriterier.

Til slutt takket Melanie fakultetet, veilederne og kolleger som har støttet henne i arbeidet med doktorgraden. Vi som var publikum var på vår side imponert over hvor grundig og lettfattelig Melanie klarte å presentere et vanskelig tema. Rolig og klartenkt svarte hun på vanskelige spørsmål. Disputasen fikk en atmosfære som var seriøs og høytidelig, men også hyggelig og positiv. Rett etterpå arrangerte Institutt for spesialpedagogikk en mottakelse med forfriskninger for å feire disputasen. Seinere på kvelden inviterte Melanie til festmiddag for å fortsette feiringen. Der fikk hun mange velfortjente gaver, taler og lykkeønskninger.

Gratulerer med doktorgraden, Melanie!

Ingvild Røste



BLI HØRT!

Nå kan du ringe med Lightwriter!

Lightwriter SL40 Connect er den nye modellen tekst- til-tale maskin med ordprediksjon, ferdige setninger for hurtig kommunikasjon og innebygget SMS- funksjon.

Tekst- til- talefunksjon med valgt syntetisk tale gir mulighet til å snakke i mobiltelefon.



Vår nye stemmeforsterker, Mini Voice Amp er en diskret løsning med stor stemmekapasitet. Enkel i bruk.

Se vår hjemmeside for mer informasjon, flere bilder, filmer og kurstilbud.

Du finner oss også på Facebook.

Abilia AS, Postboks 123, 4952 Risør, Norway

Phone +47 37 14 94 50 | Fax +47 37 14 94 70 | info@abilia.no | www.abilia.no



«I begynnelsen er ordet, men det trengs mer for å få det publisert» – En bildereportasje fra besøk hos Lura trykkeri

Norsk Tidsskrift for Logopedi (NTL) eksisterer og utvikler seg takket være alle bidrag fra sine forfattere og skribenter, fotografer, annonsører - og trykkeriet. Uten innhold, ikke noe tidsskrift- men innhold alene blir ikke automatisk til tidsskriftet leseren holder i hånden.

Derfor har redaksjonen vært på besøk hos Lura Trykkeri i Sandnes for å hilse på alle samarbeidspartnere som former innholdet til et trykt tidsskrift. Lura trykkeri er en liten bedrift med 6 ansatte og en ekstrahjelp. De trykker også logopedlagets småskriftserie.

Bente Hansen er kontoransvarlig på Lura trykkeri, og har vært med på ferdigstilling av NTL siden det første nummeret kom ut på Lura i 1999, den gang som A5 hefte. De første årene var det voldsomt mye arbeid med bladet, med blant annet stifting for hånd og sortering av hvert enkelt blad etter postnummer. Hele spiserommet på Lura trykkeri var til tider fylt av vårt tidsskrift.

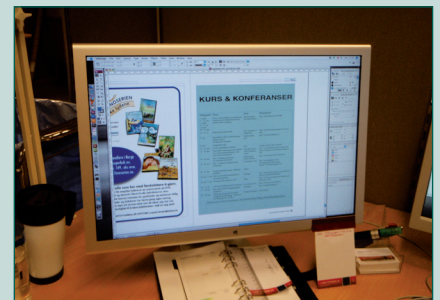
Bente skryter av NLLs Helge Andersen som var til stor hjelp i dette arbeidet. Hun kommer ikke på ett eneste tilfelle av «krise» i alle disse årene!

Når redaksjonen mottar artikler, referater, leserbrev med mer, gjennomgår de en første gjennomlesing og redigering med hensyn til innhold og rettskriving fra vår side.

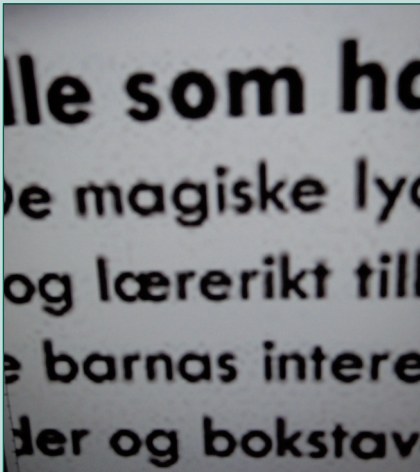
Så videresendes alt til vår nærmeste medarbeider i trykkeriet, grafiker Janina Krause. Janina konverterer alle typer tekstfiler til skrifttypen (font) og tabellformatet som anvendes i tidsskriftet, hun tilpasser layout for de ulike typer tekster, redigerer sideoppsett ut fra ulike spalter, overskrifter og setter inn bilder og annonser.



Janina Krause, Ingvild Røste, Lisa Baal & Signhild Skogdal.



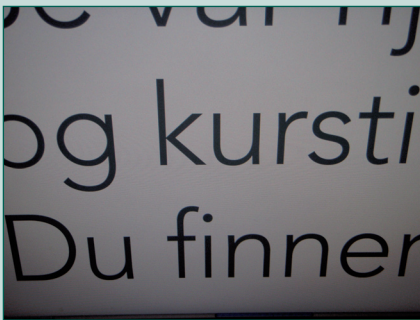
Janina viser oss hvor viktig det er med god nok kvalitet for beste trykkesultat, noe som utgjør forskjeller allerede ved tekster, men gjelder spesielt for bilder og annonser. Bilder som lastes ned direkte fra internett har ofte en begrenset oppløsning av 70 punkter per inch (dots per inch), mens det i trykk er 300.



dvs. fire tekstsider på et trykkark om gangen. Det er også grunnen til at totalantall sider alltid er basert på fire gangeren. Dermed får det praktiske konsekvenser når vi har en side med tekst for mye eller for lite, hvor grafikerens kreativitet spiller en avgjørende rolle for et godt sluttprodukt. Takket være pc går prosessen med å skrive ut trykkplater betraktelig fortere enn i gamle dager hvor typografer satte sammen hver tekst av enkeltbokstaver – speilvendt!



Kjetil ved trykkmaskinen.



Dermed blir bilder med for lav punktmengde kornete og uklare i trykk. Bilder bør heller ikke settes inn i selve tekstfilen, men legges ved som bildefiler for å bevare høyest mulig kvalitet.

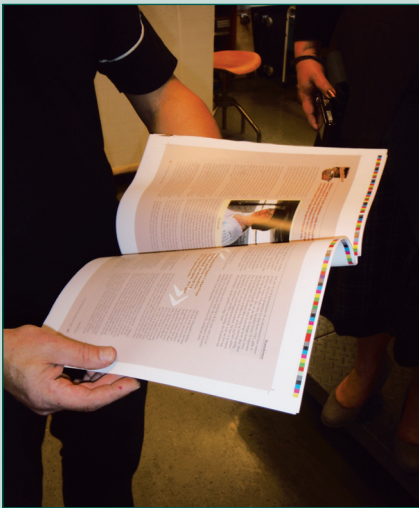


Redaksjonen får fortløpende tilsendt utkast av tidsskriftet og har flere runder med redigering. Etter noen avsluttende runder med korrekturlesing gis klarsignal for at tidsskriftet er godkjent for trykk. I neste trinn omarbeides pc-filen med tidsskriftoppsettet til trykkplater. Tidsskriftet trykkes som dobbelsider med forside og bakside,



Kontroll over fargene.

Trykkplatene lages for hver av de fire basistrykkfargene: svart, blå (cyan), magenta (rød) og gul. I det mekaniske trykkeriet jobber Kjetil Aarsheim, Kjell Bøe og Atle Rasmussen. I trykkmaskinen trykkes en farge om gangen på en side av arket, men dog i samme gjennomkjøring. Så må bunken snus for å få trykket baksiden. Det trykkes ca. 4 ark per sekund! Hver side har markering for beskjæring og kvalitetskontroll for fargematching.



Ferdig trykte, ubeskårne sider.



Kjell ved skjæremaskinen.

I neste steg beskjæres siden til riktig størrelse. Før tidsskriftet kan settes sammen, må alle arkene sorteres i korrekt rekkefølge i et «skap» hvor en voksen utgave av stiftmaskinen samler sidene som utgjør hvert enkelt hefte og stifter det sammen.

Heftene pakkes i plast, adresseres og forhåndsorteres til ulike postområder. Dette gjøres manuelt. Bente Hansen har omfattende ansvar for ferdigstilling. At tidsskriftet kommer frem på svært ulike tidspunkter over det hele landet skyldes derimot postens utlevering.



Trykkmaskinen.

Vi vil veldig gjerne takke for meget inspirerende og effektivt samarbeid med Janina, som dessverre for oss skal begynne i en ny jobb. Dette er hennes siste utgave av NTL og vi ønsker henne lykke til i fremtiden! Fra



Janina Krause.

neste utgave vil Frank Aguirre overta som NTLs grafiker. Han har allerede vært ansvarlig for juniutgaven i år og vi ser frem til videre godt samarbeid.

Melanie Kirmess

Praksisavvikling i forbindelse med masterstudiet i logopedi ved Psykologisk fakultet på Universitetet i Bergen

I 2006 startet masterstudium i logopedi opp ved psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen (UiB). Da påtok Statped Vest seg ansvar for å koordinere og gjennomføre praksis for 10 studenter. Ved hjelp av egne fagfolk og forpliktende avtaler med andre fagmiljø påtok Statped Vest i 2008 seg ansvar for å skaffe tilveie et tilstrekkelig antall kvalifiserte praksisplasser for inntil 20 studenter. Pårørspraksis og fordypningspraksis blir pr. i dag avviklet ved Logopedisk senter, Haukeland Universitetssykehus (HUS), Bergen Voksenopplæring og Statped Vest. Samarbeidsavtalen mellom UiB og Statped Vest blir reforhandlet hvert andre år, og samarbeidet evalueres kontinuerlig.

Praksis ved masterstudiet i logopedi, UiB, innholder pårørspraksis, fordypningspraksis, stemmepraksis og faglig forum. Pårørspraksis avvikles på deltid i 3.semester, der hver student får påhør i grupper 15t på hvert av de 6 logopediske felt (LKG, stemme, taleflytvansker, språk, dysleksi og afasi). Innenfor hvert felt får studentene 12 timer veiledning. Fordypningspraksis avvikles i 4.semester, normalt over 10 uker. Samlet utgjør dette 24 timer praksis med for- og etterarbeid pr. uke, hvorav minst 12 timer skal utgjøre direkte klientrettet arbeid. Hver student får 30 timer samlet veiledning, som gjennomføres individuelt eller i gruppe. Fra våren 2011 får studentene fordypningspraksisen fordelt på to logopediske felt. Stemmepraksis avvikles til vanlig i 2.semester i form av 40 t stemmeøvelser med individuell veiledning. Statped Vest gjennomfører dette i grupper. Faglig forum er en møteplass for masterstudenter, ansatte ved UiB med tilknytning til logopedutdanningen og ansatte ved Statped Vest og andre samarbeidsinstitusjoner. Statped Vest har det faglige ansvaret for planlegging og gjennomføring. Faglig forum avvikles i form av 2 timers samlinger hver annen

måned i Statped Vest sine lokaler. Forelesningene på faglig forum er praksisrelatert. I tillegg inviterer Statped Vest og Det psykologiske fakultetet hverandre og de andre involverte fagmiljøene til aktuelle fagseminar og andre kompetansehevende tiltak som arrangeres.

Praksisveiledere er erfarne logopeder, fortrinnsvis med hovedfag/mastergrad og minst to års erfaring innen det logopediske fagområdet det skal veiledes i. Statped Vest godtgjøres for å sette av personalressurser tilsvarende 25% stilling for å planlegge og koordinere praksisgjennomføringen. Det omfatter også avtaleinngåelse, -oppfølging og samhandling med de andre fagmiljøene som er involvert i praksisgjennomføringen. Praksiskoordinator fungerer som kontaktperson med UiB når det gjelder det fortløpende faglige og praktiske arbeidet. Praksiskoordinator skal være bindeleddet mellom praksisplassene og UiB. Midtveis og ved avslutning av både pårørspraksis og fordypningspraksis har praksiskoordinator (Ragnhild Rekve Heitmann) og kontaktperson på logopedistudiet (Turid Helland) møte med veilederne for å drøfte hvordan det går med studentene. Også studentene må rapportere underveis om hvordan de synes det går i veiledningen. Veilederne skal i praksisperioden gi tilbakemeldinger til studentene slik at de vet hva de spesielt bør arbeide med.

Praksisdelen av studiet er normert til 15 studiepoeng. Vurderingen er «bestått»/«ikke bestått». For å bestå, skal studentene ved siden av å ha gjennomført praksiskomponentene, levere en mappe med referat fra praksis og såkalte «refleksjonsnotater», der de oppfordres til å skrive ned tanker og reaksjoner de har underveis i praksisperioden. Studentene får også en muntlig praksiseksamen, som skal løses i grupper. Siden studiet langt på vei er basert på PBL (problem-basert læring), er studentene vant til, og

trent i, å samarbeide. I løpet av 24 timer skal hver gruppe svare på en praksisoppgave rundt et kasus. Alle i gruppen må legge fram sin del av besvarelsen, og det legges vekt på at besvarelsene er evidensbaserte. Muntlig eksamen avsluttes med diskusjon og tilbakemelding fra sensorene.

Å ha studenter i praksis er faglig stimulerende, samtidig som det er krevende i en travel arbeidsdag. Fra logopediprogrammets side legges det vekt på at veilederne er en del av et veilederkorps som får faglig påfyll. Derfor møtes alle veilederne og de ansatte på logopedistudiet to ganger i året over et program i regi av universitetet. Veiledersamlingen i vårhalvåret strekker seg over to dager, der en har forelesninger og diskusjoner relevante for logopedi og veiledning. I høsthalvåret møtes en til lunsj og en halv arbeidsdag, der fokus først og fremst er på konkrete problemstillinger i forhold til praksis.

Tilbakemeldingen fra studentene er unison: de synes det er flott å prøve seg i praksis, og de gir mye ros til veilederne sine. Hvert år får vi tilbakemelding på at de gjerne ville ha praktisert på flere steder og arbeidet med et større utvalg språkvansker enn det vi klarer å tilby. Dette til tross: vi synes vi er på rett vei til å gi studentene et kvalitativt godt tilbud innen de rammene vi har.

Kontaktpersoner for Statped Vest:

seniorrådgiver Ragnhild Rekve Heitmann (faglige og praktiske spørsmål) og assisterende direktør Marit Mjøs (formelle og økonomiske spørsmål).

Kontaktpersoner for UiB:

professor Turid Helland (faglige og praktiske spørsmål) og seksjonsjef Frode Randal (formelle og økonomiske spørsmål).

*Ragnhild Rekve Heitmann
og Turid Helland*



Redaksjonen i Logopeden vil i spalten «Skattekisten» snakke med logopeder med ekstra lang fartstid – for om mulig å få fram og videreformidle den enorme mengde logopedisk erfaring de besitter. Redaksjonen tar i mot tips på logopeder som er aktuelle for spalten. Erfarne logopeder kan gjerne ta kontakt selv.



Marit Petersen Oftedal

Vi har i dette nummeret snakket med Marit Petersen Oftedal, en engasjert og travel person, nettopp hjemkommet fra 30-årsjubileet for Islands logopedlag, men klar for intervju. Siden hun tok logopedutdanningen på Hosle i

1979–80, har hun hatt en aktiv karriere. *–Jeg har jobbet på to ulike PP-kontor, først i Klepp kommune, så i Time kommune, men med 15 års mellomrom, forteller Marit. Mens hun jobbet i Klepp, tok Marit hovedfag på høyskolen i Stavanger i 1990. Etter det ble hun headhunted til å undervise på lærerutdanningen i 1992, og begynte i full stilling ved Lesesenteret i Stavanger året etter. I denne jobben tok hun også doktorgrad i spesialpedagogikk med fokus på lese- og skrivevansker/dysleksi, som hun avsluttet i 2000. Etter doktorgraden ønsket hun større anledning til å utforske de pedagogiske konsekvensene av forskningen sin. Hun valgte derfor å avstå fra videre akademisk karriere, og gikk tilbake til PPT. –Jeg har fått muligheten til å prøve ut tiltak basert på det jeg har lært, og det har vært veldig spennende, sier hun.*

I PP-tjenesten har hun jobbet mest med språkvansker av forskjellige slag, særlig uttalevansker og begrepslæring hos førskolebarn, og mye med lese- og skrivevansker/dysleksi. Hun har fått mulighet til å jobbe både individuelt og systemrettet, og har ofte tatt initiativ til systemarbeid med utgangspunkt i individsaker, brukt muligheten til å lære bort noen prinsipielle tiltak og øke kunnskap hos både lærere, førskolelærere og spesialpedagoger.

–Når du jobber i PP-tjenesten, vil jo de henviste sakene påvirke hvilke vanskeområder du kommer borti, sier Marit, så jeg har også jobbet med både taleflyt og stemme, og da mest med stamming og stemmeknuter hos barn. Men slike henvisninger kommer ikke i en jevn strøm, det har vært mer sporadisk.

Når vi spør hva hun synes hun har lyktes best med i sin karriere som logoped, svarer hun at opplevelsen av å lykkes er knyttet til mestringsfølelse hos brukerne. *–Jeg bruker tid på en åpen og direkte dialog om mestring og vansker. Det er viktig både å vise forståelse for at vansker gjør seg gjeldende, og formidle at «du er like god for det», men samtidig formidle håp om framgang og utvikling mot et mål. Det aller beste er når brukerne etter en periode opplever endring, og stolte kommer og forteller at dette har de fikset sjøl! Jeg vet jo at jeg også har bidratt, men når de tar æren for sin egen framgang, da føler jeg at jeg har lyktes, sier Marit.*

–Jeg har også mer og mer sett nytten av å jobbe intensivt i perioder, ta pauser i mellom, og evaluere sammen med brukeren om det er nødvendig med en ny periode. Både erfaringen min og forskning forteller at å jobbe intensivt er effektivt. Det er også viktig at brukeren og logopeden har samme perspektiv: dette skal ikke være evig, og man evaluerer på et avtalt tidspunkt hva som bør være veien videre. Hun synes det er litt passivt hvis noen mener at de ikke har mulighet til å jobbe intensivt i sin stilling. –Slik tilrettelegging skjer ikke av seg selv. Jeg argumenterte for dette overfor arbeidsgiveren min, og over tid skjedde det en endring, de var med på tankegangen. Men det krever litt innsats å få til en fleksibel bruk av ressurser og arbeidstid, understreker Marit.

Vi lurte også på hva hun har sett på som utfordringer i arbeidet. Marit forteller at da hun vendte tilbake til PP-tjenesten etter 15 år, fikk hun en ny innsikt i logopedens plass i skolesystemet. Hun ble overrasket over hvor lite som var endret når det gjaldt det logopediske tilbudet i kommunene. *–Det meste utvikler seg positivt her i verden, så hvorfor skulle ikke logopedtilbudet bli bedre, undrer hun, det var nesten heller blitt verre i løpet av den tida! Det å sette barn med store behov på venteliste, synes Marit har vært det triste med å komme tilbake i praksisfeltet. –Det*

er nok store forskjeller fra kommune til kommune når det gjelder forholdet mellom behov og tilbud for logopediske tjenester, men via informasjon, kontakter og nettverk, ikke minst i logopedlaget, har jeg fått inntrykk av at det er mange som opplever at det logopediske tilbudet er mangelfullt, sier hun. Selv om vi nå jobber mer med forebygging og tiltak på ulike nivåer, er erfaringen fra et langt yrkesliv at behovet for logopediske tjenester ikke er blitt mindre, kanskje snarere tvert i mot.

Dette er noe som virkelig gjør Marit engasjert, hun ser på det som en kjempeutfordring å jobbe for en bedre balanse mellom tilbud og behov når det gjelder logopediske tjenester. –Hver og en må jobbe for det, for alle brukergrupper, både i det offentlige og i det private. Også skolesystemet og kommunene bør gå i seg sjøl og følge Opplæringsloven gjennom å opprette stillinger. Samarbeid med privatpraktiserende logopeder er også viktig. Når kommunen gir begrunnede avslag på logopedsaker som er hjemlet i Opplæringsloven, kan kommunen gjøre avtaler med privatpraktiserende logopeder, og ikke bare sende saker over til NAV. Det kan bli en sovepute for kommunen, mener Marit. –Å argumentere for at kommunene skal ta mer ansvar, er ikke det samme som at man ikke støtter de privatpraktiserende. Det gjelder å finne en god balanse mellom både-og, understreker Marit. –Et annet problem er at logopeder ikke alltid får jobbe som logopeder, de blir brukt som «poteten» når ansettelsesforhold og stillingsinstruks åpner for det. Det er også en ting vi må prøve å påvirke.

Vi spør henne også hva hun ser på som den viktigste oppgaven til en logoped. –Det er selvfølgelig den utøvende virksomheten, å få anledning til å gjøre en god jobb, som fører til noe godt for dem vi hjelper, svarer hun. –Men vi bør også bli enda flinkere til å styrke logopediens plass, vi må tørre å snakke med arbeidsgivere og kommunale etater, og engasjere oss på politisk plan. Vi trenger større forståelse for at vi trenger flere logopeder og midler til stillinger, legger hun til. Marit mener at vi alle kan gjøre noe gjennom ulike fora. Både interesseorganisasjoner og fagforeninger kan brukes for å styrke logopedens og logopediens plass i samfunnet.

Når Marit blir bedt om å beskrive det hun synes er mest interessant ved yrket sitt, svarer hun at opplevelsen hennes er at vi som er logopeder faktisk har en utdanning og kompetanse som kan gjøre en forskjell for mange. –Vi bør være stolte av å ha kunnskap på områder som ingen andre har, sier hun. –Det hender at andre fagpersoner tar på seg oppgaver som er klart logopediske, men ingen andre enn

logopeder burde jobbe for eksempel med stamming, og i forbindelse med språk- og uttalevansker som vedvarer, må det en logoped inn i bildet, sier hun engasjert.

–I mitt arbeid, som i perioder har dreid seg mye om lesing og skriving, merket jeg godt hvor viktig det var å ha den språklige kompetansen i bunnen for dette, forteller Marit. I perioden på Lesesenteret, og mens jeg arbeidet med doktorgraden, var jeg ikke utøvende logoped, men den logopediske kompetansen og språkkompetansen var med. Jeg har hatt stor nytte av utdanningen i arbeidet med dysleksi. Det er viktig og effektivt å ha det språklige aspektet med i tiltakene. Lesing og skriving er språklige ferdigheter, med fokus på mening. Vi leser for å forstå, og vi skriver for å formidle tanker, ideer og budskap. Derfor bør vi tenke over om det i undervisningen er for mye mekanisk, teknisk lese- og skrivetrening, som ikke aktiverer språklige prosesser i læringsprosessen, sier Marit. Dette med det språklige aspektet og fokus på mening har blitt mer og mer vektlagt i tiltakene mine, sier Marit!

De som vil lese mer om dette, kan finne fram de to artiklene hun har skrevet i Norsk tidsskrift for logopedi de siste årene. I nummer 2 i 2006 hadde hun artikkelen «Språklige forutsetninger og skriftspråklig læring. På tide å snu trenden?». Den andre ble trykket i nummer 3 i 2008 og het «Lær å lese ved å utforske skrevne ord!» –Artiklene er basert på forskning og kunnskap fra doktorgradsarbeidet mitt, der jeg har prøvd å vise eksemp-er på pedagogiske konsekvenser jeg tror på og har erfaring med, forteller Marit.

Marit vil gjerne få nevne at hun de siste årene på Time PPT fikk en helt nyutdannet logoped som kollega. –Det var utrolig kjekt, sier Marit, vi fikk et samarbeid der vi kunne bruke hverandre, hun kom med fersk kunnskap fra utdanningen, jeg kunne bidra med mitt. Det å kunne samarbeide slik, tror jeg er den beste måten å videreutvikle faget på.

Nylig gikk Marit av med AFP. –Det var et vanskelig valg å ta, forteller Marit. –Jeg er ikke ferdig med faget mitt, men ulike omstendigheter tilsa at det var det beste. Likevel tenker jeg av og til at jeg bare har tatt en pause til jeg blir 67, ler hun. Men hun utnytter pensjonisttilværelsen til å bidra på andre måter, hun har bedre tid til å skrive og holde kurs om feltet sitt, og gikk inn i styret i NLL i fjor. –Det er aldri for sent å engasjere seg! sier Marit.

Ingvild Røste

- Yrkesetikk, tak!

Troverdighet



En tannlege fikk en dag en pasient med ekstremt dårlig tannstatus. Flere tenner hadde falt ut, og de øvrige var sterkt angrepet av både karies og tannrøte. Tannkjøttet var heller ikke pent. Etter en rask sjekk skjønte tannlegen at han nå sto overfor et omfattende og komplisert arbeid. Så konkluderte han med at dette ikke var et tilfelle for ham. Han sendte pasienten hjem, og de to så aldri noe mer til hverandre.

Denne historien er selvfølgelig oppdiktet. En tannlege ville ikke konkludert med at en så dårlig tannstatus ikke er noe for ham. Det ville vært useriøst og uansvarlig. Alle forventer, med rette, at tannlegen tar tak i slike problemer og gjør noe med dem. Det er ikke opp til tannlegen å velge hva slags tannproblemer han skal behandle – han må simpelthen ta de oppgavene som melder seg, enten de er kompliserte eller enkle.

Det samme kravet bør kunne stilles til oss logopeder. Faget logopedi er i lagets vedtekter beskrevet som «... vansker med tale, språk, språklige symboluttrykk, stemme og svelging» (Info 2010 side 4). Dermed skal logopeder kunne ta tak i alle typer problemstillinger knyttet opp mot disse områdene. Som barnelogoped har jeg lite innsyn i hvordan voksenlogopedien fungerer, men jeg ser desto mer av måten barnelogopedien blir praktisert. Etter min erfaring er det vanlig at logopeden jobber med barn med uttalevansker, mens det jobbes forholdsvis mindre med generell språkstimulering, herunder stimulering av ord og begreper, trening av grammatikalske ferdigheter, turtaking og kommunikasjon. Hvordan ble det slik? Hva kommer det av at vi tar oss av enkelte problemstillinger mer enn andre, når alt hører inn under det som er faget vårt (og som vi ventelig bør være de mest kompetente til å gjøre noe med)? Kanskje det er av historiske årsaker? Det burde vært like naturlig for logopeden å jobbe med de barna som har vansker med grunnleggende kommunikasjon eller som ikke klarer å snakke i det hele tatt, som det er å hjelpe dem som «bare» har uttalevansker. Kan vi tillate oss å velge oss ut hva vi skal jobbe med, når vi ikke godtar at for eksempel tannleger gjør det samme?

Det er en kjent sak at mange kommuner nedprioriterer logopedien og velger å ikke ha egen logoped. Dermed skyver de både ansvar og kostnader over på NAV-systemet. Den tydeligste årsaken til dette anses å være at Opplæringsloven ikke presiserer at kommunene må stille med logoped

når det trengs. Dermed er det lett å sluntre unna ansvaret. Norsk logopedlag har derfor i flere anledninger prøvd å motivere oss alle til å gjøre fremstøt overfor bl.a. politikere for å få dem til å se behovet

for logoped i egen kommune. Dette er viktig, og ære være alle våre medlemmer som faktisk har tatt kontakt med ulike beslutningstakere lokalt, regionalt og sentralt. Jeg vet at man noen steder også har oppnådd resultater! Håper flere av oss vil følge etter.

Men jeg kan ikke legge vekk en nagende tanke om at det hadde vært lettere å få gehør for behovet for logopeder, hvis vi også hadde vært innstilt på å jobbe med alle de problemstillingene som hører inn under faget logopedi. Når vi gjør som tannlegen i eksemplet over, mister vi noe av troverdigheten vår. Hvor troverdige er vi egentlig, når vi snevrer oss inn på de barna som ikke klarer alle lydene, men ikke jobber med dem som har langt mer omfattende vansker? De fleste, heller ikke politikere, leser våre vedtekter. Deres oppfatning av hva en logoped er brukendes til, kommer derfor ikke primært av hvordan faget er definert, men av hva de ser at vi logopeder faktisk gjør. Jo mer snevert vi jobber, desto mindre oppfatter folk at vi kan, og da blir de tilsvarende mindre interessert i satse på sånne som oss. Da blir det også vanskelig for oss å peke på behovet for flere logopedstillinger der ute. Når vi likevel gjør et fremstøt, risikerer vi at vi gjør det med en frynsete troverdighet.

Bildet er ikke nattsvart. Jeg vet om mange dyktige logopeder som uten å nøle går inn i alle typer logopediske oppgaver. Derfor er det håp. Men min personlige mening er at vi alle må gjøre dette, slik at de som trenger vår hjelp, faktisk får det, uavhengig av type problematikk. Da blir det også lettere å peke med troverdighet på behovet for flere logopedstillinger.

Vi har nok en lang vei å gå. Vi må jobbe både med oss selv og vårt syn på hva som er våre oppgaver og arbeidsområder, samtidig som vi må få politikere til å ville satse på oss. Disse to behovene tror jeg går hånd i hånd.

*Erik Reichmann
leder, yrkesetisk råd*

Det var veldig interessant å lese informasjonen om LSVT i Logopeden nr. 2, 2011. Det er spennende og kjekt at denne metoden gir så godt resultat og at det er logopeder her hjemme som kan jobbe konsentrert og systematisk med det.

Dessverre er det slik at de fleste logopeder i landet vårt ikke har mulighet til å lære seg denne metoden gjennom den type kurs som Kvisgaard og Sandland viser til. De fleste av oss treffer kanskje en gang en person med Parkinson eller lignende sykdom som vil ha nytte av denne type trening. De fleste av oss har ikke mulighet til å få dekket eller selv stille midler til disposisjon for å lære en slik metode på de betingelser Lee Silverman systemet forlanger. De fleste av oss har heller ikke anledning til å jobbe så intenst som i dette opplegget.

For et halvt års tid siden fikk jeg en pasient med MSA, en variant av Parkinson, men hvor medisinerer ikke hjelper. Jeg lette etter råd på nettet og fant på søkeord som «parkinson+stemmetrening» mange videoer på YouTube hvor LSVT ble utøvd. Jeg stjal uten blygsel ideen om å snakke høyt, i tillegg til at vi jobbet med pust og artikulasjon. Jeg ofret det ikke en tanke at jeg gjorde noe ulovlig. I lys av min logopedutdanning hvor pust og stemmetrening er godt innlært, følte jeg at jeg forstod

hva som mentes med og var intensjonen med å fokusere på høyt stemmebruk. Jeg leste på nettet, hørte på innlegg og så på treningssekvenser. Nå oppfatter jeg at det ikke er lov av oss som ikke har deltatt på et lengre kurs i utlandet å utøve denne type arbeid. Heldigvis har Bredtvet kompetansesenter også en filmsnutt om hvordan vi kan trene personer med bl.a. Parkinson og også her er det viktig å snakke høyt.

Jeg vil med dette lille sukket si at jeg synes det er synd om metoder som hjelper oss i arbeidet med våre ulike fagområder skal legges under restriksjoner om store og dyre kurs. Vi har en logopedisk kunnskap i bunn, vi har mulighet til å lese og kommunisere med hverandre og vi må kunne bruke deler av det vi lærer til beste for våre klienter.

Samtidig er jeg glad for at det er mulig å fordype seg i slike tema som stemmevansker eller taleflytvansker og at utdanningsinstitusjoner og behandlingssentre arrangerer kurs og studieopphold for oss. Dermed får vi spisskompetanse og mulighet til å gjøre en god, systematisk behandling, men ikke la det bli slik at deler av gode behandlingsmetoder er forbudt for logopeder uten kurs.

Hilsen Inger Lea

Afasitreff på Bredtvet 14.-18. november 2011

Bredtvet kompetansesenter inviterer personer med afasi til kurs.

Kurset er beregnet for voksne som:

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

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

Kurs og opphold er gratis Påmelding innen 17. oktober 2011. NB! Påmelding bør skje via logoped. Deltakerne kan på forhånd søke NAV på hjemstedet om dekning av reiseutgifter. Alternativt dekker deltakerne dette selv.

Påmelding Pr. e-post: monica.knoph@statped.no. Pr. post: Bredtvet kompetansesenter, Statlig spesialpedagogisk støttesystem, Postboks 13 Kalbakken, 0901 Oslo

Spørsmål? Spør etter afasiteamet på telefon 22 90 28 00. **Vel møtt!**



Trenger du logoped til barnet ditt? Da har du en del hinder du skal forsere før du er i mål. Dette har blant annet Mette Kristin Hansen i Lier erfart. Hun har to tvillingsønner i andre klasse som begge har uttalevansker, hvor språkproblematikken til guttene er relativt lik. Eirik har CP og får logopedbehandling dekket gjennom Helfo (Helseøkonomiforvatningen). Jørgen derimot er frisk og får derfor ikke dekket logoped. Eirik har hatt logoped siden han gikk i barnehagen og han har hatt god utvikling. Jørgen ser at broren får hjelp og vil også være med å jobbe. Men ingen vil betale for behandling for Jørgen. Foreldrene har søkt både hos PPT i kommunen og Helfo. Alle parter er enige om at han trenger logoped. Spesialpedagogen på skolen føler seg usikker på området, og ønsker ikke å ta på seg ansvaret uten veiledning. Nå er det blitt slik at foreldrene selv må betale for logoped til Jørgen, for de ønsker ikke vente lenger.

Jørgen er ikke den eneste som sliter med å få logoped. Et annet eksempel er ei jente fra Sandefjord på 4 år som tross sin unge alder stammer hardt og sliter i tillegg med store fonologiske og artikulatoriske vansker. Foreldrene har fått avslagsbrev fra kommunen. De har søkt Helfo om støtte til logoped, men har fått avslag. Selv etter klager på avslaget har de fått nytt avslag. Nå betaler de for behandling hos en privat logoped og reiser fra Sandefjord til Tønsberg for å få til dette. Det er kostbart, men foreldrene gjør alt de kan for at jenta skal få den hjelpen hun trenger. De har allerede ventet i over ett år fordi de ikke visste hvor de skulle henvende seg eller hvilke rettigheter de hadde og kommunen hadde ingen konkrete svar til dem. Vi kontakket Jan Mossige på Bredtvet kompetansesenter og fikk vite at spesialpedagogisk hjelp før skolestart er omtalt i opplæringslovens § 5-7. Departementet understreker at også for barn under skolepliktig alder, er det § 5-1 som skal være rettleiende. Det vil si at den fremgangsmåten for å få rettigheter som følger av denne paragrafen også skal benyttes for førskolebarn. I § 5-7 sies det at barn som har «et særlig behov» for spesialpedagogisk hjelp, skal få det. Taleflytvansker er et slikt «særlig behov.»

Logopediens mange hinder

I enkelte kommuner må barna tas ut av skolen i skoletiden for å kjøres til nærmeste logopedkontor. Kommunen godtar nemlig ikke at privatpraktiserende logopeder kommer på skolen i skoletiden selv om de ikke har logoped i kommunen som driver med logopedisk trening. Dette går i all hovedsak utover barnet, som går glipp av mer undervisning enn nødvendig. I tillegg må også foreldre ta seg fri fra jobb for å følge barnet til logopeden. Skal behandlingen skje etter skoletiden for at foreldrene skal unngå å forlate jobben, er ofte barna slitne og ønsker ikke å trene hos en logoped og behandlingen blir mindre effektiv for alle parter.

Som privatpraktiserende logopeder som jobber på tvers av kommuner i det sentrale østlandsområdet, møter vi daglig utfordringer som dette. Vi blir oppringt av foreldre fra hele landet som ikke vet hva de skal gjøre for å få hjelp til barna sine. Og hindrene er mange. Flere opplever at ingen vet hvordan man skal få tak i logoped, verken skole, helsestasjon, lege eller kommune. Mange får vage råd om å vente og se, eller får høre at det ikke nytter å søke om logoped før barnet er 10 år. Deretter kommer det an på hvilken kommune de bor i.

Kommunene har ingen enhetlig politikk når det gjelder logopeder. Noen kommuner har logopeder ansatt som utredende, men ikke behandlende, noen har behandlende og andre igjen har ikke logopeder ansatt i det hele tatt. Det er stor forskjell på selv nærliggende kommuner. En kommune kan ha opptil fem logopeder som også jobber med utøvende logopedi, mens nabokommunen har en deltidsstilling til en logoped som skal kun drive utredning og veiledning. Begge kommunene er folkerike og har et betydelig antall barn og ungdom. Med andre ord er man prisgitt politikken kommunen man bor i har på dette området.

I kommuner som ikke har logoped eller behandlende logoped, søker foresatte ofte Helfo om støtte. Fra i sommer har Helfo strammet inn på de gjeldene reglene, som sier at Helfo kun dekker behov forårsaket av ervervet skade/medisinsk diagnose.

Lesernes side

Eksempel fra et avslag gitt en klient med store taleflytvansker: Vedtaket er gjort etter folketrygdloven paragraf 5-10 med tilhørende forskrift:

«Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og talededefekter hos logoped/audiopedagog. Med språk- og talevansker menes språk- og talevansker på grunn av organiske eller funksjonelle stemmelidelser. «

Dette vil i praksis bety at flere barn som før fikk dekket utgifter til logoped via Helfo, ikke lenger får det. De som allerede er i et behandlingsforløp, det vil si fikk innvilget timer før sommeren og tidligere, får innvilget timer videre med begrunnelse fra logoped og lege.

Helfo sier kommunene er ansvarlige for å hjelpe klientene, noe som stemmer dersom logopedi skal tolkes innunder spesialundervisning.

Opplæringsloven på sin side sier i: § 5-1: Rett til spesialundervisning:

«Elevar som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstilande utbytte av det ordinære opplæringsstilbudet, har rett til spesialundervisning.»

Flere kommuner gjemmer seg bak at logopedi ikke er en lovpålagt tjeneste. Opplæringsloven er klar og sier at at en elev som strever med ulike språk- eller talevansker har rett til spesialundervisning tilrettelagt deres vanske(r). Ettersom logoped som yrkestittel ikke er en beskyttet tittel, vil noen kommuner tolke denne delen av loven slik det passer kommuneøkonomien. Flere klienter som har oppsøkt vår private praksis, forteller at kommunen sier det ikke står noe eksplisitt i opplæringsloven om at det er en logoped som skal utføre spesialundervisning når det er snakk om språk- og talevansker. Enkelte kommuner sier dermed at behovet for logopeder skal dekkes av spesialpedagoger i spesialundervisningen som foregår - da uten logopeder. Mens spesialpedagogene selv ikke synes de har kompetanse nok til å behandle disse vanskene.

Vi spør oss om konsekvensene for innstramningen fra Helfo er blitt vurdert. Kommunene har fått beskjed om at Helfo kun skal dekke det medisinske området, men flere har ikke endret sin praksis. Dette ser vi rammer mange. Vi undrer oss også over at de som skal få logoped dekket av Helfo først må få avslag fra kommunen, når kommunen i utgangspunktet ikke skal dekke dette. Vi mener det må komme klarere retningslinjer på hvem som har hvilket ansvar i forhold til de barna som trenger logoped. Og vi ønsker oss en felles definisjon på hva som er medisinsk og hva som ikke er det innenfor det logopediske området.

Alt i alt opplever vi praksisen rundt logopeder som svært forskjellig fra kommune til kommune. Foreldre opplever ulike hinder i forsøket på å få hjelp til barna sine. Vi ønsker å sette søkelys på dette, for noe må gjøres.

Vi har satt opp en facebookgruppe; **«Jeg trenger logoped til barnet mitt»**, i et forsøk på å samle foreldre som trenger/har logoped til barna sine. Dette for å sette press på myndighetene i denne saken. Det er mange som er fortvilet og som trenger hjelp, men som ikke vet hva de kan gjøre med situasjonen. Får vi samlet dem, står de sterkere.

Kjenner du deg igjen i noe av det som er beskrevet her, og ønsker at dine klienter skal komme i kontakt med andre foreldre med liknende problemer? Tips dem gjerne om siden. Skriv inn tittel: «Jeg trenger logoped til barnet mitt» i søkefeltet, og de vil bli lagt til gruppen.

Med ønske om en god logopedisk høst!

*Anne-Guro Zahl og Karoline Grøndahl Kravik
Logopeder MNLL*

Vi trenger ditt tips!

Orðkrig

I arbeid med språklig bevissthet og tidlig leseinnl ring er jeg veldig fornøyd med Spr kverkstedet fra Tingleff Forlag, som nå selges hos BS Norli. Her er spill og aktiviteter i forhold til ordlæring og begrep i sammensatte ord og homonyme ord. Det er spill i forhold til riming, lytting av lyd og sammentrekking av lyd og det er også kommunikasjonsoppgaver. Men jeg har savnet spill og noe kjekt   gjøre i forhold til stavelser. For noen måned-er siden fant jeg uttrykket «ordkrig» hos Jørgen Frost i hans bok «Leseveilederen». Dette spillet har jeg spilt på denne måten og hatt mye glede av:

Velg ut en haug med bilder. Jeg har valgt fra Junior Alias. Del ut rundt 20 kort til hver. Det er et greit spill for to, men flere kan være med. Begge (alle) spillerne legger et kort på bordet med bildet opp. Vi ser på bildet, blir enige om hva som er på det, sier ordet og klapper stavelsene i ordet. Den som har et ord med flest stavelser f r begge kortene. Er det like mange stavelser, begynner krigen. Vi legger samtidig ned tre kort og det tredje kortet skal sammenlignes med antall stavelser. Alle kortene innkasseres av den med flest stavelser. (Selv om vi er flere spillere er det de som

har like mange stavelser som har krig). Målet er   få flest kort og slutter enten når en av spillerne har alle kortene eller n r det har gått en viss tid, og da teller vi opp hvem som har mest.

Dette spillet kan også endres slik at det er antall lyder i ordene som gir poeng. Da blir det lyderingspill. Spillet er identisk med «krig» som spilles med vanlig kortst kk og hvor det er høyest tall som gir innkassering av kortene. Da jeg var liten kalte vi dette spillet «svelt i hjel» for det kunne være temmelig lenge før en av oss ikke hadde flere kort igjen.

Hilsen Inger Lea



vi trenger ditt tips!

Pratestund om snakkelyder!

I min logopediske hverdag har jeg alltid vært opptatt av åpen og ærlig dialog om mestring og vansker. Det gjelder også barn som er i utvikling når det gjelder uttale. Slike samtaler har sjelden (faktisk aldri, tror jeg) fått negative konsekvenser. Det gjelder bare å tilpasse 'praten' til alder og forutsetninger, slik at barnet opplever at det alltid er greit å prate slik han/hun til enhver tid gjør. En pratestund om snakkelyder kan medføre at positive endringer skjer. Her er et eksempel:

Det er sommer, og vi har familietreff på hytta. Daniel på 3 ½ år er et sprudlende midtpunkt, som deltar aktivt i kommunikasjon på 'sin måte'. Det betyr at han uttaler noen ord litt annerledes enn oss andre, fordi r-lyden (skarre-r) ikke er på plass enda. Blant annet sier han *Maji* for Mari og *Andeasa* for Andreas, som er navnene til storesøster og storebror. Så en dag får jeg, mormor logoped, følge han på do. Han synes snurrelassen er litt skummel. Jeg skjønner at hans do-besøk vil ta litt tid og benytter anledningen til en liten pratesund om snakking og snakkelyder. Jeg forteller først hvor veldig flink jeg synes han er til å snakke. Så får han vite at vi sier ord med mange forskjellige snakkelyder, og jeg sier noen ord med veldig markant uttale for å illustrere dette. Daniel er svært opptatt med sitt gjøremål, men jeg registrerer at han lytter oppmerksomt til dette litt uvanlige og nye samtaletemaet. Så forteller jeg han, at han har lært mange snakkelyder, fordi han kan si så mange ord. Men jeg sier også, at det er én bestemt snakkelyd han ikke har lært enda. Derfor sier han noen ord på 'sin' måte, som er litt annerledes enn slik jeg sier ordene på 'min' måte. Så får han høre når jeg sier r-lyden, samt både min og sin måte å si noen ord på, som har r-lyden i seg. Øynene hans forteller meg at han fremdeles følger interessert med. Til slutt sier jeg, at det er helt greit at han snakker slik han gjør med sine snakkelyder og på sin måte. Men jeg tilføyer, at jeg er helt sikker på at han også kommer til å

lære seg den nye snakkelyden (skarre-r), slik at han kan si ord på en 'ny' måte. Daniel blir ikke oppfordret til å prøve å si den nye snakkelyden. Han prøver ikke på eget initiativ heller. Hans bidrag i praten er taus, oppmerksom lytting. Så er han ferdig på do, og vi rusler tilbake til de andre. Bare mor og far får vite hva vi har snakket om. Samme dag er det hjemreise. Senere forteller mor og far følgende: Det er andre dag etter hjemkomsten fra hytta. Med flotte, klare r-lyder sier Daniel: Mor og far! Hør! Nå seie eg mor og far på den nye måten med den nye snakkelyden! Men eg seie ikkje Andeasa på den nye måten!

For Daniel hadde nok r-lyden kommet på plass 'av seg selv' etter hvert. Pratestunden på do bare framskyndet den. En hyggelig og ufarlig pratestund om snakking og snakkelyder og to dager med egen tenking/undring og utforskning var det som skulle til – for han. Min erfaring tilsier imidlertid at slike informative og fonologisk bevisstgjørende pratestunder kan medføre positive endringer i uttale for mange barn. De ord som er valgt i samtale med barn, har også hatt positiv betydning. For barn er 'snakkelyd' en mer presis og informativ benevnelse, enn både 'språklyd' og 'lyd'. Ordet 'lyd' kan også lede oppmerksomheten mot så mange forskjellige lyder i et barns tilværelse, i stedet for at det rettes oppmerksomhet mot språklyder i talte ord. Hvis vi for eksempel samtaler om hvilke lyder det er i *bil*, er det kanskje mer naturlig for mange barn å tenke på bil-lyder som tute-lyd og bremse-lyd, enn på språklyder. Det har også vært positivt å si 'min' og 'din' og om 'gammel' og 'ny' måte å snakke på, framfor å snakke om rett og feil uttale. Jeg tror derfor at mange barn (og logopeder!) vil ha stor glede og nytte av, at gode, trygge pratestunder om snakking og snakkelyder integreres i all annen aktuell uttalestimulering og trening.

Marit Petersen Oftedal

Oslo logopedlag

Norsk Logopedlag er en svært aktiv organisasjon med 12 regionslag som dekker små og store fylker over hele landet. I denne spalten vil ett eller flere regionslag inviteres rullerende til hvert nummer for å fortelle om regionlaget sitt; hvem og hvor de er, aktiviteter og planer. Kanskje kan ideer og aktiviteter fra én region inspirere til gjentakelse i andre regioner? Første regionslag ut er Oslo, og andre regionslag må gjerne ta kontakt med redaksjonen for videre presentasjoner! Selvfølgelig tar vi gjerne imot bidrag utover denne spalten når som helst.



Fra venstre: Styremedlem Irmeli Katariina Oraviita, leder Live Günther, nestleder Helmine Bratfoss, kasserer Ingeborg Watne og sekretær Kristin Rogde Thorbjørnsen. Varamedlem Marit Grøndahl Scharning kunne ikke være tilstede på bildet.

Oslo logopedlag (OLL) hadde ved opptelling i januar 2011 171 medlemmer, hvorav 127 hovedmedlemmer. Det gjorde oss til landets nest største lokallag målt i antall medlemmer etter Hordaland og Sogn og Fjordane logopedlag, men landets minste målt i areal.

Styret i OLL består av fire styremedlemmer, leder og et varamedlem. Vi forsøker å verve medlemmer til styret som representerer ulike områder innen logopedien, og har egen valgkomité på to medlemmer. Styret består nå av leder Live Günther, logoped på Klinik for hjerneskader ved Sunnaas sykehus, nestleder Helmine

Bratfoss, logoped på Haukåsen skole, kasserer Ingeborg Watne, logoped på Oslo voksenopplæring Skullerud, sekretær Kristin Rogde Thorbjørnsen, logoped i PPT-F, styremedlem Irmeli Katariina Oraviita, logoped på Diakonhjemmet sykehus og varamedlem Marit Grøndahl Scharning, logoped på Bredtvet kompetansesenter, team for dysleksi.

Styret vårt møtes omtrent seks ganger i året på arbeidsplassen eller hjemme hos hverandre. I løpet av året arrangerer vi et dagskurs, to til tre fagkvelder og årsmøte med faglig tema. I Oslo har vi et stort utvalg av mange

flotte kurstilbud fra kompetansesentrene og andre gjennom hele året. Vi prøver å velge temaer som varierer litt fra det som ellers blir tilbudt og å veksle mellom de logopediske områdene. Fagkveldene våre er gratis for medlemmer av NLL, ikkemedlemmer betaler 100 kr. Ved å ta opp et faglig tema på møtene, er målet å samle flere medlemmer og å oppdatere oss faglig. Kveldene er også en god anledning til å treffe og bli kjent med andre logopeder og vi serverer kaffe/te og kjeks i pausen. Vi inviterer tilgrensende regionslag til fagkveldene på e-post, men alle medlemmer og andre er hjertelig velkomne til fagkveldene og til kurs. Det legges ut informasjon på hjemmesiden vår. I år har vi holdt årsmøte og en fagkveld. På årsmøtet vårt var faglig tema «Dyspraksi på innsiden og utsiden» ved Anne-Guro Zahl, logoped på Bredtvet kompetansesenter. Det var en spennende forelesning med både en faglig og personlig vinkling. Den første fagkvelden hadde vi i mai med logoped Knut Einar Stenvik som presenterte kommunikasjonshjelpemidler fra Tobii. Det var en fin og reflektert gjennomgang som ga nyttig kunnskap om mulighetene med kommunikasjonshjelpemidler også for dem som ikke arbeider direkte med det til daglig.

Vår neste fagkveld blir på Bredtvet kompetansesenter, 26. oktober, med Pål Ericson ved team for stemmevansker og tema «Nevrologiske stemmevansker og tiltak i

forhold til ulike diagnoser». Dagskurset i år blir 16. november og har tittelen: «Foreldre som ressurs» – hvordan veilede foreldre til barn med språkvansker, med Marit Molund Koss og Fanny Platou ved team for språkvansker. Dagskurset er et samarbeid med Bredtvet kompetansesenter, og kurset tar utgangspunkt i deler av et lengre veiledningsprogram som foreleserne har utviklet ved senteret. Både med fagkvelden og dagskurset ser det ut til å bli en faglig spennende høst.

Vi forsøker å nå flest mulig av medlemmene våre på e-post framfor post, og holder på med å samle inn flere adresser. Bare 66% av medlemmene hadde oppgitt e-postadresse, så målet vårt er å øke dette. Fordelen med e-post er at de som vi har e-postadressene til også vil få tilsendt tilbud om kurs fra andre regionslag enn OLL og andre aktører i tillegg til annonser om ledige stillinger og annen relevant informasjon, samtidig som det sparer tid, miljø og penger som heller kan brukes til kurs. Send gjerne inn e-postadressen din til lokallagslederne hvis de ikke har den og du får mer oppdatert informasjon.

Oslo logopedlags hjemmeside finner du her: <http://norsklogopedlag.no/regionslag/oslo-logopedlag>

Live Günther

Heder til arbeid med leppe-kjeve-ganespalte



Å være fødd med leppe-kjeve-ganespalte betyr vanskar med mating, utsjåande, tenner, tale og kan gje psykiske plagar. Heile familien er sårbar og må takas meir i vare enn mange andre brukarar.

God tale må til for å gjere seg forstått og bli sosialt akseptert. Logopedane vurderer,

greier ut og gjev opp-læring til brukar og dei i kring. Trening og atter trening er det som gjeld, med fagkyndig rettleiing og korreksjon.

Logopedane arbeider i team med kirurgar og ortopedar, og Noreg ligg langt framme med slikt fleirfagleg arbeid. 17. juni 2011 fekk logoped og seniorrådgiver Sigvor R. Reisæter ved Statped Vest Kongens fortienstmedalje i sølv for 25 års innsats for dei med leppe-kjeve-ganespalte. Det vart særleg peika på hennar evne til å sjå heile menneske og ikkje berre diagnosen i begrunninga frå Slottet.

Tekst ved Ståle Tvette Vollan, Statped Vest og Ingvild Røste

Mastergradsoversikt, Universitetet i Bergen

Navn	Masteroppgavetittel 2011
Jørgensen, Elisabeth	«Det er liksom ingen oppskrifter» Om logopeders arbeid med spesifikke språkvansker
Aashamar, Mona	Afasi og livskvalitet - Hvordan kan afasi påvirke livskvaliteten, og hvordan kan logopeden bidra til å øke den?
Hoff, Marthe	Det betyr ikke at jeg har blitt et nytt menneske. En kvalitativ studie av yngre afasirammedes opplevelse av livskvalitet.
Flobakk, Cecilie & Lise N Helmen	Holdninger til taleflytvansker. Hvilke holdninger har ungdomsskolelærere til taleflytvansker?
Kaasa, Marie & Firak Shokor Hanssen	Ny mulighet for kartlegging av afasi. Hvordan kan PALPA kartlegge språkvansker hos afasirammede?
Ambjørnsen, Ida	Logopeders arbeid med førskolebarn som stammer. En kvantitativ undersøkelse
Engelstad, Lene	Alle har noe de skal ha sagt. En kvalitativ studie om bruk av tegn til tale som supplerende kommunikasjon i barnehagen

I denne spalten publiseres de nyeste masteroppgavene innenfor logopediske emner – men redaksjonen klarer ikke alltid å ha oversikten – derfor ber vi deg som har skrevet eller vet om noen som har skrevet masteroppgave om å informere oss på: lisabaal@hotmail.com merk e-posten «Masteroppgave».

NYTT MATERIELL PÅ NORSK

www.spf-norge.com



Frosken med den brede munnen

En mimikk- og lyd-fortelling der alle som deltar er aktive medspillere i fortellingen.

nok 128,-



Tor-bøker

Et utvalg bøker om Tor. Innholdsrike tekster med lydrette, korte ord og korte setninger. Stimulerer lese lyst. Tilpasset LUS-nivå 5.

Tor og frosken nok 72,-
Tor kjører bil nok 72,-
Tor får et kyss nok 72,-
Tor tenner bål nok 72,-



Start - Livskunnskap for de minste

En forberedelse til Steg for Steg programmet i arbeidet med å utvikle barns sosiale og emosjonelle kompetanse. Til barn fra 1-3 år.

Veiledningshefte og hefte til samlingsstund nok 395,-



Mer informasjon og bestilling på

www.spf-norge.com

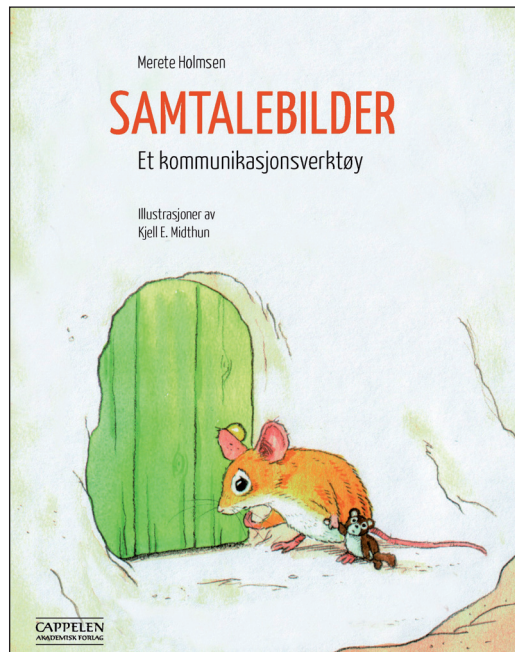
Special-pædagogisk forlag · Birk Centerpark 32 · DK-7400 Herning · Tlf +45 9712 8433 · kundeservice: kunde@prosocial.no · ekspedition@spf-herning.dk

Samtalebilder. Et kommunikasjonsverktøy.

Materialet består av en perm som inneholder en Veileder og 34 samtaleark i A4 format. Permen kan brettes til flipp-over-system. Samtalearkene inneholder situasjonsbilder fra en vanlig hverdag i barnehage/skole/SFO der temaer som bl.a. vennskap, fellesskap, mobbing, utestengning, mestring, bokinteresser og samlingsstund tas opp. Temaet for de resterende bilder omhandler traumatiske hendelser i barns liv i forbindelse med sykdom, annerledeshet og den usikkerhet/redsel barn opplever når de forstår at voksne rundt dem har ulike problemer som får konsekvenser også for barna. Bildene gir anledning til å samtale om/uttrykke ulike følelser.

Gjennomgangsfiguren er ei mus som heter Marius. Vi møter ham på hans ulike arenaer i barnehage, skole og hjemme. Kosebamsen hans har en sentral rolle på alle bildene og gjør at vi kan skille Marius fra de andre musene. Til hvert bilde er det forslag til spørsmål om Marius i den aktuelle situasjonen og eksempler på fokuserte spørsmål hvis en ønsker å lede barnet inn på samtale om spesielle temaer. Det er også eksempler på spørsmål til henholdsvis førskolebarn/skolebarn.

Barn kjenner seg lett igjen i situasjonsbildene noe som i utgangspunktet legger til rette for samtale. Barnets fortelling og kommunikasjon rundt bildene er en god måte for logopeden til å få en oversikt over barnets bruk av språk og for å trene videre på samtale. Flere av bildene kan gi anledning til å uttrykke hvordan barn med ulike språklige vansker føler og opplever i relasjoner/situasjoner: Marius kommer ikke inni/får ikke være med i leken. Marius er lei seg og ensom i store sosiale settinger.



Marius liker ikke samlingsstunden men liker å lese alene på Bestemor Mus sitt fang. Marius blir ertet/ledd av/kommentert.

Det er et bevisst og teoretisk veloverveid valg fra forfatteren at Marius og hans familie og venner er mus. Barn ikke bare identifiserer seg lett med ham, de klarer også mye bedre å uttrykke egne følelser og opplevelse når de kan distansere seg og uttrykke seg via Marius.

Vi har gode erfaringer med å bruke SAMTALEBILDER i det direkte logopediske arbeid med observasjon og trening av språk. Materialets viktigste funksjon er

likevel den muligheten det gir barnet til å uttrykke tanker om følelser, begrensninger og problemer de språklige vanskene kan føre til i ulike situasjoner. Det er kanskje ikke så mange voksne rundt barnet som snakker med det om disse problemene. Enda viktigere blir det at logopeden også har rom for dette.

I tillegg til å bruke SAMTALEBILDER i eget arbeid har vi også brukt og anbefalt det i rådgivingsarbeid i forhold til personale i barnehage og skole overfor barn generelt.

SAMTALEBILDER er lagt inn på litteraturlisten på NLL sin webside sammen med Holmsen sine tidligere bøker som SAMTALEBILDER bygger på. Disse bøkene er beregnet for de som ønsker en mer utdypende teoretisk innføring enn det veilederen i SAMTALEBILDER gir.

*Av Merete Holmsen.
Cappelen Akademiske forlag (2010)*

FONOSERIEN de magiske lydene

Prosjektet er finansiert med

 **EXTRA**-midler
fra  **HELSE OG
REHABILITERING**
Bidraet fra norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner

FILM  KINO



Stikk innom butikken vår!
Her er veien:
www.fonoserien.no

Til foreldre og alle som har med førskolebarn å gjøre.

FONOSERIEN - De magiske lydene er en eventyrserie på DVD.

Den er et fint og lærerikt tilbud til alle førskolebarna våre.

FONOSERIEN vil vekke barnas interesse for språklyder og bokstaver tidlig.

Her får språklyder og bokstaver for første gang egen mening,
og barna vil lære dem på samme måte som de lærer seg nye ord.

La oss gi barna mulighet til å lære bokstavene - helt av seg selv!

Utgiver: Fonoserien ved Liv Lobben, tlf: 33771297, e-post: livnora@online.no

KURS & KONFERANSER

Tidspunkt	Tema	Sted	Nettadresse
10. okt.	Nordisk afasidag		
10.-11. okt.	Nasjonal konferanse om Tourette syndrom	Rica Hell Hotel, Værnes	http://sites.web123.no/AtlanticReiser/HelseMidtNorge/Tourettes/paamelding.cfm?pAction=Form
20. okt. og 17. nov.	Kurs i metoden Talking mats/ Samtalematte	Øverby kompetansesenter, Gjøvik	http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=75343&epslanguage=NO
22. okt.	Verdens stammedag		
21.-22. okt.	Dysleximässan	Skellefteå	http://www.fmls.nu/start.asp?sida=
03.-04. nov.	Afasidagene	Bredtvet	http://www.statped.no/bredtvet
04.-05. nov.	International Autisme Conference 2011	Skive, Danmark	http://www.skivekonferencen.dk/
11. nov.	LEVs landskonferanse – Kommunikation er alt – er alt kommunikation?	Fredericia, Danmark	http://www.lev.dk/aktiviteter/levs-landskonferanse-2011.aspx
18.-19. nov.	SFFL:s kongress 2011 – Språkstörning...och mer?	Stockholm	http://www.sffl.se/doc/Inbjudan_SFFLHilton2011_LOW.pdf/
19. nov.	Dyslexia and Technology in Education Conference	Fairley House School, Lambeth	http://www.bdadyslexia.org.uk/courses-and-events/conferences/dyslexia-and-technology-.html
01.-03. des.	Nordisk konferanse om observasjon av språk: Barnehage og skole	Oslo	http://www.statped.no/nyupload/Moduler/Statped/EnheterStatped%20Vest/NORDISK_KONF_DES2011_A5.pdf
06. mars	Logopediens dag, Tema: Taleflyt «Communication is more than words»		
12. mars	Oslo seminarer om Alternativ supplerende kommunikasjon (2012-2013)	Oslo	http://www.ask-loftet.no/
22.-23. mars	Konferanse om ordblindhet – ORD12	København	http://www.ord12.dk
09.-11. mai	Nordisk forskerkonferanse om skriving og lesing	Stavanger	www.lesesenteret.no
20.-23. mai	11th International Congress of the European Society of Pediatric Otorhinolaryngology	Amsterdam, Nederland	http://www.espo2012.com/
28. juli - 04. aug.	ISAAC 2012	Pittsburg, USA	http://www.isaac.no/wp-content/uploads/2011/08/CallforPapers.pdf

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

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

Retur: NLL v/ Ingvild Røste
Bredtvet kompetansesenter
Bredtvetveien 4, 0950 Oslo

INNHold

Redaktøren

Melanie Kirmess s. 3

Lederen har ordet

Randi Fosser s. 4

Cluttering - løpsk tale - skenande tal -Vad vet vi idag?

Cecilia Lundström s. 6

Constraint induced språkterapi (CIST) i tidlig afasirehabilitering

Melanie Kirmess s. 12

Evidens fra praksis

Carsten Elbro s. 22

SALK-39 – et mål på livskvalitet hos personer med afasi

Karianne Berg og Line Haaland-Johansen s. 28

Lærerikt Italiaseminar!

..... s. 34

The Third Nordic Aphasia conference i Helsinki

Ingvild Røste..... s. 38

Referat fra disputas om afasi

Ingvild Røste..... s. 42

«I begynnelsen er ordet, men det trengs mer for å få det publisert»

Melanie Kirmess s. 46

Nytt om studiesteder

Ragnhild Rekke Heitmann og Turid Helland..... s. 49

Skattekisten: Marit Petersen Oftedal

Ingvild Røste..... s. 50

Yrkesetikk: Troverdighet

Erik Reichmann..... s. 52

Lesernes side

..... s. 53

Logopedisk tips

..... s. 56

Regionallag: Oslo logopedlag

Live Günther..... s. 58

Kongens fortjensmedalje

..... s. 59

Mastergradsoversikt

..... s. 60

Pedagogisk utvalg

..... s. 61

Kurs & Konferanser

..... s. 63