Norsk tidsskrift
for logopedi

Mars 2009
Årgang 55

Logo PEDEN 1|09

Av innholdet:

Redaktøren 3
Fra styret 4
Afasi og plastisitet 5
McGuire-programmets stammebehandling 13
Stemmefunksjon hos pasienter som gis radioterapi 19
Asberger og mobbing 22
Karlstad i afasibehandling, del 2 27
Språklig rehabilitering for tospråklige afasirammede 33
Referat fra hjernekonferansen 34
Referat fra Beckers disputas 36
Referat fra kurs i privat praksis 37
Referat fra klosterkurs 40
Logopedisk tips 41
Skattekisten 42
Yrkesetikk 44
Læremidler 45
Bokmelding 47
Lesernes side 49

NLL

ARTIKKEL/DEBATTINNLEGG

Norsk Tidskrift for Logopedi er åpent for ulike faglige standpunkt. Meningsytringene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen.
Norsk Tisskrift 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

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

PRAKTISK RÅD

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

FAGFELLEVURDERING

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

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

ANNONSEPRIS PR. 01.01.2006

1/1 (175 x 220 mm) side - s/hv – kr. 1.500,-
2/3 (175 x 145 mm - 2 sp. x 220 mm) side - s/hv – kr. 1.200
1/3 (175 x 74 mm - 1 sp. x 220 mm) side - s/hv – kr. 900,-
- Fargetillegg kr. 700,-
Regionslag i NLL betaler halv pris på annonser.

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

Styret
Leder
Ole-Andreas Holmsen
Gml Strømsvei 116
2010 Strømmen
Tlf: 926 14 691
oleandreas.nll@gmail.com

Nestleder
Gro Hartveit
Fyllingsveien 14
5161 Laksevåg
Tlf: 55 34 32 41
grohartveit.nll@gmail.com

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

Kasserer og medlemsregisteransvarlig
Randi Fosser
Anton Schjøtsgate 18
0454 Oslo
lar-fo@online.no

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

Varamedlemmer
Bjørg Tulluan Sve, Stranda
Marit Heldal, Trondheim

Organisasjonsutvalget
Leder
Marit Molund Koss
Hellerudstubben 46A
0671 Oslo
Tlf: 95916133
maritmkoss.nll@gmail.com

Medlemmer
Berit Berg
Kristin Vanebo

Varamedlem
Mari Berntsen

Pedagogisk utvalg
Leder
Kari Sandvik Lund
Nordgardsveien 159
5236 Rådal
Tlf: 90535990
karisalu@online.no

Medlemmer
Aud Ellen Hushovd
Heidi Gudmundset

Varamedlem
Bodil Nordøen

Fagutvalget:
Leder: Anne - Lise Rygvold
Grindbakken 26
0764 Oslo
a.l.rygvold@isp.uio.no

Medlemmer
Monica Knoph, Oslo
Kristine Gilleberg, Lillestrøm

Varamedlem
Berit Solgaard, Kråkerøy

Yrkesetisk råd
Leder
Erik Reichmann
Knattenvegen 7 A
2005 Rælingen
Tlf: 996 21 60
ere@freewave.cc

Medlemmer
Astrid Granhus, Trondheim
Ingjerd Haukeland, Fyllingsdalen

Varamedlem
Jorun Høier, Tromsø

Utvalg for privatpraktiserende logopeder
Leder
Ole Petter Andersen
Marikosveien 20
1715 Yven
Tlf: 918 87 572
opa@halden.net

Medlemmer
Berit Solgaard, Kråkerøy
Katrine Kvisgaard
Gry Sandland

Redaksjonsutvalg for Norsk Tidsskrift for Logopedi
Redaktør
Signhild Skogdal
Nordpolveien 62
9013 Tromsø
Tlf: 928 67 932.
signhild@tromso.online.no

Medlemmer
Lisa Baal, Alta
Ingvild Røste, Oslo

Salgsrepresentant
Marit Strømsnes
Askv. 139, 5306 Erdal
Tlf: 56140237
mstroms@live.no

Valgkomité
Leder
Toril Toft

Medlemmer
Kari Mette Gjertsen
Marit Terkelsen

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

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

Red.medl/annonser: Lisa Baal – Tlf. 911 78 201 – lisabaal@hotmail.com
Red.medl.: Ingvild Røste – Tlf. 22 25 58 81 – ingvildroste@hotmail.com

Norsk Logopedlags web-side: **www.norsk-logopedlag.no**
Web-ansvarlig: Gro Hartveit grohartveit.nll@gmail.com

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

Er det ønskelig med privat-praktiserende logopeder?

I dette nummeret av Logopeden er det mye organisasjonsstoff som omhandler (manglende) lovverk om logopediske tjenester og organisering av logopedisk behandling, i privat/statlig (NAV) og kommunal regi.
Som privatpraktiserende logoped er du prisgitt et godt samarbeid med kommune, PPT eller helseinstitusjoner som mangler logopedisk kompetanse. Det er disse instansene som bestemmer hvor mange og hvilke klienter du får henvist. Om ønskelig kan PPT og VO beholde en milelang kø, uten at det kreves at de skal henvise til privatpraktiserende logopeder. Dette skaper uforutsigbarhet i lønnsinntekt og arbeidsmengde for privatpraktiserende logopeder, og er en viktig grunn til at privatpraktiserende logopeder ikke tør å si opp sine offentlige jobber (hvor de kanskje ikke får brukt sin logopediske kompetanse). En konsekvens av denne usikkerheten kan bli mye ettermiddagsarbeid, og ugunstig behandlingstidspunkt for barn og samarbeid med lærere.
Hvorfor jobbe i privat praksis hvis det er så usikkert? Ønsket om å praktisere og utvikle det håndverket man er utdannet til, er ei sterk drivkraft. Som privatpraktiserende logoped med godt samarbeid med kommune/PPT eller helseinstitusjoner har man mulighet til å spesialisere seg på enkelte logopediske områder. Ca. 10-20 timer ukentlig med logopedisk behandling gir solid klinisk erfaring, og er grunnlag for kvalitetssikring av den logopediske behandlingen man yter.
De kommunale logopedene (der de finns) har i alt for liten grad tid og lovhjemling til å drive logopedisk behandling. Logopedtime 1 g pr mnd til bruker er vanlig praksis i kommuner jeg kjenner til. Det er i mange tilfeller uforsvarlig sjelden frekvens på logopedbehandlingen. Kommunale logopeder som får tid til 1-2 brukere innen et logopedisk område i måneden, får absolutt ikke de samme kliniske erfaringene som privatpraktiserende logopeder får. Er det noen som snakker om kvalitetssikring her?
Kommunen ved PPT er sakkyndig instans, og med presiseringer i Opplæringsloven må sannsynligvis kommunen også være behandlende instans. Blir det som "bukken og havresekken"? NAV har presisert at så ikke må skje i privat logopedpraksis. Kanskje er det et poeng å splitte sakkyndig og behandlende instans?
Hvilken rolle får privatpraktiserende logopeder når Opplæringsloven får presiseringer og krav til kommunen om å yte logopedisk behandling? Vil de bli kjøpt til å utføre logopediske tjenester til kommunene eller vil kommunene opprette nye kliniske logopedstillinger som privatpraktiserende logopeder vil søke på? Kan regleverket presiseres slik at stillingene må brukes til logopedisk behandling? Må privatpraktiserende logopeder avvikle praksisen sin fordi kommunen selv dekker det logopediske behovet?
Eller blir det ei deling hvor NAV og kommunen har klart avgrensede oppgaver, og den som trenger logopedisk hjelp kan velge logoped (kommunal eller "NAV-logoped") ut i fra logopedens faglige fordypning, erfaring og personlig kjemi? Det er vel slik vi velger tannlege, fysioterapeut og lege.
Den fine blå forsiden på Logopeden har vart ei stund, og flere enn oss i redaksjonen har tenkt på måter å skille årgangene, men samtidig beholde motiv og layout. Kunst skal aldri endres av amatører, så her ble det konferering med designeren av bladets forside. Hans forslag er å endre farge for hver årgang. Dermed presenterer vi 2009 i brunt.
Frank Becker har nylig disputert på temaet afasi og hjernens plastisitet. Vi syns våre lesere er heldige som får en rykende fersk artikkel fra prosjektet hans. Artikkelen beskriver mye ny viten som snur om på vante forestillinger om hjernens funksjon og struktur. Visste du at enhver sensorisk input, bevegelse, assosiasjon, belønning, mental plan og erkjennelse utløser forandringer i hjernen? Hjernen endrer altså sin funksjon og sin strukturelle oppbygging (plastisitet) hele tiden, ikke bare etter skade.
Denne gang har vi to fagfellevurderte artikler; Magne Jørgensens artikkel om McGuire-metoden og Nils Kalands artikkel om mobbing av elever med Asberger syndrom. Mange logopeder er skeptisk til McGuire-metoden, men artikkelen bør sette i gang debatt og gjerne lede til flere artikler om effekt av stammebehandling og øvrig logopedisk behandling. Kanskje reduseres skepsisen etter å ha lest Jørgensens artikkel? Kalands artikkel om Asberger syndrom og mobbing er viktig med tanke på logopeden og spesialpedagogens nærhet til enkeltelever, og deres muligheter til å se og handle når elever blir mobbet.
Artikler om stemme er det ikke for mange av i Logopeden, men nå har redaksjonen fått inn en artikkel om stemmefunksjon etter radioterapi. Den erfarne logopeden Ida Elstad er forfatter. Hun har gjort en undersøkelse i tverrfaglig samarbeid med lege, onkolog og fysiker ved Haukeland Univeritetssykehus. Studien viser at selv små doser med stråling/radioterapi har innvirkning på stemmefunksjonen. Marit Grepperud følger i dette nummeret opp artikkelen fra Logopeden nr 2/08 om Karlstadmodellen for voksne med afasi. Nå presenteres og drøftes resultater fra hennes masterprosjekt. Grepperud har funnet at strukturen i "Karlstadmodellen" med tilpasninger, både i den individuelle daglige språkstimuleringen og i språknettverket, gir en mer helhetlig rehabilitering for voksne brukere med afasi.
Afasiteamet på Bredtvet presenterer et nytt prosjekt med tittelen Mor mangler ord rettet mot barn med afasirammede foreldre. Målsettingen for prosjektet er at barn, gjennom å delta i en gruppe med likesinnede barn på omtrent samme alder, skal få økt viten om afasi.
Redaksjonen er veldig fornøyd med det store engasjementet som framkommer gjennom ekstra mange innlegg om organisatoriske forhold vi logopeder bør ta stilling til, les; Yrkesetikk, leserinnlegg og referat fra aktive lokallag og utvalg. Takk! Til slutt vil jeg ønske alle en aktiv og opplysende Logopediens dag den 6. mars, og håper å se alle leserne på NLLs vinterkurs uka etter!

Signhild Skogdal

Kjære logopedkollegaer!

Noe forsinket, men allikevel, jeg håper at 2009 blir et godt nytt år for logopedien. Året har i så måte startet lovende. Som en oppfølging av NRK-innslag om logopedsituasjonen i Bergen, ble NLL på direkten lovet møte med Kunnskapsdepartementet så snart som mulig på nyåret. I januar mottok leder invitasjon til møte i departementet kl 12.00 fredag den 30.01.09. Vårt ønske om møte med Kunnskapsdepartementet skulle endelig innfris. Etter alle disse årene! NLL stilte mann- og kvinnesterke opp. Fra Kunnskapsdepartementet møtte Gro Beate Vige, Lars Arne Aasen (avdeling for forskning og høyere utdanning) og Jens Rydland (opplæringsavdelingen).
Disse punktene ble sentrale:

- Bedre lovhjemling av rett til logopediske tjenester i Opplæringsloven
- Mangel på logopeder/logopedstillinger, - behovet for flere studieplasser/praksisplasser
- Innhold i logopedutdanningen med utgangspunkt blant annet i rapporten "Tilbud til pasienter med leppe-kjeve-ganespalte, herunder velocardiofacialt syndrom", (http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00017/Rapport__Tilbudet_ti_17808a.pdf) utarbeidet i 2007 av en arbeidsgruppe på oppdrag av Helsedirektoratet
- Drøftinger med utgangspunkt i rapporten, særlig om organisering og innhold i utdanningen generelt, og ikke spesielt i forhold til LKG-problematikk
- Samarbeidsmøte mellom Helsedepartementet (HoD)og Kunnskapsdepartementet (KD) for sikring av likeverdig lovhjemling for brukergruppene våre.

NLL understreket viktigheten av en presisering av retten til logopedisk hjelp etter Opplæringsloven. Skal brukerne få den hjelpen de trenger er en sterkere lovhjemling av avgjørende betydning. NLL opplevde møtet som godt, og at vårt ønske om å bli tatt med i videre arbeid for å sikre det logopediske tilbudet ble hørt.
Så får vi se, ved neste korsvei, om vi kan vise til noen reell fremgang i denne svært viktige saken for logopedien.

6. mars er det logopediens dag igjen. Nettopp med tanke på de store lokale forskjellene som råder innen logopedien, oppfordrer vi fortsatt til lokale initiativ tilpasset nettopp den logopediske hverdagen der du arbeider. Den europeiske logopedorganisasjonen, CPLOL, har satt nevrologiske vansker hos barn og unge som tema også i år. Får disse brukerne den hjelpen de skal ha? Hvordan er det for eksempel innen voksenopplæringen, sykehus, syke- og aldershjem. Er de lokale tilbudene gode nok? Er det noen politikere som kan bringes på banen, eventuelt pårørendegrupper? Vi vet at i slike saker er pressens makt stor. Bruk den.

12. til 14. mars er det "Vinterkurs" på Blindern. Skal vi hegne om vår profesjon er det svært viktig at flest mulig deltar på kurs og etterutdanning som NLL arrangerer. Ingen andre gir denne type muligheter til å holde seg à jour innen eget fagfelt enn Norsk Logopedlag. Det er her du kan møte kollegaer som arbeider som deg, som ønsker å arbeide som logopeder. Dele erfaringer både positive og negative, kanskje finne løsninger, slik at det videre arbeid blir enklere. Mange er ensomme som logopeder rundt om i kommunene, her er muligheten til å oppleve det logopediske fellesskap.
For mer informasjon om kurset se www.norsk-logopedlag.no

Nyt vinteren og benytt muligheten til å bruke naturen på det vakreste!

Ole-Andreas

Afasi og plastisitet
– hvordan språkbearbeidelsen i hjernen kan endre seg etter skade

Hjernen er i stand til å endre sin struktur og funksjon (plastisitet). Nevrobiologisk forskning har oppdaget en rekke mekanismer for plastisitet på hjernecellenivå og på nettverksnivå. Denne artikkelen presenterer metoder for å måle hjerneaktivitet og gir en oversikt over plastisitetsforskningen ved afasi. En rekke faktorer påvirker plastisitet, som f.eks. skadens lokalisasjon og størrelse, årsak, prognose/forløp, behandling/rehabilitering og individuelle forskjeller. Plastisitetens grunnmekanismer og hjerneaktivitetsendringene er mangfoldige og komplekse.

Frank Becker

Frank Becker er lege og hjerneforsker. Etter at han flyttet fra Tyskland til Norge i 1998 har han for det meste arbeidet ved Sunnaas sykehus og Universitetet i Oslo, men er for tiden ansatt ved nevrokirurgisk avdeling på St. Olavs hospital i Trondheim. I januar i år forsvarte han sin doktorgradsavhandling om språklydprosessering ved afasi og om plastiske endringer etter hjerneskade. Hans faglige og forskningsmessige hovedinteresser er rehabilitering av pasienter med ervervet hjerneskade, kognitive funksjoner, afasi og plastisitet.
Foto: Frode Hansen, VG
frank.becker@stolav.no

Innledning
Hvordan endrer hjernen seg – både gjennom livet og etter skader? Hvordan er hjerneaktiviteten knyttet til språklige prosesser hos afasirammede sammenlignet med friske personer? Påvirkes endringer av språkaktivitet i hjernen av ulike faktorer som f.eks. forløpet eller behandlingen?

De siste 25 årene har hjerneforskningen fått nye metoder til å studere hjerneaktivitet. Resultater fra studier som bruker disse metodene har gitt oss ny viten om hvordan hjernen kan endre sin funksjon og sin strukturelle oppbygging. Man har funnet at slike endringer – plastisitet – ikke bare kan settes i gang etter en skade, men at de faktisk skjer i hjernen hele tiden. Den senere tid har det også blitt gjennomført studier som har sett på endringer i hjernens språkaktivitet hos afasirammede. Resultatene tydeliggjør kompleksiteten i prosessene som utspiller seg i hjernen etter en skade.

Denne artikkelen skal gi en oversikt over denne forskningen. Den er basert på ikke-systematisk litteratursøk og egen forskning. Innledningsvis vil det bli gitt en meget kort oversikt over språkbearbeidelse i den friske hjernen. Deretter vil konseptet plastisitet bli definert og presentert. Fordi de nye forskningsmetodene har vært avgjørende for utviklingen av feltet, følger en framstilling av metodene inkludert deres svakheter og styrker. Deretter gis det en rekke eksempler på hvordan språklig aktivitet er endret hos pasienter med afasi og hvordan ulike faktorer ser ut til å påvirke plastisiteten.

Hjernen og språk
Det er i sammenheng med denne artikkelen ikke mulig å gi en utfyllende framstilling av hjernens strukturelle og funksjonelle oppbygning. Dette avsnittet skal derfor kun gi en meget kort skisse over hvordan hjernen bearbeider språk i den grad det er nødvendig som grunnlag for forståelse av resten av artikkelen.

Hjernen, og i forbindelse med denne artikkelen menes herved storhjernen, kan ut fra dens funksjon deles i primære, sekundære og tertiære områder (Hartje & Poeck 2002). I primær hjernebark når informasjonen fra sanseorganene storhjernen. I de sekundære områdene blir signalene fra sanseorganene satt sammen til større enheter. Informasjonen fra sanseorganene som i utgangspunktet består av mange biter blir på denne måten integrert og i den videre bearbeidingen behandlet som én enhet. Dette innebærer at informasjonen til en viss grad blir fortolket slik at det som oppfattes som vesentlig blir vektlagt, mens mindre viktig informasjon blir nedprioritert. I tertiære områder blir informasjon fra de ulike sansemodalitetene integrert. Her finner vi høyere kognitive funksjoner som kreativitet, planlegging mm. Når man f.eks. hører en språklig beskjed som "Kast ballen til meg!", innebærer det involvering av både primære områder (hørselsbark hvor impulser fra ørene når hjernebarken), sekundære områder (områder i tinninglappene hvor signalene om enkelte akustiske frekvenser blir analysert og sammensatt til informasjonsenheter tilsvarende stavelser og ord) og tertiære områder (områder fordelt over store deler av hjernebarken hvor betydningen av ordene er konseptualisert, hvor den nye informasjonen knyttes til tidligere kognitive og emosjonelle erfaringer med ballkasting mm.).

Storhjernen består av to hjernehalvdeler, hemisfærer, som på visse områder er spesialiserte. Hos de fleste mennesker foregår språkbearbeidelse primært i venstre hjernehalvdel, som også kalles for den språkdominante hemisfæren. Hjerneområdene som er en del av språkfunksjonsnettverket er lokalisert rundt den såkalte sylviske fissur som er hjernefuren som skiller panne- fra isselappen. På 1800-tallet ble det beskrevet et fremre språkområde i nedre pannelapp (Broca) og et bakre språkområde i øvre tinning- og nedre isselapp (Wernicke). Ifølge den mest brukte modellen for språkprosessering i hjernen, Wernicke-Geschwind-modellen (se f.eks. Goodglass 1993 for en modifisert versjon av modellen), er det fremre språkområdet vesentlig for språkproduksjon, mens det bakre språkområdet er spesialisert på språkforståelse.

Nyere forskning om språkbearbeidelse indikerer at store deler av hjernen er involvert i normal språkprosessering, ikke kun Broca's og Wernicke's område (Demonet og medarbeidere 2005; Wise 2003). Det har gjennom historien vært mange diskusjoner om hvor "modul-organisert" hjernen er, dvs. hvor lokalisert enkelte hjernefunksjoner er i hjernen. Holistiske tilnærminger foreslår at mer eller mindre hele hjernen er involvert i høyere hjernefunksjoner (Hughlings-Jackson 1878), mens assosiasjonister hevder at hver funksjon er lokalisert til et begrenset, spesifikt hjerneområde, også kalt modul (Geschwind 1965). Den for tiden dominerende oppfatningen synes å være at visse hjerneområder er spesialisert for enkelte funksjoner, men at det er utstrakte forbindelser mellom de ulike områdene slik at så å si all hjerneaktivitet medfører aktivering av store nettverk fordelt over store deler av hjernen. Anatomiske studier viser at det er mange forbindelser mellom språkområdene i venstre hjernehalvdel, og også mellom disse områdene og de tilsvarende områdene i motsatt hemisfære. Venstre hjernehalvdel er den mest aktive under språkprosessering, men nettverket innebefatter altså begge storhjernehalvdeler, og det synes å være individuelle forskjeller i hvor lateralisert språkbearbeidelsen er.

Forskning fra de senere år når det gjelder forståelse av auditivt presentert språk viser at informasjonen som når hjernebarken i det primære hørselsområdet (Heschl's hjernefure), videre bearbeides på to ulike veier: i en dorsal (bakre) og en ventral (fremre) informasjonsstrøm (se f.eks. Hickok & Poeppel 2007). Begge strømmer fører signaler fra tinninglappen til frontale arealer i Broca's område, men de to strømmene er funksjonelt forskjellige: Mens den ventrale strømmen for det meste bearbeider egenskaper relatert til meningsinnholdet i en auditiv språkstimulus ("hva-strøm"), er den dorsale informasjonsstrømmen mer knyttet til formelle aspekter spesielt relatert til lydens fonologiske og fonetiske egenskaper ("hvor-strøm"). Sammenfattet tegner bildet av språkbearbeidelse i hjernen seg som mer komplekst enn tidligere modeller kan ha gitt inntrykk av. Bearbeidelse av språklige signaler involverer mange hjerneområder rundt den sylviske fissur i venstre hemisfære. Flere veier av informasjonsbearbeidelse eksisterer i venstre hemisfære, men også områder i motsatt hjernehalvdel er involvert.

Plastisitet

Plastisitet kan defineres som hjernens evne til å endre struktur og funksjon (Pascual-Leone og medarbeidere 2005). Hjernen oppfattes dermed ikke som et statisk organ som ikke forandrer seg nevneverdig etter dens utvikling gjennom barne- og ungdomsperioden, men som en dynamisk enhet som er i stadig tilpasning og endring. Enhver sensorisk input, bevegelse, assosiasjon, belønning, mental plan og erkjennelse utløser forandringer i hjernen. Plastisitet anses dermed som en obligatorisk og integrert del av hjernens funksjon. Plastisitet finner sted i hjernen din nå mens du leser denne teksten – ellers vil du etterpå ikke kunne huske noe av det du har lest. Nervesystemet og spesielt hjernen har dermed en unik evne til å kunne forandre seg i møte med ytre stimuli, men samtidig er den stabil nok til at ikke alle ytre innflytelser har en umiddelbar, for stor påvirkning på den. I noen sammenhenger brukes begrepet *plastisitet* kun om prosesser på nervecellenivå, men i denne artikkelen menes altså hjernens generelle evne til å forandre sin struktur og funksjon som definert ovenfor.

Plastiske endringer skjer ved hjelp av to mekanismer som illustreres gjennom en studie hvor friske testpersoner lærte seg en enkel motorisk oppgave: Over fem uker skulle de lære seg å spille en lett enhånds-sekvens på piano gjennom daglige øvelser á 30 minutter, i fem dager per uke (Pascual-Leone og medarbeidere 1995). Allerede etter tre dager kunne forskerne rett etter øvingsseansen påvise en umiddelbar økning av hjerneaktivitet i hjernebarkens område for hånden som ble trent. Denne økningen i aktivitet etter øvelsesøkten kunne deretter påvises etter treningen hver dag framover; den ble større dag for dag. For å se etter mer varige endringer ble hjerneaktiviteten også målt foran hver øvelse, og etter noen uker kunne man registrere en merkbar økning av aktiviteten (i forhold til hjerneområdet som styrer hånden som ikke ble trent) også før hver øvelse. Denne studien viser 1) at trening fører til en umiddelbar økning av hjerneaktivitet rett etter treningen og 2) at repetisjoner fører til en vedvarende økning av hjerneaktivitet. Interessant nok fant forskerne at aktivitetsøkningen som ble målt etter hver øvelse etter hvert avtok i størrelse, samtidig som den varige aktivitetsøkningen bygget seg opp.

Ulike mekanismer i hjernen bidrar til plastiske forandringer i hjernen: vi kan skille mellom prosesser på cellenivå og på nettverksnivå. På cellenivå finnes mekanismer som f.eks. oppjustering av elektrisk aktivitet (langtidspotensiering, LTP (Bliss & Lømo 1973)), økt antall forbindelser mellom nerveceller (knoppskyting (f.eks. Lamprecht & LeDoux 2004)) og aktivering av såkalte stille forbindelser mellom nerveceller (Malenka & Nicoll 1997). Nyere studier har dessuten vist at støttecellene i hjernen, den såkalte nevroglia, ikke barer forsyner nervecellene med surstoff og næringsstoffer, men også direkte påvirker signaloverføringen (Fields & Stevens-Graham 2002). Selv om man inntil nylig trodde at dette ikke var mulig i det hele tatt, vet man nå også at det i enkelte tilfeller finnes nydanning av nerveceller også i hjernen hos voksne (Steindler & Pincus 2002).

Også forandringer på nettverksnivå er involvert i plastisitet: Allerede tidlig på 1900-tallet ble det hevdet at en skade ett sted i hjernen kan føre til forandringer i hjerneaktiviteten andre steder i hjernen, såkalt diaschisis (von Monakov 1914). Videre kan man tenke seg at en viss funksjon, f.eks. språkproduksjon, er styrt av et nervecellenettverk flere plasser i hjernen. Når ett område og dermed en del av nettverket blir skadet, kan de fortsatt fungerende delene av nettverket reorganisere seg og dermed muliggjøre at den tapte funksjonen gjenvinnes. I tillegg har man også funnet indikasjoner på at et funksjonelt nettverk i spesielle tilfeller kan overta funksjoner fra et annet, f.eks. at synshjernebarken hos blinde kan være aktivert når hjernen bearbeider hørselsinntrykk (Kujala og medarbeidere 2000).

De ovennevnte prosessene utspiller seg ikke uavhengig av hverandre, men det synes å foreligge et komplekst samspill. Hvor stor betydning de enkelte prosessene har for gjenvinning av funksjon etter en skade er foreløpig ukjent. Gjenvinning av språkforståelse hos en afasirammet etter hjerneslag bør ikke ses på som kun én prosess. Det er grunn til å anta at en slik bedring består av forandringer i en rekke underliggende kognitive prosesser. Ulike plastiske mekanismer, ulike nettverk og ulike områder i hjernen er derfor antakeligvis involvert i at hjernen gjenoppnår en viss funksjon etter en skade (jf. Weiller & Rijntjes 1999).

Mekanismene som ligger til grunn for plastisitet er ikke uavhengig av faktorer som ytre miljø og personlige egenskaper. For eksempel har man vist at rotter med ryggmargsskade trener seg bedre opp når de holdes i et bur med mange stimuli (trapper,

evighetshjul, leker), enn i et enkelt bur med spartansk miljø (Dobrossy & Dunnett 2001). Slike forsøk er ikke etisk forsvarlig gjennomførbar med mennesker; de understreker betydningen av et stimulerende miljø for gjenvinning av funksjon.

Hvorvidt psykologiske faktorer hos de som gjennomgår rehabilitering påvirker bedringen, er et spørsmål som har kommet i fokus den senere tid. En lang rekke psykologisk forskning har definert faktorer som er knyttet til vellykket mestring (f.eks. Rutter 1987). Om faktorer som f.eks. evnen til å se positiv på livssituasjonen konkret påvirker hvor mye bedring pasienter opplever etter en hjerneskade, er gjenstand av flere pågående forskningsprosjekter. En nylig publisert studie viste bedre kognitiv og motorisk funksjon hos de pasienter med hjerneslag som ved hjelp av et spørreskjema ble bedømt til å være positivt innstilt ved utreise fra rehabiliteringsinstitusjon (Ostir og medarbeidere 2008). Imidlertid er det foreløpig uklart om disse positive egenskapene er årsaken eller snarere en følge av den opplevde bedringen.

Intensiteten av opptrening er en avgjørende faktor for gjenvinning av funksjon etter skade; dette finnes det nå mye evidens for. Fra afasifeltet har man en oversiktsstudie som har sett på hva som skilte enkelundersøkelser som hadde vist at språktrening ved logoped er effektiv fra studier som ikke kunne påvise en slik effekt (Bhogal og medarbeidere 2003). Det viste seg at det i de studiene som påviste behandlingsfekt var gitt flere timer behandling over et kortere tidsrom enn i de studiene hvor man ikke kunne påvise at språktreningen hjalp. Rundt ni timer med språkterapi per uke gitt over tre uker, dvs. intensiv trening, hadde effekt, mens to timer per uke gitt over et 11 ukers tidsrom ikke hadde målbar effekt. Plastiske endringer i hjernen synes å bli utløst i størst grad og på en mest hensiktsmessig måte gjennom intensiv trening av akkurat den funksjonen som skal gjenvinnes. Antakelig bør det ikke gå for lang tid mellom treningsøktene for at plastiske endringer utløst av en treningsøkt ikke forsvinner før neste økt.

Et spørsmål som fortsatt ikke er entydig besvart, er hvorvidt det er spesielt viktig med trening tidlig etter en hjerneskade, og om det til og med finnes en avgjørende sensitiv fase for å etablere plastiske forandringer. Noen studier på hjerneskader generelt indikerer at tidlig rehabilitering gir et bedre resultat (f.eks. Sörbo og medarbeidere 2005). På afasiområdet har en meta-analyse (Robey 1994) og en evidensbasert systematisk gjennomgang (Cherney og medarbeidere 2008) av effektstudier av afasibehandling vist en svak tendens til at tidlig behandling er mer effektiv. Det er av metodiske årsaker vanskeligere å påvise effekt av behandling tidlig i forløpet, noe som kan være årsaken til at man så langt ikke har klart å påvise positive effekter av tidlig rehabilitering tydeligere.

Imidlertid synes det å være enighet om at det ikke finnes en kritisk fase i den forstand at trening etter denne fasen er nytteløs. Det har den senere tid blitt publisert mange studier som viser at behandling, spesielt intensiv språktrening, har effekt f.eks. på benevning også i kronisk fase (f.eks. Pulvermüller og medarbeidere 2005). Når det gjelder språktrening hos pasienter som har hatt sin afasi i over ett år, synes det å være like god effekt av behandlingen uansett når i den kroniske fasen denne skjer (Moss & Nicholas 2006).

Metoder for å måle av hjerneaktivitet

Plastisitetsforskningen har hatt en stor utvikling spesielt de siste to tiår, ikke minst takket være utviklingen av metoder for å måle hjerneaktivitet. Med hjerneaktivitet i denne sammenheng menes fysiske fenomener som oppstår i forbindelse med informasjonsbearbeidelse i hjernen. Informasjon mellom nerveceller utveksles via synapser, forbindelser mellom nerveceller, hvor kjemiske substanser, transmittere, frisettes fra den "sendende" nervecellen for så å koble seg til den "mottakende" nervecellen. Innenfor nervecellen videresendes informasjon i form av små elektriske potensialer, såkalte aksjonspotensialer. Felles for både den biokjemiske (synapse) og den elektriske (aksjonspotensial) signaloverføringen er at begge prosesser forbruker energi og surstoff, ikke minst for å gjenopprette nullbalansen etter at en nerveimpuls har blitt sendt.

Metodene som i dag brukes for å registrere hjerneaktivitet måler enten elektrisk hjerneaktivitet direkte eller registrerer aktiviteten indirekte ved å måle surstoff- eller sukkerforbruk. Mål på elektrisk aktivitet har som fordel at aktiviteten måles direkte og at man kan registrere tidsforskjeller i hjerneprosesser ned på tusendels sekundnivå. Metodene som baserer seg på registrering av surstoff-/energiforbruk har ikke denne tidsnøyaktigheten, men gir svært nøyaktig informasjon over *hvor* prosesser foregår i hjernen. En tredje målemetode er å deaktivere visse hjerneområder midlertidig per magnetfelt hvor man måler hvor mye deaktivering som er nødvendig for å undertrykke en viss hjernefunksjon. Tabell 1 gir en oversikt over de mest brukte metodene i hjerneaktivitetsforskningen.

Aktiviteten forbundet med signaloverføring mellom enkeltceller i hjernen er så liten at den ikke kan meningsfull registreres fra utsiden. De fleste hjerneaktivitetsundersøkelsene går derfor ut på at man tar for seg en viss hjernefunksjon, f.eks. det å kunne oppfatte språklyder, og lager et såkalt paradigme, dvs. et testoppsett hvor man prøver å isolere akkurat den prosessen man ønsker å undersøke. F.eks. kan man lage et lydopptak med forskjellige stavelser som er forskjellige kun i den egenskapen man ønsker å studere: Om man er interessert i evnen til å oppfatte konsonantenes stemthet kunne man lage et paradigme som bruker /pa/ vs. /ba/, /ta/ vs. /da/ osv, eller om man er interessert i persepsjon av grad av runding ved vokaler kunne man bruke /i/ vs. /y/ eller /a/ vs.

Navn	Prinsipp	Fordeler	Ulemper
Event-related brain potentials (ERP)	registrering av elektrisk hjerneaktivitet	• god tidsoppløsning (millisekunder) • finnes som mobilt utstyr som kan transporteres til testpersonen	• relativt svak romlig oppløsning
Funksjonell Magnetresonanstomografi (fMRI)	registrering av forskjeller i surstofforbruk knyttet til hjerneaktivitet	• god romlig oppløsning	• svak tidsoppløsning (sekunder) • relativt dyrt • ikke egnet for alle pasienter pga. magnetfelt
Positronemisjonstomografi (PET)	registrering av sukkerforbruk knyttet til hjerneaktivitet	• god romlig oppløsning	• svak tidsoppløsning • svært dyrt • bruk av radioaktiv substans vanskeliggjør gjentatt testing
Transkraniell Magnetstimulering (TMS)	midlertidig aktivering/deaktivering av hjerneområder per magnetfelt	• alternativ prinsipp, TMS "simulerer" hjerneskade	• forholdsvis ny metode, lite erfaring med den • relativt dyrt

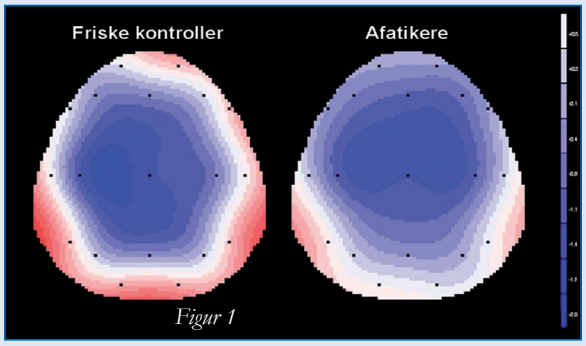
/å/. Man vil så registrere hjerneaktivitet med en av de nevnte metodene mens testpersonen hører lydopptaket. Målingene kan så analyseres ved å sammenligne hjerneaktiviteten ved alle stemte vs. alle ustemte konsonanter hhv. runde vs. ikke-runde vokaler. Det er viktig at man er nøyaktig med paradigmene; analyserer man f.eks. forskjellene mellom /pa/ og /da/, undersøker man ikke bare konsonantenes stemthet, men også deres artikulasjonssted. God kunnskap om bl.a. lingvistiske faktorer er derfor en forutsetning for en vellykket studie.

De fleste språklige prosesser vil kunne undersøkes på denne måten og alle lingvistiske nivåer fra fonologi til pragmatikk har blitt studert med slike paradigmer. Det er imidlertid en del tekniske begrensninger, f.eks. er det ved de fleste metodene en fordel, om ikke en forutsetning, at testpersonen ikke beveger seg. Dette kan f.eks. innskrenke muligheten til å studere språkproduksjon. Andre viktige aspekter er økonomi og praktisk anvendelighet. Alle metoder er forbundet med en del kostbart utstyr, men noen er klart mer ressurskrevende enn andre (jf. tabell 1). Enkelte metoder og paradigmer krever så mye av testpersonen at de kan være vanskelig å bruke i kliniske populasjoner, f.eks. med tanke på at det kreves oppmerksomhet over lengre tid, at det er nødvendig med komplekse motoriske responser eller at det kan være vanskelig å formidle testinstruksjoner, spesielt til afasirammede.

De siste ca. 10 årene har det blitt publisert en rekke undersøkelser av hvordan hjernen til afasirammede bearbeider språk. I det følgende presenteres en del av resultatene som skal illustrere noen aspekter av hvordan språkbearbeidelsen er endret ved afasi og hvilke faktorer som påvirker plastisitet. Det er ikke meningen å gi en omfattende framstilling av de enkelte faktorene, men eksemplene skal heller gi en oversikt over noen aktuelle problemstillinger i afasiplastisitetsforskningen. De skal således illustrere hvordan hjerneaktivitetsmålinger bidrar til en bedre forståelse av hvordan hjernen prosesserer språk og hvordan det kan endre seg etter en skade.

Betydningen av aktivitet i høyre hjernehalvdel

Et lenge undersøkt og diskutert spørsmål er hvorvidt den ikke-språkdominante hjernehalvdelen (for enkelthetens skyld i det følgende omtalt som *høyre* hjernehalvdel) kan bidra i språkbearbeidelsen hos afasirammede (for nyere oversiktsartikler, se Herholz & Heiss 2000; Rijntjes & Weiller 2002). En rekke studier har funnet aktivering av høyre hjernehalvdel hos afasirammede som man ikke eller kun i mindre grad finner hos friske. Dette gjelder eksempelvis fonologisk prosessering: Figur 1 viser et eksempel fra egen forskning hvor hjerneaktiviteten relatert til prosesser knyttet til automatisk å skille stavelsene /ba/ og /ta/ ble undersøkt (for detaljer, se Becker & Reinvang 2007c). Figuren viser at aktiviteten hos friske kontrollpersoner var størst noe til venstre for midtlinjen, mens maksimumsaktiviteten hos de afasirammede var lokalisert lenger framme i hjernen og også forskjøvet mot høyre (figur 1).

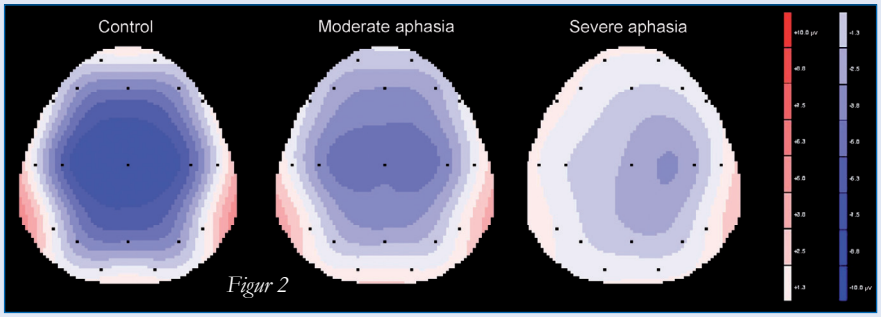


Figur 1

Hjerneaktivitet knyttet til automatisk diskriminasjon av stavelsene /ba/ og /ta/ (ERP-komponent MMN, mismatch negativity). Dypere blåfarge indikerer større aktivitet. Mens aktiviteten hos friske (venstre) er størst over venstre hjernehalvdel, er den maksimale aktiviteten hos afatikerne (høyre) forskjøvet lenger framover og mot høyre. Etter data fra Becker & Reinvang 2007c.

At plastisitet – inkludert aktivitetsendringer mellom hjernehalvdelene – er en dynamisk prosess illustreres godt gjennom studier på hemisfæreforskjeller hos pasienter med afasi på grunn av hjernesvulst. Det spesielle med afasi forårsaket av hjernesvulst – i motsetning til f.eks. hjerneslag – er at hjerneskaden ikke oppstår plutselig, men over tid. Dette gir hjernen mulighet til å tilpasse seg over et lengre tidsrom ved å endre struktur og funksjon, dvs. nettopp plastisitet. I en gruppe av 61 pasienter med afasi på grunn av hjernesvulst var aktiviteten i forbindelse med en gjentakelsesoppgave større over høyre enn venstre hjernehalvdel hos 18 pasienter (Thiel og medarbeidere 2001). Hos enkelte svulstpasienter kan man observere at aktiviteten igjen er størst over venstre hemisfære etter at pasientene er operert og hjernesvulsten er fjernet (Heiss og medarbeidere 2003). Et annet funn ved slike studier er at aktiviteten er størst over høyre hjernehalvdel spesielt hos de pasientene som har mer alvorlig afasi.

Den samme tyske forskergruppen har undersøkt betydningen av språkområdene i venstre hjernehalvdel for god språklig funksjon i en annen studie med tre grupper afasirammede som hadde ulik skadelokalisasjon (Heiss og medarbeidere 1999). For alle tre grupper var det kort tid etter skaden sterkt nedsatt aktivitet i venstre hjernehalvdels språkområder ved gjentagelse av ord. For de to gruppene som hadde blitt nesten eller helt bra åtte uker senere, var det igjen tilkommet aktivitet i områder i venstre tinninglapp hvor det også er mye språklig aktivitet hos friske. Hos de som fortsatt hadde betydelig afasi var det ikke kommet tilbake aktivitet i venstre tinninglapp og aktiviteten var fortsatt størst i høyre hjernehalvdel. Et liknende funn ble gjort i en studie av hjerneaktivitet knyttet til prosesser



Figur 2

Hjerneaktivitet knyttet til registrering av stavelsen /ba/, ca 100 ms etter stavelsens begynnelse (ERP-komponent N1). Dypere blåfarge indikerer større aktivitet. Mens aktiviteten hos friske (Control, venstre) og pasienter med lett og moderat afasi (Moderate aphasia, midten) er størst over midtlinjen, er aktiviteten hos pasienter med alvorlig afasi (Severe aphasia, høyre) betydelig redusert og størst over høyre hjernehalvdel. Gjengitt fra Becker & Reinvang 2007a.

som analyserer de fonetiske egenskapene av en stavelse, representert gjennom ERP-responsen N100 (Becker & Reinvang 2007a). Aktiviteten ble funnet svekket hos både moderat og alvorlig afasirammede pasienter, mens en høyreforskyvning kun ble observert hos pasientene med alvorlige språkforståelsesvansker (figur 2).

Disse funnene er forenlige med hypotesen om at en restitusjon av funksjonen av språkområdene i venstre hjernehalvdel er vesentlig for en best mulig gjenvinning av språkfunksjonen. Høyre hemisfære kan til en viss grad være involvert i språkprosessering, men dette ser ut til å være forbundet med en dårligere språkfunksjon. Imidlertid viser studier av aktivitetsforandringer over tid, at høyre hjernehalvdel muligens har en avgjørende midlertidig rolle hos de pasientene som gjenvinner språkfunksjonen (se under).

Når man skal vurdere slike funn må det tas forbehold om at økt aktivitet i et hjerneområde ikke nødvendigvis er ensbetydende med kompenserende funksjon. Når det måles relative forskjeller mellom hjernehalvdelene, kan en høyresidig overvekt like godt være forårsaket av mindre aktivitet i venstre hjernehalvdel som av økt aktivitet i høyre. Videre kan man ikke uten videre anta at den økte aktiviteten er funksjonell, fordi man registrerer kun økt antall nerveaktivitet, men ikke kvaliteten på denne aktiviteten. Man kan således ikke utelukke at økt aktivitet representerer "støy" som er uhensiktsmessig og som ikke fører til bedre funksjon. Økt aktivitet kan også være forårsaket av mindre hemmende signaler fra motsatt hjernehalvdel (diaschisis) uten at dette nødvendigvis er forbundet med bedret funksjon.

Aktivitetsutvikling over tid

Når det gjelder utvikling av aktivitet over tid, kunne man i en enkel modell forestilt seg at en hjerneskade først fører til bortfall eller betydelig reduksjon av hjerneaktivitet; hos de pasientene som blir helt bra kunne deretter spontanbedringen og språktreningen føre til en gradvis økning av aktiviteten til det til slutt oppnås aktivitetsmønstre nokså likt som før skaden. Flere studier indikerer imidlertid at forløpet er mer komplekst. En finsk ERP-studie som fulgte slagpasienter med afasi med gjentatte undersøkelser over seks måneder fant at aktiviteten forbundet med å skille forskjellige typer toner var størst tre måneder etter slaget, mens den igjen hadde avtatt noe etter seks måneder (Ilvonen og medarbeidere 2003). Dette antyder at aktivitetsendringer etter en hjerneskade ikke foregår som en enkel, lineær økning, men at det kanskje finnes en forbigående overaktivering.

Et enda mer komplekst bilde tegner resultatene fra en tysk studie som undersøkte semantisk prosessering av auditivt presenterte ord (Saur og medarbeidere 2006). I denne studien ble afatikere fulgt opp med flere fMRI-registreringer i ett år etter hjerneslag. Resultatene ble sammenlignet med en gruppe friske kontrollpersoner hvor det ved denne oppgaven var aktivitet først og fremst i de klassiske språkområdene i venstre hemisfære, men i noen grad også i frontale områder i høyre hjernehalvdel. For å undersøke hvilke aktivitetsmønstre som er forbundet med en vellykket afasirehabilitering, inngikk i analysen kun dataene til de 14 pasientene som ble helt (eller nesten helt) restituert. Ca to dager etter hjerneslaget var det omtrent ingen aktivitet å registrere hos pasientene. Etter snaue to uker fant man en del aktivitet i venstre hemisfære, men denne var redusert sammenlignet med de friske kontrollene. Imidlertid hadde pasientene større aktivitet over høyre hjernehalvdel enn kontrollene, men i de samme frontale områdene. Etter omtrent elleve måneder var aktivitetsmønsteret hos disse 14 "tidligere" afatikerne nesten helt lik som hos de friske personene.

På bakgrunn av denne studien foreslår forfatterne derfor en modell for vellykket gjenvinning av språkfunksjon etter hjerneskade (Saur m.fl. 2006): Rett etter en akutt hjerneskade er omtrent all hjerneaktivitet utslått av skaden. I venstre hjernehalvdel vil så aktiviteten langsomt ta seg opp over tid, en prosess som avhengig av skadens alvorlighetsgrad vil ta fra uker til måneder. I høyre hjernehalvdel derimot finner man en rask utvikling av kompensatorisk aktivitet som er en overaktivitet sammenlignet med friske personer. Når aktiviteten i venstre hjernehalvdel etter hvert bygger seg opp igjen, avtar den høyresidige aktiveringen til et normalt nivå. I en norsk studie med åtte afatikere undersøkt mellom tre og sju måneder etter hjerneskaden, observerte vi en endring av aktivitet knyttet til aktiv diskriminasjon av stavelser som er i samsvar med denne modellen (Becker & Reinvang 2007b).

De nye metodene for å måle hjerneaktivitet kan også benyttes til å registrere plastiske endringer knyttet til behandlingsprogrammer: Ni afatikere ble i to uker behandlet med et intensivt treningsprogram etter prinsippene fra såkalt "constraint-induced language therapy" (Pulvermüller m.fl. 2005). ERP-responsen på både ord og pseudoord ble målt før og etter treningen. Mens aktiviteten utløst av pseudoord forble uforandret, var aktiviteten fremkalt av ordene økt etter behandlingen. Resultatet indikerer at behandlingsprogrammet spesifikt påvirket hjerneaktivitet knyttet til språklig meningsfull prosessering, noe som også ble gjenspeilet i at pasientene etter behandlingen skåret bedre på kliniske afasitester. Denne studien er dermed en av de første som på en direkte måte viser at spesifikk trening kan føre til endringer av hjerneaktivitet.

Individuelle faktorer

Noen hjerneaktivitetsstudier indikerer dessuten at språkfunksjon etter en skade ikke bare er avhengig av faktorer knyttet til skaden (årsak, lokalisasjon, størrelse mm.), men at plastisiteten også kan påvirkes av individuelle faktorer knyttet til hjernen før skaden oppstod, såkalte premorbide egenskaper. En optimal forskningsprotokoll for å undersøke betydningen av slike faktorer for hjerneaktiviteten etter en skade, hadde vært å sammenligne hjerneaktiviteten før og etter en skade og så se om det er forskjeller mellom de enkelte testpersonene. Men dette er selvfølgelig bortimot umulig, siden pasienter med hjerneskade som regel ikke har blitt undersøkt med hjerneaktivitetsregistreringer før de pådro seg skaden sin. Man er derfor avhengig av indirekte funn som f.eks. kommer fra en tysk studie som undersøkte språkprosessering hos friske testpersoner med både fMRI og TMS (Knecht og medarbeidere 2002).

Forskerne var ute etter 2 grupper som skilte seg ved at deres språkprosessering var kjennetegnet ved ulik lateralisering, dvs. at testpersonene i ulik grad brukte venstre og høyre hjernehalvdel i en språklig oppgave. Ved hjelp av fMRI hos friske personer kom man på denne måten fram til 2 grupper som var stort sett like, men hvor det hos den ene gruppen var først og fremst venstre hjernehalvdel som var aktivert ved språkoppgaven, mens det hos den andre gruppen var mest aktivitet over høyre hemisfære.

I et neste forsøk ble så begge gruppene utsatt for en midlertidig, lett "hjerneskade", dvs. at man ved TMS-metoden plasserte et magnetfelt over språkområdene og dermed forstyrret språkområdene og simulerte en hjerneskade med afasi. Dette ble hos begge gruppene i separate forsøk gjort på både

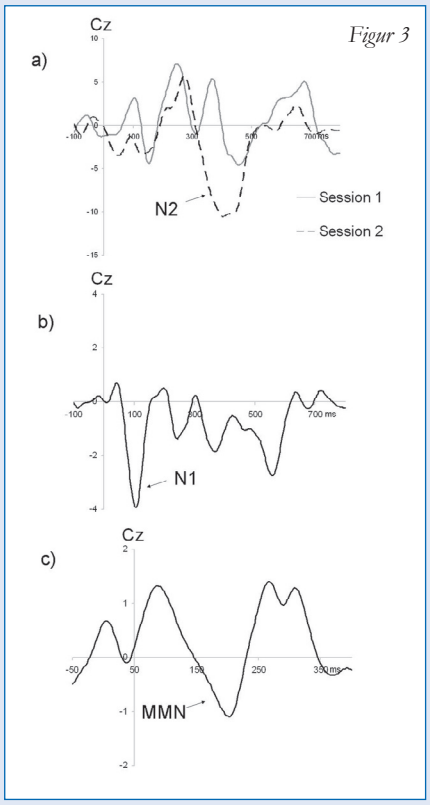
venstre og høyre side. Mens denne forstyrrelsen av språkprosesseringen foregikk, fikk testpersonene som oppgave å matche bilder med ord, og responstiden ble målt. Resultatet var at responstiden var forlenget ved "hjerneskade" på den samme siden som tidligere ved fMRI hadde vist seg å være siden hvor det var mest aktivitet ved språkprosessering: gruppen med mest aktivering over venstre hjernehalvdel ble mest påvirket av TMS over venstre hemisfære, og høyre hjernehalvdel –gruppen over høyre hemisfære. Med bakgrunn i dette funnet foreslår forfatterne at en og samme hjerneskade vil ha ulike følger avhengig av om den inntreffer hos en person som i utgangspunktet bruker mest venstre eller mest høyre side i forbindelse med språkbearbeidelse i hjernen. Funnet virker kanskje ikke så overraskende fordi det er kjent at enkelte venstrehendte med hjerneslag i venstre hjernehalvdels språkområder ikke har afasi. Imidlertid tyder nyere forskning på at alle mennesker har et bilateralt språknettverk, dvs. at språkbearbeidelse hos alle skjer i begge hjernehalvdeler, men hvor begge sidene brukes i ulik grad. Spørsmålet er da altså ikke om en person bruker venstre eller høyre hjernehalvdel til språkprosessering, men i hvilken grad. Hvor store utfall en skade i hhv. venstre eller høyre hjernehalvdel utløser, og hvor god prognosen er, kan dermed være avhengig av lateraliseringen før skaden.

Et annet funn i denne studien var for øvrig at magnetstimulering med TMS på motsatt side av språkdominant hemisfære kortet responstiden ned, dvs. bedret prestasjonen på den språklige oppgaven. At TMS kan ha aktiverende, prestasjonsbedrende virkninger – både når det brukes på motsatt og på samme side som skaden, avhengig av hvordan magnetfeltet appliseres – har blitt observert i flere studier. TMS er derfor nå under utforskning som et redskap i behandling av pasienter med hjerneskade.

Forskning på hjerneaktivitet er som oftest utført i gruppestudier, men man finner forandringer også på individnivå. Vi observerte f.eks. i en longitudinell studie forskjellige mønstrer av aktivitetsutvikling (Becker & Reinvang 2007b) fra tre til sju måneder etter skaden: Mens mønsteret til en pasient forble omtrent uendret, utviklet et høyresidig overvekt seg til en mer jevn fordeling hos den andre pasienten. Dermed hadde disse to pasientene ganske like aktivitetsmønstre sju måneder etter skaden, mens de klinisk fortsatt var svært forskjellige idet den ene pasienten hadde alvorlig, men den andre kun lett afasi. Forskningen framover bør i sterkere grad prøve å kartlegge individuelle faktorer. Å identifisere konsistente mønstre hos enkeltindivider som kan relateres til visse forstyrrelser eller prognostiske faktorer, er en forutsetning for eventuell klinisk bruk av metodene som måler hjerneaktivitet.

Metodene kan gi oss fascinerende muligheter for å studere hjernen, som illustrert gjennom en fMRI-studie av benevning hos en 80 år gammel kronisk afatiker som fikk et intensivt treningsprogram i to uker (Meinzer og medarbeidere 2006). Pasienten hadde alvorlig afasi og klarte kun å benevne noen få bilder korrekt, mens hun gjorde en rekke feil hvor hun svarte enten med neologismer eller med semantiske parafasier. fMRI-dataene ble analysert i henhold til forskjeller mellom riktige og feilaktige svar. Ved riktige svar var det økt hjerneaktivitet i høyre pannelapp tilsvarende Broca's område. Aktiviteten i dette området var betydelig større for riktige svar sammenlignet med neologismer, mens den kun var litt større ved riktige svar sammenlignet med semantiske parafasier. Man kan dermed si at det ble registrert større aktivitet over høyre hjernehalvdel, jo mer riktig svaret var. Resultatene fra denne pasienten tyder altså på at aktivitet i høyre hjernehalvdel er fordelaktig hos akkurat denne pasienten, noe som går imot den ovennevnte hypotesen om at høyre hjernehalvdel er en mindreverdig erstatning for språkprosessering i venstre hjernehalvdel. Man kan imidlertid hevde at aktivitetsmønsteret hos denne pasienten over det hele er lite suksessrik, fordi hun har alvorlig afasi og kun klarte å benevne et fåtall av de bildene hun fikk presentert.

Et annet eksempel på interessante funn på individnivå er en norsk ERP-undersøkelse av en 48 år gammel kvinne med alvorlig global afasi som hadde fått subaraknoidalblødning og hjerneinfarkt (Becker 2009). Aktivitet relatert til hjernens evne å bearbeide og skille stavelser ble undersøkt med ERP to og ni måneder etter skaden (figur 3). Ved første undersøkelsen var pasienten ikke aktiv i stand til å skille stavelsene /ba/ og /ta/, men denne evnen hadde hun gjenlært sju måneder senere. Dette gjenspeiles i at ERP-komponenten N2, som er knyttet til aktiv diskriminasjon av stimuli, kun var tydelig til stede ved den andre undersøkelsen (figur 3a). Resultatene fra undersøkelsen tidlig etter skaden viser imidlertid at pasientens hjerne allerede da klarte automatisk å oppfatte forskjellen mellom de to stavelsene: ERP-komponenten MMN (mismatch negativity), som er knyttet til hjerneprosesser som automatisk og uten rettet oppmerksomhet oppdager forskjeller mellom stimuli, var til stede allerede på dette tidspunktet (figur 3c). Legg merke til tidsaksene som tydeliggjør at MMN og N2 er prosesser som utspiller seg på ulike tidspunkter i forhold til når stavelsene begynner (som er ved 0 millisekund). Ved første undersøkelse, på et tidspunkt da pasienten ikke er i stand til å skille stavelsene aktivt, er altså noen prosesser målbar som trengs for å oppfatte forskjellen mellom stavelser, men ikke alle. Man kan spekulere i at pasientens hjerne allerede tidlig etter skaden klarte automatisk å skille stavelser, men at den ikke kunne omsette denne evnen til at pasienten kunne klare oppgaven med bevisst diskriminasjon av stavelsene. Eksempelet viser at ERP kan skille mellom flere underliggende kognitive



Utvikling av hjerneaktivitet knyttet til prosessering av stavelser hos en pasient med alvorlig afasi, registrert ved ERP. Aktivitet relatert til aktiv diskriminasjon av stavelser (N2; a) er tydelig til stede etter 9 måneder (session 2), men ikke etter 2 måneder (session 1). Aktivitet knyttet til sensorisk registrering av stavelser (N1; b) og til automatisk diskriminasjon av stavelser (MMN; c) kunne registreres allerede ved første måling etter 3 måneder. Se tekst for detaljer. Gjengitt fra Becker 2009.

prosesser som alle er nødvendig for en gitt språkfunksjon. Forløpet viste at pasienten etter ni måneder igjen var i stand til aktivt å skille stavelser. Det foreslås at faktumet at MMN ble observert allerede ved undersøkelsen tidlig etter skaden, var et positivt prognostisk tegn med tanke på gjenvinning av den aktive diskriminasjonsevnen.

Avslutning og konklusjon

Hvilke mekanismer som trer i kraft etter en hjerneskade er høyst interessant, spesielt for de som prøver å bedre funksjonsnivået etter en skade. Vi har aldri visst mer om dette emnet, men forståelsen vår er fortsatt flekkvis og ufullstendig. Den nevrobiologiske grunnforskningen har oppdaget en rekke mekanismer som bidrar til at hjernen kan endre struktur og funksjon – hjernens plastisitet. Slike mekanismer finnes både på mikroskopisk nivå innenfor hjerneceller og i forbindelsene mellom dem, men også på et mer overordnet nettverksnivå. Hjerneaktivitetsforskningen illustrerer at en rekke faktorer påvirker plastisitet: skadens lokalisasjon og størrelse, skadens årsak, prognose/forløp, behandling/rehabilitering, miljøfaktorer og motivasjon. Det er også forskjeller mellom ulike hjernefunksjoner, det finnes endringer over tid og det er grunn til å anta at det er individuelle forskjeller. Både plastisitetens grunnmekanismer og hjerneaktivitetsendringene viser seg å være mangfoldige og komplekse.

Som behandlere må vi stille oss en noen viktige spørsmål (jf. Thompson 2000): Kan visse behandlingsmåter forsterke hjernens reorganisering etter en skade? Kan tilsvarende visse behandlingsformer forhindre, redusere eller forsinke denne reorganiseringen? Det påhviler oss et ansvar å forske videre på dette feltet for å kunne utvikle behandlingsprogrammer som hjelper afasirammede på en best mulig måte. Mens denne prosessen foregår må vi ta innover oss og omsette i praksis den kunnskapen vi får underveis. Av de faktorene vi har muligheten til å påvirke, synes så langt pasientens motivasjon for trening og intensiteten av behandlingen å være spesielt viktig for et best mulig utkomme.

Asker
MULIGHETENES KOMMUNE

Asker komunale voksenopplæring har ansvar for grunnskoleopplæring inkludert spesialundervisning for voksne, rådgiving og norskopplæring for minoritetsspråklige over 16 år i samarbeid med Folkeuniversitetet Asker. Skolen ligger på Drengsrud, like ved Drengsrud hovedgård.

Logoped

100 % fast stilling

Vi søker etterfølger til en av våre logopeder som skal begynne i ny jobb. Arbeidsfeltet vil i hovedsak være undervisning av voksne med ervervet hodeskade og av andre grupper voksne med ulike spesialpedagogiske behov. I arbeidet inngår driftsoppgaver knyttet til opplæringen. Arbeidet som er utfordrende og variert, stiller krav til samarbeid og fleksibilitet.
Stillingen er selvstendig og medfører en del kjøring. Søker må disponere bil.

Søker må ha godkjent utdannelse som logoped, helst med pedagodisk utdannelse i bunn. Kjennskap til behandling av svelgevansker vil være en fordel. Det er ønskelig med erfaring fra undervisning av voksne og bruk av digitale verktøy. Arbeidsoppgavene er varierte og krever samarbeid og fleksibilitet.

Vi søker en kollega som har faglige kunnskaper, gode samarbeidsevner og evne til å arbeide selvstendig.

Vi tilbyr et godt faglig og sosialt arbeidsmiljø i en liten enhet. Ved Asker voksenopplæring er det ansatt 3 logopeder og 5 lærere med tilleggsutdanning i spesialpedagogikk.

Vårt motto er: "En vidsynt skole"- en fleksibel, tolerant og ivaretagende skole der deltakerne og ansatte tar et felles ansvar for å gi den enkelte gode muligheter til vekst.

For stillingen følger lønns-og arbeidavtale etter gjeldende regelverk.

Kontakt rektor Reidun Hagen Moe, tlf. 66 75 40 /42 for nærmere opplysninger

Søknadsfrist 16.03 2009

"Vi ønsker elektroniske søknader. Ta kontakt med Bente Ose 66 90 97 23 hvis du får problemer med e-søknaden".

Asker kommune

Se også stilling ledig på
www.asker.kommune.no

Referanser:

Becker F. (2009): Auditory perception and language comprehension in aphasia - an event-related brin potentials (ERP) study. Avhandling for graden PhD, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.

Becker F & Reinvang I (2007b): Event-related potentials indicate bi-hemispherical changes of speech sound processing during aphasia rehabilitation. Journal of Rehabilitation Medicine, 39 (8), pp. 658-661.

Becker F & Reinvang I (2007c): Mismatch negativity elicited by tones and speech sounds: Changed topographical distribution in aphasia. Brain and Language, 100 (1), pp. 69-78.

Becker F & Reinvang I (2007a): Successful syllable detection in aphasia despite processing impairments as revealed by event-related potentials. Behavioral and Brain Functions, 3 (6).

Bhogal SK, Teasell R, & Speechley M (2003): Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. Stroke, 34 (4), pp. 987-993.

Bliss TV & Lømo T (1973): Long-lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate area of the anaesthetized rabbit following stimulation of the perforant path. Journal of Physiology, 232 (2), pp. 331-356.

Cherney LR, Patterson JP, 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. J Speech Lang Hear Res, 51 (5), pp. 1282-1299.

Demonet JF, Thierry G, & Cardebat D (2005): Renewal of the neurophysiology of language: functional neuroimaging. Physiological Reviews, 85 (1), pp. 49-95.

Dobrossy MD & Dunnett SB (2001): The influence of environment and experience on neural grafts. Nature reviews.Neuroscience, 2 (12), pp. 871-879.

Fields RD & Stevens-Graham B (2002): New Insights into Neuron-Glia Communication. Science, 298 (5593), pp. 556-562.

Geschwind N (1965): Disconnexion syndromes in animals and man. I. Brain, 88 (2), pp. 237-294.

Goodglass H (1993): Understanding Aphasia. Academic Press, San Diego.

Hartje W & Poeck K (2002): Klinische Neuropsychologie. 4. utg. Thieme, Stuttgart.

Heiss WD, Kessler J, Thiel A, Ghaemi M, & Karbe H (1999): Differential capacity of left and right hemispheric areas for compensation of poststroke aphasia. Annals of Neurology, 45 (4), pp. 430-438.

Heiss WD, Thiel A, Winhuisen L, Muhlberger B, Kessler J, & Herholz K (2003): Functional imaging in the assessment of capability for recovery after stroke. Journal of Rehabilitation Medicine, (41 Suppl), pp. 27-33.

Herholz K & Heiss WD (2000): Functional imaging correlates of recovery after stroke in humans. Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism, 20 (12), pp. 1619-1631.

Hickok G & Poeppel D (2007): The cortical organization of speech processing. Nature reviews.Neuroscience, 8 (5), pp. 393-402.

Hughlings-Jackson J (1878): On affections of speech from disease of the brain. Brain, 1 (3), pp. 304-330.

Ilvonen TM, Kujala T, Kiesilainen A, Salonen O, Kozou H, Pekkonen E, Roine RO, Kaste M, & Näätänen R (2003): Auditory discrimination after left-hemisphere stroke: a mismatch negativity follow-up study. Stroke, 34 (7), pp. 1746-1751.

Knecht S, Floel A, Drager B, Breitenstein C, Sommer J, Henningsen H, Ringelstein EB, & Pascual-Leone A (2002): Degree of language lateralization determines susceptibility to unilateral brain lesions. Nature Neuroscience, 5 (7), pp. 695-699.

Kujala T, Alho K, & Näätänen R (2000): Cross-modal reorganization of human cortical functions. Trends in Neurosciences, 23 (3), pp. 115-120.

Lamprecht R & LeDoux J (2004): Structural plasticity and memory. Nature reviews. Neuroscience, 5 (1), pp. 45-54.

Malenka RC & Nicoll RA (1997): Silent Synapses Speak Up. Neuron, 19 (3), pp. 473-476.

Meinzer M, Flaisch T, Obleser J, Assadollahi R, Djundja D, Barthel G, & Rockstroh B (2006): Brain regions essential for improved lexical access in an aged aphasic patient: a case report. BMC Neurology, 6 (1), p. 28.

Moss A & Nicholas M (2006): Language rehabilitation in chronic aphasia and time postonset: a review of single-subject data. Stroke, 37 (12), pp. 3043-3051.

Ostir GV, Berges IM, Ottenbacher ME, Clow A, & Ottenbacher KJ (2008): Associations between positive emotion and recovery of functional status following stroke. Psychosomatic Medicine, 70 (4), pp. 404-409.

Pascual-Leone A, Amedi A, Fregni F, & Merabet LB (2005): The plastic human brain cortex. Annual Review of Neuroscience, 28 (1), pp. 377-401.

Pascual-Leone A, Nguyet D, Cohen LG, Brasil-Neto JP, Cammarota A, & Hallett M (1995): Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. Journal of Neurophysiology, 74 (3), pp. 1037-1045.

Pulvermüller F, Hauk O, Zohsel K, Neininger B, & Mohr B (2005): Therapy-related reorganization of language in both hemispheres of patients with chronic aphasia. Neuroimage, 28 (2), pp. 481-489.

Rijntjes M & Weiller C (2002): Recovery of motor and language abilities after stroke: the contribution of functional imaging. Progress in Neurobiology, 66 (2), pp. 109-122.

Robey RR (1994): The efficacy of treatment for aphasic persons: a meta-analysis. Brain and Language, 47 (4), pp. 582-608.

Rutter M (1987): Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry, 57 (3), pp. 316-331.

Saur D, Lange R, Baumgärtner A, Schraknepper V, Willmes K, Rijntjes M, & Weiller C (2006): Dynamics of language reorganization after stroke. Brain, 129 (6), pp. 1371-1384.

Sörbo A, Rydenhag B, Sunnerhagen KS, Blomqvist M, Svensson S, & Emanuelson I (2005): Outcome after severe brain damage, what makes the difference? Brain Injury, 19 (7), pp. 493-503.

Steindler DA & Pincus DW (2002): Stem cells and neuropoiesis in the adult human brain. The Lancet, 359 (9311), pp. 1047-1054.

Thiel A, Herholz K, Koyuncu A, Ghaemi M, Kracht LW, Habedank B, & Heiss WD (2001): Plasticity of language networks in patients with brain tumors: a positron emission tomography activation study. Annals of Neurology, 50 (5), pp. 620-629.

Thompson CK (2000): The neurobiology of language recovery in aphasia. Brain and Language, 71 (1), pp. 245-248.

von Monakov C (1914): Die Lokalisation im Großhirn und der Abbau der Funktion durch kortikale Herde. Bergmann, Wiesbaden.

Weiller C & Rijntjes M (1999): Learning, plasticity, and recovery in the central nervous system. Experimental Brain Research, 128 (1-2), pp. 134-138.

Wise RJS (2003): Language systems in normal and aphasic human subjects: functional imaging studies and inferences from animal studies. British Medical Bulletin, 65 (1), pp. 95-119.

McGuire-programmets stammebehandling:
Hva er det? Virker det? Hva kan logopeder lære fra det? [1]

McGuire-programmet tilbyr kurs og støttegrupper for unge og voksne som stammer. Denne artikkelen oppsummerer de viktigste elementene i programmet, presenterer vitenskapelig studier som evaluerer elementene og oppsummerer en spørreundersøkelse om opplevd nytte av å delta i programmet. Artikkelen konkluderer med at McGuire-programmets hovedteknikker har bra vitenskapelig belegg, at deltagelse oppleves av de aller fleste deltakerne å ha god, langvarig effekt, og at det er på gjennomføring av et behandlingsopplegg logopeder har mest å lære av McGuire-programmet.

Magne Jørgensen

er forsker innen informatikk ved Simula Research Laboratory og underviser blant annet i evidens-basert utvikling av IT-systemer ved Universitetet i Oslo. Han stammet en del tidligere, men har etter å ha fulgt et kurs i regi av McGuire-programmet i 2002 fått god kontroll på talen. Magne bruker en del tid på å holde seg oppdatert på stammeforskninghar og har som mål at flere stammere skal bli hjulpet gjennom at logopeder blir mer evidens-baserte.
email: magnej@simula.no

1 Mitt utgangspunkt

November 2002 stilte jeg opp på mitt første McGuire-kurs for stammere. Jeg hadde sett et TV-program der flere av deltakerne tilsynelatende ble nærmest helbredet fra stamming. Jeg hadde også lest kraftig kritikk av kurset fra en som hadde deltatt der tidligere. En logoped jeg forhørte meg med var rimelig skeptisk til kurset. Dyrt var det også. Det kostet hele 8.000 kr (i dag 9.500 kr). Et sterkt ønske om gjøre noe med stammingen min medførte at jeg likevel meldte meg på kurset. Kurset ble starten på en periode der jeg fortsatt hver dag overraskes over at jeg kan snakke uten anstrengelse og så å si alltid med god kontroll. En helt utrolig følelse jeg gleder meg over hver eneste dag. Mangfoldige timer hos ulike skolelogopeder i oppveksten og flere ukesopphold ved Bredvet senter for logopedi som ungdom var aldri i nærheten av å gi meg denne effekten.
Denne personlige nytten av McGuire-programmet gjør at jeg naturlig nok ønsker at flere stammere skal få oppleve det samme. Blant annet ønsker jeg at deler av det som gjøres i McGuire-programmet skal bli elementer i norske logopeders verktøykasse. Jeg ønsker dessuten at programmet som helhet ikke bare aksepteres, men til og med anbefales av logopeder.

Som forsker (professor i informatikk ved Universitetet i Oslo og forsker ved Simula Research Laboratory) er jeg oppmerksom på at mitt ikke-nøytrale utgangspunkt ikke er det beste for en balansert fremstilling av McGuire-programmet. For at denne artikkelen skal bli mest mulig balansert vil jeg derfor vektlegge resultater fra uavhengige, kvalitetsvurderte vitenskapelige studier, samt resultatene fra en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen har jeg utført blant et tilfeldig utvalg av personer som har deltatt på McGuire-programmets kurs. En slik spørreundersøkelse, uten en objektiv kartlegging av før-tilstand, uten kontrollgruppe og kun basert på deltagernes egen oppfatning av effekt har mangler. Men, den sier i det minste noe om *opplevd* effekt av McGuire-programmet. Å være evidensbasert, noe jeg mener all stammebehandling bør være, betyr ikke at man kun skal akseptere studier av aller høyeste kvalitet, men at man skal basere behandling på best mulig evidens. Finner man en sterk tendens til at et stammebehandlingsprogram oppleves å hjelpe mye mens andre oppleves å hjelpe lite eller ikke noe, så er denne opplevelsen i mange sammenhenger å betrakte som empirisk evidens. Gyldigheten til evidens basert på denne typen spørreundersøkelser er avhengig av at det ikke er vesentlige skjevheter i utvalg av personer, at spørsmålene ikke er ledende, at man spør om noe respondentene har forutsetninger til å mene om og at ikke bare fordelaktige deler av analysen presenteres. Dette har vært mitt utgangspunkt når jeg har gjennomført spørreundersøkelsen.

2 McGuire-programmet

Dave McGuire, som selv stammer, grunnla i 1994 et program for behandling av stammere. Programmet er basert på elementer fra flere andre stammebehandlinger, mens sammensetningen og kanskje noen av elementene er hans egen. Han er fortsatt ubestridt leder av programmet. Behandlingsprogrammet har spredt seg til mange land, deriblant Norge, Danmark, Sverige og Færøyene. Behandlingen bygger blant annet på kontrollert pust og tale, ikke-unngåelse, frivillig stamming, desensitivisering, åpenhet rundt egen stamming, gradvis økning i talekompleksitet ettersom kapasiteten øker, kansellering av dårlig tale (block-release), streng disiplin på kursene, høye krav til egeninnsats, støtteapparat av personer som selv stammer eller har stammet og fokus på veltalenhet som overordnet mål. Behandlingsprinsippene og metodene er beskrevet i McGuires bok: *"Beyond Stammering: The McGuire programme for getting good at the sport of speaking"* (McGuire 2008).
McGuire-programmets 4-dagers intensivkurset er kjernen i behandlingsopplegget og de flestes første møte med McGuire-programmet. I tråd med McGuire-terminologien kalles deltakerne på kurset for "studenter" og instruktørene for "trenere". Rollen som trenere innehas av McGuire-studenter som har fullført kurset tidligere og behersker teknikkene godt. Flere av disse stammer fortsatt en del, men har god kontroll på talen og bruker trenerrollen som et middel for å forbedre egen tale. Dagene på kurset starter svært tidlig om morgenen, varer til sent på kvelden og gjennomføres med streng disiplin og høy intensitet. Den høye graden av disiplin og intensitet anses som viktig for å få god effekt av kursene og å gi forståelse for nødvendigheten av hard jobbing for å få kontroll over stammingen.

[1] *Deler av denne artikkelen er basert på "Å bygge bro mellom McGuire-programmet og den logopediske stammebehandling", M. Jørgensen, H. Sønsterud og L. Reitz. Proceedings 1. Nordiske konference om stammenn og løbsk tale, 21-23 Maj 2009, Nyborg, Danmark. Dansk Videnscenter for stammen. Red.: Per Fabæch Knudsen.*

Noen viktige kurselementer, som jeg har opplevd dem gjennom min deltakelse på flere av kursene, er beskrevet nedenfor:

Dag 1: Den første dagen starter med videoopptak av alle de nye studentene mens de svarer på spørsmål og leser høyt foran forsamlingen av nye og gamle studenter, samt instruktører. Denne situasjonen er for de fleste en svært fryktet situasjon og de fleste stammer mye og har svært harde blokkeringer. Resten av Dag 1 og de kommende dagene har et sterkt fokus på innføring av og terping på en ny måte å puste og tale på. Denne puste- og taleteknikken er kjernen i McGuire-programmets flytskapende teknikker og består i hovedsak av følgende elementer:

1. **Pause.** Ta en kort pause før du begynner å snakke. Bruk denne pausen til å formulere det du ønsker å si og hvordan du ønsker å si det, f eks med frivillig stamming. Husk øyekontakt med den du prater med under pausen.
2. **Ta et dypt og kraftig innpust.** Sørg for å tømme lungene i forkant av innpustet. Dette kalles i programmet for "kostalpust" i motsetning til den automatiske pustingen som kalles "kruralpust".
3. **Begynn å prate nøyaktig på overgangen fra inn- til utpust.** Sørg for å unngå å holde pusten slik at det blir en myk overgang fra inn til utpust.
4. **Jevn flyt i talen.** Talen skal flyte uten stopp i pusten. Dersom det blir en stopp, for eksempel ved at man ikke har formulert på forhånd hva som skal sies eller får en blokkering, skal man ta fortsettelsen fra punkt 1. All dårlig tale skal stoppes umiddelbart og repeteres, med pause, innpust etc., helt til det er bra. God artikulasjon, bestemt førstelyd og dyp stemme anbefales, noe som for mange fører til en reduksjon i talehastigheten og også av den grunn mer kontroll og mindre stamming.

Denne teknikken er svært lik den som benyttes i "Regulated breathing", en teknikk som har blitt studert og funnet å ha god effekt i flere høykvalitets, vitenskapelige studier. Den mest synbare forskjellen er bruken av belte over brystet i innlæringen av McGuire-programmet. Bruken av beltet begrunnes blant annet ut fra at man legger bedre merke til om innpusten er bra eller ikke ved at man kjenner at beltet strammer over brystet ved en god innpust. Beltet brukes i all hovedsak kun under innlæring av teknikken og er ikke en del av selve teknikken.

Den første dagen praktiseres denne teknikken med kun svært få ord, f eks 1-3 ord per utpust. Dag 2, 3 og 4 økes gradvis antall ord per utpust. Dette er en praksis i tråd med GILCU (Gradual Increase in Complexity of Utterance) og Capacity and Demand-modellen, begge anerkjente midler og modeller for behandling av blant annet stamming. Målet er at man på lang sikt skal kunne prate tilnærmet naturlig på denne måten, noe de fleste også klarer. I starten høres imidlertid denne pust-intensive måten å prate på unektelig nokså stakkato og spesiell ut.

Dag 2: Dag 2 er mye repetisjon av taleteknikken som ble innlært på Dag 1, men har i tillegg deler av instruksjonen utenfor kurslokalet. De gamle studentene tar med de nye, oftest en hver, ut for å demonstrere hvordan man tar kontakter med folk på gata og i butikker for å trene på bruk av teknikkene man har lært. Dette inkluderer særlig elementer som bruk av frivillig stamming og øyekontakt. Her er både kvalitet og kvantitet viktig. 100 kontakter skal gjennomføres i løpet av noen få timer. Av disse kontaktene bør flere være "avsløringer" overfor fremmede, dvs at man forteller om at man stammer og er ute for å trene på bedre tale. Dette blant annet for å gi de nye studentene opplevelsen at dersom kontakter og avsløringer for å trene på egen stamming gjøres riktig, vil så å si alle være positivt innstilt. Tidligere har vi som stammere stort sett bedt andre om å ikke hjelpe, f eks ved å ikke fullføre det vi forsøker å si. Her kan andre mennesker gi et bidrag til redusert stamming ved å lytte, noe de aller fleste setter stor pris på. Regelmessig trening av denne typen er noe som sterkt anbefales å gjøre i stor utstrekning etter at kurset er over, helt til man har en svært god kontroll på talen og/eller det ikke er noen frykt forbundet med slike kontakter. Ikke-unngåelse og de-sensitivisering står i det hele tatt svært sterkt i programmet.

Dag 3: Første del av Dag 3 går med til terping på tale og pusteteknikken. De aller fleste er nå i stand til å si kortere setninger med bruk av McGuire-teknikken i trygge omgivelser. Dag 3 har fokus på å gjøre det samme i mye mer utrygge omgivelser, det vil si på gata med ukjente, ofte travle mennesker. En instruktør er med ut når 100 kontakter, deriblant avsløringer overfor fremmede, skal tas av den nye studenten. Etter dette, er det klart for den mest fryktede opplevelsen: Talen midt i byens handlegater. Denne talen holder de aller fleste med høy, klar stemme, uten å stamme og med full kontroll over talen! Denne for de fleste stammere i forkant av kurset helt utenkelige prestasjonen er en emosjonelt svært sterk opplevelse for alle involverte.

Dokumentasjon av denne prestasjonen er svært god, siden det er videoopptak av seansen. For de aller fleste gir dette en svært sterk opplevelse av å mestre. Denne enorme forbedringen i løpet av tre dagers med svært intensiv stammebehandling er ikke er beskrevet eller forklart i noe vitenskapelig studium jeg har lest. Kanskje hjernescanning av deltakerne før og etter et McGuire-kurs kunne gi innsikt i årsaker til stamming og effekter av behandling av stamming?

Dag 4: Denne dagen har som hovedfokus å trene veltalenhet og å forberede seg til tiden etter intensivkurset. Her forteller mange av de gamle studentene om sine erfaringer. Hver enkelt av de nye studentene får sin personlige trener (primærtrener) og et treningsopplegg som skal følges. En nær kontakt med primærtreneren holdes det første året og i særlig grad den første tiden etter kurset. Det anbefales å ta oppfølgingskurs, oftest da i rollen som trener. Alle får med seg før-og-nå videoen med opptaket av seg selv fra Dag 1 og Dag 3. Denne videoen kan være viktig for bli påminnet om hvor langt man faktisk kan nå i løpet av 3 dager med intensiv trening og motivere ved motgang.

Min beskrivelse har så langt fokusert på innlæring av en ny taleteknikk. I tillegg er store deler av kurset rettet mot mer psykologiske og kommunikasjonsmessige forhold. Det vektlegges at det er mange andre forhold enn en god taleteknikk og ikke-stamming som skal til for å bli veltalende, som er det uttalte, overordnede målet for kurset. Mens opplegget er standardisert på det første 4-dagers intensivkurset vil i praksis de fleste finne sin egen vektlegging i bruk av teknikker fra McGuire-programmet i etterkant. McGuire-programmet inneholder svært mange elementer og de fleste vil vektlegge de elementene de selv opplever å ha best effekt. Dette stimuleres man også til blant annet gjennom fokuset på at man skal bli sin egen trener. McGuire-studentene utveksler jevnlig erfaringer og gir hverandre støtte gjennom telefonsamtaler, støttegrupper og en aktiv diskusjonsgruppe på internett. Har man betalt for ett kurs, har man tilgang til så mange av 4-dagers kursene man måtte ønske uten ekstra kurskostnader.

3 Empirisk evidens

3.1 Teorier for stamming

I mange år var den rådende teorien at det var feil ved det fysiske taleapparatet som forårsaket stamming. Behandlinger som involverte munnproteser, munnkirurgi og taleøvelser trodde mange derfor ville fjerne stammingen. Senere har hovedvekten vært på at stamming er en psykogen lidelse, dvs en lidelse som kun skyldes emosjonelle eller mentale problemer og dermed burde behandles med for eksempel psykologiske terapiformer eller psykoanalyse. Dette er en forståelig oppfatning. Stammingens alvorlighet og uønskede sosiale effekter er sterkt påvirket av miljøfaktorer, emosjonelle faktorer og godt innlærte responser.

I lys av tvillingstudier og hjerneforskning er imidlertid en ensidig psykogen forklaring vanskelig å forsvare. Sannsynligheten for at begge av eneggede tvillinger stammer er for eksempel omtrent 70% dersom en av dem stammer, mens de tilsvarende sannsynlighetene er 30% for toeggede tvillinger og 18% for søsken (Andrews, Hoddinott et al. 1983; Felsenfeld, Kirk et al. 2000). Uten en genetisk faktor er det trolig at forskjellene ville vært vesentlig mindre. Hjerneforskningen har i tillegg påvist mange unormaliteter i hjerneaktivitet hos personer som stammere, selv når de prater flytende. Flere av disse ulikhetene, men ikke alle, er tilstede hos ikke-stammende barn med antatt høy risiko for å utvikle kronisk stamming (Chang, Erickson et al. 2008).
Selv om vi ennå ikke er der at vi med 100% sikkerhet kan si at unormalitet i hjernen er en kjerneårsak til stamming, synes det likevel å være rimelig godt begrunnet å anbefale en to-faktor modell for behandling av stamming. En del av behandlingen bør fokusere på å få hjernen til å kompensere for en, kanskje medfødt, unormalitet i taleutførelsen, og en del bør fokusere på de psykologiske og sosiale aspektene som opprinnelig var resultat av men etter hvert også har blitt årsak til stamming. Taleflytskapende teknikker som "prolonged speech" og "regulated breathing" synes å være eksempler på midler som kan kompensere for unormaliteten i hjernen, f eks ved at talegjennomføringen involverer andre deler av hjernen, se for eksempel (Alm 2004; Neumann, Preibisch et al. 2005; Giraud, Neumann et al. 2008). Involveringen av andre deler av hjernen enn de som brukes automatisk kan være en følge av de-automatisering av talen (mer bevisst gjennomføring av talen) og ytre stimuli i form av eksterne "taktholdere" (f eks sang eller det å prate i kor).
Den korte gjennomgangen ovenfor gir støtte for at bruken av taleflytskapende teknikker har god støtte i nyere hjerneforskning. I tillegg indikerer gjennomgangen at vi stadig har hatt og trolig vil få nye teorier om årsakene til stamming. Vi bør derfor være villig til å bruke behandlinger som har dokumentert effekt, selv om vi ikke forstår helt hvorfor det virker eller om behandlernes egne forklaringer ikke henger med i teoriutviklingen. Vitenskapelig dokumentert effekt av stammebehandlingselementer er naturlig nok mer stabil enn de bakenforliggende teoriene om hvorfor noe virker. Forskjellen mellom en mer eller mindre forsvarbar teori og en virksom behandlingsmetode er viktig å ha klart for seg i denne sammenhengen. Dette fordi McGuire-programmet har blitt værende ved en teori basert på en pustemuskulær årsaksforklaring som, så vidt jeg kan se, ikke deles av særlig mange, om noen, stammeforskere i dag. Lise Reitz, som for øvrig er positiv til McGuire-programmet, gir en kritikk av denne teorien i (Reitz 2007). Skulle McGuire-programmet kun vurderes ut fra egen årsaksforklaring, vil programmet trolig lett kunne avvises som dårlig fundert og noe man burde fraråde stammere.

3.2 Vitenskapelig evidens og McGuire-programmet

Det er sunt med en solid dose skepsis når det gjelder behandlinger for stamming gitt det relativt fargerike landskapet av behandlingsmetoder. Min undersøkelse av McGuire-studentene (se neste seksjon) avdekker at disse tidligere blant annet har gjennomgått behandlinger basert på sangtrening, healing, kiropraktikk, akupunktur, hypnose, kinologi, soneterapi, kranio sakral terapi, naturmedisin og massasje. Uten et sterkt krav om empirisk belegg for effekt av et behandlingsopplegg vil personer som stammer fort gå fra den ene til den andre, bruke penger og tid på behandlinger som er svært lite sannsynlig å virke og bli stadig mer frustrert.
Uheldigvis er det ingen vitenskapelig evaluering av McGuire-programmet som helhet. Av den grunn er jeg henvist til en evaluering av programmets hovedelementer hver for seg. Denne reduksjonistiske tilnærmingen har svakheter, siden effekten av to elementer sammen ikke nødvendigvis kan utledes fra effekten av elementene enkeltvis. Heldigvis synes det ofte å være slik at når ett element som i seg selv har positiv effekt på stamming settes sammen med et annet virksomt element, så øker heller enn reduseres effekten. Det er for eksempel sannsynlig at en reduksjon av frykt for å stamme gjennom desentiviseringsøvelser vil gi økt mulighet til å praktisere flytskapende teknikker, som igjen vil redusere frykte, osv. Gitt at et element ikke er destruktivt eller i klar motsetning til andre elementer, er det med andre ord ikke urimelig å anta at effekten vil være større i en kontekst av mange elementer (som i McGuire-programmet) enn i de vitenskapelige studiene på enkeltelementene.
I mitt søk etter empiriske studier tok jeg utgangspunkt i de ca. 2500 artikler om stamming som er publisert i anerkjente vitenskapelige, internasjonale journaler registrert på publikasjonsbasen ISI Web of Knowledge. I særlig grad vektla jeg den nyeste systematiske gjennomgangen av forskningen på stammebehandling, dvs "Stuttering Treatment Research 1970-2005: I. Systematic review incorpororating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches." (Bothe, Davidow et al. 2006). Denne gjør en god siling

Undersøkt	Tilsvarende element(er) i McGuire-programmet	Forskjell	Empirisk støtte for element	Dokumentasjon av effekt
Regulated breathing	Kostalpust	Minimal forskjell i praktisk bruk. Ulikhet i begrunnelsen for hvorfor god effekt.	God	(Waterloo and Gotestam 1988; Gagnon and Ladouceur 1992; Ingham 1993; Wagaman, Miltenberger et al. 1993; Woods and Miltenberger 1995; de Kinkelder and Boelens 1998; Elliott, Miltenberger et al. 1998; Woods and Wright 1998; Freeman and Friman 2004).
GILCU (gradual increase in length and complexity of utterance)	Integrert del av intensivkurset (se tidligere beskrivelse)	Hovedprinsipper synes å være de samme.	Middels	Se (Bothe, Davidow et al. 2006) for oversikt og evaluering.
Frivillig stamming (bouncing, pseudo-stuttering)	Frivillig stamming/ lang "hit and hold"	Kun mindre forskjeller i praktisk bruk.	Middels/ svak	Se (Saltuklaroglu, Kalinowski et al. 2004) for en oversikt og diskusjon.

på studier i henhold til såkalt "trial quality" og inkluderer kun studier der de som samler inn data og evaluerer, er rimelige nøytrale og hvor studiet inneholder en randomisering eller tilsvarende av behandling. En beskrivelse av kvalitetskriteriene finnes i artikkelen. Tabell 1 oppsummerer de elementene jeg oppfatter er McGuire-programmets hovedelementer og hvor godt empirisk støtte hver av disse har.

Tabell 1: Empirisk belegg for McGuire-programmet

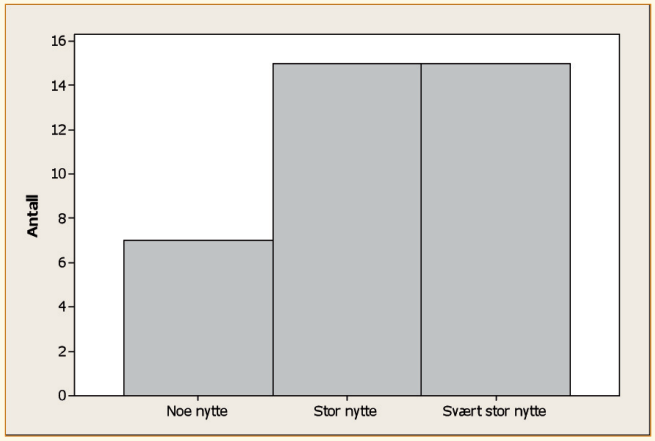
Som kan sees ut fra tabellen så er hovedelementene i McGuire-programmet godt støttet av forskning på stammebehandling. Det er derfor god grunn til å kalle programmet for evidensbasert.

3.3 Spørreundersøkelse om opplevd nytte

Basert på en liste av alle deltakere på McGuire-kursene i Skandinavia fra oppstarten til høst 2008 gjennomførte jeg en randomisert seleksjon av 100 personer. Disse personene fikk per email tilsendt et spørreskjema med 17 spørsmål. Etter to purringer var svarraten på 37%. Dette tilsvarer i overkant av 10% av totalt antall personer på listen. Denne svarraten inkluderer også de som ikke svarte fordi adresseinformasjon ikke var oppdatert eller at de av en eller annen grunn ikke leste email. Svarrate basert på de som faktisk leste emailen er trolig vesentlig høyere. Jeg vurderte dette som en akseptabel svarrate gitt at det ikke er systematiske skjevheter i hvem som har svart. Dersom det for eksempel var slik at de som ikke var fornøyd med egen utvikling lar være å svare, vil svarene gi et alt for gunstig blide av opplevd nytte av McGuire-kursene. For å undersøke dette ringte jeg ca. 20 av de som ikke hadde svart. Av de jeg kom i kontakt med var de aller fleste positivt innstilt til programmet (men kanskje ikke spørreundersøkelser) og stammet lite. Kun to var negative til programmet. Dette indikerer at det trolig ikke er en sterk skjevhet i utvalget. En annen grunn til å tro at det ikke er store skjevheter i utvalget er at teksten i emailen er veldig direkte på at jeg ønsker alle slags erfaringer og ikke bare de gode. At antallet svar er kun 37 vurderes ikke til å være noen stor trussel til undersøkelsen i seg selv. Dette siden utvalget av personer er randomisert. Randomisering er i slike undersøkelser mye mer viktig enn et høyt antall, siden systematiske skjevheter ikke blir borte ved økt antall respondenter. En viss varsomhet med hensyn på generalisering er likevel på sin plass.

I spørreskjemaet ble det spurt om hvilken nytte deltakerne opplevde å ha hatt av McGuire-programmet. Følgende skala ble benyttet: 1=Til skade, 2=Svært liten/ingen nytte, 3=Litt nytte, 4=Noe nytte, 5=Stor nytte, 6=Svært stor nytte. Fordelingen av svarene i Figur 1 angir en svært positiv holding til programmet. Ingen anga totaliteten i programmet til å gi dårligere enn "noe nytte"! Denne positiviteten skyldes i ikke manglende erfaring med andre behandlinger eller en grunnleggende positivitet til stammebehandling. I et tilleggsspørsmål ba jeg deltakerne om å rangere de ulike behandlingsoppleggene de hadde vær del av mhp nytte. Så å si alle deltakerne anga der at de har hatt ingen eller liten nytte av tradisjonell logopedbehandling og alternative behandlinger som akupunktur og hypnose. I det hele tatt var det en nokså (uoppfordret) krass kritikk av tradisjonell logopedi på skoler og opphold på instutisjoner som Bredvet i svarene på dette spørsmålet. Det skulle vært spennende å ha gjennomført en brukerundersøkelse med et representativt utvalg av stammere som ble behandlet med tradisjonell logopedi i Norge for å se om de opplever nytten av oppleggene sine tilsvarende positivt som i Figur 1. Så vidt jeg vet eksisterer ikke en slik undersøkelse.

Figur 1: Opplevd nytte av McGuire-programmet



Jeg spurte også om deltakerne hadde opplevd noen skadevirkinger av kurset. Tretten personer anga skadevirkninger. Angitte skadevirkningene var av typen: "Redd for tilbakefall", "På grunn av stort fokus på å si navnet mitt, stammet jeg mer på det i en periode" og "Er blitt for ivrig fordi det har gått så godt", "Mer kritisk overfor andre ikke-stammeres tale", "Unaturlig tale" og "Stort forventingspress – særlig fra meg selv". Siden det har vært hevdet at McGuire-teknikken kan føre til problemer med stemmen nevnte jeg det som eksempel på mulig skadevirkning. Ingen nevnte imidlertid dette som et problem. Det har også vært hevdet at McGuire-programmets bruk av belte over brystet på 4-dagers kurset (så vidt meg bekjent bruker få dette i særlig grad etter at teknikken er innlært) kan medføre muskulære problemer. Heller ikke dette ble av noen nevnt som opplevd skadevirkning. Det er verdt å merke de som oppga skadevirkninger (om enn ingen veldig alvorlige) og til og med den som var mest negativ til programmet (følte seg skvist ut) oppga positiv totalnytte.

Spørsmålet relatert til opplevd effekt av McGuire-programmet var formulert som:

Angi typisk grad av stamming og unngåelse før (typisk tilstand det siste året før første kurs), en måned etter, ett år etter (dersom relevant), to år etter (om relevant) og nå for din stamming. Bruk skalaene nedenfor.

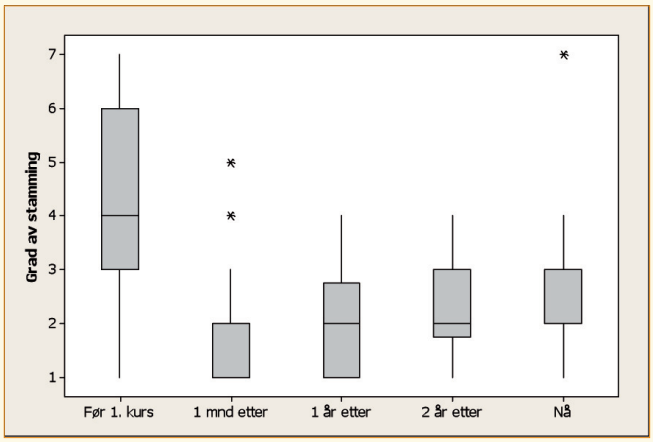
Skalaene som ble brukt er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 2: Kategorier stamming og unngåelse

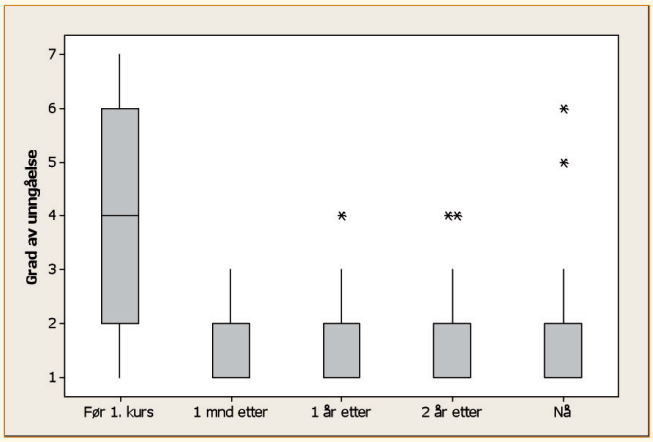
Verdi	Stamming	Unngåelse
1	Ingen stamming	Ingen unngåelse av situasjoner
2	Lite og ikke plagsom stamming	Lite unngåelse eller kun unngåelse av liten betydning
3	Noe stamming, men lite harde, ukontrollerte blokkeringer	En del unngåelse, men ikke av situasjoner av stor viktighet
4	En del stamming, deriblant noen harde, ukontrollerte blokkeringer	En del unngåelse, deriblant noen få viktige
5	Mye stamming, deriblant en del harde, ukontrollerte blokkeringer	Mye unngåelse, deriblant en del viktige
6	Svært mye stamming, deriblant mange harde, ukontrollerte blokkeringer	Svært mye unngåelse, deriblant mange viktige
7	Ekstremt mye stamming, deriblant mange harde ukontrollerte blokkeringer.	Ekstremt mye unngåelse, deriblant mange viktige

Figurene 2 og 3 viser opplevd utvikling som "boks-plott" (50% av observasjonene ligger innenfor den grå boksen) over tid. Figurene viser en umiddelbar og ikke minst varig opplevelse av forbedring både mhp stamming og unngåelsesadferd. Interessant nok viser figuren også at det typiske skjer en forverring fra rett etter kurset (1 mnd etter) til nå-tilstanden. Den umiddelbare, i noen måneder holdbare, store effekten av det første kurset samsvarer godt med min egen opplevelse. For å bevare og øke den gode effekten av intensivkurset uten den tette oppfølgingen kurssituasjonen gir, kreves god disiplin og høy motivasjon. Det er ikke gitt at alle har dette, noe som kan være en forklaring på en svekkelse av effekten over tid. Opplevd utvikling mhp mindre unngåelse virker å være mer stabil enn selve stammingen.

Figur 2: Opplevd utvikling i stamming



Figur 3: Opplevd utvikling i unngåelse



Deltakerne anga også viktigheten til de ulike elementene i McGuire-programmet. En analyse av dette viser at de fem viktigste faktorene oppleves å være: 1) Puste- og taleteknikken, 2) Kansellering av dårlig tale, 3) Bruk av pauser, 4) Oppfølgingsapparatet, og 5) Frivillig stamming. Alle disse (unntatt det opplagt viktige med oppfølgingsapparat) har god vitenskaplige evidens.

4 Hva så?

Jeg har i denne artikkelen vist at hovedelementene i McGuire-programmet, om enn ikke forklaringsmodellen, er godt støttet av vitenskapelig evidens. Jeg har også oppsummert svarene fra et randomisert utvalg av deltakere, som alle opplever å ha hatt nytte av programmet. Stamming og unngåelse av situasjoner er nokså konkrete, fysiske opplevelser. Det er derfor rimelig å anta at store endringer i opplevd reduksjon av stamming og unngåelse samsvarer med faktiske reduksjoner. Når i tillegg de som har opplevd både tradisjonell logopedi og McGuire-programmet unisont fremhever McGuire-programmet som det som har hatt desidert best effekt og ingen opplever alvorlige skadevirkninger, er det kanskje rimelig å håpe på en viss interesse og aksept fra logopeder med fokus på forbedring av egen praksis. En slik interesse forhindrer selvsagt ikke at det er deler av McGuire-programmet som kan og bør forbedres basert på erfaringer og praksis fra mer tradisjonell logopedibehandling.

Det er verdt å merke seg at de fleste av elementene i McGuire-programmet inngår i mange logopeders verktøykasse av behandlingsmetoder. Når mange som stammer likevel opplever at de samme elementene har en vesentlig bedre effekt i regi av McGuire-programmet kan dette ha å gjøre med en lavere grad av intensitet, disiplin, systematikk, krav til egeninnsats og oppfølging i tradisjonell logopedibehandling. Min egen erfaring med "frivillig stamming" i logopedi og McGuire-sammenheng kan være illustrerende. Etter et par litt hjelpeløse forsøk på frivillig stamming inspirert av gode råd fra logoped på Bredtvet, ble det ikke noe mer ut av det forsøket. I McGuire-programmet gjennomgikk jeg først en intensiv opplæring i hvordan man best stammer frivillig. Der lærte jeg blant annet å stamme frivillig på så å si alle lyder og hvordan jeg skulle unngå at frivillig stamming skulle gå over i ufrivillige blokkeringer. Deretter var det praktisering i time etter time i trygge omgivelser, med umiddelbar feedback fra andre McGuire-studenter, og over hundre kontakter med bruk av frivillig stamming i løpet av kurset. Dette sammen med tett oppfølging av personlig trener og andre som stimulerte, passet på og ga råd så ofte jeg ønsket, ga meg et helt annet utgangspunkt for å lykkes med bruk av frivillig stamming i hverdagen enn en oppfordring av logoped til å bruke det. En annen mulig grunn til større effekt av McGuire-programmet kan være at mengden av virksomme behandlingselementer etter min erfaring er større her enn hos logopeder og at synergien mellom disse elementer kan være avgjørende for å lykkes med kjerneelementene. Dave McGuire selv fremhever sammensetningen av elementer som det unike med McGuire-programmet, og er så vidt jeg skjønner fullstendig oppmerksom på at han ikke har funnet på noen radikalt nye behandlingselementer.

Det er mer enn nok vitenskapelig evidens til å hevde at det finnes virksomme behandlinger for stamming. I disse inngår både elementer brukt i McGuire-programmet og elementer brukt av logopeder. For at man skal lykkes er det imidlertid ikke nok med en behandling som virker, dersom ikke behandlingsopplegget følges. Det er kanskje på dette punktet at McGuire-programmet har mest å tilføre tradisjonell logopedi.

Referanser:

Andrews, G., S. Hoddinott, A. Craig, P. Howie, A.-M. Feyer and M. Neilson (1983). «Stuttering: A review of research findings and tehories circa 1982.» Journal of Speech and Hearing Research 48: 226-246.

Bosshardt, H. G. (1999). «Effects of concurrent mental calculation on stuttering, inhalation and speech timing.» Journal of Fluency Disorders 24(1): 43-72.

Bothe, A. K., J. Davidow, R. E. Bramlett and J. C. Ingham (2006). «Stuttering Treatment Research 1970-2005: I. Systematic review incorpororating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches.» Americal Journal of Speech – Language Pathology 15(4): 321-341.

Chang, S.-E., K. Ericson, I, N. Ambrose, G, M. Hasegawa-Johnson, A and C. Ludlowa, L (2008). «Brain anatomy differences in childhood stuttering.» NeuroImage 39: 133-1344.

de Kinkelder, M. and H. Boelens (1998). «Habit-reversal treatment for children's stuttering: Assessment in three settings.» Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 29(3): 261-265.

Elliott, A. J., R. G. Miltenberger, J. Rapp, E. S. Long and R. McDonald (1998). «Brief application of simplified habit reversal to treat stuttering in children.» Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 29(4): 289-302.

Felsenfeld, S., K. M. Kirk, G. Zhu, D. J. Statham, M. C. Neale and N. G. Martin (2000). «A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample.» Behavior Genetics 30(5): 359-366.

Freeman, K. A. and P. C. Friman (2004). «Using simplified regulated breathing with an adolescent stutterer - Application of effective intervention in a residential context.» Behavior Modification 28(2): 247-260.

Gagnon, M. and R. Ladouceur (1992). «Behavioral Treatment of Child Stutters - Replication and Extension.» Behavior Therapy 23(1): 113-129.

Giraud, A. L., K. Neumann, A. C. Bachoud-Levi, A. W. von Gudenberg, H. A. Euler, H. Lanfermann and C. Preibisch (2008). «Severity of dysfluency correlates with basal ganglia activity in persistent developmental stuttering.» Brain and Language 104: 190-199.

Ingham, J. C. (1993). «Current Status of Stuttering and Behavior-Modification .1. Recent Trends in the Application of Behavior-Modification in Children and Adults.» Journal of Fluency Disorders 18(1): 27-55.

James, J. E. (1981). «Behavioral self-control of stuttering using time-out from speaking.» Journal of Applied Behavior Analysis 14: 25-37.

McGuire, D. (2008). Beyond Stammering: The McGuire programme for getting good at the sport of speaking, Souvenir Press.

Neumann, K., C. Preibisch, H. A. Euler, A. W. von Gudenberg, H. Lanfermann, V. Gall and A. L. Giraud (2005). «Cortical plasticity associated with stuttering therapy.» Journal of Fluency Disorders 30(1): 23-39.

Plexico, L., W. H. Manning and A. DiLolla (2005). «A phenomenological understanding of successful stuttering management « Journal of Fluency Disorders 30(1): 1-22.

Reitz, L. (2007). «Stammen og diafragma – McGuire kritisk set.» Dansk Audiologopædi 43: 27-32.

Saltuklaroglu, T., J. Kalinowski, V. N. Dayalu, A. Stuart and M. P. Rastatter (2004). «Voluntary stuttering suppresses true stuttering: A window on the speech perception-production link.» Perception & Psychophysics 66(2): 249-254.

Venkatagiri, H. S. (2004). «Slower and incomplete retrieval of speech motor plans is the proximal source of stuttering: stutters occur when syllable motor plans stored in memory are concatenated to produce the utterance motor plan.» Medical Hypotheses 62(3): 401-405.

Wagaman, J. R., R. G. Miltenberger and R. E. Arndorfer (1993). «Analysis of a Simplified Treatment for Stuttering in Children.» Journal of Applied Behavior Analysis 26(1): 53-61.

Waterloo, K. K. and K. G. Gotestam (1988). «The Regulated-Breathing Method for Stuttering - an Experimental Evaluation.» Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 19(1): 11-19.

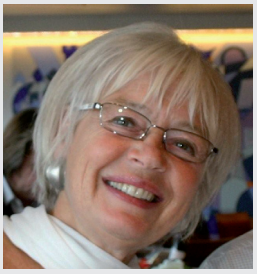
Wood, M. J. S. and B. P. Ryan (2000). «Experimental analysis of speaking and stuttering rate in a child who stutters.» Journal of Developmental and Physical Disabilities 12(4): 267-289.

Woods, D. W. and R. G. Miltenberger (1995). «Habit Reversal - a Review of Applications and Variations.» Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 26(2): 123-131.

Woods, D. W. and L. W. Wright (1998). «Dismantling simplified regulated breathing: A case of a bilingual stutterer.» Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 29(2): 179-186.

UTREDNING AV STEMMEFUNKSJON HOS PASIENTER SOM GIS RADIOTERAPI I HODE/HALS REGIONEN DER LARYNX IKKE ER PRIMÆRT MÅLORGAN.

"Logopedi er et fag som ligger mellom flere andre disipliner, fra de rent medisinske til de humanistiske og musiske. Logopedi har derfor et tverrfaglig innhold, og henter sin kompetanse fra en rekke tilgrensende fag." Slik beskrives logopedien av Norsk Logopedlag ved 40 års jubileet i 1988.(NL 1988) Og nettopp dette tverrfaglige gjør logopedien ekstra spennende. Tverrfagligheten er også bakgrunnen i denne studien om ble gjennomført på Haukeland Universitetssykehus i samarbeid med ønh-legene John Helge Heimdal og professor Jan Olofsson, onkolog Odd Monge og fysiker Ludvig Muren.
Bakgrunnen for studien er erfaringen med pasienter ved ønh-poliklinikken ved sykehuset. Disse pasientene klaget over problemer med stemmen, og de hadde alle fått behandling med radioterapi for kreft i halsregionen utenom strupen.



Ida Elstad

Logoped. Ansatt ved Statped Vest, avd logopedi fram til 2008. Avdelingen har samarbeidsavtale med ønh-avd på Haukeland Universitetssykehus hvor denne studien er gjennomført. Arbeidsområde:stemmeklienter, laryngektomerte og munnhule-opererte. Hovedfag i spesialpedagogikk /stemme 1993.

BAKGRUNN

Radioterapi, strålebehandling (RT) blir brukt til å behandle en rekke typer av kreft i hode/halsområdet. RT, er bruken av stråler for å uskadeliggjøre kreftceller i ondartede svulster. Selv om det legges stor vekt på å skjerme omliggende vevsstrukturer for å unngå å påføre friskt vev skade, må strålefeltet omfatte noe omliggende friskt vev.

RT av hode/halskreft kan av den grunn resultere i stråledoser til munnhule, svelg, larynx og halskjertler. Strålingen kan medføre sideeffekter som inflammasjon, fibrose, atrofi og karskjørhet. Alle kan forårsake hevelse og stivhet i vev. I larynx vil dette kunne medføre endringer i stemmeleppenes slimhinne og redusert bevegelighet i glottis.

Larynx oppfattes ikke som kritisk organ ved strålebehandling og beregning av stråledose mot larynx inngår derfor ikke i generell doseplanlegging ved stråling mot halsfelt. Risikoen for forbigående eller permanente forandringer i vevet er avhengig av total stråledose, volum involvert i strålefeltet, antall fraksjoner stråledosen inndeles i og tiden som behandlingen varer. (Burman et al. 1991). I tillegg har ulike organer forskjellig toleranse overfor stråling. (Emami et al. 1991)

Hensikten med studien er å undersøke innvirkning på stemmefunksjonen som følge av RT rettet mot kreft i halsregionen utenom larynx. I denne artikkelen fokuseres det hovedsakelig på tidlige forandringer like etter avsluttet behandling. Jeg har i tillegg valgt å kort vise til senere registreringer fordi det kan være av spesiell interesse for logopedien.

PASIENTER OG METODE.

Pasienter

Denne prospektive studien inkluderer 21 pasienter som ble gitt RT for hode/halskreft utenom larynx. Primærsykdom i tonsiller, tungebase, bløte gane og nasopharynx. Larynx kontrollert og fri for sykdom v/inklusjon. Pasientenes gjennomsnittsalder var 62 år (Variasjonsbredde: 40 – 80). Begge kjønn inkludert og forholdet menn, kvinner var 16:5. Denne sykdomstypen rammer menn oftere enn kvinner. (Cancer i Norway 1998)

Pasientene ble sett før og ved avsluttet radioterapi. I tillegg seks uker, seks måneder og et år etter avsluttet behandling. Studien er utført slik at pasientene er egne kontroller. Uten denne fremgangsmåten vil det i de fleste tilfeller være vanskelig å kontrollere for evt. forandringer i stemmefunksjon som kan relateres til operativ behandling eller andre forhold som er uavhengig av selve stråledosen mot larynx.

Pasientene ble gitt stråledoser som rangerte fra 50 – 70 Gy. Gy er forkortelse for Gray og er enhet for absorbert stråledose. Behandlingen besto av 25 – 35 fraksjoner, 5 – 6 fraksjoner i uken. Gjennomsnitts- og maksimumsdoser totalt på høyre og venstre stemmeleppe og på høyre og venstre arybrusk ble registrert. Median maksimum dose var 50.3 Gy og median gjennomsnittsdose var 36,3 Gy.

Metode

Larynx ble undersøkt med lupelaryngoskop via munnen eller med fleksibelt skop via nesen. Instrumentet er koblet til et videokamera og det gjøres opptak med halogenlys og med stroboskopisk belysning. Her registreres stemmeleppenes form, farge, glottisbølge, amplitude og lukning av stemmespalten.

Stemmeopptak i lydisolert rom omfattet lesing av tekst samt fonasjon på vokalen /a/ i vanlig stemmeleie med vanlig stemmestyrke. Stemmeopptakene er analysert med Multi Speech 3700 Kay Elemetrics og det ble registrert F0 (grunnfrekvens) og NHR (Noise to Harmonic ratio).

Spørreskjema ble brukt for å få et inntrykk av pasientenes bedømmelse av reaksjoner i munn svelg og larynx, herunder tørrhet, tretthet, smerte og heshet i forbindelse med stemmebruk. I tillegg spørsmål om svelgevansker. Egenvurderingen besto i tillegg av en

Visual analog scale, VAS, en 10 cm lang linje, der pasientene ble bedt om å merke av hvordan de opplevde sin stemmefunksjon. En markering ved 0 indikerte at det ikke var problemer, mens markering ved 10 indikerte uutholdelige problem.

RESULTATER

Videostroboskopiske funn

I vår studie var det 17 av pasientene som hadde synlige forandringer ved avsluttet RT. Forandringene besto av rubor, ødem og i det hele sårhet i slimhinner. Disse forandringene kan forårsake stemmelepper av ulik form, masse og stivhet. Som en følge av det vil stemmeleppene vibrere med ulik frekvens, og dette ble også registrert ved stroboskopien Ufullstendig lukning ble også registrert.

Akustisk analyse

Den akustiske analysen viste en signifikant økning i stemmens grunnfrekvens hos 20 av de 21 pasientene ved avsluttet behandling. Den gjennomsnittlige økning i frekvens var 22 Hz. Studien viste samsvar mellom frekvens og stråledose, p=0,001. 6 av pasientene hadde økning i NHR, men vi fant ikke samsvar mellom NHR og stråledose.

	Vocal cord+ arytenoid max	Vocal cord + arytenoid mean	Arytenoid max	Arytenoid mean	Vocal cord max	Vocal cord mean
VAS	**0.001**	**0.008**	0.14	**0.008**	0.06	**0.01**
F^0	**0.02**	0.06	**0.02**	0.07	0.07	**0.04**
NHR	0.6	0.17	0.6	0.17	0.5	0.16

Figur 1
p-verdier. Forholdet mellom stråledoser og endringer i VAS, grunnfrekvens, og NHR.

Subjektive data

20 av pasientene klaget over moderate eller kraftige reaksjoner etter RT, omfattende heshet, stemmetretthet og tørrhet i halsen. 16 pasienter opplevde svelgevansker. Kun en oppga ikke å ha plager. VAS viste at 19 av pasientene opplevde problemer med stemmen. Avmerkingen på skalaen viste en økning fra gjennomsnittlig 0,6 cm før RT til gjennomsnittlig 4,1 cm etter.

Registreringer etter et år.

Resultatene ovenfor er registrert ved avsluttet behandling.
Til tross for tett oppfølging falt 5 av pasientene ut av studien i løpet av et år. Årsaker: interne logistikkproblemer, flytting til annet sykehus, dødsfall og en av pasientene ønsket ikke å fortsette. Ved undersøkelser etter et år var det ikke noe spesielt å bemerke ved larynxfunksjonen, kun lett rubor hos et par av pasientene. 6 syntes fortsatt at stemmen var noe hes, og like mange følte tretthet ved stemmebruk. Dette gjenspeilet seg også på VAS med et gjennomsnitt på 1.9 cm. 6 av pasientene opplevde fortsatt svelgevansker.

DISKUSJON

I denne studien er det fokusert på den effekt stråling har på stemmefunksjonen hos pasienter som behandles med RT for hode/halskreft utenom larynx. Det er få tidligere studier som viser stemmefunksjonen til disse pasientene før og etter RT. Fung et al. (2001) eksaminerte 30 pasienter som mottok RT mot halsen for ikke-laryngeal kreft. Gjennomsnittsdose var 50 Gy. De fant signifikant, subjektiv og objektive stemmeforandringer hos disse pasientene. Mens Hoyt et al. (1992) fant at pasienter med ikke-laryngeal hode/hals svulster ikke erfarte noen signifikant svekkelse av stemmen som følge av RT. En eldre studie av Stoicheff (1975) antar at strålingen gir temporære forandringer som normaliseres etter 4 – 6 måneder.

I følge Rubin (1989) er stråledosen som skal til for å føre til ødem i strupen i underkant av 50 Gy. Det er i overensstemmelse med våre resultater. Vi hadde reaksjoner som rubor, ødem og epitelitis fra gjennomsnitts- og maksimumsdoser like under og over 50Gy. Selv små endringer i strukturelle og fysiologiske egenskaper i larynx kan påvirke stemmefunksjonen på grunn av usynkrone stemmeleppebevegelser. Funnet av økt akustisk støy i stemmen, økt NHR, er en konsekvens av uregelmessige svingninger i stemmeleppene.

Vi erfarte at kun få av pasientene var markert dysfoniske. Men VAS indikerte at pasientene følte at stemmen hadde forandret seg og de beskrev følelse av heshet. Logopeder som arbeider med stemme, erfarer stadig at når brukere føler at stemmen virker annerledes, kaller de det ofte heshet selv om slike små forandringer sjelden registreres av andre. En kjent reaksjon på følelsen av at stemmen er annerledes, at den er hes, er at man prøver å kompensere med øket glottal og supraglottal aktivitet. Slike spenninger kan forklare hvorfor flere av pasientene i tillegg til sårhetsreaksjon fra selve strålingen erfarte smerter og tretthet i halsen ved stemmebruk.

Fung et al. (2001) sammenliknet grunnfrekvensen hos RT pasienter med normative data hos personer med samme kjønn og alder og fant at grunnfrekvensen var under gjennomsnittet hos 80 % av RT pasientene. Dette er det motsatte av våre resultater hvor den enkelte pasientens stemmefunksjon før og etter RT ble registrert. Den akustiske analysen viste en signifikant økning i grunnfrekvens ved avsluttet behandling. Økningen i grunnfrekvens kan forklares med økt stivhet i stemmeleppene. I tillegg kan smerte og tørrhet i halsen samt følelsen av smerte forbundet med svelging lede til en mer anstrengt stemmebruk som i sin tur kan medføre øket pitch.

KONKLUSJON

Alle som har erfart at stemmen svikter innser betydningen av en velfungerende larynx.
Amdur et al. (2004) beklager at teknikker som medfører unødvendig stråling mot larynx er basert på den oppfatning at moderate doser har liten effekt på stemmen. Vår studie viser at selv små doser har innvirkning på stemmefunksjonen.
Den akustiske analysen viste en signifikant økning i grunnfrekvens og NHR ved slutten av RT. Det var samsvar mellom stråledose og grunnfrekvens. Ikke samsvar mellom stråledose og NHR. VAS indikerte samsvar mellom egenvurdert stemmesvikt ved avsluttet behandling og gjennomsnittsdoser til stemmelepper og arybrusker.

Etter et år er funksjonen i larynks tilnærmet normalisert, men likevel oppgir flere av pasientene stemmetretthet og følelse av heshet. Det er sannsynlig at dette til dels er et resultat av støttespenninger satt inn på et tidligere tidspunkt under og etter RT. En reaksjon på redusert stemmefunksjon. Pasientene har påført seg en funksjonell stemmelidelse. Jeg ser derfor et behov for stemmerådgivning til disse pasientene, og i noen tilfeller også stemmeterapi.

Referanser:

Amdur RJ, Li JG, Liu C, Russel W, Hinerman, Mendenhall WM (2004) Unnecessary laryngeal irradiation in the IMRT era. Head & Neck, March: 257-263.

Cancer in Norway, Oslo, The Norwegian cancer registry 1998

Burman C Kutcher GJ, Emami B, Goiten M (1991) Fitting of normal tissue tolerance data to an analytic function. I.J. Radiation Oncology Biology Physics. Vol 21 pp 123-135

Norsk Logopedlag 1948-1988. Dette er logopedi. Utgitt av Norsk Logopedlag 1988.

Emami B, Lyman J, Brown A, Coia L, Goiten M, Munzenride JE, Shanks B, Solin LJ, Wesson M. (1991) Tolerance of normal tissue to therapeutic irradiation. I.J. Radiation Oncology Biology Physics. Vol 21 pp 109-122

Fung K, Yoo J, Leeper HA, (2001) Effect of Head and Neck Radiation Therapy on Vocal Function. J Otolaryngol, 30:133-139

Hoyt DJ, Lettinga JW, Leopold KA, Fisher SR (1992) The Effect of Head and Neck Radiation Therapy on Voice Quality. Laryngoscope 102:477-480

Stoicheff ML (1975) Voice following radiotherapy. Laryngoscope, 85: 608-618

Rubin P (1989) Law and order of radiation sensitivity. I Valet JM Meyer JL (eds) Radiation tolerance of normal tissues. Vol 23:7-40

UNIVERSITETET I BERGEN
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Det psykologiske fakultet

Universitetet i Bergen tilbyr høsten 2009

MASTERPROGRAM I HELSEFAG LOGOPEDI

Masterprogrammet bygger på bachelorgrad eller tilsvarende i logopedi, helsefag, pedagogikk, generell psykologi eller lingvistikk/fonetikk og fører fram til mastergrad i helsefag. Masterprogrammet er organisert som et heltidsstudium over 2 år.

Søknadsfrist: 15. april 2009

For nærmere informasjon om innhold, opptakskrav og søknadsprosedyre for masterprogram i helsefag

http://www.uib.no/utdanning
http://www.uib.no/studieprogram/MAPS-LOG06

Institutt for samfunnsmedisinske fag, tlf.55 58 61 99
Det psykologiske fakultet, tlf. 55 58 27 10
e-post: studiekonsulent@isf.uib.no

Helse Stavanger HF - Stavanger Universitetssjukehus (SUS) har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sør-Rogaland og tilbyr helsetjenester til en befolkning på drøye 300 000 mennesker. Det er over 5000 ansatte i helseforetaket, som i 2009 har et driftsbudsjett på kroner 4,3 milliarder. Hovedsykehuset ligger i Stavanger mens flere avedlinger, filialer, poliklinikker, distriktspsykiatriske sentra og ambulansestasjoner er lokalisert i regionen. SUS er landets fjerde største sykehus, og aktiviteten øker for hvert år i takt med befolkningsveksten.

Barnehabilitering Østerlide har ledig vikariat i 50% stilling som logoped.

Logoped Stillingsnr: 424283386

Avdelingen gir spesialiserte tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Den gir også polikliniske og ambulante tjenester.

Arbeidsoppgaver:
Diagnostisering/utredning av barn med ulike funksjonsvansker med spesiell vekt på kommunikasjon, språk og tale.
Utredning og veiledning i forhold til spisevansker/munnmotoriske vansker hos barn.
Logopeden bistår avdelingens team når slik kompetanse etterspørres i det tverrfaglige utredningsarbeidet.
Logopeden er også medlem av spise/ernæringsfaglig gruppe ved avdelingen, der lege, klinisk ernæringsfysiolog og psykolog inngår. Gruppen har til oppgave å vær faglig pådriver i å utvikle kompetanse innen spise-ernæringsvansker hos barn med funksjonsvansker.

Utdanningsnivå: Høyskole / Universitet, Hovedfag / Mastergrad
Utdanningsretning: Pedagogikk, ønskelig med godkjent logopedutdanning 2 avdeling, eller master med fordypning i logopedi.

Personlige egenskaper:
Gode kommunikasjonsegenskaper.
Evne til samarbeid i team, samtidig evne til å kunne arbeide selvstendig.
Relevant arbeidserfaring og personlig egenthet vil bli vektlagt.

Vi tilbyr:
Høyt faglig nivå med spennende oppgaver.
Trivelig arbeidsmiljø.
Lønn i samsvar med gjeldende overenskomst

Kontaktperson: Randi Schiøtz, avdelingssjef tlf. 51 84 67 51
Torunn Sundgodt, logoped tlf. 51 84 67 61
Søknadsfrist: 30.03.2009
For å lese mer og å søke på stillingen: www.helse-stavanger.no

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Elever med Asperger syndrom eller høytfungerende autisme: Mobbing er et problem i skolen

Barn med Asperger syndrom (AS) eller høytfungerende autisme (HFA) inkluderes i stadig oftere i den vanlige skolen. Disse barna er spesielt utsatt for å bli mobbet. Undersøkelser viser at rundt 90 prosent av dem blir mobbet i skolen. Det typiske mobbeofferet er det fysisk svake, passive, usikre og engstelige barnet med AS/HFA, som har få venner og støttespillere på skolen. Mobbing antar flere former, hvorav den verbale er den vanligste. Gutter mobber både verbalt og fysisk, mens jenter mobber på mer diskrete måter gjennom blant annet sosial ekskludering og ved å erte, såre og sladre på andre jenter. Av de som kan fange opp dette problemet i skolen, er i første rekke klasselæreren, rådgiveren eller skolens logoped. Mobbing er et alvorlig overgrep, og som følge av mobbingen har mange med AS/HFA har fått psykiske lidelser, som det kan ta lang tid å lege.

Nils Kaland

Førsteamanuensis, dr. polit.
Institusjon:
Høgskolen i Lillehammer
Serviceboks, 2626 Lillehammer
Tlf. 61 28 83 81 - nils@kaland.net

Innledning
Til tross for den oppmerksomheten som mobbing i norsk skole har fått i løpet av de siste årene, vil mange elever fremdeles oppleve å bli mobbet på skolen. Undersøkelser viser at rundt 60 000 elever i Norge mobbes daglig eller ukentlig. Blant de yngste elevene er andelen som mobbes 6-8 prosent, blant de eldste 2-4 prosent. Nesten like mange jenter som gutter mobbes, men guttene i er flertall som plagere. Jenter mobber stort sett andre jenter, mens gutter i betydelig grad også plager jenter (Roland, 2007). Som elev kan en ikke uten videre velge å slutte på skolen, men må derimot gå der i årevis - i det som mange barn opplever som en nærmest uutholdelig situasjon. Mobbing er ikke bare begrenset til barndom og ungdom, men forekommer over alt i samfunnet, ikke minste i arbeidslivet (Einarsen, Hoel & Nielsen, 2005).

I denne gjennomgangen av mobbing av elever med Asperger syndrom (AS) eller høytfungerende autisme (HFA), vil jeg se på hva faglitteraturen som foreligger om emnet, kan fortelle oss: Hva mobbing er, om de med AS/HFA mobbes mer enn andre, og om det i så fall gjelder både gutter og jenter på forskjellige alderstrinn. Andre aktuelle spørsmål er hvilke typer mobbing som forekommer, omfanget av mobbingen av de med AS/HFA, hvilke mekanismer som kan ligge til grunn for den, og hvilke følger den får for mobbeofrene. Logopedens rolle overfor de som har betydelige språk- og kommunikasjonsproblemer, drøftes. Tiltak mot mobbing vil ikke bli tatt opp spesifikt i denne artikkelen.
Det foreligger forbausende lite forskning internasjonalt om mobbing av barn og ungdom med AS/HFA, i hvert fall sammenlignet med den forskningsmessige innsatsen som er gjort på området overfor elever som ikke har en autismespektertilstand (f.eks. Olweus, 1993; Roland, 2002, 2007). Dette kan ha sammenheng med at det er først i løpet av de seinere årene at barn med AS/HFA har blitt inkludert i vanlige skoleklasser, slik at problemet mobbing overfor denne gruppen barn i mindre grad har kommet på dagsorden. De forskningsartikler og bøker som foreligger om emnet AS/HFA og mobbing, bekrefter imidlertid at de barna og ungdommene med AS/HFA som er inkludert i vanlig skole, løper særlig stor risiko for å bli mobbeoffer. Ifølge Tantam (2000) er barn med AS/HFA mest utsatt for å bli plaget og trakassert i 11- til 15-årsalderne. De som tar høyere utdanning, er imidlertid mindre utsatt (Harpur, Lawlor & Fitzgerald, 2004).

Nick Dubin (2007), som fikk Asperger-diagnose som 27-åring, og som siden har skrevet en bok og gitt ut en video om AS og mobbing, har som doktorand viet livet sitt å bekjempe denne type overgrep. Han skriver følgende om sin egen erfaring som mobbeoffer:
I ungdomsalderen var jeg i mange år redd for å bli sett offentlig. I helgene forlot jeg aldri hjemmet, for jeg var redd for at noen som gikk på den samme skolen som meg, skulle oppdage meg. Jeg var konstant plaget ved tanken på å møte andre av frykt for at de skulle latterliggjøre meg. Det som verre var; mobbingen førte til at jeg i mange år ble alvorlig deprimert, og gjennom ungdomsårene ønsket jeg mange ganger å dø. Tanken på å måtte gå på skolen hver eneste dag og møte de som enten ignorerte meg eller gjorde narr av meg, var ofte mer enn jeg greidde å holde ut (s. 26-27).

Hva er mobbing?
En person blir mobbet eller gjort til syndebukk når hun eller han gjentatte ganger - og over tid - blir utsatt for uvennlige eller aggressive handlinger av en eller flere personer (Olweus, 1993). Roland (2007) definerer mobbing som "... fysiske eller sosiale negative handlinger, som utføres gjentatte ganger over tid av en person eller flere sammen, og som rettes mot en som ikke kan forsvare seg i den aktuelle situasjonen" (s. 25). Sentralt i mobbingens dynamikk ligger en ubalanse i maktforholdet mellom personene i samspillet (fysisk, verbalt, sosialt og/eller emosjonelt). Mobberen er ofte flink til å komme seg ut av en vanskelig situasjon og på den måten unngå konsekvensene av handlingene sine. Den ujevne maktbalansen mellom mobber og mobbeoffer kan være av både fysisk og psykologisk natur (Heinrichs, 2003).

Hvor vanlig er mobbing av elever med AS/HFA?
Little (2002) fant at blant mer enn fire hundre 4- til 17-årige barn og ungdommer med AS/HFA, var mobbing mer enn fire ganger så vanlig som blant jevnaldrende, ikke-autistiske barn og ungdommer. Vel 90 prosent av mødrene til barn med AS rapporterte at barna deres hadde blitt offer for en eller annen form for mobbing i løpet av det siste året.
Funnene i Littles (2002) undersøkelse er trolig konservative estimater av forekomst,

da de som rammes, ikke nødvendigvis sier fra om det til foreldrene sine (Hay m.fl., 2004). Ikke alle med AS/HFA skjønner at de blir ertet eller gjort narr av (Bashe & Kirby, 2005).
Mobbing foregår oftest på skolens lekeplass og i klasserommene, men også i ganger og korridorer, i gymsalen, i garderober og på skolebussen. De fleste mobbes i situasjoner der det er liten sannsynlighet for at de blir oppdaget av voksne (Heinrichs, 2003).
Jenter som mobber andre jenter, er noe mer passive og mindre aggressive enn gutter (Besag, 2006). Jenter mobber mer gjennom sosial ekskludering og utfolder seg i små intime kretser med klart definerte grenser. De kan erte, såre, true, kalle og sladre på andre jenter, og denne subtile formen for mobbing gjør det vanskelig for voksne å oppdage hva som foregår (Ernsperger & Wendel, 2007). Jenter, og særlig de som er store av vekst, kan imidlertid være voldelige overfor fysisk mindre jenter (Coloroso, 2003).

Former for mobbing
Mobbing forekommer på direkte og *indirekte* måter. Direkte mobbing skjer på en åpen måte og omfatter fysikk kontakt, verbale utsagn, gester og kroppspråk
Indirekte mobbing skjer ofte på finurlige og skjulte måter og omfatter blant annet sladder og bevisste forsøk på å ødelegge vennskapsrelasjoner og å ekskludere noen ut av en gruppe (Heinrichs, 2003).

Fysisk mobbing omfatter blant annet slag, spark og spytting. Mobbingen kan også forekomme gjennom gester, kroppsspråk, fysiske konfrontasjoner som å rive og slite og ødelegge andres personlige eiendeler. Selv om også jenter kan mobbe andre fysisk, er det gutter som utfører mesteparten av den fysiske mobbingen, og det er de som oftest er målet for den (Olweus, 1993). Tantam (2000) rapporterer at mobbingen også kan forekomme i form av aggressive handlinger som å rive sund offerets klær, åpne dets buksesmekk på åpen gate eller å spytte på den de mobber. Mobbingen kan også ramme offerets familie.

Verbale mobbing er den vanligste formen. Den omfatter erting og latterliggjøring, verbale trusler, nedsettende kommentarer, stygge kallenavn og ydmykende kommentarer (Heinrichs, 2003). Barn med AS/HFA kan få kallenavn som "idiot", " dumming", "galning" eller "homo" (Attwood, 2006). Dersom voksne personer hadde begått denne type handlinger, ville de ha blitt gjort strafferettslig ansvarlige for dem (Dubin, 2007).

Sosial mobbing foreligger når hensikten er å isolere eller ekskludere noen fra en gruppe jevnaldrende barn. Det kan skje ved å ydmyke, å spre rykter og baksnakke, ekskludere offeret - eller på andre måter manipulere eller ødelegge relasjoner mellom barn og ungdom. Denne subtile måten å mobbe andre på er som nevnt en vanlig strategi hos jenter som mobber, og kan virke svært ødeleggende. Mange av de som mobber, er verbale, selvhevdende og har en sterk personlighet og/eller en vt en skarp tunge, som gjør dem i stand til å latterliggjøre og såre andre (Heinrichs, 2003). Sosial mobbing dreier seg også om at en unnlater å invitere andre til sosiale sammenkomster som måltider på skolen eller til bursdagsselskaper. Barn med AS/HFA er særlig utsatt for dette, og i forbindelse med leke- og sportsaktiviteter på skolen er de ofte den som blir valgt.

Når læreren mobber
Det hender også at undervisningspersonalet mer eller mindre bevisst mobber elevene sine gjennom å bruke sin posisjon til å latterliggjøre, ydmyke eller å komme med unødig kritiske og sarkastiske bemerkninger overfor eleven (Heinrichs, 2003). Negative ansiktsuttrykk som reflekterer en nedsettende holdning som "Jeg tror han/hun er dum" (Dubin, 2007), negativ oppmerksomhet og stadige formaninger om "Følg med", "Se på meg", "Skriv tydeligere", "Slutt å dagdrømme" osv. er også mobbing (Ernsperger & Wendel, 2007). Slike handlinger kan oppleves som sårende, særlig i nærvær av klassekamerater (Dubin, 2007). Disse handlingene kan skape en aksept for at denne type oppførsel er akseptabel. Noen lærere kan mislike atferden til barn med AS/HFA, ofte som følge av at de ikke forstår de spesifikke vanskene som mange av dem sliter med i hverdagen (Ozonoff, Dawson & McPartland, 2002).

Andrews (2006), som følte at han ble bebreidet for sitt handikap av samtlige lærere han hadde på skolen, også skolepsykologen, ble i en rapport beskrevet på følgende måte: *(Han) "finner det ekstremt vanskelig å uttrykke seg selv skriftlig, noe som gjør at han ikke greier å ta evnene sine i bruk fullt ut. .. han er en rolig, innadvendt gutt, som har blitt tiltakende ulykkelig delvis fordi han ikke takler arbeidet ... (Han) er annerledes enn en gjennomsnittlig trettenårig gutt, gjenstand for en viss mengde forholdsvis lett erting, og synes ikke i stand å lære å leve med dette. ...nå har han begynt å nekte å gå på skolen... og har gjort seg fysisk syk på grunn av frykt." (s. 100).*

Noen mekanismer som ligger til grunn for mobbingen
Mobbing er ifølge Dubin (2007) ikke en konflikt, men et overgrep. Det typiske mobbeoffer er det fysisk svake, passive, usikre og engstelige barnet med AS/HFA, som har få venner og støttespillere. Disse barna har også har tendens til å gi seg, og de tar sjelden igjen når andre sårer dem (Heinrichs, 2003). Barn med AS/HFA er sosialt naive og ofte litt "annerledes" (Ozonoff, Dawson & McPartland, 2002). De holder seg mye for seg selv, både i skolegården og under lunsjen i matfriminuttet. Slik blir de "perfect targets" for mobbing (Heinrichs, 2003, s. 51-61). Men det er vanskelig å vite sikkert hvilke mekanismer som ligger til grunn for at andre barn blir så fiendtlig innstilt til de med AS/HFA (Tantam, 2000).

De karakteristiske vanskene som barn og ungdom med AS/HFA har med å forstå hvordan andre tenker, føler og har til hensikt (Kaland m.fl. 2002, 2005), deres sosiale naivitet (Frith, 2004) og vanskene de har med å forstå verbal og ikke-verbal kommunikasjon, bidrar til at de fremstår som sære og lite kommuniserende om emner som interesserer de fleste andre elevene på skolen (Baron-Cohen, 2000).

En annen grunn til at gutter og jenter med AS/HFA så ofte mobbes, antas å være at de ofte ikke skjønner konvensjonelle koder for maskulinitet eller femininitet, eksempelvis når det gjelder klesstil, hårfrisyre og konvensjonelle manerer. Nesten tre fjerdedeler av tenåringer med AS/HFA har ifølge Gillberg (1997) dårlig personlig hygiene. De har ofte helt andre interesser enn de som forventes ut fra deres kjønn og alder. Imidlertid kan de kommunisere om sine spesielle interesser, men ofte på et monologisk vis (Winter-Messiers, 2007). Selv om interessene hos noen omfatter vanlige emner som data, dyr og fotball, interesser som også mange typiske barn og ungdommer har (Winter-Messiers m.fl., 2007), har mange interesser som oppfattes som sære, gammelmodige og kjedelige. Disse interessene står ikke sjelden i motsetning til den populærkulturen som de fleste "normale" barn og ungdommer vanligvis flaskes opp med.

En del barn med AS/HFA verdsetter intellektuelle ferdigheter, oftest med tilknytning til de spesielle interesser de har. De ferdighetene de har utviklet gjennom disse interessene, enten de er intellektuelle eller fysiske, representerer ofte de sterke sidene deres. Disse ferdighetene kan bli en konstruktiv form for kompensasjon for deres ofte lave selvbilde (Attwood, 2006; Winter-Messiers, 2007; Winter-Messiers m.fl. 2007).

Mobberen spiller på offerets sosiale naivitet

Som nevnt er mange med AS/HFA nokså naive og klønet sosialt samspill (Attwood, 2006). I realiteten prøver de ofte så godt de kan å etterape det andre gjør, samtidig som ikke-autistiske personer lett kan komme til å tro at de har sosial innsikt og kontroll over sin egen sosiale atferd. Følgen av dette er at de lett kan bli gjenstand for andres latterliggjøring. Will Hadcroft (2005), som er en voksen mann med AS, skriver om dette:
Jeg var ganske sky og redd av meg ... Mobberne oppdaget dette trekket hos meg og utnyttet det. ... Jeg trodde på alt som ble sagt til meg. Ofte når barn i all troskyldighet stilte meg spørsmål, var jeg ikke i stand til å avgjøre om de var oppriktige eller om de i realiteten var ute for å provosere meg (s. 38).

Mens en gir seg ut for å være vennligsinnet, er hensikten ofte å villede og latterliggjøre barnet med AS/HFA (Gray, 2004). Dubin (2007) gir et annet eksempel på dette: En engstelig jente med AS ble oppsøkt i et friminutt av noen av de andre elevene på skolen. De beklaget at de hadde plaget henne, og som tegn på sin anger spurte de om hun ville ha en pose med chips og en boks med drikke. Hun lot seg lure og tok en handfull chips og begynte å tygge på den – for så å kjenne en brennende smak i munnen. Mobberne hadde drysset et sterkt krydder over chipsen, noe hun ikke oppdaget før det var for seint. Men boksen med drikke var enda verre, for nedi den hadde de puttet maur, mark, fluer og en veps.

Tilskuere til mobbingen

Mobbingen på skolen skjer vanligvis med klassekamerater som tilskuere. Tilskuere kan ifølge Coloroso (2003) inndeles i flere kategorier.

- En kategori er medhjelperen, som aktivt deltar i mobbingen, men som ikke er den som starter den.
- En annen er supporteren/den passive mobberen, som støtter mobberen på sidelinjen, men som ikke selv tar aktivt del i mobbingen.
- Videre har en den passive supporteren, som liker mobberen, men som ikke støtter ham/henne åpent.
- Den nøytrale tilskuer stiller seg likegyldig til det som skjer.
- En type potensiell forsvarer av offeret er den som misliker mobbingen og tenker at offeret trenger hjelp.

Craig og Pepler (1995) fant at 85 prosent av tilskuerne var involvert i mobbingen, og i 81 prosent av tilfellene tilskyndet de den. Klassekameratene var vennligere innstilt til mobberne enn til mobbeofferet, og selv om de ga uttrykk for at de ville hjelpe sistnevnte, forholdt de seg tause. I bare 13 prosent av tilfellene tok de affære til fordel for offeret.

Det aktive, men sære og det passive, ensomme barnet med AS/HFA

Barn med AS/HFA er grovt sett enten *innadvendte og passive* eller *aktive, men sære* (Wing, 1996; Ghaziuddin, 2008). Mange barn med AS/HFA kan vise et aktivt atferdsmønster og fremstå som dominerende og lite fleksible. De har ofte vage forestillinger om hvordan de kan delta i lek sammen med andre barn og har sjelden interesse av å delta i slik lek. De aktive, men sære barna med AS/HFA kan ha lagt seg til en del irriterende uvaner og kan fremstå som uoppdragne, krevende, opposisjonelle og trassige. Noen prøver å løse problemene sine på egen hånd; når de svarer på mobbingen med sinne eller med å gi igjen med samme mynt, kan de i verste fall gjør skade på andre. En skjult form for mobbing er å plage barnet med AS/HFA og more seg over offerets reaksjon, som nevnt i det skjulte. Mens andre barn i lignende situasjoner ville se situasjonen an litt før de handlet, har barn med AS/HFA lett for å la seg lure til å gjøre ukloke ting, uten å tenke på konsekvensene. Da kan mobberen fremstå som uskyldig, og de andre elevenes reaksjoner kan derfor være at "Han/hun fortjener det" eller at "Dette var den eneste måten å få stoppet ham/henne på."

De innadvendte og passive barna søker i liten grad kontakt med andre, og i friminuttene på skolen holder de seg mye for seg selv. Svikten i sosial interesse blir særlig påfallende, og de fremstår ofte som "loners" (Wolff, 1995) (figur 1).

Karakteristiske trekk hos barn med AS/HFA: De passive versus de aktive, men sære mht sosial fremtoning

Passiv sosial fremtoning	Aktiv, men sær sosial fremtoning
Er passive/sosialt tilbaketrukne	Er aktiv og pågående, men avvises ofte av jevnaldrende
Har tendens til å fremstå som "loners"	Mislikes av en del voksne overordnede, deriblant lærere
Foretrekker ofte gjenstander og sine spesielle interesser fremfor lekekamerater	Har vaner som irriterer andre
Mangler gjensidighet i lek	Mangler fokus; er impulsiv og umodne
Oppdages av fagfolk på et tidlig tidspunkt	Forsøker å kjempe og ta til motmæle når de mobbes, men uten særlig hell
Samspiller bedre med voksne enn med jevnaldrende	Viser stor grad av vilje å ville kommandere andre, men gjør det på en klønet måte
Betraktes som "lett bytte"	Betraktes som krevende og ufølsom overfor andres følelser

Tabell 1. To typer atferdsmønster ved AS/HFA - den passive og den aktive, men sære. (Modifisert etter Heinrichs, 2003).

Mange elever med AS/HFA kan imidlertid greie seg bra i timene, med en atferd som er innenfor det som aksepteres i klasserommet. Når timen er over, kan mange føle seg utmattet og trenger å hente seg inn mentalt (Attwood, 2006). De trenger da ro, i motsetning til typiske utviklede barn, som vanligvis får ny energi gjennom aktiv lek i friminuttene.

Tegn på mobbing

Når barn med AS/HFA ikke intuitivt skjønner at andre barns handlinger er uttrykk for mobbing, kan det være at de tror at slik atferd er vanlig og kanskje noe de må akseptere (Attwood, 2006). Det slår dem ofte ikke at det kan være til hjelp å fortelle andre om det som skjer, og at de kan spørre andre til råds. Typisk utviklede barn derimot vet som regel at de kan fortelle de voksne om sine praktiske, sosiale og emosjonelle problemer. Det kan foreligge fysiske tegn på at barn med AS/HFA blir antastet, i form av eiendeler som blir borte, opprevne klær, skrubbsår, kutt og merker etter slag. Da de kan reagere ekstremt på mobbingen - med en utager-

ende, fysisk reaksjon eller til og med bruk av våpen (Attwood, 2006; Tantam, 2000), kan det gi fatale følger, idet han kan bli utvist fra skolen, ja til og med bli anmeldt for fysiske fornærmelser. En nærmere undersøkelse av omstendighetene som førte til den voldelige atferden, kan vise seg å være at mobbingen blir mer enn barnet med AS/HFAS kunne tåle - og som en følge av at forsøk på å stoppe mobben ikke førte fram.
Det har også blitt registrert en endring i spesielle interesser hos noen barn med AS/HFA som blir mobbet – fra mer uskyldige emner som gamle biler og insekter - til interesser for våpen og voldsfilmer. Barnets tegninger kan også uttrykke voldelige tendenser. Hjemme kan barn med AS/HFA imitere overfor yngre søsken handlingene til dem som mobber dem, uten at barnet selv skjønner at denne atferden er uakseptabel (Attwood, 2006).

Helsemessige følger av mobbingen
Temple Grandin, som selv har diagnosen AS, sier følgende om det å bli mobbet: "If you fit in, life is easy. If you don´t, that´s when all the teasing and bullying starts. For kids on the spectrum, it can be pure hell" (Grandin, 2005, i Ernstperger & Wendel, 2007, s. 133). Barn som mobbes kan rammes hardt i form av angst, søvnproblemer, magesmerter skolevegring – eller de unngår spesielle områder. Attwood (2006) rapporterer at gjentatt og hyppig mobbing av barn med AS/HFA, helt ned til 6-årsalderen, har medført at de har blitt henvist til behandling for en klinisk depresjon. Når gjentatte bønner om at trakasseringen må ta slutt, ikke fører fram, kan barnet være så desperat at selvmord har blitt sett på som den eneste utvei til å stoppe den emosjonelle smerten som mobbingen forårsaker.

Forskning har vist at barn og ungdom med AS/HFA, som utsettes for mobbing, har økt risiko for å utvikle et dårlig selvbilde, angsttilstander, alvorlige depresjoner, sosial isolasjon og dårligere skoleprestasjoner (Farrugia & Hudson, 2006; Gillberg & Billstedt, 2000; Shtayermman, 2007). De psykologiske og helsemessige følgene av mobbingen kan vare ved i mer enn ti år, kanskje i flere tiår (Attwood, 2006; Olweus, 1993). Shtayermman (2007) fant at hele femti prosent av barn og ungdom med AS/HFA som ble mobbet, gikk i selvmordtanker. Om de psykiske "sårene" av mobbingen skriver Dubin (2007):

Grunnen til at jeg har gjort forebygging av mobbing til en av mine livsoppgaver, er at jeg ikke ønsker å se andre barn skal oppleve de samme (eller muligens verre) kvaler som det jeg gjorde, særlig når de kunne ha vært forebygget. Selv om jeg er en svært annerledes person nå enn jeg var den gangen, vil de "psykiske sårene" følge meg resten av livet. Minnene er dessverre inngrodd i meg for alltid - som en del av meg (s. 26).

Jenter med AS/HFA som mobbes over lengre tid, kan bli depressive, søvnløse, engstelige, innadvendte eller vegre seg mot å gå på skolen (Ernsperger & Wendel, 2007). Det er derfor viktig å minne skolepersonell og andre om at gjentatt erting er mobbing. Det er ikke akseptabelt å se gjennom fingrene med noen form for mobbing, like lite som å hevde at de som ertes, må tåle såpass.
Når de som har blitt mobbet på et seinere tidspunkt i livet, prøver å forstå hvorfor de ble mobbet, gjenopplever mange av de traumatiske oppleveslene på nytt (Andrews, 2006). Selve gjenopplevelsen løser neppe de problemene som mobbingen har forårsaket; idet hendelsene gjenoppstår i bevisstheten, vil også vonde minnene oppleves på nytt. Det kan være vanskelig å stoppe minnene som stadig vekk kverner i hodet. I følge Attwood (2006) er sjansene for bedring størst når den det gjelder bedre forstår de mekanismene som lå til grunn for mobbingen.

Logopedens rolle
Forebyggende tiltak mot mobbing er viktige. Av de som kan fange opp dette problemet i skolen, er klasselæreren, rådgiveren eller skolens logoped. Logopedene kan spille en viktig rolle her – særlig i et tverrfaglig team. De kommer ofte i nær kontakt med disse barna, da mange av dem også har større eller mindre språkproblemer (Saalasti m.fl. 2008), en uvanlig prosodi (Gillberg, 1991), en pedantisk talemåte (Ghaziuddin & Gerstein, 1996) og ofte betydelige problemer med å kommunisere med andre mennesker (Frith, 2004; Kaland m.fl. 2002). Logopeden er således en av flere viktige aktører med hensyn til å avdekke atferdstrekk hos eleven der det etter hvert kan vise seg at vanskene består i noe mer enn det som er relatert til uttale av lyder.
I en utredningsprosess kan logopeden bidra med informasjon som kan gi mistanke om at elevens problemer kan være noe mer enn bare uttalefeil. Noen barn kan ha tilsynelatende normale språklige ferdigheter, men manglende evne til å bruke språket sosialt (Tager-Flusberg, 2004). En del verbale barn artikulerer feil (Shrieberg m.fl. 2001), og det kan i noen tilfeller være tegn på AS/HFA. Språklige særegenheter kan være viktig informasjon i en utredningsprosess, som en tidlig indikasjon på autisme eller AS. I noen tilfeller kan logopeden være den første til å fange opp svingninger i stemningsleie hos eleven som blir mobbet. Med sin kompetanse på kommunikasjon kan hun eller han veilede lærere om hvordan en best kan kommunisere med elever der det er mistanke om en tilstand innenfor autismespekteret, hva læreren spesielt bør se etter, både i klasserommet og i pausene på skolen. Det dreier seg om særdeles sårbare elever, som løper en betydelig risiko for å bli mobbet på skolen og ellers ute i samfunnet.

2009
ISAAC Norges
9. nasjonale konferanse
Sundvolden hotel
20. - 23. april 2009
Kursdag & Konferanse
om alternativ og supplerende kommunikasjon for mennesker uten talespråk
isaac
www.isaac.no
inkludering
tidlig innsats

Referanser:

Andrew, D. N. (2006). Mental health issues surrounding diagnosis, disclosure and self-confidence in the context of Asperger syndrome. I: D. Murray (red.), Coming out Asperger. Diagnosis, disclosure and self-confidence (ss. 94-107). London: Jessica Kingsley Publishers.

Attwood, T. (2000). Asperger syndrom. En håndbok for foreldre og fagfolk. Oslo: NKS-forlaget

Attwood, T. (2006). The complete guide to Asperger´s syndrom. London: Jessica Kingsley Publishers.

Baron-Cohen, S. (2000). Is Asperger syndrome/high-functioning autism necessarily a disability? Development and Psychopathology 12, 489-500.

Bashe, P. R. & Kirby, B. L (2005). The Oasis guide to Asperger syndrome. Advice, support, insight, and inspiration. New York: Crown Publishers.

Besag, V. (2006). Bullying among girls. Fried or foes. School Psychology International, 27, 535-551.

Coloroso, B. (2004).The bully, the bullied and the bystander. From preschool to high school – How parents and teachers can help break the cycle of violence. New York: Harper Collins Publishers.

Craig, W. M. & Pepler, D. J. (1995). Peer processes in bullying and victimzation: An observational study. Exceptional Education Canada, 5, 81-95.

Dubin, N. (2007). Asperger syndrome and bullying. Strategies and solutions. London: Jessica Kingsley Publishers.

Einarsen, S., Hoel, H. & Nielsen, M. B. (2005). Mobbing i arbeidslivet. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ernsperger, L. & Wendel, D. (2007). Girls under the umbrella of autism spectrum disorders. Practical solutions for adressing everyday challengers. Autism Asperger Publishing Company.

Farrugia S. & Hudson J. (2006). Anxiety in children with Asperger syndrome: Negative thoughts, behavioral problems, and life interference. Focus on Autism and other Developmental Disabilities, 21, 25-35.

Frith, U. (2004). Emanuel Miller lecture: Confusions and controversies about Asperger syndrome. Journal of Child Psychlogy and Psychiatry, 45, 672-686.

Ghaziuddin M. (2008). defining the behavioral phenotype of Asperger syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, 138-142.

Ghaziuddin M. & Gerstein, L. (1996). Pedantic speaking style differensiates Asperger Syndrome from high-functioning autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 26, 585-595.

Gillberg, C. (1991). Clinical and neurobiological aspects of Asperger syndrome in six family studies. I: U. Frith (red.), Autism and Asperger Syndrome (ss.122-146). Cambridge: Cambridge University Press.

Gillberg, C. (1997. Barn, ungdommar och vuxna med Asperger syndrom - normala, genier, nørder? Stockholm: Bokförlaget Cura.

Gillberg, C. & Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102, 321-330.

Hadcroft, W. (2005) The Feeling's Unmutual: Growing Up with Asperger Syndrome (Undiagnosed). London: Jessica Kingsley Publishers.

Harpur, J., Lawlor, M. & Fitzgerald, M. (2004). Succeeding in college with Asperger syndrome. A student guide. London: Jessica Kingsley Publishers.

Hay, D., Payne, A. & Chadwick, A. (2004) Peer relations in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45, 84–108.

Heinrichs, R. (2003). Perfect targets. Asperger syndrome and bullying. Practical solutions for surviving the social word. Kansas: Autism Asperger Publishing Company.

Kaland, N., Møller-Nielsen A., Callesen, K., Mortensen, E.L., Gottlieb D., & Smith, L. (2002): A new 'advanced' test of theory of mind: Evidence from children and adolescents with Asperger syndrome. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 517-528.

Kaland, N., Møller-Nielsen, A., Smith, L., Mortensen, E. L. Callesen, K. & Gottlieb, D. (2005). The strange stories test: A replication study with children and adolescents with Asperger syndrome. European Child and Adolescent Psychiatry, 14, 73-82.

Little, L. (2002). Middle-class mothers´ perceptions of peer and siblings victimizations among children with Asperger syndrome and nonverbal learning disorders. Issues Comprehensive Pediatric Nursing, 25, 43-57.

Olweus, D. (1993) Bullying at school: What we know and what we can do. Oxford: Blackwell.

Ozonoff, S., Dawson, G., & McPartland, J. (2002). A parent´s guide to Asperger syndrom & high-functioning autism. How to meet the challenges and help your child thrive. New York: Guildford Press.

Roland, E. (2002). Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. Educational Research, 44, 55–67.

Roland, E. (2007). Mobbingens psykologi. Hva kan skolen gjøre? Oslo: Universitetsforlaget.

Rubin, K. (2002) The friendship factor. New York: Viking.

Saalasti, S., Lepistö, T., Toppila, E., Kujala, T., Laakso, M., Nieminen von Wendt, T., Wendt, L. & Jansson-Verkasalo, E. (2008). Language abilities of children with Asperger syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, 1574-1580.

Shriberg, L. D., Paul, R., McSweeny, J.L., Klin, A. & Cohen, D. J. (2001). Speech and prosody characteristics of adolescents and adults with high-functioning autism and Asperger syndrome. Journal of Speech and Hearing Research, 44, 1097-1115.

Shtayermman, O. (2007). Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger´s syndrome: A link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 30, 87-107.

Tager-Flusberg, H. (2004). Strategies for conducting research on language in autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 34, 75-80.

Tantam, D. (2000). Adolescent and adulthood of individuals with Asperger syndrome. I: A. Klin, F. R. Volkmar & S. S. Sparrow (red.), Asperger syndrome (ss. 367-399). New York: The Guilford Press.

Wing, L. (1996). The autistic spectrum - A guide for parents and professionals. London: Constable.

Winter-Messiers, M. A. (2007). From tarantulas to toilet brushes. Understanding the special interest areas of children and youth with Asperger syndrome. Remedial and Special Education, 28, 140–152.

Winter-Messiers, M. A., Herr, C. M., Wood, C. E., Brooks, A. P., Gates, M. A. M., Houston, T. L., Kelly, I. & Tingstad, K. I. (2007). How far can Brian ride the Daylight 4449 Express? A strength-based model of Asperger syndrome based on special interest areas. Focus on Autism and other Developmental Disabilities, 22, 67–79.

Wolff, S. (1995). Loners. The Life Path of Unusual Children. London: Routledge.

Ny tilnærming til afasi-rehabiliteringen? – del 2

Del 1 av artikkelen sto i Logopeden 02/08 (Grepperud 2008) der bl.a. modellens innhold og tilpasning til voksne afasirammede ble nærmere beskrevet. I denne delen (del 2) vil resultatene av prosjektet presenteres. Erfaringene tilsier at dette kan bidra til en forbedring i afasirehabiliteringen.

"Karlstadmodellen" er en språkstimuleringsmodell, som er utarbeidet for barn med omfattende språkvansker - Down syndrom. Modellen følger den normale språkutviklingen fra ca. 0 – 7/8 år, der de ulike trinnene bygger på hverandre både med hensyn til nivå, rekkefølge og sammenheng. Den har vært utprøvd på barn, unge og voksne i alderen 4 – 20 år, med bl.a. fragiltX syndrom, cerebral parese og autisme, med positivt resultat. En tilpasning og bruk til voksne med afasi, har gitt overraskende gode resultater både for brukerne og for deltagerne i språknettverkene.[1]

Marit Grepperud

Logoped MNLL, og har master i spes.ped. fra Høgskolen i Bodø i 2007.
Arbeider på oppdrag for bl.a. PP-tjenesten, v.g.skoler, og barnehager både privat og kommunalt.
Har arbeidet som logoped ved voksenopplæringen i Bodø, ved rehabiliteringen ved NLSH, Bodø.
Arbeider som logoped i Bodø kommune, og som privatpraktiserende logoped.
Erfaring fra bl.a. undervisning ved Høgskolen i Bodø, foredrag om masterprosjektet i Nordisk Afasiråd og Nordland Logopedlag.

Hvorfor Karlstadmodellen?
"Karlstadmodellen" fremstår som en behandlingsstrategi som kombinerer flere sentrale teorier og behandlingsprinsipper innen afasirehabiliteringen i vestlig del av verden i dag. Blant annet gjenfinner man både pragmatisk og kognitiv nevropsykologisk teori, samt Lurias generelle behandlingsprinsipper for afasirehabilitering. Dessuten møter modellen WHOs og ICFs mål og prinsipper for helhetlig rehabilitering, ved å vektlegge direkte kommunikasjonstrening, tilrettelegging av miljø og å bygge på, og utvikle iboende ressurser hos brukerne. Den strukturerte fonologidelen i modellen og de hjelpemidler som foreslås for å konkretisere de abstrakte språklydene, er en god støtte både i innlæringen og i dokumenteringen av resultatene. Språklydene er vanskelige for mange afasirammede på grunn av deres auditive persepsjonsvansker og vanske med korttidsminnet. Via språknettverket som er en del av modellen får man også spredt informasjon om afasi generelt og brukers vansker spesielt. Dette kan bidra til en større forståelse for disse omfattende språkvanskene. På sikt kan det også bidra til at sosial isolasjon minimaliseres.

To brukere og to språknettverk utgjør grunnlaget for de systematiske erfaringene med modellen:

Kjennetegn ved brukerne
A: 60 år, hatt afasi i 6 år, stort nettverk, allsidig yrkesbakgrunn og mange interesser. Synsfeltutfall, hatt lammelse i høyre hånd og fot, redusert følesans i høyre side, men skriver med høyre hånd. Taleapraksi, noe ukritisk, snakker mye, men lite innholdsord, leter etter ord, auditive forståelsesvansker. Bruker kroppsspråket mye. Se tabell 4, pre- og posttest med "Norsk Grunntest for Afasi".
B: 46 år, hatt afasi i 9 år, lite nettverk, ulike interesser og yrkeserfaring. Lammelse i høyre hånd og fot, går ved egen hjelp og skriver med venstre hånd. Synsfeltutfall, vansker med uttale - telegramstil, forståelsesvansker, taleapraksi og leter etter ord. Se tabell 5, pre- og posttest med "Norsk Grunntest for Afasi".

Kjennetegn ved deltagere i språknettverkene
A: ektefelle, ett barn, to arbeidskollegaer og venn av familien
B: samboer, støttekontakt, venn/arbeidskollega, spesialpedagog.

Resultat og evaluering av individuell del
"Karlstadmodellen" tar utgangspunkt i Bloom & Laheys teoretiske modell for språk- og kommunikasjonsutvikling (Bergem m.fl. 2003), dvs. språkets helhet som består av delene: *form, innhold og bruk*. Det omfatter bl.a. lyder, stavelser, ord, endelser, betydning av ord, setninger og praktisk bruk av språket. Strukturen ble en god støtte i tilpasningen av modellen, underveis og i evalueringen. Den ga meg en bevissthet og en oversikt som førte til at alle språkets deler kom med, samt alle språklige kanaler. Tilpasning av øvelser/oppgaver og materiell i modellen ble ved hjelp av strukturen enklere å tilpasse voksne (Johansson 2000, 2001a, 2001b, 2001c, 2006, del 1, 02/2008). Det var også lettere å inkludere og tilpasse oppgaver/øvelser fra andre læreverk, afasimateriell og å kartlegge deler av språket, samt dokumentere det vi arbeidet med underveis. Underveis i prosjektet utarbeidet jeg et planleggingsskjema som favnet om språkets helhet, tabell 1.

[2] *Artikkelen bygger på et masterprosjekt som ble avsluttet våren 2007, ved Høgskolen i Bodø (Grepperud, Marit 1/2007).*

Tabell 1: Eksempel på planlegging jf. tema

Tema **Form:** lyder, stavelser, ord og setninger **Innhold:** mening i ord/begrep **Bruk:** tale, samtale	**Innhold:**	**Språklige kanaler:** **Samtale, uttale,** **Lytte, diskriminere** **Se "Lese"/ korlese, lese** **Skrive lyd, stavelser, ord og setning, tekst og diktat**
Fonetikk: taleapparatet og sentrale begrep **Tema valgt av bruker** Butikk - kolonialbutikk	**Oppe, nede, lepper, tenner, gane, tunge** Frukt, Fisk, Kjøtt, Aviser Bær, Ukeblad osv.	Bilde av munn, ordbilder, uttale, "skrive og lese" Bok med bilder, ord, setninger, tekst og plass til å skrive. Bilder med farger Sort/hvit bilder som farvelegges Spørsmål Tale, uttale Se, "lese", korlese, lese Skrive m/lydkort, i skrivebok, i temabok Lytte, diskriminere
Fonologi: lyder og stavelser fra modellen **Meningsfylte ord fra tema i stavelser:** **Entall – Flertall** (morfologi):	F – lyd og Stavelsessekvenser faffa- fiffi etc. Ep – le, app- el- sin etc. eple - epl**er**	
Leksikon: ord/begrep	**Frukt:** eple, appelsin, banan, kiwi, pære, drue osv	Tale, Lytte Lese, korlese Skrive: kopiere i skrivebok, lage vha. lydkort, skrive med ord/bildekort. Diktat
Grammatikk (syntaks): setninger svo- struktur	O..bestilte frukt, eple, drue… O..kjøper frukt O..selger frukt……osv O…spiser appelsin	Tale, samtale, Lytte spørsmål, Lese, korlese Skrive: setningsplate, ord/bildekort og skrivebok. Diktat
Matematisk språk: Handlelapp Regninger Budsjett Regnskap	Ord/begreper Tall Mengde og antall Regningsarter: addisjon, multiplikasjon	Tale, samtale, spørsmål Lese, korlese Skrive Lytte Matematisk språk, tall
Fargebegrep: **Dialog "språk i bruk"**	Hvilken farge har druer? Hvilken farge har appelsin?...osv Rød, gul, grønn, blå… Generell, undervisning, tema	Tale, samtale, spørsmål Lese, korlese Skrive Lytte Fargelegge

Et viktig prinsipp i tilretteleggingen var å arbeide med tema som brukerne kunne kjenne seg igjen i. Valg av temaarbeid forenklet planlegging, undervisning, evaluering, kartlegging og dokumentasjon av det vi gjorde med støtte av strukturen, jf. skjema tabell 1. Temaarbeid gjør at man arbeider på et avgrenset område, som gir god oversikt og forenklet valg av bl.a. begreper og setninger. Voksne med afasi har noe språk, noe som gjør det vanskelig å isolere opplæringen til enkeltbegrep som ikke settes inn i en større og mer meningsfull sammenheng. Brukerne fikk velge tema ut fra behov, ønske og interesse. Det ble mer meningsfylt for dem å arbeide med noe de hadde kunnskaper om, enn noe nytt og ukjent. Dette kan også være en motivasjonsfaktor, som er svært viktig i læreprosessen og gjenkallingen av språket (jf. del 1). Temaarbeid førte til at jeg fikk inkludert matematisk språk, som ikke er like sentralt i modellen. Temaarbeid gjør det også mulig å inkludere andre fagområder, som for eksempel historie, geografi etc. Dvs. områder som brukerne har behov for i dagliglivet, og som på sikt kan bidra til at brukerne mestrer ting bedre, som for eksempel lese kalenderen, betale regninger, ha oversikt over inntekter og utgifter.

Daglig stimulering er sammen med tidlig innsats, struktur og systematikk én av de metodiske hjørnesteinene i "Karlstadmodellen". Begge brukerne ønsket daglig stimulering, fordi de hadde vansker med å huske fra uke til uke hva de arbeidet med. Ett av kardinalsymptomene til afasirammede er redusert auditivt minnespenn, samt vansker med korttidshukommelsen, noe som understøtter betydningen av daglig stimulering. Etter prosjektslutt intervjuet jeg brukerne om positive og negative faktorer i forhold til prosjektet. Blant annet kom det frem at brukerne verdisatte daglig stimulering til henholdsvis 5 og 6 på en skala fra 0 – 10. De hadde litt forskjellige forslag til hvordan språkstimuleringen kunne være, basert på erfaringer fra prosjektet, som varte i 5 måneder. Den ene foreslo en intervallbasert modell der han over en periode på 2,5 – 3 måneder hadde daglig stimulering, 5 dager/uken, og en måned pause. Den andre brukeren ønsket 2 timer, 4 dager/uken og følge skoleruten. Men hadde han fått 2 skoletimer daglig ville verdien blitt 8. Selv fikk jeg en bedre oversikt og kontinuitet i språkstimuleringen når undervisningen skjedde daglig. Det ble lettere å følge brukeren og se effekten av det vi arbeidet med.

Fonologi; lyder og stavelser, står sentralt i "Karlstadmodellen". I følge modellen skal dette språkområdet være med i den daglige språkstimuleringen. Lydenhetene er abstrakte og vanskelig å ta og føle på, men ved hjelp av taktile lyder (språklyder laget av stoff, med ulikt innhold og markeringer utenpå, (se del 1 02/08), og andre konkretiseringer av dem i tråd med modellen), ble det noe lettere for brukerne å tilegne seg dem. Dette var et vanskelig område for dem, og de forsto ikke alle "kodene" på lydene, men aksepterte at vi arbeidet med dem. I "Karlstadmodellen" er det et nøye sammensatt system med stavelsesrekker, som gjorde det lettere og mer oversiktlig å arbeide med dette området. I tillegg brukte vi meningsfylte ord fra tema som vi delte i stavelser. Begge brukerne mente at oppdeling av ord i stavelser gjorde det lettere å lese, og å huske deler av det de leste. Daglig stimulering med dette språkområdet har gitt positiv effekt for brukerne, der begge har økt den auditive forståelsen, og å lytte og forstå flere språklyder. Jeg valgte "Alfabetprøven" (Corneliussen, 2003) for å kartlegge lyder og bokstaver både ved prosjektstart og prosjektslutt. Resultatet viser at begge brukerne hadde bedring på *"Høre lyd og peke"* på 29 %, mens *bruker A* også hadde fremgang på *"Å høre lyd og skrive"* på 25 %. Begge brukerne har hatt fremgang når det gjelder å lese lyder/bokstaver i uordnet rekkefølge. *Bruker A* har hatt 46 % bedring, og *bruker B* har hatt 25 % bedring (se tabell 2 og 3).

"Alfabetprøve" Bruker A	Januar 2006	Juni 2006	+/-	% jan 06	% juni 06	+/- %
Si alfabetet (29)	14	17	+ 3	48,2	58,6	**+ 10,4**
Skrive alfabet (29)	15	14	- 1	51,7	48,2	**- 3,5**
Lese bokstaver i ordnet rekkefølge (29)	18	26	+ 8	62,0	89,7	**+ 27,7**
Lese bokstaver i uordnet rekkefølge (24)	12	23	+ 11	50	95,8	**+ 45,8**
Høre lyd – peke (24)	12	19	+ 7	50	79,1	**+ 29,1**
Høre lyd – skrive (24)	13	19	+ 6	54,1	79,1	**+ 25**

Tabell 2

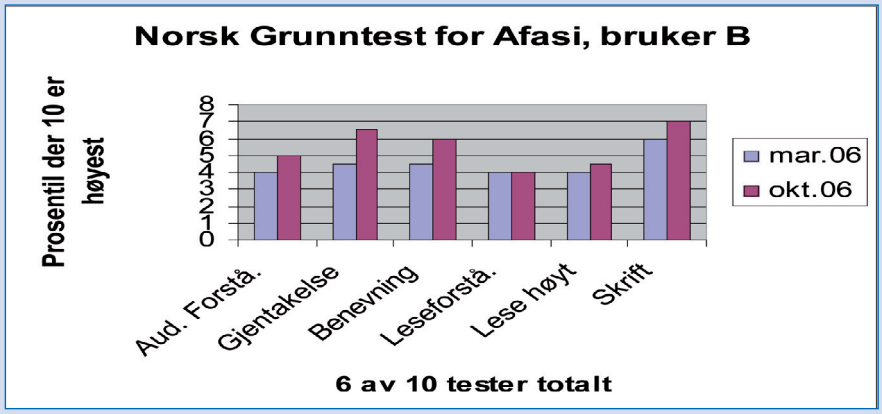
"Alfabetprøve" Bruker B	Mars 2006	Okt 2006	+/-	% jan 06	% juni 06	+/- %
Si alfabetet (29)	14	20	+ 6	48,2	69	**+ 20,8**
Skrive alfabetet (29)	8	9	+ 1	27,6	31,0	**+ 3,4**
Lese bokstaver i ordnet rekkefølge (29)	21	24	+ 3	72,4	82,8	**+ 10,4**
Lese boksaver i uordnet rekkefølge (24)	16	22	+ 6	66,7	91,7	**+ 25**
Høre lyd – peke på lyd (24)	16	23	+ 7	66,7	95,8	**+ 29,1**
Høre lyd – skrive lyd (24)	15	15	0	62,5	62,5	**0**

Tabell 3

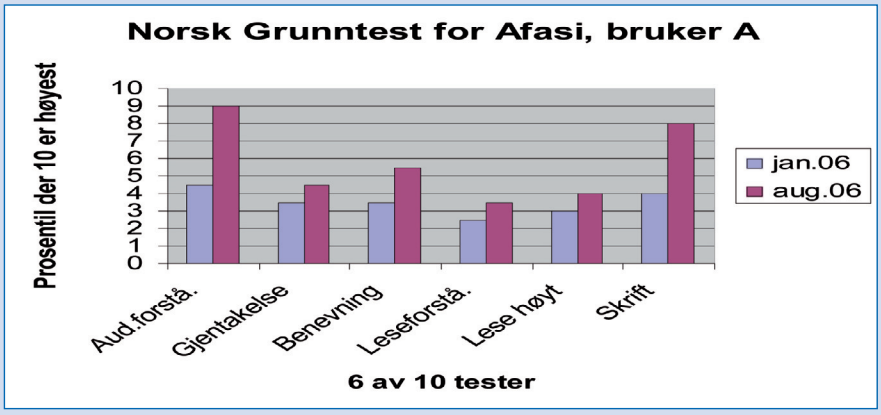
"Norsk Grunntest for Afasi" Oppgave: Skrift	Bruker A jan 06 1. gang	Bruker A aug 06 2. gang	Bruker B mars 06 1. gang	Bruker B okt 06 2. gang
Skriv navnet ditt:	ok	ok	ok	ok
Kopiere ord: KOPP	KORP	ok	ok	ok
Kopiere ord: SIKKERHETSNÅL	ok	ok	ok	ok
Diktat, ord: BALL	-	ok	-	ok
Diktat, ord: KLOKKE	KLA	ok	KLO	ok
Benevning: skriv hva dette er: NØKKEL	-	ok	-	nøler
Benevning: skriv hva dette er: ØRE	URE	ok	-	ok
Diktat setning: Klø dem på leggen	-	-	Kur dem på legg	-
Diktat setning:	-	-	-	-
båten sank i hytt og vær				
Total poengsum:	3	8	4 (5)	7

Tabell 6

Deltagerne i språknettverkene mente at begge brukerne forbedret språket i prosjektperioden. De mente at brukerne hadde fått mer variasjon i språket, uttalte lengre setninger, kom impulsivt med nye ord, brukte flere språklige kanaler, og prøvde selv å fortelle uten støtte fra pårørende. Ser man dette i sammenheng med resultatene av pre- og posttestene jf. "Norsk grunntest for Afasi" (Reinvang 1995), viser resultatene at brukerne forbedret sine generelle språklige evner med henholdsvis 25 % og 10 %. Auditiv forståelse økte hos *bruker A* fra 4,5 til 9 og hos *bruker B* fra 4 til 5, samt forbedring av skrift (se tabell 4, 5 og 6).



Tabell 5



Tabell 4

Afasirammede har ofte vansker med å peke på, og vite hvor de ulike kroppsdelene deres er, derfor ble det viktig å arbeide med fonetikk parallelt med fonologidelen innledningsvis. Begrepene *lepper, tenner, tunge, gane, oppe og nede* var sentrale, for at brukerne lettere skulle kunne plassere for eksempel tungen på rett sted ved produksjon av lyder. I dette arbeidet brukte vi speil, munnavlesning, bilder av artikulasjonssteder og – måter og ordbilder. Det viste seg at det ble lettere for brukerne å uttale lydene når de kjente disse begrepene, og de visste hvor de ulike delene var. Dette arbeidet vi intensivt med i fem, seks uker.

Forslagene til materiell, øvelser/oppgaver i "Karlstadmodellen" ga variasjon og ulike innfallsvinkler til samme språkområde. Variasjonene gjorde at det ikke ble for monotont, og bidro bl.a. til å holde motivasjonen oppe, noe brukerne kommenterte underveis. Modellens forslag til materiell med ulike konkretiseringer, som bl.a. setningsplate, ord/bildekort, matrix mm., samt modellens ulike former og farger, var en god støtte for brukerne og meg (del 1 02/08). På bakgrunn av de forslagene som var i modellen, laget jeg også annet materiell tilpasset brukerne og tema. Å lage materiell selv forenklet undervisningen, og gjør at man slipper å bruke mye tid på å søke etter, eller kjøpe inn relevant materiale. Det har dessuten den åpenbare fordelen at det gjør det enklere å tilpasse til tema og bruker, og ta tak i og arbeide med språklige problemstillinger ganske raskt. Oppgaver ble også hentet fra og tilpasset voksne fra ulike lærebøker i begynnerundervisningen for barneskolen, både fra gamle og nyere læreverk og afasimateriell.

Innledningsvis arbeidet brukerne med 4 – 5 oppgaver hver time, men dette ble redusert etter oppfordring fra en av brukerne, som mente det ble for mange av oppgaver og vanskelig å huske. Vi reduserte antall oppgaver daglig til 2 – 3, noe som fungerte mye bedre. En av brukerne var også opptatt av at vi måtte arbeide med et område helt til han forsto og mestret det. Valg av færre oppgaver førte til at vi fikk bedre tid på hver oppgave, og vi fordelte de andre oppgavene utover en uke eller mer.

Dialogen hadde en sentral plass i hele undervisningen. Dette gjorde blant annet at brukerne fikk brukt språket i praksis. Samtidig la jeg til rette for at brukerne skulle kunne påvirke sin egen undervisning, også her ble dialogen sentral. Når oppgavene ble krevende var samtalen om ulike emner, "pauseinnslaget". Jeg prøvde underveis å møte brukerens ønsker og behov, noe som jeg ser på som viktig i møte med den voksne bruker (jf. del 1). De har mange kunnskaper og erfaringer som kan være nyttig i læringsøyemed, og ved å la brukerne påvirke sin egen undervisning kan det bli motiverende og reflekterende for dem. Dette tror jeg brukerne har satt pris på, uten at de har uttalt det direkte.

For å tilpasse modellen syntes jeg det var viktig å kjenne til brukernes interesser, ønsker, familie, personlighet slik at jeg lettere kunne forstå det de ønsket å formidle, eller spørre om. Det å oppnå god "kjemi" med brukerne var viktig for meg, noe vi også fikk erfare i de fem månedene som prosjektet varte. En av brukerne var ganske sikker på at han skulle lese og skrive ved prosjektslutt. Da vi nærmet oss avslutningen og han ikke hadde nådd målet sitt, å lese og skrive som han gjorde før, ble det naturlig nok noen nedturer. Mitt kjennskap til hans personlighet og humor ble da viktig for å holde motivasjonen oppe. Samtidig som jeg var positiv så var det viktig å være realistisk overfor brukerne om at ting tar tid, og at "hardt" arbeid må til i gjenkalling av språket, noe som begge brukerne hadde vanskelig for å akseptere. I arbeid med voksne brukere som har afasi, er det mye prøving og feiling, og da må man ha evnen til å le av både det positive og mindre positive.

Resultat og evaluering av språknettverket

Her vil jeg oppsummere de viktigste funnene hos brukerne og deltagerne om språknettverket. I mitt prosjekt ble nettverket noe justert i forhold til "Karlstadmodellen". Disse justeringene skjedde underveis i opplegget slik at det fungerte best mulig for brukerne.

Informasjonsmøtet ved prosjektstart ble en god introduksjon som økte forståelsen hos de aktuelle deltagerne om språk, kommunikasjon, brukernes spesifikke vansker og afasi. På dette møtet ble det bl.a. gitt eksempler på hva deltagerne og bruker kunne gjøre for at bruker skulle få brukt språket.

Noen av deltagerne i det ene nettverket var innledningsvis noe usikker på rollen sin overfor bruker. Hva kunne de gjøre som gavnet brukeren? Dette ble drøftet i brukers nettverk, og resultatet ble at: – *"det enkle er ofte det beste"*. Dvs. at deltagerne skulle ta kontakt med bruker på en naturlig måte, uten at de ble tildelt faste oppdrag. Bruker tok også initiativ og ga forslag til aktiviteter han kunne delta på. For eksempel kunne deltagerne invitere bruker med på tur når de selv skulle ut å gå. Målet før oppstart var at deltagerne ikke skulle få faste oppgaver, og få følelsen av at dette ble en belastning for dem. I en hektisk hverdag, skulle ikke dette bli et nettverk med mange nye oppgaver eller krav. Dette lyktes vi godt med. En av de aktive deltagerne uttalte at: - … *dette har ikke vært en belastning for meg, tvert i mot…"*.

Et ønske om en plan ble tatt opp, men kvinner og menn var delt i sitt syn på dette. Kvinnene ønsket en fast plan mellom bruker og deltagere, hvor avtaler, aktiviteter og tid ble notert. Mennene derimot mente at en plan ville gjøre kontakten med bruker mer unaturlig, og at en plan kunne skape en *"hjelpepleierrolle"*, noe de ikke ønsket. En fast plan blir selvfølgelig mer bindende, men kan også være til stor nytte for bruker og deltagere. Bruker og pårørende har bedre mulighet for å planlegge andre gjøremål, bruker kan sørge for å være uthvilt til aktiviteten, og det blir mer forutsigbart. Men alle deltagerne trenger ikke forholde seg til en plan og avtaler kan gjøres utenom, slik at en kan finne en balanse mellom det planlagte og det umiddelbare.

Både brukere og deltakere fremhevet språknettverket var hyggelig, lærerikt og sosialt. Deltagerne hadde fått større forståelse for språk, kommunikasjon, brukernes vansker og afasi. To av deltagerne visste ikke hva begrepet afasi sto for, før de ble med i nettverket. Deltagerne ble tryggere på å kommunisere med brukerne og fikk aktivt prøvd sin rolle på ulike arenaer, samt at de kunne observere andre i kommunikasjon med brukerne. Den muntlige og skriftlige informasjonen som ble gitt på introduksjonsmøtet ved prosjektstart, samt et rollespill ble en bevisstgjøring for dem alle. Å "kjenne" noe på egen kropp, øker ofte forståelsen, mer enn muntlig informasjonen. En deltager spilte afatiker som: *ikke snakket, ikke brukte høyre hånd og ikke var konsekvent på ja/nei.* Denne skulle fortelle til en "venn" at de ikke kunne møtes uken etter. En av deltagerne som ikke var like heldig i sin rolle som afatiker sa følgende: -… *det ga meg en forståelse av at det må være en helt, helt horribel, håpløs situasjon å komme i…, og jo mer sosial…,… og aktiv person, jo verre må det bli. En helt forferdelig situasjon å komme i…,… for han og for alle rundt… rett og slett"*. Rollespillet ble en vekker og målet nådd. Deltagerne ble også tryggere på brukerens atferd: - *" En grei effekt av språknettverket har vært at jeg og bruker har blitt bedre kjent. Det gjør det lettere å kommunisere, og det har ført til at det vil bli lettere og for eksempel dra på turer sammen nå, enn det var før"*. Dette viser at bl.a. informasjon gir positiv effekt.

Et språknettverk vil ha stor, positiv betydning for andre med afasi, mente deltagerne, og vurderte dette til å ha svært stor betydning. Også brukerne tilla nettverket stor betydning. Erfaringene fra prosjektet viser at brukere med små, sosiale nettverk vil kunne ha ekstra stor støtte av et språknettverk. Imidlertid er det viktig å ta hensyn til brukers mentale tilstand ved en eventuell etablering av språknettverk, slik at det ikke blir etablert for tidlig etter skade/sykdom har skjedd. Det kan i verste fall virke mot sin hensikt. Et nettverk med deltagere som kommer innom for å samtale med, og ta med bruker på ulike arenaer, kan på den annen siden gi en mental "vitamininnsprøyting" som gjør at tilstanden bedrer seg raskere. Både brukerne og deltagerne mente at språknettverk kunne vært etablert på et tidligere stadium, dvs. kortere tid etter skade/sykdom. Brukerne mente at én deltager kunne være til stede med bruker i gangen.

Brukerne i dette prosjektet hadde hatt afasi i over lengre tid. -*"… det er nå artig at at de er, at de … kom til meg. Bare det er jo bra"*, og – (at de spør)*…" hvordan det er med meg…"*, sa en av brukerne. –*" … alt trivelig.., "… alene, nei!"* sa den andre brukeren. Brukerne vurderte allikevel nettverkene noe ulikt. Den som var litt over middels fornøyd hadde et stort nettverk utenom språknettverket, men fremhevet aktivitetene sammen med deltagerne i språknettverket som det mest positive. Brukeren fikk brukt språket sammen med andre, lytte til språk og være en del av et fellesskap, med aktiviteter han hadde interesse av, bl.a. turer i skog og mark, i båthavna, bowling. Via nettverket ble det gitt informasjon om afasi, språk og kommunikasjon og hvordan kommunisere med brukere med afasi, som bl.a. fikk frem at de som har afasi ikke er *"dumme"*, men kan tenke, reflektere og gjøre egne vurderinger, selv om de har språkvansker. Det blir kanskje mer troverdig at andre forklarer dette enn bruker og pårørende. Den andre brukeren hadde mindre nettverk utenom språknettverket, og ikke samme behov i prosjektet for ulike aktiviteter, men var svært fornøyd med møtene en gang i måneden. Mot slutten av intervjuet kom det imidlertid frem at han kunne ha tenkt seg å dra med deltagerne på ulike arenaer, men at bl.a. økonomi og nedsatt bevegelsesfunksjon hindret han i det. Man trenger ikke nødvendigvis å dra på flere arenaer, man får også brukt språket hjemme. Bruker hadde kanskje vanskelig for å stille krav/ønske til deltagerne, og viser at eventuelle aktiviteter mellom bruker og deltagere kunne vært drøftet mer på møtene. Dette viser også behovet for en jevnlig evaluering av nettverkene, for å få fram ulike momenter og/eller se behov for endringer tilpasset den enkelte bruker.

Brukerne var aktivt med i møtene, og fortalte bl.a. selv litt om arbeidet i den individuelle språkstimuleringen. Forventningene og gleden til møtene var stor, og det ble bl.a. lagt ned mye arbeid i pynting og pådekning av bord. Møtenes varighet ble endret underveis fra 1 – 1,5 til 1,5 – 2 timer. Deltagerne mente at møtene burde kombinere faglige og det mer sosiale/generelle, noe som viste seg å fungere bra. Bruker fikk dekket flere behov ved å delta aktivt og bruke språket på denne arenaen. Det forutsetter at man som deltagere husker å ta hensyn til at bruker har språkvansker. I det ene språknettverket var det et stort engasjement med flere taletrengte. Jeg observerte, og bruker tok det opp på et av møtene, at det ble vanskelig for han å "holde tråden" i samtalene. Dette var uheldig, fordi nettverket er jo for bruker, og når man kjenner brukers språkvansker bør det vises respekt for det. Behovet for en "ordstyrer" var til stede, og oppgaven kunne ha rullert mellom deltagerne.

Språknettverket ble en støtte og avlastning for familie og pårørende. Dessuten skaper økt forståelse trygghet for både familie og bruker, fordi vennene blir tryggere. Felles interesser ble fremhevet som sentralt for at det skal bli en god kommunikasjon mellom bruker og deltagere. Et annet viktig moment som kom fram i undersøkelsen er betydningen av å bli kjent med brukers familie, venner, arbeidskolleger: – *"… det å bli kjent med de andre i nettverket som brukeren har kontakt med, deres bakgrunn og hvem de er, gjør det lettere for meg å snakke med brukeren"*, sa en deltager. Man føler seg tryggere både som kommunikasjonspartner og venn: – *"… det blir mer kommunikasjon og ikke bare jatting.."*, sa en av deltagerne.

I tillegg til at språk og kommunikasjon bedret seg hos brukerne underveis i prosjektet, endret også brukeren annen atferd. Brukerne tok mer initiativ til å treffe andre, ble mer positiv og fikk bedre humør og pågangsmot. De rapporterte også at de turte å gjøre mer selv, at de fikk større selvtillit og ble mer tålmodig. Deltagerne hadde på sin side fått økt forståelse og respekt for brukerne ved å delta i nettverket, og ved å delta sammen med bruker på ulike arenaer. Dette viser at et språknettverk for voksne med afasi kan gi flere positive ringvirkninger enn språklig effekt.

Flere av brukernes familie og venner kunne ha nytte av å være deltager i språknettverkene. Men geografisk store avstander førte til at mange som hadde lyst eller behov for det, ikke fikk deltatt. Bruk av internett, web- kamera og mikrofon kan være en måte å få dekt dette behovet på. Tilpasningen som ble gjort i forhold til voksne med afasi i forkant av prosjektet fungerte veldig bra, men noen endringer kunne vært gjort.

Avslutning

Jeg valgte å tilpasse, utprøve og evaluere "Karlstadmodellen" i forhold til voksne med afasi, for å finne svar på problemstillingen: *Hvordan kan språkstimuleringsmodellen – Karlstadmodellen – brukes i undervisningen av voksne med afasi, og hvilke resultat gir det?*

Strukturen i "Karstadmodellen" med tilpasninger, både i den individuelle daglige språkstimuleringen og i språknettverket, gir en mer helhetlig rehabilitering for voksne brukere med afasi. I tillegg til selvvalgt tema, deltagere i nettverket med samme interesser som bruker, ulike aktiviteter, daglig stimulering, variasjon av oppgaver, og støtte av konkretiseringsmateriell, form og farger, gir dette brukerne en god mulighet til å gjenkalle språket, og en praktisk bruk av språket. Alle språkets deler og alle språklige kanaler tas i bruk. Det gjør det lettere og mer oversiktlig i en hektisk hverdag, å møte brukeren der han/hun er, i dennes kamp for å gjenkalle lese – og skrivekunsten, som var hovedmålet til brukerne i dette prosjektet.

Noen endringer ble gjort underveis både i den individuelle delen og i språknettverket (del 1, 02/08). Møtetiden ble forlenget, og antall oppgaver i timene ble redusert. Behovet for en "ordstyrer" på møtene var til stede, for å sikre at brukerne var med. En plan der avtaler mellom bruker og deltagere ble notert, ville bl.a. gjort det mer forutsigbart for bruker og pårørende. For å favne om flere som kunne deltatt i språknett-

verket, kunne bruk av web- kamera og mikrofon vært nyttig og prøvd ut. Spesielt gjelder dette for dem som bor geografisk langt unna bruker, men som ønsker å delta. Ellers ser jeg muligheten for å inkludere flere fagområder innenfor et tema, som bl.a. geografi og historie. Jeg har valgt èn måte å tilpasse modellen på, i forhold til voksne med afasi, men det er sikkert andre måter dette kan gjøres på. Om de tilpasninger jeg har gjort kan overføres til andre med afasi, er jeg usikker på. Afasirammede er ganske ulike, men jeg tror flere kan ha nytte av dette. For brukere som kommer inn under Lurias tredje stadium (del 1, 02/08), som er typisk for de to brukerne jeg har hatt med i prosjektet, vil tilpasningen jeg har gjort kanskje være til god nytte, enn brukere som er på første eller andre stadie. Men dette får man først svar på ved videre utprøving. Brukerne som var med i dette prosjektet sa følgende ved prosjektslutt: -..*"… alt trivelig, alene… nei!", og - …" det har vært helt fantastisk for meg!"*

Daglig og strukturert stimulering, temaarbeid, fonologi og språknettverk er de faktorene som jeg synes har utmerket seg i prosjektet. Temaarbeid satt i system jf. planleggingsskjemaet, viste seg å være svært bra å arbeide etter, både for bruker, deltagere i nettverket og meg som logoped. Et avgrenset område, med et lite antall begreper satt i en mest mulig naturlig sammenheng, førte til at brukerne lettere fikk sammenheng og forståelse, og deltagerne kunne samtale om det. Kartlegging, evaluering, dokumentering og oppfølging ble lettere å ivareta for meg som logoped og ga en veldig god oversikt.

Språknettverket viste seg å ha positive ringvirkninger for både brukerne, pårørende og deltagerne. Dette er også en ny måte å tenke og gjøre ting på innenfor rehabiliteringen av afasirammede. Det kan bidra til økt gjenkalling av språket, økt sosial aktivitet, spredning av kunnskaper om afasi, økt forståelse for disse vanskene, og på sikt en samfunnsøkonomisk besparelse hvis man får dette til å fungere, der sosial isolasjon kan minimaliseres.

Jeg har vært så heldig i ettertid av prosjektet å få følge brukerne videre. Seks/sju måneder etter at prosjektet var avsluttet, begynte brukerne å forstå ordentlig hvorfor vi arbeidet med lyder og stavelser (fonologi). Dette kan ha sammenheng med at afasirammede tidvis kan ha lang reaksjonstid på tiltak (Svartdal, 2004:199). Analyse/syntese brukes fortsatt aktivt, og brukerne forstår at dette er viktig for å kunne lese og forstå bedre, ikke minst "ukjente" ord, slik at de kan nå målet sitt: å lese og skrive som før. En av brukerne har etter prosjektslutt også prøvd en mer intervallbasert daglig språkstimulering over kortere og lengre perioder. Det viser seg at lengre perioder med daglig stimulering gir best språklig effekt og gjenkalling av språk.

Den daglige stimuleringen over tid har nok vært en av flere "brikker" som har bidratt til økt gjenkalling av språket hos brukerne, noe Pizzamiglio og Roberts (1967) forskning viser til (Reinvang 1988:121). Men jeg tror at intervallbasert, daglig og strukturert språkstimulering, kan gi bedre språkgjenkalling for flere afasirammede, som gjør at de husker bedre det de arbeider med, med tanke på at mange har vansker med bl.a. korttidshukommelse, språklig korttidshukommelse og auditive persepsjonsvansker. Petlunds bok fra 1972 var en stor inspirasjonskilde for meg i forkant av dette prosjektet, der blant annet intensiv og daglig språkstimulering står sentralt, samt involvering av sosialt nettverk.

Det er også ganske oppsiktsvekkende at brukerne i dette prosjektet hadde så god språklig fremgang i løpet av 5 måneder, på tross av at de hadde hatt afasi i mer enn 6 og 9 år. Brukeren som hadde hatt afasi i 6 år gjorde størst fremgang. Jeg tror innholdet i dette prosjektet kan være en ny "vei" og et supplement innen afasirehabiliteringen, som bl.a. møter WHOs og ICFs mål og prinsipper om en mer helhetlig rehabilitering (del 1,02/08) for afasirammede:

"Den afasirammedes kommunikasjonsevne skal bedres så langt som mulig, både ved direkte kommunikasjonstrening, og ved å tilrettelegge miljø og muligheter for best mulig deltakelse i hjemmemiljø og samfunn". –"Man må komme brukeren i møte der han er, ta utgangspunkt i den enkeltes spesifikke ønsker og legge opp små, realistiske mål (Vox 2004:9).

Litteraturliste:

Andreassen A.B. m.fl., 2004: Språk – og talevansker hos voksne. Idèsamling; VOX

Bergem, K. og Rognlid, W., 2003: Språktrening i det daglige liv, Karlstadmodellen – en modell og ikke en metode. I: SPESIALPEDAGOGIKK 0503 side 16 – 26..

Corneliussen, M., 2003: Alfabetprøven. Kartlegging av alfabetkunnskap hos afasirammede; Bredtvet kompetansesenter, Oslo

Grepperud, M., 2007: -"Alene… nei! "Karlstadmodellen" i forhold til voksne med afasi. Masteroppgave i spesialpedagogikk, Høgskolen i Bodø, 2007.

Grepperud, M. 2008: Ny tilnærming til afasirehabiliteringen? Del 1. Norsk tidsskrift for Logopedi 02/2008, s. 24-30.

Johansson, I, 2001a: Språkutvikling hos barn med språkvansker 1 (Trinn 1). Performativ kommunikasjon. Info Vest Forlag.

Johansson, I., 2001b: Språkutvikling hos barn med språkvansker 2 (Trinn 2). Ordstadiet – tekstbok. Info Vest Forlag.

Johansson, I., 2001c: Språkutvikling hos barn med språkvansker 3 (Trinn 3) Enkel grammatikk – tekstbok: Info Vest Forlag.

Johansson, I., 2006: Les Lett, Tekstbok, (Trinn 5). Info Vest Forlag 2006.

Johansson, I., 2000: Nätverket som pedagogisk idè. Rapport från ett nordisk seminarium; Karlsatd University Studies, Karlstad

Jordal, J. og Møller, M., 2002: Luria studier. Forstyrrelser. Genopbygning af sprog; Special-pædagogisk forlag, København

Petlund, C. F., 1972: Etter hjerneblødningen: Gyldendal Norsk Forlag, Oslo: (Oversatt til norsk fra: Griffith, Valerie Eaton, 1970: A stroke in the family)

Reinvang, I. og Engvik H., 1995: Handbok – Norsk Grunntest for Afasi: Pensumtjenesten, Oslo.

Reinvang, I.,1994: Afasi. Språkforstyrrelse etter hjerneskade. Kap. 1 – 6; Pensumtjenesten, Oslo

Svartdal, F. 2. 2004: Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon; Fagbokforlaget, Bergen

Språklig rehabilitering for tospråklige afasirammede

Monica I. K. Knoph, logoped MNLL, Bredtvet kompetansesenter

Moderne livsførsel gjør at vi blir flere tospråklige, samtidig som den gjennomsnittlige levealderen øker. Kombinasjonen fører til at antall tospråklige afasirammede øker. Lite publisert litteratur beskriver språklig rehabilitering av tospråklige afasirammede. Mangelen på publisert kunnskap fører til at hver logoped må stole på sitt kliniske skjønn, prøve og feile, og komme fram til mer eller mindre faglig funderte tilnærminger, som kolleger andre steder kanskje allerede har kommet fram til. Prosjektet Afasi på bortebane har til hensikt å utvikle et egnet kartleggings- og undervisningsopplegg for tre til fem afasirammede av ikke-norsk opprinnelse, som ikke har norsk som morsmål. Gjennomføring og evaluering av prosjektet skal gi kunnskap om språklig rehabilitering av tospråklige afasirammede som skal spres til norske logopeder som står overfor problemstillingen. Prosjektet søker nå tospråklige afasirammede fra det sentrale østlandsområdet.

Bakgrunn

Forskning viser at det er svært viktig at begge språkene til en tospråklig afasirammet blir kartlagt. Dette er maktpåliggende med tanke på diagnose og undervisning. I litteraturen beskrives det at de fleste tospråklige afasirammede kun testes på ett av språkene, gjerne det som snakkes på sykehuset eller hos logopeden (Paradis 1995, 2001). Å teste begge språkene er en komplisert oppgave. Det er mange spørsmål som må besvares før en eventuell test kan gjennomføres. For eksempel: ¬I hvilken rekkefølge skal språkene testes? Er rekkefølgen viktig i det hele tatt? Skal begge språkene testes parallelt for å unngå at testresultatet på den siste testen er farget av at brukeren går gjennom den samme testen to ganger? Vil dette eventuelt skape språkforvirring hos noen? Dette er spørsmål det er vanskelig, og i mange tilfeller umulig, å svare på (Roberts 1998), men som det likevel er nødvendig å reflektere over når en skal arbeide med en afasirammet med tospråklig bakgrunn.

I tillegg til språklige faktorer, er det svært viktig å ta hensyn til kulturelle forhold (Roberts 2008).

Afasi på bortebane

Afasiforbundet i Norge har mottatt midler fra stiftelsen Helse og Rehabilitering til prosjektet *Afasi på bortebane*. Prosjektet gjennomføres av Bredtvet kompetansesenter. Prosjektet søker å finne faglig begrunnede tiltak for tospråklige afasirammede; en oppgave som på nasjonalt plan til i dag ikke har vært prioritert i særlig grad. Målet med prosjektet er å utvikle et egnet kartleggings- og undervisningsopplegg for tre til fem afasirammede av ikke-norsk opprinnelse, som ikke har norsk som morsmål, og å gjennomføre, evaluere og spre erfaringer om tiltakene.

Hvem kan være med?

Utvalget til den praktiske gjennomføringen vil bestå av tre til fem tospråklige afasirammede. Antallet vurderes som egnet, fordi det er mange nok til å trekke noen slutninger om funnene, samtidig som det ikke er for mange til å få gjennomført prosjektet innenfor prosjektperioden. Av praktiske hensyn er det er ønskelig at de afasirammede bor i Oslo/Akershus-området. Målet er å gjennomføre individuell undervisning to ganger per uke, hver på ca 1 time, over 17 uker.

Prosjektet er ettårig, og vil ha oppstart våren 2009, med avslutning våren 2010. Det vil konkret bestå i å kartlegge de tospråkliges afatiske språkvansker på begge språkene deres med et egnet kartleggingsinstrument. The Bilingual Aphasia Test, BAT, (Paradis, 1987) er en velegnet test til dette formålet. Den finnes på over 60 språk, og er i henhold til Fabbro (1998) vurdert til å være det beste tilgjengelige instrumentet for å kartlegge en afasirammets lingvistiske kompetanse i to eller flere språk. Videre vil det bli planlagt og gjennomført et individuelt tilpasset undervisningsopplegg. Bruk av tolk vil bli nødvendig, både i forbindelse med kartlegging av språkvanskene, i den direkte logopediske undervisningen og eventuelt i samtaler med og veiledning til familien.

Prosjektets konkrete resultat vil være at en gruppe minoritetsspråklige afasirammede får et grundig utarbeidet kartleggings- og rehabiliteringstilbud. Erfaringer fra prosjektet vil i tillegg bli samlet i en veiledning som omhandler planlegging og gjennomføring av kartlegging av de tospråklige afasirammedes kommunikasjonsferdigheter, samt forslag til individuell, logopedisk undervisning. Slik kan erfaringene komme langt flere afasirammede til gode enn dem som deltar i prosjektet. Prosjektet kan bøte på mangelen på dokumentasjon og formidling av erfaringer som trengs i fagmiljøet for å planlegge logopedisk undervisning til denne gruppen afasirammede mer hensiktsmessig, og for å kunne evaluere resultatene av denne type tilbud.

Ta kontakt!

Hvis du kjenner du noen som kunne tenke seg å delta i prosjektet, eller du har spørsmål, ta gjerne kontakt med prosjektleder Monica I. K. Knoph på Bredtvet kompetansesenter.
Telefon 22 90 28 17.

Litteratur

Fabbro, F. 1998. Bilingual aphasia research is not a tabula rasa. Aphasiology vol 12, nr 2, s. 138-141

Paradis, M. 1987. The Bilingual Aphasia Test (BAT). Montreal: Copie 2000

Paradis, M. 1995. Introduction: The need for distinctions. M. Paradis (red.):
Aspects of bilingual aphasia. New York: Elsevier Science Ltd.

Paradis, M. 2001. Assessing Bilingual Aphasia. Uzzel, B. og Ardila, A. (red.) Handbook of Cross-Cultural Neuropsychology. Mahwa, NJ: Erlbaum

Roberts, P.M. 1998. Clinical research needs and issues in bilingual aphasia.
Aphasiology vol 12, nr 2, s.119-131

Roberts, P.M. 2008. Aphasia Assessment and Treatment for Bilingual and Cultural Diverse Patients. Chapey, R. Language intervention strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Dissorders (4. red.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkings

"Du skal få en dag i måra!" – barn og unge med ervervet hjerneskade

Nasjonal konferanse for rehabilitering etter hjerneskade Trondheim 4.-5. des. 2008

Konferansen som ble avhold var den 4. i rekken og hadde som intensjon å etablere og sikre helhetlig rehabilitering for personer med ervervet hjerneskade. Arrangør for konferansen var Helse Midt-Norge ved St. Olavs hospital og Munkvoll rehabiliteringssenter, i samarbeid med Landsforeningen for trafikkskadde (LTN).

Arrangørene hadde satt sammen et innholdsrikt og variert program – på denne måten klarte de å ivareta mange ulike perspektiver innenfor rehabilitering av barn og unge med ervervet hjerneskade. Vi fikk innblikk i tema sett fra ulike ståsteder, pårørende, helse, opplæring, lovverk og erstatningsprosessen.

Under konferansen var det også satt av tid til å samle deltakerne i regionale grupper. Dette for å bli kjent på tvers av arbeidssteder og etater, samt til å få en oversikt over det tilbudet som finnes i hver region.

Her kommer en presentasjon av et utvalg av forelesningene:
Overlege Ingrid Emanuelson fra Drottning Silvia`s Barn och Ungdomssjukus i Gøteborg. Emanuelson snakket i sitt første innlegg om forekomst og langtidsproblematikk ved ervervet hjerneskade hos barn. Hvor vanlig er egentlig ervervet hjerneskade hos barn? Ut fra tallene som Emanuelson refererer til vil tallene for hjernerystelse tilsvare 468/100.000 – d.v.s. at hvert 3. barn vil ha en hjernerystelse en eller flere ganger i løpet av oppveksten og den største forekomsten finner vi hos barn i alderen 0-4 år. Når det gjelder hjerneblødninger så rammer dette 12/100.000, de samme tallene gjelder for barn som får en alvorlig hjerneskade. Av de barna som får en alvorlig hjerneskade er det en stor prosent som opplever vansker livet ut – 60% får problemer med motorikk, minne, konsentrasjon, syn, kommunikasjon, læring og atferd. Mange har behov for støtte av spesialpedagog eller assistent i skolemiljøet. De slutter gjerne tidlig i arbeidslivet og opplever at de blir sosialt isolert. For flere av de det gjelder er det ikke mulig å si noe om konsekvensene før det er gått år etter oppstått skade.

I det andre innlegget snakket Emanuelson om hva det vil si å rehabilitere barn i sykehus. I dette innlegget vektla hun hvordan det var vesentlig å tilrettelegge miljøet slik at barnet skulle kunne fungere optimalt – bl.a. ved å la de daglige rutinene være mest mulig lik det barnet kommer til å møte når det kommer ut fra sykehuset, samtidig som det skal være rolige omgivelser med rom for hvile. Struktur og forutsigbarhet var også viktige stikkord. Noen konkrete tips:

- Barnet hører alt som sies – ikke snakk over hodet på barnet
- Sitt når du snakker med barnet/foreldrene – selv om det bare er 5 minutter skaper det ro
- Gi regelmessig hvile for sinnet – radio og TV
- Skriv dagbok – uvurderlig senere for å orientere barnet
- Struktur roer ned

Spesialpedagogisk rådgiver Elinor Hasli, Øverby kompetansesenter. Haslis innlegg hadde *"Skolen som rehabiliteringsarena – Pedagogisk tilrettelegging"* som tittel. Hasli vektla hvordan et barn som har fått en ervervet hjerneskade vil få behov for rehabilitering og at dette vil være et anliggende både for helsevesenet og skole/barnehage. Uansett alvorlighetsgrad vil barnet ha behov for ekstra oppmerksomhet når det kommer tilbake til skole/barnehage. Det viser seg likevel ofte at skolen/barnehagen har for liten kunnskap om denne typen skader og hvilke konsekvenser det kan gi. Utfordringene pr. i dag er at informasjonen mellom de ulike systemene ikke alltid flyter slik den skal til beste for eleven. Det er viktig at man sikrer at tiltakskjeden henger sammen.

Hasli har lang erfraring fra arbeid med pedagogisk tilrettelegging etter EHS og her står den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy for nevropedagogisk praksis sentralt – viser til artikkel av Hasli og Olsen i Logopeden 01.08 for utfyllende informasjon om denne modellen. Generelt kommer det fram at struktur og oversikt er viktige pedagogiske behov hos eleven med ervervet hjerneskade. Dette sammen med forutsigbarhet, forberedelse, hyppige pauser og påfyll av energi ved å endre aktivitet. Mange elver vil også ha behov for hjelp til å komme i gang og positiv oppmerksomhet fra læreren vil være svært viktig, eleven har behov for å bli hørt og sett og ikke minst trodd på.

Barnenevropsykolog Aase Tromborg og nevropedagog Lene Daugaard Pedersen fra Børn og ungeafdelingen på Vejlefjord. Tromborg og Daugaard Pedersen presenterte sitt arbeid med en familieinvolveringsmodell (Daugaardmetoden) som de arbeider etter. Denne modellen går ut på å få ressurser inn i familien heller enn å trekke ressurser ut fra familien etter ervervet hjerneskade. Gjennom å involvere familie og venner i rehabiliteringsprosessen vil man i større grad oppnå:

- at barnet får så mye rehabilitering som mulig
- at familie og venner får større innsikt i de vansker som barnet strever med og på denne måten har de større mulighet til å forstå og handle til beste for barnet
- at foreldrene får avlastning og mulighet til å ta seg av eventuelle søsken.

Det er viktig å få med at arbeidet er basert på frivillighet, men at de som skal være med forplikter seg for et halvt år av gangen.

Før oppstart er det en forutsetning at barnet har gjennomgått en nevropsykologisk utredning og at barnet følges opp av nevropsykolog/nevropedagog underveis i prosessen. I arbeidet settes det mål – disse skal være oppnåelige i løpet av 4-8 uker. Eksempel på mål som familiemedlemmer kan være med i arbeidet for å oppnå: Lære reglene i kjente spill.

Etter 4 års arbeid med Daugaardmetoden ser de at 1 ½ års arbeid etter metoden er den maksimale perioden en familie bør holde på, dette har bl.a. sammenheng med at metoden kan bli krevende for foreldre og søsken fordi det hele tiden er mange personer i huset. Tilbakemeldingene fra foreldrene som har deltatt er likevel svært positive.

Nevropsykolog Catherine Aaro Jonsson fra Barn och ungdomshabiliteringen, Frøsø strand. I Aaro Jonssons framlegg fikk vi skissert en modell som de har jobbet etter i Østersund for barn med stor traumatisk hjerneskade (TBI-traumatic brain injury).

Fase 1
Ved innleggelse i sykehus etter oppstått skade vil de fleste havne på intenvisavdeling – i denne fasen er det ikke snakk om aktiv rehabilitering.

Fase 2
Barnet kommer så over i en rehabiliteringsavdeling inne på sykehuset eller eventuelt i en overgangsbolig. I denne settingen er det rom for både rent medisinsk oppfølging og rehabilitering og det er viktig at barnet får mulighet til å gjøre det det kan i et strukturert miljø uten tidspress. Familien blir også ivaretatt i denne delen av rehabiliteringen – de trenger ofte både følelsesmessig støtte og informasjon om den skaden som er oppstått. Allerede i denne fasen blir også kontakten med barnets hjemmeskole opprettet – det vil være et behov for tett samarbeid både faglig og i forhold til å arrangere besøk fra venner.

Fase 3
De snakker her om rehabilitering i reelt miljø – hvordan følge opp når familien er kommet hjem. Det er her viktig med planleggingsmøter både med kommunen og skolen i forkant. Barnet er ofte forandret og det er først når det kommer tilbake til hjemmemiljøet at endringene blir tydelige både for barnet og alle i miljøet rundt. Det er viktig å være oppmerksom på at de barna det her er snakk om kan få problemer med nyinnlæring, sosiale relasjoner og det er ofte vanskelig for barnet å sette realistiske mål. I denne fasen er det svært viktig at både familien og skolen fortsatt får hjelp og oppbacking fra personer som har erfaring fra arbeid med barn som har fått en ervervet hjerneskade.

Fase 4
Denne fasen kalles nyorienteringsfasen – her handler det om å finne en måte å leve livet på. Sammen med barnet og foreldrene er det viktig å identifisere positive og negative nøkkelsituasjoner – at barnet skal klare seg så bra som mulig.

Som nevnt i innledningen av dette referatet var dette en konferanse som var full av spennende fagstoff for de som jobber med målgruppen. Den store og tverrfaglig sammensatte deltakergruppen er vel et bevis på viktigheten av en slik konferanse. Dere har her kun fått et kort sammendrag av noen av mange interessante forelesninger.

Karianne Berg

LOGOS

Nasjonale og internasjonale kartlegginger viser at mange norske barn, unge og voksne har lesevansker. Kartlegging av leseferdigheten er viktig, men kartleggingen må følges opp med en grundig individuell diagnostisering. **LOGOS-testen** er en diagnostisk test utarbeidet av professor Torleiv Høien.

Testen er standardisert for barn, unge og voksne. LOGOS gir omfattende opplysninger om hvilke delferdigheter leseren har vansker med, og hvilke han mestrer. Dette gir mulighet for å utarbeide et individuelt tilpasset pedagogisk undervisningsopplegg. Nyere leseforskning viser at grundig diagnostisering, kombinert med intensiv og strukturert undervisning, gir størst effekt med hensyn til framgang i leseferdighet blant lesesvake. For mer informasjon om LOGOS-testen, se vår nettside www.logometrica.com. Ta kontakt med Logometrica AS og få tilbud om kjøp av lisens og sertifiseringskurs.

LOGOS-sertifiseringskurs våren 2009

I løpet av vårsemesteret 2009 vil det bli arrangert en rekke **LOGOS-sertifiseringskurs.** Informasjon om sted og tidspunkt for kursene finner en på vår nettside (www.logometrica.com). Vi gjør oppmerksom på tilbudet om **alternativ sertifisering.**

Doktordisputas om afasi

Det er ikke hver dag det presenteres en doktoravhandling om afasi, så for fagpersoner i Norge som er interessert i dette feltet, var det en stor begivenhet når lege Frank Becker forsvarte sin avhandling for graden ph.d fredag 30. januar 2009.
Disputasen ble avholdt på Sunnaas sykehus på Nesodden, der Frank Becker har jobbet i flere år, og tittelen på avhandlingen var *«Auditory perception and language comprehension in aphasia – An event-related brain potentials (ERP) study»*. Bedømmelseskomitéen besto av professor Teija Kujala fra Universitet i Helsinki, førsteamanuensis Magnus Lindgren fra Universitetet i Lund og professor Torgeir Bruun Wyller Ullevål universitetssykehus. Kujala og Bruun Wyller fungerte som opponenter. Professor Helge J. Nordal fra Ullevål universitetssykehus ledet disputasen. Franck Becker sin hovedveileder under arbeidet var Professor Ivar Reinvang.
Det har generelt vært lite afasiforskning i Norge, og mekanismene bak språkforståelsesvansker hos afasirammede er ikke kjent i detalj, særlig ikke når de er knyttet spesifikt til norsk språk. Dette prosjektet bøter på dette, og handler kort sagt om å måle strøm i hjernen, dvs hjerneaktivitet (såkalt ERP), på afasirammede, mens de lytter til språklyder eller stavelser. Metoden gir mulighet til å studere hjerneprosesser direkte uten at testpersonen trenger å gi respons, noe som kan være en fordel for denne gruppen. Det handler om hjerneprosesser knyttet til det å oppfatte en stavelse eller å skille mellom to stavelser, men metodikken kan brukes for å studere andre språklige fenomener som morfologi eller syntaks. Doktorgradsavhandlingen har gitt mer innsikt i hvilke hjerneprosesser som har betydning for afasirammedes vansker med å forstå språk, og er en mulig begynnelse for klinisk bruk av ERP i rehabiliteringen av afasirammede. Kanskje kan man med tiden vise om ulike typer afasirehabilitering fører til forandringer av hjerneprosesser som har vist seg å være viktig for en god prognose.

Ingvild Røste

Logoped

EIDSKOG KOMMUNE
Enhet for oppvekst og læring

Vi har ledig fast stilling for logoped, inntil 100%, med tiltredelse snarest.
- Arbeidsoppgaver innen det logopediske fagfeltet knyttet til Opplæringslovens §§ 5.1 og 5.7 spesialundervisning. Stillingen følger det avtaleverket for lærerstillinger.
Det kan forventes et tett og nært samarbeid med kommunens øvrige ansatte i skoler og barnehager. Det ønskes logoped med veiledningskompetanse.

Lønn fastsettes etter avtaler og ansiennitet.

Kommunens mal for søknader skal brukes. Opplysninger finnes på kommunens hjemmeside; **www.eidskog.kommune.no** eller ved henvendelse til servicekontoret 62 83 38 00. Attester ønskes ikke innsendt, men tas med til intervju.

Ytterligere opplysninger: Logopedstillingen: Jørgen Bo Gundersen, Enhetsleder Oppvekst og læring
tlf 62 83 36 95, mob 474 63 790.

Konferanse for logopeder i privat praksis Akershus universitetssykehus mandag 26.januar 2009: Tema: møte med NAV - nye krav og rutiner

Konferansen ble arrangert av Utvalg for privatpraktiserende logopeder i NLL. Lederen av utvalg for privat praksis Ole Petter Andersen, presenterte utvalget og la frem intensjonen med konferansen:

1) Informasjon er viktig og NLL hadde fått mange henvendelser om etablering av privat praksis. Det er tilsvarende prosedyre som for enhver annen privat praksis. En privatpraktiserende logoped må imidlertid også kjenne til det regelverk han/hun er underlagt NAV og HELFO. Direkte oppgjør forplikter - slik at vi som yrkesgruppe fremstår med en yrkesetikk og en seriøsitet som er verdig en som er MNLL.

2) NLL samarbeidet med Arbeids- og Velferdsdirektoratet/ Helsedirektoratet om ordlyden av den reviderte loven, og kom med ønske om at kommunene måtte opprette en kontaktperson. Bakgrunnen for dette var problemstillingen; «Hvem er kommunen?». Intensjonen var god, men hvordan fungerer dette i praksis? Av landets ca.430 kommuner er det blitt opprettet ca. 50 kontaktpersoner.

3) Veien videre; Ole Petter Andersen leste opp spørsmål fra Laila Dåvøy datert 18.06.08 med svar fra den gang helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad. Spørsmålet som ble stilt var om statsråden ville endre praksis slik at voksenopplæring ikke ble blandet med medisinsk behandling. Brustad svarte blant annet at hun skal arbeide med oppdatering og revisjon av forskrift og takster på logopedområdet. Dernest fremgår det at hun vil vurdere muligheten for å utarbeide vilkår som gir enkelte brukergrupper rett til stønad fra folketrygden uten at kommunens tilbud etter opplæringsloven må vurderes først.

Nytt rundskriv - nye rutiner

v/Helga Rudjord, rådgiver i Helsedirektoratet /avdeling behandlingsrefusjon. Helserefusjonsområder er flyttet ut av NAV og lagt inn under Helsedirektoratet fra 1/1 2009. Ca 30 medarbeidere i Helsetjenesteseksjonen er flyttet over til Helsedirektoratet. NAV Helsetjenesteforvaltning er lagt inn under Helsedirektoratet og fått nytt navn; Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) . Områder som blir igjen i NAV;

- pasienttransport frem til 2010. Inntil da forholder klient seg til NAV lokalt for rekvisisjon til drosje.
- krav om å få dekket reiseutgifter i forbindelse med reise til og fra logoped, skal fortsatt sendes NAV lokalt
- Forvaltningsansvaret for frikortordningen er lagt inn under Helsedirektoratet, men Helsedirektoratet kjøper saksbehandlingstjenester fra NAV i en overgangsperiode Søknad om frikort skal sendes til NAV lokalt.

Folketrygdens stønadsordning ble etablert mot slutten av 40-årene. Folketrygdloven §5-10 er sekundær i forhold til opplæringsloven. De siste 20 -30 år har det pågått et arbeid for å samle alt på ett sted. I påvente av en avklaring har regelverket ikke blitt oppdatert og refusjonstakstene ikke justert. Honorartakstene fastsettes av Norsk Logopedlag

I 2008 ble det nye rutiner i HELFO og revidert rundskriv. Status pr. januar 2009 er som følger;
Folketrygdens stønadsordning;

- HOD sendte i august 2006 på høring et forslag om bortfall av folketrygdloven § 5-10
- Samme året varslet HOD i kommuneproposisjonen for 2006 at de ville legge frem en Ot.prp. med forslag til bortfall av trygdefinansiering
- Sylvia Brustad valgte likevel ikke å legge frem Ot.prp. våren 2007. Hun ønsket å se saken i en videre sammenheng.
- I statsbudsjettet for 2008 varslet HOD at de vurderte å foreta en kartlegging av logoped - og audiopedagogtjenestene i de kommunene og se på finansieringsordningen i denne forbindelse.
- I statsbudsjettet for 2009 har HOD varslet at de ville sette i gang en kartlegging i samarbeid med Kunnskapsdepartementet og i denne sammenheng vurdere finansieringsordninger.

I 2006 var det 4794 personer som søkte hjelp fra logoped og audiopedagog.. Det ble utbetalt refusjon til ca. 350 logopeder og 30 audiopedagoger. Folketrygdloven § 5-10 omhandler «Behandling for språk og taledefekter». Nærmere bestemmelser er gitt i forskrift til $ 5-10. Forskriften sier at i den utstrekning det offentlige yter stønad etter andre lover, ytes det ikke stønad etter denne forskrift.

Hovedtrekk ved regelverket

- Stønad gis til undersøkelse og behandling for språk - og talevansker.
- Behandlingen skal være rekvirert av lege som ledd i behandling av sykdom eller etterbehandling av sykdom
- Det må foreligge forhåndstilsagn fra HELFO
- Det kan gis stønad for opptil 25 behandlinger, og det kan gis ytterligere stønad ved fornyet søknad.

Stønaden

- Refusjonstakster fremgår av forskriften
- Honorartakster fastsettes av Norsk Logopedlag og fremgår av vedlegg 1til § 5-10

Folketrygden dekker utgiftene fullt ut for hørselshemmede og ved alvorlige lidelser som krever langvarig behandling. Med virkning fra 15.04.08 får alle som fyller vilkårene for stønad dekning etter honorartakst. Dette er midlertidig ordning i påvente av revisjon av forskrift og takster.

Nye rutiner i HELFO

Den 01.09.07 overtok HTF ansvaret for søknader om forhåndstilsagn. Det ble avdekket ulik praksis ved NAV lokalt mht. etterlevelse av kravet til vedtak i kommunen. For å skape en enhetlig praksis på landsbasis, ble det vedtatt å skjerpe inn kravet til vedtak i kommunen. Ultimo februar 2008 ble det sendt info til landets kommuner med anmodning om kontaktinfo. Enhetlige rutiner ble iverksatt 15.04.08. Februar 2008 ble en uformell arbeidsgruppe nedsatt. Oppdraget var å bistå AV- direktoratet med innspill til endringer i rundskrivet og i regelverket for

øvrig. 15.04 08.: Revidert rundskriv trådte i kraft. Praksisendringer ble klarert med HOD.

De viktigste endringene;
- Faktiske feil og uheldige formuleringer er rettet opp.

Bedre informasjon om hva som ligger i «språk og talevansker» og hvilke grupper som har nytte av behandling hos logoped og audiopedagog.
- Honorartakst til alle som har rett til stønad
- Forenkling mht. hva HELFO skal vurdere ved forhåndstilsagn (tidsbruk og behandling i dobbel tid)
- Nye rutiner mht. vedtak i kommunen er innarbeidet.
- Det ble varslet innstramming i praksis vedrørende logopedtjenester som gis i tilknytning til spesialisthelsetjenesten.

Utfordringer ved dagens regelverk og praksis
Forholdet mellom Opplæringsloven og Folketrygdloven: Logopedtjenester ligger i grenselandet mellom helse og undervisning og er ikke forankret i helselovgivningen. Tjenestetilbudet hos privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger er ikke regulert gjennom avtaler med det offentlige. Vilkår for stønad bør gjennomgås. Skal f.eks. kravet til uttalelse fra spesialist opprettholdes?
- Fastsettelse av takster - problematisk at trygden refunderer etter takster fastsatt av Norsk Logopedlag
- Beregning av stønad ved full dekning er ikke regulert i forskrift - ikke samsvar mellom refusjons- og honorartakster

Endringer i 2009
Innstramming av praksis fra 01.01.09: Det gis ikke stønad etter folketrygdloven når logopedhjelp gis i regi av spesialhelsetjenesten f.eks. under opphold i rehabiliteringsinstitusjoner. Begrunnelse; Logopedhjelp som gis i regi av helseforetak eller rehabiliteringsinstitusjon, skal finansieres av helseforetak/institusjonen.

HOD har presisert at praksis har vært i strid med forutsetningene for refusjonsordningen.

Veien videre
Helseministeren besvarte to skriftlige spørsmål fra stortinget vedr. logopedhjelp i 2008; De nye rutinene - forholdet mellom voksenopplæring og medisinsk behandling.
- Behandling hos to logopeder samtidig i begge svarene varslet han at HOD vil iverksette et arbeid med sikte på revisjon og oppdatering av forskrift og takster
- HOD har til hensikt å starte et utviklingsarbeid i 2009.

Elektronisk arbeid
Nav utviklet i perioden 2003 til januar 2007 et nytt system for å håndtere refusjonskrav fra ulike samhandlere.
KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) ble tatt i bruk av leger i 2004. Deretter har helsestasjoner, poliklinikker, private laboratorier og røntgeninstitutter, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, og tannleger gradvis blitt faset inn i løsningen. KUHR er ikke tilrettelagt for logopedoppgjør, og det er pr i dag ikke satt av midler til dette.

Nettsider for logopeder
HELFO skal utarbeide egne nettsider som skal ivareta kommunikasjon mot brukere og samhandlere. Inntil www.helfo.no er ferdig utviklet , vil www.nav.no bli benyttet som tidligere.

Erfaringer i forhold til individuell refusjon.
v/ Elin Tvedt Gundersen, rådgiver, juridisk avdeling i HELFO (Helseøkonomiforvaltningen)

Hva er HELFO?
Har 500 ansatte, fordelt på 6 regionkontor, servicekontor og hovedkontoret. HELFO har ansvaret for direkte oppgjør og kontroll av 20 000 behandlere. HELFO behandler alle krav på helsetjenesteområdet med unntak av frikort/egenandeler og reiser etter Pasientrettighetsloven.

Saksbehandling
Søknad om refusjon sendes Regionkontoret i den region brukeren er bosatt. Regionkontoret fatter vedtak og gir garanti for behandlingen. Vedtaket sendes brukeren. Er det kjent hvilken logoped som skal behandle sendes henvisningen til denne ellers sendes henvisning og vedtak til brukeren. Logopeden sender kravet om direkte oppgjør til HELFO Region Øst, som er oppgjørskontor for alle logopedene som har inngått oppgjørsavtale med HELFO.

Regionens erfaringer i forhold til garantier og individuell refusjon
Samarbeidet med logopeder/audiopedagoger oppleves bra. Ny praksis /forvaltning av nye retningslinjer har gått seg til. Forholdet til kommunene er bedre, mye takket være logopedene /audiopedagogene.

Erfaringer i forhold til direkte oppgjør.
v/ Anita Valnes, Seksjonssjef Oppgjør, HELFO, region Øst

560 logopeder /audiopedagoger har avtale om direkte oppgjør. Oppgjør for logopeder /audiopedagoger er nasjonalisert til region Øst.
Det er en generell bedring i oppgjørene og foreldede regninger forekommer sjelden.
Det som må bli bedre er;
- utfylling av samleregning og enkeltregning
- behandling før henvisningsdato
- mye bruk av hjemmebehandling
- forståelse av lovverket

Logopedens enkeltregning skal skrives på blankett NAV 05 -10.05. Samleregning, vedlagte enkeltregninger ordnet alfabetisk, skal sendes HELFO en gang i måneden. Logopeden / audiopedagogen har ansvar for at de opplysninger vedkommende gir HELFO, er korrekte og fullstendige. Regningen skal inneholde alle opplysninger som er nødvendige for å avgjøre kravet. Logopedens / audiopedagogens utstedelse av regninger skal skje på en slik måte at kontrollen av oppgjøret og grunnlaget for dette ikke vanskeliggjøres.

Hvordan kommunen skal håndtere melding om logopedisk behov i forhold til pålagte rutiner
v/ Kirsti Haglund, fagkonsulent fra Voksenopplæringen Oslo kommune

Behandling av søknader, ny ordning
Søknader om logopedi og audiopedagogisk behandling sendes kommunen. Ikke refusjon før det er vurdert om kommunen kan gi tilbud i følge opplæringsloven. Søknadene registreres i datasystemene og overføres elektronisk til aktuelt VO senter. For Oslos vedkommende er dette Skullerud eller Aasen. Søkerens bostedsadresse bestemmer hvilket VO senter det skal sendes til.

Brev om mottatt søknad går til søker og/eller innsøkende instans (angis på søknadsskjema). VO senter gir avslag eller gir selv behandling til søkeren. Logopedisøknader haster og de blir registrert samme dag og sendes umiddelbart Åsen VO eller

Skullerud VO. Søknadsskjema ligger på www.oslovo.no og skjemaet heter «Spesialundervisning på grunnskolens område».

Vårt ansvar er å finne tilbud. Primært skal brukeren ha et tilbud senest 14 dager etter at søknaden er mottatt. Haglund oppfordret oss til å ringe hvis vi opplever forsinkelser. Voksenopplæringen har ikke mange nok logopeder til å ta hånd om alle. Det er behov for privatpraktiserende også. I følge Opplæringslovens § 4-2 har alle rett til å søke hjelp den våren de er ferdig med videregående skole.

Hvorfor vi bør arbeide for likestilling mellom Opplæringsloven og Folketrygdloven
v/Ole Andreas Holmsen, leder av NLL

Holmsen innledet med at t de to lovene må bli likeverdige. Det må klargjøres hvilke ansvars- områder lovene skal dekke. Historisk har logopedien vært tilknyttet skoleverket i 60 år. Denne tilknytningen har vært diskutert siden 1948. Helsedepartementet måtte ta ansvar og etablerte RTV-avtalen for å gi brukere som falt utenfor skoleverket et tilbud. Denne ordningen har overlevd flere reformer.

Det må ligge en lovhjemmel i bunn. Uten den blir det opp til hver enkelt kommune å avgjøre hva slags tilbud brukeren ska få. Opplæringsloven må vi kjenne til. Den er primær i forhold til folketrygdloven. Avgrensingen er vanskelig. Helsemyndighetene vil helst ikke betale for noe som ikke er deres ansvar. Skolemyndighetene vil ikke betale for noe som ikke er deres ansvar. Her sier helse at lese og skrivevansker er noe skolen skal ta seg av. Det er ingen enkel diskusjon og avgjøre hva som hører hjemme hvor. Som fonologiske vansker, stemmeleppeknuter o.l.

I Sverige er logopeden helsearbeider mens talepedagogen jobber i skoleverket. Ønsker vi denne løsningen? Todeling har vært NNLs dilemma i alle år. Holmsens spørsmål er om det er mulig å unngå en todeling. Hvem skal eventuelt avgjøre hva som er helse og helsens oppgaver, og hva som er skole og skolens oppgave?

Norge og Danmark har valgt å legge logopedien til skolesektoren. Forøvrig i Europa er den lagt til helsesektoren. Store deler av logopedien hører ikke hjemme i skoleverket. NLL har hatt jevnlige møter med Helsedepartementet, mens det har vært lite kontakt med Kunnskapsdepartementet. Holmsen hadde derfor forventninger til et forestående møte som nå er avtalt med dette departementet.

Er det nødvendig å arbeide for en klargjøring? Hva skjer når 400 logopeder snart når pensjonsalder? Hva skjer med stillingene? De kan bli borte uten lovhjemling. Holmsen fremhevet at vi som logopeder må gi brukerne et tilbud som de kan profitere på og som gir dem en bedre livssituasjon.

Vi har skjøvet brukerne foran oss. Skal de få det de har krav på, er dagens tilbud ikke godt nok. NLL ønsker at Opplæringsloven og Folketrygdloven likestilles. Dette vil sikre alle brukere et godt behandlingstilbud utført av logopeder.

Referent Gry Sandland, logoped MNLL

FALCK IGEL
Kommunikasjon
Kognisjon
Varsling

NYHET!

Nå er LightWriter SL40 her!

LightWriter sier det du skriver

- Lett og brukervennlig meny med mange nye funksjoner
- Ordprediksjon og lagrede setninger
- Velg kvinne eller manns stemme
- IR- omgivelseskontroll
- Innebygget SMS- funksjon

Vi har et stort spekter av kommunikasjonsløsninger:
Micro Rolltalk – Lite talehjelpemiddel med store muligheter. Kan brukes med én hånd.

Stemmeforsterkere- forsterker svak, men tydelig stemme til et normalt samtalenivå.
Vil du vite mer? Se vår hjemmeside eller ta kontakt.
Velkommen!

Vi jobber med hjelpemidler – det handler om mennesker

Falck Igel AS – Tlf 37 14 94 50 – post@falckigel.no – **www.falckigel.no**

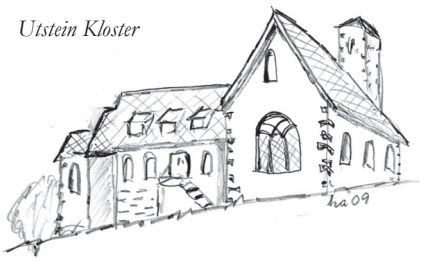
Klosterkurs 2009

”Stammebehandling i tiden” var kurstittelen på årets Klosterkurs. Logoped MNLL Gro Hartveit fra Statped Vest oppfylte til fulle kursdeltakernes ønske om en innføring i metodikk og behandling av barn, unge og voksne. Hun ga oss en kort repetisjon av årsaksforhold til stammeadferd og kommunikasjonsaspektet ved stamming.
En lydhør forsamling fulgte foreleserens in-

Gro Hartveit

nføring i hennes diagnostiseringsmetodikk. Et omfattende behandlingsprogram ble og presentert. Målet var å styrke selvtilliten, øke følelsen av mestring, ha glede av å snakke og

Utstein Kloster



derigjennom redusere stammeangsten.
Hun fokuserte også en del på terapeutens adferd, både verbalt og som støttende person. Innføring i Botterill/Burns løsningsfokuserte språkbruk var tankevekkende. Bruke utsagn som ser etter endring i framtid.

Lørdag 17. januar var andre kursdag. Som vanlig er den satt av til Work Shop. Det er kortere forelesninger/presentasjoner av inntil en times varighet. Her har vi lykkes med å få logopedkolleger i Rogaland til å bidra med egen kunnskap og/eller egne erfaringer. Dette fungerer utrolig fint og er for mange den første arena å vise seg fram på.
I år var det logoped MNLL Torill Gyland som var først ute. Hun delte sine erfaringer fra arbeid med et barn med taleapraksi. Fra undringen hva dette kunne være for noe, til diagnosen blir stilt og etter det et metodisk arbeid gjennom flere år.

Logoped MNLL Solveig Røskar hadde som tema å presentere enkle spill som kan virke motiverende i arbeidet bl.a. med artikulasjonsvansker. Solveig har lang logopedisk erfaring i arbeid med barn. Det var en utrolig fin opplevelse å ta del i hennes enorme mengde med praktiske aktiviteter. Ofte hadde disse utspring i kommersielle spill som hun hadde laget om til å passe i behandlingssituasjonen. Et forretningstalent burde se muligheter i å få produsert
ideene hennes.

Alle overnattingsrommene på Utstein Kloster Hotell var i bruk, noe som tyder på at Klosterkurset er et arrangement som aktive logopeder gjerne vil ha med seg.

Helge Andersen

Solveig Røskar

Årsmøte 2008 – Rogaland Logopedlag

Årsmøtet 2008 i Rogaland Logopedlag valgte Inger Flatekvål Lea til ny leder.
Utenom vanlige årsmøtesaker, var det særlig logopedsituasjonen i fylket som opptok årsmøtet. En mente at Norsk Logopedlag må ha sterk fokus på å øke utdanningen av flere logopeder. Norsk Logopedlag var representert med nestleder Gro Hartveit, så oppmodningen fikk kort vei.

Årsmøtefesten med herlig mat, god drøs og mye sang ble ledet av Ann Tove Ness. Hun ga ordet til Per Gunnar Stornes som på festlig måte overbrakte hyllest og takk til avtroppende leder Helge Andersen. Per Gunnar trakk fram brokker av Helges tid som tillitsvalgt helt tilbake til 1975 – da Rogaland Logopedlag var en del av den geografisk omfattende Agder/Rogaland distriktsgruppe – og fram til i dag.
Med nærmere to tredeler av lagets aktive logopeder som årsmøtedeltakere, kan vi fastslå at kombinasjonen årsmøte – Klosterkurs for tolvte gang er en suksess.

Helge Andersen

Helge Andersen og Inger Lea

Vi trenger ditt tips!

Hvor er katten?

Spørreundersøkelsen på Landsmøtet viser at medlemmene er fornøyde med Logopeden og gjerne vil ha logopedisk tips. Nå etterlyser bladet tips fra oss og nevner i den forbindelse at det kan være materiell vi bruker. Det inspirerte meg til å fortelle om "katten".
Jeg har ikke veldig mye pedagogisk materiell, men noen av de blå eskene fra Spesialpedagogisk forlag (Norli) bruker jeg veldig ofte. Av spill jeg liker godt kan jeg nevne "Fonologisk vendespill", "Setningsvendespill", "Enkle setninger", "Terningspill til sprogstimulering" og altså "Hvor er katten?" I tillegg blir bildene til "Praxisalfabetet" (Pedagogisk design, Sverige) mye brukt.

Få av disse spillene brukes helt som foreslått i bruksanvisning, men alle brukes sammen med "hvor er katten".

I "hvor er katten" ligger en magnetplate som kan bøyes. Når den settes i eskelokket har vi laget en vegg mellom oss. Der kan vi feste mange bilder med små magneter og så har vi spørrespillet "fisk". Små magneter kjøpes i hobbybutikker. Å spille med magnetene på tavla gir en helt annen spenning i spillet enn når vi har memory eller lotto. Ungene liker å holde på med magnet, de har noe som er hemmelig og skjult for meg, og de har mulighet for å planlegge spillet litt fordi de har oversikt over alle bildene sine. For meg er dette spillet enda bedre enn lotto og memory fordi barna er nødt til å benevne det de skal spørre etter. Holder vi på med ord som er litt ukjente, vil de stadig få dem repetert når jeg spør etter dem.

Vi setter opp platen mellom oss, deler ut fire til seks kort hver og setter dem fast med magnetene. For små barn er det vanskelig å holde en bunke med kort, og magnet-tavlen gjør det derfor mulig for dem å være med å spille "fisk". Resten av kortene ligger i bunke på bordet. Det er lurt å bruke mer enn 20 kort, ellers blir spillet fort ferdig. Har vi fått to like, legges disse til side som par og vi ser på dem og benevner hva vi har fått par av. Så begynner vi å spørre med hele setninger "har du…..". Noen ganger er det **enkeltord** det spørres etter, andre ganger bruker vi kort med **setninger** eller kort fra **"terningspillet"** hvor det er både farge, mønster, klesplagg, kjønn og aktivitet som kan beskrives. (Disse kortene er bare i lotto-eksemplar, men til eget bruk tar jeg ofte kopier for å få to og to like). Ulike kort brukes alt etter hva vi vil trene spesielt på.
Har den som ble spurt kortet, må spørreren få det. Vi kan legge inn at han skal si "kan jeg få det?". Har han det ikke, svarer han "fisk" og den som spurte trekker fra bunken på bordet. Dersom han skulle trekke det han spurte om kan han spørre igjen. Trekker han et annet kort han har fra før, er det den andre sin tur å spørre. Dersom den som spør får kortet han spurte etter, kan han fortsette å spørre. Jeg har mulighet til å styre spillet slik at barnet vinner ved at jeg ikke spør etter kort jeg trekker og som barnet har spurt om tidligere. Jeg kan også styre at jeg spør etter bilder/ord som er lette og barnet må spørre etter for eksempel bilder med k-lyd eller r-lyd hvis det er det vi øver på.

I tillegg til å bruke bare kort, kombinerer jeg "praxisalfabetet" (bilde av bokstavenes lyder) med magnetbokstaver. Da legger vi bildene inni magnetbrettet og har bokstavene opplinjet utenfor, - eller motsatt. Etter hvert som vi trekker alfabetkort skal vi finne riktig bokstav og matche dem på tavla. Det er ikke spillelement i denne aktiviteten, men mange av de barna som i løpet av første klasse ikke har koblet lyd og bokstavsymbol sammen, er passe modne til å like slik aktivitet i seg selv.
Magnettavlen og kortene kan brukes som et ordforklaringsspill. Dekk sidene med like kort og forklar hver deres gang et av bildene uten å si navnet på det. Den andre skal gjette hvilket bilde vi forklarer. Da kan vi øve inn å bruke begreper innenfor farge, form, laget av…, brukes til…, brukes av…., brukes hvor…, ligner på…. Dette spillet er som 20 spørsmål hvor vi skal forklare noe i rommet. Førskole- og små skolebarn strever med å klare det. Det er mye lettere for dem når de har et visst antall bilder å se etter både når de forklarer og når de gjetter. For lenge siden fantes dette spillet i en eske som het "svar først" og jeg mener å ha sett en lik eske i en butikk nylig med navnet "gjett hva". Med disse magnettavlene kan vi altså lage spillet selv. Vi kan også legge mange bilder ned på bordet og begynne å forklare eller vi kan kopiere et visst antall bilder og ha arket foran oss på bordet.

"Hvor er katten" er et spill som i tillegg til å kunne brukes sammen med mange andre kort på magnettavlen, også har mange spill-mulighet i esken. Det er i utgagnspunktet et kommunikasjonsspill. I esken ligger to og to like A4 bilder som skal settes opp på platen. Vi trekker så et bilde av deler av det som er avbildet, setter en magnet-katt (disse ligger i esken – derav navnet på spillet) på det store bildet og spør "hvor er katten?" Nå skal vi bare gjette, og selv om dette høres veldig lite spennende ut, så liker små barn det. I esken ligger gjettebilder innenfor ulike tema. Det er stue, kjøkken, soverom og bad. Det er forskjellig klesplagg, frukt og grønnsaker, former, motsetninger og mønstre. I spillet ligger også fire detaljrike tegninger fra en strand, by, dyrehage og bondegård. Disse brukes som kommunikasjonsspill. Vi sitter med hvert vårt bilde og blyant. Enten kan vi hver vår gang benevne noe i bildet og sette ring rundt det eller vi kan forklare hvor vi går ved å tegne veien. Den siste er vanskeligere og krever at vi forklarer skikkelig og ikke minst spør underveis hva forklareren mener. Slike spill finnes også i Språkverkstedet (Norli) som er et annet materiell som gir mye igjen for pengene.

Oppsummert kan jeg si at det jeg liker best med dette spillet er magnettavla og hvis du ikke tror du trenger alle de tema og bilder som er oppi, kan du kjøpe magnetplater, sterk teip og magneter. Teip platene sammen, sett dem oppi et eskelokk og bruk alt det bildemateriell du allerede har. Lykke til med spill og kommunikasjon.

Hilsen Inger Flatekvål Lea
Logoped MNLL

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.

Skattekisten; logoped Inger Jordell

Inger Jordell er en engasjert logoped som fordyper seg i de logopediske emnene hun arbeider med. Som ferdig utdannet arbeidet hun ved Dysleksiseksjonen på Bredtvet, og fra 1994 har hun jobbet som logoped i Bærum kommune
Jeg har en spennende jobb som logoped ved Haug skole og ressurssenter. Haug skole er en spesialskole. Ressurssenteret yter tjenester innad, men også for PPT, barnehager, skoler og foreldre. De første årene fikk jeg mye lese- og skriveproblematikk. Nå får jeg ofte sammensatte saker, som i de siste 2-3 årene i stor grad har dreid seg om oralmotoriske vansker og artikulasjonsvansker.

Inger organiserer arbeidet slik at noen barn kommer sammen med foreldrene til henne på Haug skole på ettermiddagstid.
Foreldrene er viktige i oppfølgingsarbeidet mellom logopedtimene. Lærere skifter, og har mye og mange å tenke på, foreldrene er der hele tiden. Barn trenger støtte, de skal ikke ha eneansvar for øving og endring. Så da kan logopedisk behandling like gjerne bli et samarbeidsprosjekt i heimen!

Inger nyter godt av kommunens stipendmidler. De har ført henne og en kollega to ganger til Michael Palin Centre for Stammering Children i London, og med flere kolleger til Dyscovery Centre i Wales hvor dyspaksi er i fokus.
- men det meste jeg har lært om dyspraksi, har jeg lært av en gutt som jeg har møtt nesten ukentlig siden han gikk i 4. klasse. Nå går han i 10.)

Turen har også gått til Gøteborg, der hun ble kjent med oralmotorikk - et område som ser ut til å ligge litt i dvale hos oss, til fordel for en fonologisk tilnærming. Her forteller Inger mer om egen bakgrunn, og erfaringene fra kurset med Sara Rosenfeld-Johnson:
Å øve språklyder med tunga ute, er ute!

Da jeg var ferdig utdannet logoped for 20 år siden, var min selvforståelse som yrkesutøver ikke så veldig klar, bortsett fra at jeg "aldri" kom til å ta i en spatel.
Det jeg brukte, var mine språklig-fonologiske briller, og med dem på nesen møtte jeg dysleksi og forsinket fonologi og var såre fornøyd. De gangene jeg måtte forholde meg til artikulasjon, gjorde jeg det samme som mine kolleger. I nøden kan man vel herme? Siden jeg aldri fant forbindelsen mellom tungeøvelser og artikulasjon, var jeg lenge mest opptatt av å gjøre minst mulig. Barn utvikler seg jo? Så sitter jeg plutselig med et ekstra par briller på nesen, har ranselen full av spatler, og lurer på om ikke tyggegummigodtgjørelse burde komme med på lønnsslippen. Hva har skjedd?
Sist vår var jeg eneste norske deltaker på kurs i regi av Mun-H Center i Sverige. Foreleseren var fra USA, og temaet var oral-motorikk. Jeg satt og lyttet med mange barn i tankene: de som fortsetter å snakke utydelig, barnet som lærte /r/ først i en alder av 13 år, som sikler, som er nasal, som har dyspraksi, munnpusteren… alle elever i normalskolen.

Sara Rosenfeld-Johnson (SRJ) er først og fremst kliniker. Hun har arbeidet med oral-motorikk i mer enn 20 år, og møtt klienter fra spedbarn til aldrende. Hun har møtt en tilsvarende bredde i problemområder, fra forsinket utvikling til ulike syndromer til trafikkskadde. Et av målene i hennes praksis er klarere tale, og målsettingen for kurset var også klart, beskrevet som læringsutbytte i 5 punkter. Nå skal jeg redegjøre for dem, etter tur.

1. Å bli fortrolig med hva som er normal og unormal utvikling av oralmotoriske ferdigheter.
Talen "vokser ut av " det munnmotoriske arbeidet barnet er i gang med fra det ammes, til det ved 2-3 års alder kan tygge og svelge med godt utviklet bevegelse i tungen, *sammen med integrerte bevegelser i kjeve og lepper.* Jeg skriver i kursiv, for allerede her begynte mitt perspektiv å utvide seg. Stikkordet er dissosiasjon, eller frigjøring: hodet fra kroppen, kjeven fra hodet, lepper og øyne fra kjeven og til sist tungen fra kjeven. Uten dissosiasjon oppnås ikke tilstrekkelig stabilitet, slik at større muskelgrupper må hjelpe til i det som SRJ kaller "fin finmotorikk": tale.

Vi fikk en detaljert beskrivelse av hvordan barnet utvikler spiseferdighetene, og det er tydelige paralleller mellom motorikken som ligger til grunn for den utviklingen, og de konkrete tiltakene som ble beskrevet senere i kurset.
I sammenhengen spise-tale ligger også begrunnelsen for å anvende "feeding" som et likeverdig element i SRJ's behandling, men og begrunnelsen for tidlig intervensjon der vi vet at barnet starter livet med svake forutsetninger.

2. Å lære diagnostiske teknikker for å vurdere klienter med oralmotoriske vansker.
Jeg, og flere med meg, har hatt en tendens til å betrakte klienter ut fra hva de klarer å gjøre med tungespissen – *utenfor munnen.* Men hvis målet er å arbeide med *språklyder,* hvorfor da vurdere noe som *ikke* skjer når vi snakker? spurte SRJ. Å flytte tungespissen fra side til side *på jekslene* derimot, uten større bevegelse i kjeven, viser ikke bare dissosiasjon kjeve-tunge, men og at tungen klarer å holde seg tilbaketrukket (tungeretraksjon), og det er i alle fall en viktig forutsetning for klar tale, om enn ikke en typisk "snakke-bevegelse". SRJ viste en måte å sjekke kjeve-styrke og -stabilitet på, med instrumenter ("bite-blocks") som hun har utviklet. I hennes hierarkiske tilnærming, er stabilitet og tilstrekkelig styrke i kjevemuskulaturen basis for videre trening. Tungespissen kommer aller, aller sist!

Vi har fått et par nye diagnostiske hjelpemidler i tillegg til Norsk Logopedlags språklydsprøve, ORIS og NOT-S, den ene omfattende og den andre kort. Det jeg har savnet, er sammenhengen mellom funnene, og betydningen funnene har. Kurset ga meg en praktisk-teoretisk ramme, og med den i bagasjen, har jeg begynt å hente mer ut av disse prøvene, ikke bare en beskrivelse. Og ikke minst utvikler jeg stadig blikket i møte med barna.

3. Å forstå sammenhengen mellom den enkelt språklyd og tilsvarende spesifikke oralmotoriske ferdighetsnivå.
Gammel kunnskap om trange og åpne vokaler ble vakt til live i Sverige. Da jeg lærte at kjevemuskulaturen må kunne klare å gradere åpningen på kjeven, fra trang til åpen, skjønte jeg mye mer av hvordan vokalene dannes. Leppefasong, ja vel, men hva med kjeveåpningen? Hold hånda løst under kjeven, og kjenn selv! Jeg skrev en gang i dette bladet om en elev som brukte 5 vokaler. Hvordan ville jeg ha møtt han i dag, mon tro? Han manglet bl.a. /u/, som SRJ gir følgende karakteristika: trang kjeveåpning, tilbaketrukket tungeposisjon, bakre tungeside flat, åpne lepper. Mulig noe må modifiseres siden våre vokaler avviker fra engelskspråklige, men noe er sammenlignbart. Så her er /k/ i et noe utvidet perspektiv: åpen kjeveåpning, tilbaketrukket tunge, tungespiss ned, åpne lepper, ingen fonasjon.

4. Å bli vist et integrert program for oral-motorisk intervensjon.
Et fremmedartet punkt i SRJ's intervensjon, handler om "feeding". Hun betrakter det som viktig, så viktig at det er sidestilt med de andre to elementene i programmet: muskel-trening og direkte arbeid med språklydsproduksjonen. Når utgangspunktet er at de muskulære forutsetningene for talen dannes gjennom spisingen, sier det seg selv at det ligger mye trening i nettopp det å spise, vel og merke hvis man vet hva man vil oppnå og hvordan. Det er fristende å tenke at "feedingen" er for de aller yngste, eller de aller svakeste. Men når barnet tygger med åpen munn og søler med maten, kan det være kort vei til sosial stigmatisering i skolen. Hvem hjelper da?

Jeg har laget diverse tungegymnastikkprogram de senere årene. Men hvor mye og hvor lenge og når er det nok? I flg SRJ, er det ikke nødvendig med mer styrke og utholdenhet i noen av musklene enn hva en normal 4-åring klarer. Som nevnt under pkt 2, mener SRJ at kjeve-stabilitet og -styrke et nødvendig grunnlag i enhver intervensjon. Når kjeven klarer sitt, i de trangeste posisjonene, følger i tur og orden lepper og tunge, parallelt med fortsatt arbeid med kjeven. Den skal være like sterk og utholdende i alle åpningsgrader. For det er et kritisk steg mellom korrekt kjeve- leppe- og tunge-posisjon og språklydsproduksjon. Det vil si, språklydsproduksjon i *sammenhengende tale*. Da trengs ikke bare styrke, men og utholdenhet, og oppskriften heter repetisjoner.

Muskelarbeidet hviler imidlertid på en viktig forutsetning: at klienten opplever taktil og kinestetisk feedback. Så vi kommer ikke utenom sensorisk stimulering og normalisering i munnhulen og på tunga – et kapittel jeg fortet meg forbi i en bok jeg anskaffet en tid tilbake. (Det var det med spatler og sånt.)

Den andre kursdagen handlet om behandling, med vekt på hvordan man kan bruke taktil støtte. Også de klientene som klarer mye med visuell støtte og verbale forklaringer, kan ha nytte og glede av mer basale tilnærminger. Og så er det forførerisk gøy å ta fatt på såpebobler, sugerør, knapper i tråd, spatel med mynter som vekt-lodd, små blåseinstrumenter og tyggis. Men stopp! Enhver liten øvelse er satt i et system, hierarkisk, med klar målsetting, og med tydelige kriterier for når man kan gå videre. Når stegene er små, og de kan gis konkrete og kvantitative beskrivelser, blir det mange seire!

5. Å gi hver deltaker en "working base", slik at den enkelte kan utvikle individuelle oralmotoriske tiltak for de klientene man faktisk møter.
Man må kanskje være fra USA for å våge en så ambisiøs målsetting? Wel, for å si det på amerikansk, kurset er godkjent som kompetansegivende for amerikanske logopeder. Fordi jeg må forholde meg til barn med spesielle munnmotoriske problemer for tiden, var nytteverdien enorm. Jeg har fått et kart å navigere etter, og ikke minst fikk jeg praktiske tiltak. Vi rister kanskje litt på hodet av den amerikanske stilen med "programs", men jeg har valgt å anskaffe en del av de taktile hjelpemidlene SRJ har utviklet, nettopp for å følge hennes programmer der jeg ser det kan være tjenlig. De er tross alt gjennomprøvd, og det er ikke nødvendig å tråkke stier der andre har laget en vei?

Er jeg så tilbake der jeg begynte, med å herme? Jeg mener nei, selv om jeg bruker manualen vi fikk, flittig. For dette handlet ikke om å lære seg triks, men å vite hvorfor man positivt velger de tiltakene man velger. Kurset har gitt meg større trygghet i møte både med barn og foreldre, for det er noe helt annet å kunne gi veiledning og behandling basert på utvidet innsikt - i motsetning til tradisjon. Og dette ønsker jeg å dele med logopedkolleger! For å sitere SRJ i et forord: "How sad it would be if I were the same therapist today that I was six years ago". Velkommen til kurs!

Litteratur.

Jeg har anskaffet noen bøker via 2 nettbaserte firma.
Talk Tools er firmaet som SRJ startet, Superduper har alt hva en (engelskspråklig) logoped kan ønske seg.

Talk Tools. Innovative Therapists International.
www.talktools.net

Sara Rosenfeld-Johnson:
• Assessment and Treatment of the Jaw
• The Drooling Program

Jennifer L. Stephens:
As they grow. Motor Development from birth to six

Pamela Marshalla:
Becoming Verbal with Childhood Apraxia

Super Duper Publications. www.superduperinc.com

Pamela Marshalla:
• Oral-Motor Techniques in Articulation & Phonological Therapy
• How to Stop Drooling

Inger Jordell, Logoped MNLL
inger.jordell@baerum.kommune.no

- Yrkesetikk, takk!

De må vite hvem de går til

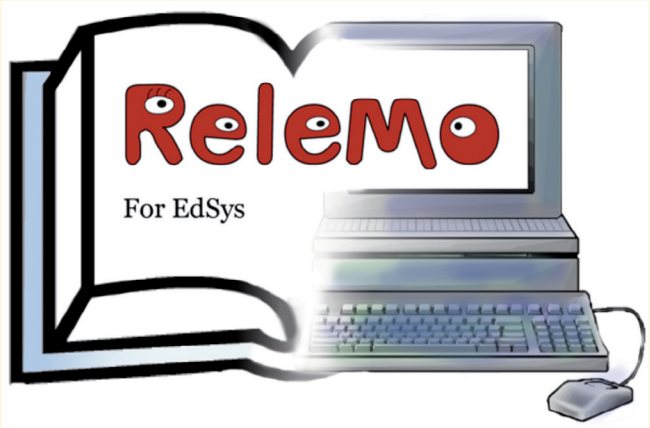
Hvem er egentlig logoped? Er det den som har fullført og bestått en logopedutdanning, eller er det den som er ansatt i en logopedstilling? Vi vet godt at det er mulig å være logoped uten å være ansatt i en logopedstilling. Det er for eksempel mange som er ansatt som spesialpedagoger, rådgivere el.lign, og likefullt er de selvfølgelig logopeder, og dermed er det altså ikke stillingsbetegnelsen som avgjør hvem eller hva vi er. Må en da ha fullført og bestått en logopedutdanning for å regnes som logoped? I en ideell verden, ja, men ikke nødvendigvis her til lands. Tittelen logoped er som kjent ikke beskyttet i Norge, og hvem som helst kan i praksis kalle seg logoped. Det er kanskje ikke veldig vanlig at personer uten fullført og bestått logopedutdanning kaller seg logopeder eller jobber som det, men jeg er ganske sikker på at det forekommer. Som leder for Yrkesetisk råd har jeg fått noen signaler om det uten at jeg har noen navn eller andre ledetråder til hvem det kan være. Spørsmålet blir likevel hvor alvorlig det er og hva vi evt. kan og bør gjøre med det.

Selvfølgelig er det alvorlig i den forstand at personer uten relevant utdanning skal foreta vurderinger og ta avgjørelser som de ikke har full oversikt over, og spesielt alvorlig blir det, når det er mennesker som er gjenstand for det som blir gjort. Når brukerne av tjenesten tror at "logopeden" har nødvendig kompetanse, blir de i praksis lurt til å stole på noen som ikke er til å stole på, og dette blir vanskelig å forsvare etisk. Norsk Logopedlag har formelt bare én måte å håndtere dette på, nemlig å nekte personer uten nødvendig kompetanse, medlemskap i NLL. "Logopeder" uten logopedisk utdanning har derfor ingen juridisk mulighet eller rettighet til å kalle seg Logoped MNLL. Ut over dette mangler vi verktøyer for å komme problemet til livs. Er det å kunne nekte noen medlemskap i Norsk Logopedlag et sterkt og virkningsfullt verktøy for å sikre at alle som kaller seg logopeder, har de nødvendige kvalifikasjoner? Neppe. Hvem som helst kan jo fortsatt kalle seg logoped, og hvem som helst kan søke og sogar bli ansatt i en logopedstilling. Og brukerne av tjenesten vil sannsynligvis ikke avsløre bløffen. Behovet for beskyttelse av tittelen er derfor stort, og det er ingen tilfeldighet at styret i Norsk Logopedlag jobber hardt for saken.

Vi har alle et ansvar for å holde logopedien på et faglig forsvarlig nivå. (Hvem som definerer hva som er faglig forsvarlig, og hvilke kriterier som skal ligge til grunn for det, er en annen diskusjon). Parallelt med at Norsk Logopedlag jobber for autorisasjon, og dermed for beskyttelse av tittelen logoped, bør vi alle sørge for å være oppdatert innenfor de fagfeltene vi jobber i, slik at brukerne våre får det de har krav på. Hvis (eller når) vi oppdager at noen uten logopedfaglig kompetanse utgir seg for å være logoped, bør vi ikke stikke hodet i sanden og late som om vi ikke ser det. Da er det bedre å rette søkelyset mot problemet og prøve å få gjort noe med det. Hensikten er naturligvis ikke å mele vår egen kake, slik at bare vi som er kompetente logopeder, skal bli ansatt i stedet, men hele poenget er å gjøre det vi kan for at de som oppsøker logoped, faktisk skal få den kvalifiserte hjelpen de uansett tror at de får. Det handler heller ikke om å stikke kjepper i hjulet for den som utgir seg for å være logoped uten å være det, men vår etiske standard tilsier at brukernes behov skal komme i første rekke. Det blir derfor vanskelig å forsvare etisk at vi ikke griper inn, når vi ser at brukerne risikerer uforsvarlig "hjelp" uten at de er klar over det.

Men hva gjør vi da? Det mest reale er nok å ta det opp direkte med den det gjelder og prøve å få henne eller ham til å seile under et annet flagg enn Logoped, men dette er ikke lett, og det er strengt tatt lite sannsynlig at det fører frem. Det ender fort i en slitsom profesjonsstrid som ingen er tjent med. Da kan det være mer hensiktsmessig (og forhåpentlig mer virkningsfullt) å melde saken til Yrkesetisk råd i Norsk Logopedlag. Det er, som nevnt tidligere, forholdsvis lite laget kan gjøre, men vi bør uansett gjøre det som er mulig. Det er for eksempel lettere for NLL enn for enkeltpersoner å gjøre noe på systemnivå, og ved å rette tiltakene mot systemet, kan en opprivende personkonflikt lettere unngåes. Dersom det blir vurdert som nødvendig å konfrontere vedkommende direkte, kan laget gjøre også det. Vi har ingen juridiske muligheter til å få en "logoped" uten logopedfaglig kompetanse til å kalle seg noe annet enn logoped, men ved å peke på det etisk tvilsomme i å føre brukerne bak lyset, kan vi håpe på å skape forståelse for problematikken.
I påvente av autorisasjon (som ville løst problemet) kan vi alle ta aktivt i bruk tittelen Logoped MNLL. Ved på den måten å vise at vi er medlemmer av Norsk Logopedlag, synliggjør vi også at vi har nødvendig kompetanse for å arbeide med logopedi.

Erik Reichmann
leder, Yrkesetisk råd



Et program for økt
- lesehastighet
- nøyaktighet
- leseforståelse

Lesetreningsprogrammet ReleMo er tidligere omtalt i Logopeden og ble lansert 23. jan. i år.

ReleMo er et lesetreningsprogram som bygger på metoden repetert lesing. Det digitale læremiddelet egner seg for alle som arbeider med å oppnå automatisert avkoding og leseflyt. Det erstatter ikke den grunnleggende språklige bevissthetstreningen, men er velegnet fra barna begynner å automatisere bokstav-lyd forbindelsene. Programmet stimulerer fonologisk lesing og gir mulighet for nødvendige repetisjoner slik at ortografiske koder dannes, lesingen automatiseres og leseflyt oppnås.
Programmet passer godt både for "klasseundervisning", gruppe/kurs, eneundervisning og i spesialundervisning. Det er ideelt for individuell tilpasning fordi det består av ulike nivåer med progresjon basert på normal leseutvikling. Hvilket nivå den enkelte elev skal jobbe på, avgjøres ut fra hvor langt man har kommet i leseutviklingen og kan fastsettes blant annet ved hjelp av programmets ReleMo-test. Testen er både rask og enkel å gjennomføre.
Programmet har en enkel og strukturert oppbygning som gjør det lett for lærere å gjennomføre systematisk leseundervisning. Den enkle strukturen gjør at også foreldrene lettere kan følge opp barnas lesetrening hjemme.

Innholdet i programmet er organisert i 3 ulike treningselementer; bokstaver, ord og sammenhengende tekst. Det gis dessuten mulighet for å lese med enten små eller store bokstaver.

Tilpassede tekster beregnet for svake lesere på ungdomsskolenivå er under utarbeidelse, og det foreligger planer om å utarbeide flere nivåer hvor det blant annet legges vekt på diftonger og konsonantforbindelser. Det er også planlagt å utvikle nivåer med fagtekster som gir mulighet for fokus på leseforståelse. Så snart et nivå er ferdig utarbeidet, vil informasjon i forhold til oppdatering legges ut på våre hjemmesider **www.relemo.no**
På våre hjemmesider finnes dessuten tidligere artikler publisert i Logopeden samt masteroppgaven som programmet bygger på.

Nytt hjelpemiddel for lesesvake elever

De fleste elever med lesevansker kommer til kort når det gjelder ordavkodingen. Lesingen blir møysommelig og tidkrevende fordi de mangler parate ordbilder. De har heller ikke tilegnet seg sikker kunnskap om høyfrekvente ortografiske mønstre.

HUSKESNU er et svært godt hjelpemiddel for disse elevene. Her er det ikke snakk om terping og kjedelig lesing. Elevene opplever spillet som motiverende og interessant. Etter kort tid lærer de å gjenkjenne mange ord, og får flere "par" enn læreren.

I forbindelse med to prosjekter i Time kommune benyttet en memoryspill. Tilbakemeldingen fra lærerne var entydig: Ordmemory spilte en viktig rolle i arbeidet med de lesesvake elevene, noe som snart ga seg utslag i bedre leseferdighet.
Huskesnu inneholder 24 ordmemoryspill og består av 288 høyfrekvente ord og ortografiske mønstre. Huskesnu kan brukes på begge målformene (20 spill), og dessuten finnes det 2 spill med bare nynorskord og 2 med bare bokmålsord. De 24 spillene har ulik vanskegrad. På innsiden av eskelokket finner en de ulike spillene som inngår i Huskesnu.
Huskesnu kan brukes på flere måter. Informasjon om dette finnes i instruksjonsheftet som er vedlagt spillet. Spillet kan også benyttes av foreldre som ønsker å bidra i arbeidet med å fremme barnets leseferdighet. Bruken av Ordmemory er beskrevet i boka "Klart jeg kan", av Ingrid Høien. Mer informasjon om Huskesnu finner en på nettsiden til Logometrica AS (www.logometrica.com).

Utgiver: Logometrica AS 2008
Forfatter: Ingrid Høien

Arnhild Johannessen
PP-rådgiver/cand.pead.spec.
Spesialist
PPT for Haugesund, Sveio og Utsira

Av logoped MNLL
Helge Andersen

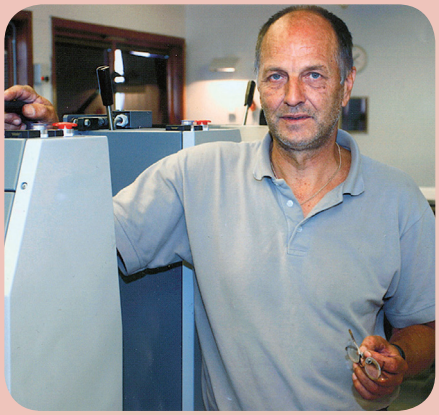
Ti år med *Lura Trykkeri as*

Landsmøtet i Loen i 1998 ga Rogaland Logopedlag i oppdrag å revitalisere "Logopeden".

Redaksjonsmøte på Jørpeland i 1998. Bjørn Kjell Digernes, Helge Andersen og redaktør og kunstner Marianne Sandvik Tveitnes.

I år er det 10 år siden Norsk Logopedlag innledet samarbeid med Lura Trykkeri as i Sandnes.

I 1999 trykket Lura Trykkeri as sitt første nummer av Norsk Tidsskrift for Logopedi. Redaksjonen gjorde ferdig arbeidet med bladet på Jørpeland, og disketten med produktet ble overlevert Lura Trykkeri as til trykking og klargjøring for utsendelse. Redaksjonen med redaktør Marianne Sandvik Tveitnes var uhyre lettet da marsnummeret kom i postkassen til rett tid og med avtalt kvalitet.



Kjell Bøe, daglig leder av Lura Trykkeri as. En topp utstyrt bedrift.

Dette ble starten på et fantastisk positivt samarbeide mellom Norsk Logopedlag og trykkeriet. Staben på Lura gjorde sitt ytterste for å oppfylle laget sine ønsker og krav. Den flotte samarbeidsånden var utløsende for at redaktør Marianne våget å lufte planer om et tidsskrift som på mange måter var grensesprengende.

Totalt nytt utseende, nytt format, ny layout på innholdet med kraftig utvidelse av illustrasjoner. Styret i NLL ga grønt lys tross forferdelig dårlig økonomisk situasjon i laget. Marsnummeret i 2000 årgangen var det første i det nye formatet.

Hva som var undertegnedes hovedjobb eller bijobb i denne perioden kan diskuteres. Det var en krevende, men uhyre lærerik tid både for redaksjonen og for trykkeriet. Disse årene beredet nok grunnen for senere redaksjoner sin kontakt med trykkeriet. Alle de 1000 detaljer ble etter hvert rutine i trykkeriet, noe som gjorde sitt til at nye redaksjoner vesentlig kunne konsentrere seg om innholdet. Med styrket økonomi i laget, ble det også enklere å øke sidetall, utvide fargebruk og å kunne betale for distribusjonsarbeidet.

Grafiker Janina-Simone Krause som har en heldig hånd med utformingen av «Logopeden».

Norsk Logopedlag brukte nå trykkeriet til alle trykkerioppdrag. Korte leveringstider, greie priser og ikke minst at problemer var et ukjent ord, preget samarbeidet.

Det er en fornøyelse å stikke innom trykkeriet på Lura og se hvordan nye medarbeidere raskt og uproblematisk forstår skiftende tidsskrift-redaksjoner sine krav og ønsker.

Helge Andersen

Helge sin Toyota med ett av mange tunge lass mellom trykkeriet og posten.

Finn Egil Tønnesen, Edvin Bru, Einar Heiervang (red.)

Lesevansker og livsvansker – om dysleksi og psykisk helse

211 sider, Hertervig Akademisk, ISBN: 978-82-8217-000-0

Boka "Lesevansker og livsvansker" kom ut i 2008 og har blitt til etter initiativ fra psykiater Gerd-Ragna Thorsen, som så behovet for ei bok om sosiale og emosjonelle problemer blant dyslektikere. Dessverre døde Thorsen i startfasen av bokprosjektet, men hennes samarbeidspartnere Edvin Bru (prof. i pedagogisk psykologi, UiS), Finn Egil Tønnesesen (prof. i spesialpedagogikk, UiS), og Einar Heiervang (forsker ved Unifob Helse i Bergen) fortsatte arbeidet og er alle tre redaktører for boka.
Målgruppe for boka er studenter i spesialpedagogikk, pedagogikk og psykologi, samt lærere og ansatte i PPT og helsetjenesten. Selv om logopeder ikke nevnes spesielt som målgruppe, er dette ei bok som helt klart er aktuell for oss. Boka er den første læreboka i Skandinavia om dysleksi og psykisk helse.

Boka har tre hoveddeler: "Hva er dysleksi", "Dysleksi og psykisk helse", og "Dysleksi og pedagogikk", med totalt 12 artikler. Forfattere foruten redaktørene er Torleiv Høien, Turid Helland, Kenneth Hugdahl, Karsten Specht, Jim Stevenson, Torbjørn Torsheim, Barbara Maughan, Emma Gore Langton, Terje Manger, Arve Asbjørnsen, Linda H. Munkvold, Egil Gabrielsen, Liv Engen, Elin Marie Thuen, og Laila Brandsdal Johnson. Kunnskap fra så mange kapasiteter blir god bok!
I første del drøftes definisjoner av dysleksi og årsaksforklaringer og noen pedagogiske tiltak. En del av dette er beskrevet i tidligere litteratur, men har også nye tanker og forskning flettet inn. Vansker med arbeidsminnet er sentralt ved dysleksi, og det er interessant å se at det igjen drøftes ulike typer dysleksi. Gjennom avanserte hjerneavbildingsteknikker kan kognitive avvik ses ved dysleksi, og disse kan påvises allerede i førskolealderen. Hugdahl og Spechts artikkel om hjerneavbildingsteknikker og funn syns jeg er den beste artikkelen i boka. Selv om fagterminologien kan være krevende for ikke-nevrologer, gir kommentarene og illustrasjonene innblikk i det nyeste innen nevro-psykologisk dysleksiforskning. Stevenson beskriver sammenhenger mellom lesevansker og ADHD på en interessant måte.

I andre del presenteres "Bergen-undersøkelsen" hvor lærere har besvart spørsmål om elevers lese- og skrivevansker og psykiske vansker. Resultatene viser en klar sammenheng mellom lese- og skrivevansker og flere typer psykiske vansker på barnetrinnet. Bedring av leseferdigheter kan redusere de psykiske vanskene. De neste tre artiklene er svært interessante i sin drøfting av hva som påvirker hva mht lese- og skrivevansker og følelsesmessige og atferdsmessige problemer. Det ser ut til å være visse genetiske og kognitive fellestrekk, men ulike kombinasjoner av primær-/sekundærvanske hos hvert individ. De neste to artiklene tar for seg de emosjonelle vanskene og relasjonelle forhold hos barn, ungdom og voksne med lese- og skrivevansker.
I bokas tredje del drøftes lærings- og mestringsstrategier, og læringsmiljø for elever med lese- og skrivevansker. Dette er også kjent stoff fra tidligere litteratur om generell pedagogikk, men viser viktige koplinger til lese- og skrivesvake elever. Bokas siste artikkel er grusomt tankevekkende. En dyslektisk seksbarnsmor med fire dyslektiske barn beskriver erfaringer fra skole- og hjelpesystemer. Laila Brandsdal Johnson begynner med å fortelle om egne erfaringer som dyslektiker i skolen for ca. 20-30 år siden. Det er skremmende lesing, og man skynder seg å lese videre og håper hun har opplevd bedre tilstander med egne barn. Men det er dessverre mange gjentak av tabber og dårlige holdninger i stedet for bedre hjelp. Bransdal Johnson er leder i Dysleksiforbundet Vestfold og har møtt svært mange foreldre med liknende historier.

Boka anbefales!

Signhild Skogdal, logoped MNLL/cand.polit

Stemmedager på Bredtvet 26.-27. sep. 2009

I samarbeid med Statped Vest arrangerer stemmeteamet på Bredtvet de første stemmedagene i Norge!

Arbeider du med stemmevansker eller har lyst til å lære mer om dette feltet, sett av disse dagene!
Mer info i neste nummer av Logopeden.

Bredtvet kompetansesenter
Statlig spesialpedagogisk støttesystem

Statped Vest
Statleg spesialpedagogisk støttesystem

AKERSHUS LOGOPEDLAG OG HAUG SKOLE OG RESSURSSENTER

har gleden av å invitere til kurs for fagpersoner i

ORALMOTORISK BEHANDLING

ved spise- og talevansker

1. diagnostisering 2. tredelt behandlingsplan

Kursholder: **Sara Rosenfeld-Johnson, USA**

Sted: Bærum. Nærmere info om sted kommer senere.
Tid: Kurset går over to dager, torsdag 17. og fredag 18. sept. 2009. Start kl. 08.30 (registrering fra kl. 08.00), avslutning kl 16.00.

Pris: kr 2700,- for ikke-medlemmer og kr 2400,- for medlemmer av NLL
Kursavgiften inkluderer: Boken *"Oral-Motor Exercises for Speech Clarity"* **verdi: 400 kr**
div. manuelle hjelpemidler, kursbevis, samt lunsj, frukt og kaffe/te begge dager

Kurset vil foregå på engelsk. Maks 80 delt. ("først til mølla!").
Fagpersoner: logopeder, ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre aktuelle

Bindende påmelding innen 01.05.2009
Påmelding med navn og fakturaadresse
kan sendes på e-post eller sms til:
Brit Hauglund, brit.hauglund@online.no, mobil 40882802

eller

Navn: ……..

Fakturaadr.:…….....

Sendes: ALL v/Brit Hauglund, Eikskollen 4A, 1361 Østerås
Alle som ønsker faktura tilsendt, må opplyse om det.

Valle kommune

Personal

PPT for Setesdal

Frå februar 2009 er det ledig 100 % stilling som logoped ved PP-tenesta for Setesdal, som omfattar kommunane Bykle, Valle, Bygland, Evje og Hornnes og Iveland.

Ansvarsområde
- Arbeid med førskuleborn og elevar i grunnskulen, i tillegg til dei som fell inn under lov om vaksenopplæring.

Kvalifikasjonar
- Logoped ev. 2. avdeling spesialpedagogikk eller tilsvarande.
- Det er ynskjeleg med god testkompetanse.

Valle kommune kan tilby
- Løn etter avtale
- Bedriftsleilegheit sentralt i Kristiansand
- Stipendordning og god tilrettelegging i høve utdanning og fagleg utvikling

Kontorstad er i Evje og Hornnes kommune. PPT-kontoret vil vere behjelpeleg med å finne eigna bustad.
Den som vert tilsett må kunne disponere eigen bil i tenesta.

Nærare opplysningar om stillinga kan du få ved å kontakte kontorleiar Olav T. Åkre, tlf. 379 37 282/990 43 031.
Søknadsskjema finn du på www.valle.kommune.no eller du kan kontakte Velkomstsenteret, tlf. 379 37 500.
Søknad med CV skal sendast Valle kommune v/Velkomstsenteret, 4747 Valle.

Søknadsfrist: 16. mars 2009

Lesernes side

Det trengs flere logopeder!

Logopedsituasjonen i Norge er kritisk. Det er for få logopeder.

Hverdagen kjenner vi alle til: Det er stadige henvendelser fra fortvilte foreldre og pårørende som vil ha direkte logopedisk hjelp til sine nærmeste. Selv om "alle" er enige om at det er nødvendig, så kan i mange tilfeller altså ikke en logoped fremskaffes.

Utdanningskapasiteten har de siste årene vært lav. Hovedtyngden av logopedene er utdannet ved Universitetet i Oslo (UiO), p.t. 28 logopeder pr år, og noen ved Universitetet i Bergen (UiB), p.t. 12 logopeder pr år. I tillegg har Høgskolen i Sogn og Fjordane tilbudt logopedutdanning på deltidsbasis med UiO som faglig ansvarlig (ca 20 logopeder ca. hvert 6.te år). Vi vet at naturlig avgang er større enn som så. Vi vet også at logopedyrket er populært. UiO har for eksempel vel hundre søkere hvert år til sine studieplasser.

Nå er tiden inne til at Norsk Logopedlag engasjerer seg ytterligere i å stimulere flere universiteter til å opprette et profesjonsstudium i logopedi!

Vi vet at i løpet av de siste ca. 15 år har både de statlige kompetansesentrene og den pedagogisk-psykologiske tjenesten dreid sin innsats fra direkte logopedisk behandling/opplæring og til mer systemrettet arbeid, der utredning og rådgiving/veiledning står sentralt. Det trengs altså flere logopeder som kan utøve direkte behandling/opplæring.
Det logopediske håndtverket er ofte så spesialisert at ikke "hvem som helst" kan utføre det direkte arbeidet med barn, unge og voksne med tale-, språk- og stemmevansker.

I de senere år har det ikke vært tilbud om logopedutdanning i Midt-Norge og Nord-Norge. Dette gjenspeiles i mangelen på logopeder.

Tall fra Norsk logopedlag (januar 2009) viser at det i Møre og Romsdal Logopedlag og Trøndelag Logopedlag til sammen er 160 hovedmedlemmer (pensjonist- og studentmedlemmer er ikke tatt med), hhv 60 medlemmer i Møre og Romsdal og 100 i Trøndelagsfylkene.

Aldersfordelingen er som følger:
(Tallene i parentes er hhv for Møre og Romsdal og Trøndelag)

Fødselsår	Antall logopder	Prosent av totalt antall
1940 – 1947	30 (13/17)	18,75 %
1948 – 1950	20 (5/15)	12,5 %
1951 – 1955	35 (14/21)	21,875 %
1956 – 1960	16 (7/9)	10 %
1961 – 1965	19 (7/12)	11,875 %
1966 – 1970	28 (9/19)	17,5 %
1971 – 1975	10 (4/6)	6,25 %
1976 – 1980*	2 (1/1)	1,25 %
Totalt	**160 logopeder**	**100 %**

* det er ikke registrert hovedmedlemmer født senere enn 1980

Jeg har ikke oversikten over logopedsituasjonen i andre deler av landet. Men her i Midt-Norge ser vi at i løpet av 3 år vil 50 logopeder (vel 30 %) gå over i pensjonistenes rekker, dersom alle går av når de er 62 år.

Mer skremmende er det å se at rekrutteringen av nye logopeder i Midt-Norge viser en svært synkende tendens. Kun 12 logopeder er født i 1971 eller senere.

Det kan bemerkes at Norsk logopedlag regner med at ca. 90 % av alle logopeder er medlem i organisasjonen.

Tiden er overmoden for at NLL tar et kraftig tak i situasjonen og signaliserer ved hjelp av statistikk til "rette vedkommende" – altså Kunnskapsdepartementet (KD). Logopedstudier på mastergradsnivå må opprettes både ved NTNU og UiTromsø.

Trine Lise Dahl, "- 46-årgang"
Leder av Trøndelag Logopedlag

Lesernes side

PPT Tromsø samarbeider med privatpraktiserende logopeder

På bildet ses fra venstre: Elisabeth Berg (priv.prakt.), Kari Tyldum (PPT), Kari Hagfoss (priv.prakt.) og Inger-Johanne Nielsen (PPT).

Mangelen på kliniske logopeder er stor over hele landet, og organiseringen av logopediske tilbud i kommunene er svært forskjellig. Noen har ikke tilbud i det hele tatt. PPT Tromsø har tilsatt logopeder, og de dekker stort sett det logopediske tilbudet i førskolealder. Voksenopplæringen tar seg av voksne med logopediske behov i Tromsø kommune, og har ansatt 2 logopeder i 1,5 stilling (66.500 innbyggere i Tromsø). Samarbeidet vi beskriver her gjelder kun barn i førskole- og skolealder.

Logopedene ved PPT Tromsø jobber ikke bare med tradisjonell logopedisk behandling. De jobber også som spesialpedagoger/pedagogisk psykologiske rådgivere, og arbeider i team med andre faggrupper. PPT har ikke hatt kapasitet til å gi alle barn, da først og fremst barn i skolealder et tilbud innen rimelig tid. På ett tidspunkt for 2 år siden, var ventetiden opp mot 2 år. Det gjaldt alle typer henvisningsgrunn, ikke kun de med behov for logopedisk hjelp.

For å avhjelpe den lange ventetiden inngikk PPT i Tromsø kommune våren 2007 et samarbeid med privatpraktiserende logopeder i Tromsø. Den første tiden var det barn med artikulasjonsvansker vi samarbeidet om. Barnas foresatte får brev om at PPT ikke har kapasitet til behandling innen rimelig tid, og får tilbud om hjelp hos privatpraktiserende logoped, betalt av PPT. Med utgangspunkt i NLLs takster blir det gjort avtale på 10 timer pr barn for utredning/behandling, samt veiledning til foreldre, skole/barnehage. Ved behov kan nye 10 timer innvilges. Etter NAVs nye regler av 15.04.08 praktiseres denne modellen også i saker som omhandler lese- og skrivevansker. For barn med langvarig logopedisk behov skriver PPT tilsvarende brev om manglende kapasitet og lege søker om godkjenning etter NAV § 5-10.

NAVs regler av 15.04.08 har vært oppklarende og gir klare kriterier for hvilken type problematikk kommunen skal betale for, og hvilken type problematikk NAV dekker – dersom kommunen selv ikke kan gi nødvendig logopedisk behandling. Etter 15.04.08 betaler kommunen ved PPT Tromsø for behandling av lese- og skrivevansker, mens øvrige språk- og talevansker som PPT ikke har kapasitet til, dekkes av NAV § 5-10. PPT og de privatpraktiserende logopedene har hatt møter for klargjøring av rutiner, rapportering og ansvarsfordeling.

Det siste året har PPT i Tromsø kommune tilsatt flere logopeder, og ventetiden har gått ned. Henvisningene til PPT har imidlertid økt jevnt og trutt og de siste årene er det spesielt lese- og skrivevansker som har utgjort storparten av henvisningene. Samarbeidet mellom PPT og de privatpraktiserende logopedene der PPT betaler regningen dreier seg nå stort sett om barn med lese- og skrivevansker. Kari Tyldum i lederteamet ved PPT Tromsø syns samarbeidet med de private logopedene fungerer greit, men ser helst at PPT hadde kapasitet til å gjøre alt selv.

Selv om samarbeidsavtalen fungerer greit, er det fortsatt forhold som må avklares og "gå seg til". Ved sammensatt problematikk utover språk- og talevansker, er det svært viktig med tett samarbeid mellom skole, PPT og den privatpraktiserende logopeden. Selv om PPT ikke utfører den logopediske behandlingen er de likevel sakkyndig instans, og må ha godt kjennskap til saken. Det kan være vanskelig å skrive sakkyndig vurdering hvis man ikke har møtt barnet. Derfor må fagperson ved PPT være involvert i prosessen. På siste møte mellom PPT og privatpraktiserende logopeder ble vi enige om at fagperson fra PPT må oppnevnes i hver sak, og at denne deltar på drøftingsmøte/oppsummeringsmøte, og får nødvendige opplysninger som grunnlag for sakkyndig vurdering. Et annet problem er at noen av de privatpraktiserende logopedene jobber på ettermiddagstid. Dette vanskeliggjør at lærer involveres. Slik PPT ser det, er lese- og skrivevansker skolens ansvar. Kompetansen på de ulike skolene er imidlertid svært variabel. På siste møte diskuterte vi også rapportskriving. PPT har maler for rapportskriving, og disse må man se nærmere på og bli enige om de privatpraktiserende skal bruke samme mal.

PPT Tromsø viser med samarbeidsavtalen at det er mulig å bedre kommunens logopediske tjenester til barn og ungdom. Ventelistene for logopediske tjenester for skolebarn er nå kortere enn på lenge. De privatpraktiserende logopedene i Tromsø synes samarbeidsavtalen fungerer fint, men ser at det i enkelte saker kreves et tettere samarbeid med PPT. Bedre samarbeidsrutiner ønskes av begge parter – noe som vil bli jobbet med i tiden framover.

Elisabeth Berg, Kari Tyldym m. kolleger, Signhild Skogdal.

Skjema for avtale mellom PPT Tromsø og privatpraktiserende logopeder

Pedagogisk-psykologisk tjeneste
Tromsø kommune

Unn. off. jfr. Off. lov § 5a og Forv.lov § 13 flg.

Logoped

Vår ref.: J.nr..: 200900990 Tlf. direkte innvalg: Dato: 12.02.2009

Avtale om kjøp av logopediske tjenester

Med logoped:

Med dette inngås avtale om logopedisk oppfølging for

Navn: **Lille Trille, født: 01.01.1998**

Navn foresatte: **Trillemor og Trillefar**
Adresse: **Hompetitten 10, 9009 Tromsø**

PPT garanterer med dette for dekning av inntil 10 timer à 45 minutter logopedisk oppfølging, iht. vedlagt henvisning/anbefaling.

Det forutsettes at timene omfatter:

- Logopedisk behandling, ut fra de problemstillinger som ligger i henvisning, evt. tilråding og/eller presisering fra PPT.
- Veiledning/Råd til foresatte/pedagogisk personale.
- Skriving av rapport, som kan danne grunnlag for sakkyndig vurdering.

Foresatte er orientert om at elevens behov for logopedisk oppfølging i en periode løses på denne måten. Logoped kontakter selv foresatte, og avtaler tidspunkt og sted for behandling. Timene dekkes med logopedforeningens sats på kr. 645,- pr. time. Foresatte skal ikke betale egenandel.

Undertegnet avtale, rapport og refusjonskrav sendes:
Tromsø kommune, PPT
Rådhuset
9299 Tromsø

Avtalen er i to eksemplarer.

Underskrift:

....
Logoped Leder PPT

Postadresse:	Gateadresse:	Telefon:	Org.nr.	E-post:	Bank/post:
Rådhuset 9299 Tromsø	Rådhusgata 9008 Tromsø	77 79 00 00	NO 971 168 579 MVA	ppt@tromso.kommune.no	4750.0508236 0807 59 74001

Det hjelper å prate: grupper for barn med afasirammet mor eller far

Monica I. K. Knoph (monica.knoph@statped.no)
Line Haaland-Johansen (line.haaland-johansen@statped.no)

logopeder MNLL, afasiteamet, Bredtvet kompetansesenter

Afasi rammer enkeltpersoner, men det påvirker hele familier. Det at en nær voksen endrer seg dramatisk på flere områder vil naturligvis virke skremmende på barn, og det vil bidra til å true barnets trygge tilværelse. I tråd med dette hevder en undersøkelse at halvparten av alle barn av foreldre som rammes av hjerneslag, utvikler atferdsproblemer eller depresjon (Visser-Meily og medarbeidere, 2005). I tillegg vet vi at barn er en gruppe pårørende som ofte overses, til tross for at barn nettopp har behov for oppmerksomhet, støtte og ikke minst lettfattelig og presis informasjon når slike ting skjer. Det er derfor på høy tid å sette små pårørende i fokus.

Bakgrunn

Noen mener at hver og en av oss organiserer livene våre i tråd med prinsippene for en god roman, og at det å makte å lage en "komplett" historie om en selv og ens eget liv fremmer god psykisk helse (Nordanger & Westrheim, 2005). I en slik komplett historie danner ulike livshendelser og kapitler en rød tråd, og historien hjelper oss å se fortid, nåtid og fremtid i sammenheng.

For barn av afasirammede foreldre er afasien, dens årsaker og hemmende konsekvenser, samt eventuelle iboende muligheter, en sentral del av barnets historie om seg selv. Afasien er dermed av betydning for barnets forståelse av seg selv og sitt eget liv. Å oppleve at mor eller far får afasi er en dramatisk hendelse i et barns liv. Barn av afasirammede foreldre kan ha behov for hjelp til å "reparere" sin selvforståelse, og til å finne nye ord som kan forklare historien om en selv og ens egen familie. Å treffe andre i samme situasjon kan her være til stor nytte.

Prosjektet Mor mangler ord

Afasiforbundet i Norge har mottatt støtte fra Stiftelsen Helse og Rehabilitering for å gjennomføre et prosjekt for barn av afasirammede foreldre. Prosjektet gjennomføres i regi av Bredtvet kompetansesenter, og har fått navnet *Mor mangler ord*. Målsettingen for prosjektet er at barn, gjennom å delta i en gruppe med likesinnede barn på omtrent samme alder, skal få økt viten om afasi. Samlingene vil gi barna anledning til å komme sammen, utveksle erfaringer og mulighet for å danne nettverk med andre barn som er i samme situasjon.

En essensiell del av innholdet i barnegruppen vil være å skape en trygg arena der barnet får hjelp til å forstå og sette ord på hva afasi er og medfører. Aktuelt innhold i gruppemøtene vil være "bli kjent"-aktiviteter, erfaringsdeling barna i mellom, muligheten for å stille spørsmål (i et klima der ingen spørsmål er "dumme"), aktiviteter og samtaler med fokus på afasi, hjerne, språk og samtale og, ikke minst, aktiviteter som setter fokus på barnet selv og barnets selvforståelse. Prosjektet er ettårig, og vil løpe fra høsten 2009 til våren 2010. I prosjektets sluttfase skal det skrives et idéhefte. Idéheftet vil primært ha et praktisk siktemål, og er ment å inspirere andre til å arrangere liknende grupper andre steder, både sentralt og lokalt.

Ta kontakt!

I prosjektperioden vil det gis tilbud til maksimum åtte barn i alderen 10-14 år. Antallet er satt for å fremme trygghet i gruppen, samt for å sikre at en viss gruppedynamikk opprettholdes selv om noen av barna må melde forfall til en samling. I den grad det er mulig vil vi tilstrebe at gruppen er mest mulig homogen med tanke på alder. Det skal arrangeres fire gruppemøter i form av dagssamlinger. Samlingene vil gjennomføres på Bredtvet kompetansesenter i Oslo. Deltakelse i prosjektet er gratis.

Kjenner du noen som kunne ha nytte av et slikt tilbud? Eller har du spørsmål eller kommentarer til prosjektet? Ta kontakt med Monica I. K. Knoph eller Line Haaland-Johansen på Bredtvet kompetansesenter, enten på e-post eller på telefon.

Avhengig av nok antall søkere vil prosjektet startes opp høsten 2009. Mer informasjon om prosjektet finnes på www.statped.no/bredtvet.

Referanser

Nordanger, D. Ø. & Westrheim, K. (2005). Polarisering av identiteter. (Avisinnlegg, www.bt.no.)

Visser-Meily, A., Post, M., Meijer, A. M., van de Port, I., Maas, C., Lindeman, E. (2005). When a Parent Has a Stroke. Clinical Course

Salgsrepresentant Marit Strømsnes er sykemeldt til 21.3., så utsending av bestilt materiell vil sendes ut etter denne dato.
Mail blir så langt som mulig besvart.

Bygger på L-06
... og nyere forskning

Nytt leseverk 6. trinn

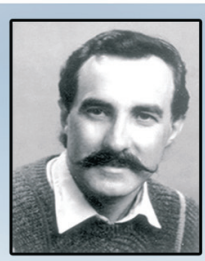
15 % rabatt v/bestilling fra forlaget!

Gøy med norsk 6. trinn

245,- 75,- 70,- 110,-

1. – 5. trinn er allerede ferdig!

Elevsett
(Lesebok og arbeidsbok) = kr. 315,-



Forfatteren
Odd Haugstad
Spesialkompetanse på lesing og leseprosesser.

NB! Gratis Cd-rom og lærerveiledning v/bestilling fra forlaget (min. 8 elever i -09/-10). I tillegg gir forlaget 15% rabatt.

Fraktfritt tilsendt til gjennomsyn

Postboks 1043 – 4687 Kristiansand
Tlf: 92 66 29 45 – Telefax: 38 04 55 52
www.pedforlag.no

Pedagogisk Forlag

nordic aphasia conference 09

sprog, kommunikation & livskvalitet

14. – 16. maj 2009

Torsdag 14.05.09

11.30 – 12.30:	Frokost
12.30 – 13.00:	Åbning af konferencen ved Center for Hjerneskades direktør Frank Humle
13.00 – 16.30:	**Jane Marshall** (UK): *Working with people who have severe aphasia: Using alternatives to speech*
18.00:	Modtagelsesreception på Københavns Rådhus

Fredag 15.05.09

08.15 – 09.00:	Kaffe og the
09.00 – 12.00:	**Ruth Herbert** (UK): *Word finding in aphasia. What do we know, what can we do, and what difference does it make?*
12.00 – 13.00:	Frokost
13.00 – 15.00:	**Madeline Cruice** (UK): *Measuring and improving quality of life with aphasia after stroke: Philosophical, conceptual and practical approaches*
15.00 – 17.00:	Parallelsessioner om Sprog, Kommunikation og Livskvalitet: **Inge Wilms ▪ Melanie Kirmess** **Ingrid Behrns ▪ Elisabeth Ahlsén & Anneli Bergström** **Eli Qvenild ▪ Lise Randrup Jensen & Charlotte Lønnberg**
17.00 – 18.30:	Poster-udstilling og salgsudstilling af hjælpemidler

Lørdag 16.05.09

08.15 – 08.30:	Kaffe og the
08.30 – 10.30:	**Gill Pearl** (UK): *Community participation and aphasia*
11.00 – 13.00:	**Anna Basso** (ITA): *Aphasia therapy: General guidelines and its efficacy*
13.00 – 13.15:	Afslutning
13.15:	Frokost

Foreløbigt program, ændringer kan forekomme

Sted: Københavns Universitet Amager, København.
Tilmelding: På konferencens hjemmeside www.aphasia2009.dk
Pris: DKK 2600 ved tilmelding inden 1. marts 2009. Derefter DKK 3000.

Frist for indsendelse af postertitel og resumé d.15. februar 2009.
Oplysningerne indtastes på konferencens hjemmeside.

Center for Hjerneskade
Københavns Universitet Amager
Njalsgade 88 - 2300 København S
Tlf: (+45) 3532 9006

KURS & KONFERANSER

Tidspunkt	Tema	Sted	Nettadresse
9. mars 12. mai	Oral and verbal apraxia in children; assessment, diagnostics, 7,5 hp.	Linköping, Sverige	http://www.liu.se/utbildning/kurs/8FA046
11. – 12. mars	Lærebok og digitale læringsressurser i inkluderende opplæring	Huseby, Oslo	http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Article.aspx?id=54985&epslanguage=NO
12. - 13. mars	The First International Conference on Culture, Ethnicity, and Brain	Washington DC, USA	http://www.internationalbrain.org/enews/issue4_08/
19.mars	«Kommunikasjon med personer som har afasi - den som ikke kan snakke har også mye å si"	Lillesand	Kontakt: Agder logopedlag, grosnord@online.no tlf. 93258931
20. mars	LARS-konferansen	Sandnes Kulturhus, Rogaland	http://www.logometrica.com/
31. mars og 1. april	Om "Barn og unge med Asperger syndrom i skolen".	Radisson SAS Hotel, Ålesund	http://www.statped.no/moduler/templates/Module_Overview.aspx?id=34159&epslanguage=NO
2. – 4. april	The 10th NNDR (Nordic Network on Disability Research) conference	Nyborg, Denmark	http://www.dpu.dk/site.aspx?p=11887
20. - 23. april	Den 9. nasjonale ISAAC konferansen - Tidlig innsats og inkludering.	Sundvolden	http://www.isaac.no/
24. - 25. april	Dyslexi - Läsförståelse Dyskalkyli - Stress	Stockholm	www.dyslexiforeningen.se
21. april	How to do Cognitive Rehabilitation	Odense, Danmark	Dansk Selskab for Neuropædagogik og Videnscenter for Hjerneskade http://www.vfhj.dk/kalender.asp?Action=Detail&ID=7256&Cal=&PageID=1433
9. - 13. mai	5th World Confernece of the international Society of Physical Medicine & Rehabilitation	Istanbul, Tyrkia	http://www.isprm2009.org/en/default.asp
14.-16. mai	7th CPLOL congress	Ljubljana, Slovenia	http://www.cplol.eu/congress2009/
14.- 16. mai	2. Nordiske Afasikonferencen 2009	København, Danmark	http://www.aphasia2009.dk/
26. - 28. mai	kurs i alternativ og supplerende kommunikasjon for fagpersoner	Andebu	Andebu Kompetanse- og Skolesenter (AKS) http://www.ask-loftet.no/
28. mai	kurs tegnspråk	Andebu	Andebu Kompetanse- og Skolesenter (AKS) http://www.ask-loftet.no/
05.- 08 august	6th World Congress on Fluency Disorders	São Paulo, Brazil	http://www.theifa.org/IFA2009/IFA_congress_2009.pdf
19.-20. august	ORD 09 – konference om læsevanskeligheder	København	Nationalt Videncenter for Læsning http://www.ord09.dk/main.asp?submenu_id=1
26. - 27. sept.	Stemmedager	Bredtvet	www.Statped.no/bredtvet
27. - 29. oktober	Nasjonal konferanse om tilpasset opplæring	Hamar	http://prosjekt.hihm.no/nettopp/
1. -7. aug. 2010	9th World Congress for People Who Stutter	Beijing, Kina	http://www.bj2010isc.cn/index.php arr. ISA og China Stuttering Association

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

B-BLAD

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

Du kan ikke strekke til på alle fronter. Innse det og lev bedre.

Foto: Runar Andersen

Redaksjonen tar gjerne i mot gode foto til bladets bakside, evt. med treffende kommentar.