

NORSK TIDSSKRIFT FOR

LOGOPEDI



NR. 2 | JUNI 2019 | ÅRGANG 65

ARTIKLER OG ANDRE BIDRAG

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

PRAKTISKE OG TEKNISKE RÅD

- 1) Artikkelen skrives i Word eller Open Office.
- 2) Artikkelen innledes med hovedoverskrift. I tillegg til hovedoverskriften kan det brukes overskrifter på to nivå. Artikkels overskrifter skal ikke være nummererte.
- 3) Artikkelen skal ha en appetittvekker på ca. 50-70 ord.
- 4) All litteratur som er brukt i artikkelen skal oppføres som kilde. Kildeliste settes i alfabetisk orden avslutningsvis i artikkelen
- 5) Lengden på artikkelen bør ikke overstige ca. 4200 ord.
- 6) Ikke bruk bindestrek ved orddeling på slutten av en linje. Linjelengden i tidsskriftet er ikke det samme som i ditt dokument.
- 7) Avsnitt markeres med dobbelt linjeskift uten innrykk. Bruk linjeskift kun ved markering av avsnitt.
- 8) Artikkelen skal ha en presentasjon av forfatter, med bilde, faglig bakgrunn, nåværende arbeidssted og e-postadresse. Den skal være på ca. 20-50 ord.
- 9) Bilder og logoer lagres i JPG, TIFF eller EPS i så stor oppløsning som mulig.
- 10) Alt sendes til redaktør på e-post jannicke.karlsen@isp.uio.no. Ett eksemplar av bladet sendes forfatteren(e) etter publisering. Adressen bladet/bladene skal sendes til må derfor oppgis.

FORSKNINGSARTIKLER

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

MATERIELLFRIST OG UTGIVELSER

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

ANNONSEPRISER PR. 01.01.2019

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

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



STYRET I NLL

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

Nestleder Eli Tendeland
nll.nestleder@gmail.com

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

Sekretær Marianna Juujärvi
nll.sekretar@gmail.com

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

Nettansvarlig Irene van Slooten
logopedweb@gmail.com

Varamedlem Karen Greve
karenigreve@gmail.com

YRKESSETISK RÅD

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

FAGUTVALGET

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

NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

Redaktør Jannicke Karlsen
jannicke.karlsen@isp.uio.no
Redaksjonsmedlem
Ingvild Røste
Redaksjonsmedlem
Julie Vildgren
Redaksjonsmedlem
Jannicke Vøyne

SALGSREPRESENTANT

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

ARKIVARER

Kristin Ødegaard og Camilla Bome.

UTVALG FOR

PRIVAT PRAKSIS

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

VALGKOMITÉ

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

LEDERE I REGIONSLAG

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

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

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

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

Agder
Liv Therese Norberg Haga
agderlogopedlag@gmail.com

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

Nordland Heidi Hansen
nordland.logopedlag@gmail.com

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

Østfold
Veronika Trenum Berg
ostfold.logopedlag@gmail.com

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

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

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

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

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

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

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

KJÆRE LESER,

vi i redaksjonen vil takke fagutvalget for en flott og inspirerende vinterkonferanse. Nok en gang har de laget et program som dekker både bredden og dybden av det logopediske fagfeltet. Jeg håper at mange av dere hadde anledning til å delta! Dere andre kan lese et kort referat fra noen av innleggene i dette nummeret av Norsk tidsskrift for logopedi.

Det skjer mye knyttet til norsk logopedi om dagen, og noe av det kan dere lese om i tidsskriftet. Blant annet kan dere lese Norsk logopedlags spørsmål til helseministeren og en beskrivelse av status for et drøftingsarbeid av en mulig spesialistutdanning for logopeder. Dette arbeidet gjøres av en arbeidsgruppe som består av representanter fra universitetene som utdanner logopeder og Norsk Logopedlag. Vi i redaksjonen opplever også noe annet spennende (som vi håper at dere som leser tidsskriftet også ser), og det er at det ser ut til at det skjer mye spennende på forskningsfronten i norsk logopedi om dagen. Vi mottar mange fagartikler og vitenskapelige artikler av høy kvalitet som omhandler temaer som er relevante for norske logopeder. Tre av de arbeidene kan dere lese om i dette nummeret. Tidligere har vi etterlyst praksisfortellinger, der logopeder skriver om metoder eller tiltak som de har god erfaring med. Slike praksisfortellinger kunne supplert forsknings- og fagartiklene, og kommet tettere

på logopeders praksis, samtidig som det kan inspirere andre logopeder. Dersom dere har en praksisfortelling dere vil dele og har spørsmål er det bare å ta kontakt med oss i redaksjonen: Kanskje lurer dere på om akkurat deres erfaringer er interessante for andre logopeder, på form eller omfang for praksisfortellingen, eller på etiske aspekter som personvern. Det er bare å rette en henvendelse, så kan vi se på det sammen.

I dette nummeret av tidsskriftet har vi, som nevnt, tre spennende artikler. Fagartikkelen handler om et nytt kartleggingsverktøy for førskolebarn som skal publiseres senere i år, og om utprøvingen og normene for fireåringer. Den ene av forskningsartiklene beskriver en pilotstudie for intensiv behandling av personer med ervervede sosiale kommunikasjonsvansker og den andre forskningsartikkelen er basert på en spørreundersøkelse som handler om norske logopeders praksis når det gjelder barnehagebarn som stammer. I tillegg til det som allerede er nevnt presenteres det nye styret i NIFS, disputasen til Anette Andresen, viktige refleksjoner knyttet til logopeders lojalitet fra yrkesetisk råd og en oppdatering fra styret i NLL.

God lesing og en riktig god vår ønskes dere av redaksjonen.

Jannicke Karlsen



Jannicke Karlsen



Julie Vildgren



Jannicke Vøyne



Ingvild Røste



Gro Nordbø

Leder Norsk logopedlag

nll.norsklogopedlag@gmail.com

Vi er nå midtveis i landsmøteperioden 2018-2020. Hittil i perioden har styret arbeidet med mange organisatoriske saker og videreført saker som allerede var igangsatt, i samarbeid med utvalg og råd.

Autorisasjon er et bestående og tilbakevendende tema. Med håp om å komme litt videre i saken, henvendte vi oss til politiske kontakter, og fikk stilt spørsmål til helseministeren i Stortingets spørretime. Der etterlyste vi kommunenes ansvar for å gi tilbud om logoped til voksne med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker og stilte spørsmål om hvorfor ikke logopeder er definert som kjernekompetanse i kommunene.

Bent Høie ga oss ikke et oppklarende svar, men han påpekte at alle kommuner skal ha tilbud om logopedtjeneste, og at denne tjenesten er definert under barnehageloven, opplæringsloven og helse- og omsorgsloven. I svaret bekrefter han også at ansvarslinjene er uklare og at regjeringen, gjennom opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019 varsler en gjennomgang av det totale tjenestetilbudet.

Norsk Logopedlag er i den forbindelse invitert av HOD (Helse og omsorgsdepartementet) til å være med i en ressursgruppe hvor oppdraget er:

- 1) Utrede og vurdere tiltak som vil bidra til å knytte næringsdrivende logopeder nærmere kommunene
- 2) Gjennomgå takster og regler og foreslå endringer som bidrar til bedre samhandling som igjen fører til bedre og mer tilpassede logopedtjenester for pasientene.

Denne gruppen hadde sitt første møte i april og planen er å jobbe fram et resultat tidlig høst 2019.

Selv om vi per i dag ikke ser en nærliggende løsning på autorisasjon for logopeder, har vi tro på at det viktige arbeidet som gjøres, med bl.a. å delta i samarbeidsoppdrag for HOD og HELFO bidrar til å synliggjøre logopedens profesjon. Men det er uten tvil utfordrende at logopeder arbeider både ut i fra barnehage-, opplærings- og helseloven. Autorisasjon er tradisjonelt knyttet til profesjonsyrker og arbeid innen helsesektoren.

Det vil derfor være viktig, videre i dette arbeidet, også å få KD (Kunnskapsdepartementet) mer på banen.

I denne forbindelse vil det også være viktig å utvikle logopedutdanningen i Norge. Utdanningsgruppen er svært aktive i arbeidet med å kvalitetssikre utdannelsen. På sikt har vi tro på at ved å utvide studiet i tid, øke omfanget og i større grad sikre dybdestudier innen de logopediske fagområdene, kan det bidra til en sterkere profesjonsutdanning.

Arbeidet med å utvikle tilbudet om spesialistutdanning for logopeder er også veldig godt i gang. Dette kan du lese om et annet sted i dette nummeret av tidsskriftet, presentert av prof. Arve Asbjørnsen, som er ansvarlig for logopedutdanningen ved UiB og som leder arbeidsgruppen.

NLL har gjennom alle tider lagt til rette for og bidratt til å gjøre det mulig for medlemmene å holde seg faglig oppdaterte. Fagutvalget arrangerer årlige konferanser av svært høy faglig standard. Disse avholdes om sommeren i forbindelse med landsmøtene og i året mellom to landsmøter arrangeres vinterkonferanse. Vinterkonferansen 2019 ble avholdt i mars og hadde mange svært gode foredrag og forelesere fra inn- og utland. Spesielt vil jeg trekke fram åpningsforedraget med psykolog Jørgen Flor fra Lovisenberg Diakonale Sykehus, som hadde temaet «Kan logopeden skade?» En spennende innfallsvinkel knyttet til logopedens yrkesetiske retningslinjer og ikke minst praksis. Et viktig tema som styret fortsatt holder høyt og jobber videre med. En stor takk til fagutvalget for vel gjennomført konferanse.

En eventuell autorisasjon vil også stille krav til den enkelte logoped om å holde seg faglig oppdatert på flere fagfelt. Den faglige styrken som ligger i våre innarbeidede konferanser, vil med stor sannsynlighet danne grunnlag for og bidra til å dekke noen av kravene for faglig oppdatering. Jeg oppfordrer derfor alle medlemmer av NLL å benytte seg av tilbudet og melde seg på de faglige konferansene. Å utøve logopedi er en profesjon og krever faglig oppdatering også uten autorisasjon.

Fagutvalget har nylig sendt ut en spørreundersøkelse som jeg sterkt oppfordrer alle til å svare på!

Våre naboland, Danmark og Sverige har også, gjennom sine logopedforeninger, årlige konferanser med høyt faglig innhold. Representanter fra styret deltok i mars på ALF-konferansen i Nyborgstrand i Danmark, og høsten 2019 arrangerer Svensk Intresseforening för Tal och Språk, SITS, sin årlige kongress i Stockholm (sits.nu)

I forlengelsen av årets Vinterkonferanse avholdt vi Mellomårskonferansen. Der samles alle ledere av regionlagene, ledere av utvalg og råd og styret for NLL. Alle regionene var representert! Det er utrolig inspirerende å høre om alt det gode arbeidet som foregår rundt omkring i landet. En viktig inntektskilde og mulighet til faglig oppdatering er alle de kurs som arrangeres lokalt. Det ble foreslått å opprette en «kursbank» – en liste med tips over gode, aktuelle kurs. Styret jobber videre med dette og tar gjerne imot forslag. Andre temaer på konferansen var bl.a. yrkesetikk, samarbeid med Helfo, praksis for logopedstudenter og økonomi i regionslagene.

I mai skal styret og utvalg for privat praksis ha det årlige samarbeidsmøte med HELFO. Her har vi anledning til å stille spørsmål og oppklare uklarheter knyttet til regelverk og avtaler.

I disse dager arrangeres generalforsamling i CPLOL. Våre representanter er tilstede på Malta. Det ligger inne store endringsforslag og slanking av organisasjonen. Det vil bli interessant å se hvilke konsekvenser det vil få for NLL.

I april ble de nye profesjonsplakatene sendt ut til alle medlemmer som har betalt medlemsavgiften for 2019. De har vært etterspurt og vi håper nå at alle har mottatt sitt eksemplar. På landsmøtet 2018 ble det bestemt at det ikke skal sendes ut nye plakater så ofte som tidligere. Heretter får nyinnmeldte hovedmedlemmer tilsendt plakat når innmeldingen er registrert og medlemskapet betalt.

Styret ønsker alle en nydelig vår og sommer!

Gro Nordbø, leder NLL

Har du brukere eller kjenner noen som

- Glemmer det som blir sagt?
- Snakker seg bort eller mister tråden i samtalen?
- Snakker før man tenker og kan si upassende ting?

Ved Universitetet i Oslo (UIO) og Sunnaas Sykehus HF pågår det nå et forskningsprosjekt om gruppebehandling av kognitive vansker etter en ervervet hjerneskade med fokus på **sosiale kommunikasjonsferdigheter**.

Vi er interessert i personer som opplever kommunikasjonsvansker som skyldes for eksempel hukommelsesvansker, oppmerksomhetsvansker eller vansker med impuls kontroll. Deltakerne i denne studien skal **ikke ha** kommunikasjonsvansker som skyldes språkvansker (dvs. afasi).

Om studien

Vi gjennomfører en gruppebasert behandling for trening av sosiale ferdigheter som heter *Group Interactive Structured Treatment* (GIST). Deltakere i studien fordeles tilfeldig til to ulike GIST behandlinger. Den ene gruppen vil få GIST poliklinisk en gang per uke over en periode på 12 uker, mens den andre gruppen vil få intensiv GIST gjennom et 4 ukers opphold som inneliggende pasient på Sunnaas sykehus.

Hvem kan delta i studien?

- Personer som er over 18 år,
- Som opplever kognitive vansker etter en ervervet hjerneskade som påvirker ham / henne i sosiale kommunikasjons situasjoner
- Og har nær pårørende/venn som kan bistå i med hjemmeoppgaver under behandlingen.

Det er viktig at deltakere bor i områder hvor man kan komme seg til Oslo ukentlig for den polikliniske behandlingen.

Arbeider du eller har du arbeidet med personer som du tenker kan ha utbytte av denne behandlingen ta kontakt med stipendiat Silje Merethe Hansen, s.m.hansen@isp.uio.no eller telefon: 22 85 53 04 / 99 46 23 26.



UiO : Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

SUNNAAS SYKEHUS



Linn Stokke Guttormsen er utdannet logoped og har erfaring som logoped og PP-rådgiver, samt spesialpedagog. Linn jobber nå ved Institutt for spesialpedagogikk i en postdoktor-stilling tilknyttet forskningsprosjektet Effective Stuttering Treatment (EST).

l.s.guttormsen@isp.uio.no



Ane Hestmann Melle jobber med taleflytvansker i Statped. Hun er utdannet logoped, og har tidligere jobbet som logoped på bydelsnivå med barnehagebarn.

ane.hestmann.melle@statped.no

STAMMEBEHANDLING AV BARNEHAGEBARN: NORSKE LOGOPEDERS PRAKSIS

Linn Stokke Guttormsen, Ane Hestmann Melle, Karoline Hoff og Kari-Anne Bottergaard Næss

I denne artikkelen presenteres resultatene fra en spørreundersøkelse om hvilke tilnærminger norske logopeder (N=117) oppgir at de benytter i arbeid med barnehagebarn som stammer. I det elektroniske spørreskjemaet som logopedene mottok på e-post, svarte flertallet at de benytter indirekte behandling, bestående av en egenutviklet kombinasjon av strategier. Kun et fåtall svarte at de benytter direkte behandling. Resultatene fra undersøkelsen diskuteres i lys av internasjonale prinsipper for evidensbasert praksis i logopedi, med spesielt fokus på stammebehandling av barnehagebarn. Formålet med artikkelen er å bidra til en bevisstgjøring rundt hvilke overveielser som bør ligge til grunn for valg av behandlingstilnærming for denne gruppen.

BAKGRUNN

Resultater fra prospektive studier viser at omtrent to tredjedeler (65 %-72 %) av barna som stammer i barnehagealder slutter å stamme innen de første skoleårene (Kefalianos m.fl., 2017; Månsson, 2000; Yairi & Ambrose, 1999). Selv om majoriteten av barna som stammer i barnehagealder vil slutte å stamme uten at de får behandling, er effektiv behandling i denne aldersgruppen viktig. Det er fordi det for det første i liten grad er mulig i barnehagealder å predikere hvem som kommer til å fortsette å stamme og hvem som kommer til å oppleve naturlig bedring (Yairi & Ambrose, 2013), og for det andre fordi barn i barnehagealder kan bli negativt påvirket av stammingen, både sosialt, atferdsmessig, kognitivt og emosjonelt (Guttormsen, Kefalianos, & Næss, 2015; Langevin, Packman, & Onslow, 2010; McAllister, 2016). I en norsk studie av barnehagebarn fant Guttormsen, Yaruss og Næss (2019) at majoriteten av foreldrene rapporterte at barna deres ble påvirket av stammingen, mens kun en liten andel foreldre rapporterte at stammingen ikke hadde negativ påvirkning på barnet deres. Disse resultatene indikerer at negativ påvirkning av stamming kan forekomme både hos de som senere opplever vedvarende stamming samt de som etter hvert opplever opphør av stammingen. Behandling i barnehagealder anbefales derfor både for å redusere/eliminere

stamming og den negative påvirkningen den kan ha på barns liv.

Med effektiv behandling menes i denne sammenheng tilnærming(er) som fører til varig endring i form av lite eller ingen stamming etter endt behandling. (Behandlings-)tilnærming brukes i denne artikkelen som et overordnet begrep for å vise til hvilken innfallsvinkel som velges for behandling. Dette kan for eksempel være en indirekte tilnærming der det gjøres tilpasninger i språkmiljøet rundt barnet eller en direkte tilnærming der det jobbes med talen til barnet. Behandlingsprogram benyttes når det foreligger en skriftlig plan av innhold i behandlingen, hvordan og hvor lenge behandlingen skal gis osv. Når vi beskriver og drøfter behandlingsinnhold benyttes to begreper: komponenter og strategier. Med *komponenter* menes overordnede elementer i behandlingen, mens *strategier* refererer til innholdet i de underordnede elementene, altså hva som spesifikt gjøres.

Stammebehandling i barnehagealder

Studier av effekt av stammebehandling for barnehagebarn er et relativt nytt internasjonalt forskningsfelt som har vokst fram i løpet av de siste 30 årene. I en forskningsoppsummering konkluderer Nye m.fl (2013) med at det er få studier som har undersøkt effekten av stamme-

behandling hos barn ved hjelp av randomisert kontrollert design. Randomiserte, kontrollerte, design innebærer en tilfeldig fordeling av deltakere til to eller flere betingelser, og er egnet til å undersøke om behandling er mer effektivt enn ingen behandling eller om en behandlings-tilnærming er mer effektiv enn en annen. Dersom et tilstrekkelig antall deltakere er tilfeldig fordelt til hver av betingelsene/gruppene impliserer det at eventuelle forskjeller mellom betingelsene/gruppene i etterkant av behandlingen med større grad av sikkerhet kan sies å være effekt av behandlingen. Fordi mange av studiene innenfor stammefeltet har få deltakere og ikke et randomisert, kontrollert design er det en betydelig usikkerhet om effekten av de enkelte programmene og ulike tilnærminger.

I følge Nye m.fl. (2013) sin oppsummering av behandlingsstudier er det Lidcombe-programmet (Onslow m.fl., 2017), Westmead-programmet (Trajkovski, Andrews, O'Brian, Onslow, & Packman, 2006), Palin Parent-Child Interaction therapy (Palin, PCI; Kelman & Nicholas, 2008) og Restart Demands and Capacities Model (Restart DCM; Franken & Putker-de Bruijn, 2007) som er beskrevet i den internasjonale forskningslitteraturen med mer enn én studie. Disse behandlingsprogrammene er derfor inkludert i vår undersøkelse av norske logopeders behandling av barnehagebarn. I avsnittet under gis det en kort beskrivelse av programmene og en gjennomgang av forskningslitteraturen.

I Lidcombe-programmet benyttes operant betingning (verbale kommentarer på flyt og stamming) for å eliminere stamming (Onslow m.fl., 2017). Resultater fra studier som har undersøkt effekten av Lidcombe-programmet indikerer at det er mer effektivt å gi Lidcombe-programmet enn ingen behandling (Harris, Onslow, Packman, Harrison, & Menzies, 2002; Lattermann, Euler, & Neumann, 2008) eller «behandling som vanlig» (Jones m.fl., 2005). Antall deltakere i disse tre studiene var henholdsvis 23 (Harris m. fl., 2002), 46 (Latterman m. fl., 2008) og 54 (Jones m. fl., 2005). Westmead-programmet innebærer direkte

arbeid med barnets tale ved å lære barnet å si hver eneste stavelse i en rytmisk takt («robot-snakking») (Trajkovski m.fl., 2006). Effekten av behandlingen har i liten grad blitt dokumentert da de tre studiene som foreligger (Trajkovski m.fl., 2006; Trajkovski m.fl., 2011; Trajkovski m.fl., 2009) har få deltakere (N=1-8) og ingen kontrollgruppe. De to siste programmene, Palin PCI og Restart DCM fokuserer på ulike indirekte strategier som innebærer flytfremmende endringer i barnets miljø. I begge programmene blir indirekte strategier implementert først, deretter inkluderes direkte arbeid med barnets tale dersom de indirekte strategiene ikke har hatt tilstrekkelig effekt. Inntil i fjor hadde det blitt gjennomført to studier av Palin PCI (Millard, Edwards, & Cook, 2009; Millard, Nicholas, & Cook, 2008). Begge studiene har få deltakere (N= 6-10) og kun en av studiene (Millard m.fl., 2009) har inkludert én kontrollgruppe. I 2018 ble en ny studie som undersøker effekten av Palin PCI publisert (se Millard, Zebrowski, & Kelman, 2018). Denne studien har heller ingen sammenligningsgruppe, men et større utvalg enn de to tidligere studiene (N=55). Resultatene fra studien indikerer at frekvens av stamming, kommunikasjonsholdninger og påvirkning av stamming reduseres etter oppstart av behandlingen. To studier har undersøkt behandlingseffekten av programmet Restart DCM (de Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld, & Franken, 2015; Franken, Kielstra-Van der Schalk, & Boelens, 2005). I den største av disse studiene ble 199 barn tilfeldig fordelt i to grupper; den ene gruppa mottok Lidcombe-programmet mens den andre mottok Restart DCM. Resultatene viste ingen forskjeller i behandlingseffekt og det ble konkludert med at de to behandlingsprogrammene var like effektive i å behandle stamming (de Sonnevile-Koedoot m. fl., 2015).

Oppsummert er det betydelige forskjeller i forskningskvalitet og i resultatene som foreligger for de ulike behandlingsprogrammene. Det er forskjeller i antall barn som deltok i de ulike studiene, design og antall studier som har undersøkt effekten av de ulike behandlingsprogrammene. Basert på forskningen som foreligger konkluderte Ratner (2018) med at det



Karoline Hoff
jobber med taleflytvansker i Statped. Hun er utdannet lærer og logoped og har tidligere erfaring fra skole og PP-tjeneste.

karoline.hoff@statped.no



Kari-Anne Bottegaard Næss
er professor i spesialpedagogikk. Hun er utdannet lærer og logoped og har erfaring med stammebehandling for barn i barnehagealder og skolealder. Hun leder EST-prosjektet.

k.a.b.nass@isp.uio.no

kun er to behandlingsprogram som kan anbefales i logopeders praksis: Restart DCM og Lidcombe-programmet.

Vurderinger og beslutninger knyttet til behandlingsforløp

Det amerikanske logopedlaget, ASHA, har vedtatt at medlemmene skal arbeide etter prinsipper for evidensbasert praksis (American Speech-Language-Hearing Association, 2007). I Norsk logopedlags yrkesetiske retningslinjer slås det fast at medlemmer skal holde seg oppdaterte på de logopediske fagområdene (Norsk Logopedlag, 2019). Vi tolker dette i retning av at også norske logopeder forventes å arbeide i tråd med prinsipper for evidensbasert praksis.

Innenfor logopedifeltet vil evidensbasert praksis innebære at logopeden tar tre ulike elementer i betraktning når beslutninger om behandlingsforløp fattes. Disse elementene er 1) kunnskap om brukeren 2) klinisk ekspertise og 3) forskningsbasert kunnskap (Nippold, 2018). I behandling av barnehagebarn som stammer vil *kunnskap om brukeren* kunne være kjennskap til a) individuelle faktorer som barnets egne reaksjoner på stammingen i form av frustrasjon eller negative tanker om egne kommunikasjonsferdigheter eller b) miljøfaktorer rundt barnet som foreldrenes mål og forventninger til den logopediske oppfølgingen eller deres bekymringer knyttet til barnets stamming. *Den forskningsbaserte kunnskapen* handler om å ha oppdatert kunnskap om nye og relevante vitenskapelige studier og å kunne benytte denne kunnskapen i praksis. *Den kliniske ekspertisen* er logopedens erfaringsbaserte kunnskap og innbefatter generell kunnskap om stamming i barnehagealder, kjennskap til kartlegging og behandling av stamming hos barnehagebarn, samt evnen til å benytte denne kunnskapen i møte med hver enkelt familie. Før oppstart av behandlingen må logopeden sette seg inn i målene med de relevante behandlingsprogrammene, hvordan kartleggingen gjennomføres i henhold til de ulike programmene, hva som forventes av foreldrene underveis, hvilken rolle barnet har og hvilken kompetanse det er nødvendig at logopeden selv innehar (Shenker og Santayana, 2018). Alle de tre elementene, kunnskap om brukeren, forskningsbasert kunnskap og klinisk ekspertise er viktige i beslutningsprosesser knyttet til behandling; den valgte behandlingstilnærmingen som baseres på logopedens kliniske ekspertise må passe for det enkelte barn og familie, og understøttes av oppdatert kunnskap om forskning knyttet til effekten av behandling for barnehagebarn som stammer. I dette inngår en vurdering av om den valgte behandlingen

kan føre til ønskelige utfall både utenfor logopedkontoret, og på lengre sikt. Dette innebærer blant annet å vurdere hvorvidt stammingen reduseres på tvers av situasjoner i løpet av behandlingsperioden (Shenker og Santayana, 2018). Vurderingen kan gjøres ved at logopeden regner ut prosentandel stavelser med stamming fra opptak eller ved at foreldre/logoped vurderer stammingsens alvorlighetsgrad på en skala (se for eksempel Onslow m.fl., 2017).

Siden mange barn kommer til å oppleve bedring uten behandling, er spørsmålet om når behandling skal igangsettes av viktighet. Clark, Tumanova, og Choi (2017) påpeker at spørsmålet er utfordrende fordi vi ikke vet om (for hvem) eller når eventuell bedring uten behandling vil forekomme. Anbefalinger om igangsetting av behandling har variert gjennom årene. Nyere forskning har vist at det tar lengre tid å behandle barn med mer alvorlig grad/høyere frekvens av stamming (Guitar m. fl., 2015; Kingston, Huber, Onslow, Jones, & Packman, 2003). I tillegg har det også blitt dokumentert at barnehagebarn som stammer har dårligere sosial, emosjonell og atferdsmessig fungering sammenlignet med barnehagebarn som ikke stammer (McAllister, 2016). Det anbefales at disse faktorene vurderes i beslutninger knyttet til behandling. Millard og kollegaer (2018) fremhever også at foreldres bekymring og ønske om hjelp bør vektlegges. Imidlertid, basert på det vi vet og ikke vet om stammeutvikling (Yairi & Ambrose, 2013), er den tryggeste anbefalingen at hvert barn bør få muligheten til logopedisk oppfølging i tidlig fase.

Norsk logopedisk praksis

Ambjørnsen gjennomførte i 2011 en survey av norske logopeders praksis i møte med barnehagebarn som stammer. 76 logopeder svarte og resultatene indikerte at logopedene i svært stor grad vektla indirekte tiltak (Ambjørnsen, 2011, s. 47). Flere oppga imidlertid en økt vektlegging av direkte tiltak de siste årene. Generelt oppga respondentene at de var usikre på effekten av direkte tiltak. Siden Ambjørnsen sin studie ble gjennomført, har det i Norge blitt arrangert flere kurs i behandlingsprogram som tidligere forskning har dokumentert effekten av (Restart DCM og Lidcombe-programmet). Det er derfor rimelig å anta at kunnskapen og kompetansen hos norske logopeder er endret siden 2011.

METODE

Denne spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i forkant av en forskningssøknad til Norges forskningsråd (NFR) om midler til en studie av stammebehandling for

barnehagebarn. Hensikten med undersøkelsen var å få innsikt i hvilke behandlingstilnærminger som blir benyttet av logopeder i Norge. Dette ble undersøkt ved at logopeder ble bedt om å rapportere innholdet i den behandlingen de tilbyr barnehagebarn. Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) godkjente studien og dens ivaretagelse av respondentenes personvern.

Datainnsamlingsprosedyrer

Spørreskjemaet ble utviklet i Nettskjema og ble distribuert på to ulike måter, både gjennom direkte invitasjon og gjennom e-post med lenke til undersøkelsen. De første som fikk tilsendt en invitasjon til å svare på spørreundersøkelsen var logopeder som ble identifisert gjennom et nettsøk i Google. Søkeordet som ble brukt var logoped sammen med navn på følgende fylker: Østfold, Vestfold, Oslo, Akershus, Buskerud, Hedmark, Oppland, Aust-Agder og Trøndelag. Etter en uke ble påminnelse om å svare på spørreskjemaet sendt ut gjennom en automatisk påminnesinnstilling i Nettskjema. Til sammen var det 70 logopeder som mottok undersøkelsen direkte på e-post og kun 4 stykker svarte innen 1 uke. I tillegg informerte 5 logopeder per e-post om at det ikke var relevant for dem å svare på undersøkelsen grunnet deres arbeidsoppgaver. På grunn av få svar ble datainnsamlingsprosedyrene endret for å nå ut til enda flere logopeder; alle ledere av lokallag ble kontaktet og forespurt om å videresende en e-post med informasjon om studien og lenke til spørreskjemaet til sine medlemmer. Det ble bekreftet fra 3 lokallagsledere at e-poster var sendt ut, henholdsvis til medlemmer i Rogaland, Akershus og Oslo.

Uvalg

Totalt 124 logopeder responderte på forespørsel om å besvare spørreundersøkelsen. Logopeder som oppga i spørreskjemaet eller per e-post at de ikke behandlet barnehagebarn (N=7) har ikke blitt inkludert i resultatene. Resultatene baseres derfor på svar fra 117 logopeder.

Spørreskjema om norske logopeders behandling av barnehagebarn

Det egenutviklede spørreskjemaet består av spørsmål om hvilke behandlingstilnærminger som benyttes i logopedisk behandling av barnehagebarn som stammer. Bakgrunnen for disse spørsmålene og svarkategoriene var vår kunnskap og forståelse av norske forhold og internasjonal forskningslitteratur. Det ble også vektlagt at spørreskjemaet skulle være kort og ta liten tid å fylle ut (estimert tid 1-2 minutter) for å øke sannsynligheten for å få mange respondenter.

Følgende fire spørsmål ble stilt i spørreskjemaet (svarkategorier i parentes): 1) Hvilken type behandling gir du til barnehagebarn som stammer? (indirekte behandling / direkte behandling / en kombinasjon indirekte og direkte behandling / annen behandling), 2) Hvor ofte bruker du direkte behandling / indirekte behandling / en kombinasjon av direkte og indirekte behandling / annen behandling? (alltid, som oftest, hverken ofte eller sjeldent, sjeldent, aldri) 3) Når du gir direkte behandling, hvilket behandlingsprogram bruker du som oftest? (Westmead, Lidcombe-programmet, flytskapende teknikker, stammemodifiserende teknikker, annet) 4) Når du gir indirekte behandling, hvilket behandlingsprogram bruker du som oftest? (Palin PCI, Restart DCM, egenutviklet kombinasjon av strategier, annet). Ved valg av kategorien *annet* fikk respondenten mulighet til å beskrive behandlingstilnærmingen som ble benyttet. Siden logopeders praksis kan være individuelt tilpasset og derfor kan variere fra barn til barn så var det mulig å krysse av for flere alternativer på samtlige spørsmål.

RESULTATER

Tabell 1 gir en oversikt over antall logopeder som benytter indirekte behandling. Totalt sett svarte 103 logopeder at de brukte en indirekte behandling. Majoriteten av logopedene (N=76) svarer at de bruker en behandlingstilnærming bestående av en *egenutviklet kombinasjon av ulike strategier* når de gjennomfører indirekte behandling. Åtte logopeder bruker programmet *Palin PCI* mens 11 bruker programmet *Restart DCM*. Under *Annen indirekte behandling*, er det 8 logopeder som fokuserer på å styrke barnets selvfølelse og tillit gjennom samtale med omsorgspersoner, generell veiledning til omsorgspersoner, samtale med barnet om ord som sitter fast og ufarliggjøring av stamming samt bruk av et annet program.

Tabell 1. Indirekte behandling

	Palin PCI	Restart DCM	Egenutviklet kombinasjon av strategier	Annen indirekte behandling
Antall	8	11	76	8

I Tabell 2 oppsummeres logopeders svar angående direkte behandling. Totalt 11 logopeder har svart på dette spørsmålet; to svarer at de bruker Lidcombe-programmet, de resterende ni svarer at de bruker flytskapende eller stammemodifiserende teknikker.

Tabell 2. Direkte behandling

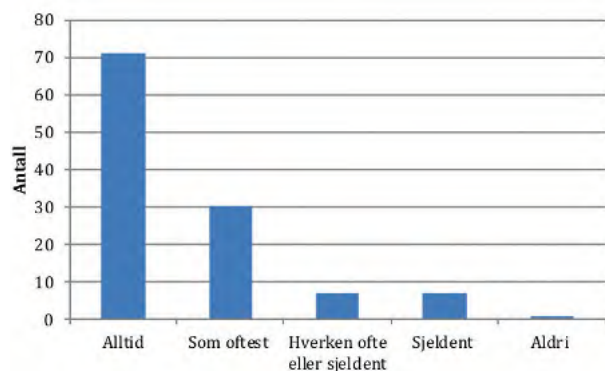
	Lidcombe-programmet	Westmead-programmet	Flytskapende teknikker	Stamme-modifiserende teknikker	Annen direkte behandling
Antall	2	0	6	3	0

I Tabell 3 presenteres logopeders bruk av andre behandlingstilnærminger. 66 logopeder har svart at de benytter en kombinasjon av indirekte og direkte strategier mens en logoped bruker en annen behandlingstilnærming enn de som er nevnt. Det spesifiseres at dette er kognitiv behandling.

Tabell 3. Andre behandlingstilnærminger

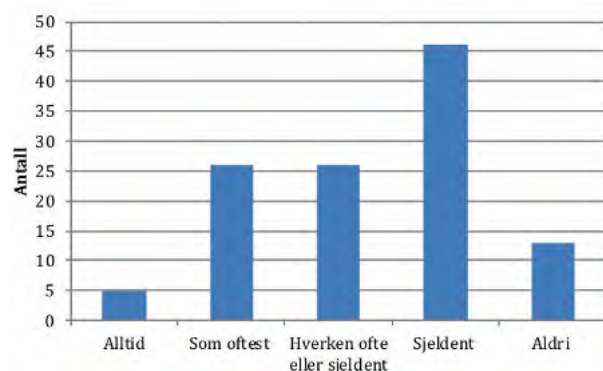
	Kombinasjon av indirekte og direkte behandling	Annen behandling
Antall	66	1

Figur 1-4 viser antall logopeder som bruker de ulike behandlingstilnærmingerne *alltid*, *som oftest*, *hverken ofte eller sjeldent*, *sjeldent* og *aldri* når barnehagebarn som stammer får behandling. Som Figur 1 viser, så bruker majoriteten av logopedene alltid et indirekte behandlingsalternativ, og svært få bruker *aldri* indirekte behandling.



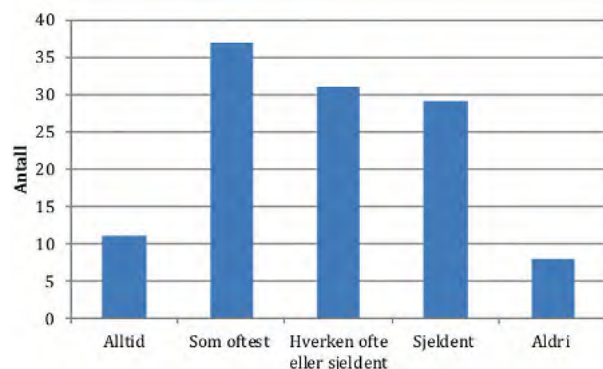
Figur 1. Hyppighet i bruk av indirekte behandling

Som vist i Figur 2, svarer flesteparten av logopedene at de *sjeldent* benytter en direkte behandling alene og få svarer at de *alltid* bruker direkte behandling alene.



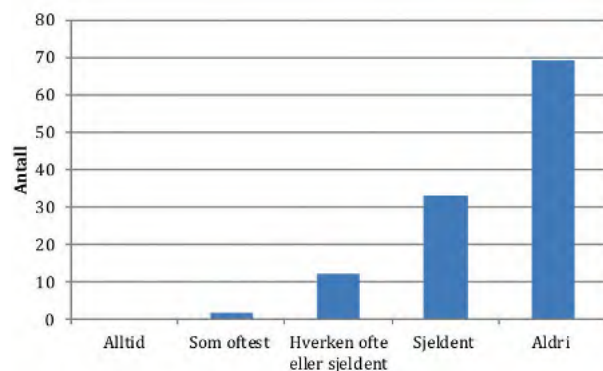
Figur 2. Hyppighet i bruk av direkte behandling

Figur 3 viser at kategoriene *som oftest* eller *hverken ofte eller sjeldent* er hyppigst brukt når logopedene svarer på hvor ofte de bruker en kombinasjon av indirekte og direkte behandling. Et fåtall bruker dette *alltid* eller *aldri*.



Figur 3. Hyppighet i bruk av kombinasjon av indirekte og direkte behandling

Som Figur 4 viser så brukes annen behandling *aldri* av majoriteten av logopedene.



Figur 4. Hyppighet i bruk av annen behandling

DISKUSJON

Resultater fra denne undersøkelsen viser at majoriteten av logopedene benytter indirekte behandling i deres arbeid med barn i barnehagealder som stammer. En egenutviklet kombinasjon av ulike indirekte strategier benyttes av flest. Totalt sett indikerer disse resultatene at svært få bruker de behandlingsprogrammene som er beskrevet og vurdert i forskningslitteraturen. Spesielt fremtredende er det at svært få logopeder (N=13) benytter de to behandlingsprogrammene som anbefales å brukes i behandling av barnehagebarn basert på foreliggende forskningsresultater: Lidcombe-programmet og Restart DCM. Dersom resultatene er representative for populasjonen norske logopeder så indikerer dette at det i svært liten grad jobbes forskningsbasert med stamming hos de aller yngste barna i Norge. Dette er foruroligende fordi det innebærer at de fleste av logopedene gir barn som stammer en behandling som vi ikke vet effekten av, mens kun en liten minoritet gir barna de behandlingsprogrammene hvor det foreligger en dokumentert effekt.

Individuell tilpasning av behandling og egenutviklet kombinasjon av strategier

Siden resultatene viser at majoriteten av logopedene bruker en egenutviklet kombinasjon av strategier så ønsker vi å drøfte dette nærmere. Mange av komponentene og strategiene som benyttes i denne behandlingstilnærmingen vil kunne være lignende de som beskrives i ulike behandlingsprogram. Dette kan oppfattes som å jobbe forskningsbasert da komponentene og strategiene kan ha blitt plukket fra ulike behandlingsprogram som har dokumentert behandlingseffekt. Hovedutfordringen med denne formen for praksis er at effekten av kombinasjonen av de ulike strategiene ikke har blitt undersøkt. For eksempel kan det tenkes at det egenutviklede behandlingsopplegget består av strategier som har effekt isolert og dermed fører til reduksjon/eliminering av stamming. På den andre siden kan det også tenkes at behandlingen har minimal effekt fordi den består av strategier som ikke gir effekt alene eller i kombinasjon med de andre utvalgte behandlingsstrategiene.

En utfordring med behandling som innebærer individuell tilpasning i innhold (kombinasjon av ulike behandlingskomponenter), for eksempel Restart DCM programmet, er at vi ikke vet hvilke komponenter som har effekt og hvilke som ikke har effekt. Resultater fra studier av effekten av individuelt tilpassede behandlingsprogram er vanskelige å tolke fordi behandlingen barna får varierer fra barn til barn. Basert på en multifaktoriell forståelse av stamming vil ulike

barn ha ulike behandlingsbehov (Smith & Weber, 2017). Foreliggende forskning indikerer at stammebehandling har liten eller dårlig effekt for noen barn. Dette gjelder uavhengig av om barna har mottatt behandlingsprogram som innebærer individuell tilpasning av innhold, gjennom Restart DCM, eller ingen individuell tilpasning av innhold, gjennom Lidcombeprogrammet (Sonneville-Koedot m. fl., 2015)

Siden foreliggende forskning ikke har dokumentert hvilke komponenter av behandlingsprogrammene som er essensielle for at stammebehandling gir effekt og hvilke som ikke er det, vil det kunne være tilfeldig om behandling som baseres på ulike kombinasjoner av behandlingskomponenter består av komponenter som tilsammen har effekt eller ikke. Et motargument til dette er at komponentene som inkluderes i Restart DCM (og muligens også logopedene sine egenutviklede kombinasjon av strategier) baseres på kartlegging av barnets kapasitet og krav i miljøet og at komponentene som inkluderes i behandlingen er de som skaper omstendigheter hvor barnet kan snakke flytende ut ifra sin kapasitet på det nåværende tidspunktet (Franken & Putker-de Bruijn, 2007).

Stammebehandling i barnehagealder – hva er naturlig bedring og hva er effektiv behandling?

Når evidensbasert behandling av barnehagebarn drøftes er det relevant å trekke frem en potensiell feilkilde i tolkning av forskningsresultater fra behandlingsstudier, men også logopeders tolkning av egen praksis og behandlingseffekt. Denne feilkilden er naturlig bedring. Naturlig bedring forekommer hos majoriteten av barnehagebarna som stammer. Men dette kan ta tid, da en stor australsk studie viste at fåtallet av barna (6.3%) sluttet å stamme i løpet av de første 12 månedene etter at stammingen først oppstod (Reilly m. fl., 2013). Dette innebærer at det er stor sannsynlighet for at mange av barna som blir behandlet av logoped ville sluttet å stamme uavhengig av effekten av behandlingen. I klinisk praksis innebærer denne feilkilden at logopeden som gir behandling som ikke har effekt vil oppleve at mange av barna har utbytte av behandlingen, fordi bedring skjer naturlig i tidsrommet hvor behandlingen gis. Den kliniske ekspertisen, som er en av komponentene i evidensbasert praksis, baseres i stor grad på logopedens kliniske erfaringer. Naturlig bedring vil derfor kunne være en avgjørende feilkilde som påvirker logopeders beslutninger om behandlingstilnærming; logopeder vil kunne oppfatte at behandlingen er effektiv og av den grunn fortsette å tilby denne behandlingen. Det faktum at logo-

pedene opplever at den behandlingen de tilbyr er effektiv når barnet slutter å stamme, kan være en forklaring på hvorfor norske logopeders praksis ikke overensstemmer med implikasjoner for forskningsbehandling basert på nyere forskningsresultater. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er om det er behandlingen som har ført til reduksjon eller opphør av stammingen. I tidligere studier har det blitt dokumentert betydelig behandlingseffekt i løpet av de tre første månedene etter behandlingsoppstart (de Sonnevile-Koedoot m. fl., 2015; Harris m. fl., 2002; Lattermann m. fl., 2008). Denne informasjonen er viktig for logopeder i evaluering av behandlingseffekt; dersom behandlingen er effektiv bør det observeres en reduksjon av frekvens/ alvorlighetsgrad av stammingen etter at behandlingen har startet opp. Dersom det ikke er en nedgang i alvorlighetsgrad av stamming i løpet av de tre første månedene etter at behandling ble startet indikerer dette at logopeden bør revurdere behandlingstilnærmingen.

Valg av behandling

Valg av behandling bør baseres på alle de tre elementene i evidensbasert praksis; kunnskap om brukeren, klinisk ekspertise og forskningsbasert kunnskap. Trolig finnes det ikke én behandling som passer for alle barnehagebarn som stammer. Det er særlig behov for å utvikle mer kunnskap om gruppen som ikke responderer på behandling. Vi vet noe om hva som er effektivt for større grupper av barn, men vi vet for lite om hvilke individuelle faktorer som spiller inn i opprettholdelsen av stamming for noen barn. Evidensbasert praksis vil dermed også innebære å velge en annen behandling enn behandlingen som har vist dokumentert effekt, dersom de forskningsbaserte behandlingsprogrammene, etter nøye utprøving, ikke har effekt for enkeltindividet. Brukermedvirkning skal også ivaretas. Foreldrenes ønsker for, og eventuelt tidligere erfaring med, stammebehandling må også tas i betraktning. Logopeden er imidlertid fagpersonen som innehar den forskningsmessige kunnskapen, og har ansvar for å formidle denne til foreldre, slik at de sammen kan gjøre gode, informerte valg.

Ut ifra denne undersøkelsen er det ikke mulig å trekke konklusjoner om *hvorfor* norske logopeder benytter de behandlingsformene de faktisk gjør. Faktorer utenfor de som er trukket fram i diskusjonen her er trolig relevante. Det må også fremheves at denne undersøkelsen i liten grad gir innsikt i innholdet i behandlingen som består av en egenutviklet kombinasjon av strategier. Vi anerkjenner at det å tilby stammebehandling med dokumentert effekt i stor grad også er et ressurs spørsmål.

Det må settes av ressurser både til kompetanseheving, og til å sikre at logopedene har tilstrekkelig med tid til å gjennomføre behandling med hvert enkelt barn. Drøftingene om hva som er evidensbasert logopedisk praksis for barnehagebarn som stammer må derfor ikke bare føres internt blant oss logopeder, men også med dem som har budsjettmyndighet og bevilger ressursene. Det er imidlertid veldig viktig at logopeder synliggjør når rammene ikke tillater evidensbasert praksis og når barna ikke får den behandlingen de har behov for.

Begrensinger ved studien

Spørreundersøkelse innebærer å innhente informasjon om de samme variablene fra to eller flere personer (De Vaus, 2002). Bruk av spørreskjema vil derfor innebære at det innhentes informasjon om hvordan de ulike deltakerne erfarer at de gir stammebehandling. Vi kan derfor ikke slutte direkte fra hva logopedene forteller at de gjør til hva som faktisk gjøres i praksis.

Det er en svakhet ved studien at lokallagsledere ble bedt om å distribuere lenken til spørreskjemaet og at det derfor ikke foreligger tilstrekkelig informasjon til å regne ut svarprosent samt informasjon om de logopedene som ikke besvarte undersøkelsen. Dette kan ha påvirket validiteten til studien da det er uvisst om logopedene som besvarte undersøkelsen er representative for populasjonen av logopeder i Norge. En annen svakhet med studien kan være at nyanser om hvordan logopedene jobber kan ha gått tapt, siden det ble valgt en kortere spørreundersøkelse for å få med flest mulig respondenter.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi argumentert for viktigheten av en forskningsbasert praksis i møte med barnehagebarn som stammer. Å gi effektiv behandling anses som spesielt viktig for gruppen med barnehagebarn som stammer fordi effektiv behandling i denne alderen kan innebære eliminering av stammingen. Resultatene fra vår studie indikerer at logopeder i Norge i liten grad jobber forskningsbasert, da et fåtall benytter behandlingsprogram med dokumentert behandlingseffekt. Imidlertid kan fullpåmeldte kurs i Lidcombe-programmet (Melle et al., 2017) tyde på interesse for og et ønske om å ha de forskningsbaserte metodene i den logopediske verktøykassa.

REFERANSER

- Ambjørnsen, I. (2011) Logopeders arbeid med førskolebarn som stammer: *En kvantitativ undersøkelse*. (Masteroppgave). Institutt for Spesialpedagogikk, Oslo.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2007). Scope of Practice in Speech-Language Pathology. Hentet fra: <https://www.asha.org/uploadedfiles/sp2007-00283.pdf>
- De Vaus, D. (2002). *Surveys in social research* (5th ed.). Australia: Allen & Unwin.
- Clark, C. E., Tumanova, V., & Choi, D. J. P. o. t. A. S. I. G. (2017). Evidence-Based Multifactorial Assessment of Preschool-Age Children Who Stutter. 2(4), 4-27.
- de Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M.-C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS one*, 10(7). doi:10.1371/journal.pone.0133758
- Franken, M.-C., & Putker-de Bruijn, D. (2007). Restart-DCM Method. *Treatment protocol developed within the scope of the ZonMW project Cost-effectiveness of the Demands and Capacities Model based treatment compared to the Lidcombe programme of early stuttering intervention: Randomised trial*. <http://www.nedoverstottertherapie.nl>.
- Franken, M.-C. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of fluency disorders*, 30(3), 189-199. doi:https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.05.002
- Guitar, B., Kazenski, D., Howard, A., Cousins, S. F., Fader, E., & Haskell, P. (2015). Predicting treatment time and long-term outcome of the Lidcombe Program: A replication and reanalysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(3), 533-544. doi:https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-13-0156
- Guttormsen, L. S., Kefalianos, E., & Næss, K.-A. B. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of fluency disorders*, 46, 1-14. doi:10.1016/j.jfludis.2015.08.001
- Guttormsen, L. S., Yaruss, J. S., & Næss, K. A. B. (2019). Parents' perceptions of the overall impact of stuttering in young children. Manuskript under revidering.
- Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of fluency disorders*, 27(3), 203-214. doi:https://doi.org/10.1016/S0094-730X(02)00127-4
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & Gebiski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *bmj*, 331(7518), 659. doi:https://doi.org/10.1136/bmj.38520.451840.E0
- Kefalianos, E., Onslow, M., Packman, A., Vogel, A., Pezic, A., Mensah, F., ... Reilly, S. (2017). The History of Stuttering by 7 Years of Age: Follow-Up of a Prospective Community Cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(10), 2828-2839. doi:10.1044/2017_JSLHR-S-16-0205
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). *Practical Intervention for Early Childhood Stammering*. London: Routledge.
- Kingston, M., Huber, A., Onslow, M., Jones, M., & Packman, A. (2003). Predicting treatment time with the Lidcombe Program: Replication and meta-analysis. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(2), 165-177.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of communication disorders*, 43(5), 407-423. doi:10.1016/j.jcomdis.2010.05.003
- Lattermann, C., Euler, H. A., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of fluency disorders*, 33(1), 52-65. doi:https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2007.12.002
- McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional and social development of children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 50, 23-32. doi:https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.09.003
- Melle, A. H., Hoff, K., Heitman, R. R., Gabrielsen, A.-H. S., Bjørvik, A. T., & Dahl, H. A. (2017). Lidcombe-»Tour« I Norge *Norsk Tidsskrift for Logopedi*(3), 42-43.
- Millard, S. K., Edwards, S., & Cook, F. M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61-76.
- Millard, S. K., Nicholas, A., & Cook, F. M. (2008). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(3), 636-650. doi:10.1044/1092-4388(2008/046)
- Millard, S. K., Zebrowski, P., & Kelman, E. J. A. j. o. s.-l. p. (2018). Palin Parent-Child Interaction Therapy: The Bigger Picture. 27(3S), 1211-1223.
- Månsson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of fluency disorders*, 25(1), 47-57. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00023-6
- Nippold, M. A. (2018). Stuttering in preschool children: Direct versus indirect treatment. Language, speech, and hearing services in schools, 49(1), 4-12. doi:10.1044/2017_LSHSS-17-0066
- Norsk Logopedlag. (2019, 9. april). Yrkesetiske retningslinjer for medlemmer i Norsk Logopedlag. Hentet fra <https://norsklogopedlag.no/yrkesetiske/>
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., & Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(3), 921-932. doi:10.1044/1092-4388(2012/12-0036)
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., ... Lloyd, W. (2017). The Lidcombe Program Treatment Guide.
- Ratner, N. B. (2018). Selecting Treatments and Monitoring Outcomes: The Circle of Evidence-Based Practice and Client-Centered Care in Treating a Preschool Child Who Stutters. *Language, speech, and hearing services in schools*, 49(1), 13-22. doi:10.1044/2017_LSHSS-17-0015
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., ... Block, S. (2013). Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics*, 132(3), 460-467. doi:http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-3067
- Shenker, R. C., & Santayana, G. (2018). *What Are the Options for the Treatment of Stuttering in Preschool Children?* Paper presented at the Seminars in speech and language.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1-23. doi:10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343
- Trajkovski, N., Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., & Packman, A. (2006). Treating stuttering in a preschool child with syllable timed speech: A case report. *Behaviour Change*, 23(4), 270-277. doi:https://doi.org/10.1375/behc.23.4.270
- Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., & Menzies, R. (2011). A phase II trial of the Westmead Program: Syllable-timed speech treatment for pre-school children who stutter. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6), 500-509. doi:https://doi.org/10.3109/17549507.2011.578660
- Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., & Menzies, R. (2009). Using syllable-timed speech to treat preschool children who stutter: A multiple baseline experiment. *Journal of fluency disorders*, 34(1), 1-10. doi:https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.01.001
- Yairi, E., & Ambrose, N. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097-1112. doi:10.1044/jslhr.4205.1097. doi:https://doi.org/10.3109/17549507.2011.578660
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87. doi:https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002



Anne Marie Bjøre har mastergrad i logopedi fra Universitetet i Oslo. Hun har mange års erfaring som PP-rådgiver. For tiden jobber hun som kommunal og privat logoped, og i tillegg tar hun konsulentoppdrag for PP-tjenesten.

tribus.sprak@gmail.com



Aase Marie Rolstad er PP-rådgiver i Bærum kommune og leksolog. Hun har flere års erfaring med utredning og rådgivning på individ og systemnivå. Hun er utdannet master i allmennpedagogikk og master i pedagogisk psykologisk rådgivning fra Universitetet i Oslo.

tribus.sprak@gmail.com

TRIBUS – ET NORSKUTVIKLET KARTLEGGINGSVERKTØY FOR VURDERING AV SPRÅKFORSTÅELSE

TRIBUS 1 - TEST AV ORDFORSTÅELSE. TRIBUS 2- TEST AV SETNINGSFORSTÅELSE.

Anne Marie Bjøre, Aase Marie Rolstad og Kristin Meyer

TRIBUS 1 og 2 er nye norskutviklede tester for kartlegging av ord- og setningsforståelse. Våren 2018 ble de testet ut på totalt 117 barn i aldersgruppen 4:0 – 4:11 år. Innholdet i artikkelen bygger på Kristin Meyer sin masteroppgave i logopedi med tittel «Utprøving av TRIBUS på 4-åringene. Et kartleggingsverktøy for å måle språkforståelse hos førskolebarn» (2018). Målet med denne kartleggingen er å bidra til et språkløft hos barn tidligst mulig i livet. Testene lanseres i august 2019.

TRIBUS- kartlegging av språkforståelse

TRIBUS 1 og 2 er to nye tester for kartlegging av språkforståelse på norsk. Begge testene bygger på kunnskap om typisk språkutvikling hos barn. TRIBUS 1 kartlegger forståelse av enkeltord, mens TRIBUS 2 kartlegger forståelse av setninger. Testene administreres individuelt. Testleder leser opp et ord eller en setning, og barnet skal peke på/velge ut bildet som passer med det som leses opp. Nivået på oppgavene er tilpasset barn i aldersgruppen 3-4 år. Testen er tenkt brukt i tilfeller der man ønsker mer informasjon om et barns forståelse av det norske språket. Barnets resultat sammenlignes med innsamlede normer fra barn i samme aldersgruppe med typisk språkutvikling. Per dags dato foreligger normer for aldersgruppen 4:0 - 4:11 år.

TRIBUS er det latinske ordet for «tre», og navnet ble valgt fordi det kan assosieres med «språktre-modellen» til Law, der ulike komponenter i språket henger sammen og påvirker hverandre (Sæverud et al. 2016). I Laws modell symboliseres de ulike komponentene av språket som ulike deler av et tre. F.eks. treets stamme symboliserer språkforståelsen, treets grener symboliserer språkproduksjonen og røttene er symbol for underliggende evner og ferdigheter som påvirker språkutviklingen. TRIBUS 1 og 2 har til hensikt å kartlegge treets «stamme», altså individets forståelse av språk.

Motivasjonen for utviklingen av TRIBUS

Språkvansker hos barn kan opptre i varierende grad og ramme ulike deler av språket (Leonard 2014). Vansker med språkforståelse blir ansett som den alvorligste formen for språkvansker (Dockrell 2001). Konsekvensene av å ha utfordringer med språket kan bli store, og kan påvirke andre utviklingsområder hos barnet. En studie fra Stavangerprosjektet viste en sammenheng mellom språk, lek og sosial fungering hos norske barn helt nede i to-tre-årsalderen. Barn med svakt språk falt oftere utenfor sosialt i barnehagen, noe som medførte mindre aktiv deltakelse i lek og færre språklige erfaringer (Stangeland 2017). Barn som stadig kommer til kort i språkkrevende situasjoner har dessuten høyere risiko for å utvikle sekundære psykiske plager (Beitchman et al. 2001, Ottem & Lian 2008). Videre viser forskning at det er en sterk sammenheng mellom talespråk og utvikling av skriftspråklige ferdigheter (Arnesen et al. 2013, Hjetland et al. 2017). Mangelfullt ordforråd hos barn i førskolealder predikerer økt risiko for utfordringer med lesing, både i forhold til leseforståelse og ordavkodning (Hagtvatn et al. 2011).

Sammenhengen mellom språkvansker i tidlig alder, svakere sosial fungering, psykiske plager og utfordring med læring senere i livet, belyser nødvendigheten av å gi ekstra støtte i den tidlige

utviklingen. For barn med språklige utfordringer kan tiltak for å minimalisere slike uønskede følgevansker være av stor betydning for deres livskvalitet. Longitudinelle studier viser at språkutviklingen er relativt stabil. Det vil si at barn med typisk språklig utvikling i ung alder ofte fortsetter å ha en adekvat utvikling, mens de med forsinket utvikling ser ut til å fortsette å henge etter i sin utvikling (Bornstein & Putnick 2012, Bornstein et al. 2014). Hagtvat & Klem (2018) peker på at denne stabiliteten ser ut til å være særlig påfallende fra 4-års alder og oppover. En studie foretatt av Hagen, Melby-Lervåg & Lervåg (2017) indikerer at det å få til varige endringer i språkferdigheter hos barn med språkutfordringer, krever omfattende tiltak både med hensyn til intensitet og varighet. Barn med språkvansker vil dermed ofte ha behov for langvarige og systematiske tiltak. Dette indikerer at det vil være en fordel å starte tidlig med språkstøttende tiltak, hvilket igjen forutsetter tidlig identifisering av hvilke barn som har behov for slike tiltak.

Bakgrunnen for arbeidet med TRIBUS startet med et ønske om å utarbeide et enkelt og tidsriktig verktøy for å kartlegge språkforståelse i norsk hos yngre barn. Utviklerne (Anne Marie Bjøre og Aase Marie Rolstad) har gjennom mange års arbeid i pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) jobbet med å vurdere barns utvikling innenfor språk og andre utviklingsområder. Målet har som oftest vært å komme frem til individuelle tiltak som kan bidra til å støtte barnets videre utvikling. I dette arbeidet har vi følt et behov for et norskutviklet kartleggingsverktøy som kan gi informasjon om de yngste barnas språkforståelse, og som kan supplere eksisterende kartleggingstester. Resultater fra tester er ofte med på å danne grunnlag for viktige beslutninger knyttet til oppfølging av barns vansker på ulike nivåer.

I dette arbeidet er det derfor helt avgjørende å ha kartleggingsverktøy av høy kvalitet som kan gi korrekt informasjon om sterke og svake sider ved barnets utvikling. Dersom man ønsker å kartlegge språkforståelsen til 3-4 åringene har man et forholdsvis begrenset utvalg av standardiserte tester tilgjengelig. De mest brukte testene er i utgangspunktet ikke laget for kartlegging av norsk, men oversatt og tilpasset fra andre språk, for eksempel BPVS-2, TROG 2, Reynells språkttest, NRDLS, NYA SIT (Lyster, Horn & Rygvold 2010, Bishop 2009, Hagtvat & Lillestølen 1985, Vulchanove, Volchanov & Nilsen 2019 & Hellquist 1989).

Oppbygning av TRIBUS 1

TRIBUS 1 tester barns forståelse av totalt 126 enkeltord. Bildene i TRIBUS 1 består av fotografier, se eksempel i figur 1.



Figur 1. Oppgave 96 fra TRIBUS 1: «Pek på GRØNNSAK».

Ved valg av ord og kategorier i TRIBUS 1 er det tatt utgangspunkt i norske kontekster som små barn vanligvis lærer seg de første ordene ut i fra. Målordene og distraktorene er hentet fra følgende hovedkategorier: substantiv, verb, adjektiv, sammensatte ord og overbegrep. Ordklassene substantiv og adjektiv består av ord fra ulike begrepsgrupper, for eksempel kroppen, kjøretøy, utendørs/natur, farger, følelser osv. Tabell 1 viser en oversikt over antall målord per kategori i TRIBUS 1.



Kristin Meyer
jobber som spesialpedagog og logoped i Drammen kommune. Hun har mastergrad i spesialpedagogikk, med fordypning i logopedi.

post@kristinmeyer.no

Tabell 1: Oversikt over antall målord i de ulike kategoriene i TRIBUS 1.

Hovedkategori	Delkategori (deltest)	Antall målord. Totalt 126	Målord per hovedkategori
SUBSTANTIV	1. Dyr 1 (eventuelt dyrelyd)	5	= 67
	2. Kroppen	10	
	3. Ansikt	10	
	4. Lek	5	
	5. Kjøretøy	3	
	6. Måltid	6	
	7. Hjemme	11	
	8. Dyr 2	6	
	9. Utendørs/natur	9	
	10. Former	2	
VERB	11. Verb	18	= 18
ADJEKTIV	12. Farger og mønster	5	= 19
	13. Beskrivende ord/egenskaper	11	
	14. Følelser	3	
SAMMENSATTE ORD	15. Sammensatte ord	11	= 11
OVERBEGREP	16. Overbegrep	11	= 11

Innenfor hver kategori er ordenes rekkefølge bygd opp med stigende vanskelighetsgrad. Informasjonen om når norske barn vanligvis har tilegnet seg de enkelte ordene er hentet fra Ordforrådet, en søkbar leksikalsk database over et utvalg norske ord (Lind et al. 2015). I tillegg er det valgt ord som forekommer i flere ulike standardiserte skjema der foreldre skal rapportere hvilke ord barna deres forstår og/eller bruker på ulike alderstrinn, for eksempel MacArthur-Bates Communicative Development Inventories: CDI-I, CDI-II og CDI-III (MacArthur-Bates 2011a, 2011b & 2017). Ifølge Lind et al. (2013) er det funnet en signifikant korrelasjon mellom subjektiv tilegnelsesalder i Ordforrådet og objektiv tilegnelsesalder i CDI-studien. En oversikt over alle målordene og distraktorene i TRIBUS 1, ordenes tilegnelsesalder og deres representasjon i ordlister fra andre rapporteringsmaterieill, er å finne i manualen til TRIBUS 1.

Det er lagt vekt på å ha med et stort utvalg av helt grunnleggende målord som normalspråklige barn i 3-4 årsalder vanligvis mestrer, for eksempel katt, hund, mage, arm, øre, hår, ball, bil osv. Årsaken til dette er at testen er laget for barn der en mistenker vansker med språk.

Ut i fra egne erfaringer har ofte tilsvarende språktester få oppgaver og en rask stigende vanskelighetsgrad, hvilket kun gir en bekreftelse på at barnet strever i forhold til typisk utviklede jevnaldrende. Ved å ha et større utvalg av grunnleggende ord kan en også få informasjon om hvilke ord og kategorier som barn med store språkutfordringer faktisk forstår, hvilket kan være nyttig informasjon ved utarbeidelse av tiltak. I tillegg vil det gi barn med store språkvansker en følelse av mestring i oppstarten av testen, hvilket kan være motiverende for å fullføre oppgavene. For å kartlegge språkforståelsen på et bredere nivå enn kun rene ordklasser, er kategoriene «sammensatte ord» og «overbegreper» også lagt inn. Det å forstå sammensatte ord og relasjonen mellom innholdet av enkeltordene som er satt sammen, mener Eiesland & Lind (2017) er viktig for å ha et presist og detaljert språk. Kategoriene «overbegreper» og «sammensatte ord» kan derfor være sentrale å teste barna i, for å kartlegge hvor langt de har kommet i sin språkutvikling, og for å se om eventuelle vansker med språket starter i det ordutviklingen blir mer avansert.



Figur 2. Oppgave 41 fra TRIBUS 2: «Gutten har slått seg».

Oppbygning av TRIBUS 2

TRIBUS 2 har til hensikt å kartlegge barnets forståelse av innholdet i ulike setninger, noe som krever kunnskap om både ord og grammatikk. Språkutviklingen hos barn dreier seg ikke bare om å lære flere og flere ord, men også å forstå hvordan ordene er knyttet sammen i grammatiske strukturer. Oppgavene i TRIBUS 2 består av illustrasjoner laget av Cecilie Seim, se eksempel i figur 2.

TRIBUS 2 består av totalt 60 setninger som er delt inn i 8 kategorier etter kompleksitet, se tabell 2. Vanskelighetsgraden er jevnt stigende utover i testen. Den første kategorien kalles Grunnpakka. Grunnpakka består av 12 forholdsvis enkle setninger. Barnets resultat på grunnpakka kan antyde om det er aktuelt å fortsette med de øvrige oppgavene. Dersom barnet får mange feil på Grunnpakka bør testleder vurdere om det er etisk forsvarlig å fortsette med de resterende oppgavene, altså oppgaver barnet sannsynligvis ikke kommer til å mestre. De første oppgavene starter med enkle uttrykk bestående av kun to ord, for eksempel «blå ball» og «kjøre bil». Senere kommer mer komplekse setninger slik som nektende setninger, setninger med ulogisk innhold og passive setninger. Det er imidlertid flere elementer som avgjør hvor kompleks en setning er å forstå for et barn, blant annet setningslengde, oppbygging og om det forekommer vanskelige ord inne i setningen. I noen av setningene inngår ord som også testes i TRIBUS 1. I tillegg har det blitt tatt utgangspunkt i CDI-I og CDI-II når det gjelder utvalg av preposisjoner, og Ordforrådet i valg av verbfraser (MacArthur-Bates 2011a, 2011b, Lind et al. 2015).

Tabell 2: Oversikt over innhold i TRIBUS 2.

Kategori	Antall setninger i kategorien
Grunnpakka	12
Setninger med enkle variabler	12
Setninger med flere variabler	6
Setninger med preposisjoner	8
Setninger med verbfraser	8
Nektende setninger	7
Ulogiske setninger	4
Passive setninger	3
Setninger totalt	60

Utvalgsriterier

For at det skal være mulig å benytte testene for å finne ut hvilke barn som trenger videre oppfølging når det gjelder språk, var det nødvendig å undersøke hva en gruppe normalspråklige 4-åringer mestret av oppgavene på testen. For at utvalget skulle bestå av enspråklige, norske 4-åringer med typisk utvikling, ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltagelse. I vurderingen av disse kriteriene ble det lagt vekt på at utvalget skulle være en relativt homogen gruppe, men som likevel gjenspeiler normale variasjoner mellom barn. Inklusjonskriteriene som ble satt var: (i) barnet må være 4;0-4;11 år ved testtidspunktet og (ii) barnet er enspråklig og har norsk som morsmål. Eksklusjonskriteriene var: (iii) barnet har ingen kjente diagnoser eller funksjonsnedsettelse, (iv) barnet har ikke nedsatt syn (kan delta hvis det korrigeres med briller), (v) barnet har ikke nedsatt hørsel (kan delta hvis det korrigeres med høreapparat) og (vi) barnet er ikke henvist til PPT, BUP, HAB eller lignende med mistanke om mer gjennomgripende utviklingsforstyrrelser eller lignende.

I tillegg til at pedagogene i barnehagen vurderte aktuelle barn i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene, så fylte foresatte ut et eget spørsmålsark med samme tema. Her oppga de også eget utdanningsnivå.

Datainnsamlingen

I perioden oktober til desember 2017 ble den første versjonen av TRIBUS (1 & 2) pilotert. Barn og deres foresatte kom med mange gode innspill, som medførte endringer av både målord, bilder og illustrasjoner.

Selve utprøvingen/normeringen ble gjennomført våren 2018, der totalt 117 barn deltok. Kartleggingen foregikk i 19 barnehager fordelt på 7 kommuner i 3 ulike fylker på Østlandet. Barnehagenes beliggenhet fordelte seg mellom større byer, små og store tettsteder, samt distriktstrøk.

I tillegg til TRIBUS 1 og TRIBUS 2 ble barna testet med deltesten Ordgjenkjenning fra WPPSI-IV (Wechsler 2015). Denne deltesten har totalt 31 målord. Testleder leser opp et målord av gangen og barnet skal peke på det bildet som passer med ordet som leses opp. Ordgjenkjenning har til hensikt å måle språkforståelse, ordkunnskap, evne til å gjøre bruk av verbale instruksjoner, samt evne til å koble sammen ord og bilde (Wechsler 2015). Årsaken til at denne deltesten ble inkludert var å gjøre det mulig å sammenligne barnas resultater på TRIBUS med den allerede normerte deltesten Ordgjenkjenning. Alle barna gjennomførte testene i samme rekkefølge. Først ble TRIBUS 1 gjennomført, deretter TRIBUS 2 og tilslutt deltesten Ordgjenkjenning fra WPPSI-IV.

Det var 3 testledere som gjennomførte all kartleggingen (forfatterne av denne artikkelen). Det var på forhånd satt regler rundt gjennomføringen for å sikre at utprøvingen ble gjennomført på en mest mulig lik måte uavhengig av hvem som testet barnet.

RESULTATER

Beskrivelse av utvalget

Utvalget i studien bestod av totalt 117 barn; 64 jenter og 53 gutter. Aldersmessig fordelte barna seg fra 4:0-4:11 år, med en litt høyere andel i alderen 4:6-4:9, slik at fordelingen har noe skjevhet mot de eldre barna (se tabell 3).

Tabell 3:

Oversikt over utvalgets fordeling i aldersgrupper samt fordeling av jenter og gutter per aldersgruppe.

Alder	Jenter	Gutter	N
4:0 - 4:5	24	15	39
4:6 - 4:11	40	38	78
Totalt	64 (54,7 %)	53 (45,3 %)	117

I Statistisk sentralbyrås statistikk over befolkningen i Norge i 2016, fremkommer det prosentvis fordeling over norske kvinner og menn når det gjelder alder, kjønn og utdanningsnivå (Statistisk sentralbyrå 2018). I tabell 4 vises både foreldrenes utdanningsnivå i utvalget og utdanningsnivået til norske kvinner og menn i alderen 25-49 år.

Tabell 4:

Foreldrenes utdanningsnivå, med utdanningsnivået til norske kvinner og menn (25-49 år) i parentes (Statistisk sentralbyrå 2018).

Utdanningsnivå	Kvinner	Menn
Grunnskole	2,6 (16,9)	3,4 (20,6)
Videregående skole/yrkesfaglig	23,1 (29,8)	38,5 (41,7)
Universitet/Høyskole til og med 4 år	40,2 (38,3)	30,8 (23,7)
Universitet/Høyskole mer enn 4 år	33,3 (15,9)	25,6 (14)

Av tabell 4 fremkommer det at utdanningsnivået i utvalget har et noe høyere nivå enn den generelle befolkningen i Norge. Dette tilsier at utvalget i denne studien har en liten skjevhet mot barn til høyt utdannede foreldre. I tillegg fremkommer det at foreldre med grunnskoleutdanning er noe underrepresentert i forhold til utdanningsnivået generelt i Norge.

Deskriptive analyser

En oversikt over deskriptive data presenteres i tabell 5. Resultatene fra TRIBUS 1 kan fordele seg på en skala fra 0-126, og i utvalget skårer barna fra 93 (min) til 124 (maks). TRIBUS 2 har en skala fra 0 til 60 og variasjonen i utvalget ligger på mellom 37 og 59. I tabellen finner man i tillegg oversikt over kjennetegn ved fordelingen i form av gjennomsnitt (M), standardavvik, skjevhet og kurtosis.

På bakgrunn av analyser av tallmaterialet vurderes det at dataene både for TRIBUS 1 og TRIBUS 2 er «tilnærmet normalfordelte» med få og uproblematisk uteliggere. Dette samsvarer med teori om at målinger fra virkeligheten sjeldent følger normalfordelingen helt perfekt (Sattler 2001).

Indre konsistens

Cronbachs alfa, α , er et mye brukt statistisk mål på indre konsistens (Clausen & Johansen, 2012). Totalskår på TRIBUS 1 viser en tilfredsstillende indre konsistens med $\alpha = .79$. Denne skalaen er basert på alle itemskårer og resultatet indikerer at det er god sammenheng mellom de deltakende barnas skåre på oppgavene og at disse oppgavene kan sies å måle samme underliggende begrep. TRIBUS 2 har en noe lavere indre konsistens med $\alpha = .61$, noe som antyder at testleddene korrelerer svakere/under tilfredsstillende grense. Dette var således ikke overraskende med tanke på at setningsforståelse er et komplekst fenomen, og at TRIBUS 2 nettopp er laget for å måle en bredde av barns språkforståelse. I følge Friborg (2010) kan det være en

Tabell 5:
Deskriptiv statistikk fra datamaterialet.

Variabel	N	Min	Maks	M	St. avvik	Skjevhet	Kurtosis
TRIBUS 1 Total skåre	117	93	124	113.39	5.77	-1.11	1.44
TRIBUS 2 Total skåre	117	37	59	51.87	3.88	-.96	1.47
WPPSI Ordgjenkjenning	117	18	31	24.21	2.46	-.58	.44

realistisk situasjon å få lav alfa ved komplekse konstrukter, og/eller der tester har flere indekser med få variabler. Sett i lys av det de ulike kategoriene i TRIBUS 2 måler, ville det kanskje vært overraskende med en høy grad av indre konsistens.

Korrelasjonsanalyser

Tabell 6 viser korrelasjonen mellom de tre testene. Av tabellen kommer det frem at det er en moderat til høy korrelasjonen mellom TRIBUS 1 og Ordgjenkjenning (.625), hvilket er signifikant på 0.01 nivå. Begge disse testene søker å kartlegge forståelse av ord. Det at TRIBUS 1 viser en relativt god sammenheng til en lignende normert test (Ordgjenkjenning), kombinert med at det er et norskutviklet verktøy med grunnlag i norske språkdata-baser, er en styrke og et tegn på at TRIBUS 1 kan bidra til å være et nyttig verktøy for å kartlegge forståelse av ord for barn i Norge.

Der er også en moderat til høy korrelasjon mellom total skåre på TRIBUS 1 og TRIBUS 2 på .559, signifikant på 0.01 nivå. Dette vil si at det i noe grad er de samme barna som skårer henholdsvis høyt og lavt på disse testene, men at det også er variasjoner. Samtidig er ikke disse korrelasjonene så høye at en kan si at testene måler helt det samme. Begge testene søker å måle språkforståelse, men henholdsvis ordforståelse (TRIBUS 1) og setningsforståelse (TRIBUS 2). Styrken på korrelasjonen viser imidlertid at testene ikke fanger opp helt samme aspekter ved språkforståelsen, men at de fanger opp noe av det samme, noe som kanskje ikke er så overraskende når språkferdighetene til førskolebarn ser ut til å lade på den samme faktoren jf. dimensjonaliteten i førskolebarns språk (Pentimont et al. 2015). Derfor er det naturlig at disse ikke korrelerer like høyt som Ordgjenkjenning og TRIBUS 1. Videre viser tabellen at korrelasjonen mellom TRIBUS 2 og Ordgjenkjenning er noe lavere (.403), men fremdeles med en moderat sammenheng signifikant på 0.01 nivå. Det kan blant annet ha sammenheng med at flere av de samme ordene inngår i både TRIBUS 1 og 2, samt at TRIBUS er norskutviklet, noe som gjør at deltestene

i TRIBUS har et annet og et felles utgangspunkt enn hva Ordgjenkjenning har.

Tabell 6
Korrelasjoner mellom TRIBUS 1, TRIBUS 2, og Ordgjenkjenning.

Mål	1	2	3
1. TRIBUS 1 total skåre	-	-	-
2. TRIBUS 2 total skåre	.559**	-	-
3. Ordgj (ikke skalert)	.625**	.403**	-

DRØFTING OG VURDERINGER

Vurdering av utvalgets størrelse

I utprøving av et nytt språkkartleggingsverktøy er det behov for at normgruppen er stor nok for å sikre at test-skårene er stabile og at utvalget er tilstrekkelig representativt (Sattler 2001). Vi er ikke kjent med at det foreligger noen egen standard for antall barn som bør være med ved en normering, men det gis noen anbefalinger. Alfonso og Flanagan (1999) anbefaler at utvalg med et aldersspenn på ett år inneholder minimum 100 barn. En gjennomgang av størrelsen på normgrunnlaget til andre tester som er mye brukt i Norge for aldersgruppen 4 år viser stor variasjon, jamfør oversikten i tabell 7. Her ser man for eksempel at The New Reynell Developmental Language Scales (NRDLS) har totalt 82 barn i sin normgruppe for 4-åringer (Vulchanove et al. 2019). WPPSI-IV, som er en mye brukt evnetest, har 81 skandinaviske 4-åringer i sitt normutvalg (Wechsler 2015). BPVS-II og TROG-2 er normert på den samme gruppen av barn, og har 138 barn i normeringsgruppen for 4-åringer (Lyster et. al 2010, Bishop 2009). NYA SIT (Språklig Impresiv Test) er oversatt til norsk og blir mye brukt til tross for at det ikke foreligger norske normdata. NYA SIT har tabeller for «gjennomsnittlig antall feil» i ulike aldersgrupper som bygger på en normgruppe på 32 svenske barn, gjeldende for hele aldersspennet 3-7 år (Hellquist 1989).

Tabell 7: Oversikt over antall barn i normeringsgruppen for 4-åringer for noen utvalgte tester.

Navn på test	Aldersgruppen 4:0 - 4:5	Aldersgruppen 4:6 - 4:11	Totalt antall barn 4:0- 4:11	Kommentarer
NRDLS (norsk versjon 2019)	36	46	82	
Reynells språktest (1985)	-	-	89/87	Språkforståelsesdelen/ Talespråkdelen
TROG 2 (norsk versjon 2009)	62	76	138	
BPVS-2 (norsk versjon 2010)	62	76	138	
WPPSI-IV (norsk versjon 2015)	-	-	81 (no/sv/dk)	Felles skandinaviske normer
NYA SIT (1989)	-	-	-	NB! Har ikke norske normer. De svenske normene består av totalt 32 barn gjeldende for aldersgruppen 3-7 år.

Normdataene til TRIBUS inneholder 117 barn innenfor aldersgruppen 4:0-4:11 år, og tilfredsstiller da Alfonso & Flanagans (1999) anbefaling om minimum 100 barn per aldersspenn på ett år.

Generaliserbarhet

Det ble etterstrebet å finne et så representativt utvalg som mulig, som ifølge Sattler (2001) dreier seg om hvor karakteristisk normgruppen er i forhold til populasjonen. Selv om utvalget i denne studien er formålstjenlig, ble det gjort noen tiltak for å få et representativt utvalg. Det ble etterstrebet å få en variasjon i utvalget, både fra store og små kommuner, ulikt utdanningsnivå blant foreldrene og en jevn fordeling jenter/gutter. Det antas at utvalget gjenspeiler befolkningens utdanningsnivå rimelig godt når det gjelder foreldre til enspråklige, norske 4-åringer. Videre er utvalget tilnærmet normalfordelt aldersmessig og har en relativt jevn fordeling mellom jenter (54,7 %) og gutter (45,3 %), se tabell 3. I tillegg viste analyser at bakgrunnsvariablene utdanningsnivå, alder og kjønn hadde liten innvirkning på resultatene.

En trussel mot generaliserbarhet er at det ikke er hentet et fullstendig tilfeldig (randomisert) utvalg fra hele landet. En gjennomgang av sammenlignbare normeringer viser at det også i disse er benyttet et formålstjenlig utvalg. Med bakgrunn i tiltakene som er gjort, og spredningen som utvalget viser, kan det være grunn til å anta at resultatene fra denne undersøkelsen lar seg generalisere utover utvalget som var med i studien.

Oppsummering og avsluttende betraktninger

I mange tilfeller er det helt nødvendig å kartlegge barns

språkutvikling. I en språkutredning er det nødvendig å ta i bruk ulike kilder og verktøy for i best mulig grad belyse barnets helhetlige språkkompetanse; det være seg informasjon fra foreldre og barnehage, utfylte rapporterings-skjemaer og observasjon av barnet i naturlige kommunikasjonsituasjoner. I tillegg vil resultater fra normerte tester kunne bidra til verdifull informasjon om barnets språkutvikling.

I en språkutredning er det ofte sentralt å starte med å kartlegge barnets *forståelse* av ord og setninger (reseptiv forståelse). Ekspressivt vokabular antas nemlig å være underordnet reseptivt vokabular, da barn sjelden bruker ord i talen sin som det ikke har forstått reseptivt (Sattler 2001). Språkforståelse lar seg vanskelig observere, og for å få sikker informasjon om hva barnet forstår eller ikke forstår, kan resultater fra individuelle normerte språktester bidra med viktig informasjon. Med den normeringen som nå foreligger mener vi at TRIBUS kan være et godt supplement til eksisterende språkforståelsestester for norskspråklige 4-åringer.

En fordel med testen er at den er basert på det norske språket, både i utvalg av ord og i henhold til kunnskap om barns språkutvikling. Den har også oppgaver der man kartlegger barnets forståelse av sammensatte ord og overbegreper, noe vi ikke er kjent med at andre ordforståelsestester gjør på en like systematisk måte. TRIBUS 1 har også relativt mange oppgaver sammenlignet med andre ordforrådstester (totalt 126 ord). Det er lagt opp til at barn med språkutfordringer skal ha mulighet til å mestre noen av oppgavene, slik at man også får informasjon om hvilke ord barnet faktisk mestrer, og ikke bare hvilke det ikke mestrer.



Testsituasjon.

Målsettingen med dette er at det kan bidra til nyttig informasjon i arbeidet med å utarbeide tiltak for barnet. Formålet for hele kartleggingsprosessen er å sørge for at barn som har behov for ekstra språkstimuleringstiltak får tilgang til effektive tiltak for å bedre sine ferdigheter så raskt som mulig.

Det styrker begrepsvaliditeten at TRIBUS er utviklet med utgangspunkt i det norske språk når det er norske barn som kartlegges. Oppgavene tar da hensyn til kulturell bakgrunn med tanke på både valg av ord, setninger, illustrasjoner og bilder. Grundig arbeid med tidsriktige illustrasjoner og ordvalg som er aktuelle i 2019, er nedlagt for at barnet skal kjenne seg igjen i hverdagslige situasjoner. Selv om tester fra andre språk blir tilpasset og normert på norske barn, vil oppgavene likevel ha utgangspunkt i et annet språk. Egenskaper ved testen, kan ifølge Martinussen (2011), endre seg og oversatte formuleringer kan ha ulik betydning på to forskjellige språk, noe som kan føre til misforståelser av ord og begreper.

Videre er det viktig å huske på at selv om testing med TRIBUS skulle vise at det ikke er bekymring rundt barnets forståelse av språk, så vil det allikevel kunne være nødvendig å kartlegge andre sider av barnets språkutvikling, for eksempel språkproduksjon, uttale og sosial bruk av språket (pragmatikk).

Like viktig som god kvalitet på en språktest er god kompetanse hos testlederen. En testleder må være seg bevisst på at det følger med et ansvar ved bruk av kartleggingsverktøy, noe som blant annet innebærer å følge standardiserte målingsprosedyrer til testene. Det er viktig å sørge for at man som testleder har nødvendig kompetanse for å vurdere resultatene, men også evne til det å tilrettelegge for en trygg og optimal testsituasjon for barnet. I tillegg vil det være essensielt at man har kunnskap om effektive og forskningsbaserte språktiltak som kan bidra til et språkløft for barnet.

LITTERATUR

- Alfonso & Flanagan (1999). Assessment and Cognitive Functioning in Preschoolers. I Nuttall, E. V., Romero, I. & Kalesnik, J. (red.). *Assessing and Screening preschoolers* (s. 186-217). USA: Allyn & Bacon.
- Arnesen, A., Meek-Hansen, W., Ottem, E., & Frost, J. (2013). Barns vansker med språk, lesing og sosial atferd i læringsmiljøet: En undersøkelse basert på lærervurderinger og leseprøver i grunnskolen 2.-5.trinn. *Psykologi i kommunen*, 5, 5-20.
- Beitchman, J.H., Wilson, B., Johnson, C.J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., Escobar, M. & Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/ language-impaired and control children: psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 75-82. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200101000-00019>
- Bishop, D.V.M. (2009). Test for Reception of Grammar. Version 2. TROG-2 Manual, Norsk utgave. Pearson Assessment.
- Bornstein, M. H. & Putnick, D. L. (2012). Stability of Language in Childhood: A Multiage, Multidomain, Multimeasure, and Multisource Study. *Developmental Psychology*. Vol. 48 (2), 477-491. doi: 10.1037/a0025889
- Bornstein, M. H., Hahn, C-S., Putnick, D. L. & Suwalsky, T. D. (2014). Stability of Core Language Skill from Early Childhood to Adolescence: A Latent Variable Approach. *Child Development*. Vol. 85 (4), 1346-1356.
- Clausen, T. H. & Johansen, V. (2012). Chronbachs alfa. I Eikemo, T. A. & Clausen, T. H. (red.). *Kvantitativ analyse med SPSS* (s. 268-277). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Dockrell, J. E. (2001). Assessing Language Skills in Preschool Children. *Child Psychology & Psychiatry Review*, Vol. 6 (2), 74-85.
- Eiesland, E.A. & Lind, M. (2017). Hva er en grevlingby? En undersøkelse av hvordan nylagde sammensetninger fortolkes av personer med og uten afasi. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 63 (2), 6-14.
- Friborg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørreinstrumenter. I Martinussen, M. (red.). *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag* (s. 15-53). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagen, Å. M., Melby-Lervåg, M. & Lervåg, A. (2017). Improving language comprehension in preschool children with language difficulties: a cluster randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58:10 (2017), s. 1132-1140.
- Hagtvet, B. & Lillestølen, R. (1985). *Reynells språktest. Reynell Developmental Language Scales*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagtvet, B. E., Lyster, S-A. H., Melby-Lervåg, M., Næss, K-A., Hjetland, H. N., Engevik, L. I., Hølland, S. Karlsen, J., Klem, M. & Kruse, J. (2011). Ordforråd i førskolealder og senere leseferdigheter – En metaanalytisk tilnærming. *Spesialpedagogikk*, (01), 34-49.
- Hagtvet, B. & Klem, M. (2018). Tidlig språkkartlegging- til barnets beste? *Norsk tidsskrift for logopedi*, årgang 64, 2018/4, s. 12-24.
- Hellquist, B. (1989). Språklig Impressiv Test for barn (NYA SIT). Info Vest Forlag.
- Hjetland, H. N., Brinckmann, E. I., Scherer, R., & Melby-Lervag, M. (2017). Preschool predictors of later reading comprehension ability: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 14, 1-156.
- Leonard, L. B. (2014). *Children with Specific Language Impairment*. Massachusetts: The MIT Press.
- Lind, M., Simonsen, H.G., Hansen, P., Holm, E. & Mevik, B.-H. (2013). «Ordforrådet» – en leksikalsk database over et utvalg norske ord. *Norsk tidsskrift for logopedi*, årgang 59, nr 1, s. 18-26.
- Lind, M., Simonsen, H.G., Hansen, P., Holm, E. & Mevik, B.-H. (2015). Norwegian Words: A lexical database for clinicians and researchers. *Clinical Linguistics & Phonetics* 29 (4), s. 276-290. Hentet 01.03.16 fra: <http://www.tekstlab.uio.no/ordforradet/>
- Lyster, S-A. H., Horn, E. & Rygvold, A-L. (2010). Ordforråd og ordforrådsutvikling hos norske barn og unge. Resultater fra en utprøving av British Picture Vocabulary Scale II, Second Edition (BPVS-II). *Spesialpedagogikk*. Årgang 75, 09, s. 37-45.
- MacArthur-Bates (2011a). CDI-I. *Foreldrerapport for kommunikativ utvikling: Ord og gester*. Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo.
- MacArthur-Bates (2011b). CDI-II. *Foreldrerapport for kommunikativ utvikling: Ord og setninger*. Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo.
- MacArthur-Bates (2017). CDI-III. *Foreldrerapport for kommunikativ utvikling. Prøveeksemplar/nettskjema utlånt fra Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo*.
- Martinussen, M. (2011). Hvordan måle? Om bruk av tester og kartleggingsverktøy. I F. Adolfsen, M. Martinussen, A. M. Thyrahaug & G. W. Vedeler (Red.), *Familiens hus – organisering og faglige perspektiver* (s. 109-116). Tromsø: RKBU – Nord.
- Meyer, K. (2018). Utprøving av TRIBUS på 4-åringer. *Et kartleggingsverktøy for å måle språkforståelse hos førskolebarn*. Masteroppgave i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
- Ottem, E. & Lian, A. (2008). Spesifikke språkvansker. I Bele, I. V. (red.). *Språkvansker. Teoretiske perspektiver og praktiske utfordringer*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Pentimonti, J., O'Connell, A. Justice, L. & Cain, K. (2015). The Dimensionality of Language Ability in Young Children. *Child Development*. Vol.86 (6), 1948-1965. doi: 10.1111/cdev.12450
- Sattler, J. M. (2001). *Assessment of children. Cognitive applications*. California: Sattler Publisher. 4th Ed.
- Statistisk sentralbyrå, SSB (2018). *Fakta om utdanning 2018 – nøkkeltall fra 2016*. Hentet 15.01.18 fra <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv>
- Stangeland, E. B. (2017). The impact of language skills and social competence on play behaviour in toddlers. *European Early Childhood Education Research Journal*, 25 (1), 106-121, doi: 10.1080/1350293X.2016.1266224
- Sæverud, O., Forseth, B.U., Ottem, E. & Platou, F. (2016). *En veileder om begrepslæring – en strukturert undervisningsmodell for barn og unge med språkvansker*. Statped.
- Vulchanove, M., Vulchanov, V. & Nilsen, R.A. (2019). NRDLs. *The New Reynell Developmental Language Scales*. Manual. Norsk utgave. Stockholm: Hogrefe Psykologiforlaget AB.
- Wechsler, D. M. (2015). *Wechsler preschool and primary scale of intelligence. WPPSI-IV*. 4. utg. Manual, Norsk versjon. Psychological Corp.: Harcourt Assessment.



NYHET!

Spåkutviklingstest for vurdering av forståelse og produksjon av spåk.

NRDLS. The New Reynell Developmental Language Scales.

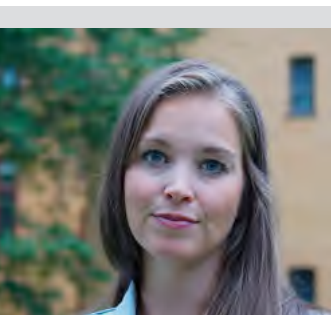
Den norske versjonen av den fjerde utgaven av den velkjente språktesten NRDLS er utviklet for vurdering av barn i aldrene 3–7 år.

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

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

www.hogrefe.no

 **hogrefe**



Silje Merethe Hansen
jobber som Ph.d.-stipendiat ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, og er også tilknyttet forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus HF.

s.m.hansen@isp.uio.no



Marianne Hjertstedt
jobber som klinisk sosionom med avdeling for kognitiv rehabilitering, Sunnaas sykehus HF.

marianne.hjertstedt@sunnaas.no



Melanie Kirmess
jobber som førsteamanuensis på Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, og har en bistilling i forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus HF.

melanie.kirmess@isp.uio.no

INTENSIV GRUPPEBEHANDLING FOR PERSONER MED SOSIALE KOMMUNIKASJONSVANSKER: EN PILOTSTUDIE

Silje Merethe Hansen, Marianne Hjertstedt, Melanie Kirmess, Hildegun Snekkevik og Jan Stubberud

I Norge har vi manglende evidensbaserte behandlingsprogrammer for personer som opplever sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervede hjerneskader, dette til tross for at vanskene er svært utbredt og får store konsekvenser for den enkeltes sosiale liv og reintegrering i samfunnet. Vi vil i denne artikkelen gi en kort oversikt over kunnskapsstatus på området og presentere våre erfaringer fra en pilotstudie hvor vi prøvde ut en intensiv gruppebehandling for seks personer med sosiale kommunikasjonsvansker. Resultatene fra pilotstudien viste at deltakere, pårørende og terapeuter rapporterte gruppebehandlingen som gjennomførbar og at den opplevdes som nyttig.

BAKGRUNN

Kognitive vansker er en vanlig senfølge etter ervervede hjerneskader (Haskins et al., 2012-2014). Når underliggende kognitive vansker med blant annet hukommelse, oppmerksomhet, eksekutive funksjoner eller sosiale ferdigheter fører til vansker med kommunikasjon kalles disse vanskene ofte sosiale kommunikasjonsvansker (Finch, Copley, Cornwell, & Kelly, 2016). De sosiale kommunikasjonsvanskene kan blant annet vise seg gjennom egosentrisitet og ufølsomhet overfor andre, taleflom, vansker med å sette og respektere sosiale grenser eller å ta initiativ eller opprettholde sosiale interaksjoner (Haskins et al., 2012-2014) samt evne til å delta aktivt i sosialt liv (Finch et al., 2016).

I denne sammenheng er det altså ikke snakk om kommunikasjonsvansker som følge av ervervede språkvansker (afasi), men kommunikasjonsvansker som følge av andre kognitive vansker. Sosiale kommunikasjonsvansker blir også beskrevet som kognitive kommunikasjonsvansker (CASLPO, 2002) eller pragmatiske språkvansker (Martin & McDonald, 2003; Turkstra et al., 2017). Ettersom fokuset i behandlingen som her skal beskrives er på det sosiale aspektet ved disse kommunikasjonsvanskene, vil vi i denne artikkelen benytte begrepet sosiale kommunikasjonsvansker. Vi har også valgt å

avgrense fokuset i artikkelen til å omhandle sosiale kommunikasjonsvansker hos voksne, da vansker hos barn med hjerner i utvikling arter seg noe annerledes (Anderson & Catroppa, 2006).

Til tross for at sosiale kommunikasjonsvansker hevdes å være en av de vanligste senfølgene etter traumatiske hodeskader (traumatic brain injury, TBI) (Finch et al., 2016), er det gjennomført få prevalensstudier hvor forekomsten av sosiale kommunikasjonsvansker er undersøkt. De få studiene som foreligger antyder at 34-70 % av personer som rammes av TBI (Douglas et al., 2016; Oliver, Ponsford, & Curran, 1996) og 54-94 % av personene som rammes av høyresidig hjerneslag (Blake, 2007; Tompkins, 2011), opplever vansker innenfor minimum ett aspekt av sosial kommunikasjon. Etter det vi kjenner til foreligger det ingen tall for forekomst av sosiale kommunikasjonsvansker i Norge. Basert på de prevalensstudiene som foreligger internasjonalt så er det mye som tyder på at det er en stor gruppe personer som lever med sine sosiale kommunikasjonsvansker i Norge i dag (Blake, 2007; Oliver et al., 1996; Tompkins, 2011).

I tillegg antas det å være et mørketall av personer som aldri har blitt fanget opp og kartlagt, og som går uten behandling for sine sosiale

kommunikasjonsvansker. Dette er personer som har språklige ressurser, men som likevel strever med å kommunisere, samt å innta sine sosiale roller i samfunnet (Galski, Tompkins, & Johnston, 1998). Fra et logopedisk perspektiv er dette en pasientgruppe som hittil har fått lite fokus i logopedisk praksis og utdanning både nasjonalt og internasjonalt (Flatebø, 2016; Kelly, McDonald, & Frith, 2017). Flatebø (2016) gjennomførte i sitt masteroppgave-arbeide en spørreundersøkelse av 366 norske logopeder, og fant at 78 % av logopedene hadde kjennskap til *begrepet* kognitive kommunikasjonsvansker, men at de til tross for dette opplevde lite kompetanse knyttet til vanskene. Kelly et al. (2017) antyder også at det blant annet helsepersonell er lite kunnskap om sosiale kommunikasjonsvansker. Det er grunn til å tro at det er manglende kunnskap om, og ikke minst manglende integrasjon av hjerneskaderehabilitering som fagfelt i ulike relevante utdanningsforløp. Dette kan ha bidratt til at man i dag ikke besitter standardiserte kartleggingsverktøy eller evidensbaserte behandlingsmetoder på norsk for denne pasientgruppen. I ytterste konsekvens kan slike begrensninger medføre manglende kartlegging, feildiagnostikk, og/eller at man ikke mottar adekvat behandling for sine sosiale kommunikasjonsvansker.

Det er to hovedtilnærminger til behandling av sosiale kommunikasjonsvansker; vanskespesifikk tilnærming og kontekst-sensitiv tilnærming (Finch et al., 2016). Den tradisjonelle vanskespesifikke tilnærmingen fokuserer hovedsakelig på å gjenopprette en spesifikk kognitiv funksjon som igjen får positive konsekvenser for kommunikasjonsferdighetene. I en kontekst-sensitiv tilnærming fokuserer man på deltakelse i daglige aktiviteter, og bruker en kombinasjon av vanskebasert behandling, funksjonelle aktiviteter og kontekst-støttet deltakelse (Finch et al., 2016). Til tross for at sosiale kommunikasjonsvansker kan få store konsekvenser for en persons reintegrering til sitt sosiale liv, er det kun gjort et fåtall studier som undersøker effekten av behandling av sosiale kommunikasjonsvansker. Likevel viser nyere internasjonal forskning at det er sterkere evidens for

kontekst-sensitive behandlinger for personer med sosiale kommunikasjonsvansker, særlig om behandlingen gis i en gruppesetting, sammenlignet med vanskespesifikk tilnærming (Finch et al., 2016). Det som kjennetegner kontekst-sensitiv behandling i en gruppesetting er at de inneholder individuelle mål, gruppeaktiviteter, hjemmeoppgaver med pårørende og tilbakemeldinger (Ylvisaker, 2003). Group Interactive Structured Treatment (GIST) er en slik kontekst-sensitiv behandling for sosiale kommunikasjonsvansker som har vist svært lovende resultater (Braden et al., 2010; Cicerone et al., 2011; Dahlberg et al., 2007; Harrison-Felix et al., 2018; Hawley & Newman, 2012). Funn fra en randomisert kontrollert studie (RCT) gjort av Dahlberg et al. (2007) viste at GIST førte til reduserte vansker med sosial kommunikasjon i tillegg til økt livskvalitet hos personer med TBI. Resultatene støttes av en annen studie som viste at deltakere med TBI og tilleggsdiagnoser som hjerneslag, rusmisbruk eller psykiatriske lidelser også viste forbedrede sosiale kommunikasjonsferdigheter etter gjennomført GIST (Braden et al., 2010). En nyere RCT gjennomført av Harrison-Felix et al. (2018) sammenlignet GIST gitt i et interaktivt format hvor terapeutene la til rette for gruppediskusjoner, tilbakemeldinger og øvelser versus GIST gitt som tradisjonell klasseromsundervisning med en terapeut som presenterte temaene. Deltakerne som mottok klasseromsundervisning hadde på samme måte som den interaktive gruppen individuelle mål, en gruppestørrelse på seks til åtte deltakere samt at gruppeinteraksjon var tillatt når det oppstod spontant. Resultatene viste at deltakere i begge behandlingsgrupper oppnådde forbedrede sosiale ferdigheter. De tidlige studiene indikerer at GIST er en behandling som kan føre til positive effekter for personer med sosiale kommunikasjonsvansker. Det er likevel fremdeles behov for mer forskning for å kunne si noe om hvem denne behandlingen passer best for, og hvilket format behandlingen bør ha dersom personer med sosiale kommunikasjonsvansker skal få best mulig effekt av behandlingen.



Hildegun Snekkevik
jobber som avdelings-
overlege ved avdeling for
kognitiv rehabilitering,
Sunnaas sykehus HF.

*hildegun.snekevik
@sunnaas.no*



Jan Stubberud
jobber som psykolog-
spesialist og forsker
ved Lovisenberg
Diakonale Sykehus og
førsteamanuensis II ved
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo.

jan.stubberud@hotmail.com

Group Interactive Structured Treatment (GIST)

GIST er en strukturert gruppeintervensjon med en detaljert behandlingsmanual som er basert på kliniske erfaringer og teoretiske modeller fra holistisk nevrorehabilitering og gruppeterapi, samt prinsipper og rammeverk fra kognitiv atferdsterapi (KAT) (Hawley & Newman, 2012). Det inngår evidensbaserte elementer fra KAT for å fremme atferdsendring, som for eksempel observasjon, tilbakemeldinger, kognitiv restrukturering, modellering, atferdstrening, sosial problemløsning, trening på selvheldelse, sosial forsterkning og hjemmeoppgaver (Sokel, 2004). Det primære siktemålet i GIST er således å adressere de underliggende kognitive, kommunikative og emosjonelle svikttegnene som bidrar til sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneskada (Hawley & Newman, 2012).

GIST er bygget opp som en poliklinisk behandling med tolv moduler i tillegg til et første orienterende møte. Hver modul varer i 1,5 time. Hver deltaker får en arbeidsbok hvor temaer som blir diskutert står forklart. Behandlingen går over en periode på tolv uker, med en modul hver uke, i tillegg til hjemmeoppgaver som gjøres i samarbeid med en person som deltakerne har oppgitt som nær pårørende. Overføring til hverdagslivet er en viktig grunnstein i behandlingen, og derfor har den nære pårørende en sentral rolle som støttespiller under behandlingen. Det anbefales at GIST-gruppene består av seks til åtte deltakere (Hawley & Newman, 2012). Gruppestørrelsen ansees å være ideell da mindre grupper vanskeliggjør en god gruppeprosess i tilfelle en av deltakerne skulle falle fra, mens større grupper med flere enn åtte deltakere kan føre til at deltakerne får mindre tid til å utveksle erfaringer (Hawley & Newman, 2012). Det anbefales at GIST gis av to gruppeledere med ulik profesjonsbakgrunn, eksempelvis logoped, sosionom eller psykolog, for å ivareta den holistiske tilnærmingen som behandlingen krever (Hawley & Newman, 2012). Det tilstrebes at GIST-gruppen skal være et trygt miljø hvor deltakerne kan diskutere og dele erfaringer med hverandre, samt gjennomføre praktiske øvelser knyttet til sosial kommunikasjon. Det er derfor et viktig poeng at gruppesammensetningen er den samme gjennom hele forløpet, slik at man fremmer et trygt miljø og godt gruppesamhold (Hawley & Newman, 2012). Til tross for at GIST er en gruppebasert behandling har alle deltakere i behandlingen individuelle sosiale ferdighetsmål som er deres fokus gjennom behandlingen. Sosiale ferdighetsmål kan for eksempel være «jeg vil finne balanse mellom hvordan jeg kan være aktiv i en samtale uten å avbryte» eller «jeg skal vise interesse gjennom å stille oppfølgings spørsmål».

Programmet har også to oppfølgingsmoduler som gjennomføres tre og seks måneder etter endt GIST gruppebehandling. I oppfølgingsmodulene skal gruppedeltakerne møtes igjen for å snakke om hvordan det har gått siden sist og reflektere over status på sine sosiale ferdighetsmål.

Tabell 1: Oversikt over GIST modulene

Moduler	Tema
Modul 1	Første orienterende møte
	Ferdighetene til en god kommunikator
Modul 2	Selvurdering og målsetting
Modul 3	Hvordan starte samtaler
Modul 4	Holde samtalen i gang og bruk av tilbakemeldinger
Modul 5	Selvheldelse og sosial problemløsning
Modul 6	Sosial aktivitet ute
Modul 7	Utvikle sosial selvsikkerhet gjennom positivt selvsnak
Modul 8	Sette og respektere grenser
Modul 9	Videoopptak
Modul 10	Video-feedback og -gjennomgang
Modul 11	Konflikthåndtering
Modul 12	Avslutning

Basert på anbefalinger i American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM) sin kognitive rehabiliteringsmanual (Haskins et al., 2012-2014) har man i «Klinisk veileder og retningslinjer for kognitiv rehabilitering på Sunnaas sykehus» (Stubberud et al., 2015) valgt å anbefale GIST for pasienter med sosiale kommunikasjonsvansker. GIST ble da med tillatelse fra utviklerne oversatt til norsk (Hansen, Hvistendahl, & Stubberud, 2015) og det ble satt sammen en tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av logoped, sosionom, psykolog, lege og fysioterapeut som skulle tilpasse GIST for inneliggende pasienter ved sykehuset.

Det foreligger evidens som tilsier at behandling i andre ervervede hjerneskadepopulasjoner som afasi, har vist bedre resultater på funksjonell kommunikasjon i kronisk fase dersom behandlingen er intensiv (Brady, Kelly, Godwin, Enderby, & Campbell, 2016; Cherney, Patterson, Raymer, Frymark, & Schooling, 2008). I tillegg fant en studie gjort av Holleman et al. (2018) at et intensivt

nevropsykologisk rehabiliteringsprogram viste at deltakerne hadde tydelige forbedringer knyttet til livskvalitet, velvære, depresjon og angst når den ble prøvd ut på totalt 75 personer med ervervet hjerneskade i kronisk fase. I studien var deltakere med TBI, hjerneslag, hjernesvulst, anoksiskader samt andre ervervede hjerneskader inkludert. Behandlingen ble gitt over 16 uker (2x7 uker og 2 ukers pause) og besto av fem timer per dag fra mandag til torsdag i behandlingsukene (Holleman et al., 2018). Med utgangspunkt i evidensen som foreligger om intensiv behandling og rammene for oppholdslengde ved Sunnaas sykehus ble GIST tilpasset et intensivt døgnbasert gruppeopphold på fire uker, kalt intensiv GIST.

Formål med pilotstudien

Formålet med pilotstudien var å undersøke om intensiv GIST var praktisk gjennomførbar som et gruppeopphold over 4 uker for inneliggende pasienter ved Sunnaas sykehus og hvordan behandlingen opplevdes for deltakerne. Pilotstudien var også en forløper til et større doktorgrads-prosjekt som ønsker å måle effekten av standard poliklinisk GIST og intensiv GIST for personer med sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneskade.

METODE

Pilotstudien og resultatene fra denne som presenteres i denne artikkelen er brukt som en kvalitetssikring av den intensive GIST behandlingen.

Design

Gjennomførbarheten til intensiv GIST og deltakernes opplevelse av behandlingen ble undersøkt i et mixed-methods evalueringsdesign som kombinerte kvantitative og kvalitative metoder (Murnane & Willett, 2010): a) deltakerne fylte ut et semistrukturert evalueringsskjema direkte etter endt behandling, b) terapeutene deltok i ustrukturerte intervjuer sammen med pårørende direkte etter behandlingen, og c) terapeutene førte logg underveis i behandlingen. Evalueringsskjemaene og de ustrukturerte intervjuene evaluerte også hvordan deltaker og pårørende opplevde selve behandlingen. Det ble også foretatt en evaluering med deltakerne under oppfølgingsmodulene tre og tolv måneder etter endt behandling gjennom et ustrukturert gruppeintervju (d).

Utvalg og rekruttering

Pilotprosjektet hadde som mål å rekruttere seks aktuelle deltakere fra pasienter som har mottatt kognitiv rehabilitering tidligere. Ettersom potensielle deltakere var personer

det var lett å komme i kontakt med hadde pilotprosjektet et bekvemmelighetsutvalg (Gall, Gall, & Borg, 2007). Et informasjonsskriv med beskrivelse av formålet med pilotstudien samt informasjon om intensiv GIST ble sendt ut til fjorten potensielle deltakere med dokumenterte sosiale kommunikasjonsvansker. Utvalget ble gjort basert på tidligere logopedrapporter som konkluderte med at kommunikasjonsvanskene skyldes kognitive vansker som hukommelse, oppmerksomhet og/eller eksekutive vansker. Tilfeller hvor logopedrapporten antydte afasi ble ekskludert fra studien. I etterkant av dette ble de potensielle deltakerne kontaktet per telefon for å få kartlagt om noen ønsket å delta i pilotstudien. Fire personer responderte ikke på henvendelsene og tre av de som ble kontaktet ønsket ikke å delta. De første seks deltakerne som var interessert i å delta mottok et utvidet informasjonsskriv og samtykkeskjema. Den siste potensielle deltakeren som ble kontaktet og som ønsket å delta ble tilbudt å komme på rekrutteringslisten til den større randomiserte kontrollerte studien som var i planleggingsfasen på dette tidspunktet.

Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 55 år, med et aldersspenn på 40-65 år. Deltakerne hadde dokumentert ervervet hjerneskade i form av hjerneslag, anoksisk hjerneskade eller hjernesvulst, og deltok i pilotstudien fra 1,5-13 år etter skade. Av hensyn til deltakernes anonymitet vil alle deltakerne omtales som han videre i artikkelen.

Intervensjon - Intensiv GIST

Intensiv GIST består av de samme tolv modulene som standard GIST består av, men protokollen ble tilpasset til å gjennomføres som et intensivt gruppeopphold over en periode på fire uker. Gruppestørrelsen med seks deltakere ble ansett som ideell på bakgrunn av anbefalingene som ligger i GIST om seks-åtte deltakere (Hawley & Newman, 2012). Behandlingen ble gitt av en logoped og en sosionom som begge hadde flere års erfaring med kognitiv rehabilitering. De fire behandlingsukene i intensiv GIST bestod av to firedagers uker og to tredagers uker. Modulene i GIST ble fulgt kronologisk og tilpasset en uketimeplan. Det ble lagt inn hyppige pauser, og ekstra tid til gruppeøvelser for at gruppedeltakerne innad i gruppen skulle få tilstrekkelig med tid til praktiske øvelser mellom de ulike modulene. Allerede i modul 2 «selvvurdering og målsetting» startet prosessen med at alle deltakerne skulle definere sine egne sosiale ferdighetsmål som skulle bli deres fokus gjennom behandlingen. Målene ble definert i samarbeid med terapeuter og pårørende gjennom arbeid med hjemmeoppgaver. Som en del av behandlingen ønsket man i tillegg

å legge til rette for at deltakerne skulle kunne øve på sosial kommunikasjon gjennom å delta i ulike aktivitetsgrupper som for eksempel kjøkkengruppe, turgruppe og bassenggruppe i regi av det tverrfaglige teamet ved sykehuset, totalt 1 time per uke. Gruppedeltakerne hadde utvidede helgepermisjoner (fra onsdag/torsdag til mandag) i behandlingsukene med formål om å øve på sine sosiale ferdighetsmål samt gjøre sine hjemmeoppgaver sammen med en pårørende. I tillegg ble det på grunn av helligdager lagt inn en ukes permisjon mellom behandlingsuke to og tre. På samme måte som ved poliklinisk GIST fikk gruppedeltakerne også to individuelle oppfølgingssamtaler med terapeut for å sikre etablering av sosiale ferdighetsmål tidlig i behandlingen (i slutten av uke 1) samt en avslutningssamtale med fokus på behandlingsprosessen og anbefalinger videre. Fem av deltakerne hadde med seg pårørende til avslutningssamtalen. Det ble gjennomført to polikliniske oppfølgingssamlinger tre og tolv måneder etter behandlingen. I oppfølgingssamlingene fikk gruppedeltakerne mulighet til å utveksle erfaringer fra tiden etter behandlingen samt evaluere sine sosiale ferdighetsmål som ble etablert under behandlingen.

Evalueringsinstrumenter

Ettersom formålet med pilotstudien var den praktiske gjennomføringen av intensiv GIST og hvordan behandlingen opplevdes for deltakerne, ble det ikke foretatt noe formell kartlegging av deltakernes sosiale kommunikasjonsferdigheter før eller etter behandlingen, eller ved oppfølgingssamlingene etter tre og tolv måneder. På dette tidspunktet forelå det altså ingen mål på sosiale kommunikasjonsvansker eller nevropsykologiske tester, annet enn det som var beskrevet i tidligere rapporter.

Deltakernes opplevelse av behandling og gjennomførbarhet ble evaluert direkte etter behandlingen gjennom et semi-strukturert evalueringsskjema (a) fra GIST-manualen (Hansen et al., 2015) med noen tilpasninger som bestod av åpne og lukkede spørsmål. Det ble også gjennomført ustrukturerte gruppeintervjuer med deltakerne ved oppfølgingssamlingene etter tre og tolv måneder (d).

De pårørende evaluerte behandlingen gjennom et åpent gruppeintervju (b) direkte etter endt behandling. For gruppeintervjuene forelå det en enkel intervjuguide basert på overordnede kategorier som blant annet fokuserte på hvordan deltakere og pårørende opplevde: arbeid med hjemmeoppgaver, samarbeid med pårørende, arbeid med sosiale ferdighetsmål med mer. Tilbakemeldinger fra

gruppeintervjuene ble notert fortløpende av de to terapeutene og notatene ble deretter sammenlignet for å oppnå en samlet konsensus av tilbakemeldingene.

Det å samle inn data fra flere grupper, i dette tilfelle både fra pårørende og deltakerne, var sett på som hensiktsmessig for å validere brukerperspektivet i denne sammenheng da redusert innsikt i egne vansker er en kjent problemstilling innenfor kognitiv rehabilitering.

De to terapeutene skrev logg (c) underveis i behandlingen, og oppsummerte sine erfaringer etter endt behandling gjennom å skrive et sluttnotat. I sluttnotatet ble også erfaringer fra deltakere og pårørende inkludert.

Dataanalyse

Datamaterialet som ble samlet inn fra de ustrukturerte gruppeintervjuene ble behandlet og analysert kvalitativt gjennom gruppering av svar og eksempler. Datamaterialet som ble samlet inn via deltakernes evalueringsskjema ble behandlet delvis kvantitativt gjennom at avkrysninger ble talt opp og delvis kvalitativt gjennom gruppering av svar og eksemplifisering da en del av spørsmålene var åpne.

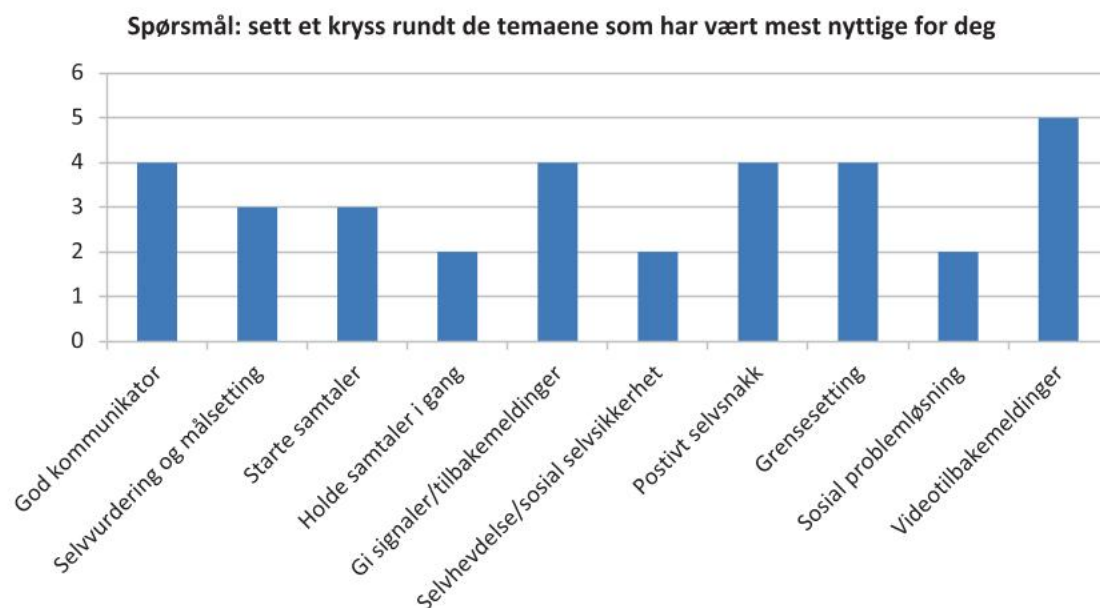
Etiske hensyn

Informert samtykke ble innhentet og prosjektet ble godkjent av personvernombudet for forskning og kvalitetssikring i 2017. Deltakerne fikk på forhånd informasjon både skriftlig og muntlig, enten via telefon eller ansikt til ansikt for å sikre at de forstod formålet med pilotprosjektet. Det var frivillig å delta i studien. Deltakerne kunne når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke til å delta i pilotprosjektet uten at dette ville få konsekvenser for den videre behandlingen ved sykehuset. Samtlige deltakere i pilotprosjektet signerte samtykkeskjema for deltakelse i studien.

RESULTATER

(a) Deltakerevaluering

Alle seks deltakere gjennomførte de tolv GIST modulene under det intensive gruppeoppholdet. I evalueringsskjemaet ble deltakerne bedt om å markere de temaene som de opplevde som mest nyttige, og det var åpent for å markere så mange temaer de selv ønsket. Alle de ti hovedtemaene ble markert som mest nyttig av noen deltakere (se figur 1), og samtlige deltakere markerte flere temaer som mest nyttige. Hovedtemaet «videotilbakemeldinger» ble markert som mest nyttig av hele fem av seks deltakere.



Figur 1. Deltakernes erfaringer rapportert via evalueringsskjema direkte etter intensiv GIST.

På spørsmålet «Har det vært temaer som ikke har vært nyttige for deg?» svarte fem deltakere nei, mens en av deltakerne svarte ja. Deltakeren trakk frem temaene «hvordan starte en samtale» og «hvordan holde en samtale gående» som ikke nyttig for han.

På et åpent spørsmål om det var temaer deltakerne savnet under behandlingen svarte tre deltakere nei og en svarte med å sette en strek i det åpne feltet. En deltaker skrev «mer om selvsuggesjon, type korte og effektive mantra. Altså enkelt å huske i tide». En annen deltaker skrev at han savnet temaer som «ordlegging, tydelighet, toneleie, kulturell påvirkning, emosjonell kompetanse, oppmerksomhet».

På et åpent spørsmål om det var noe deltakerne hadde lært i behandlingen som de ønsket å fortsette å bruke svarte alle seks deltakere ja. En deltaker skrev at han ville fortsette med å «høre etter og reflektere over hva andre sier til meg». En annen deltaker skrev at han ville «tenke at jeg selv er viktig og ta mer hensyn til meg selv». En tredje deltaker skrev at han ønsket å jobbe videre med å lese situasjonen samt å uttrykke seg så kort og samtidig forståelig som mulig i samtaler. De andre deltakerne trakk frem punkter som: «finne balansen mellom nødvendig mengde informasjon og det som er av interesse/ er viktig.», «Holde meg til

tema», «blitt bedre på å lytte, samt vise interesse» og «stort sett det meste tror jeg» på spørsmålet om de vil fortsette å bruke det de hadde lært etter behandlingen.

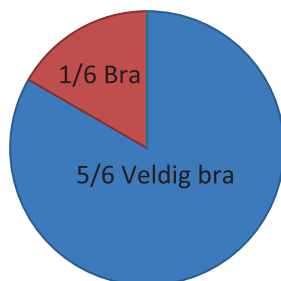
På et åpent spørsmål om deltakerne opplevde at deres sosiale ferdigheter hadde endret seg sammenlignet med før behandlingen svarte alle seks deltakere ja. En deltaker skrev «jeg snakker mer positivt til meg selv» mens en annen skrev at han er mer oppmerksom på det som skjer rundt han. En tredje deltaker skrev at han opplevde at de sosiale ferdighetene hadde økt og utdypet «min bevissthet på ovennevnt har økt såpass mye at jeg greier å ha det i bakhodet under samtaler og handle deretter». De andre deltakerne skrev punkter som «jeg klarer mer å delta i gruppesamarbeid nå», «jeg har satt større fokus på utfordringene og derved blitt mer bevisst» og «jeg føler at det hjelper meg å filtrere min oppførsel (...). Ikke så mye forklaringer mer om hva som har skjedd, nå er det mer om veien videre (...)

Som sektordiagrammet (figur 2) viser, svarte samtlige deltakere at deltakelse i GIST gruppen hadde vært veldig bra eller bra.

På spørsmålet «er det noe du skulle ønske var annerledes i behandlingen?» så svarte fire deltakere nei og to deltakere

Hvordan har det vært å delta i denne gruppebehandlingen?

■ Veldig bra ■ Bra ■ Helt ok ■ Ikke så bra ■ Dårlig



Figur 2. Deltakernes opplevelse av å delta på intensiv GIST.

ja. En av deltakerne ga uttrykk for at han hadde ønsket «en form for læresetning (...) så jeg for eksempel kan gi et kort og «høflig» svar på «hvordan er det med deg da? du ser jo så bra ut!» mens den andre deltakeren trakk frem at nivå-inndelte grupper kunne øke gevinsten fra behandlingen.

Andre kommentarer som deltakerne trakk frem avslutningsvis var at «vi er personer med forskjellige utfordringer derfor har det vært veldig bra». En deltaker skrev «dette var meget givende for meg, og jeg lærte mye. Behandlingsopplegget var godt organisert. God balanse mellom det faglige og det sosiale, og det ble tatt hensyn til behovet for pauser (...)». To av deltakerne trakk frem at de ønsket seg mer tid til fysisk aktivitet og morgentur, og en deltaker skrev at han hadde ønsket seg en «liten instruks» for sine pårørende som beskrev pårørendes rolle som støttespiller.

(b) Tilbakemeldinger fra pårørende

Samtlige pårørende ga uttrykk for at de syntes behandlingen hadde vært positiv. En pårørende ga uttrykk for at det var positivt at man i behandlingen fikk snakket om ting som man ikke ville snakket om ellers, som for eksempel hva som kjennetegner god kommunikasjon og styrker og utfordringer deltakerne opplever i kommunikasjonssituasjoner. Dette var noe flere av de andre pårørende sa seg enig med i gruppesamtalen. Flere av de pårørende ga uttrykk for at de ønsket tydeligere informasjon i forkant av behandlingen for eksempel i form av et felles oppstartsmøte hvor man gjennomgår rolleavklaringer i behandlingen. I tillegg ble det rapportert at arbeidsboken fremstod som noe uoversiktlig. En av de pårørende uttrykte det som noe vanskelig å gjennomføre hjemmeoppgavene da deltakeren hadde

vansker med å huske og å formidle tilbakemeldinger han hadde fått fra gruppen. Dette gjaldt særlig tilbakemeldinger utover det som allerede stod i arbeidsboken. Pårørende ytret et ønske om å få noen stikkord fra diskusjoner eller tilbakemeldinger, også skriftlig underveis.

(c) Erfaringer direkte etter behandling fra terapeutene

Terapeutene uttrykte gjennom loggskjema at behandlingen hadde gått over all forventning. De ga uttrykk for å ha god nok tid under de ulike modulene, samt tid til pauser og gruppeøvelser. De rapporterte begge at timeplan og intensitet fungerte godt, men at det ble for lite tid til andre aktiviteter som morgentur, trening og så videre i løpet av en dag. De ga uttrykk for at godt fysisk miljø med skjerming for støy var viktig. Terapeutene trakk spesielt frem modulen sosial utflykt som positiv da de observerte at den sosiale kommunikasjonen i gruppen fungerte godt. Det å være i en naturlig setting på et museum ga muligheter for å øve på sosiale ferdighetsmål i praksis. Modulene som omhandlet videofilming av en «bli kjent-samtale» mellom deltaker og en ukjent person og modulen som omhandler videotilbakemelding til deltakerne i gruppe ble også trukket frem som særlig nyttige da dette temaet skapte gode diskusjoner i gruppen.

Terapeutene ga uttrykk for at pårørende må informeres bedre i forkant av deltakelse om støttespillerrollen og hva som forventes av dem under behandlingen. Det ble observert og notert i logg at enkelte deltakere strevde med å huske å ta med, samt å finne fram i arbeidsboka. Terapeutene rapporterte også et behov for tydeligere avklarte roller i

forkant av behandlingsoppholdet knyttet til det tverrfaglige samarbeidet.

(d) Oppfølging etter tre og tolv måneder

Deltakerne ble også tilbudt en oppfølgingssamling etter tre og tolv måneder. Fem deltakere møtte til oppfølging etter tre måneder. Samtlige ga uttrykk for at behandlingen hadde vært positiv for deres sosiale kommunikasjon med andre. Særlig tre av deltakerne trakk frem at de fremdeles jobbet aktivt med sine mål sammen med pårørende, logoped eller alene. De andre to deltakerne ga også uttrykk for at de opplevde bedring i forhold til sine mål etter behandlingen, men trakk ikke spesifikt frem hvordan eller om de hadde jobbet videre med målene.

Fire av seks deltakere møtte til oppfølging etter tolv måneder. I den uformelle gruppesamtalen ga samtlige deltakere uttrykk for at de opplevde bedring og/eller stor bedring knyttet til sine sosiale ferdighetsmål etter behandlingen. En deltaker ga uttrykk for at målet om å stoppe og tenke før tale hadde vært «et mantra» i tiden etter behandlingen. Han ga uttrykk for at endring hadde vært vanskelig, men at dette mantraet hele tiden hadde jobbet i bakgrunnen. Han trakk videre frem at dette hadde resultert i at han i større grad enn tidligere opplevde mestring med å holde tråden i samtaler og at han nå klarte å «holde kjeft» noen ganger. Han ga uttrykk for at han ville fortsette å jobbe med å holde seg til tema og at han ikke måtte kommentere alt i samtaler. En annen deltaker uttrykte at kommunikasjonen med den nære pårørende var som vanlig, men at han har blitt mye bedre til å huske ting fra samtaler. To av deltakerne rapporterte at de fremdeles strevde med å tolke andres signaler. En annen deltaker ga uttrykk for at han hadde blitt bedre til å benytte riktig ord samt å tenke seg om før han snakket. Han sa «det er ikke lenger sånn at jeg svarer noe som kan være sårende. Jeg har blitt flinkere til å spørre *hva mente du nå?* og vi har snakket om det hjemme, hvis de ikke forstår – så spør». Deltakeren ga uttrykk for at han fremdeles ønsket å jobbe med å bli bedre til å håndtere negative samtaler og ikke være så konfliktsky. En tredje deltaker ga uttrykk for at konsentrasjonen hadde blitt bedre, men at han «fortsatt faller ut av og til, men ikke så ofte som før». Han ga samtidig uttrykk for at han opplevde bedring i målet om å redusere detaljer i samtaler, men at han fremdeles ga for mye detaljer sammenlignet med før skaden. I tillegg ga han uttrykk for at han hadde blitt noe mer selvkritisk enn tidligere, og at dette var noe han vil forsøke å redusere. Deltakerne hadde ulike erfaringer knyttet til pårørende som støttespiller i tiden etter behandlingen.

To av deltakerne ga uttrykk for at sosial kommunikasjon ikke lenger var et tema hjemme, mens en annen uttrykte at kommunikasjonen hjemme hadde blitt litt bedre. En deltaker hadde valgt å trekke inn lokal logoped som støttespiller.

Etter tolv måneders oppfølgingen uttrykte de to terapeutene at det å samle gruppen igjen for å dele erfaringer var positivt og at gruppen fort fant tilbake til den gode gruppedynamikken som ble etablert under behandlingen. Terapeutene rapporterte at samtlige deltakere ga uttrykk for bedring av sine sosiale kommunikasjonsvansker i samtalen, men at særlig to av deltakerne fortsatt ga uttrykk for å jobbe bevisst med målene sine tolv måneder etter behandlingen.

DISKUSJON

Drofting av funn

Resultatene fra pilotstudien antyder at intensiv GIST er et gjennomførbart døgnbasert tilbud og at behandlingen kan være akseptabel for personer med ervervet hjerneskade og sosiale kommunikasjonsvansker. Deltakerne opplevde behandlingen som nyttig, og de uttrykte at temaene som ble gjennomgått i stor grad var relevante. Svarene i evalueringsskjemaene ga tilbakemeldinger om spesifikke områder deltakerne ønsket større fokus på. En deltaker trakk frem ønske om «en form for læresetning» til bruk i sosiale situasjoner for å lettere kunne svare på generelle spørsmål som «hvordan går det?» eller private spørsmål knyttet til egen person. En læresetning forstås i denne sammenheng som korte «oppskrifter» på hvordan han kan svare på ulike spørsmål som han opplever som vanskelig i ulike sosiale settinger. I GIST er det et stort fokus på de utfordringer den enkelte kan oppleve i kontakt med andre samt på sosial problemløsning og grensesetting. Formålet er å bli tryggere på seg selv i møte med andre mennesker (Hawley & Newman, 2012). For enkelte deltakere vil det muligens være nyttig å utforme noen konkrete og korte setninger og svar, til eget bruk, som et nyttig supplement til deres egne hovedmål for behandlingen.

En deltaker nevnte at han tror nivåinndelte grupper vil kunne øke gevinsten av behandlingen. En nivåinndeling basert på omfang av hjerneskade eller kognitive vansker vil kunne la seg gjøre i praksis. En slik inndeling basert på skadeomfang sier imidlertid ikke nødvendigvis noe om hvor store sosiale kommunikasjonsvansker den enkelte har. Dette er mer utfordrende å kartlegge, da vi per i dag har begrenset med kartleggingsverktøy i Norge som måler

kommunikasjon i en sosial setting. Resultatene fra denne pilotstudien viste også at deltakerne i stor grad var fornøyde med gruppeinndelingen. Gjennom behandlingen viste det seg tydelig at de også hadde stor omtanke for hverandre, og at de opplevde hverandre som god støtte og inspirasjon. Dette kan tyde på at ulikt omfang av vansker også kan være en ressurs i gruppesammenheng.

Gruppebehandlingen skal være en læringsarena for deltakerne hvor de kan diskutere og dele erfaringer med hverandre knyttet til sosiale kommunikasjonsferdigheter, samt gjennomføre praktiske øvelser (Hawley & Newman, 2012). Overføringsverdien eller generaliseringen til deltakernes hverdagsliv er et viktig mål i GIST (Hawley & Newman, 2012). Dette vil for de fleste være å kommunisere med familie, venner, kollegaer og andre, noe som stiller krav til sosiale kommunikasjonsferdigheter på forskjellig nivå. Pårørendeinvolvering er et sentralt element i GIST (Hawley & Newman, 2012). Deltakerne i pilotstudien ble gitt flere muligheter for å øve på sine mål i en naturlig hjemmesituasjon. Pårørende ble informert i forkant av behandlingen om deres rolle som støttespillere for deltakerne. Tilbakemeldingene som ble gitt under behandlingen viste at pårørendes involvering kunne variere. Deltakerne som deltok i gruppebehandlingen hadde alle kognitive senfølger etter en ervervet hjerneskade. Kognitive problemer som hukommelsesvansker eller vansker med å ordlegge seg gjorde det for eksempel vanskelig for enkelte deltakere å formidle informasjon fra samlingene til pårørende eller huske hjemmeoppgaver. Dette kunne være særlig krevende dersom den pårørende selv ikke tok initiativ til å spørre eller være aktiv i prosessen. En deltaker rapporterte at han hadde ønsket seg en «liten instruks» for sine pårørende for å avklare pårørendes rolle i behandlingen. I ettertid ser man at enda tydeligere informasjon til pårørende i forkant kan være hensiktsmessig. Dette kunne for eksempel vært gjort gjennom et oppstartsmøte for å gjennomgå rolleavklaringer i behandlingen slik at pårørende i større grad vil kunne oppleve eierskap til sin rolle som støttespiller. Det kan også være nyttig med en mer utdypende informasjon til pårørende om spesifikke tilbakemeldinger eller

diskusjonspunkter som ikke står i arbeidsboken gjennom behandlingsforløpet. En måte å gjøre dette på vil kunne være at terapeutene skriver spesifikke tilbakemeldinger eller diskusjonspunkter som kan legges som vedlegg til modulene i arbeidsboken. Dette vil kunne bidra til at deltakeren og pårørende i større grad innehar den samme informasjonen. Dette stiller store krav til en oversiktlig arbeidsbok.

En fordel med den intensive GIST-behandlingen var at en hadde fleksibilitet til å bruke lenger tid på enkelte diskusjoner eller øvelser, i motsetning til ved poliklinisk behandling hvor det brukes 1,5 timer per modul (Braden et al., 2010; Dahlberg et al., 2007; Harrison-Felix et al., 2018). Flere av deltakerne i pilotstudien opplevde fatigue som følgevirkning etter hjerneskaden. Dette var noe som måtte tas hensyn til under behandlingen i form av hyppige pauser. Til tross for dette så man i ettertid at dagene ble lange og deltakerne rapporterte et ønske om mer tid til fysisk aktivitet som å gå turer og lignende.

Fra et sosioøkonomisk perspektiv vil man kunne argumentere for at det er større kostnader knyttet til å behandle inneliggende pasienter sammenlignet med pasienter som bor hjemme under behandling. Likevel er det forskning som har vist at intensiv behandling har god effekt for personer med ervervede hjerneskader i kronisk fase, sammenlignet med behandling en gang per uke (Holleman et al., 2018). Det vil være mulig å intensivere poliklinisk GIST ved å gjennomføre to GIST moduler i uken. Det vil imidlertid være ulemper ved å gjennomføre tre eller flere moduler per uke, da dette vil kunne føre til at deltakerne ikke får tilstrekkelig tid til å øve på sine sosiale ferdighetsmål og hjemmeoppgaver mellom modulene. Dette er tatt hensyn til i Intensiv GIST for inneliggende pasienter gjennom at gruppedeltakerne jobber fulle dager med modulene slik at de får tilstrekkelig tid til å øve på oppgaver og med hverandre, samt i ulike sosiale settinger og aktiviteter gjennom dagen og kvelden. Intensiv GIST for inneliggende pasienter vil også potensielt kunne bidra til at flere personer vil kunne delta i denne behandlingen, da den

Anbefalinger for videre intensiv GIST

- Tydelig avklaring av pårørendes rolle som støttespiller
- Et eget informasjonsskriv til pårørende hvor deres rolle blir tydeliggjort
- Pasientenes arbeidsbok må være oversiktlig og lett å finne fram i med skilleark
- Rutiner for at terapeutene skriver inn spesielle kommentarer eller diskusjonspoeng i enkelte pasienters arbeidsbok dersom deltakeren strever med å huske eller gjengi dette hjemme

blir tilgjengelig uavhengig av geografiske avstander. Det er imidlertid viktig at deltakerne kan reise hjem i de tre helgepermisjonene for å gjennomføre hjemmeoppgaver med sine pårørende.

Metodiske drøftinger

En av styrkene ved å benytte ustrukturerte gruppeintervjuer i evalueringen av gjennomførbarheten og erfaringer fra pilotstudien var at deltakerne og pårørende fikk mulighet til å trekke frem de tilbakemeldingene som de selv opplevde som viktige. Terapeutene skrev ned så ordrett som mulig de tilbakemeldingene som ble trukket frem. At deltakerne fylte ut et skriftlig evalueringsskjema direkte etter behandlingen, enten alene eller sammen med en ansatt som ikke var aktiv i behandlingen styrker disse resultatene. I retroperspektiv ser vi at en enda tydeligere forskningsprotokoll ville kunne vært hensiktsmessig for å styrke validitet og reliabilitet gjennom blant annet utprøving av intervjuguide og evalueringsskjema, samt at lydopptak og transkribering av intervjuene også ville styrket resultatene (Kvale, 2015).

Evalueringsskjemaet som ble brukt ga nyttige tilbakemeldinger fra deltakerne om hvordan de opplevde behandlingen. På spørsmålene som var knyttet opp til svaralternativer fikk vi svar som enkelt kunne sammenlignes og brukes. Uklare formuleringer som «sett et kryss rundt de temaene som har vært mest nyttige for deg» førte imidlertid til at samtlige deltakere markerte flere enn ett tema som mest nyttig. En tydeligere presisering av spørsmålet ville gitt oss svar på hvilken modul som ble opplevd som mest nyttig. I tillegg kunne det vært interessant å legge inn en rangering av temaene da dette ville kunne gitt oss et tydeligere og rangert svar på hvilke moduler som deltakerne opplevde som mest nyttige. På enkelte av de åpne spørsmålene erfarte vi at svarene ble noe vanskeligere å forstå og tolke. Det ble også rapportert om blant annet en skrivefeil i evalueringsskjemaet som gjorde at det særlig ved et av spørsmålene ble vanskelig å tolke svarene. Noen av spørsmålene i evalueringsskjemaet var såkalte «ikke»-spørsmål som kan være vanskelig for personer med sosiale kommunikasjonsvansker å forstå. Likevel ble det oppfattet at de deltakerne som hadde behov for hjelp eller var usikre på enkeltspørsmål i evalueringsskjemaet tok opp dette i fellesskap i gruppen eller med andre ansatte i avdelingen.

Hadde evalueringsskjemaet vært prøvd ut på forhånd, ville vi potensielt kunne fått enda tydeligere tilbakemeldinger fra deltakerne. I etterkant ser vi at vi med fordel bør omformulere noen av spørsmålene for å gjøre svarene fra deltakerne mer konkrete og målbare i det videre arbeidet, for eksempel gjennom å unngå «ikke»-formuleringer, og legge til noen presiseringer ved de åpne spørsmålene.

Avsluttende kommentarer

Gjennom pilotstudien fikk vi en god indikator på at deltakere, pårørende og terapeuter opplevde intensiv GIST som akseptabel og gjennomførbar. Basert på resultatene av pilotstudien kan man ikke uttale seg om intensiv GIST er virksom eller ikke, og dette var heller ikke formålet med pilotstudien. Det er imidlertid et behov for å utvikle strukturerte behandlingsmetoder for personer med sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervede hjerneskader som er prøvd ut i en norsk setting. Målsettingen med en slik behandling vil være å hjelpe personer med sosiale kommunikasjonsvansker til å oppnå høyest mulig funksjonsnivå, samt å bedre mulighet for sosial deltagelse i hverdagen og eventuelt i arbeidslivet. Det er behov for større studier med flere deltakere og målemetoder for å kunne si noe om effekten av intensiv GIST. Pilotprosjektets formål om å kvalitets-sikre gjennomførbarheten av en modifisert behandling – intensiv GIST – var viktig i utarbeidelsen av det pågående doktorgradsprosjektet «Gruppebasert behandling for personer med sosiale kommunikasjonsvansker» hvor vi gjennomfører en RCT som undersøker effekten av poliklinisk GIST og intensiv GIST for personer med sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneskade. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo og Sunnaas sykehus HF.

Dersom resultatene fra RCT-studien skulle avdekke effekter vil dette kunne ha stor betydning for personer med sosiale kommunikasjonsvansker, samt potensielt også ha betydning for deres psykiske helse, livskvalitet og mestringstro. I tillegg vil det kunne ha betydning for pårørendes livskvalitet. Resultatene vil også kunne bidra til et bedre behandlingstilbud for denne pasientgruppen i Norge i dag, samt også andre diagnosegrupper som strever med sosiale kommunikasjonsvansker.

Vi rekrutterer fremdeles deltakere til doktorgradsstudien, så om du jobber med eller har jobbet med potensielle kandidater som du tenker kan ha utbytte av denne behandlingen, ta kontakt med stipendiat Silje Merethe Hansen på e-post: s.m.hansen@isp.uio.no eller telefon: 22 85 53 04 / 99 46 23 26.

REFERANSER

- Anderson, V., & Catroppa, C. (2006). Advances in Postacute Rehabilitation After Childhood-Acquired Brain Injury: A Focus on Cognitive, Behavioral, and Social Domains. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(9), 767-778. doi:10.1097/01.phm.0000233176.08480.22
- Blake, M. L. (2007). Perspectives on Treatment for Communication Deficits Associated With Right Hemisphere Brain Damage. *American Journal of Speech - Language Pathology*, 16(4), 331-342.
- Braden, C., Hawley, L., Newman, J., Morey, C., Gerber, D., & Harrison-Felix, C. (2010). Social communication skills group treatment: A feasibility study for persons with traumatic brain injury and comorbid conditions. *Brain Injury*, 24(11), 1298-1310. doi:10.3109/02699052.2010.506859
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(6). doi:10.1002/14651858.CD000425.pub4
- CASLPO. (2002). *Preferred Practice Guideline for Cognitive-Communication Disorders*. Hentet fra http://www.caslo.com/sites/default/uploads/files/PSG_EN_Cog_Communication_Disorders.pdf
- Cherney, L. R., Patterson, J. P., Raymer, A., Frymark, T., & Schooling, T. (2008). Evidence-Based Systematic Review: Effects of Intensity of Treatment and Constraint-Induced Language Therapy for Individuals with Stroke-Induced Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(5), 1282-1299. doi:10.1044/1092-4388(2008/07-0206)
- Cicerone, K., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J., Kalmar, K., Fraas, M., . . . Ashman, T. (2011). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. In *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. (Vol. 92, pp. 519-530).
- Dahlberg, C. A., Cusick, C. P., Hawley, L. A., Newman, J. K., Morey, C. E., Harrison-Felix, C. L., & Whiteneck, G. G. (2007). Treatment Efficacy of Social Communication Skills Training After Traumatic Brain Injury: A Randomized Treatment and Deferred Treatment Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1561-1573. doi:10.1016/j.apmr.2007.07.033
- Douglas, J. M., Knox, L., De Maio, C., Bridge, H., Drummond, M., & Whiteoak, J. (2016). Effectiveness of Communication-specific Coping Intervention for adults with traumatic brain injury: preliminary results. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1.
- Finch, E., Copley, A., Cornwell, P., & Kelly, C. (2016). Systematic Review of Behavioral Interventions Targeting Social Communication Difficulties After Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(8), 1352-1365. doi:10.1016/j.apmr.2015.11.005
- Flatebø, H. B. (2016). «Usynlig» vanske – synlig tjeneste? En deskriptiv studie av norske logopeders kjennskap til og arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/52066/1/MasteroppgaveHegeBFL4.pdf>
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research : an introduction* (8th ed. ed.). Boston, Mass: Allyn and Bacon.
- Galski, T., Tompkins, T., & Johnston, T. (1998). Competence in discourse as a measure of social integration and quality of life in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12(9), 769-782. doi:10.1080/026990598122160
- Hansen, S. M., Hvistendahl, A. K., & Stubberud, J. (2015). *Group interactive structured treatment (GIST) - Et evidensbasert program for å utvikle sosial kompetanse for individer med traumatiske hodeskader eller andre kognitive vansker*. Norsk oversettelse av Hawley, L.A., & Newman, J.K. (2012). Group interactive structured treatment – GIST: For Social Competence. An Evidence Based Program to Develop Social Competence for Individuals with Traumatic Brain Injury or Other Cognitive Deficits. Denver, USA.
- Harrison-Felix, C., Newman, J. K., Hawley, L., Morey, C., Ketchum, J. M., Walker, W. C., . . . Howe, L. (2018). Social Competence Treatment After Traumatic Brain Injury: A Multicenter, Randomized Controlled Trial of Interactive Group Treatment Versus Noninteractive Treatment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(11), 2131-2142. doi:10.1016/j.apmr.2018.05.030
- Haskins, E. C., Cicerone, K., K.M. D.-O. c., Eberle, R., Langenbahn, D., Shapiro-Rosenbaum, A., & Trexler, L. E. (2012-2014). *Cognitive rehabilitation manual. Translating evidence-based recommendations into practice*. In Virginia USA: ACRM publishing.
- Hawley, L. A., & Newman, J. K. (2012). *Group Interactive Structured Treatment – GIST: For social competence. An Evidence Based Program to Develop Social Competence for Individuals with Traumatic Brain Injury or Other Cognitive Deficits*. Denver, USA.
- Holleman, M., Vink, M., Nijland, R., & Schmand, B. (2018). Effects of intensive neuropsychological rehabilitation for acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28(4), 649-662. doi:10.1080/09602011.2016.1210013
- Kelly, J. M., McDonald, J. S., & Frith, J. M. H. (2017). A Survey of Clinicians Working in Brain Injury Rehabilitation: Are Social Cognition Impairments on the Radar? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(4), E55-E65. doi:10.1097/HTR.0000000000000269
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martin, I., & McDonald, S. (2003). Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language*, 85(3), 451-466. doi:10.1016/S0093-934X(03)00070-1
- Murnane, R. J., & Willett, J. B. (2010). *Methods Matter: Improving Causal Inference in Educational and Social Science Research*. Oxford University Press.
- Oliver, J. H., Ponsford, J. L., & Curran, C. A. (1996). Outcome following traumatic brain injury: a comparison between 2 and 5 years after injury. *Brain Injury*, 10(11), 841-848.
- Sokel, B. (2004). Think Good – Feel Good. A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 94-94. doi:10.1111/j.1475-3588.2004.088_9.x
- Stubberud, J., A-M., S., Becker, F., Romsland, G., Schillinger, A., & Hansen, S. M. (2015). *Klinisk veileder og retningslinjer for kognitiv rehabilitering på Summaas sykehus HF*. Hentet fra http://sunhfintranett/modules/module_136/handbook_view.aspx
- Tompkins, C. A. (2011). Rehabilitation for cognitive-communication disorders in right hemisphere brain damage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1). doi:10.1016/j.apmr.2011.10.015
- Turkstra, L. S., Clark, A., Burgess, S., Hengst, J. A., Wertheimer, J. C., & Paul, D. (2017). Pragmatic communication abilities in children and adults: implications for rehabilitation professionals. In *Disability and Rehabilitation* (Vol. 39, pp. 1872-1885): Taylor & Francis.
- Ylvisaker, M. (2003). Context-sensitive Cognitive Rehabilitation after Brain Injury: Theory and Practice. *Brain Impairment*, 4(1), 1-16. doi:10.1375/brim.4.1.1.27031

SKRIFTLIG SPØRSMÅL FRA SHEIDA SANGTARASH (SV) TIL HELSEMINISTEREN

Dokument nr. 15:678 (2018-2019)

Innlevert: 04.01.2019

Sendt: 07.01.2019

Besvart: 15.01.2019 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Sheida Sangtarash (SV): Mange tusen mennesker i Norge har vansker med tale og språk. Helsedirektoratets retningslinjer for rehabilitering er minimum 5 timer i uken for å øve språk. Vi skal ha et godt tilbud i hele landet.

Hvordan kan kommuner legge ned logopedtilbudet til voksne, når det står klart i opplæringsloven § 4A-2 at alle kommuner skal ha et tilbud til voksne med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker, og hvorfor er ikke logopeder definert som kjernekompetanse i kommunene?

Begrunnelse

Logopeder jobber med blant annet tale-, språk og kommunikasjonsvansker hos barn og voksne med ulike diagnoser. Dette kan for eksempel være afasi etter hjerneslag, Multippel sklerose (MS), Parkinsons sykdom, taleflyttingsvansker som stamming og løpsk tale, samt ulike former for stemmевansker. I tillegg jobber logopeder med kommunikasjonshjelpemidler (ASK) knyttet til barn, unge og voksne med ulike behov. Eksempelvis får blant annet 1 av 500 barn alvorlige og langvarige vansker med tale og språk. I overkant av 12 000 personer får hjerneslag hvert år, og av dem får om lag 1/3 afasi. 8 000 personer har til en hver tid Parkinsons sykdom.

Tap av språklige- og kommunikative ferdigheter, samt mangel på logopedhjelp for å trene opp språklige funksjoner, kan få store psykologiske, sosiale og helsemessige konsekvenser for den enkelte. Dette vil igjen føre til betydelige økonomiske konsekvenser for samfunnet fordi mange ikke kan jobbe etter en alvorlig språksvikt og mangel på opptrening. Det er helt essensielt å mestre

tale- og skriftspråket i et samfunn, for å kunne delta på lik linje med resten av befolkningen.

Norsk Logopedlag (NLL) mener at logopeder må bli en integrert del av behandlingskjeden. Krav til kjernekompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er lovfestet, men logoped er ikke spesifikt nevnt som nødvendig kjernekompetanse. NLL erfarer at kommuner legger ned logopedtilbudet til voksne, henviser brukerne til lov om folketrygd og på denne måten fraskriver seg det ansvaret de har etter opplæringsloven.

Afasiforbundet i Norge har gjort to undersøkelser som er relevante i denne sammenhengen. Undersøkelsen gjennomført i 2006 viste at mindre enn 50 % av 230 kommuner hadde kommunalt ansatt logoped. Undersøkelsen gjennomført i 2016/2017 viste at mindre enn 30 % av 38 kommuner hadde et offentlig tilbud til voksne. En fersk undersøkelse gjort av NLL i 2018 viste at 42 % av 180 kommuner har et kommunalt tilbud. Det kommer ikke fram av undersøkelsene hva slags tilbud kommunene faktisk har. Mange kommuner har ansatt logoped i en mindre stillingsprosent, og i flere kommuner jobber logopedene både med barn og voksne. Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (2017) anbefaler for eksempel minimum 5 timer logopedisk oppfølging per uke i den intensive fasen. Det er vedtatt i Stortinget at man skal opprette et kommunalt pasient- og brukerregister. Logopeder er ikke registrert helsepersonell og står dermed ikke oppført i Helsepersonellregisteret. Siden logopeder ikke er autorisert og registrert helsepersonell, betyr det at det ikke blir mulig å hente og samle inn data fra våre tjenester. Dette er svært uheldig for en stor brukergruppe. Det er vanskelig å vite hva slags tilbud brukerne får, omfanget og kvaliteten på tilbudet.

Svar

Bent Høie: Alle kommuner skal ha tilbud om logopedtjenester. Tjenesten logopeder yter, kan defineres inn under barnehageloven, opplæringslovgivningen og helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

I tråd med regjeringens forslag, har Stortinget lovfestet kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fra 1. januar 2018 følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 at kommunene må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helse-søster for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar. Fra 2020 utvides plikten til også å omfatte psykolog og ergo-terapeut. I forarbeidene til bestemmelsen er det i punkt 3.6.1 presisert at rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende for å kunne yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at visse kompetansekrav bør fremgå direkte i lov. I forlengelsen av dette uttales det blant annet:

«En slik lovfastsatt liste over kjernekompetanse vil (...) ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgs-tjenesten er omfattende og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. En opp-listing av kjernekompetanse skal slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.»

I tråd med dette kan altså ikke en kommune la være å sørge for logopedtjenester til personer som behøver det, dersom tjenesten er en forutsetning for å kunne tilby

spesialpedagogisk hjelp, spesialundervisning eller nødvendige helse- og omsorgstjenester av forsvarlig kvalitet og omfang.

Det er opp til kommunene selv å organisere sitt tjenestetilbud, inklusiv logopedtjenester.

De ulike måtene å finansiere og organisere tjenestetilbudet på har bidratt til uklare ansvars-linjer. I opptrap-pingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019 har regjeringen varslet en gjennomgang av det totale tjenestetilbudet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede endringer i regelverket og takster for logoped-tjenester i kommunen for å bidra til å knytte disse tjenestene tettere til kommunen og vurdere tiltak som vil knytte logopedene nærmere kommunene, samt gjennom-gå logopedenes takster og foreslå endringer som bidrar til bedre måloppnåelse.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er etablert med data fra Kuhr (Kontroll og utbetaling av helse-refusjon), inkludert aktivitetsdata fra selvstendig næringsdrivende logopeder. I 2019 vil KPR også omfatte 2018-data fra Iplos (Individbasert pleie- og omsorgs-statistikk), inkludert data knyttet til rehabilitering.

Tall fra Kuhr for 2018 viser at 377 logopeder fikk utbetalt refusjon fra Helfo for til sammen 136 mill. kroner for logopedhjelp. I 2017 fikk 357 logopeder utbetalt til sammen 128 mill. kroner. Når det gjelder data om antall pasienter, antall behandlinger, diagnoser, utløste takster mv. har vi dessverre bare tall fra de logopedene som leverer elektronisk oppgjør, uavhengig av om logopeder er autorisert.

Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=74567&utm_campaign=Skriftlige-sporsmal+som+venter+besvarelse+\(100+siste+dager+i+innevaerende+sesjon\)&utm_medium=rss&utm_source=www.stortinget.no](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=74567&utm_campaign=Skriftlige-sporsmal+som+venter+besvarelse+(100+siste+dager+i+innevaerende+sesjon)&utm_medium=rss&utm_source=www.stortinget.no)

SPESIALISTUTDANNING I LOGOPEDI: EN VEI INN I FRAMTIDEN?

En arbeidsgruppe med representanter fra universitetene som utdanner logopeder sammen med Norsk Logopedlag drøfter utvikling av spesialistutdanning for logopeder. Behovet for kompetanseutvikling ut over grunnutdanningen er klart tilstede. I tråd med internasjonale føringer og prinsipper for livslang læring er en formalisert videreutdanning en god vei å gå inn i framtiden.

Det blir foreslått å etablere spesialistutdanning i logopedi, med hensikt å bidra til videre profesjonsutvikling av norsk logopedi, kvalitetssikring av logopedtjenester i Norge, samt å legge til rette for livslang læring og personlig utvikling for logopeder.

Spesialistutdanningen blir foreslått utarbeidet med utgangspunkt i læringsutbyttebeskrivelsene, basere seg på kvalifikasjonskrav for syklus 3, og være sammensatt av tre komponenter: a) kurs som gir breddekompetanse i logopedi med profesjonskunnskap ledelse og veiledning (felleskurs), b) spesialkurs som gir dokumentasjon på fordypning i og refleksjon over teori og arbeidsmetoder innenfor spesialområdet, samt c) praksis som hentes gjennom praktisk arbeid innenfor spesialområdet under veiledning.

Fullført videreutdanning skal gi formell kompetanse for spesialiserte logopediske oppgaver, veiledning, faglig ledelse, innovasjon og utviklingsarbeid, samt gi rett til å bruke tittelen 'logopedspesialist MNLL'.

Spesialistutdanningen er planlagt som et samarbeid mellom universitetene og NLL, hvor universitetene oppretter og kvalitetssikrer kurstilbudet som videreutdanningskurs, og NLL godkjenner samlet opplæringsdel og oppfyllelse av krav til praksisgjennomføring.

Spesialistutdanning i logopedi: en vei inn i framtiden?

Logopeder arbeider til beste for mennesker som av ulike grunner har vansker med kommunikasjon, og skal bidra til at den enkelte har de beste forutsetninger for å delta i samfunnet og bidra til demokratiske prosesser. Sett i et profesjonsperspektiv, forvalter logopeder et samfunnsmandat som medfører utføring av spesialiserte tjenester basert på spesialisert kunnskap og

spesialiserte arbeidsmetoder tilegnet gjennom et dedikert utdanningsløp. Som for de fleste profesjoner, vil også logopeder være underlagt en etikkodeks som er en del av forpliktelsene som ligger til medlemskap i Norsk Logopedlag. Logopedutdanningen i Norge er en toårig påbygning på en bachelorgrad som i varierende grad inkluderer støttedisipliner for logopedutdanningen, noe som setter en grense for hvor langt kompetanseutviklingen kan nå i løpet av



Arve Asbjørnsen
professor, Institutt for
biologisk og medisinsk
psykologi, Universitetet
i Bergen.

asbjornsen@uib.no

Arbeidsgruppen for spesialistutdanning i logopedi består av: Gro Nordbø, leder NLL; Anne Lise Rygvold, fagutvalget NLL, Frøydis Morken og Ragnhild R. Heitmann, UiB; Kari-Anne Bottegård Næss, UiO; Karianne Berg, NORD; Signhild Skogdal, UiT; Julie Feilberg, med og Mila Vulchanova, NTNU.

Arbeidet er støttet av Etter- og videreutdanning ved Universitetet i Bergen

grunnutdanningen. Videreutdanning er typisk studiepoenggivende kurs som gir ny formalkompetanse på et høyere nivå, og som bygger på eksisterende kompetanse. Vi vil med dette foreslå oppretting av en formell videreutdanning i logopedi, som leder fram mot en høyere generell kompetanse i logopedi, men også spesialkompetanse innen et avgrenset område av logopedisk virksomhet. Den foreslåtte videreutdanningen er en spesialistutdanning i praktisk-klinisk logopedarbeid, som leder fram mot tittelen logopedspesialist. Dette bidrar til å oppfylle CPLOLs intensjoner om vedvarende profesjonell utvikling (https://cplol.eu/images/CPD_DefinitionPrinciples.pdf), og siden spesialisering bygger på grunnutdanningen bidrar den til videreutvikling av kompetanse og ferdigheter uten å erstatte grunnutdanning.

Dette dokumentet er utformet etter en gjennomgang av spesialistutdanninger som er etablert innenfor andre profesjoner hvor grunnutdanningen er på mastergradsnivå. Likeledes er det sett til Sverige hvor de har etablert en tradisjon med spesialistutdanning, men siden logopedutdanningen i Sverige er på bachelornivå (tilsvarende I omfang det som i Storbritannia kalles «bachelor med honours») vil spesialistutdanningen i Sverige delvis være en komplettering mot mastergrad.

I kvalifikasjonsrammeverket¹ gis det beskrivelser av syklus 3 som angir PhD som utdanning som bygger på en mastergrad, og det angis at «Studieplaner for ph.d. m.v. brukes som referanse for vurdering og beskrivelse av livslang læring og realkompetanse.» Det er derfor naturlig å legge omtalen av syklus 3 til grunn for en spesialistutdanning i logopedi som bygger på mastergradsutdanning, og å legge kriteriene for mastergrad (syklus 2) til grunn for realkompetansevurdering ved alternativt opptak til spesialistutdanningen.

Hvorfor en spesialistutdanning?

Spesialistutdanningen gir kompetanse til spesialiserte kartleggings- og behandlingsoppgaver, avansert saksbehandling, ledelse, fagutvikling og innovasjon, samt veiledning og mentoroppgaver.

Logopedutdanningen i Norge er per i dag en toårig mastergradsutdanning, som bygger på ulike bachelorutdanninger innen pedagogikk/spesialpedagogikk, språkvitenskap, psykologi eller helsefag. Utdanningen er en

grunnutdanning med små muligheter for faglig fordyping eller spesialisering, og programmene utdanner derfor generalister med minimumskompetanse for å løse vanlige logopedoppgaver innen utdanning og helse. Per i dag er det typiske studieløp at kandidatene fortsetter på mastergradsløpet med liten eller ingen arbeidserfaring etter avlagt bachelorgrad, noe som medfører at nyutdannede logopeder er relativt unge (25–26 år), og med en lang yrkeskarriere foran seg. Logopedyrket er mangfoldig og krevende, og logopedprofesjonen er i stadig forandring, med inklusjon av nye fagområder, nye metoder, og ny kunnskap. Det representerer en ganske typisk situasjon at profesjonsforeninger og arbeidsgivere bidrar med *etterutdanning* som skal ivareta behov for oppdatering av grunnkompetansen som følge av ny kunnskap, ny teori og ny metodeutvikling. Etterutdanning vil normalt ikke gi ny formalkompetanse og er som hovedregel ikke studiepoengbelagt. *Videreutdanning* gir derimot ny formalkompetanse, normalt vist gjennom studiepoenggivende kurs gitt av en godkjent høyere utdanningsinstitusjon, med krav knyttet til kvalifikasjonsrammeverket, og kvalitetssikret gjennom vanlige prosedyrer innen høyere utdanning.

Innen logopediprofesjonen fremkommer det utfordringer som fordrer høyere kompetanse for å integrere evidensbasert praksis og anvendelse av oppdaterte forskningsresultater i henhold til profesjonelle standarder for logopeder, og til å kunne veilede studenter og kollegaer i bruk av nye metoder på en forsvarlig måte. En formalisert videreutdanning vil kunne bidra til ytterligere kvalitetssikring og profesjonalisering av logopedisk virksomhet gjennom krav som også nå følger av de etiske retningslinjene, men vil også kunne medføre strengere krav til logopedisk virksomhet og legge til rette for omstrukturering av logopedisk virksomhet og ansvars plassering gjennom fremtidige nye stillingskategorier som logopedspesialist. En kan for eksempel tenke seg at kravet til lederstillinger i større virksomheter vil være knyttet til en spesialistgodkjenning, eller at selvstendig diagnostisk arbeid og utføring av visse prosedyrer krever en slik videreutdanning.

Gjennom innholdet i en slik spesialistutdanning vil ny formalkompetanse bidra til en videreutvikling av logopedifaget og forberede for fremtidige logopedtjenester. En spesialistutdanning vil også bidra til synliggjøring av logopedprofesjonens rolle og samfunnsmandat.

¹ https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nkr/beskrivelser-av-laringsutbytte-for-nivaene-i-nkr/#collapsibleContent_0f43a842-b9dc-48c3-ab8b-07ffb61b419a

Mål for spesialistutdanningen i logopedi:

Spesialistutdanningen i logopedi skal bidra til en ytterligere profesjonalisering av logopedisk virksomhet og styrking av logopediske tjenester gjennom utvidet generell kompetanse innen logopediens område, og bidra til utdypende kompetanse til forebygging, kartlegging og tiltaksutforming innen spesialiseringsområdet.

Spesialistutdanningen skal bidra til å yte god faglig veiledning til kolleger og studenter med det formål å styrke logopedifaget generelt.

Spesialistutdanningen skal bidra til økt kompetanse til å analysere og bruke forskningsresultater for forebygging, kartlegging og tiltak med fokus på kunnskapsbasert praksis.

Spesialistutdanningen skal bidra til økt evne til refleksjon over egen praksis, og til å analysere komplekse etiske problemer.

Kvalifikasjonsrammer for spesialistutdanningen i logopedi

Etter gjennomført spesialistutdanning har logopeden gjennomført kurs og veiledning som styrker kunnskapsgrunnlaget, videreutvikler praktiske ferdigheter og gir generell kompetanse innen sentrale områder på et nivå som tilsvarer syklus 3 i kvalifikasjonsrammeverket (PhD). Omskrevet i termer av en klinisk-praktisk spesialistutdanning, vil de overordnede læringsutbyttene innenfor kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse bli som følger:

Kunnskap

Kandidaten ...

- Behersker logopedifagets teorigrunnlag, kliniske problemstillinger og metoder, og er i kunnskapsfronten innenfor eget fordypningsområde.
- Kan vurdere hensiktsmessigheten og anvendelsen av ulike metoder og prosesser i faglige og kliniske utviklingsprosjekter.
- Kan bidra til utvikling av ny kunnskap, nye teorier, metoder, fortolkninger og dokumentasjonsformer innenfor fagområdet.

Ferdigheter

Kandidaten ...

- Kan formulere problemstillinger for, planlegge og gjennomføre forskning og/eller faglig utviklingsarbeid.
- Kan håndtere komplekse faglige spørsmål og utfordre etablert kunnskap og praksis på fagområdet.
- Kan forklare, kartlegge og behandle, og gi råd i komplekse saksforhold innen spesialiseringsområdet.
- Kan veilede studenter innenfor det logopediske fagfeltet, og kolleger innenfor eget spesialområde.

Generell kompetanse

Kandidaten ...

- Har god kompetanse i bruk av forskning i klinisk virksomhet.
- Kan identifisere nye relevante etiske problemstillinger og utøve sitt arbeid med faglig integritet.
- Kan styre komplekse tverrfaglige arbeidsoppgaver og prosjekter.
- Kan formidle forsknings- og utviklingsarbeid gjennom fagfellevurderte nasjonale og internasjonale kanaler.
- Kan delta i debatter innenfor fagområdet i nasjonale og internasjonale fora.
- Kan vurdere behov for, ta initiativ til og drive innovasjon.

Innholdet i en spesialistutdanning

Arbeidsgruppen forslår at spesialistutdanningen skal inneholde tre komponenter. Komponent én er praksis/yrkeserfaring innenfor spesialområdet av et betydelig omfang, og vi mener det er behov for minimum to års praksis hvor hovedfokus har vært på arbeid med problemstillinger innenfor området en ønsker spesialistgodkjenning² (fordypningspraksis). For å gi breddekompetanse innen logopedi, og kompetanse til å tenke mer helhetlig på logopedisk profesjonsutøvelse fordres det også erfaring fra et kompletterende logopedisk område av minst seks måneders varighet (breddeerfaring). Dersom en for eksempel ønsker å spesialisere seg innen stemmevansker vil en kunne tenke seg at stemmepraksisen på to år hovedsakelig har fokus på stemmevansker i en poliklinisk virksomhet som gir fordypningspraksis. I tillegg vil en kunne imøtekomme kravet til breddepraksis ved mist seks måneders praksis ved en rehabiliteringsavdeling eller som skolelogoped.

² Det må angis klare retningslinjer for hvor stor andel av arbeidstiden som må være direkte knyttet til spesialiseringen, evt med minimumskrav til direkte arbeid med klienter med denne formen for problematikk.

I tillegg skal videreutdanningsløpet bestå av kurs med et omfang av 30 studiepoeng i fellesemner som gir et felles fundament for alle som er logopedspesialister, og spesialkurs av tilsvarende omfang som er fordypende innenfor spesialområdet.

Felleskursene er de samme uavhengig av spesialiseringsløp, og foreslås å bestå av kurs i veiledning, profesjonskunnskap inkludert jus og kunnskapsbasert praksis, og ledelse.

Fordypningskursene består av spesialisert kunnskap i form av forskningsbasert kunnskap og teori, kartleggingsprosedyrer, tiltaksutvikling og innovasjon innenfor spesialområdet, og det vil utformes emnebeskrivelser for de enkelte kursene. Kurssekvensen for fordypningskurs er tenkt å utgjøre 15 poeng, men med tillegg av kurs tilsvarende 10 studiepoeng frie kurs, som kan være spesifikke sertifiseringskurs for kartleggingsmetoder eller særskilte behandlingstilnærminger som kan søkes godkjent som del av spesialistutdanningen.

For å dokumentere innovasjon og evne til formidling av avansert fagstoff skal det i tilknytning til spesialiseringen utarbeides en fagartikkel med tanke på publisering i nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift som tilbyr fagfelle-vurdering. Fagartikkelen teller 5 studiepoeng som tilsier om lag fire ukers fulltids arbeid. Deltagelse på nasjonale eller internasjonale konferanser med faglig bidrag (poster eller muntlig innlegg), samt etterutdanningskurs med godt faglig nivå kan etter søknad godskrives med inntil fem studiepoeng. Et forslag til en modell som kan komme til anvendelse er at innlegg/foredrag gir to poeng, poster presentasjon, eller vanlig deltagelse gir ett poeng per gang, mens andre etterutdanningskurs gir en uttelling på ett poeng per dag. Dette må imidlertid bearbeides videre.

Kursene skal holde et høyt faglig nivå, som reflekterer at dette er videreutdanning som bygger på et mastergradsstudium. Det legges vekt på faglig nivå på forelesere (basert på formalkompetanse eller realkompetansevurdering), krav til arbeid og refleksjonsnivå, samt nivå av studiemateriale legges til grunn for vurdering.

I løpet av praksis skal den som er i spesialisering motta veiledning fra en erfaren kollega av et samlet omfang av 50 timer. Inntil halve omfanget kan skje i form av veiledningsgrupper/faglig diskusjonsforum.

Spesialiseringsretninger

Flere former for logopedarbeid fordrer utvikling av

kompetanse ut over det som kan etableres innenfor rammene av grunnutdanningen. På sikt kan en tenke seg at en slik spesialistutdanning vil kunne favne over mange ulike fordypningsområder, ut fra hvilke behov og interesser som fremkommer fra logopedfaglige miljø. Som en oppstart er det behov for å avgrense valgmulighetene for å kunne håndtere omfanget av kursavvikling samt også godkjenningsprosedyrer internt i NLL.

I arbeidsmøtet av 3. april 2019 ble det foreslått fem retninger for spesialisering som en oppstartsmodell:

- 1) Taleflyt
- 2) Språk/kommunikasjon
- 3) Dysfagi
- 4) Stemme
- 5) Allmennlogoped

Taleflyt, stamming og løpsk tale, er et område hvor behovet for spesialisert kunnskap om nevrale prosesser, kartleggingsprosedyrer og tiltak går ut over det som vanligvis vil kunne innpasses innenfor rammene av en grunnutdanning. Taleflytvansker kan være til stort hinder for sosial deltagelse.

Språk og kommunikasjon vil dekke arbeid med både barn og voksne. Afasibehandling er et klassisk logopedisk område hvor også samhandlingsreformen stiller nye krav til spesialiserte tjenester innenfor kommunale rammer. Språkvansker hos barn, enten de opptrer alene (jfr. 'spesifikke språkvansker' eller 'språkutviklingsforstyrrelse') eller som del av en mer omfattende utviklingsforstyrrelse som også rammer språklæringen, fordrer spesialisert kompetanse og kunnskap om medierende faktorer av betydning for forebygging, kartlegging og tiltaks-gjennomføring samt for supervisjon og kollegaveiledning.

Dysfagi er et voksende område innen klinisk logopedisk virksomhet, og som fordrer kompetanse som i liten grad blir dekket i grunnutdanningen. Problemstillingen er aktuell for logopeder som arbeider med barn så vel som voksne, og er særlig aktuell som følge av samhandlingsreformen hvor ansvaret for habilitering og rehabilitering i større grad er blitt et anliggende for opplærings-institusjoner.

Senere kan en tenke seg supplerings med andre områder, som lese- og skrivevansker, AKS og omfattende funksjonsvansker. Nye spesialiseringsområder vil forandre mindre investeringer, siden de bygger på de samme felleskursene,

men fordrer utvikling av spesialiseringskurs på de nye områdene. Dette gir behov for identifisering av fagmiljø med høy nok teoretisk og praktisk-klinisk kompetanse til å drifte slike kurssekvenser.

Tabell 1 Foreslått struktur for spesialistutdanning

Praksis: - Minst to år innenfor spesialområdet (fordypningspraksis) - Minst et halvt år innenfor komplementært område (breddepraksis)	
Felleskurs (30 stp)	Fordypningskurs (30 stp) ³
- Profesjonskunnskap - Veiledning - Ledelse - Evidensbasert praksis og innovasjon (inkludert skriftlig arbeid)	- Spesialistkurs (15 stp) - Frie emner (10 stp) - Konferansedeltagelse (5 stp)

Veiledet praksis

Kvalifisert veiledning er en utfordring ved oppstart av en slik spesialistutdanning. På sikt er det naturlig at en ferdig utdannet logopedspesialist vil inngå som veileder for kandidater i utdanning, og sannsynligvis vil det på sikt bli krav om slik utdanning for å kunne veilede i programmet. Slike retningslinjer er ikke drøftet i detalj enda, men blir en del av det videre utviklingsarbeidet. Som en midlertidig ordning vil en ordning med kollegaveiledning, med støtte fra nasjonale og internasjonale fagpersoner med spesiell kompetanse innenfor de respektive fagområdene kunne bli kompetansevurdert for å delta i en mentorordning.

Organisering og ansvarsfordeling

Spesialistgodkjenningen er todelt. Opplæringsdelen er studiepoengbelagt, noe som medfører at kursene må gå i regi av universitet og høyskoler som kan tildele studiepoeng. Det må derfor avlegges en offentlig eksamen som gir studiepoenguttelling. NLL ved fagutvalget (evt. et nytt spesialistutvalg?) vurderer søknad om spesialistgodkjenning på grunnlag av portefølje som inneholder kursbevis/karakterutskrift, dokumentasjon på praksis og yrkeserfaring, dokumentasjon på gjennomført veiledning, samt dokumentasjon på uformelle deler av utdanningskrav (deltagelse på konferanser og presentasjoner, etterutdanningskurs, skriftlig arbeid). Dette vil sannsynligvis medføre

enten en styrking av fagutvalget med kompetanse på PhD-nivå for vurdering av kvalitet på kurs (frie studiepoeng) og skriftlig arbeid. Alternativt må det opprettes et eget 'spesialistutvalg' for oppfølging av spesialistordningen.

Det må utarbeides klare retningslinjer for vurdering av hver enkelt komponent og krav til dokumentasjon. Det er også behov for en drøfting av krav til veileder, ved oppstart av ordningen samt videre når det er utdannet spesialister. På sikt er det naturlig at det kreves spesialistkompetanse innenfor området hvor en skal veilede andre for vesentlige deler av veiledningsomfanget som er krevd. Som en erstatning for spesialistkompetanse kan en tenke seg at omfattende erfaring på et område, kombinert med videreutdanning eller etterutdanning med relevans for fordypningsområdet vektlegges (eksempelvis arbeid i minst fem år med vesentlige innslag av tiden innenfor fordypningsområdet, har bedratt til å organisere arbeidet rundt tjenestemottakere med vansker innenfor fordypningsområdet, har deltatt aktivt i annet utviklingsarbeid, og kan ellers dokumentere spesialisert kompetanse gjennom etterutdanning).

Spesifikke emnebeskrivelser med arbeidskrav og litteraturforslag må utarbeides for de ulike kursene som inngår i spesialiseringen. Kvalifikasjonsrammeverket, med krav om læringsutbyttebeskrivelser innen kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse legges til grunn.

Finansiering av en spesialistutdanning

Videreutdanningskurs blir ivaretatt av egne avdelinger ved universitetene og går som regel utenfor grunnbevilgning. Dette innebærer at slike som hovedregel blir finansiert ved eksterne bidrag eller egenbetaling. Ved kortere kurs vil det vanligvis ikke være krav om betaling av semesteravgift, men ved mer omfattende kurs vil semesteravgift normalt være en del av egenandelen. Semesteravgiften gir også tilgang til nødvendige hjelpemidler som e-post, internett og andre ik-tjenester, samt bibliotek tjenester som vil være essensielle for en slik videreutdanning. Kostnadene forbundet med avviking av slike kurs vil kunne bety estimerte deltagereavgifter på omlag 1000 kr per studiepoeng basert på dagens kostnadsnivå. Dette vil imidlertid

³ En kan tenke seg en modell hvor 15 st er rene fordypningskurs med teori, kartlegging og intervusjon som tema. Frie kurs kan være kurs innen beslektede områder, men også inklusjon av sertifiseringskurs for kartleggings- eller behandlingstilnærminger som fordrer slik autorisasjon. Slike kurs gir ikke nødvendigvis uttelling i form av studiepoeng (kompetansegivende), men kan bli ekvivalent basert på nivå og omfang. Egne retningslinjer bør utarbeides. Likeledes bør det utarbeides retningslinjer for uttelling for konferansedeltagelse for nasjonale og internasjonale konferanser, med og uten eget bidrag.

avhenge av flere ulike forhold, som antall deltagere, omfang av undervisning, kompetanse og kostnader ved innleid ekspertise, samt kostnader forbundet med særskilt utstyr som må disponeres.

Fremdriftsplan

Sonderingsarbeidet ble startet opp høsten 2017, og den foreslåtte modellen ble gitt en konsensustilslutning våren 2019. Vi har avtalt en arbeidsdeling mellom de ulike institusjonene for utvikling av de ulike fordypningsretningene, og det foregår også et arbeid med å identifisere og rekruttere gode medspillere for dette arbeidet, slik at planene kan konkretiseres og gis et relevant og oppdatert innhold, og kan forelegges de ulike institusjonene for kvalitetssikring og godkjenning i løpet av høsten, samt at saken i sin helhet også kan legges fram i NLL sine organer for en formell behandling.

Oppsummering og konklusjon

For videre profesjonsutvikling av norsk logopedi, kvalitets-sikring av logopedtjenester i Norge, samt å legge til rette for livslang læring og personlig utvikling for logopeder, anbefales etablering av en spesialistutdanning i logopedi.

Spesialistutdanningen er foreslått sammensatt av tre komponenter: kurs som gir breddekompetanse i logopedi, arbeidsmetodikk og veiledning (felleskurs), spesialkurs som gir dokumentasjon på fordypning i og refleksjon over teori og arbeidsmetoder innenfor spesialområdet, samt praksis som hentes gjennom praktisk arbeid innenfor spesialområdet under veiledning.

Fullført videreutdanning gir rett til tittelen 'logoped-spesialist MNLL', og gir formell kompetanse for spesialiserte logopediske oppgaver, veiledning, faglig ledelse samt innovasjon og utviklingsarbeid.

Stemmedagen 2019

Statped ønsker velkommen til Stemmedagen 2019 på Hovseter. Foredragsholderne vil snakke om stemme og stemmevansker fra ulike perspektiver. Kurset vil rette fokus mot både logopediske og medisinske tilnærminger ved stemmevansker. I tillegg vil det bli en innføring i akustikk og bruk av stemmeforsterkere.

Jenny Iwarsson, PhD, Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskap, Københavns Universitet
Jesper Brandstorp-Boesen, PhD, overlege ved Laryngologisk Seksjon, ØNH-avdelingen, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus
Tor Gunnar Johnsen, markedssjef Vestfold Audio AS

Dato: Tirsdag 24. september 2019, kl. 10.00 – 17.00

Sted: Statped, Gamle Hovsetervei 3, 0768 Oslo

Påmeldingsfrist: 10.09.2019

Målgruppe: Logopeder, logopedistudenter, sangpedagoger, fysioterapeuter

Pris: Kr 600,- (kr. 300,- for studenter)



NORSK LOGOPEDLAGS VINTERKONFERANSE

14.–16. mars var det igjen tid for NLLs vinterkonferanse, og i år ble konferansen holdt på Scandic Solli. Mange engasjerte logopeder var samlet, og årets program inneholdt spennende temaer som «Kan logopeden skade?», «Flerspråklige læringsmiljøer», «matematikkvansker og språk», samt foredrag innenfor stemme- og stammefeltet.

Første foredragsholder var psykolog **Jørgen Flor** fra Lovisenberg Diakonale Sykehus. Han holdt foredraget: Kan logopeden skade? Foredraget tok utgangspunkt i psykologisk terapi, men mange av teamene som kom opp er temaer vi bør forholde oss til også når det gjelder logopedisk oppfølging. Et spørsmål Flor berørte var om behandling som ikke har effekt faktisk kan skade brukerne, og om det er risiko for at behandlingen kan ha negativ effekt. Han satte også spørsmålsteget ved hvordan effekt av behandling måles, hvordan dette dokumenteres og hvem som skal få definere framgang. Når psykologer skal vurdere pasienters bedring, overvurderer de ofte sin egen rolle i pasienters positive endring, og kan tillegge utenforstående faktorer (som en ny jobb) for liten betydning. Flor beskrev flere studier, blant annet en studie der forskerne fant at så mange som 92 % av terapeutene i studien rangerte seg selv som blant de 15 % best kompetente.. Med dette kom Flor inn på «blinde flekker» som vi fagpersoner kan ha, og han lurte på hvordan logopeders «blinde flekker» ser ut. Vi trenger kanskje å forskjønne og male flotte bilder av det vi driver med, samtidig må vi forholde oss konstruktivt til disse blinde flekkene. Kanskje er det å oppdage uønskede eller ingen effekter et tegn på god klinisk praksis? Kanskje bør vi i større grad enn det vi vanligvis gjør, også lete etter de tilfellene der behandlingen ikke gir ønsket effekt? Flor satte i tillegg søkelys på over- og underbehandling. Hvem avgjør om det er behov for behandling; fortsetter behandlingen lenger enn det er behov for? Er det en fare for sykeliggjøring ved behandling, «fordi jeg trenger profesjonell hjelp er det noe galt med meg»? Er det noen som ikke får den behandlingen de trenger – på grunn av ressursmangel eller dårlig seleksjon?

Selv om logopedi og psykoterapi ikke kan sammenlignes helt, er det flere likhetstrekk – og Flors innlegg bidro til mange refleksjoner og spørsmål som vi logopeder kunne (og burde!) ta med oss.

Helene Fulland fra Statped sørøst holdt et spennende innlegg med tittelen: Flerspråklige læringsmiljøer: helhetlig tenking rundt tilrettelegging (når elevene ikke kan alle ordene). Hun



Fullsatt sal på Scandic Solli.



Logoped Ingvild Skaar og foredragsholder Helene Fulland: seniorrådgiver ved Statped sørøst.

snakket blant annet om språkvalg og hva vi logopeder skal anbefale foreldre når de spør hvilket språk de bør snakke med sitt barn. Her understreket hun at kommunikasjon, samspill relasjon og samspillet med eget barn er det viktigste! Det er mye viktigere enn hvilket språk det foregår på. Foreldre bør derfor velge det språket som de er mest komfortable med i samtale med sine barn. Dersom barnet kan ha og er vant med god, meningsfull dialog på førstespråket vil de forvente dette på andrespråket også, og det vil være positivt for tilegnelse. Et viktig poeng i Fullands innlegg var viktigheten av å snakke med brukerne, både barn og foresatte.

Guri Nordtvet fra ILS (UiO) holdt et innlegg om matematikkvansker og språk, der hun blant annet knuste noen vanlige myter om matematikk; som at det er viktig å pugge eller at i

noen familier er man bare ikke så god til matematikk. Alle kan lære matematikk, fortalte Nordtvet. Hun minnet oss om at matematikk også er et språk: et fagspråk som elevene må tilegne seg i skolen. Hun påpekte hvor symboltungt språk matematikk er og at lesing i matematikk kan være svært komplekst. Hun viste også til strategier som brukes mye i skolen i dag, men som ikke nødvendigvis er nyttige i matematiske tekster, som f.eks. bruk av nøkkelord. Hun understreker hvor mye tekstkvalitet har å si; elevene trenger å vite at ikke alle oppgaver inneholder all informasjon som trengs, men at det er skjult, at det er oppgaver som inneholder informasjon som ikke er relevant, lærere må demonstrere ulike strategier for elevene og lærere må være klar over at når de lager virkelighetsnære oppgaver, kan elevene bli forvirret over hvor virkelighetsnært de skal svare.

Hanne Næss Hjetland fra NIFUS holdt et innlegg med tittelen Språkferdigheter i barnehagen og senere leseferdigheter. Å lære seg å avkode går raskere på mer lydrette språk som finsk enn på mindre lydrette språk som engelsk. Hjetlands hovedbudskap er hvor tidlig språkferdigheter faktisk har betydning for senere leseferdigheter. I hennes studie fant de høy stabilitet i språkferdigheter fra 4 til 7 år, det vil si at de barna som har gode språkferdigheter ved 4 år med stor sannsynlighet er de som har gode språkferdigheter ved 7 år.

J. Scott Yaruss fra Michigan State University gjennomgikk et 6-trinns tiltaksprogram som skal være med på å minimere mobbing av barn som stammer. Programmet har som hensikt å hjelpe barnet selv til å forstå, men også foresatte og skolen. Stegene var som følger: 1) Lær barna om stamming, 2) Lær barna om mobbing, 3) Hjelp barna å tenke nytt om stamming ved økt selvtillit og desensitiver for stamming og mobbing, 4) Hjelp barna å utvikle passende respons på mobbing, 5) Hjelp barna å lære deres jevnaldrende om stamming og mobbing og 6) Lær lærere og andre i omgivelsene om stamming, stammebehandling og mobbing. Yaruss viste til hvordan barnet som stammer kan overkomme negativ virkning av mobbing og hvordan vi som logopeder kan ha en avgjørende betydning i dette arbeidet.

Videre hold Yaruss foredrag om behandling av skolebarn som stammer. Også her gikk han trinnvis gjennom hvordan et behandlingsforløp bør systematiseres og hva slags elementer som må inkluderes. Yaruss utfordret logopedene på målet med stammebehandling og påpeker at det må inneholde mer enn endring i observerbar stamming og at det er en felle man ikke skal gå i. Yaruss gjennomgikk ICF-modellen for stamming, som viser hvordan stamming er mer enn bare

synlig, hørbar stamming, og at denne modellen vil hjelpe logopeden på veien mot å kartlegge barnets stamming i sin helhet, samt hvilken innvirkning stammingen har på livet til den som stammer. Når det gjelder detaljer i behandlingen forklarte Yaruss betydningen av desensitivisering, aksept, frivillig stamming og eksponeringsterapi. Han påpekte hvordan taleteknikker er kompenserende hjelpemidler for mangel på timing og tensjon, de er *ikke kurerende*, men kan over tid oppleves å kontrollere talen i større grad, i visse situasjoner. Han minner logopedene i denne sammenheng på at logopedi som fagfelt ikke er et kurerende fagområde, men et kompenserende fagområde. Kort oppsummert var Yaruss' hovedbudskap til logopedene at målet for barn som stammer bør være å komme til det punktet hvor de kan si: «Ja, jeg stammer, men jeg har ikke en *stammevanske*».

Sirpa Tarvainen fra Helsingfors Universitetet holdt innlegg som både var faglig og forskningsmessig oppdatert og praktisk relevant. Innlegget hadde tittelen: Oral language comprehension difficulties in children and adolescents: Evidence-based interventions, og var basert på en litteraturgjennomgang som var gjennomført i forbindelse med hennes phd-prosjekt, men også annen litteratur hun hadde brukt i klinisk arbeid som logoped. Målet med innlegget var å vise logopeder at det vi gjør er effektivt/bra/riktig, understøtte praksis med forskning og gi tips til nye måter å jobbe med språkforståelse på. Tarvainen gjorde oss oppmerksomme på at til tross for at betegnelsen for språkvansker er endret til *DLD (developmental language disorders)* i ISD-11 og til *language disorders* i DSM-5, så er kriteriene fortsatt mer like de for SLI. Det var bevisstgjørende å høre Tarvainens gjennomgang av ulike typer logopediske intervensjoner, som hun delte inn i intervensjoner rettet mot å modifisere kommunikasjonsmiljøet (foreldre og lærere eller logoped), de som var rettet mot barnets språk (for eksempel reseptivt ordforråd eller morfosyntaks, narrativ forståelse), og de som var rettet mot barns språklige prosessering (å redusere byrden på arbeidsminnet). Videre så hun på hvilket fokus som hadde mest effekt (for hvilke områder av språket) og ga eksempler på hvordan vi kunne jobbe med de ulike tilnærmingene. Hun oppmuntret oss også til å veilede foreldre med utgangspunkt i hvordan foreldre kommuniserer med barna, ikke bare gi råd uten å vite hvordan foreldrene faktisk gjennomfører det hjemme.

Tarvainens innlegg var en inspirerende avslutning på nok et flott vinterkurs. Takk til fagutvalget for at de enda en gang har satt sammen et spennende og variert program.

Redaksjonen

REFERAT FRA CPLOL 16.–19. MAI 2019



CPLOL 2019.

Hvert tredje år er det valg av nytt styre i CPLOL, og denne gangen var generalforsamlingen (GA) lagt til 17. mai-helgen på Malta. Signhild Skogdal og Katrine Kvisgaard deltok som representanter fra NLL. På forhånd var det mange saker vi og styret i NLL måtte sette oss inn i, og ta stilling til, før valgene skulle gjennomføres. Denne gangen skulle vi blant annet velge nytt styre, ny struktur for organisasjonen, ny prisregulering/kontingent, gjennomgang og revidering av statuttene, bestemme antall møter per år og hvor mange delegater hvert land skulle ha representert i CPLOL.

Følgende viktige saker stod på agendaen:

- Budsjett for 2019 ble godkjent.
- Ny beskrivelse av vårt yrke skulle fremlegges. Den nye beskrivelsen ble ikke godkjent av GA, men vi ble enige om at den må bearbeides videre. Beskrivelsen ligger midlertidig ute på CPLOLs hjemmeside, for de som er interessert.
- Fullt medlemskap i organisasjonen European Council of the Liberal Professions (CEPLIS) ble godkjent. Se nærmere beskrivelse av CEPLIS: www.ceplis.org. CPLOL har i flere år hatt observasjonsstatus. Styret i CPLOL mener vi har stor nytte av å samarbeide med CEPLIS, ikke minst i politiske og økonomiske saker som angår oss.
- Statuttene ble gjennomgått og revidert. Se <https://cplol.eu>, for de som er spesielt interessert.
- Antall stemmer per organisasjon. Forslaget var at antall stemmer ved valg skulle styres av antall medlemmer i hvert lands organisasjon. Det vil si at Norge med 998 medlemmer ville fått 1 stemme, mens UK ville fått 3 stemmer. Dette syntes vi var udemokratisk, og stemte imot. Forslaget ble nedstemt med 3 stemmers overvekt for nei.
- Ny betalingsstruktur. Det ble bestemt at ingen land skal betale mer enn 16000 euro per år i medlemskontingent i CPLOL. Medlemskontingenten varierer etter størrelsen på organisasjonen i det enkelte land. For Norges del fører de nye reglene til at vi skal betale noe mindre, dvs. 3243 euro per år, som er basert på 998 medlemmer per 1. januar 2019.
- Som en del av CPLOLs omorganisering og behov for redusering av kostnader, ble det bestemt at antall delegater fra hver organisasjon reduseres fra to til en.
- Det ble også bestemt at antall møter per år reduseres fra to til en. Det betyr at delegatene kun møtes til GA årlig i mai.
- Det ble bestemt at CPLOL betaler hotell for delegatene som deltar på GA, mens organisasjonene betaler for fly/transport. Delegater som skal delta i nyetablerte prosjektgrupper skal få dekket både hotell og fly/transport av CPLOL.



Avtroppende delegat Katrine Kvisgaard og delegat videre Signhild Skogdal.



Nytt styre på plass i CPLOL (2019-2022). Fra venstre: Giuseppe Mancini, Jenta Slujimers, Norma Cammelleri, Ellianna Mantaka, Fofi Constantinidou og Blazenka Brozovic.

- De nye prosjektgruppene skal jobbe med blant annet Logopediens dag, CPLOL-kongressen som avholdes hvert tredje år, nettsiden og ulike forskningsprosjekter. Deltakere til prosjektgruppene velges av nytt CPLOL-styre.
- Nytt styre ble valgt. Det nye styret består av president Norma Cammelleri (Malta), Blazenka Brozovic (Kroatia), Fofi Constantinidou (Kypros), Ellianna Mantaka Brinkmann (Hellas), Jenta Slujimers (Nederland) og Giuseppe Mancini (Italia).
- **Tid og sted for neste CPLOL-kongress blir 13.–15.mai 2021 i Bilbao (Spania). Siste kongress i Portugal i 2018 fikk svært gode tilbakemeldinger, bl.a. for et stort utvalg av forelesninger og posters, av høy kvalitet, innen alle logopediske emner. Vi forventer at den gode kvaliteten fortsetter, så her bør dere holde av datoene.**

Det ble mange diskusjoner i løpet av de to lange arbeidsdagene på Malta. Alt i alt er vi fornøyde med utfallet – spesielt spørsmålet som omhandlet antall stemmer per medlemsorganisasjon og at medlemskontingenten gikk noe ned for Norge. Vi ser nødvendigheten av å effektivisere CPLOL, og er enig i at det holder med å sende en delegat for å representere NLL en gang per år. Signhild vil være NLLs delegat de neste tre årene (2019-2022).

Hvis noen lurer på hva CPLOL er og hva organisasjonen gjør, se hjemmesiden deres for mer informasjon. I hovedsak kan vi si at CPLOL samler logopeder i hele Europa, og er opptatt av logopedfaglige spørsmål som er viktige for oss alle. Dette kan være politiske temaer som autorisasjon, minimumsstandard for utdanningen vår, guidelines, tema for logopediens dag, yrkesetiske retningslinjer og forskning. I tillegg arrangerer CPLOL, som tidligere nevnt, en logopedfaglig kongress hvert tredje år.

Tema for logopediens dag for 2020 er forresten lese- og skriveansker!

Vi ønsker en ny organisering av CPLOL og et nytt styre lykke til!

Signhild Skogdal og Katrine Kvisgaard

DISPUTAS: LOGOPED ANETTE ANDRESEN

Logoped og Master Anette Andresen disputerte for graden ph.d. tirsdag den 19. februar 2019 på Institutt for spesialpedagogikk (ISP) ved Universitetet i Oslo (UiO).

Tittelen på avhandlingen er *Digital Natives With Reading Difficulties. A study of dyslexic adolescents' integration of conflicting information across web pages and presentation formats*. Avhandlingen er artikkelbasert og består av tre artikler og en kappe som binder artiklene sammen. To av artiklene er publisert og avhandlingen vil i sin helhet bli tilgjengelig på www.duo.uio.no.

Professor Øistein Anmarkrud, Institutt for spesialpedagogikk, og Professor Ivar Bråten, Institutt for pedagogikk, begge fra det utdanningsvitenskapelige fakultet (UiO) har vært veiledere.

Komiteen som bedømte avhandlingen og prøveforelesningen bestod av Professor, Dr. Saskia Brand-Gruwel, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Open University, Heerlen, Netherlands (1. opponent), Seniorprofessor, Dr. Monica Reichenberg, Institutionen för Pedagogik och Specialpedagogik, Utbildningsvetenskapliga fakulteten, Göteborgs Universitet, Sverige (2. opponent) og Professor emerita Solveig-Alma Halaas Lyster, Institutt for spesialpedagogikk, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo (3. medlem av bedømmelseskomiteen og komiteens koordinator). Prøveforelesning og disputas ble ledet av amanuensis Ulrika Löfkvist, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Det oppgitte emnet for prøveforelesningen var: *The cognitive load theory in a knowledge intense society*. Andresen startet med å bevisstgjøre oss på hvor forskjellig dagens klasserom er fra slik klasserommet så ut for bare få år tilbake, spesielt med tanke på tilgangen som dagens elever har til nye verktøy og teknologi (for eksempel får mange førsteklasinger i dag iPad, og en bærbar datamaskin må man ha når man kommer høyere opp i klassetrinnene). Det å mestre disse nye verktøyene og den nye teknologien er en forutsetning i dagens klasserom. Samtidig medfører den nye teknologien andre utfordringer knyttet til det å lære enn tidligere: Lesing har blitt mer enn å lese og forstå tekstbøker, man må i større grad kunne håndtere ulike typer informasjon (*multimedia information*) og integrere tekst, bilder, video,



Doktoranden sammen med opponenter, veileder og disputasleder. Fra venstre: Solveig-Alma Halaas Lyster, Saskia Brand-Gruwel, Ivar Bråten, Anette Andresen, Øistein Anmarkrud, Monica Reichenberg og Ulrika Löfkvist.

grafer og interaktive illustrasjoner. Dette setter andre kognitive krav til oss, og det er begrenset hva vi mennesker kan ha i arbeidsminnet, noe som får konsekvenser for multimedial læring.

Cognitive load-teorien tar utgangspunkt i to forhold:

- Noen oppgaver er vanskelige og mer komplekse enn andre
- Noen oppgaver er vanskelige på grunn av hvordan oppgaven blir presentert.

Det første kan vi ikke nødvendigvis gjøre noe med, men det andre viser til forhold vi kan påvirke. Formålet med cognitive load-teorien er å redusere den kognitive belastningen ved oppgaver ved å ta hensyn til arbeidsminnebegrensningen som vi mennesker har, og ut i fra det manipulere måten vi utarbeider oppgaver på slik at vi unngår *cognitive overload*. For å illustrere hva kognitiv belastning egentlig er, ga Andresen oss en oppgave der vi fikk høre fem setninger, skulle huske det siste ordet i hver setning og svare på forståelsesspørsmål i ettertid. Dette var

en oppgave der man må holde flere komponenter i minnet om gangen og hvor arbeidsminnekapasiteten blir utfordret.

For å unngå kognitiv overbelastning viste Andresen til fem prinsipper: Å eliminere overflødig informasjon, å fremheve viktig informasjon ved å dra leserens oppmerksomhet mot det som er sentralt, unngå å presentere informasjon som både tekst og grafikk dersom en av måtene er tilstrekkelig (da må leseren prosessere informasjonen flere ganger uten at man lærer noe ekstra), å plassere skjermt tekst nærme den korresponderende grafikken, og å presentere korresponderende tale og grafikk/bilde samtidig.

Andresen fortsatte med å sette fokus på elever med lærevansker. I en artikkel i avhandlingen undersøkte hun og kollegaer hvordan elever med dysleksi håndterer integrering av multimedial informasjon fra tre nettsider. Oppgaven var vanskelig for alle elever, både med og uten dysleksi, men elevene som ikke hadde dysleksi gjorde det betydelig bedre enn elever med dysleksi, og forfatterne konkluderer derfor med at arbeidsminne er av stor betydning for multimedial læring. Det er med andre ord ikke nødvendigvis sann at elever med dysleksi har nytte av det å få informasjon gjennom ulike modaliteter (tekst, grafikk, video).

Andresen avsluttet prøveforelesningen med å minne om at vi må være ekstra oppmerksomme på den kognitive belastningen multimediale tekster kan gi elever med lærevansker, at lesestrategier er viktig i en digital kontekst også og at digital litterasitet ikke er en medfødt ferdighet, men må læres. Dette er en viktig oppgave for dagens lærere, understreket Andresen. Take home message var: *ask how technology can be adapted to support human learning, do not ask how we can make humans adapt to the latest cutting edge technology* (Mayer, 2018).

Førsteopponent Dr. Brand-Gruwel startet med å oppsummere avhandlingen, inkludert de tre artiklene: Den første artikkelen hadde fokus på hvordan elever med og uten dysleksi håndterer integrasjon av informasjon på tvers av flere kilder.

Den andre artikkelen var basert på en kassustudie med fire av informantene fra den første studien hvor deltakernes prosesseringsmønstre også ble inkludert. Den tredje artikkelen omhandlet hvordan arbeidsminne har vært konseptualisert i ny forskning på multimedial læring som bruker teori om kognitiv belastning som viktigste teoretiske rammeverk. Dr. Brand-Gruwel stilte blant annet spørsmål om hvordan vi kan forstå leseforståelse før og etter internett (for elever med og uten dysleksi) og hvordan ulike modaliteter vektet av leseren. Et forhold som kom fram i løpet av opponeringen var det at sammenhengen arbeidsminne og læring kanskje er underkommunisert, men at andre faktorer også er av betydning for læring, så som tidligere kunnskap, tid, motivasjon, hvorvidt eleven har en mening eller holdning om temaet, utholdenhet og *self-efficacy*. Et annet poeng var at det kanskje ikke er de samme prinsippene som gjelder for studenter med og uten dysleksi.

Andreopponenten, Dr. Reichenbergs spørsmål berørte de metodiske aspektene ved avhandlingen. Blant annet ble utvalg og utvalgsriterier diskutert, i tillegg til blant annet statistiske metoder, valg av kontrollvariabler, kartleggingen av resultatene og tolkningen av resultatene. Dr. Reichenberg konkluderte med å si at Andresen har gjennomført en avhandling som er interessant, relevant og bygger på et omfattende arbeid. Hun har vist at hun mestrer de ulike trinnene i forskningsprosessen og hun har forbundet to forskningsfelt som ikke ofte ses i sammenheng: dysleksi og multimedia. Gjennom dette siste viser Andresen at det vi vet om multimedial lesing fra typiske lesere kanskje ikke kan overføres til elever med dysleksi.

Andresen besvarte spørsmålene på en svært overbevisende måte. Både Andresen selv og opponentene så ut til sette pris på diskusjonene, og vi som satt i salen fikk en veldig spennende og lærerik dag.

Vi gratulerer Anette Andresen med doktorgraden!

Jannicke Karlsen

FOR EN BRA GJENG!

Siden sist har vi hatt besøk av Scott Yaruss og fått et nytt styre. Neste ut er Familiweekend i Bjørneparken.

Hei igjen, logopedvenner! Mange av dere var på årsmøtehelgen vår i mars for å høre på Scott Yaruss. Takk til Norsk Logopedlag, og spesielt Linn Stokke Guttormsen for et godt samarbeid! Dette kan vi gjerne gjøre igjen. Som jeg alltid sier, dere logopeder kan faget, vi har den personlige erfaringen. Sammen kan vi gjøre en forskjell. La oss fortsette med det.

Nå har vi igjen, etter noen års opphold, en logoped i styret. Mariann Warvik har sin egen praksis i Molde, og jobber mye med barn og stamming. Hun kjemper barnas sak, og under Familiweekend fredag 28. søndag til 30. juni i Bjørneparken vil hun være spesiell vert for barna. Mariann har et særlig engasjement for barn som stammer, og hun omtaler seg noe beskjedent som en slags barneminister, en som taler barnas sak.

Familiweekend er et sosialt arrangement med lek og moro for barn som stammer. Hver sommer arrangerer Norsk interesseforening for stamming og løpsk tale (NIFS) en sommerleir for barn som stammer, kjent som Familiweekend. NIFS arrangerte Familiweekend første gang i 2014 på Gjøvik, og hvert år har rundt 25 til 30 barn deltatt på arrangementet. Under Familiweekend møtes barna uavhengig av stammingen, tross at de alle har stamming som en fellesnevner. Fredag kveld møter vi Mariann som «barnevert». Som alltid under Familiweekend er det et eget program for barna fredag kveld som holdes av NIFS. Siden 2015 har tidligere styremedlem Monica Juliebø hatt ansvaret for Familiweekend, inklusiv et opplegg spesielt for barna som har skapt mye engasjement, og som har bidratt til å bygge opp Familiweekend til slik det er i dag.

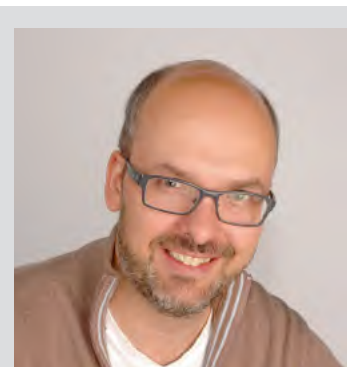
Lek er med på å ufarliggjøre stammingen, mener Mariann. Familiweekend er vårt mest populære arrangement, og vi oppfordrer dere til å anbefale Familiweekend for foreldre og barn dere snakker med.



Hvorfor satser vi så stort på nettopp Familiweekend? Vi er godt kjent med betydningen av tidlig innsats og helhetstankegangen i nyere logopedbehandling. Vårt bidrag er en form for foreldre-barn-samling gjennom et helgearrangement, Familiweekend. Vi har gjennom flere år sett hva samværet mellom barna betyr for dem. Vi har snakket med både barna og foreldrene, og lyttet til deres meninger, tanker, følelser og bekymringer. Familiweekend er et av våre bidrag til at barn som stammer skal føle seg mindre alene, bli sett, bli trodd på. Foreldrene trenger informasjon og noen å snakke med. Vi er der.

Avslutningsvis må jeg få presentere det nye styret. Mariann er allerede nevnt. Som 1. vara har hun allerede blitt tildelt mye ansvar. På bildet ser vi Stanley Skarshaug (nummer to fra venstre, undertegnede er lengst til venstre), nestleder Oscar Aaslund Hovin, Eivind Johansen, Ciel Waagenes Udbjerg, Liv Marit Goldstein og Oddvar Munro-Jenssen. De har alle forskjellig bakgrunn og forskjellig tilnærming til sin taleflytvanske. Alle på bildet stammer, unntatt Ciel som har løpsk tale og Liv Marit som er gift med en mann som stammer. Sammen er vi en bra gjeng som når du leser dette, har det andre styreseminaret over to dager siden årsmøtehelgen, for å arbeide med strategiplan og planlegge kommende arrangementer.

Merk dere helgen lørdag 19. og søndag 20. oktober. Da er det Høstweekend i Oslo. Tema er løpsk tale. Vi håper å se deg der! Følg gjerne med på vår Facebook-side og nettside for oppdateringer.



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

post@stamming.no

LOJALITET

Bidragene til etikkspalten i tidsskriftet har vært mange, og forhåpentligvis bidratt til å opprettholde en etisk bevissthet i vår logopediske hverdag. Når vi blar i tidligere utgaver ser vi at flere av innleggene har omtalt lojalitetsbegrepet. De har blant annet vist til lojalitet for faget, lojalitet overfor en logopedkollega og lojalitet overfor brukere.

I store norske leksikon står det: *Lojal. Ordet brukes i to betydninger: Om en person som lydig underkaster seg bestående lov og samfunnsorden, en person som er lovlydig; og om noen som viser eller yter full troskap overfor en person, sak, institusjon, parti, gruppe, en som er til å stole på.*

Hvem skal vi vise vår lojalitet mot? Hvem kan vente seg vår lojalitet?

I NLL sine yrkesetiske retningslinjer er det fire hoved-avsnitt, A: Avgrensning og konsekvenser, B: Kvalifikasjoner, C: Forhold til elev/pasient/klient/bruker, D: Forhold til kollegaer og andre.

Under hvert punkt finner vi mer spesifiserte retningslinjer. Ved å tilstrebe oss og følge disse, ligger det implisitt at vi skal være til å stole på. Begrepet lojalitet er kun nevnt direkte i forhold til kollegaer. Selvsagt skal vi være lojale mot hverandre. Som gode kollegaer skal vi vise respekt for hverandre, etablere godt samarbeid, utveksle faglig kunnskap og praktiske ferdigheter. Vi skal stille opp og støtte hverandre. Men vi må også fremme et miljø der det er rom for kritiske betraktninger og refleksjoner.

Det kan også nevnes flere som har krav på vår lojalitet; brukere, arbeidsgivere, samarbeidspartnere og andre.

I et arbeidsforhold har alle arbeidstakere en lojalitetsplikt overfor virksomheten og ledelsen der en er ansatt. Innholdet i lojalitetsplikten er relativt omfattende og faller kun bort dersom pålegg strider mot lover og forskrifter. En arbeidstakers ytringer om arbeidsgiver omfattes også av lojalitetsplikten.

Lover og regelverk legges etter politiske og juridiske betraktninger. Det kan være lovpålegg om plikter, rettigheter, organisering og ressursbruk. Noe som har betydning for enhver profesjons yrkesutøvelse, og med konsekvenser for brukere av tjenester.

Politiske vedtak, det være seg lokale eller nasjonale, påvirker arbeidet vårt. I hverdagen opplever vi f.eks. at det er et misforhold mellom ressurser og behov, mellom direkte og indirekte behandling og oppfølging. Vi kan synes at organisering og rutiner ikke i stor nok grad ivaretar brukeres behov. Det kan oppstå situasjoner der vi må veie for og imot fordeler og ulemper, kvalitet og kvantitet. Hvordan klarer vi da å ivareta vår personlige og faglige integritet?

Lojalitetsbegrepet blir satt på prøve. Når uenighet oppstår, hvem skal vi være lojale mot? Skal vi vise lojalitet overfor bruker, system eller egen organisasjon? Skal vi være lojal utfra plikt eller konsekvens? Hender det at vår lojalitet skifter fra sak til sak?

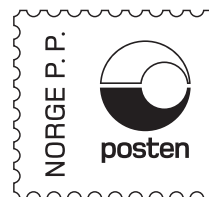
Våre yrkesetiske retningslinjer gir oss ikke eksakt svar på hvordan vi skal gå frem i enhver sak. De skal være en rettesnor for utøvelse av faget, forhold til brukere og samarbeidspartnere. Det kan være vanskelig å stå i situasjoner der lojaliteten utfordres, noen ganger kan vi kjenne på lojalitet både overfor arbeidsgiver, kolleger og bruker. Lojalitetskonflikter vil påvirke den enkeltes yrkesutøvelse, forholdet til de vi skal hjelpe og arbeidsmiljø. Da er det godt å ha noen å drøfte, reflektere sammen med.

I NLL har vi et profesjonsfelleskap der vi alle har ansvar og plikt til ikke å handle i strid med de yrkesetiske retningslinjene. «Et medlem bør vise lojalitet overfor kolleger og bør søke å etablere et godt samarbeid med dem og representanter for andre yrkesgrupper.» Gjennom åpenhet i diskusjoner med rom for uenighet, tillitsfull og reflekterende samhandling rundt lojalitetsbegrepet vil vi kunne opprettholde, videreutvikle og styrke vår etisk bevissthet.

Torhild Toft

TIDSPUNKT	TEMA	STED	NETTADRESSE
04. juni 2019	Norsk med tegnstøtte (NMT)	Stavanger	https://kurs.statped.no/
13.–15. juni 2019	The 7th Nordic Aphasia Conference	Turku, Finland	http://nac2019.fi/
24.–25. juni 2019	Verbal dyspraksi hos teenagere og voksne (inkl. workshop)	København, DK	http://www.speakersclinic.dk/?fbclid=IwAR2gVszRWhYjHLfk-YtIVtnqMGZYEo-46lGG07aGi7WWyGNgQBJRzMfscYHU
15.–16. august 2019	LSVT LOUD	New York, USA	https://www.lsvtglobal.com/store/IdaCampaignLOUDLSVT?Id=01t1C000005emWI
27.–30. august 2019	PEVOC; The Pan-European Voice Conference	København, DK	http://www.pevoc2019.dk/
18.–22. august 2019	31st World Congress og the International Association of Logopedics and Phoniatrics	Taipei, Taiwan	http://ialpdev.info/third_slider/31st-ialp-world-congress-2019/
10. september 2019	Logopedisk afasirehabilitering	Oslo	Arr. av Oslo logopedlag https://www.facebook.com/events/555887204916642/
29.–30. august 2019	6th Nordic Conference on Children with Feeding Disorders	Helsinki, Finland	https://confedent.eventsair.com/nccfd2019/
13.–14. september 2019	19th International Symposium of Processability Approaches to Language Acquisition (PALA)	Reykjavik, Island	https://conference.hi.is/pala2019
17.–21. september 2019	9th ESSD Congress, Swallowing, Nutrition and Imaging	Wien, Østerriket	https://www.essd2019.org/
24. september 2019	Stemmedagen 2019	Oslo	Statped
06. november 2019	Introduktion til Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI)	Jelling, DK	https://www.alf.dk/kurser-og-konferencer/introduktion-til-palin-parent-child-interaction-therapy-pci-indsats-over-for-tidlig-bornestammen
07. november 2019	Introduktion til Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI)	Hellerup, DK	https://www.alf.dk/kurser-og-konferencer/introduktion-til-palin-parent-child-interaction-therapy-pci-indsats-over-for-tidlig-bornestammen
21.–22. november 2019	Afasidagene i Statped	Oslo	
21.–23. november 2019	The ASHA convention	Orlando, USA	https://www.asha.org/events/
11.–13. juni 2019	NLLs Sommerkonferanse og landsmøte	Akershus	https://norsklogopedlag.no/sommerkonferansen-og-landsmote-2020/
18.–20. juni 2020	International Aphasia Rehabilitation Conference (IARC) 2020	Vancouver, Canada	http://www.iarc2020.com/

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



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

INNHold

Redaktøren <i>Jannicke Karlsen</i>	s. 3
Nytt fra styret <i>Gro Nordbø</i>	s. 4
Stammebehandling av barnehagebarn: norske logopeders praksis <i>Linn Stokke Guttormsen, Ane Hestmann Melle, Karoline Hoff</i> <i>og Kari-Anne Bottergaard Næss</i>	s. 6
TRIBUS – Et norskutviklet kartleggingsverktøy for vurdering av språkforståelse <i>Anne Marie Bjøre, Aase Marie Rolstad og Kristin Meyer</i>	s. 14
Intensiv gruppebehandling for personer med sosiale kommunikasjonsvansker: En pilotstudie <i>Silje Merethe Hansen, Marianne Hjertstedt, Melanie Kirmess,</i> <i>Hildegun Snekkevik og Jan Stubberud</i>	s. 24
Informasjon: Skriftlig spørsmål fra Sheida Sangtarash (SV) til helseministeren	s. 35
Informasjon: Spesialistutdanning i logopedi: En vei inn i framtiden? <i>Arve Asbjørnsen</i>	s. 37
Referat: Norsk logopedlags vinterkonferanse <i>Redaksjonen</i>	s. 43
Referat: CPLOL 16. – 19. MAI 2019 <i>Signhild Skogdal og Katrine Kvisgaard</i>	s. 45
Referat: Disputas: Logoped Anette Andresen <i>Jannicke Karlsen</i>	s. 47
NIFS: For en bra gjeng! <i>Martin Aasen Wright</i>	s. 49
Yrkesetikk <i>Torhild Toft</i>	s. 50
Kurs & Konferanser	s. 51