

NORSK TIDSSKRIFT FOR

LOGOPEDI



NR. 4 | DESEMBER 2020 | ÅRGANG 66

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 sine bidrag. Redaksjonen forbeholder seg retten til å bestemme utgivelsesdato for innlevert manuskript. Hvert nummer vil bli publisert på Norsk logopedlags internettside. Redaksjonen er svært glad for at du vil skrive i Norsk tidsskrift for logopedi. Hvis du følger noen praktiske og tekniske råd, sparer du redaksjonen for mye arbeid.

PRAKTISKE OG TEKNISKE RÅD

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

FORSKNINGSARTIKLER

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

MATERIELLFRIST OG UTGIVELSER

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

ANNONSEPRISER PR. 01.01.2020

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).



STYRET I NLL

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

Nestleder Eli Tendeland
nll.nestleder@gmail.com

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

Sekretær Marianna Juuiværvi
nll.sekretar@gmail.com

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

Nettansvarlig Irene van Slooten
logopedweb@gmail.com

Varamedlem Karen Greve
karenigreve@gmail.com

YRKESETISK RÅD

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

FAGUTVALGET

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

NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

Redaktør Frøydis Morken
redaktor.ntl@gmail.com
Redaksjonsmedlem
Jannicke Karlsen
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 Stine Brubak
Varamedlem Vanessa Seidler-Krone

VALGKOMITÉ

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

LEDERE I REGIONSLAG

BuTeVe
Kari-Anne Rogstad
styret.buteve@gmail.com

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
Anette Aarsland Førriisdahl
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

Vestland
Kristine Gulbrandsøy Lindseth
hsl.log@gmail.com

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: Frøydis Morken
Redaksjonsmedlem: Jannicke Karlsen
Redaksjonsmedlem: Monica Norvik
Redaksjonsmedlem: Julie Vildgren

E-post redaksjon: redaktor.ntl@gmail.com
E-post annonser og kurskalender: annonsentl@gmail.com

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,

desembermørket er her, men det er heldigvis julelysene også. I år har vi kanskje ekstra behov for førjulskosen, selv om den kanskje må ta andre former enn ellers. Det er godt at pepperkaker kan bakes og adventslysene tennes – restriksjoner eller ei. Vi håper at desembernummeret av Norsk tidsskrift for logopedi også kan være et lite lyspunkt i vintermørket.

Denne gangen kan vi presentere referater fra hele tre disputaser! To av disse er logopeder, og den tredje har skrevet om et tema som er svært relevant for fagfeltet. Det er veldig gledelig både at flere logopeder får doktorgrad, og at forskningen her i Norge styrkes. Gratulerer til alle tre! Mens vi er inne på doktorgrader får vi også en presentasjon av doktorgradsprosjektet til Edda Óttarsdóttir, som skriver om pasienter med lavgradig hjernetumor.

Vi har også flere interessante fagartikler i dette nummeret. Marte Røssland og Therese Senneset har skrevet om implementeringen av IDDSI-rammeverket for konsistenstilpassing av mat og drikke ved Oslo universitetssykehus. Martin Brierlys artikkel om ARDS hos covid-19-pasienter har vært publisert i en tidligere utgave på nettsiden til NLL. Den er oppdatert med ny kunnskap som er kommet til gjennom høsten, og vi bringer den nå i revidert utgave her i tidsskriftet. Stig Berdal og kollegaer presenterer DIAS – et nytt verktøy for kartlegging av taleapraksi, mens Tamara Kalandadze presenterer deler av sin doktorgrad om forståelse av figurativt språk hos personer med autismespekterforstyrrelser. Hun viser at bildet av at vansker med å forstå figurativt språk kanskje ikke er et så universelt trekk ved denne gruppen som man har trodd.

Det er med andre ord mye og variert fagstoff i denne utgaven, og vi håper alle finner noe de synes er interessant.

I tillegg har vi flere andre innlegg. Jannicke Vøyne rapporterer fra Afasidagene, som ble avholdt av Statped tidligere i høst. Denne gangen ble de, som så mye annet, avholdt digitalt. Mye av tiden ble viet den relativt «nye» diagnosen primær progressiv afasi (PPA) – en diagnose som mange sikkert føler behov for å lære mer om.

Ingebjørg Skaug reiser spørsmål knyttet til dagens norske logopedutdanning. Innlegget hennes kommer i kjølvannet av innlegget Kjersti Herseth Vehus og Eli Tendeland hadde i forrige nummer, der de etterlyste audiopedagoger i arbeidet med barn med cochleaimplantat. Skaug peker på behovet for en spesialisert grunnutdanning for logopeder, og foreslår at en slik grunnutdanning kan kombinere logopedi og audiopedagogikk, i tråd med modellen de har i Danmark. Diskusjonen om utdanningsløpet generelt – og om en grunnutdanning spesielt – er relevant og interessant. Vi er spent på om noen plukker opp ballen som Skaug har spilt opp her.

I den faste spalten til NIFS kan vi denne gangen lese om at Martin Aasen Wright takker for seg som leder. Han forteller om mange positive opplevelser gjennom ledervervet, og om godt samarbeid med flere logopeder. Vi i redaksjonen vil også gjerne få takke Martin for godt samarbeid gjennom disse årene!

Til slutt vil vi ønske alle en riktig god førjulstid. Ta vare på hverandre!

Hilsen Frøydis Morken



Frøydis Morken

Foto: Paul S. Amundsen



Jannicke Karlsen



Julie Vildgren



Jannicke Vøyne



Gro Nordbø
Leder Norsk logopedlag
nll.norsklogopedlag@gmail.com

De siste åtte månedene har korona-pandemien påvirket alle våre aktiviteter både i private og i offentlige rom. Etter at landet sakte ble åpnet igjen etter full nedstenging, viser det seg nå at smitten igjen sprer seg med stor styrke, riktignok i noe ulik grad, men hele landet er rammet. Det var derfor med stor spenning vi avholdt den planlagte «utsatt vårkonferanse» i Oslo den 24.10. Sytten deltakere var fysisk til stede og seks deltok digitalt. Hele styret og leder/representant for Utdanningsgruppen, Tidsskriftet, Fagutvalget, Historiegruppen, Yrkesetisk råd, Utvalg for privat praksis, Salgsrepresentant, Valgkomiteen, Akershus lokallag, Oslo lokallag, Troms- og Finnmark lokallag, Østfold lokallag, Hedmark og Oppland lokallag, Bu-Te-Ve lokallag, Vestland lokallag (tidl. Hordaland og Sogn og Fjordane lokallag), Rogaland lokallag og Trøndelag lokallag deltok. Tre regionslag og arkivarene var dessverre ikke representert.

På Vårkonferansen oppdaterer vi hverandre på saker som rører seg i regionene og i det enkelte utvalg og råd, og forbereder saker som skal behandles på Landsmøtet. Pandemien har satt sitt preg på arbeidet landet rundt, men de fleste kunne fortelle at de har hatt god aktivitet i regionslaget denne landsmøteperioden. Da pandemien satte bremsene på, tok lokallagene grep og de fleste har avholdt digitale styremøter, kurs og webinarer med god erfaring. Medlemsmøter og kurs har hatt veldig god deltakelse. Det har også vært mulig for medlemmer fra hele landet å delta på kurs i regi av regionslag. Denne erfaringen åpner nye dører som vi alle skal ta med oss i det videre arbeidet.

Fagutvalget planlegger å arrangere utsatt Sommerkonferanse (heretter Vinterkonferanse) i mars 2021. Mye taler for at det, i stor grad, vil bli en konferanse med digitale forelesninger. Fagutvalget og styret vil, i den nærmeste tiden, vurdere praktisk gjennomføring av konferanse og landsmøte.

Utvalg for privat praksis opplever mange henvendelser fra medlemmer mht. takstbruk o.l. Fram mot landsmøtet vil utvalget i samarbeid med styret diskutere mulig ny organisering, som

ivaretar logopedisk praksis både i privat og offentlig regi.

Yrkesetisk råd mottar henvendelser fra medlemmer om flere spørsmål, bl.a. om hvilke lovverk de skal forholde seg til. Rådet har også jobbet med forslag til oppdatering og endring av yrkesetiske retningslinjer, og retningslinjer for logopeders bruk av sosiale medier. Disse vil bli presentert og behandlet på Landsmøtet.

Redaksjonen for Norsk tidsskrift for logopedi har i liten grad vært berørt av pandemien, da det meste av arbeidet allerede foregår digitalt. De oppfordrer medlemmene til å sende inn artikler, leserinnlegg, og saker som kan være verdt å dele fra arbeidet i regionene.

Utdanningsgruppa består av representanter fra alle studiestedene som utdanner logopeder, med unntak av UiO, som dessverre har valgt å ikke prioritere dette. Noe av målsettingen for utdanningsgruppa er å sikre at utdanningen blir tilnærmet likeverdig uavhengig av utdanningssted. Gruppa er bekymret for manglende politisk satsing og dårlige rammebetingelser for videreutvikling av et sterkt logopedisk fagmiljø ved utdanningsstedene. Som nevnt i forrige «Nytt fra styret», sto utdannelsen ved UiT i fare for nedleggelse, men i dag kan vi bringe den glade beskjed om at utdannelsen i Tromsø skal fortsette. NLL har hatt ønske og håp om at utdanningsgruppas viktige arbeid og mandat skulle bli innlemmet i Utdanningsdirektoratets ordninger for samarbeid i universitets- og høyskolesektoren, men det er dessverre gitt negativt svar på denne anmodningen. NLL mener at dette arbeidet er så viktig at vi vil fortsette å budsjettere for fortsatt drift av gruppen.

Historiegruppa/Redaksjonskomiteen arbeider med en jubileumsbok som skal utgis ved 75-årsjubileet til NLL i 2023. Redaksjonen ønsker gjerne å få tilsendt bilder fra klinisk hverdag, artige bilder som kan illustrere fagstoff og bilder av bidragsyttere mm.

Valgkomiteen har ansvaret for å finne aktuelle kandidater til styret, utvalg og råd som skal

velges ved neste Landsmøte. Det er hyggelig og å høre at de har gode representanter til å overta ledige verv. En utfordring er arkivtjenesten. Det har vært og er en krevende rolle å ivareta denne funksjonen på en god og hensiktsmessig måte. Tidligere var arkivet knyttet til Bredtvet kompetansesenter for logopedi. Der var det både et fagmiljø og rom til disposisjon for NLL. Etter nedleggelsen av Bredtvet flyttet arkivet til leide lokaler som ikke har vært tilfredsstillende. Styret har foreløpig ikke fått på plass et nytt egnet lokale, og vi vil vurdere om det er mulig å kjøpe denne viktige tjenesten fra en profesjonell arkivtjeneste.

Aktuelle saker fra styret:

I september/oktober sendte vi, i samarbeid med fagutvalget, ut en spørreundersøkelse til alle medlemmene. Bakgrunnen for undersøkelsen var at NLL ofte får spørsmål om logopeders virke fra politikere, myndigheter, andre organisasjoner m.fl. Målsettingen med undersøkelsen var å innhente informasjon om logopeders arbeidsforhold, utdanning og videreutdanningsbehov, forslag til saker som NLL kan jobbe videre med etc.

Det ble sendt ut 1448 invitasjoner pr e-post, vi fikk 187 i retur. *(NB! Dette betyr at det er viktig å minne om at dere må melde fra om nye e-postadresser ved jobbskifte e.l.)*

Det var dermed 1261 medlemmer som mottok spørreskjemaet, og vi fikk 715 svar. Det ble en svarprosent på 57, noe vi anser som veldig bra på en digital undersøkelse. Svarene fra undersøkelsen gir oss mye nyttig informasjon. Svarene vil bli nærmere analysert, og det vil bli gitt en grundigere presentasjon av resultatene på et senere tidspunkt. Vi vil veldig gjerne takke hver og én som tok seg tid til å besvare undersøkelsen, engasjement blant medlemmene er utrolig viktig for at vi skal kunne utvikle NLL i tråd med medlemmenes behov.

En viktig sak som NLL jobber med i denne perioden er utvikling av en spesialiseringsordning. Pandemien har

dessverre forsinket NLL sitt arbeid med å utarbeide forslag til hvordan NLL sin rolle i dette skal defineres. Det ligger i planen at NLL skal opprette et spesialiseringsutvalg som skal bestå av representanter fra NLL, utdanningsinstitusjoner, myndigheter m.fl. Rammene og omfanget er foreløpig ikke lagt ferdig. Men prosessen er godt i gang. Spørreundersøkelsen ga oss viktige svar som vil veie tungt i det videre arbeidet. Pris, omfang og faglig innhold er viktige faktorer som vi må jobbe videre med. Dette er en omfattende sak for NLL og den vil bli lagt fram på Landsmøtet. Vedtak fra Landsmøtet vil være retningsgivende for NLL sin rolle videre.

Styret planlegger, som nevnt, å arrangere Vinterkonferanse og Landsmøte i mars 2021. Mye taler for at det må legges til rette for et digitalt arrangement. Styret jobber nå med å finne en profesjonell samarbeidspartner som kan bistå med organisering og gjennomføring av hele arrangementet. Nærmere informasjon og sakspapirer vil bli sendt pr. e-post til medlemmene. Styret vil oppfordre regionslagene til å drøfte aktuelle saker i de kommende årsmøtene.

Nå står adventstid og julefeiring på programmet. Styret vil gjerne takke for all støtte og oppmuntring vi har fått i denne rare tiden vi har vært gjennom og fortsatt står i! Vi ser fram til videre samarbeid for utvikling av NLL som en god profesjonsforening, og arbeide for at alle som trenger det skal få gode logopediske tjenester i 2021. Nå ønsker vi alle en trygg og hyggelig førjulstid og en koselig og verdig julefeiring til tross for de begrensningene pandemien gir oss.

Gledelig jul og riktig godt nytt år!

Beste hilsen
Gro Nordbø, leder NLL


Marte Røssland

jobber som logoped ved seksjon for logopedi på Oslo universitetssykehus. Hun har jobbet der siden 2014, og har for det meste jobbet med slagpasienter, i både akuttfasen og i den tidlige rehabiliteringsfasen. Røssland gjennomførte sertifisering i MBSiMP i 2018, noe som innebærer at en kan analysere og tolke røntgenbilder av svelgefunksjon.


Therese Senneset

jobber som logoped ved seksjon for logopedi på Oslo universitetssykehus. Hun har jobbet der siden 2012, og har for det meste jobbet med dysfagipasienter, i intensiv-, akutt- og tidlig rehabiliteringsfasen. Senneset gjennomførte sertifisering i MBSiMP i 2015, noe som innebærer at en kan analysere og tolke røntgenbilder av svelgefunksjon.

IMPLEMENTERING AV INTERNATIONAL DYSPHAGIA DIET STANDARDISATION INITIATIVE (IDDSI) PÅ OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Ved Oslo universitetssykehus (OUS) er dysfagi (spise- og svelgevaner) et viktig og stort fagområde for logopedene. Av pasientene som blir henvist til seksjon for logopedi, har 50 til 70 prosent behov for utredning, behandling og oppfølging grunnet dysfagi. Dysfagi er ikke en sykdom i seg selv, men et symptom og en tilstand som forekommer i forbindelse med flere sykdommer. Det er en kjent følgetilstand ved hjerneslag, og en systematisk oversikt viser at over 50 prosent av pasienter med gjennomgått hjerneslag har dysfagi i akuttfasen. For majoriteten av disse er vanskene forbigående, men mellom 11 og 13 prosent har fortsatt svelgevaner etter seks måneder (González-Fernández, et al., 2013). Ved seksjon for hjerneslag, OUS, legges det inn ca. 1400 pasienter årlig. Alle pasientene blir svelgetestet av pleiepersonell ved ankomst til seksjonen. Denne seksjonen ble derfor et naturlig startpunkt for implementering av International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI).

IDDSI

International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) ble stiftet i 2013. Målet var å utvikle en global, standardisert terminologi og definisjoner for å beskrive konsistenstilpasset mat og drikke for personer i alle aldre med dysfagi – på tvers av omsorgssituasjoner og kulturer. Etter tre år med arbeid hadde IDDSI utviklet et rammeverk for dysfagidietter bestående av åtte nivåer (se figur 1). Disse identifiseres med numre, fargekoder og tekstetiketter (IDDSI, 2017a).

Gjennom det nasjonale dysfaginettnetverket ble det enighet om innføring av IDDSI i Norge. I 2017 ble IDDSI oversatt til norsk av logoped Martin Brierly på Lovisenberg diakonale sykehus (IDDSI, 2017a). Oversettelsen inneholder et komplett IDDSI-rammeverk og testmetoder. Rammeverket er tatt i bruk på blant annet Lovisenberg diakonale sykehus og Sunnaas sykehus. Implementeringen på OUS vil bidra til økt pasientsikkerhet under sykehusoppholdet, samt sikrere overføring av pasienter mellom sykehus og andre instanser med tanke på dysfagidietter.



Figur 1. IDDSI-trekant

Bakgrunn for prosjektet

Målsettingen med prosjektet er å innføre IDDSI-rammeverket på OUS. Innføring av et standardisert rammeverk for konsistenstilpasset mat og drikke vil øke pasientsikkerheten og kvaliteten i behandlingen hos pasienter med dysfagi (Gonzalez-Fernandez, 2013). Dysfagi har stor påvirkning på livskvaliteten og helsen til pasientene, og fører til økt risiko for komplika-

sjoner som for eksempel underernæring, feilernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni, slimproblematikk, økt liggetid på sykehuset og reinnleggelser. I verste fall kan dysfagi resultere i dødelige utfall hvis den ikke diagnostiseres og behandles på et tidlig tidspunkt (Leow et al., 2010).

Konsistenstilpassete dietter er et av de vanligste tiltakene for pasienter med dysfagi. Internasjonalt har mellom 15 og 30 prosent av beboerne på helseinstitusjoner behov for konsistenstilpasset mat og drikke (Keller et al., 2012). Mange pasienter mestrer ikke å bearbeide bolus til den ideelle strukturen. En bolus som er sikker å svelge er myk, sammenhengende og glatt i teksturen, og fører til lettere initiering av svelg. I tillegg beveger bolusen seg raskt gjennom farynks (Villiers et al., 2018).

Som forarbeid til utviklingen av IDDSI-nivåene, ble det gjennomført en undersøkelse av eksisterende nasjonale terminologier og gjeldende praksis for dysfagipasienter. Pasienter med dysfagi, pårørende, ulike organisasjoner, helsepersonell, matprodusenter og forskere fra 33 ulike land ble inkludert i undersøkelsen. Dette resulterte i 2050 besvarelser. Undersøkelsen viste at konsistenstilpasset mat ble beskrevet med tre til fire nivå og 54 ulike begrep, og drikke ble beskrevet med tre nivå og 27 ulike begrep (Cichero et al., 2017). I en annen undersøkelse gjennomført i helseinstitusjoner i Boston ble matkonsistens beskrevet med 17 ulike begrep (Piera og Rioles, 2019). Disse undersøkelsene viser et stort behov for et felles rammeverk for dysfagidietter.

Ved prosjektstart på OUS var det ingen felles standard for konsistenstilpasset kost, og det ble brukt ulike begrep rundt konsistenstilpasset mat og drikke på ulike avdelinger og innenfor samme avdeling. I tillegg ble det benyttet ulik størrelse på glass, samt ulike fortykningsmidler som krever ulik mengde fortykning for å oppnå likt konsistensnivå. Dette bidro til forskjellig tolking av kostnivåene, som igjen bidro til at pasienter fikk ulike tilpasninger av kost ut i fra hvordan den enkelte ansatte tolket begrepene.

Hvorfor IDDSI?

Per dags dato finnes det ingen andre internasjonale rammeverk for dysfagidietter. Tilpassing av matkonsistens har blitt gjort i flere tiår innen matvitenskap, noe som forklarer hvorfor det eksisterer utallige ulike begrep for og beskrivelser av én og samme konsistens. Først i nyere tid har tilpassing av matkonsistens blitt brukt i behandling av personer med svelgevaner (Steel et al., 2015).

Forskning på konsistenstilpasset kost har vanligvis benyttet kostbart og komplekst utstyr, som for eksempel «Food Texture Analysers», noe de færreste har tilgang til. Anbefalte klassifikasjoner og eksisterende nasjonale terminologier for drikke har til nå basert seg på viskositet. Det er en komplisert oppgave å måle væskers flytegenskap nøyaktig, og viskositetsmåling er heller ikke tilgjengelig for de fleste helsepersonell (Steel et al., 2015).

IDDSI sine testmetoder er enkle og mindre kostbare. For å kunne bekrefte hvilket nivå en type mat eller drikke tilhører, har IDDSI-rammeverket gitt en detaljert beskrivelse av de ulike nivåene. Egenskaper som hardhet, glatthet og evne til å henge sammen er viktige faktorer, samt at størrelsen og formen på matprøven er relevante faktorer for svelningsfare. De detaljerte beskrivelsene gjør at alle kan benytte seg av rammeverket, da beskrivelsene støttes av enkle målemetoder (www.IDDSI.org).

Gjennomføring av prosjekt

Ved implementeringen av IDDSI på seksjon for hjerneslag, OUS, ble det først etablert en tverrfaglig prosjektgruppe, bestående av logopeder, sykepleiere og representanter fra hovedkjøkkenet. Logopedene testet mat og drikke med de ulike testmetodene beskrevet i IDDSI-rammeverket, og laget en oversikt over hvilken kost som tilsvarte riktig nivå. For å kartlegge kompetansen om konsistenstilpasset mat og drikke blant helsepersonell, ble det utformet et spørreskjema som ble besvart før implementeringen startet. Spørreskjemaet inneholdt kun lukkede og skalerte spørsmål.

Videre ble det gjennomført teoretisk og praktisk gruppeundervisning om IDDSI, hvor pleiepersonellet blant annet fikk blande ut og teste de ulike konsistensnivåene på drikke. Deretter fulgte en praksisperiode hvor pleiepersonellet ble oppfordret til å benytte IDDSI-begrepene, blant annet ved å føre det inn i pleieplanen. Alle pasienter screenes med vann testen ved innkommst til seksjonen, og beskrivelse av hvordan de kan oppnå IDDSI-nivåene er tilgjengelig på baksiden av vann testen. IDDSI er i tillegg synlig på avdelingen ved at trekanten henger på kjøkkenet (se figur 1), og på alle datamaskiner. På kjøkkenet er det hengt opp en oversikt over mat og drikke innenfor de ulike nivåene, sammen med en beskrivelse av hvordan personalet enkelt kan tilpasse mat og drikke ytterligere for å oppnå riktig nivå (se figur 2). Mot slutten av perioden fikk pleiepersonellet utlevert et nytt spørreskjema, for å måle effekten av prosjektet. Spørreskjemaet var identisk med det forrige, med unntak av et åpent spørsmål.

IDDSI

Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4	Nivå 5	Nivå 6	Nivå 7
<u>Biola Blåbær</u> (Laktosefri)	<u>Biola Naturell</u> (laktosefri)	<u>Fresubin</u> stage 2	<u>E+ kremet</u> fresken og aprikos	<u>Laks med</u> poteter, brokkoli og saus <i>Gaffelmost uten brokkoli</i>	<u>Laks med poteter,</u> brokkoli og saus <i>Oppdelt uten brokkoli</i>	<u>Pasta med kjøttsaus</u>
<u>Biola Bringebær</u>	Kefir	Tine yoghurt				
<u>Diben</u> (ernæringsdrikk)	E+ kakao og jordbær	Piano karamell- og vaniljesaus	Piano karamellpudding	Fiskeboller med gulrøtter, poteter og saus <i>Gaffelmost uten gulrøttene</i>	Fiskeboller med gulrøtter, poteter og saus <i>Oppdelt uten gulrøttene</i>	Laks med poteter, brokkoli og saus
<u>Nutridrink</u> <u>compact</u>	<u>Fresubin stage</u> 1					
<u>Fresubin energy</u>	Aspargessuppe	Gulrotsuppe	Sjokoladepudding	<u>Lapskaus</u> <i>Gaffelmost</i>	Kjøttkaker med poteter, saus og kålstuing <i>Oppdelt</i>	Kjøttkaker med poteter, saus og kålstuing
<u>Bringebærssuppe</u> 123mat		Blomkålsuppe				
			<u>Softmeals</u>		<u>Torskerullade med</u> grønnsaker <i>Kun torskerulladen</i>	<u>Torskerullade med</u> grønnsaker
					Kylling, ris og aspargesbønner <i>Oppdelt, bland ris med saus.</i>	Kylling, ris og aspargesbønner
					<u>Lapskaus</u>	

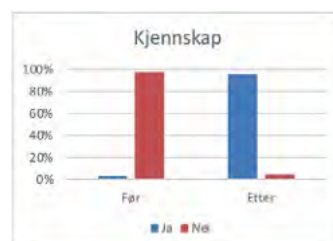
* For å oppnå ulike nivå på tyntflytende: bruk glass som rommer 200 ml. Fortynkningsmiddelet som brukes er TickenUp Clear, bruk måleskjeen som følger med fortynkningsmiddelet. Tid for svelling er 5 min. Merk at allerede naturlig tykke konsistenser vil ikke ha behov for like mye fortynkningsmiddel.

Figur 2. Oversikt over mat og drikke innenfor de ulike nivåene.

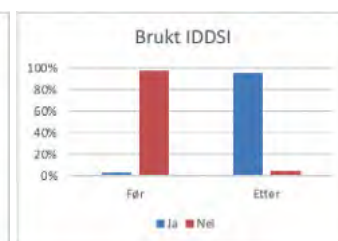
I tillegg til undervisningen på seksjon for hjerneslag, ble det holdt undervisning for kjøkkenvertene. Implementeringen av IDDSI ble forankret i ledergruppen ved medisinsk klinikk, noe som er viktig med tanke på den videre implementeringen på OUS.

Resultat av spørreundersøkelsen

Resultatene fra spørreundersøkelsene før og etter implementeringen av IDDSI viste en forbedring på alle områdene. De fleste svarer at det er blitt enklere å tilpasse konsistenser riktig, og synes IDDSI-nivåene er godt synlige på avdelingen. I første runde svarte 37 ansatte på spørreskjemaet, men kun 21 ansatte svarte på det siste skjemaet. Dette medfører redusert reliabilitet. Som nevnt i gjennomføring av prosjektet, inneholdt spørreskjemaene kun lukkede og skalerte spørsmål. Figurene som vises til i teksten viser enten prosentandel av besvarelser med ja/nei spørsmål, eller en prosentandel av svar på en skala fra en til ti.

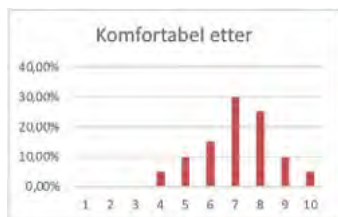


Figur 3. Kjennskap til IDDSI før og etter implementering.



Figur 4. Bruk av IDDSI før og etter implementering.

Figur 3 og 4 viser resultatene på spørsmålene om pleiepersonalet kjenner IDDSI-rammeverket, og om de har benyttet det i arbeid med pasienter med dysfagi. Resultatene viser at det er en markant økning i bruken av IDDSI i seksjon for hjerneslag etter prosjektgjennomføringen. Alle utenom én har kjennskap til og benytter seg av IDDSI etter endt prosjektperiode.



Figur 5. Hvor komfortabel pleiepersonell er med bruken av IDDSI etter implementering.



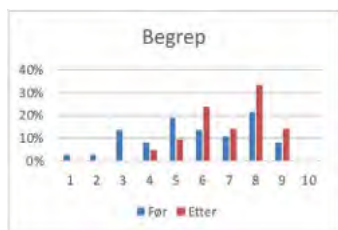
Figur 6. Enklere overføring av likt konsistensnivå mellom pleiepersonell etter implementering.

Komfortabel etter/enklere etter

Figur 5 viser hvor komfortable pleiepersonellet føler seg ved bruk av IDDSI-rammeverket. Figur 6 viser resultatene fra spørsmålet om IDDSI har bidratt til enklere overføring av informasjon om dysfagtilpasninger ved vaktskiftet. Resultatene viser at majoriteten har svart fem eller høyere, på en skala fra én til ti, men at det er delte meninger om hvorvidt videreføring av beskjeder om kosttilpasning er blitt enklere etter implementeringen. Ved videre implementering på OUS er det viktig å fokusere på god og riktig overføring av informasjon om kosttilpasning mellom pleiepersonell, samt god oppfølging under praksisperioden.

Begrep/lettere med konsistenstilpasning.

Figur 7 viser hvor godt pleiepersonalet er kjent med begrepene rundt konsistenstilpassing. Her spriker svarene noe mer enn på de andre resultatene, men samtidig ser en også bedring her. I tillegg viser figur 8 at majoriteten synes det er blitt lettere med konsistenstilpasning etter implementeringen av IDDSI. En av grunnene til dette er synligheten av IDDSI-plakaten (se figur 2), og gjennomgått undervisning.



Figur 7. Kjennskap til begrepene før og etter implementering.



Figur 8. Lettere med konsistenstilpasning etter implementering.

Diskusjon

Kjennskap til/bruk av IDDSI

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser en markant økning i både kjennskap til og bruken av IDDSI hos pleiepersonellet på seksjon for hjerneslag. Dette viser at under-

visningen og prosjektperioden har vært vellykket og gir motivasjon til videre implementering. Implementeringen har også ført til at seksjon for logopedi benytter samme begrep om lik konsistens. Begrepene blir ført inn i journalnotatene til pasientene, uavhengig av avdelinger, slik at personalet blir kjent med begrepene. Det blir alltid beskrevet i tekstform hva som inngår i de ulike nivåene, slik at personalet lett kan oppnå riktig konsistensnivå.

Begrep

Cichero et al. (2017) har som nevnt beskrevet en undersøkelse hvor de kom frem til at det ble brukt 54 ulike begrep på mat, og drikke ble beskrevet med 27 ulike begrep. På OUS har det også blitt brukt svært mange forskjellige begrep for å beskrive konsistens på mat og drikke. Begrepene er godt innarbeidet, og det vil ta tid før alle benytter de nye begrepene. Dette gjenspeiles i resultatene som vist i figur 7. Selv om en ser bedring fra første spørreundersøkelse, har vi enda en vei å gå.



Figur 9 – Revidert IDDSI-trekant.

Etter oppstart med implementeringen av IDDSI, har rammeverket blitt revidert. *Lettyggelig kost* er nå lagt til som nytt begrep, og slått sammen med *normal kost* på nivå syv (Chichero et al., 2019). Dette har vanskeliggjort implementeringen, da det blir nye begrep og beskrivelser av konsistens, spesielt når det er to beskrivelser på samme nivå (se figur 9). Den nye IDDSI-trekanten er ikke oversatt til norsk,

og derfor foreløpig ikke tatt i bruk. Om det blir stadige revisjoner, vil dette føre til økt behov for hyppigere gjennomgang for personalet.

Komfortabel etter/enklere etter

Noe av det mest utfordrende vil være å opprettholde kunnskap over tid. De gamle begrepene er innarbeidet på avdelingene, og i tillegg er det utskiftninger i personell, som vil kreve hyppig oppfriskning og undervisning. Selv etter undervisning og praksisperioden gjenspeiler resultatene fra spørreundersøkelsen at det fremdeles er mange som har behov for mer kunnskap om IDDSI-begrepene. Resultatet viste delte meninger om hvorvidt implementeringen har gjort det enklere å overføre beskjeder om dysfagitilpasninger ved vaktskifte. Det siste spørreskjemaet inneholdt et åpent spørsmål: «Forslag til hvordan opprettholde og videreføre IDDSI på avdelingen?». Et ønske som ble gjentatt var å ha regelmessig gjennomgang av IDDSI for at alle skal oppnå lik forståelse, samt at pleiepersonellet skulle fortsette med å legge det inn i behandlingsplanen. Piera og Rioles (2019) problematiserer også dette i sitt innlegg om implementering av IDDSI. I løpet av de to årene hvor implementeringen har pågått har den største utfordringen vært hvordan de skal opprettholde kunnskapen rundt IDDSI. Tiltakene som ble iverksatt var blant annet gjennomgang av IDDSI for nyansatte, og systematisk oppfriskning av IDDSI til ressurspersoner.

For å oppnå de fleste av nivåene innenfor IDDSI må en fjerne det meste av grønnsaker på middagsmåltidene

(se bilde 1), som beskrevet på IDDSI-plakaten (se figur 2). Dette har gjort det enklere å tilpasse dysfagidietter for pleiepersonell, men vil også bidra til økt risiko for vekttap og underernæring. Miles et al. (2018) problematiserer tilpassing av konsistens for pasienter med dysfagi. Tidligere undersøkelser hadde vist at energi-inntaket ved bruk av konsistenstilpasset kost var 17-37 prosent lavere enn ved normalkost.

Veien videre

Vi er i gang med å videreføre implementering til andre sengeposter på OUS. På sengeposter hvor de ikke har pasienter med dysfagi regelmessig, endret vi undervisningen til å omhandle både dysfagi og IDDSI. Opplevelsen er at flere avdelinger har fått øynene opp for IDDSI, og selv har ytret ønske om undervisning for å lære mer. Vi ser for oss å utnevne noen ressurspersoner per avdeling, som vil sikre at kompetansen opprettholdes på avdelingene.

Videre ønsker vi at de ulike middagsrettene blir merket med de forskjellige nivåene. På denne måten vil personalet enkelt finne en middag som passer til pasientens diettnivå. Det ble også problematisert hvorvidt tilpassing av kost kan bidra til økt risiko for vekttap og underernæring. Samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog vil derfor være en prioritet for videre implementering av IDDSI.

Det har vist seg å være vanskelig å få inn likt fortykningsmiddel på hele OUS. Alle avdelinger har selv ansvar for å bestille inn fortykningsmiddel fra apoteket, men avdeling-



Bilde 1. Hvordan tilberede en middag til tre forskjellige konsistenser (IDDSI nivå 7, 6 og 5).

ene har ikke en fast ansatt som har ansvar for dette. Vi utforsker muligheten for å få til et samarbeid med farmasøytene for å gjøre tilgangen til riktig fortykningsmiddel enklere.

Det vil ta tid før IDDSI blir implementert på hele OUS. Et langsiktig mål er at andre helseinstitusjoner skal få kjennskap til IDDSI. Vi tar med oss mange erfaringer på veien videre og er positive til fortsettelsen.

Referanser

- Cichero, J. A.Y., Lam, P., Steele, C., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R., ... Stanschus, S. (2016). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia* (2017) 32, 293-314.
- Cichero, J.A.Y., Lam, P., Chen, J., Dantas, R. O., Duiveststein, J., Hanson, B., ... Vanderwegen, J. (2019). Release of updated International Dysphagia Diet Standardisation Initiative Framework (IDDSI 2.0) *Journal of texture studies*. (2019) 1-2
- Gonzalez-Fernandez, M., Ottenstein, L., Atanelov, L. & Christian, A. B. Dysphagia after stroke: an overview (2013). *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, volume 1 (2013), 187-196
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) (2017a). Komplet IDDSI rammeverk og detaljerte beskrivelser. Norwegian translation (www.IDDSI.org)
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) (2017b). IDDSI rammeverk, testmetoder. Norwegian translation (www.IDDSI.org)
- Keller, H., Chambers, L., Niezgoda, H., Duizer, L. Issues associated with the use of modified texture foods. *The journal of nutrition, health & aging* volume 16, pages195-200(2012).
- Leow L, Huckabee M, Anderson T, Berckert L (2010) The impact of dysphagia on quality of life in ageing and Parkinsons disease as measured by the swallowing quality of life (SWAL-QOL) Questionnaire. *Dysphagia* 25(3): 216-20
- Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005, 36(12):2756-63.
- Miles, A., Liang, V., Sekula, J., Broadmore, S., Owen, P., Braakuis, A.J. (2018). Texture-modified diets in aged care facilities: Nutrition, swallow, safety and mealtime experience. *Australasian Journal on Ageing*. 2019, 1-9.
- Piera, L. & Riales, S. (2019). Developing an IDDSI-Compliant Dysphagia Diet. The asha leader, april 2019.
- Steel, C.M., Alsanei, W.A., Ayanikalath, S., Barbon, C.E., Chen, J., Cichero, J. A., ... Wang, H. (2014). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia*. 2015, 30:2-26.
- Villiers, M., Hanson, B., Moodley, L., & Pillay, M. (2019). The impact of modification techniques on the rheological properties of dysphagia foods and liquids. *Journal of Texture Studies*.2020, 51:154-168.



Martin Brierley
Lovisenberg Diakonale
Sykehus

Takk til:
Anna Margreta Martin
(OUS), Irmeli Oraviita
(Diakonhjemmet
Sykehus) og Maribeth
C. Rivelsrud (Sunnaas
Sykehus) for kommentarer og erfaringer.

DYSFAGI HOS PASIENTER MED COVID-19 OG ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (ARDS) – HVA VET VI, OG HVA TROR VI?

Innledning

Svært alvorlige tilfeller av nedre luftveisinfeksjon kan føre til utvikling av en variant av Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). ARDS er en immunreaksjon som innebærer alvorlig respirasjonssvikt med behov for lengre tids respiratorbehandling (The ARDS Definition Task Force, 2012). Lengre tids respiratorbehandling medfører ofte utvikling av dysfagi (Scheffold et al., 2017; Zuercher et al., 2019), et fenomen kjent som intensivhetskysdysfagi (IED) eller postekstubasjonsdysfagi (PED). Dette er en faktor som kan medføre alvorlige komplikasjoner som gir økt behandlingstid og senket overlevelsesprognose dersom det ikke hensyntas systematisk fra intensivfasen og ut rehabiliteringsforløpet (Zuercher et al., 2019). Spredningen av SARS-CoV-2-viruset har tilført en ny gruppe pasienter med potensiale for å utvikle ARDS. Det er også stilt spørsmål ved om covid-19 i seg selv kan medføre en grad av spise-/ svelgebesvær. Av åpenbare årsaker er kunnskap på dette feltet mangelfull, men i rivende utvikling. Således er denne artikkelen til dels basert på små og prelimære studier, fagartikler og foredrag.

Intensivhetskysdysfagi

Generelt sett øker sjansen for å utvikle dysfagi med lengden på respiratorbehandlingen (Scheffold et al., 2017), og ulike studier har indikert en insidens på 3-62 % (Skoretz, Flowers og Martino, 2010). Det er uklart om risikoen for å utvikle dysfagi øker med lengden på intubasjonen, eller om det er tidsmessige terskler der risikoen øker markant. Gjennomsnittsliggetiden på respirator generelt er 7-8 dager (Frajkova et al., 2020), og gjennomsnittstiden for intubasjon ved de alvorligste tilfellene av covid-19 ser ut til å være rundt to uker (Simonds, 2020). Enkelte studier har rapportert en markant økning i insidens av dysfagi allerede etter 48 timers

intubasjon (Frajkova et al., 2020). Dermed vil respiratortrengende covid-19-pasienter befinne seg i den øvre enden av spekteret når det gjelder prevalens av dysfagi ved dekantylering.

Rapporterte risikofaktorer er mekaniske skader på muskler og vev i munn, svelg, strupehode og luftrør som følge av intubasjonsprosedyren, motorisk/sensorisk svikt som følge av nevromyopati (Schröder, Glahn og Dziewas, 2015), «learned non-use» (Ponfick, Linden og Nowak, 2015), kognitiv affeksjon (Tedla, 2020), sensitivtetsnedsettelse som følge av gastroesofagal refluks, og desynkronisering mellom pust og svelging som følge av at luften ledes utenom de øvre lufveiene (Zuercher et al. 2019).

Nevromyopati etter langvaring intensivbehandling refereres ofte til som Critical Illness Neuro-myopathy (CIN), Critical Illness Syndrome (CIS) eller ICU Acquired Weakness. Denne tilstanden innebærer at pasienten utvikler en alvorlig, generell nevromuskulær motorsensorisk svekkelse, og er særlig assosiert med alvorlig infeksjon/sepsis (Goodman et al., 2008). Patomekanismen er ikke klarlagt. Foreslåtte faktorer er «disuse atrophy», altså muskelatrofi som følge av manglende muskelbruk over lengre tid (Puthucherry et al., 2014) og svekkelse av nervesystemet som følge av lengre tids bruk av sterke sedativa (Zuercher et al., 2019). Fordi det er snakk om en generell svekkelse, ses ofte også dysfoni og dysartri hos disse pasientene i tillegg til dysfagi. En annen generell faktor som ofte affiserer disse pasientene er svekket kognitiv funksjon, forvirring og delir (Banerjee, Girard og Pandharpande, 2011). Kognitiv svikt kan i seg selv være en risikofaktor for aspirasjon (Tedla, 2020).

Hva karakteriserer svelgefunksjonen til disse pasientene? Brodsky og kollegaer (2018a) stu-

derte pasienter med ARDS og fant forsinket laryngalt lukke (som resulterte i at bolusen kom lenger enn normalt før svelging igangsattes) hos ARDS-pasienter. Dette er en vanlig klinisk observasjon hos pasienter med IED, og har ofte vært tilskrevet svekket faryngal sensitivitet. Ponfick og kollegaer (2015) studerte pasienter med IED og fant at 77 % hadde svekket sensitivitet, forkortet hyoid bevegelse, forsinket hyoid reposisjonering og forsinket larygal reåpning etter svelging. Andre, mindre formelle observasjoner som har vært gjort i denne pasientgruppen er svekket koordinasjon mellom laryngalt lukke, apneperiode og åpning av øvre øsofagale sfinkter – og dessuten kortere apneperiode slik at det er potensiale for at larynks kan åpnes innen bolus har passert (Zuercher et al., 2019).

Dysfagi etter covid-19

Er det tilleggsfaktorer som gir denne pasientgruppen høyere risiko for å utvikle dysfagi enn andre, sammenliknbare pasientgrupper? Det har i løpet av 2020 blitt publisert flere artikler som antyder dette, men mange av disse bærer preg av anekdotisk evidens og dessuten av konteksten de er skrevet i. Mange steder vil ARDS-pasienter ha vært en liten gruppe frem til våren 2020. Således vil mange fagpersoner ha hatt lite erfaring med pasientgruppen før covid-19-pasientene kom – og dermed også lite erfaringsgrunnlag for å sammenlikne covid-19-pasientene med pasienter med ARDS forårsaket av andre infeksjonssykdommer. I land som Italia, USA og Storbritannia ble helsevesenet tidlig overvældet av pandemiens første bølge. Ekstraordinære smittevernstiltak, mangel på personale og smittevernutstyr, restriksjoner i ulike faggruppers tilgang til pasientene, mangel på medisinsk utstyr, foretrukne medikamenter og sedativa er noen av de kontekstuelle faktorene som bidro til å gjøre pasientgruppen lite sammenliknbar med andre pasientgrupper. Eksempelvis melder Math, Wallace og Goswamy (2020) om høyere forekomst av laryngalt ødem og langsommere respiratoravvenningstid for covid-19-pasienter enn for andre intensivpasienter, men mistenker at dette har sammenheng med dårligere gjennomførte intubasjonsprosedyrer som følge av alt smittevernutstyret øre-nese-halslegene måtte bære mens de gjennomførte inngrepene. Når retningslinjer begrenser antall fagpersoner som kan involveres i behandlingen av en pasient utelukkes ofte logopeder, eller dysfagirelaterte prosedyrer må gjennomføres via en tredjepart (som en sykepleier) eller telemedisin. Selv der logopeder slipper til kan det være sterke begrensninger i hvilke prosedyrer som tillates av smittevernshensyn (se f.eks. Speech Pathology Australia, 2020). Dette medfører nødvendigvis forsinkelser

og/eller mangler i vurdering og oppfølging av disse pasientenes svelgefunksjon sammenliknet med andre IED-pasienter, som kan bidra til å forlenge forløp og forverre symptomer når de først oppdages.

Noen aspekter later likevel til å skille seg ut. Covid-19 er en sykdom som går særlig hardt utover lungefunksjonen, og som kan se ut til å øke risikoen for å utvikle lungefibrose. Dette kan medføre at disse pasientene kan ha enda svakere hostekraft enn andre pasienter med ARDS (Frajkova et al. 2020). Et annet aspekt som karakteriserer pasienter med covid-19 uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad er svekket smaks- og/eller luktesans. Preliminære resultater fra en spørreundersøkelse blant pasienter med gjennomgått covid-19 i Portugal tilsier at 42,5 % av alle med symptomer på covid-19 rapporterer svekket smakssans, og 40 % svekket luktesans. Videre rapporterte 20 % munntørrehet, 10 % svelgebesvær og 7,5 % svelgesmerter (Machado, Lamy og Silva, 2020). Mens den praktiske konsekvensen av dette for de med mindre alvorlige tilfeller er usikkert, er det åpenbart potensiale for at dette vil kunne påvirke de som utvikler ARDS ved f.eks. å vanskeliggjøre eller forsinke overgangen fra sonde til peroral ernæring, og således forlenge forløpet.

Et tema som stadig vies større oppmerksomhet i media og blant fagpersoner er såkalt «lang-covid», nemlig det fenomenet at en andel pasienter later til å oppleve ulike symptomer også etter at infeksjonen ikke lenger er til stede. I den forbindelse er det interessant å notere seg at i overnevnte undersøkelse rapporterte kun rundt halvparten full bedring med hensyn til smaks- og luktesans etter at de var friskmeldt.

Screening og klinisk undersøkelse

I hvilken grad det finnes rutiner for identifikasjon og oppfølging av IED i en gitt intensivenhet er høyst varierende internasjonalt (Brodsky et al., 2014), og det er liten grunn til å anta at det stiller seg annerledes i Norge. Per i dag eksisterer det kun én dysfagiscreeningstest myntet på pasienter i intensivfasen: GUSS-ICU (Christensen og Trapl, 2018). Den er basert på GUSS (Trapl et al., 2007), en test som er validert på slagpasienter, men GUSS-ICU er ikke revalidert for intensivpasienter, og foreligger dessuten ikke på norsk. I det hele tatt er utvalget med kliniske dysfagitestet på norsk som kjent begrenset. Det finnes én aspirasjonscreeningstest, Svelgetesten (Rugås et al., 2009), som ikke er validert og som igjen primært er myntet på slagpasienter. Det finnes én svelgefunksjonstest, MASA (Mann, 2017),

som er validert – men kun på slagpasienter. Den mest kjente prosedyren for aspirasjonsscreening av pasienter med trakeostomi er The Modified Evans Blue Dye Test (MEBDT), der pasientens tunge farges blå med konditorfarge før det etter en viss ventetid brukes sug i kanylen mens en ser etter blåfarge i ekspektoratet. Denne metoden har vært studert i flere omganger og har vist relativt høy spesifisitet, men variabel sensitivitet (Bechet et al., 2016). Sensitiviteten varierer etter pasientgruppe (Winklmaier et al., 2007), aspirasjonens alvorlighetsgrad (Donzelli et al., 2009), og detaljene i gjennomføringen (Belafsky et al., 2010; Fiorelli et al., 2017). Kort oppsummert er metoden mer pålitelig dersom den ikke viser tegn til aspirasjon enn om den gjør det, alvorligere aspirasjonstendens gir mer pålitelig identifikasjon av aspirasjon, en mer rigid protokoll gir et mer pålitelig resultat. Fiorelli og kollegaer (2017) har derfor foreslått en ny protokoll for denne metoden.

En annen potensielt relevant prosedyre er hosterefleks-testing. Dette er ikke en prosedyre myntet på å avsløre aspirasjon eller spise-/svelgevansker, men på å teste om pasienten har hosterefleks eller ikke. Fordi kliniske aspirasjonsscreeningers pålitelighet står og faller på om pasienten utviser kliniske symptomer – slik som hosting – ved inntak av drikke, kan hostereflekstesting øke sensitiviteten på svelgescreeningen ved å sile ut pasienter som ellers ville gitt falske negative resultater og kanskje aspirert stille (Miles et al., 2013). I og med at sviktende sensorikk er en av de hovedmistenkte faktorene i IED kan hostereflekstesting bidra til å bedre den kliniske screeningen av disse vesentlig. En svakhet er imidlertid at en andel av pasientene uten hosterefleks likevel vil ha intakt svelgefunksjon. Disse vil en ikke kunne identifisere (Kallesen, Psirides og Huckabee, 2016).

På grunn av begrensningene i utvalget av tilgjengelige kliniske tester og søkelsesmetoder samt begrensninger i metodene selv er klinisk skjønn avgjørende i valg av metoder og tolkning av resultater. Dette fordrer personale med særlig fokus på og erfaring med dysfagi-problematikk i intensivfasen.

Instrumentelle undersøkelser

Fleksibel endoskopisk evaluering av svelgefunksjon (FEES) er en god metode for å vurdere svelgefunksjonen til pasienter med IED (Warnecke et al. 2013). Videofluoroskopisk svelgefunktionsvurdering (VFS) er jevn godt med FEES for å evaluere aspirasjonsfare og svelgeeffektivitet hos stabile pasienter i akutt- og rehabiliteringsfasen, men når det gjelder å veilede terapeutiske tiltak kan de to under-

søkelsesmetodene gi ulik informasjon og må ses på som kompletterende heller enn overlappende (Brady og Donzelli, 2013). I intensivfasen er det derimot flere faktorer som er til hinder for bruk av VFS. Pasientene er immobile, ofte for medisinsk ustabile og avhengige av tilknyttet medisinsk utstyr for å flyttes, og kognitiv funksjon og evne til å ta og utføre instruksjoner varierer betydelig. Siden FEES kan utføres «på sengekanten» og kun fordrer at pasienten kan settes opp, innta noen mat- og drikkeprøver, og ikke setter seg aktivt til motverge, er i de fleste tilfeller dette den eneste aktuelle instrumentelle svelgefunktionsundersøkelsen i intensivfasen.

Smittevern

Prosedyrer som kan utløse hosting eller på annet vis medføre at pasienten aktivt sprer patogener i luften rundt seg, kalles aerosolgenererende prosedyrer, og de fleste retningslinjer internasjonalt sier at disse bør begrenses så mye som mulig. Dette involverer de fleste prosedyrer som har som formål å kartlegge en pasients svelgefunksjon – inkludert klinisk svelgetesting og FEES (Bolton et al., 2020; Speech Pathology Australia 2020; NLVF 2020). Problemet vil sannsynligvis begrenses noe av at mange pasienter med covid-19-utløst ARDS vil være smittefrie innen dekantering og peroral ernæring og medisinerings begynner å bli aktuelt, gitt en gjennomsnittlig intuberingstid på to uker. I akuttfasen, og i særlig i rehabiliteringsfasen vil smitte ikke være en aktuell problemstilling og logopeder vil kunne bruke alle verktøyene i skrinet sitt.

Rehabilitering

Rehabiliteringstiltak er viktig i alle deler av forløpet etter at pasienten er tilstrekkelig våken til å samarbeide om dem. Brodsky og kollegaer (2018b) fant at ca. 1/3 av deres ARDS/IED-pasienter fortsatt hadde dysfagisymptomer ved utskrivelse, og 23 % av disse igjen hadde fortsatt symptomer etter seks måneder. Ponfick og kollegaer (2015) studerte 22 CIN-pasienter, hvorav syv var innlagt med sepsis etter pneumoni, fem med sepsis etter ulike typer kirurgi, to hadde sepsis av andre årsaker og åtte hadde CIN av ulike andre årsaker enn sepsis. 11 av pasientene hadde kronisk lungesykdom før det aktuelle. Alle ble vurdert med FEES tre dager etter ankomst intensivavdeling, og 20 ble funnet å ha dysfagi. FEES ble gjentatt to og fire uker senere, men kun for de pasientene som ble klinisk vurdert å fortsatt ha dysfagi. Pasientene med dysfagi fikk i snitt fem timer terapi daglig (fysioterapi, ergoterapi og logopedi) seks dager i uken, individuelt justert etter dagsform. Logopedien involverte terapeutisk svelging og taletrening (med taleventil) tre

ganger daglig, oralmotorisk stimulering, samt manøvre som kraftig svelging (effortful swallow), holde pusten (breath-holding maneuver), chin tuck, Masakos manøvre og annet etter hva som ble vurdert aktuelt av den enkelte terapeut. Dersom dette ikke ble vurdert å føre til fremgang på to uker, ble pasienten utskrevet uavhengig av svelgefunktionsnivå. Syv av pasientene oppnådde klinisk adekvat svelgefunksjon innen to uker, og etter ny FEES ble ytterligere fem erklært restituert. I løpet av to nye uker ble fire til friskmeldt svelgefunktionsmessig. Dermed var det fire igjen til siste FEES. Av disse ble kun én vurdert å fortsatt ha dysfagi, og fikk PEG for støttenæring. 95 % ble altså erklært restituert innen en måned, og forfatterne mistenkte «learned non-use» som hovedårsak.

Det ble ikke funnet forskningsbaserte artikler om rehabilitering etter covid-19 under arbeidet med denne artikkelen. Forfatternes erfaringer så langt tilsier at også covid-19-pasientene opplever relativt rask svelgefunktionsmessig bedring etter respiratoravvenning, forutsatt kognitiv og fysisk kapasitet til å klare å spise litt per os og nyttiggjøre seg andre rehabiliteringstiltak (se også case-eksempelene på slutten av artikkelen). Ettersom «learned non-use» og muskeldystrofi er sannsynlige faktorer, vil det å komme i gang med noen grad av spising/svelging så tidlig som mulig, om så kun rent terapeutisk, være viktig. Motorisk og sensorisk svekkelse tilsier nøye tilpasning av kost- og drikkekonsistens som ledd i balansering av nytte og risiko. Kompensatoriske manøvre som supraglottisk svelging, kraftig svelging, Mendelsohns manøvre og chin tuck kan være aktuelt for de pasientene som klarer å samarbeide om dette (Zuercher et al. 2019). Det er kommet noen studier som kan tyde på at elektrisk faryngal stimulering (Electrical Pharyngeal Stimulation) virker lovende som metode for pasienter i intensivfasen ettersom de ofte har vansker med å samarbeide om andre rehabiliteringstiltak (f.eks. Suntrup et al. 2015, Dziewas et al. 2018), men dette er foreløpig kun dokumentert på pasienter med paretisk muskulatur etter hjerneslag – og ikke CIN. Bernhard, Loeslie og Rabatin (2015) prøvde ut The Frazier Free Water Protocol på intensivpasienter og konkluderte med at denne kunne brukes såfremt pasienten var i stand til å spise/drikke noe som helst og til å samarbeide om å følge protokollen.

Avsluttende bemerkninger

Covid-19-pandemien har medført et større fokus på oppfølging av alvorlig syke pasienter under hele sykdomsforløpet, og selv om smittevernshensyn og praktiske omstendigheter forårsaket av pandemien og de samfunns-

messige tiltakene mot den kan gjøre oppfølgingen sub-optimal på en del områder i begynnelsen av forløpet, er det håp om at erfaringene en gjør seg kan komme intensivpasienter generelt og ARDS-pasienter spesielt til gode i fremtiden – særlig når det gjelder dysfagihåndtering i forbindelse med respiratorbehandling og logopedens rolle i det tverrfaglige teamet.

Caser fra akutfasen

Case 1: Mann, 52, delvis yrkesaktiv. Fra tidligere: overvekt, hyperkolesterolemi, diabetes mellitus type II. Respiratorbehandlet i fire uker, første svelgefunktionsvurdering i forbindelse med dekanylering. Noe utilfredsstillende dental status. Svært uklart kognitivt ved dekanylering, ukritisk, sløv og generelt motorisk svak. Svært dårlig oralmotorisk kontroll, uhensiktsmessige orale responsbevegelser, vansker med oral transport. Lettgradelig dysartri og dysfoni. Faryngal funksjon adekvat men likevel aspirasjons-/kvelningsfare grunnet mangelfull oppmerksomhet og oral regulering. Innsatt på IDDSI Nivå 2-4 og flyttet til sengepost. Gradvis mer våken, noe bedring kognitivt i løpet av første dagene på sengepost. Samarbeidende. Intakt matlyst og sultfølelse, økende inntak. Rask bedring i oralmotorisk kontroll, men kort fysisk utholdenhet. To dager etter flytting til sengepost vurdert klar for normal drikke, men med risiko for måltidsfatigue ved kost som må tygges. Etter tre dager til konsistent våken, bedre utholdenhet, konsistensrestriksjoner hevet, bedre stemme og uttale. Sonde seponert etter ytterligere tre dager, og logopedoppfølging avsluttet. Etter totalt fem ukers forløp søkt rehabiliteringsplass, og etter seks uker skrevet ut til rehabiliteringssenter.

Case 2: Mann, 56, yrkesaktiv. Fra tidligere: søvnapné, hadde fått CPAP-apparat men ikke vendt seg til å bruke det. Respiratorbehandlet i to uker, første svelgefunktionsvurdering etter dekanylering og overflytning til sengepost. Adekvat dental status. Sløv, noe kognitivt uklart, men vurdert adekvat uttale- og svelgemessig. Lettgradelig dysfoni. Klarnet opp kognitivt i stor grad i løpet av to-tre dager etter dekanylering. Lett dysfoni som kom seg i samme tidsrom. På sengepost adekvat i redegjørelsene, samarbeidende, klarert for normal drikke og normal kost, men oppfordret til selv å kjenne etter med hensyn til måltidsfatigue. Anga imidlertid endret smakssans og svært dårlig matlyst. Spiste derfor svært små måltider og ble gitt tilskudd via nasogastrisk sonde i en uke, deretter kompensert med næringsprodukter. Søkt om rehabiliteringsplass etter seponering av nasogastrisk sonde, skrevet ut til rehabiliteringssenter etter totalt én måneds forløp.

Referanser

- ARDS Definition Task Force. (2012). Acute Respiratory Distress Syndrome. *JAMA* 307:23, 2526-2533.
- Banerjee A, Girard TD, Pandharipande P. (2011). The complex interplay between delirium, sedation and early mobility during critical illness: Applications in the trauma unit. *Current Opinion in Anesthesiology* 24:2, 195-201.
- Bechet S, Hill F, Gilheaney O, Walshe M. (2016). Diagnostic accuracy of the Modified Evans Blue Dye Test in detecting aspiration in patients with tracheostomy: A systematic review of the evidence. *Dysphagia* 31, 721-729.
- Belafsky PC, Blumenfeld L, Lepage A, Nahrstedt K. (2010). The accuracy of the Modified Evans Blue Dye Test. *The Laryngoscope* 113:11.
- Bernhard S, Loeslie V, Rabatin J. (2015). Use of a modified Frazier water protocol in critical illness survivors with pulmonary compromise and dysphagia: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*. 70:7001350040.
- Bolton L, Mills C, Wallace S, Brady MC. (2020). Aerosol generating procedures, dysphagia assessment and covid-19. Royal College of Speech & Language Therapists.
- Brady S, Donzelli J. (2013). The modified barium swallow and the functional endoscopic evaluation of swallowing. *Otolaryngologic Clinics of North America* 46, 1009-1022.
- Brodsky MB, Gonzalez-Fernandez M, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, Palmer JB, Needham DM. (2014). Factors associated with swallowing assessment after oral endotracheal intubation and mechanical ventilation for acute lung injury. *Annals of the American Thoracic Society*. 11:10, 1545-52.
- Brodsky MB, Huang M, Shanholtz C, Mendez-Tellez PA, Palmer JB, Colantuoni E, et al. (2018a). Recovery from Dysphagia Symptoms after Oral Endotracheal Intubation in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors. A 5-Year Longitudinal Study. *Annals of the American Thoracic Society*. 14:3, 376-83.
- Brodsky MB, Ishani D, Chilukuri K, Huang M, Palmer JB, Needham DM. (2018b). Coordination of pharyngeal and laryngeal swallowing events during single liquid swallows after oral endotracheal intubation for patients with acute respiratory distress syndrome. *Dysphagia* 33:6, 768-777.
- Christensen M, Trapl M. (2018). Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia. *BACN Critical Care Nursing* 23:2, 103-107.
- Donzelli J, Brady S, Wesling M, Craney M. (2009). Simultaneous Modified Evans Blue Dye Procedure and Video Nasal Endoscopic Evaluation of the Swallow. *The Laryngoscope* 111:10.
- Dziewas R, Stellato R, Tweel I van der. (2018). Pharyngeal electrical stimulation for early decannulation in tracheotomized patients with neurogenic dysphagia after stroke (PHAST-TRAC): A prospective, single-blinded, randomised trial. *The Lancet Neurology*. 17:10, 849-859.
- Fiorelli A, Ferraro F, Nagar F et al. (2017). A new modified Evans Blue Dye Test as screening test for aspiration in tracheostomized patients. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 31, 441-445.
- Frajkova Z, Tedla M, Tedlova E, Suchankova M, Geneid A. (2020). Postintubation dysphagia during covid-19 outbreak – contemporary review. *Dysphagia*.
- Goodman BP, Boon AJ. (2008). Critical Illness Neuromyopathy. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 19:1, 97-110.
- Kallesen M, Psirides A, Huckabee M-L. (2016). Comparison of cough reflex testing with videoendoscopy in recently extubated intensive care unit patients. *Journal of Critical Care* 33, 90-94.
- Mann G. (2017). *Mann Assessment of Swallowing Ability*. Norsk utgave ved Rivelrud MC. Sunnaas Sykehus.
- McGrath BA, Wallace S, Goswamy J. (2020). Laryngeal oedema associated with Covid-19 complicating airway management. *Anaesthesia*, 75(7):972.
- NLVF. (2020). Fact sheet covid-19 (version 1.3, april 4, 2020).
- Ponfick M, Linden R, Nowak DA. (2015). Dysphagia – a common, transient symptom in critical illness polyneuropathy – A fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing study. *Critical Care Medicine* 43:2, 365-372.
- Puthuchearu ZA, Rawal J, McPhail M et al. (2013). Acute skeletal muscle wasting in critical illness. *JAMA* 16:310(15), 1591-1600.
- Rugås L (red.) (2009). *Svelgetesting ved akutt hjerneslag – konsensusrapport*. Høgskolen i Buskerud.
- Schefold JC, Berger D, Zürcher P, Lensch M, Perren A, Jakob SM, Parviainen I, Takala J. (2017). Dysphagia in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYnAMICS): A Prospective Observational Trial. *Critical Care Medicine* 45:12, 2061-2069.
- Schröder J, Glahn J, Dziewas R. (2015). ICU-Related dysphagia. *ICU* 15:3.
- Simonds A. (2020). A global respiratory perspective on the covid-19 pandemic. Foredrag, ESSD 2020. *European Society of Swallowing Disorders*.
- Skoretz SA, Flowers HL, Martino R. (2010). The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: A systematic review. *Chest* 137:3, 665-673.
- Speech Pathology Australia. (2020). Guidance for service delivery, clinical procedures and infection control during covid-19 pandemic.
- Suntrup S, Marian T, Schröder JB et al. (2015). Electrical pharyngeal stimulation for dysphagia treatment in tracheotomized stroke patients: A randomized controlled trial. *Intensive Care Medicine*. 41:9, 1629-1637.
- Tedla M. (2020). Postintubation dysphagia during covid-19. Foredrag, ESSD 2020. *European Society of Swallowing Disorders*.
- Trapl M, Enderle P, Novotny M, Teuschl Y, Matz K. (2007). The Gugging Swallow Screen. *Stroke* 38, 2984.
- Warnecke T, Suntrup S, Teismann IK, Hamacher C, Oelenberg S, Dziewas R. (2013). Standardized endoscopic swallowing evaluation for tracheostomy decannulation in critically ill neurologic patients. *Critical Care Medicine* 41:7, 1728-1732.
- Winklmaier U, Wüst K, Plinkert PK, Wallner F. (2007). The accuracy of the Modified Evans Blue Dye Test in detecting aspiration in head and neck cancer patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 264, 1059-1064.
- Zuercher P, Moret CS, Dziewas R, Schefold JC. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: Epidemiology, mechanisms and clinical management. *Critical Care* 23, article no. 103.

DIAS – DIAGNOSTISK VERKTØY FOR TALEPRAKSI

DIAS er et testverktøy for diagnostisering av ervervet talepraksi hos voksne. Ved hjelp av DIAS kan man fastslå talepraksi, og avgrense denne vansken mot afasi og dysartri. Foreløpig har det ikke eksistert noen test for talepraksi på norsk. Innenfor logopedien har det vært behov for en standardisert test for å kunne gjenkjenne talepraksi. DIAS er nå oversatt til norsk. I denne artikkelen belyser vi teorien som ligger til grunn for DIAS og beskriver oppbygging av testen og hvordan den skal gjennomføres og skåres. Til slutt presenterer vi et par kasusbeskrivelser.

Talepraksi er en kommunikasjonsvanske som kan oppstå etter skade i språkdominant hjernehalvdel, som oftest etter hjerneslag. Artikulatorisk strev og språkløysfeil, langsom tale og mangel på flyt er vanlige kjennetegn ved talen, og vanskene kan variere fra lette til svært alvorlige. Talepraksi forekommer sjelden alene, men oftest sammen med afasi og/eller dysartri. Det er også en betydelig overlap i symptom bildet mellom disse tre vanskene. Flere former for mer generelle vansker som oppfattes som karakteristiske for talepraksi, er også vanlige ved afasi og dysartri, som for eksempel redusert taletempo, unormal prosodi og språkløysfeil. Talepraksi er imidlertid verken en språkvanske eller en vanske knyttet til artikulatorisk utføring. Det er snarere evnen til å bruke en ellers intakt talemuskulatur til viljestyrt produksjon av språklige ytringer som er svekket. Dette antas å henge sammen med en svikt i den motoriske programmeringen av talespråk.

Overlappen mellom symptomer skaper en differensialdiagnostisk utfordring. Talepraksi kan ikke konstateres på grunnlag av symptomer som like gjerne kan skyldes afasi eller dysartri. Dette reiser spørsmålet: Finnes det kjennetegn som er unike for talepraksi og som dermed kan brukes i differensialdiagnostisk sammenheng?

For planlegging og gjennomføring av logopediske tiltak er differensialdiagnostikk viktig. Ulike

vansker krever ulike tiltak. Selv om vanskene opptrer sammen og symptomene kan overlappe, er det viktig at logopeden er bevisst på hvilken vanske det til enhver tid jobbes med, og velger tiltak ut fra dette. For eksempel vil ikke styrking av muskulaturen i taleapparatet avhjelpe et problem som er knyttet til den motoriske programmeringen av tale.

DIAS er en test som er utviklet nettopp for å hjelpe logopeder med å gjenkjenne talepraksi og skille den fra afasi og dysartri. Kartleggingsverktøyet ble opprinnelig utviklet av en gruppe nederlandske logopeder og forskere (Feiken & Jonkers, 2012). Våren 2020 ble en norsk oversettelse og tilpasning av denne testen publisert (Feiken & Jonkers, 2020). I det følgende gis en kort presentasjon av testens teoretiske grunnlag og konstruksjon.

Utgangspunktet for det nederlandske teamet var at logopeder i klinisk praksis etterlyste bedre verktøy til kartlegging av talepraksi. Uten gode kartleggingsverktøy var det vanskelig å lage gode behandlingsplaner, samt å vurdere behandlingens effekt. Teamet fant at det heller ikke på andre språk fantes gode verktøy. De identifiserte to hovedproblemer med eksisterende tester og sjekklistor. Det ene gjaldt det differensialdiagnostiske: En rekke kjennetegn som ble brukt til å fastslå talepraksi, var slike som også kunne skyldes afasi eller dysartri. Det andre problemet var at ingen verktøy ga mulighet til å fastslå talepraksiens alvorlighetsgrad.

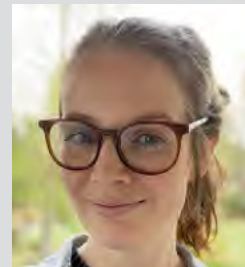
Det nederlandske teamet bestemte seg for selv å utvikle en standardisert og normert test for talepraksi, som skulle innfri fire krav. Testen skulle:

- Fastslå talepraksi på grunnlag av symptomer som er spesifikke for talepraksi
- Fastslå talepraksiens alvorlighetsgrad
- Være rask og enkel å administrere
- Være basert på nyeste forskning innen feltet

Det første steget i testkonstruksjonen var å klargjøre det teoretiske grunnlaget. Testen måtte



Stig Berdal



Hedda Døli



Øydis Hide



Anne Katherine
Hvistendahl



Line Haaland-Johansen



Melanie Kirmess



Eli Anne Kjølborg



Karin Koot



Therese Senneset

bygge på en klar forståelse og tydelig definisjon av taleapraksi. Forskerne fant at det var uklarhet knyttet til særlig tre spørsmål. Ved å gå inn på og ta stilling i disse spørsmålene, klargjorde de det teoretiske grunnlaget for DIAS, det vil si den forståelse av taleapraksi som testen bygger på.

Den første avklaringen gjelder forholdet mellom oralapraksi og taleapraksi. DIAS legger til grunn at dette er to ulike vansker, med ulike underliggende årsaker. Taleapraksi er knyttet spesifikt til programmeringen av tale, og er ikke et utslag av en mer generell vanske med motorisk programmering. DIAS undersøker likevel også om det foreligger oralapraksi, fordi graden av kontroll over artikulasjonsmuskulatur er en faktor som kan ha betydning for behandlingen av taleapraksi.

Den andre avklaringen gjelder hvorvidt taleapraksi, i likhet med afasi, er en språkvanske. I så fall er den klassiske definisjonen av taleapraksi som en motorisk programmeringsvanske ikke holdbar. Det fører for langt å gå inn i denne diskusjonen her. Utviklerne av DIAS anser imidlertid at argumentene for å anse taleapraksi som en språkvanske er tilbakevist. En viktig innvending er blant annet at taleapraksi kan forekomme som isolert fenomen, hos personer uten språklige vansker. DIAS legger til grunn at taleapraksi er knyttet til en svikt i den motoriske programmeringen av tale. Motorisk programmering kan forenklet ses som et mellomledd mellom en fonologisk «plan» og den faktiske utførelse av planen, det vil si artikulasjonen. Etter at den fonologiske kodingen har funnet sted, det vil si etter at kunnskapen om lydene i ordet, deres innbyrdes rekkefølge samt informasjon om stavelser og betoning er hentet fram fra leksikon, sendes instruksjoner til artikulasjonsmuskulaturen. Man antar at instruksene foreligger som motoriske programmer, som bygges opp og konsolideres i løpet av den normale språkutviklingen. Disse programmene, også kalt "generaliserte motoriske programmer", er grunnlaget for flytende uttale av språklyder, stavelser, ord og korte fraser. Det er her DIAS antar at den primære svikt ligger: De motoriske

programmene er skadet, eller tilgangen til dem er svekket. Produksjonen av tale hemmes derfor til tross for intakt kunnskap om ordenes betydning og lydmessige form, og til tross for at artikulasjonsmuskulaturen ikke er skadet.

Den tredje avklaringen gjelder forholdet mellom programmering og planlegging. Med motorisk planlegging menes hvordan man tilpasser talen til en ytre kontekst, for eksempel et møte eller en lesesal, men også til en artikulatorisk kontekst. Det dreier seg særlig om tilpasninger som har med timing og tempo å gjøre: Forlengelse av lyder, pauser før man starter, og pauser i ord. Et eksempel kan være å sette inn en schwa-vokal mellom konsonanter i et kluster, for eksempel slik at /skrike/ blir /sk-e-rike/. Planlegging omtales som en metalingvistisk prosess. Også personer uten taleapraksi planlegger i denne forstand. Hos personer med taleapraksi ses imidlertid en økt forekomst og egenartet bruk av slike tilpasninger. Dette antas å gjenspeile behovet for mer tid til å gjennomføre den motoriske programmeringen: For personer med taleapraksi tar denne lengre tid, og vanskene øker når ordene blir artikulatorisk mer komplekse. Planlegging er derfor en prosess som kan påvirke hvordan talepraksien arter seg. Men selve svikten ligger altså ikke på planleggingsnivået. De artikulasjonsavvikene som er knyttet til planlegging, kalles i DIAS for *indirekte symptomer*.

Taleapraksi anses dermed som en vanske med den motoriske programmeringen av tale. I dette ligger en avgrensning av taleapraksi mot afasi, som er en nevrologisk betinget språkvanske, og dysartri, som er en artikulatorisk utførelsesvanske forårsaket av nevromuskulær skade.

Med dette utgangspunktet gikk testutviklerne gjennom litteraturen og skaffet seg en oversikt over hvilke typer taleavvik som ble sett som mulige symptomer på taleapraksi. De identifiserte hele 33 slike symptomer (Jonkers et al, 2017). Neste skritt var å utelukke symptomer som også kunne skyldes afasi eller dysartri. Dette resulterte i et sett med 8 symptomer som testutviklerne anså som unike for taleapraksi, også kalt *spesifikke symptomer*. De er grunnlaget

for den differensialdiagnostiske kartleggingen som gjennomføres med DIAS: Hvis nettopp disse symptomene er til stede i et visst omfang, kan det konkluderes med at personen har taleapraksi.

Dette er de 8 symptomene som er unike for taleapraksi:

Symptom 1	Inkonsekvent språklydsproduksjon
Symptom 2	Svakere produksjon av konsonanter enn vokaler
Symptom 3	Svakere prestasjon på vekslende serier enn på repeterende ved diadokokinese
Symptom 4	Søkende munnbevegelser
Symptom 5	Startvansker
Symptom 6	Stavelsessegmentering
Symptom 7	Konsonantklustersegmentering
Symptom 8	Artikulasjonskompleksitetseffekt

De spesifikke symptomene beskrives nærmere under Kartleggingsverktøyet sitt innhold.

DIAS på norsk – praktisk tilnærming

I regi av Afasiforum er DIAS oversatt og tilrettelagt for norsk. De involverte institusjonene er Statped, Sunnaas sykehus HF, Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og Oslo universitetssykehus HF. Prosjektet er støttet av Stiftelsen DAM og har vært gjennomført via Afasiforbundet i Norge.

DIAS undersøker på standardisert vis om spesifikke symptomer på taleapraksi er til stede, og alvorlighetsgraden av de ulike symptomene. Testen fastslår nivået på pasientens evne til viljestyrt artikulasjon. DIAS bruker dette nivået som et mål på taleapraksiens alvorlighetsgrad. Gjennom gjentatte målinger kan man kontrollere om det har funnet sted endringer i alvorlighetsgrad. Man kan også evaluere effekten av tiltak, ved å undersøke om de spesifikke symptomene fortsatt er til stede ved gjentatt testing.

Tilpasning til norsk språk

Vi har valgt ut norske ord som har riktige lingvistiske egenskaper slik at testen måler det samme som den nederlandske testen. Videre har vi validert DIAS for norsk. Dette har vi gjort ved å innhente data for 50 friske personer uten talevansker, 32 personer med antatt taleapraksi, 10 personer med antatt dysartri og 9 personer med antatt afasi med fonologiske vansker. Testen ble gjennomført av testledere

fra DIAS-gruppen. Video-opptakene ble skåret og resultatene ble analysert statistisk. Dette resulterte i et validert DIAS-materiale for norsk. Det norske datamaterialet er beskrevet i håndboken.

Kartleggingsverktøyet sitt innhold

Det diagnostiske kartleggingsverktøyet DIAS består av *håndbok*, *testmappe* og *skåringsark*. *Håndboken* består av to deler. Den første delen er en praktisk del. Denne inneholder nødvendig informasjon om målsetning og målgruppe, informasjon og regler for hvordan man gjennomfører testen, samt regler for skåring av testen og hvordan man skal tolke resultatene. Avslutningsvis er det gitt to kase-eksempler. I det første eksempelet er det lagt særlig vekt på hvordan symptom- og alvorlighetsgradene beregnes og tolkes. I det andre eksempelet demonstreres hvordan testen kan brukes til å sammenligne resultatene fra to ulike test-tidspunkt.

Den andre delen av håndboken er en teoretisk del. Her beskrives bakgrunnen for utvikling av testen, relevant litteratur som ligger til grunn for det teoretiske ståstedet, en trinnvis forklaring på hvordan man har kommet frem til de ulike symptomene på taleapraksi, bakgrunn for oppbygging av deltester og testledd, og hvordan de ulike oppgavene er valgt ut.

Testmappen består av fire deltester:

I den *første* deltesten ser man på kontroll over artikulasjonsmuskulatur. Hensikten med denne deltesten er å avdekke om det foreligger oralapraksi. Deltesten består av ti testledd som krever viljestyrt kontroll over artikulasjonsmuskulatur (lepper, tunge, kjeve). Oppgavene er formulert slik at de ikke skal fremkalle emosjoner og assosiasjoner hos pasienten, fordi man da kan utløse en spontan respons, og ikke en viljestyrt respons. For eksempel er instruksjonen 'blåse' og ikke 'tenk deg at du blåser ut et lys'.

I den *andre* deltesten bes pasienten om å gjenta en rekke språklyder, både konsonanter og vokaler. I denne deltesten er hensikten å avdekke om det foreligger symptomskåre 1: inkonsekvent språklydsproduksjon og symptomskåre 2: svakere produksjon av konsonanter enn vokaler. Rekkefølgen på konsonantene er basert på de ulike fonemenes uttalekjennetegn, og artikulasjonssted er forsøkt variert for å forhindre perseverasjon.

I den tredje deltesten undersøkes *diadokokinese*, det vil si utførelsen av hurtige alternerende bevegelser. Her blir pasienten bedt om å gjenta repeterende og vekslende serier, for eksempel /pa pa pa/ og /pa ta ka/. Vanskegraden øker fra enkle konsonant-vokal (KV)-strukturer (repeterende: pa pa pa - vekslende: pa ta ka) til komplekse KKVKK-strukturer (repeterende: stank stank stank - vekslende: stank blank frank). Pasienten bes også om å gjenta de repeterende og vekslende seriene så hurtig de klarer innen åtte sekunder. For pasienter med alvorlig talepraksi er det ofte umulig å gjennomføre den vekslende varianten av diadokokinese-oppgaven. Derfor har man i DIAS valgt å registrere i hvilken grad pasienten er i stand til å gjenta serien én gang. Man kan da få en indikasjon på i hvilken grad pasienten med talepraksi har større vansker med å gjenta en vekslende serie enn en repeterende serie. Symptomskåre 3 er dermed 'svakere prestasjon på vekslende serier'. I denne tredje deltesten registreres også forekomst av symptomskåre 4: 'søkende munnbevegelser'.

Den fjerde og siste deltesten kartlegger artikulasjon av ord. Denne deltesten kartlegger symptomene 5; startvansker (kne -> /k..kn..kne/), 6; stavelsessegmentering (utviklet -> /utvikelet/), 7; konsonantklustersegmentering (bro -> /bero/) og 8; artikulasjonskompleksitet. Deltesten består av ti bolker, hvor artikulasjonskompleksiteten øker gradvis fra enstavelsesord uten konsonantklustre (sekk), til ord med ett kluster med to konsonanter innad i en stavelse (kne) og ord med ett kluster med tre konsonanter innad i en stavelse (sprø). Hensikten med denne deltesten er altså å kartlegge effekten av artikulasjonskompleksitet. En slik effekt gjør seg gjeldende dersom antall feil stiger i takt med at ordene artikulatorisk sett blir vanskeligere. Siden feilene personer med talepraksi gjør kan påvirkes av konsonantklustrenes plassering, er klustrene både initiale og finale. Slik forsøker vi å forhindre at en eventuell startvanske påvirker resultatene. Ordfrekvens og ordlengde er forsøkt holdt så lik som mulig innenfor hver bolke.

Gjennomføring av DIAS

For å gjennomføre DIAS trenger man kamera og stoppeklokke, i tillegg til selve testappen. Det tar vanligvis opptil 45 minutter å gjennomføre testen. Gjennomføringen filmes og pasientens ytringer skåres ut fra video-opptaket i etterkant. Selve skåringen tar også en halvtimes tid. Regler for skåring finner man i skåringsarket, og utregningen av resultater beskrives i håndboken.

For hver av de fire deltestene beregnes både symptomskå-

rer og alvorlighetsgradskårer, og disse skårene overføres til testresultatene. Ved hjelp av de norske normtabellene i håndboken kommer man frem til om pasienten har oralpraksi og talepraksi. Basert på den norske normeringen har vi kommet frem til at pasienten må ha minimum fire av åtte definerte symptomer for at vi kan fastslå talepraksi (på nederlandsk kreves tre symptomer).

Hensikten med DIAS

Hensikten med DIAS er å fastslå hvorvidt pasienter har talepraksi. Dette gjør man ved å kartlegge forekomst av symptomer og alvorlighetsgraden for hvert symptom. Man kan også gjennomføre testen på nytt etter en periode med eller uten behandling for å fastslå om symptomene er forverret eller forbedret.

Ettersom valideringen for norsk viser signifikante forskjeller mellom normgruppen og pasientgruppene, mener vi at norske DIAS gir et godt grunnlag for differensialdiagnostisering.

To kasusbeskrivelser – Anne og Eva

Vi vil i det følgende presentere to ulike kasus som illustrerer hvordan DIAS kan brukes som et differensialdiagnostisk verktøy i klinisk praksis.

Anne, 48 år, fikk afasi etter et hjerneinfarkt. Det var omtrent to og et halvt år siden skaden da hun ble kartlagt med DIAS. Anne hadde et flytende talepreg, men til tider stoppet hun opp på enkelte ord og talen kunne bli ikke-flytende. Vanskene hennes kom som oftest til uttrykk i form av ordmobiliseringsvansker og lydforvekslinger i spontan tale. Kartlegging med deltestene auditiv forståelse, gjentakelse og benevnning fra Norsk grunntest for afasi (NGA) (Reinvang, I. & Engvik, H., 1980) viste at hun hadde få vansker innen auditiv forståelse og gjentakelse, men vansker med benevnning. Vanskene til Anne kom godt til syne under beskrivelsen av tegneserien om Fugleskremslet (Mikkelsen, n.d.; Høeg, Berdal, Haaland-Johansen & Lind, 2018):

/ ... s fuggel sem klem klem teh en fugle sn teh en fuggel slep fugle krems som en han skulle lage fuglene skulle ta avringen hans han hadde han tok på han ja mhm ... /

I forkant av testing med DIAS var det knyttet usikkerhet til om Anne hadde talepraksi i tillegg til afasi. Hun hadde hatt flere logopeder før hun ble testet med DIAS. Noen nevnte talepraksi i sine rapporter, mens andre beskrev symptomene hennes som afatiske vansker.

Eva, 72 år, ble diagnostisert med afasi og taleapraksi etter et hjerneinfarkt for fem år siden. Hun hadde et ikke-flytende talepreg som bar preg av ordmobiliseringsvansker, lydforvekslinger og semantiske forvekslinger. Sammenlignet med Anne hadde Eva større vansker innen alle modaliteter ved kartlegging med NGA. Kartleggingen med NGA viste at Eva hadde en moderat afasi med vansker innen både auditiv forståelse, gjentakelse og benevnning. Eva hadde også søkende munnbevegelser. Ved transkripsjon av tegneseriebeskrivelsen ble det observert lydforvekslinger og semantiske forvekslinger, samt søkende munnbevegelser og startvansker:

/ ... han ser for meg et kv ih eh fr fre frugdeskremmelsler..åh...det se om mmm meg at bruke nei bruk k kæi bruglesemselet har fådd seg eh ha hatt og korn nei frakk ... /.

I likhet med Anne hadde Eva også vært innom flere logopeder etter at hun fikk hjerneslag. Samtlige av Evas logopeder rapporterte om taleapraksi i sine rapporter.

Nedenfor presenteres Anne og Evas resultater fra DIAS.

Deltest 1 Kontroll over artikulasjonsmuskulatur

I deltest 1, *kontroll over artikulasjonsmuskulatur*, undersøkes det om pasienten har oralapraksi ved å se på symptomene *forbedring ved imitasjon* og *søkende munnbevegelser*. Anne hadde kun vansker med én av oppgavene i deltesten. Da hun ble bedt om å 'blåse', mestret hun ikke oppgaven ved første instruksjon og heller ikke etter én gjentakelse, men hun mestret den ved å imitere etter testleder.

Eva viste større vansker med kontroll over artikulasjonsmuskulatur. Også Eva hadde vansker med oppgaven 'blåse'. I motsetning til Anne mestret ikke Eva oppgaven ved imitasjon. Under oppgaven hvor hun ble bedt om å 'føre tungen langs leppene' fikk hun ikke full skåre da hun hadde søkende munnbevegelser før korrekt respons. Oppgavene 'kremte' og 'før tungen opp mot nesen' mestret hun hverken etter å ha fått instruksjonen gjentatt eller ved imitasjon. På oppgaven 'bite leppene' mestret hun oppgaven etter imitasjon av testleder.

Tolkningen av skårene gjøres ved bruk av tabell 5.1 i DIAS-håndboka. Den viser at betegnelsen oralapraksi brukes ved tilstedeværelse av de spesifikke symptomene *forbedring ved imitasjon* og *søkende munnbevegelser*. Basert på tolkningen av skårene kan vi slå fast at Anne ikke har oralapraksi, og at Eva har oralapraksi fordi hun ved testing

fremviser tilstrekkelig med symptomer. Så selv om Anne ikke mestrer å blåse ved første forsøk, og har forbedring ved imitasjon, er ikke denne ene feilen tilstrekkelig for å konstatere oralapraksi.

Deltest 2 Artikulasjon av språklyder

I deltest 2, *artikulasjon av språklyder*, undersøkes symptom 1 *inkonsekvent språklydsproduksjon* og symptom 2 *svakere produksjon av konsonanter enn vokaler*. Anne mestret samtlige oppgaver. Eva derimot, viste større vansker med artikulasjon av språklyder. Hun mestret litt under halvparten av oppgavene ved artikulasjon av konsonanter. Hun klarte ikke å uttale språklydene /t/, /s/, /k/, /l/, /n/, /m/ og /v/. Ved artikulasjon av vokaler mestret hun ikke vokalene /u/, /i/, og /au/. Tolkningen av skårene viste at Eva ofte hadde inkonsekvent språklydsproduksjon (symptom 1) og at hun hadde flere korrekt produserte vokaler enn konsonanter (symptom 2).

Deltest 3 Diadokokinese

I deltest 3, *diadokokinese*, undersøkes symptom 3, *svakere prestasjon ved vekslende serier enn repeterende* og symptom 4 *søkende munnbevegelser*. Deltesten består av to deler. I del A blir pasientene bedt om å si seriene én gang, mens de i del B skal si seriene så mange ganger de klarer på åtte sekunder. Når en repetisjon av serier i del A ikke mestres, går man ikke videre med del B. Anne mestret samtlige serier i del A. På del B viste Anne større vansker med vekslende oppgaver enn med repeterende oppgaver. For eksempel mestret hun fint å si 'sopp sopp sopp', men ved hurtig gjentakelse av 'sopp kopp topp' hadde hun flere lydforvekslinger. Den endelige tolkningen av skårene til Anne viste at hun hadde svakere prestasjon på vekslende serier enn repeterende (symptom 3), men det ble ikke observert søkende munnbevegelser (symptom 4).

Eva mestret halvparten av oppgavene på del A uten vansker. Hun klarte ikke å si flere av de vekslende seriene uten feil (for eksempel 'brokk stokk flokk' og 'stank blank frank'). Siden Eva ikke mestret flere av oppgavene i del A, ble ikke oppgavene i del B gjennomført for disse testleddene. På del B mestret Eva betydelig færre repeterende serier enn Anne. Den endelige tolkningen av resultatene viste at i likhet med Anne hadde også Eva svakere prestasjon ved vekslende serier enn ved repeterende. I tillegg hadde Eva symptom 4 *søkende munnbevegelser* ved samtlige oppgaver.

Deltest 4 Artikulasjon av ord

I deltest 4 undersøkes flere symptomer ved å se på artikulasjon av ord: *startvansker* (5), *stavelsessegmentering* (6), *konsonantklustersegmentering* (7) og *artikulasjonskompleksitets-effekt* (8). Anne mestret de fleste ordene i deltest 4 uten vansker. Alle feilene hun gjorde ble kategorisert som stavelsessegmenteringer. For eksempel ble 'totalitet' uttalt som /tot..eh..talitet/ og 'limonade' /limo..eh..nade/. Tolkningen av resultatene viste at Anne hadde ett av de fire symptomene som undersøkes i deltest 4, symptomet stavelsessegmentering. Det ble ikke observert *startvansker*, *konsonantklustersegmentering* eller en *artikulasjonskompleksitets-effekt*.

Eva hadde en betydelig lavere skåre enn Anne på deltest 4. I de første deloppgavene, bestående av enstavelsesord, mestret Eva alle ordene uten vansker. I deloppgavene med ord med flere stavelser hadde hun gjennomgående vansker som kom til syne i form av stavelsessegmenteringer og startvansker. For eksempel ble «strå» uttalt /s..s..strå/. Det var påfallende hvor utfordrende deloppgavene ble mot slutten av deltest 4. Ved utregning og tolkning av skårene kom det frem at Eva fremviste samtlige symptomer i deltesten, bortsett fra symptom 7 *konsonantklustersegmentering*.

Den endelige tolkningen av resultatene viste at Anne hadde 2 av åtte symptomer på talepraksi målt ved DIAS. Symptom 3 *dårligere prestasjon på vekslende enn ved repeterende serier* ble observert ved deltest 3, *diadokokinese* og symptom 6 *stavelsessegmentering* kom til syne i deltest 4 *artikulasjon av ord*. Evas resultater viste at hun hadde syv av åtte symptomer målt ved DIAS. Det eneste symptomet som ikke ble observert var symptom 7 *konsonantklustersegmentering*.

Tabell 1.

Oversikt over forekomst av symptomer hos Anne og Eva

Deltest	Symptom	Anne	Eva
Deltest 2. Artikulasjon av språklyder	Symptom 1 Inkonsistent språklydsproduksjon	-	✓
Deltest 2. Artikulasjon av språklyder	Symptom 2 Større vansker med produksjon av konsonanter enn av vokaler	-	✓

Deltest 3. Diadokokinese	Symptom 3 Dårligere prestasjon på vekslende serier enn på repeterende	✓	✓
Deltest 3. Diadokokinese	Symptom 4 Søkende munnbevegelser	-	✓
Deltest 4. Artikulasjon av ord	Symptom 5 Startvansker	-	✓
Deltest 4. Artikulasjon av ord	Symptom 6 Stavelsessegmentering	✓	✓
Deltest 4. Artikulasjon av ord	Symptom 7 Konsonantklustersegmentering	-	-
Deltest 4. Artikulasjon av ord	Symptom 8 Artikulasjonskompleksitets-effekt	-	✓

Diskusjon

Basert på de første kliniske observasjonene av Anne og Eva var det utfordrende å vurdere hvorvidt Anne hadde talepraksi eller om vanskene kunne knyttes til hennes afatiske vansker. Eva derimot, hadde tydelige symptomer på talepraksi, og det var ikke knyttet like mye usikkerhet til hennes vansker. Vi antar at en av årsakene var forekomsten av svært tydelige søkende munnbevegelser, som gjorde at samtlige tidligere behandlende logopeder (inkludert oss selv) antok at Eva hadde talepraksi. Tidligere forskning viser at logopeder er gode til å oppdage talepraksi basert på klinisk skjønn (Mumby, et al. 2007). Dette er også erfaringen vi sitter igjen med etter arbeidet med DIAS. Samtidig mener vi det vil være nyttig for norske logopeder å kartlegge symptomene mer systematisk for å kunne skreddersy tiltak for den enkelte pasient med talepraksi.

Transkripsjonen av video-opptakene med tegneseriebeskrivelsen «Fugleskremslet» viste at det var utfordrende å avgjøre om Anne hadde talepraksi basert på hennes beskrivelser av tegneserien. Vi opplevde det derfor svært nyttig å kartlegge med DIAS for å få et mer systematisk og inngående bilde av vanskene til både Anne og Eva. Kartleggingen med DIAS kunne bekrefte antagelsen om at Eva hadde talepraksi og den ga oss informasjon om hvilke symptomer som var til stede. Eva fremviste syv av åtte symptomer i DIAS og talepraksi kunne dermed fastslås. Vi kan også slå fast at Anne trolig ikke har talepraksi. Det er

allikevel viktig å påpeke at Anne har symptomer på taleapraksi i form av vansker med dårligere prestasjon på vekslende serier enn repeterende, samt stavelsessegmenteringer. Dette er ikke nok til å fastslå at hun har taleapraksi da den norske versjonen av DIAS krever at minimum fire symptomer må være til stede.

Det er viktig å poengtere at vurderingen av om det foreligger taleapraksi alltid må være en helhetsvurdering basert på både formelle og uformelle observasjoner. Som vist ovenfor kan symptomer på taleapraksi som ikke ble vurdert til å være distinktive i utviklingen av DIAS, være til stede

hos en pasient, men dette symptomet fanges ikke opp av DIAS.

Utvikling av tiltaksmateriell

I kjølvannet av kartleggingsverktøyet DIAS planlegges det nå tiltaksmateriell rettet mot voksne med ervervet taleapraksi. Tiltaksmateriellet TIAS (Feiken og Jonkers, 2020) er utviklet for nederlandsk og inspirert av DIAS. I regi av Afasiforum 4 søkes det nå om midler for å oversette og tilpasse TIAS til norsk. TIAS er individtilpasset og består av app og papirversjon.

Endelig produkt

I regi av Statped holdes det digitale DIAS-kurs der vi gjennomgår teoretisk bakgrunn, gjennomføring av testen, skåring og tolkning av resultatene. Dersom man ønsker kurs, kan man ta kontakt med Hedda Døli eller Øydis Hide i Statped. Vi håper at DIAS er blitt et verdifullt kartleggingsverktøy som kan være et viktig bidrag til både klinisk praksis og forskning på taleapraksi i Norge.

Referanser

- Feiken, J. & Jonkers, R. (2012). *Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak. DIAS*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Feiken, J. & Jonkers, R. (2020). *Diagnostisk verktøy for taleapraksi. DIAS*. (Overs. Hide, Ø., Berdal, S., Døli, H., Hvistendahl, A.K., Haaland-Johansen, L., Kirmess, M., Kjølborg, E.A., Koot, K. & Senneseth, T.) Oslo: Novus forlag.
- Høeg, N., Berdal, S., Haaland-Johansen, L. & Lind, Marianne (2018). «Fugleskremslet»: Normalspråklig variasjon og klinisk praksis», *Norsk tidsskrift for logopedi*, 2.
- Jonkers, R., Feiken, J. & Stuive, I. (2017). Diagnosing Apraxia of Speech on the Basis of Eight Distinctive Signs. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 41 (3), 303-319.
- Mikkelsen, Henning Dahl (n.d.). *Fugleskræmsel går amok*.
- Mumby, K., Bowen, A., & Hesketh, A. (2007). Apraxia of speech: how reliable are speech and language therapists' diagnoses? *Clinical Rehabilitation*, 21(8), 760-767.
- Reinvang, L., & Engvik, H. (1980). *Håndbok. Norsk Grunntest for Afasi*. Oslo: Universitetsforlaget.



Tamara Kalandadze er lingvist og spesialpedagog, og jobber i dag som førsteamanuensis i spesialpedagogikk ved Høgskolen i Østfold. Hennes forskningsinteresser ligger innenfor nevroutviklingsforstyrrelser, språkutvikling og språkvansker. Doktorgraden som denne artikkelen bygger på ble tatt ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo. Hele avhandlingen er tilgjengelig på nett: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/71750>
tamara.kalandadze@hiof.no
Twitter: @t_kalandadze

NÅR KNAUSGÅRD STÅR I HYLLEN OG PER BLIR BJØRN: FORSTÅELSE AV FIGURATIVT SPRÅK HOS PERSONER MED AUTISMESPEKTERFORSTYRRELSE

Når vi kommuniserer, ønsker vi at tilhøreren skal forstå budskapet vårt. Samtidig sier vi ofte det motsatte av det vi egentlig mener. Vi kan si «Så heldige vi er med været!» når vi skal ha piknik og det pøsregner ute. Da mener vi selvfølgelig at vi er uheldige med været. Denne artikkelen handler nettopp om figurativ språkbruk. For personer med autismespekterforstyrrelser kan figurativt språk ofte være vanskelig å forstå, men det finnes måter logopeder kan hjelpe dem på.

Sammendrag

I denne artikkelen presenterer jeg deler av min artikkelbaserte doktoravhandling. De to artiklene som jeg tar for meg, benyttet en meta-analytisk tilnærming for å undersøke forståelsen av figurativt språk hos personer med autismespekterforstyrrelser (ASF) sammenlignet med personer med typisk utvikling (TU), samt noen underliggende faktorer for vanskene som personer med ASF ofte har med å forstå figurativt språk. Resultatene viser at selv om personer med ASF som gruppe skårer lavere på oppgaver med figurativt språk enn personer med TU, kan mye av forskjellene i resultatene forklares med variasjon i språkferdighetene (f.eks. semantikk) til deltakerne, samt hvordan oppgavene er utformet. Dette er kunnskap som med fordel kan brukes i logopedisk praksis med personer med ASF. Logopeder spiller en sentral rolle i å utforme og gjennomføre språktiltak, og forskningsbasert kunnskap om figurativt språk er derfor en viktig del av logopeders kompetanse.

Bakgrunn

I denne artikkelen presenterer jeg to artikler fra min doktoravhandling. Avhandlingen har følgende tittel: *Making Sense of the Word and the World: Figurative Language Comprehension in Individuals with Autism Spectrum Disorder* (Kalandadze, 2019). I avhandlingen undersøkte jeg forståelse av figurativt språk hos personer med autismespekterforstyrrelse (ASF) sammenlignet med personer med typisk utvikling (TU), samt underliggende faktorer for vanskene med forståelse av figurativt språk som personer med ASF ofte viser. Blant faktorene som kan påvirke

forståelsen av figurativt språk, har jeg valgt å se nærmere på a) generelle språkferdigheter (f.eks. ordforråd og syntaks) og b) oppgaveutforming (det vil si, ulike egenskaper ved oppgavene som tidligere studier har brukt for å undersøke forståelse av figurativt språk).

Hovedformålet med avhandlingen var å bidra med ny kunnskap for å belyse inkonsekvente og motstridende funn i eksisterende forskning. Tidligere forskning har nemlig ofte rapportert at personer med ASF strever med å forstå figurativt språk (se for eksempel Happé, 1993; MacKay

& Shaw, 2004). Noen nyere studier (Herman et al., 2013; Norbury, 2004; 2005) har imidlertid vist at dette ikke alltid er tilfellet, og at personer med ASF som har velutviklede språkferdigheter (for eksempel språkforståelse for øvrig), heller ikke har problemer med å forstå figurativt språk. Disse funnene tyder på at bildet av at personer med ASF strever mer med figurativt språk enn personer med TU, er mer komplisert enn som så.

De to artiklene som presenteres her, (Kalandadze et al., 2016; Kalandadze et al., 2019) er oversiktsartikler, og har benyttet meta-analyse som metode. Den første artikkelen dreier seg om forståelse av figurativt språk generelt, mens den andre tar for seg forståelse av en av de vanligste formene for figurativt språk: metaforer (f.eks. *Anna er litt av en papegøye*). Derfor gir denne artikkelen noe større plass til metaforer enn til andre former for figurativt språk (f.eks. ironi og idiomer).

Språk i ASF

ASF er en nevroutviklingsforstyrrelse som kjennetegnes av vansker med sosial kommunikasjon og interaksjon, kombinert med repetitive og stereotypiske interesser og atferd (American Psychiatric Association, 2013). I tillegg til disse to kjernevanskeområdene, innebærer ASF ofte problemer med språkutviklingen (American Psychiatric Association, 2013; Nordahl-Hansen et al., 2014). Adekvate språkferdigheter regnes som en av forutsetningene for at personer med ASF får et så godt voksenliv som mulig (Howlin, 2005). Derfor er språkferdigheter et av de viktigste satsingsområdene i intervensjoner for å bedre sosiale og kommunikative ferdigheter hos personer med ASF.

Det er store individuelle forskjeller i både ekspressive og reseptive språkferdigheter hos personer med ASF (Eigsti et al., 2011). Mens noen med ASF utvikler et godt språk, er det omtrent 25 prosent som aldri får et funksjonelt språk (se Tager-Flusberg et al., 2005). Avhandlingen, og denne artikkelen, tar for seg en undergruppe av personer med ASF som har funksjonelt verbalt språk, ettersom forståelse av figurativt språk krever avanserte språkferdigheter.

Tradisjonelt har det blitt antatt at det er stor variasjon i utviklingen av generelle språkferdigheter blant personer med ASF. Svekkede pragmatiske ferdigheter har imidlertid vært ansett som et typisk kjennetegn på ASF (Eigsti et al., 2011). Noen nyere studier har likevel utfordret dette synet om universelt svekkete pragmatiske ferdigheter i ASF, og konkludert med at personer med ASF mestrer noen typer

pragmatiske oppgaver på omtrent samme nivå som jevnaldrende med TU (Chevallier et al., 2010; Norbury, 2004; 2005; Pijnacker et al., 2009).

I litteraturen om kliniske grupper, inkludert ASF, skiller man gjerne mellom *generelle språkferdigheter*, som refererer til de strukturelle sidene av språket som vokabular og morfosyntaks, og *pragmatiske ferdigheter* som dreier seg om adekvat bruk og forståelse av språket i sosiale sammenhenger (Baird & Norbury, 2015). I denne artikkelen forstås pragmatikk som et viktig aspekt av det overordnede begrepet *sosial kommunikasjon* (Adams, 2005; Baird & Norbury, 2015). Med andre ord, dreier *pragmatikken* seg om effektiv bruk og forståelse av språk som et verktøy for kommunikasjon, mer spesifikt hvordan språket er brukt i sosial interaksjon (Eigsti et al., 2011). *Pragmatikk* omfatter igjen flere aspekter, inkludert figurativt språk (Baird & Norbury, 2015; Pexman et al., 2019). Vi vet at svikt i sosial kommunikasjon er en kjernevanske for personer med ASF (American Psychiatric Association, 2013), og ettersom figurativt språk er en essensiell komponent i sosial kommunikasjon, er god beherskelse av figurativt språk viktig for vellykket sosial kommunikasjon.

Hva er figurativt språk?

La oss se på to eksempler på figurative uttrykk (1) og (2):

- (1) «Knausgård står i hyllen.»
- (2) «Per er en bjørn.»

I disse uttrykkene kan vi se avvik mellom den semantisk kodede betydningen og den tiltenkte meningen. Det første eksempelet kan vi for eksempel bruke hvis vi ønsker å be noen i familien om å finne en bok av Knausgård som står i hyllen, og da mener vi selvsagt ikke at det er forfatteren Knausgård selv som står i hyllen. Vi refererer altså til boken metonymisk, det vil si at vi referer til noe som er utenfor den språklig bestemte referansen. En annen gang ønsker vi kanskje å beskrive naboen vår Per, som besitter egenskaper som «sterk» og «kraftig», og da kan vi bruke substantivet *bjørn* metaforisk ved å utvide betydningen av ordet. Dermed er (2) et eksempel på en metafor.

Hva er en metafor? Metafor defineres ulikt i litteraturen. Denne artikkelen definerer metafor som et pragmatisk fenomen, som oppstår som et resultat av språklig kommunikasjon (Sperber & Wilson, 2008). I en metafor samsvarer ikke den 'bokstavelige' betydningen og den kontekstuell bestemte meningen (Sperber & Wilson, 2008). Se på disse to eksemplene:

- (3) «Pia er et fyrverkeri.»
- (4) «Teorien din holder ikke vann.»

I (3) menes selvfølgelig ikke at Pia er et fyrverkeri, i bokstavelig forstand, men ved å bruke fyrverkeri, beskrives Pia som en livlig og sprudlende person. Eksempel (4) kan forstås som at den aktuelle teorien ikke stemmer.

Når og hvorfor bruker vi figurativt språk? Figurativt språk er et effektivt kommunikasjonsverktøy. Figurativt språk brukes derfor på de fleste språklige arenaer, som for eksempel mellom venner og i familier, i klasserommet, i nyhets-sendinger, reklamer, sanger, og teaterstykker (Gibbs, 2000; Pexman et al., 2009; Recchia et al., 2010; Ely & McCabe, 1994). Det kan være ulike årsaker til at vi bruker figurativt språk. For eksempel kan vi med ironi uttrykke en holdning eller si noe morsomt på en indirekte måte. Metaforer kan vi, på den annen side, bruke for å beskrive et komplisert budskap med færre ord enn vi kanskje hadde klart ved å bruke bokstavelig språk.

Forståelse av figurativt språk i TU

Prosessen frem mot å forstå figurative uttrykk er kompleks og sammensatt, fordi den involverer avanserte lingvistiske og kognitive mekanismer. I tillegg spiller kunnskap om verden en viktig rolle (Pouscoulous, 2014). Som pragmatisk ferdighet innebærer forståelse av figurativt språk at man må innse at den tilsiktede betydningen til en ytring ofte går ut over den konkrete semantiske betydningen av enkeltordene (Pexman et al., 2019). Hos barn med TU utvikles forståelsen av figurativt språk med alderen, i takt med utviklingen av andre lingvistiske og kognitive evner (Pouscoulous, 2014). Utvikling av kompetanse til å forstå figurativt språk er en lang prosess (Pexman et al., 2019). Hvor tidlig vi kan forvente at et barn forstår figurativt språk, avhenger også av hvilken form for figurativt språk det er snakk om. Tidligere antok man at barn tilegnet seg ferdigheter i figurativt språkbruk nokså sent (Winner, 1988/1997), men nyere forskning tyder på at denne utviklingen begynner tidligere enn man har trodd. Yngre barn viser vanligvis i hvert fall noen grad av forståelse for figurativt språk, forutsatt at barna blir testet med aldersadekvate oppgaver (Pouscoulous, 2014; Loukusa & Leinonen, 2008; Recchia et al., 2010; Vosniadou, 1987; Glenwright and Pexman, 2010). Når det gjelder å identifisere verbal ironi eller sarkasme for eksempel, viser forskningen at barn allerede ved fem- eller seks-årsalderen begynner å forstå at en taler som snakker ironisk, mener noe annet (ofte det motsatte) enn det vedkommende sier bokstavelig (Harris &

Pexman, 2003; Keenan & Quigley, 1999). Det finnes imidlertid studier som viser at til og med enda yngre barn kan forstå ironi (Loukusa & Leinonen, 2008; Recchia et al., 2010).

Mye avhenger av hva slags oppgaver som blir brukt til å undersøke forståelsen av figurativt språk. For eksempel regnes «act-out»-metafor-oppgaver, hvor barnet blir bedt om å fremføre en metaforisk mening, som bedre egnet for yngre barn enn for eksempel oppgaver der barnet blir bedt om å parafrasere eller forklare hva en metafor betyr (Pouscoulous 2014). Verbale oppgaver er mer krevende i og med at de involverer meta-lingvistiske og ekspressive språkferdigheter. I tillegg må barnet planlegge en ytring, og deretter formulere og artikulere den på en adekvat måte.

Evnen til å forstå ulike former for figurativt språk har vist seg å avhenge også av andre ferdigheter som utvikles i ulikt tempo. I forståelse av ironi spiller Theory of Mind (ToM), det vil si det å forstå sine egne og andres tanker, følelser og perspektiver (Wimmer & Perner, 1983) en viktig rolle. For å forstå en nominal metafor, det vil si når substantiv brukes metaforisk som i (2), må man ha dybdeforståelse av de to ordene som et metaforisk uttrykk består av (*bjørn- et dyr*, og *Per- et menneske*). Det vil si at man må kjenne alle de ulike betydningene og egenskapene disse to ordene har, og deretter finne det ordene kan ha til felles i en gitt språklig kontekst (både *Per* og *bjørn* er fysisk sterke, det vil si, de deler en felles egenskap som er relevant for denne situasjonen).

Forståelse av figurativt språk hos personer med ASF

De gjennomgående pragmatiske vanskene hos personer med ASF har tradisjonelt blitt forklart med svikt i kognitive evner (f.eks. i ToM; Baron-Cohen et al., 1985), som også var antatt å være universelt i ASF. I tråd med dette fant en pionérstudie gjennomført av Happé (1993) at ToM var viktig for at personer med ASF skulle kunne forstå metaforer og ironi. Denne studien inspirerte flere senere studier. Problemet med de fleste av dem var at de nesten ignorerte at forståelse av figurativt språk også krever gode generelle språkferdigheter, og heller ikke tok hensyn til at resultatene avhenger av hvilken metode man bruker for å undersøke forståelse av figurativt språk.

Gernsbacher & Pripas-Kapit (2012) kritiserte tidligere forskning for å ikke ha tatt språklige ferdigheter i betraktning i undersøkelse av figurativt språk hos personer med ASF. Viktigheten av generelle språkferdigheter er viet større oppmerksomhet i noen nyere studier, og flere av dem har konkludert med at hvis man kontrollerer for generelle

språkferdigheter, finner man ikke statistisk signifikante gruppeforskjeller i forståelse av figurativt språk mellom personer med ASF og TU (f.eks. Norbury, 2004; 2005, se Gernsbacher & Pripas-Kapit for mer informasjon). Disse nye studiene tyder på at vansker med å forstå figurativt språk likevel ikke er universelt i ASF. Samlet utløste disse studiene en debatt om i hvor stor grad vansker med forståelse av figurativt språk er et kjennetegn ved personer med ASF, samt underliggende faktorer for disse vanskene.

Motstridende funn i eksisterende forskning og mangel på kunnskaper om figurativt språk i ASF var utgangspunktet mitt da jeg startet doktorgradsarbeidet. Jeg startet derfor med systematisk og kritisk gjennomgang av tidligere forskning. I det neste underkapittelet presenterer jeg korte sammendrag av to av artiklene i avhandlingen.

Kort sammendrag av artiklene

Jeg omtaler artiklene jeg presenterer som artikkel 1 og artikkel 2 etter publiseringsår. Prosessen med litteraturgjennomgang er grundig og detaljert beskrevet i disse originale artiklene, og blir ikke gjentatt her.

Artikkel 1: *Figurative Language Comprehension in Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Meta-analytic Review* (Kalandadze et al., 2018).

Artikkelen presenterer en metastudie, som undersøkte (a) forskjeller mellom personer med ASF og personer med TU, i alle aldre, i forståelse av figurativt språk, samt (b) variabler som potensielt kunne forklare variasjon i resultater på tvers av studiene (det vil si strategier for gruppematching, kronologisk alder, former for figurativt språk og tverrspråklige forskjeller, dvs. hvilket språk studiene var utført på).

41 studier ble inkludert i denne metastudien. De inkluderte studiene omfattet 1119 personer med ASF (gjennomsnittlig utvalgsstørrelse = 27,97; $SD = 21,12$; variasjon i utvalgsstørrelse = 8–164) og 978 kontrollpersoner med TU (gjennomsnittlig utvalgsstørrelse = 24,45; $SD = 15,77$; variasjon i utvalgsstørrelse = 8–164). Den standardiserte gjennomsnittlige effektstørrelsen var moderat og statistisk signifikant ($g = -0,57$; 95 % $CI = [-0,72; -0,41]$; $p < 0,001$) med fordel for personer med TU. Dette tyder på at personer med ASF som gruppe hadde lavere skårer på forståelse av figurativt språk enn personer med TU som gruppe.

En meta-regresjonsanalyse indikerte at alder og forskjeller i

studiespråk (språket studien var gjennomført på) ikke var assosiert med forskjeller i effektstørrelser ($p = 0,140$; $p = 0,543$). Derimot kunne type figurativt språk (f.eks. metafor sammenlignet med ironi) og gruppematchingsstrategier (henholdsvis $p < 0,002$ og $p < 0,035$) forklare noe av variasjonen i effektstørrelser. Det siste innebærer at dersom gruppene var matchet på språkferdigheter var ikke gruppeforskjellene statistisk signifikante, i motsetning til når gruppene var matchet på kun alder, noe som tyder på at generelle språkferdigheter kan forklare en del variasjon mellom studier.

Artikkel 2: *A Systematic Review and Meta-analysis of Studies on Metaphor Comprehension in Individuals with Autism Spectrum Disorder: Do Task Properties Matter?* (Kalandadze et al., 2019).

Denne artikkelen tar for seg forståelse av metaforer hos personer med ASF sammenlignet med personer med TU, samt hvilken rolle oppgaveutforming spiller for resultatene i tidligere studier. Formålet med denne studien var todelt: først undersøkte vi egenskaper ved metafor-oppgaver som har vært brukt i forskning som sammenligner personer med ASF med personer med TU. Deretter undersøkte vi i hvilken grad det var forskjeller mellom gruppene i deres forståelse av metaforer, samt om gruppeforskjeller kunne knyttes til egenskaper ved metafor-oppgavene.

Fjorten studier som involverte 336 personer med ASF (gjennomsnittlig utvalgsstørrelse = 24; $SD = 15,01$; variasjon i utvalgsstørrelse = 8–54) og 498 personer med TU (gjennomsnittlig utvalgsstørrelse = 35,57; $SD = 48,47$; variasjon i utvalgsstørrelse = 8–199), i alle aldre, ble inkludert. Samtlige studier undersøkte forskjeller i metafor-forståelse mellom de to gruppene. Personer med ASF skåret gjennomsnittlig lavere enn personer med TU på metafor-forståelsesoppgaver (standardisert gjennomsnittlig effektstørrelse var moderat, $g = -0,63$; 95 % $CI [-0,80; -0,46]$; $p < 0,001$). På grunn av det lave antallet studier kunne vi ikke utføre meta-regresjonsanalyse, men vi rapporterte noen av de observerte effektstørrelsene kvalitativt. De inkluderte studiene brukte ulike typer oppgaver som forskerne enten selv utviklet, lånte eller oversatte fra andre studier. Oppgaveutformingen varierte mye, men hvordan denne variasjonen kunne påvirke gruppeforskjeller, ble sjelden tatt i betraktning. Mønsteret viste at et verbalt responsformat ga større effektstørrelse enn andre typer responsformater. Uten flere studier som manipulerer responsformat eksperimentelt er det imidlertid vanskelig å si om dette var et til-

feldig funn som heller kan forklares av andre variabler.

Metodologiske svakheter ved disse to artiklene: Samlet sett viser resultatene fra disse to artiklene at generelle språkferdigheter samt oppgaveutforming spiller en viktig rolle i hvordan personer med ASF skårer på oppgaver om figurativt språk. Samtidig har ikke språklige ferdigheter blitt undersøkt på en adekvat måte i mange av studiene. Det er også manglende vektlegging av betydningen av oppgaveutforming i tidligere studier. Det at studier ofte ikke legger eksempler på oppgaver ved artikkelen, og heller ikke forklarer metodiske detaljer, gjør det vanskelig å fastslå hvordan oppgaveform påvirker resultatene. Generelt er det ofte lite informasjon om metoden tilgjengelig for lesere og andre forskere som skulle ønske å evaluere eller replikere metoden.

Et annet gjennomgående metodologisk problem er at utvalget i mange studier er lite. Når utvalget er lite, blir den statistiske styrken redusert og risikoen for falske funn vokser.

Forskningen vi har gått gjennom, viser mange av de samme problemene som er identifisert i for eksempel psykologisk forskning. Dette inkluderer mangel på replikasjonsstudier (i motsetning til konseptuelle replikasjoner), gjennomsluktighet og åpenhet.

Implikasjoner for videre forskning

Funnene våre viser at det er behov for nye studier av god kvalitet, inkludert studier med høy statistisk styrke, for at vi skal kunne utvikle ny kunnskap om hvordan personer med ASF forstår figurativt språk.

Videre forskning bør kontrollere for språkferdigheter, helst med flere standardiserte tester som undersøker ulike språkomponenter (f.eks. avansert syntaks, semantikk), for å eliminere påvirkningen som denne potensielt bakenforliggende faktoren kan ha på forståelsen av figurativt språk. Viktigst av alt trengs det flere intervensjonsstudier og longitudinelle studier for å kunne si noe mer om hvilke intervensjoner som er effektive, og når de bør innføres.

Implikasjoner for logopedisk og spesialpedagogisk praksis

For personer med ASF som har vansker med å forstå figurativt språk vil logopedisk hjelp være både hensiktsmessig og nødvendig. Der kan de jobbe med figurativt språk både direkte og indirekte – altså gjennom å forbedre generelle språkferdigheter. Som alltid er det viktig at en intervensjon starter med en grundig analyse av den enkelte personens

generelle språkferdigheter, slik at intervensjonen kan tilpasses den enkeltes utgangspunkt, og føre til minst mulig belastning (Brynskov et al., 2016).

Det er ikke nødvendig å unngå bruk av figurativt språk i interaksjon med personer med ASF. Dette gjelder både logopeder, spesialpedagoger, lærere og foreldre. Istedenfor anbefaler jeg at logopeder anvender figurativt språk, men naturligvis med stor bevissthet, og at de forklarer meningen når det er nødvendig. Logopeder bør vektlegge å lære disse personene strategier for å forstå figurativt språk, slik at strategiene kan brukes for å forstå nye, spontane metaforer.

Man kan begynne med å bevisstgjøre personer med ASF ved å minne dem på at figurativt språk omfatter bruk av ord i ikke-bokstavelig betydning, og forklare hva dette innebærer. Deretter kan de bli oppfordret til å bruke sine metalingvistiske ferdigheter til å vurdere overlappende trekk mellom de to ordene i et metaforisk uttrykk (Nippold, 2016). I tillegg kan personene med ASF bli spurt om å samle inn og lage en liste over figurativt språk fra forskjellige kilder, som reklamer og litteratur (Nippold, 2016). Logopeder kan også bruke ulike typer figurativt språk i ulike språklige kontekster (for eksempel, en metafor som en del av en setning versus en del av en fortelling). De kan presenteres verbalt eller skriftlig, og det kan stimuleres til svar via ulike responsformater som for eksempel flervalgsoppgaver eller verbale oppgaver (se Nippold, 2016 for flere ideer).

Ettersom vansker med figurativt språk i stor grad henger sammen med generelle språkkunnskaper, bør det utvikles en plan for hvordan barn på en mest mulig effektiv måte kan lære å forstå figurativt språk gjennom å jobbe med språk. Det kan for eksempel være nyttig å be barna om å definere ord, fordi det krever at de reflekterer over dem, og det får dem til å tenke på forskjellige betydninger av ord (Nippold, 2016). Dessuten er evnen til å definere ord en metalingvistisk ferdighet som kan gjøre dem i stand til å analysere ord som er kodet i metaforiske uttrykk, og til å utforske den språklige konteksten hvor metaforen opptrer (Nippold, 2016).

I tillegg kan man bruke kunnskap om evidensbaserte språkstimuleringstiltak som har vist seg å være effektive i andre grupper, som for eksempel for barn med utviklingsmessige språkforstyrrelser (se f.eks. Benjamin et al., 2020). Dette mener jeg kan være fordelaktig, siden vi antar at problemene med figurativt språk til dels har en felles forklaring på tvers av gruppene. Det er store individuelle

forskjeller innad i gruppen personer med nevroutviklingsforstyrrelser, og tiltakene bør selvsagt tilpasses både individet og ASF-diagnosen. Forskning på figurativt språk hos personer med ASF preges av flere metodologiske problemer, men vi besitter kunnskaper, både om personer med

typisk utvikling og om personer med ASF, som gjør det mulig å velge hvilke tiltak vi bør vektlegge. Det er avgjørende for personer med ASF at de får adekvat – det vil si forskningsbasert, varig og individuelt tilpasset – hjelp for å utvikle kompetanse i å forstå figurativt språk.

Artiklene som presenteres her er skrevet sammen med andre forskere/medforfattere, og deres bidrag til de to artiklene har vært uovurderlig. Jeg står imidlertid alene ansvarlig for innholdet i denne artikkelen.

Referanseliste

- Adams, C. (2005). Social communication intervention for school-age children: rationale and description. *Seminars in Speech and Language*, 26(3), 181-188.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utgave). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baird, G., & Norbury, C.F. (2015). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 101, 745-751.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Benjamin, L., Newton, C., & Ebbels, S. (2020). Investigating the effectiveness of idiom intervention for 9–16-year-olds with developmental language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55, 266-286.
- Brynskov, C., Krøigaard, P., & Eigsti, I. (2016). Language and communication in children with autism: do research and clinical practice converge in Denmark? *Nordic Psychology*, 68(2), 100-113.
- Chevallier, C., Wilson, D., Happé, F., & Noveck, I. (2010). Scalar inferences in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1104-1117.
- Eigsti, I. M., de Marchena, A. B., Schuh, J. M., & Kelley, E. (2011). Language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 681-91.
- Ely, R., & McCabe, A. (1994). The language play of kindergarten children. *First Language*, 14, 19-35.
- Gernsbacher, M.A., & Pripas-Kapit, S.R. (2012). Who's missing the point? A commentary on claims that autistic persons have a specific deficit in figurative language comprehension. *Metaphor and Symbol* 27(1), 93-105.
- Gibbs, R.W. (2000). Irony in talk among friends. *Metaphor and Symbol*, 15, 5-27.
- Glenwright, M., & Pexman, P.M. (2010). Development of children's ability to distinguish sarcasm and verbal irony. *Journal of Child Language*, 37 (2), 429-451.
- Happé, F.G. (1993). Communicative competence and theory of mind in autism: a test of relevance theory. *Cognition*, 48(2), 101-119.
- Harris, M., & Pexman, P.M. (2003). Children's perceptions of the social functions of verbal irony. *Discourse Processes*, 36, 147-65.
- Hermann, I., Haser, V., van Elst, L.T., et al. (2013). Automatic metaphor processing in adults with Asperger syndrome: a metaphor interference effect task. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263 (Suppl. 2): S177-S187.
- Howlin, P. (2005). Outcomes in autism spectrum disorders. I Volkmar F., Paul R., Klin, A., & Cohen D. (Eds.). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3rd ed. Vol. 1, s. 201-222. New York: Wiley.
- Kalandadze, T. (2019). *Making sense of the word and the world: figurative language comprehension in individuals with autism spectrum disorder*. Dissertation. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. University of Oslo.
- Kalandadze, T., Bambini, V., & Naess, K. A. (2019). A systematic review and meta-analysis of studies on metaphor comprehension in individuals with autism spectrum disorder: Do task properties matter?, *Applied Psycholinguistics*, 40(6), 1421-1454.
- Kalandadze, T., Norbury, C., Nærland, T., & Naess, B. K.-A. (2018). Figurative language comprehension in individuals with autism spectrum disorder: a meta-analytic review. *Autism*, 22, 99-117.
- Loukusa, S., & Leinonen, E. (2008). Development of comprehension of ironic utterances in 3- to 9-year-old Finnish-speaking children. *Psychology of Language and Communication*, 12 (1), 55-69.
- MacKay, G., & Shaw, A. (2004). A comparative study of figurative language in children with autistic spectrum disorders. *Child Language Teaching & Therapy*, 20(1), 13-32.
- Keenan, T. R., & Quigley, K. (1999). Do young children use echoic information in their comprehension of sarcastic speech? A test of echoic mention theory. *British Journal of Developmental Psychology*, 17, 83-96.
- Nippold, M. A. (2016). *Later language development: school-age children, adolescents, and young adults* (4th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- Norbury, C.F. (2005). The relationship between theory of mind and metaphor: evidence from children with language impairment and autistic spectrum disorder. *British Journal of Developmental Psychology*, 23(3), 383-399.
- Norbury, C.F. (2004). Factors supporting idiom comprehension in children with communication disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(5), 1179-1193.
- Nordahl-Hansen, A., Kaale, A., & Ulvund, S. E. (2014). Language assessment in children with autism spectrum disorder: concurrent validity between report-based assessments and direct tests. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1100-1106.
- Pexman, P. M., Zdravilova, L., McConnachie, D., Deater-Deckard, K., & Petrill, S.A. (2009). "That was smooth, Mom": Children's production of verbal and gestural irony. *Metaphor and Symbol*, 24, 237-48.
- Pexman, P., Reggin, L., & Lee, K. (2019). Addressing the challenge of verbal irony: getting serious about sarcasm training. *Languages*, 4(2), 23.
- Pijnacker, J., Hagoort, P., Buitelaar, J., Teunisse, J. P., & Geurts, B. (2009). Pragmatic inferences in high-functioning adults with autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(4), 607-618.
- Pouscoulous, N. (2014). The elevator's buttocks metaphorical abilities in children. I Matthews, D.(red.) *Pragmatic Development in First Language Acquisition*. s.239-259. Amsterdam: John Benjamins.
- Recchia, H. E., Howe, N., Ross, H.S., & Alexander, S. (2010). Children's understanding and production of verbal irony in family conversations. *British Journal of Developmental Psychology*, 28, 255-74.
- Sperber, D., & Wilson, D. (2008). A deflationary account of metaphors. I R. Gibbs (red.), *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought* (s. 84-105). Cambridge: Cambridge University Press; Reproduert i Wilson, D. & Sperber, D. (2012). *Meaning and Relevance* (s. 97-122). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). *Language and Communication in Autism*. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (p. 335-364). John Wiley & Sons Inc.
- Vosniadou, S., (1987). Children and metaphors. *Child Development*, 58 (3), 870-885.
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- Winner, E., (1988/1997). *The Point of Words: Children's Understanding of Metaphor and Irony*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

DISPUTAS: LIVSKVALITET HOS BARN MED HØRSELSTAP

CHRISTIANE LINGÅS HAUKEDAL, UNIVERSITETET I OSLO

Logoped Christiane Lingås Haukedal disputerte for graden ph.d. fredag 11. september 2020 på Institutt for spesialpedagogikk (ISP) ved Universitetet i Oslo.

Tittelen på avhandlingen er *Quality of Life in Children with Hearing Loss*. Avhandlingen er artikkelbasert, og består av tre artikler og en kappe som binder artiklene sammen. Professor Ona Bø Wie, UiO og Professor Bjørn Lyxell, UiO har vært veiledere.

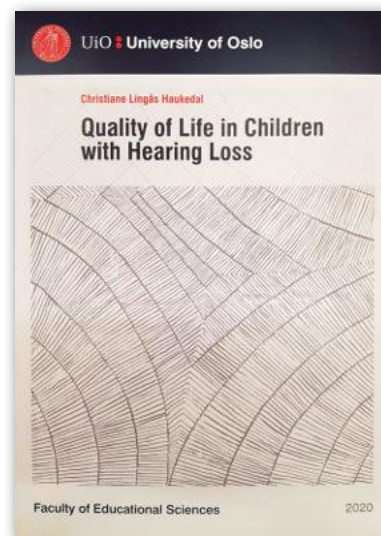
Avhandlingen er skrevet ved Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk, og vil bli tilgjengelig på www.duo.uio.no.

Komiteen som bedømte avhandlingen og prøveforelesningen bestod av associate professor Andrea D. Warner-Czyz, University of Texas, USA, professor Carolien Rieffe, Universiteit Leiden, Nederland og komitéleder professor emeritus Solveig-Alma Halaas Lyster, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Prøveforelesning og disputas ble ledet av førsteamanuensis Melanie Kirmess, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Det oppgitte emnet for prøveforelesningen var: *The role of incidental learning in social communication*.

Haukedal startet med å takke for et interessant og viktig emne for prøveforelesningen. Det er antatt at det kan være en mulig sammenheng mellom incidental learning (som kan oversettes med tilfeldig læring) og de vansker med sosial fungering som en ser hos en del barn som har hørselstap. Tilfeldig læring er all læring som ikke skjer eksplisitt, men implisitt og ofte uten oppmerksomhet, gjennom for eksempel overhøring av samtaler, ved å observere andre eller i samspill og lek. Mye språklæring skjer på denne måten. For barn med hørselstap kan dette være en utfordring. Selv om de har hjelpemidler som høreapparat eller cochleaimplantat (CI), så blir ikke hørselen helt lik den hos barn med typisk hørsel. Barn som har hørselstap kan for eksempel ha vansker med å følge en selvvalgt samtale i et rom hvor flere samtaler skjer samtidig, med å lytte i støy, med å overhøre andres samtaler eller hva som skjer på avstand. Dette er beskrivende for svært mange situasjoner barn inngår i, i løpet av en barnehage- eller skoledag. Tilfeldig læring og sosial fungering kan dermed bli skadelidende om tilgangen til det som skjer i omgivelsene er redusert som følge av hørselstap. Det å gå glipp av tilfeldig læring kan påvirke tilegnelse av sosial kommunikasjon,



Bjørn Lyxell, Sol Lyster, Christiane Lingås Haukedal og Ona Bø Wie.



som igjen vil kunne påvirke sosial interaksjon med jevnaldrende. Haukedal konkluderte derfor med at det trengs en større innsats for å tilrettelegge for barn med hørselstap i skolen, blant annet for å bedre mulighetene for sosial interaksjon og tilfeldig læring.

Førsteopponent associate professor Andrea D. Warner-Czyz ga først en oppsummering av avhandlingens tre artikler. Artikkel 1: Parents' Perception of Health-Related Quality of Life in Children with Cochlear Implants: The Impact of Language Skills and Hearing, artikkel 2: Health-Related Quality of Life in Children with Cochlear Implants: The Children's Perspective, og artikkel 3: Parents' Perception of Communication and Health-Related Quality of Life in Children using Hearing Aids.

Etter oppsummeringen roste førsteopponenten kandidaten for å ha skrevet en god avhandling med viktige bidrag. Blant annet ble det trukket frem som en styrke at det var brukt standardiserte mål, noe som gjør at man kan sammenligne på tvers av land og ikke bare internt i ett land, noe hun også anbefalte at man gjør. En annen fordel førsteopponenten trakk frem, er at Haukedal i sin avhandling sammenligner barn med høreapparat med barn med cochleaimplantat, og at dette er noe som bør videreføres i fremtidig forskning.

Haukedal undersøkte både barnas og foreldrenes oppfatning. Dette ble fremhevet som en styrke, fordi det kan gi bedre muligheter for veiledning av foreldre, og kan også sikre at barna og foreldrene har en felles forståelse. Videre styrker som ble nevnt var at kandidaten undersøkte livskvalitet og ikke bare kommunikasjonsferdigheter. Statistisk sett er det en fordel at det er undersøkt individuelle mål og ikke bare gjennomsnitt. Siden noen skårer svært lavt og andre svært godt, blir det viktig å ikke se på gjennomsnittet, for det vil jevnnes ut og skjule mål i hver ende av skalaen. Ved å vise individuelle skårer får man frem opplevelsene til den andelen av deltakerne som ikke er innenfor det typiske området.

Førsteopponenten gikk deretter videre til temaer som hun ønsket mer klargjøring av, blant annet hvordan tidlig auditiv utvikling er forbundet med sosiale ferdigheter. At barn med hørselstap mister flere måneder med utvikling av auditive ferdigheter før de får implantert CI, er et problem, fordi tidlige sosiale ferdigheter blir påvirket av dette. Opponenten ønsket Haukedals syn på hva man kan gjøre med dette, både fra foreldres side, men også med tanke på jevnaldrende. Haukedal svarte at hørselshjelp (hearing aids) tidlig er viktig, men også å oppmuntre foreldre til å kommunisere med barna, selv om de ikke hører, fordi de da får med seg turtaking, ansiktsuttrykk og annen nonverbal

kommunikasjon. Helt tidlig vil det være kommunikasjon med foreldre som er viktigst, men senere kan man oppmuntre til kommunikasjon med jevnaldrende, slik at de får med seg sosiale koder. Dette har det ikke vært så mye fokus på i forskningen hittil, da man har vært mer opptatt av barnas vokabular. Ifølge Haukedal er sosial fungering og det mer avanserte skolespråket et problem, da barn med hørselstap kan mangle ord som ikke blir lært i en terapi-situasjon, og da blir det vanskelig i interaksjon med jevnaldrende og på skolen med mer avansert skolespråk. Kanskje man burde ha mer fokus på læring som skjer i sosial interaksjon, særlig sosiale ferdigheter. Det kan være et problem, ifølge Haukedal, at kartleggingsverktøy som måler pragmatiske ferdigheter, ofte ikke fanger opp det som skjer i sosial interaksjon i skolen i tilstrekkelig grad. En mulig løsning kan være å også benytte seg av observasjon.

Andreopponenten, professor Carolien Rieffe, startet med å rose avhandlingen for å være god og velskrevet. Deretter spurte hun om hvorfor Haukedal valgte livskvalitet som

tema da det er et overordnet og generelt tema som det allerede er forsket mye på. Haukedal svarte at ved gjennomgang av forskningslitteraturen så hun at hørselstap påvirker så mange områder av livet, og at livskvalitet forener disse områdene, slik at det var interessant å se på det i stedet for bare én av faktorene. Videre svarte hun at barna hun forsket på i Norge er en «ny generasjon» med CI, både fordi barn får det tidligere enn før (før fylte to år), og også fordi CI er langt bedre nå enn det var på 90-tallet. Det er derfor interessant å se på hvordan livskvalitet oppleves for disse barna sammenlignet med det man har sett i tidligere studier. Andreopponenten lurte på om disse endringene gjorde at Haukedal forventet andre resultater. Haukedal bekreftet at hun hadde forventet at forskjellene mellom barn med og uten hørselstap ville være mindre enn det man har sett tidligere, noe hun også fant at de var. Imidlertid viser funnene at flere oppgir vansker knyttet til skolehverdagen, og det er viktig, fordi det også sier noe om hvordan skolesystemet er tilpasset barn med hørselstap. Derfor ville kandidaten fokusert mer på skolen som domene dersom hun skulle gjennomført studien på nytt i dag: Det sier noe om hvor vi bør sette inn støtet dersom vi vil forbedre livskvaliteten til disse barna.

Andreopponenten roste kandidaten for en glimrende prøveforelesning som forklarte tilfeldig læring så godt ved å vise til hvor viktig interaksjon med omgivelsene er. Videre drøftet opponenten og kandidaten om situasjonen i dag er at barn med hørselstap forventes å tilpasse seg omgivelsene mer enn at omgivelsene tilpasser seg barnet, og at byrden nå er på barn med hørselstap i stedet for at man fokuserer på å skape mer inkluderende klasserom. Noe som er med på å underbygge denne påstanden er at sosiale vansker og skolevansker hos barn med CI er noe som ofte vises i forskning.

Ifølge Haukedal ville det være interessant å gi barn med hørselstap mulighet til å få med seg alt som skjer gjennom tilfeldig læring, og at det sannsynligvis ville bedre sosiale kommunikasjonsferdigheter, siden det er vanskelig å lære bort mange av disse ferdighetene (som å forstå humor for eksempel) eksplisitt.

Kandidaten taklet begge utspørringene med glans.

Vi gratulerer Christiane Lingås Haukedal med doktorgraden!



Sol Lyster, Christiane Haukedal og Melanie Kirmess.

Referent: Anette Andresen

DISPUTAS: KVANTIFISERING AV STEMMESYKDOM OG EVALUERING AV STEMMEBEHANDLING

TOM KARLSEN, UNIVERSITETET I BERGEN

Logoped Tom Karlsen disputerte 23.9.2020. Tittelen på avhandlingen er «**The value of the Voice Handicap Index-questionnaire and acoustic analyses to the laryngological examination**».

Hovedveileder har vært professor Hans Jørgen Aarstad og medveileder professor II John-Helge Heimdal. Avhandlingen utgår fra Klinisk institutt 1, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Komiteén besto av førsteamanuensis Roland Rydell, Lunds universitet, Sverige (førsteopponent), førsteamanuensis Jenny Iwarsson, Københavns Universitet, Danmark (andreopponent) og professor II Halvor Næss, Universitetet i Bergen (leder for komiteén).

Disputasen ble ledet av professor II Sverre Karmhus Steinsvåg. På grunn av koronasituasjonen var ikke opponentene fysisk til stede i Bergen, men deltok digitalt.

I pressemeldingen for disputasen presenterte Karlsen arbeidet sitt slik:

Stemmerelaterte sykdommer kan påvirke dagliglivet til det enkelte individ. Å kvantifisere omfanget av stemmesykdom, samt å evaluere behandling for disse er utfordrende. European Laryngological Society (ELS) har foreslått en basisprotokoll for vurdering av stemmerelatert sykdom inn mot behandling av stemmesykdommer, samt for å vurdere virkningen av stemmesykdom på pasientens helse. ELS foreslår å inkludere både pasientens egen vurdering og fysiske studier av stemmen. Voice Handicap Index (VHI), er et instrument for selvrappotering av stemmevansker, og som internasjonalt er mye brukt. Fire studier, som totalt inkluderte 2735 individer, er utført.

VHI skilte mellom stemmesyke og friske, og mellom ulike stemmesykdommer. Videre studerte vi viktigheten av å inkludere generelle helserelaterte livskvalitetsmål, samt å studere akustisk analyse av stemme opp mot VHI i kliniske situasjoner. VHI ble oversatt til norsk fra engelsk. VHI diskriminerte mellom friske og pasienter med stemmesykdom.

VHI-spørreskjemaet var velfungerende også når det ble

studert blant pasienter med forskjellig stemmerelatert sykdom. På gruppenivå hadde VHI-30 (N) muligheten til å skille mellom stemmediagnoser.

I den tredje studien rapporterte spesielt pasienter med skade av nervene som styrer stemmebånd, samt pasienter med strupekreft redusert helserelatert livskvalitet. VHI-score var korrelert med livskvalitetsscore både generelt og med fokus på tale, samt korrelert med nivå av personlighetstrekket nevrotisme.

I den fjerde studien studerte vi bruk av objektiv stemmeanalyse. Slik analyse skilte mellom pasienter og kontroller, med unntak for dysfunksjonell-gruppen. VHI-skåre var særlig korrelert med objektiv stemmeanalyse blant pasienter med kreft og degenerative/inflammatoriske sykdommer. En grundig undersøkelse av pasienter med stemmerelatert sykdom, som foreslått av ELS, kan gi viktig informasjon om sykdommen. Disse analysene kan danne grunnlag når behandlingsresultater skal evalueres.

Prøveforelesningen fra 10.15 til 11.00 var over oppgitt emne «**Evidence for the effects of voice therapy**».

Karlsen innledet forelesningen med å vise video-opptak av en pasient med stemmevansker (ikke hørbar stemme), og å vise til at søk i PubMed på evidens for stemmebehandling ga relativ få funn. Dette førte til en refleksjon rundt hva evidens er, og hvilke krav som settes til evidens i forskningsverdenen, der høyeste standard for behandlingseffekt er systematisk gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier). Denne standarden er først og fremst fremmet innen medisin, der klare diagnoser kan forsøksvis behandles med medisin. Tom Karlsen henviste til Hoffmann et al. 2013 sin definisjon av den beste praksisen, såkalt Evidensbasert praksis (EBP): «Integrering av de beste forskningsbevisene med klinisk ekspertise og pasientene sine egne unike verdier og omstendigheter».

Karlsen problematiserte hvordan effekt av stemmebehandling kan måles innenfor kravene til RCT og EBP. Han ga først en innføring i ulike stemmevansker, årsaker til stemmevansker og ulike former for stemmeterapi. Denne delen ble



Tom Karlsen.

Foto: Paul S. Amundsen

avsluttet med å vise video av hvordan pust i fonasjonsrør førte til at den aktuelle pasienten fikk stemmen igjen. Karlsen pekte på at dette var bare én av et mangfold av metoder, at metodene varierer mellom logopeder og at metodene varierer med geografisk og/eller kulturell tilhørighet. Videre viste han til at kravene som settes til EBP kan være vanskelig å støtte i en klinisk behandling.

Dette førte til flere spørsmål: bør man gi opp av mangel på forskningsbasert evidens for behandling? Hva med validitet, påvirkning av kirurgi, logopedi, annet, dårlig beskrevne tilnærminger, uspesifiserte tilnærminger og inklusjonskriterier? Dette er faktorer som gjør at en ikke er i stand til å evaluere hvilke element av behandlingen som gir effekt. Karlsen diskuterte videre hva som ligger i EBP: vitenskapslig evidens, pasientens verdier og klinisk ekspertise. Dette har tidligere vært knyttet til logopedens personlighet og erfaring og er felt som kan forbedres. Karlsen formulerte dette i 7 punkter:

1. teoretisk kunnskap
2. mellommenneskelige og organisatoriske ferdigheter
3. evne i å samle informasjon
4. evne i å sette opp mål
5. ferdigheter til å velge optimal behandling
6. ferdigheter i stemmeterapi

Han avrundet forelesningen med en oppsummering av status og fremtidige mål:

- evidens for effekt av stemmebehandling på lavt/moderat nivå
- studier har lavt antall og intervensjon dårlig beskrevet
- behov for sterkere studier og mer omfattende RCT
- behov for å anerkjenne klinisk ekspertise (KE)
- ytterlige beskrivelse og definisjon av KE
- systematisering og definisjon av KE
- systematisering av KE i logopedutdannelsene

Forelesningen ble nydelig avrundet med at Hilde Haraldsen Sveen sang til akkompagnement av Torleif Torgersen på piano. Og rosinen i pølsen var at sangerinnens stemmebånd simultant ble vist på video!

To kommentarer kom fra de to opponentene. Rydell Roland pekte på at «medisinen» i logopedisk behandling er terapeuten, som også kan være en placebo. Jenny Iwarsson pekte på at hun har stilt spørsmål ved om RCT-løsninger, som krever stort N, homogene grupper og én bestemt behandling (f. eks. medisin eller en tablett) er anvendbart i logopedisk forskning.

I sum ble dette en fin prøveforelesning, som etter et kort møte i komitéen ble godkjent.

Vår egen kommentar er at avrundingen av forelesningen kan stå som en utfordring til diskusjon om EBP innen alle de logopediske feltene.

Selve disputasen fant sted kl. 12.15

Avhandlingen er artikkelbasert, og følgende fire artikler inngår:

I: Karlsen T, Grieg AR, Heimdal JH, Aarstad HJ. (2012): «Cross-cultural adaption and translation of the voice handicap index into Norwegian», *Folia Phoniatr Logop.* 64(5):234-40.

II: Karlsen T, Heimdal JH, Grieg AR, Aarstad HJ. (2015): «The Norwegian Voice Handicap Index (VHI-N) patient scores are dependent on voice-related disease group», *Eur Arch Otorhinolaryngol.* Oct;272(10):2897-905.

III: Karlsen T, Sandvik L, Heimdal JH, Hjermstad MJ, Aarstad AK, Aarstad HJ. (2017): «Health-related Quality of Life as Studied by EORTC QLQ and Voice Handicap Index Among Various Patients with Laryngeal Disease», *J Voice.* Mar;31(2): 251.e17- 51.e26.

IV: Karlsen T, Sandvik L, Heimdal JH, Aarstad HJ. (2018): «Acoustic Voice Analysis and Maximum Phonation Time in Relation to Voice Handicap Index Score and Larynx Disease», *J Voice.* 2020 Jan;34(1): 161.e27-161.e35.

Etter godkjent prøveforelesning forsvarte Karlsen avhandlingen sin. Det ble en god og interessant dialog mellom kandidaten og opponentene, som begge holdt fram den store verdien arbeidet hans har for fagfeltet.

Karlsen er utdannet logoped ved Høyskolen i Bergen, og har master i logopedi ved UiB. Han har arbeidet i 13 år i stemmeteamet ved Statped vest, 10 år bistilling ved ØNH-avdelingen ved Haukeland universitetssykehus, og er nå ansatt i egen klinikk; Stemmelogopedi AS. Han har bistilling ved Barne- og ungdomsklinikken, og er både foreleser og praksisveileder ved Masterstudiet i logopedi, UiB.

Vi gratulerer vår kollega Tom med doktorgraden!

Wenche Andersen Helland, Ragnhild Reke Heitmann, Turid Helland – Masterstudiet i logopedi, Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, UiB



Det krystallklare valget ved **dysfagi**

ThickenUp® Clear er et amylaseresistent fortykningsmiddel som endrer konsistensen i mat og væske uten å påvirke smak, lukt eller farge. ThickenUp® Clear har klinisk bevist å redusere risikoen for aspirasjon, og øke svelgesikkerheten.¹⁻⁴

Informasjon til helsepersonell

Ref: 1. Rofes L et al. Aliment Pharmacol Ther 2014;39(10): 1169-79. 2. Vilardell N et al. Dysphagia 2016; 31(2):169-79. 3. Leonard RJ et al. J Acad Nutr Diet. 2014;114(4):590-4. 4. Rofes L et al. Neurogastroenterol Motil 2014 Sep;26: 1256-65.



www.nestlehealthscience.no

DISPUTAS: KARTLEGGING OG OPPLÆRING FOR BARN MED NORSK SOM ANDRESPRÅK

MIA CECILIE HELLER, UNIVERSITETET I OSLO

Master i pedagogisk-psykologisk rådgivning Mia Cecilie Heller disputerte for graden ph.d. fredag 2. oktober 2020 på Institutt for pedagogikk ved Universitetet i Oslo.

Tittelen på avhandlingen er *Supporting second-language learning in the early elementary years: A researcher-practitioner approach*. Kandidaten har hatt professor Vibeke Grøver og professor Arne Lervåg, begge fra Universitetet i Oslo, som veiledere.



Mia Cecilie Heller. Foto: May-Britt Monsrud.

Komiteen som bedømte prøveforelesningen og avhandlingen bestod av førsteopponent Professor Ulrika Wolff, Göteborgs Universitet, andreopponent Professor Åse Kari Hansen Wagner, Universitetet i Stavanger og komitéleder Professor Helge Strømsø, Universitetet i Oslo. Professor Tone Kvernbekk ledet disputasen.

Foruten kappen består avhandlingen av tre artikler: 1: Oral language intervention in Norwegian schools serving young language-minority learners: A randomized trial. 2: Teachers' instructional talk in partly scripted language intervention targeting young language-minority learners: development over time. 3: Kartlegging av språkferdigheter for elever på 1. -4 trinn: En vurdering av kartleggings-verktøyet Norsk som Læringspråk (NSL).

Prøveforelesningen var p.g.a. koronasituasjonen digital og ble publisert på internett dagen før selve disputasen. Det oppgitte emnet for prøveforelesningen var: Språkutvikling hos barn med norsk som andrespråk: *Implikasjoner for utforming av språkintervensjoner*.

Mia startet forelesningen med å takke for et interessant og dagsaktuelt tema. Hun trakk frem en vektlegging av norsk-språklige ferdigheter for læring, som presisert i Stortingsmelding. nr. 6, og at språklig mangfold løftes frem som et kjerneelement i overordnet del av den nye læreplanen som har trådt i kraft høsten 2020. Det ble poengtert at språkferdigheter er viktig for skolefaglig utvikling, at det i vårt flerkulturelle samfunn er et økende antall barn som snakker et annet språk enn norsk, og at studier viser at flerspråklige barn har svakere skoleprestasjoner enn sine enspråklige medelever. Mia trakk blant annet frem undervisningskvalitet som en viktig faktor som påvirker barns andrespråksinnlæring. Forskning på språkintervensjoner ble deretter tatt opp gjennom hovedpunkter som hvem som skal motta og gjennomføre intervensjon, hva som skal være innholdet og hvordan intervensjonen ser ut. Det pågår et viktig skifte i utdanningsforskning nå som innebærer at samarbeid mellom forskere og praksisfeltet vektlegges, heller enn at forskerne forsker alene. Videre presenterte hun tre norske studier, inkludert sin egen, som alle viste positive effekter av språkintervensjoner. For å styrke språk-

opplæringen er det flere ting som kan vektlegges. En styrking av språkmiljøet generelt, antall og variasjon av ord man jobber med, kompleksitet i setninger som benyttes og utvidet tale. Sentrale punkter er å møte disse barna der de er språkmessig, og å bygge bro mellom hverdagsspråk og akademisk språk, og mellom hva de kan på norsk og hva de trenger for å få tilgang til kunnskap som formidles. I tillegg fremheves betydningen av å jobbe med språkopplæring i alle fag og ikke minst kompetansen til de som gjennomfører språkopplæringen.

Førsteopponent Ulrika Wolff takket for å få muligheten til å lese avhandlingen. Hun syns den var interessant, og den fikk henne til å reflektere over temaet og over hvordan man arbeider med de minoritetsspråklige barnas språkferdigheter i skolen. Hun fortalte at det var trist å ikke kunne være til stede på disputasen fysisk, men viste frem blomster hun hadde kjøpt for anledningen.

Først oppsummerte Wolff avhandlingen og gikk gjennom de tre artiklene som inngår i den. Det overordnede forskningsspørsmålet i studien dreier seg om hvordan minoritetsspråklige elevers andrespråksferdigheter i tidlig skolealder kan støttes gjennom et forsker-praktikerpartnerskap. Gjennom samarbeidet ble kartleggingsverktøyet Norsk som Læringsspråk utviklet (NSL), sammen med tiltaksprogrammet Norsk intensivt språkkurs (NISK). Wolff var i sin utspørring særlig opptatt av samarbeidstilnærmingen mellom forskere og praktikere ettersom det var gjennomgående i avhandlingen. Hun var ukjent med hvordan det norske systemet er organisert, og stilte spørsmål om partene som deltok i samarbeidet, hvilke roller og funksjoner disse hadde, samt hvordan prosessen hadde foregått. I studien var det psykologer (pp-rådgivere) som hadde vært forskerne og såkalte ressurslærere som bidro fra praksisfeltet. Ledelsen ved de deltakende skolene og ledelsen i utdanningsetaten i kommunen var også involvert. På spørsmål om hva som er viktig med et skille mellom forsker og praktiker kunne Mia svare at samarbeidsformen fungerte godt for å få frem det kvalitative aspektet, og at forskere kanskje er mer ivrige på å få frem det kvantitative. Det som kunne være utfordrende var å finne en felles møteplass over tid, men at man lærte mye av diskusjonene som kom opp når man møttes. Wolff fremhevet videre at det sosial-interaksjonistiske perspektivet også gjennomsyrrer avhandlingen. Det vises ved at studien er rettet mot at læring gjennom samspill er en viktig del av språkutviklingen, hvilke kvaliteter ved samtalen man ser på, og at man i studien fant effekt av intervensjonen, men at man i

mindre grad ser på hvorfor man får effekt. Deretter ble metodiske aspekter ved avhandlingen tatt opp, blant annet utvalgsstørrelse og hvilke variabler som ble undersøkt i testene.

Andreopponent Åse Kari Hansen Wagner trakk også frem partnerskapet mellom forsker og praktiker som ramme for intervensjon og beskrev det som en stor styrke for avhandlingen at Mia selv hadde vært så involvert i arbeidet. Wagner var opptatt av å klargjøre denne rollen, og lurte på om det ved siden av å være så mange fordeler kunne være ulemper ved å være så involvert i arbeidet selv. Til dette svarte Mia at en ulempe kunne være at hun kunne ha vært med å påvirke resultatet ettersom hun jo også har kartlagt barna som var med. Videre var Wagner særlig interessert i det som ble undersøkt i avhandlingens artikkel to, det vil si elev-lærer-interaksjonene, eller undervisningsspråket, «læringssnakket». Spørsmålet var hvorvidt lærere endrer sitt undervisningsspråk, eller grad av manualstyrthet, under en intervensjon. Wagner hadde etter noen forsøk fått tilsendt deler av materialet, ved ulike oppgaver, men også instruksjoner til lærere, som hun viste frem for tilhørerne. Resultatene på disse undersøkelsene viste at lærerne endret språket sitt fra starten av intervensjonen til slutten, fra en høy grad av manualstyrthet til en mer utvidet diskurs mot slutten. Resultatene viste også at både lærere og elever økte antall ord per minutt samtidig som variasjonen i typer ord som ble brukt økte. Men fortsatt var det likevel lærerne som sammenlagt snakket mest. Wagner formidlet at resultatene kan gi oss innsikt i hvilke mekanismer som ligger til grunn for endringer, innsikt med tanke på hvordan intervensjoner kan se ut og implementeres, samt tydeliggjøre handlingsrommet lærerne har i samtaler med elevene sine. Wagner oppsummerte Mias arbeid som godt designet, klokt diskutert og fint skrevet!

På spørsmål fra Wagner om Mias viktigste funn for praksis svarte hun at hun har funnet kvaliteten man var ute etter ved Norsk som læringsspråk, og at det nå er dokumentert at verktøyet kan brukes.

Så håper vi at både NSL og NISK kan bli tilgjengelig for flere siden vi vet at antall minoritetsspråklige barn i norsk skole blir større.

Vi gratulerer Mia Cecilie Heller med doktorgraden!

Referent: Ingrid L. Holmstrøm

AFASIDAGENE 2020

Dette året har skapt nye situasjoner og utfordringer for oss alle, og vi logopeder har måttet omstille oss og finne nye måter å jobbe på. På kort tid er mye av arbeidet vårt digitalisert, og vi rekker heldigvis ut til både klienter og hverandre via video. I løpet av året har vi blitt vant til å holde møter og kurs på denne måten, og Afasidagene var intet unntak – 22.-23.oktober var det klart for videooverførte kursdager med mange spennende foredrag.

Monica Norvik fra afasiteamet i Statped sørøst ledet oss gjennom de to dagene, og både gjennomføring og teknologi fungerte meget bra begge dager! Foredragsholderne gjorde også en imponerende jobb med å formidle, og etter hver økt kunne det sendes inn spørsmål til Norvik, som så videreformidlet dem til foredragsholderen.

Hele den første dagen var satt av til Primary Progressive Aphasia (PPA), og dr. Anna Volkmer fra UCL, Storbritannia, holdt forelesningen *Primary Progressive Aphasia: Assessment and management of speech, language and communication*. Hun holdt et spennende og engasjerende foredrag, og seks timer foran PC-en gikk overraskende fort. Volkmer hadde en grundig gjennomgang av hva PPA er, med beskrivelse av de tre forskjellige variantene semantisk, ikke-flytende og logopenisk PPA. Diagnosen er relativt ny, og en beskrivelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier for diagnosen, beskrevet av Mesulan på 1980-tallet, er fortsatt retningsgivende. PPA kan beskrives som en språkvariant innenfor demens, og et av inklusjonskriteriene er at språk er den primære vansken. Volkmer snakket om at det er vanskelig å skille de forskjellige demensdiagnosene, noe som selvsagt også omfatter PPA. I USA er det utviklet en egen test for kartlegging av PPA, PASS (Progressive Aphasia Severity Scale), men den er ikke oversatt til norsk. Det anbefales å gjøre en bred kartlegging for å fange opp problemområdene innenfor PPA.

I den semantiske varianten av PPA vil klienten vanligvis ha en flytende tale, og kan si mye, men det er ofte lite informasjon i det som sies. Personen vil ofte lete etter ord, og Volkmer nevnte at setningen «hva er X...» ofte er et gjennomgående spørsmål hos denne gruppen. Fonologi og grammatikk er stort sett intakt, og personen kan imitere bra, men vil ofte bruke noe upresise ord og overbegreper istedenfor det aktuelle ordet.

I den ikke-flytende varianten av PPA er uttalen preget av telegram-stil, med enkeltordyttringer eller korte setninger

som ikke er grammatisk korrekte. Talen kan også få et dyspraktisk preg, og språkforståelsen blir stadig verre. Volkmer beskriver den logopeniske varianten som den vanligste formen av PPA. Her beskrives det ordmobiliseringsvansker både i spontantale og benevnning, fonologiske parasier og vansker med å finne riktig form av aktuelle ord, vansker med å imitere setninger samt vansker med sekvensering.

Selv om de forskjellige variantene har forskjellige kjennetegn, er det ikke alltid lett å stadfeste hvilken variant en klient har. I noen tilfeller kan man oppleve at en klient har litt av alle vanskene som er beskrevet over, og i noen tilfeller vil klienten ha lite symptomer. Volkmer forteller at så mange som 41% ikke passer til kriteriene. Volkmer påpeker også at til forskjell fra slagutløst afasi, er PPA progredierende.

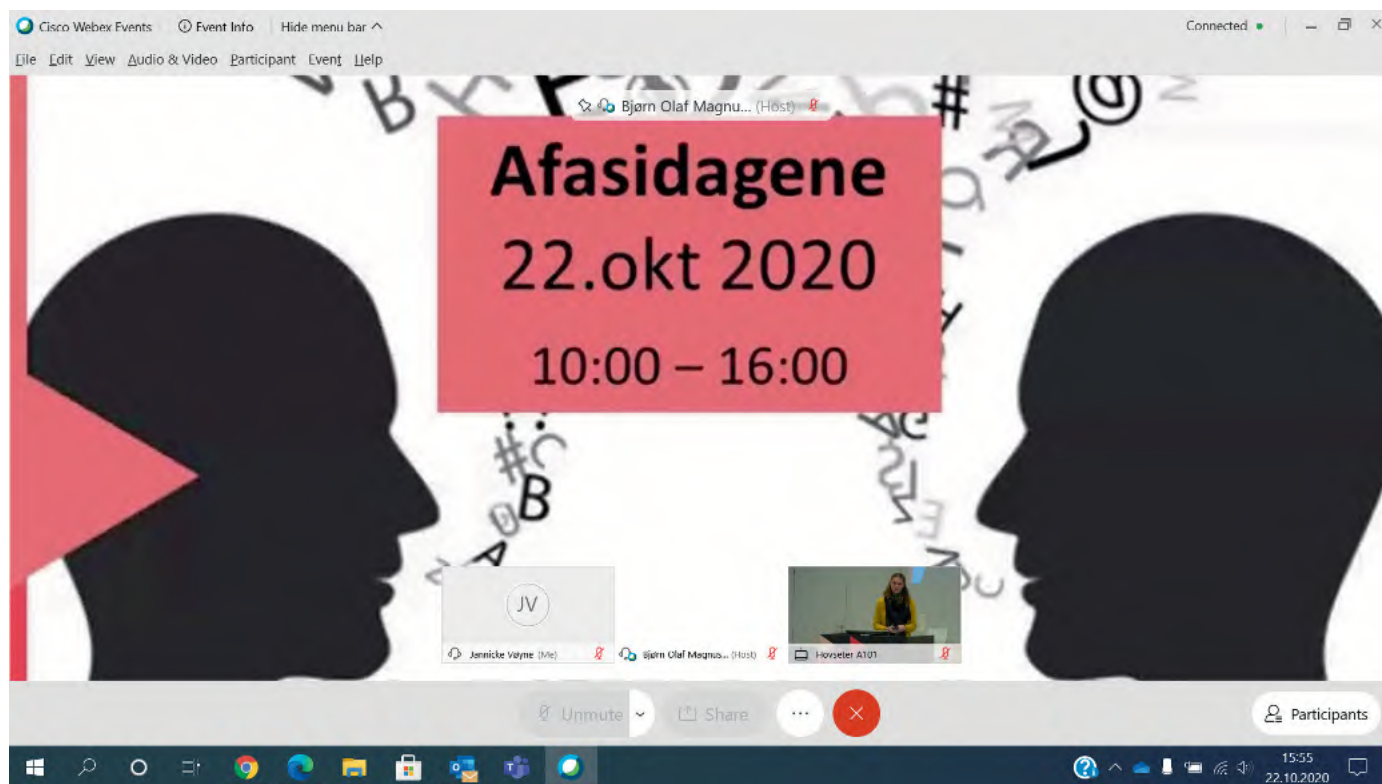
Fredag 23. oktober var fordelt mellom fem forskjellige forelesere, samt et informasjonsinnslag fra Afasiforbundet. Under er en kort beskrivelse av noen av foredragene:

Dagen startet med en presentasjon fra professor Tone Kvernbekk, IPED, UiO, med tittelen *Hvordan kan forskningsdata brukes i praksis?*

Kvernbekk snakket bl.a. om at forskning ikke alltid forteller oss hele historien; kvantitative data kan fortelle oss AT noe virker, men ikke hvorfor. Tiltak blir alltid testet ut i en bestemt setting, med lokale faktorer, og hvis de lokale faktorene ikke er til stede ved senere utprøving av tiltaket er det ikke sikkert (eller t.o.m. lite sannsynlig) at resultatet vil bli det samme. Med lokale faktorer menes bl.a. ressurser som skolebøker, personell, tid, rom o.l.

Dr. Helena Taubner, Högskolan i Halmstad, snakket om *Afasi och narrativt aktörskap – att äga berättelsen om seg själv trots en språklig funktionsnedsättning*.

Taubner begynte forelesningen med å vise bilder av seg selv i mange forskjellige settinger, fra barndom frem til i dag, mens hun presenterte seg selv. Dette var et effektivt poeng for å få frem hva det betyr at man kan presentere seg selv, hvilke vurderinger man gjør når man selv kan velge hvilke deler man ønsker å presentere, og hva det betyr å ikke kunne fortelle historien om seg selv. Hennes doktorgradsavhandling om afasi og narrativt aktörskap bygget bl.a. på fremstillingen av personer med afasi i media (svenske avisartikler), hvor fremgang og det å overvinne



vansker stort sett er hovedtema. Det finnes også historier om at det er vanskelig, men de aller fleste historiene ender opp med en lykkelig slutt. Taubner peker på at dette kan bli rammen for hva man kan fortelle om seg selv, og at dette kan sette begrensninger. Hun snakket også om det å eventuelt identifisere seg med afasien eller ikke når afasi er en del av historien blir den ofte dominerende. Taubner snakket om forskjellen på å presentere seg online og offline; hvordan man kan skape et bilde som passer bedre med egen oppfatning, på nett – hvor den man kommuniserer med ikke blir påvirket eller er oppmerksom på aktuelle språk-vansker. Hun snakket også om hvordan tekniske hjelpemidler kan gjøre kommunikasjonen lettere for mange, men også hvordan personer med afasi kan oppleve digitalt utenforskap. Taubner gjorde også deler av undersøkelsene sine på en afasilinje på en høyskole; dette var en klasse med personer som alle hadde afasi. De bodde på skolen i uke-dagene, men dro hjem i helgene. Selv om det er store variasjoner i hvordan afasien arter seg hos de forskjellige studentene, gir dette bedre rom for å kunne fortelle mer av sin egen historie, enn at historien blir styrt av hva andre vet, eller tror de vet, om afasi.

Dagen ble avsluttet med informasjon om *AIQ: Nytt instrument for å utforske virkningen av å leve med afasi*, presentert av logopedene Ingvild Winsnes og Monica Norvik fra afasi-teamet i Statped sørøst.

AIQ (Aphasia Impact Questionnaire) er et spørreskjema om det å leve med afasi, og gir personer med afasi mulighet til å presentere sitt perspektiv, sin subjektive opplevelse av det å leve med afasi. Spørreskjemaet er billedbasert, og omhandler kommunikasjon, deltakelse og emosjonell tilstand/trivsel. Spørreskjemaet gjennomføres i forbindelse med CAT – Comprehensive Aphasia Test, og er ment å erstatte del 3 i CAT-testen («Disability»). Man kan velge kjønn og etnisitet på bildene i spørreskjemaet, og spørsmålene besvares på en skala fra 0 til 4. Verktøyet ligger til gratis nedlastning på AIQ sin hjemmeside, men forfatteren ber om donasjon.

Selv i en heldigital form var afasidagene både spennende og engasjerende. Foreleserne holdt gode foredrag, temaene var spennende og teknologien var solid gjennom begge dagene. Vi har allikevel et lite håp om at neste års afasidager kan holdes på Hovseter igjen!

Jannicke Vøyne



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

post@stamming.no

STAMMINGEN HAR STYRKET MEG SOM MENNESKE

Jeg ville aldri ha vært foruten hverken stammingen eller ledervervet i NIFS. Begge deler har formet meg som menneske og gjort meg til den jeg er i dag.

Etter seks år er tiden inne for å gi ledervervet videre. Det skjer under det neste årsmøte i mars 2021 (med forbehold om koronasituasjonen). Da jeg meldte meg inn i NIFS på nyåret 2014, hadde jeg aldri hørt om NIFS eller vurdert det som aktuelt å melde meg inn. Jeg ble medlem nærmest ved en tilfeldighet, og fikk straks redaktøransvaret for medlemsbladet Stamposten og ble samtidig vara i styret.

Tross manglende erfaring, sa jeg ja til å bli leder i 2015 fordi jeg ville bidra til å gjøre en forskjell. Jeg hadde erfart i mer enn 25 år hvilken negativ innvirkning stamming kunne ha på livet, alt fra dating til jobbsøking, og at fellesnevneren var behovet for mer faktabasert kunnskap. Læringskurven har vært bratt. Jeg suste inn i lederoppgavene uten noen som helst forutsetning for å påta meg dette vervet, annet enn at jeg stammet og hadde tro på meg selv.

I samarbeid med noen nøkkelpersoner i styret har jeg vært med på en formidabel utvikling i NIFS; dobling av antall medlemmer, rekordmange saker i presse og media, bokutgivelse, informasjonsbrosjyrer til barnehager og skoler, et tettere samarbeid med noen av landets fremste logopeder, et 20-talls antall foredrag for studenter og foreldre, satsing på et tilbud for barn som stammer (Familieweekend) og internasjonalt anerkjente logopeder og forskere fra USA som foredragsholdere på NIFS' nasjonale arrangementer. Det har vært arbeidskrevende og tidvis ganske slitsomt, men så gøy det har vært!

Min holdning har hele tiden vært at vi som har en taleflytvanske og logopeder må ha et godt samarbeid for at den felles forståelsen av hva stamming og løpsk tale er skal bli best mulig.

Det er en helt avgjørende faktor for å styrke logopedtilbudet. NIFS' samarbeid med fagmiljøet har handlet om enkelte ildsjeler blant logopedene, ikke på et organisatorisk nivå. I denne sammenheng er det særlig de fire logopedene i vårt faglige utvalg jeg ønsker å fremheve som nøkkelpersoner for NIFS: Siv Andresen, Linn Stokke Guttormsen, Tommy Olsen og Hilda Sønsterud, samt tidligere nestleder Jon-Øivind Finbråten.

For jeg er av den oppfatning at vi har vært eksperter på hvert vårt felt (og noen av de nevnte logopedene stammer i tillegg selv), og dermed kan utfylle hverandre; personlig erfaring og fagkunnskap forenes. Min oppfordring til Statped og Norsk logopedlag i tiden fremover er å lære seg å lytte til de som vet best hvordan det er å ha stamming eller løpsk tale, nemlig menneskene selv. Det hjelper lite med brukerutvalg i Statped når det gis liten anledning til å påvirke, eller når Norsk logopedlag i altfor liten grad benytter seg av medlemmer i NIFS til å dele sin erfaring med logopedene. Jo mer jeg i begynnelsen av min lederperiode leste meg opp på forskning og samtidig ble kjent med noen logopeder som kunne faget sitt til finger-spissene, jo mer innså jeg at stamming arter seg forskjellig fra person til person. Denne innsikten kunne jeg ikke ha vært foruten.

Ledervervet har gitt meg større menneskelig innsikt. For stammingen vil alltid være en del av meg og min identitet. Og til slutt, jeg har blitt kjent med en del fine folk som i dag er gode venner. Stammingen har styrket meg som menneske.

Takk for meg!

HVA ER «GODT NOK», OG ER «GODT NOK» NOK?

Dette er en republisering fra NTL 4/10. Teksten kommer på trykk igjen etter forfatterens godkjenning.

Vi hører ofte at det arbeidet vi gjør, skal være godt nok. Det er gjerne sjefer i mer eller mindre høy posisjon som ordlegger seg slik, og det er egentlig ikke vanskelig å si seg enig. Vi kan jo ikke trylle, og det er derfor som regel ikke realistisk å oppnå det optimale, men en faglig standard på et visst nivå, det må vi selvfølgelig ha. Klarer vi ikke å holde arbeidet vårt på et faglig høyt nivå, er vi ikke fornøyd med det vi har levert, og vi konstaterer at det vi likevel fikk gjort, ikke var godt nok.

Uttrykket «godt nok» fortjener kanskje en analyse. Den som formulerer seg slik, har antagelig en idé om at vi skal jobbe relativt godt, men at vi likevel ikke trenger å strekke oss noe lenger enn det. Hvis det er en høyt plassert sjef som bruker formuleringen «godt nok», kan det være et uttrykk for at det er behov for nyansettelser, hvis man skal klare å holde tjenesten på et høyest mulig nivå, men ansettelser har man kanskje ikke råd til. Da konstaterer man fort at det arbeidet man gjør pr. i dag, er godt nok. Når «godt nok» blir brukt som en selvfølgelighet, er det lett å si seg enig. Vi kan jo uansett ikke trylle, som sagt.

Hva er «godt nok»? Sant å si, jeg aner ikke. En kvalifisert gjetting er at heller ingen andre vet. Hvis vi bistår med kompetanse som mottakeren ikke hadde fra før, gjør vi noe godt, men er det godt nok? Kanskje, kanskje ikke. Det avhenger vel av om vedkommende har bruk for kompetansen eller ikke. Gitt at han faktisk har bruk for det vi bidrar med, hvor mye kompetanse skal vi da overføre for at det skal være «godt nok»? Og hvorfor skal vi ikke overføre enda mer (i et tempo og under former som gavner saken)? Hva er det som gjør at vi setter en grense for hva vi skal yte i denne jobben? Er det trange budsjetter som igjen fører til at man ikke nyansetter? Er det vår egen arbeidskapasitet? Vi skal tross alt orke frem til 67 års alder, og vi vil ikke bli utbrent på veien. Det er jo ingen som takker oss, hvis vi tar knekken på oss. Selvfølgelig må vi ta vare på oss selv og passe på ikke å bli utbrent. Hvis vi gjør det vi kan uten å ta knekken på oss, må vi med god samvittighet kunne si at det vi gjør, er godt nok.

Men det behøver ikke å være «godt nok» bare fordi vi jobber så hardt vi kan uten å bukke under. «Godt nok» må da også være et kvalitetsuttrykk? Kanskje vi noen ganger skal gjøre mindre enn det vi vanligvis gjør, tillate oss å stoppe opp et øyeblikk og reflektere over hva vi holder på med? Etter en slik tenkepause, velger vi kanskje å gjøre enkelte ting annerledes. Det vi gjør, kan aldri være godt nok, hvis ikke kvaliteten er god. Hvem vurderer kvaliteten i det vi gjør? Det ubesvarte spørsmålet er fortsatt hva som er godt nok. Jeg tror ingen vet. Til syvende og sist er det kanskje et samvittighetsspørsmål som hver enkelt må stille seg selv. Senest i dag ble jeg konfrontert med en munnmotorisk problemstilling som jeg ikke klarte å se hvordan skulle håndteres. En av spesialpedagogene hadde et forslag til en mulig strategi, og det endte med at vi gikk for den, men var det godt nok fra min side?

Er «godt nok» nok? Bruker vi formuleringen «godt nok» for å rettferdiggjøre at vi ikke strekker oss så langt som vi realistisk sett kunne ha gjort kvantitets- og kvalitetsmessig, eller sier vi at vi yter godt nok bare når vi faktisk har gjort vårt beste? Da må det jo være godt nok, i hvert fall i den situasjonen, men er det nok? Nok for hvem? For meg eller for den andre parten? På den ene siden kan vi ikke ha så høye idealer at vi aldri blir fornøyd med det vi gjør, men på den annen side bør vi heller ikke si oss fornøyd før vi har prøvd å finne ut av det vi ikke fikk til. Som regel kommer det nye muligheter, og dem bør vi gripe. Selv om det vi gjorde første gangen, var delvis bra, kan vi kanskje gjøre det bedre neste gang vi møter den samme klienten. I mellomtiden bør vi ha oppdatert oss på problemstillingen. Dette gjelder for eksempel den munnmotoriske utfordringen jeg nevnte over. Det jeg presterte i dag var i beste fall godt nok foreløpig, men ikke godt nok i et lengre perspektiv. Dersom vi bruker formuleringen «godt nok» for å slippe å strekke oss, er «godt nok» ikke nok. Jeg må strekke meg litt for å kunne møte den munnmotoriske problemet. Før jeg har gjort det, er det i hvert fall ikke nok fra min side.

Erik Reichmann, Yrkesetisk råd



Edda Óttarsdóttir

Navn: Edda Óttarsdóttir

E-post: edda.ottarsdottir@helse-bergen.no

Bakgrunn: Mastergrad i logopedi

Tilknytning: Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Haukeland Universitetssykehus. Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, UiB.

Tidsperiode: 2018-2022

Veileder: Eike Wehling

Biveileder: Karsten Specht

Tittel: Language and cognitive functioning in patients with low grade glioma

Kort beskrivelse av prosjektet:

Studiens formål er å se på kognitiv fungering (språk, hukommelse, oppmerksomhet, prosesseringshastighet, eksekutive funksjoner) i pasienter med lavgradig hjernetumor (WHO grad II). Pasientene rekrutteres gjennom de involverte avdelingene på Haukeland sykehus. De utredes med kognitive tester på tre tidspunkter. Før kirurgisk inngrep, tre eller seks måneder etter og tolv måneder etter. I tillegg går de gjennom en kort screening én til to dager etter operasjonen. Livskvalitet blir kartlagt med flere spørreskjema på samme tidspunkter som den kognitive vurderingen. Hensikten med utredningen er å se i hvilken grad kognitive funksjoner og livskvalitet er påvirket av svulsten og deretter operasjon og medisinsk behandling, og videre hvordan disse funksjonene utvikler seg over tid. Lavgradig hjernetumor forekommer hyppigst i populasjonen mellom 35 og 45 år. Pasientgruppen har en gjennomsnittlig overlevelsestid på 5-15 år, og må derfor leve med en svært alvorlig diagnose. Til tross for det vil de gjennom flere år ha lite symptomer, og de aller fleste ønsker å kunne bidra aktivt i familie- og arbeidslivet. Kliniske rutiner inkluderer per i dag ikke, eller i svært liten grad, utredning av kognitivt funksjonsnivå, emosjonelle følger, fatigue/søvn og livskvalitet. Det er derfor viktig å kartlegge pasienter longitudinelt for å kunne skissere deres funksjon i og etter primærbehandlingen og mulig behov for rehabilitering. I tillegg til utredning av kognitiv funksjon og livskvalitet går pasientene gjennom en utvidet fMRI-undersøkelse. Hensikten med å inkludere fMRI-data er å kunne se på de underliggende nettverkene i hjernen og hvordan de korrelerer med atferdsdata.

I HVILKET ANNET FAG TAR MAN MESTERBREV UTEN Å HA GRUNNUTDANNELSE? NORGE TRENGER ET BACHELOR-STUDIUM SOM KOMBINERER LOGOPEDI OG AUDIOPEDAGOGIKK.

Ingebjørg Skaug
Logoped MNLL
iskaug@online.no

Som overskriften viser, ønsker jeg å ta opp to ting i denne artikkelen, fordi de hører sammen. Den ene er kvaliteten på, og organiseringen av utdannelsen innen fagområdet logopedi/audiopedagogikk i Norge, og det faktum at vi per i dag ikke har noen grunnutdanning verken i logopedi eller audiopedagogikk. Studiene er lagt i sin helhet til mastergradsnivå, og studentene får på ingen måte kompensert for sin manglende grunnutdanning med denne ordningen.

Det andre jeg ønsker å ta opp er at det ikke lenger er hensiktsmessig med et vanntett skott mellom fagområdene logopedi og audiopedagogikk. Etter at cochleaimplantatet (CI) gjorde sitt inntog som revolusjonerende medisinsk behandling av døvfødte og døvblitte, har de aller fleste hørselshemmede barn nå hørselsmessig tilgang til alle språklyder og har talespråket som sitt kommunikasjonspråk. De aller fleste av dem går i lokalbarnehagen og lokalskolen i sine hjemkommuner. Kommuner har en tendens til å ville ansette fagfolk som kan favne flest mulig av elevene og ansetter derfor i overveiende grad ikke audiopedagoger, men logopeder, som ikke har kompetanse i audiologi og hørselshemming. Dette gir ikke et faglig forsvarlig tilbud til hørselshemmede barn i kommunens pedagogiske institusjoner, et tema som jeg for øvrig har belyst i min artikkel om habilitering av cochleaimplanterte barn i Norsk tidsskrift for logopedi 02/2020. Det eksisterer altså ikke en kombinert utdanning som er tilpasset vår tids behov i Norge. I andre land eksisterer ulike utdannelsetilbud innenfor fagfeltene logopedi og audiopedagogikk både på master- og bachelornivå parallelt. Jeg ser ikke noe i veien for at det kan bli slik i Norge også. Jeg foreslår derfor at det nå opprettes et bachelor-studium i audiologopedi i Norge.

Manglende grunnutdanning

Det ble bestemt at logoped- og audiopedagogikk-studiene i Norge i sin helhet skulle legges oppover til mastergradsnivå i 2003 i forbindelse med omleggingen til internasjonal studieordning med bachelor- og mastergrad i stedet for den gamle ordningen med grunnfag, mellomfag og hovedfag. Det kan være at det er den gamle norske tankegangen som ligger bak; at en logoped eller audiopedagog bare er en litt videreutdannet allmennlærer, og at dette ikke er eget fag som står på sin egen faglige plattform. Den tidligere ettårige grunnutdannelsen (grunnfaget) i logopedi og audiopedagogikk forsvant med innføringen av den nye, internasjonale studieordningen. Grunnfaget måtte tidligere bestås, før man kunne melde seg opp til hovedfag. Jeg har min utdanning etter den gamle ordningen, og har med hovedfaget til sammen tre års utdanning som logoped. I dag kan man altså maksimalt få to års utdanning i dette faget. En mastergrad har stor vektlegging av vitenskapelig metode og statistikk, og det insisteres på at studentene skal prestere på et høyt akademisk nivå. Av studietiden går 1/4 med til å prøve seg som forsker gjennom å skrive en vitenskapelig oppgave. Tilegnelsen av praktiske redskaper til å klare å utføre jobben man skal ut i, har veldig lite fokus.

Tenk deg tanken at en sykepleier skulle ta mastergrad og skrive en forskningsoppgave om et viktig tema i sitt fag uten grunnutdanning? Ville du hatt tiltro til at hun eller han kunne det som var faglig nødvendig? Hva med en fysioterapeut uten grunnutdanning? Ville du hatt tiltro til henne eller ham i opptreningen etter en ortopedisk operasjon? Det er faktisk utenkelig. Dette er to yrker som er veldig sammenlignbare med logoped- og audiopedagogyrkene, men bare de to førstnevnte har treåring grunnutdanning på bachelornivå.

Min egen erfaring med audiopedagogikk- og logopedstudiene

Til grunn for det jeg skriver ligger min egen opplevelse av logopedstudiet på Hosle i 1993/94, samt hvordan jeg nå opplever studieforholdene utenfra, som foreleser gjennom tre tiår i fagdisiplinen «praktisk taletrening» på audiopedagogikkstudiet ved Universitetet i Oslo (UiO). Disiplinen «praktisk taletrening» er en kombinasjon av lytte-trening, artikulasjonstrening og konkrete metoder for talespråkutvikling i videst mulig forstand, kjent som «speech therapy» internasjonalt. Det er viktig å huske på at lyttetrening er en integrert del av taletreningen, og at normalthørende med språkproblemer i høyeste grad også trenger trening i å lytte.

Fagområdet «praktisk taletrening» er per nå tilgodesett med kun fire timer totalt på audiopedagogikkstudiet ved UiO. Det sier seg selv at man ikke på noen måte er i nærheten av å være kvalifisert til å jobbe som lytte- og taletrener etter så få undervisningstimer. De fire timene oppleves sikkert like heseblesende av studentene som av meg. Jeg vet at det er så mye mer de må kunne som jeg rett og slett ikke rekker å lære dem. Jeg gir dem en hjemmeoppgave i transkripsjon av sin egen uttale av Norsk fonemtest (Tingleff, 2002), men rekker ikke å lære dem lydskrifttegnene. Det er svært frustrerende. Logoped-utdannelsen ved UiO har, så vidt meg bekjent, fremdeles ikke én eneste time i den samme disiplinen; dvs. innlæring av konkrete uttaletriks, lyttetrening og språktrening, og drilling av studenter i praktiske øvelser innenfor dette, slik at man er kvalifisert til å gjennomføre slik behandling når man er uteksaminert. Jeg hadde ikke noe av dette under mitt studium, og heller ikke én eneste time i opplæring i transkripsjon av uttale. Vi fikk kun noen timer i teoretisk fonetikk som helt tydelig lå på et altfor høyt nivå for dem som aldri hadde vært borti dette temaet før, hvilket gjaldt de fleste av studentene. Det som undervises på et for høyt nivå, lærer man minimalt av, som Vygotskij kunne fastslå allerede for snart 100 år siden (Vygotskij, 1971).

Til tross for at praktisk opplæring i disiplinen taletrening var ikke-eksisterende under min logopedutdanning, er det nettopp lytte- og taletrening jeg nesten utelukkende har jobbet med hele min logopedkarriere, og som jeg faktisk har offentlig lisens til å drive med både for hørselshemmede og normalthørende. Jeg lærte meg det jeg trenger gjennom forprøvene i fonetikk og språkvitenskap, som var påkrevet som forkurs før språkstudier på universitetet, gjennom mine fremmedspråkstudier, ved å studere relevant utenlandsk og norsk litteratur, ved å samle tips fra gamle travere i faget og ved å prøve og feile. Jeg samlet det jeg hadde tilegnet meg av praktisk kunnskap og tips og ga det

ut i bokform (Norsk språklærlære med øvelser Skaug, 1996) fordi jeg tenkte at jeg også måtte gi andre logopeder mulighet til å kompensere for det de heller ikke fikk av opplæring under fagutdannelsen.

Ironisk nok opplever jeg gang på gang at det er nettopp fagområdet taletrening omverdenen regner som logopeders hovedkompetanse. Jeg tenker mange ganger at det er godt de ikke vet hvor dårlig utdannet vi i virkeligheten er. Da hadde de kanskje ikke tiltrudd oss å ta ansvaret for å hjelpe sine barn i talespråkutviklingen. Jeg tenker også ofte at det er utrolig at det tross alt er så veldig mange veldig flinke logopeder og audiopedagoger i Norge. Da dette ikke kan være utdannelsens fortjeneste, må representanter for våre fag virkelig være ærekjære og flinke til å lære opp seg selv, og virkelig ville bli gode.

Aha-øyeblikk

Det er to episoder jeg husker spesielt godt som skjellsettende fra mitt eget logopedstudium. Jeg vil også trekke fram en episode fra min første internasjonale fagkonferanse og en ting jeg opplevde nå i høst i min kommunikasjon med fagfeller i Danmark:

Under en forelesning på grunnfag i logopedi stoppet en instituttansatt foreleser sin faglige gjennomgang et øyeblikk for å gjøre oss oppmerksomme på at det var når vi var ferdige å studere vi måtte regne med å lese den nødvendige faglige teori for å kunne utføre våre jobber. Jeg husker at jeg himlet med øynene over at vedkommende kunne stå der og innrømme at de regnet med at studiet i seg selv ikke skulle gi oss den nødvendige teoretiske grunnkunnskapen vi ville trenge for å klare å utføre jobbene vi skulle ut i. Hvilken fallitterklæring er ikke dette for en utdanningsinstitusjon?

Den andre erkjennelsen var da det heseblesende studieåret var over og faktum plutselig sto klart for meg: «Var dette alt? Er det mulig?». Det vi hadde fått av undervisning var en lang rekke med små drypp av faglig input som sikkert nok dekket de fleste områdene som logopeder skal innom, men som på ingen måte føltes utfyllende og tilstrekkelig. Det var alt sammen kladdelæring og representerte ingen skikkelig fordypning og grundig kompetansebygging. Hvordan skulle det forresten kunne være slik når det som studenter i andre land bruker tre år på å tilegne seg ble presset inn på ett år her? Jeg opplevde også at det var lagt uforholdsmessig liten vekt på den praktiske kunnskapen og de praktiske redskapene man trenger i denne jobben, slik det bør gjøres i en faglig grunnutdanning. Det var lagt en del vekt på testing og veiledning, men veldig lite på det konkrete innholdet i den praktiske språkbehandlingen man skal bedrive som utøvende logoped. Jeg reagerte også på at

vi som skulle lære å behandle mennesker med avvikende språk, ikke fikk en solid undervisning i hva normalspråk er. Hvordan skal man kunne forstå avvik, hvis man ikke helt har oversikt over detaljene i hva det avviker fra?

Da jeg var på min første internasjonale fagkonferanse, gikk det opp for meg at folk fra andre land med tilsvarende yrkestittel som meg hadde lært den internasjonale lydskriften (IPA) ut og inn, og var drillert i aktiv lytting og IPA-transkripsjon gjennom lange serier med praktiske oppgaver under utdannelsen. Internasjonale kolleger som jeg ble kjent med, kunne lytte til forelesere med ulike aksenter, etterape dem og si sånne ting til hverandre som; «Nei, han bruker en mye mer velar lyd!» og så demonstrere med artikulasjon hva de mente. De diskuterte også *formant-avbøyningens* viktighet for oppfattelsen av språklydene for cochleaimplanterte barn. Verken logopeder eller audiopedagoger utdannet i Norge vil klare å henge med i en slik internasjonal faglig diskusjon, dersom de ikke har lest seg opp på egenhånd. Hvor mange lesere av denne artikkelen klarte egentlig å henge med her? Hvor mange oppfattet i stedet to fremmedord? Det er ikke audiopedagogens eller logopedens skyld at hun eller han under studiet ikke har fått kjennskap til at formantavbøyningen representerer vesentlig grunnkunnskap når man skal virke i dette faget. Grundig trening i transkripsjon med IPA gir en bevissthet og en lytteerfaring som også er helt grunnleggende i våre yrker. Hvis man ikke er trent i å høre det man skal lære andre å lytte etter, hvordan skal man da få det til?

Den siste hendelsen som fikk meg til å erkjenne at nå er det på høy tid at noen tar offentlig til orde for en dramatisk oppgradering og omorganisering av vår norske logoped/audiopedagogikk-utdanning, var da jeg nylig fikk lese en forskningsrapport fra Danmark (Percy-Smith og kolleger, 2017). Lone Percy-Smith er vitenskapelig ansatt hos foreningen Decibel, som jobber for hørselshemmede barn og unge i Danmark (decibel.dk). Hun har ledet et intervensjonsbasert forskningsprosjekt som har undersøkt effekten av habiliteringsprogrammet Auditory-Verbal Therapy/Auditiv-verbal tilnærming, AVT (Estabrooks et al., 2016). Hun konkluderer med at tidlig AVT-trening av cochleaimplanterte barn gir 80 % språklig skolemodne barn ved seks års alder, sammenlignet med kun 30 % språklig skolemodne barn som bare har mottatt «standard rehabilitation». Jeg måtte skrive tilbake til Lone Percy-Smith og spørre hva som mentes med «standard rehabilitation». Hun svarte litt overrasket at det selvsagt dreide seg om den konvensjonelle «tale-høretrening» som gis av audiopedagoger. Jeg så meg nødt til å forklare henne at grunnen til at jeg spurte var at vi ikke har noen definisjon på dette begrepet her i landet. Minstebetingelsen for at en metodikk

skal kalles «konvensjonell» må være at det undervises i den på alle undervisningsinstitusjoner som utdanner fagfolk som skal drive med denne typen tiltak. Dette er, som nevnt over, ikke tilfelle i Norge. Norge henger altså ikke med på dette området. Vi ville ikke ha kunnet være med i et slikt forskningsprosjekt om AVT, fordi det ikke eksisterer noen konvensjonell, enhetlig etablert metode som vi kan sammenligne AVT, eller andre nye metoder med.

Logopedi og audiopedagogikk overlapper

Mitt eget hovedfag ble avlagt innen fagdisiplinen audiologi/ fonetikk. I hovedoppgaven transkriberte jeg med IPA sju hørselshemmede ungdommers tale, sammenholdt uttalen med deres audiogram og forklarte sammenhengen mellom typiske uttaletrekk og hørselen. Skrivning av teoridelen av oppgaven fordret at jeg leste masse faglitteratur i audiologi. Så jeg ble vel i praksis en slags audiologoped til slutt. Jeg har gjennom min privatpraksis tilknyttet stiftelsen Cochletten jobbet sammen med to audiopedagoger gjennom to tiår, og vi utfører den samme jobben alle tre. HELFO betrakter logopeder og audiopedagoger som samme yrkesgruppe i sin administrative behandling av oss. Dette er to yrker som mer og mer er overlappende i praksis, og denne tendensen vil bare fortsette, nå når de fleste hørselshemmede vil bli talespråklige.

Danmark som eksempel

Jeg ble nysgjerrig på Danmarks studietilbud etter å ha kommunisert med Lone Percy-Smith i forbindelse med researchen til min forrige artikkel i Norsk tidsskrift for logopedi (Skaug, 2020). Jeg kontaktet derfor universitetslektor Per Nielsen, som underviser i audiologi ved audiologopedistudiet ved Københavns universitet, og ba om å få informasjon om oppbyggingen av deres studietilbud. Danmark er et land som embetsmessig, strukturelt, politisk og historisk er likt Norge. Jeg anser det derfor som svært relevant å presentere en kort oversikt over oppbyggingen av den danske utdannelsen i audiologopedi for leserne av Norsk tidsskrift for logopedi, som et eksempel på det jeg oppfatter som en god grunnutdanning. Audiologopedi-utdannelsen ved Københavns universitet er lagt til Humanistisk fakultet ved Institut for Nordiske studier og Sprogvitenskap. Det slår meg som veldig smart å legge dette studiet til et institutt med lett tilgang på språkvitenskapelig foreleserkompetanse, da audiologopeder jobber med å bedre menneskers språkfunksjon.

Danmark har en treårig fagutdanning i audiologopedi på bachelor-nivå. Deretter er det mulighet til å videreutdanne seg på et toårig mastergradsnivå. Studenter som har avlagt bachelorgraden har rett til en studieplass på mastergradsprogrammet. En audiologoped i Danmark kan altså få fem

års utdanninge innen sitt fag. I Norge er utdannelsen, som sagt, maksimalt to år. I studieplanen til audiologoped-utdannelsen ved Københavns universitet kan man lese følgende om innholdet i de seks semestrene i bachelor-graden:

Semester	Fagelementer	
1.	Sprogvidenskab i audiologopædi 15 ECTS	Kommunikationens anatomi og fysiologi 15 ECTS
2.	Fonetik, semantik og sprogtegnelse 15 ECTS	Psykologi, kommunikation og stammen 15 ECTS
3.	Stemmelidelser og akustik 15 ECTS	Dysartri og fonologiske vanskeligheder 15 ECTS
4.	Psykolinguistik og statistik 15 ECTS	Afasi 15 ECTS
5.	Sprogforstyrrelser hos børn 15 ECTS	Audiologi 1 15 ECTS
6. (Mobilitets- vindue)	Bachelorprojekt 15 ECTS	Læsning 1 15 ECTS

Jeg velger å se nærmere på disiplinen som jeg selv driver med, og konsentrerer meg om opplæringen som gis innenfor talespråkets lydsystem; fonetikk og fonologi, som omfatter de minste byggesteinene i talespråket. I tabellen nedenfor vises hva studentene skal lære i fagbolken «Sprogvidenskab i audiologopædi» i 1. semester

§ 14. Uddannelsens fagelementer Sprogvidenskab i audiologopædi (obligatorisk og konstituerende) <i>Linguistic Foundations of Audiopedagogics (compulsory and constituent)</i> 15 ECTS Aktivitetskode: HAUB00581E	
Faglige mål	Ved prøven kan den studerende demonstrere: Viden om: - lingvistikens grundbegreber – med hovedvægt på det danske sprogs grammatik (syntaks og morfologi) - grundlæggende fonetiske begreber – med hovedvægt på beskrivelse af dansk udtale - principperne for lydskrift og de symboler som bruges i notationen af dansk standardudtale. Færdigheder i at: - analysere almindeligt forekommende danske ord og ytringer med anvendelse af: - relevante syntaktiske og morfologiske termer og analysekategorier - relevante fonetiske termer og analysekategorier. Kompetencer til at: - læse den øvrige del af fagets litteratur, som forudsætter sprogvidenskabelig indsigt.
Undervisnings- og arbejdsformer	Holdundervisning med aktiv inddragelse af de studerende.
Prøvebestemmelser	Prøveform: Bunden skriftlig prøve. Omfang: 5 timer. Bedømmelse: Intern prøve ved én eksaminator bedømt efter 7-trins-skalaen. Gruppebestemmelser: Prøven kan kun aflægges individuelt.

Universitetslektor Holger Juul, ph.d. ved Center for Læseforskning, Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab ved Københavns Universitet, underviser audiologopedstudentene i fonetikk og fonologi. Han har sendt

meg sin semesterplan for audiologopedistudiets første semester:

Semesterplan for Fonetik - Sprogvidenskab i audiologopædi

Bacheloruddannelsen i audiologopædi, Efterår 2020

Lærer: Holger Juul. Holgers mail: juul@hum.ku.dk. Holger kontor: 22.5.55

Kursets Absolutterum: 4721-E20: AUD Sprogvidenskab i audiologopædi

Tid: mandage 14.15-17.00 Sted: KUA3 - 4A.1.68

Dato (#)	Emner og tekster	Øvelser til gennemgang
Introforløb		
31/8 (1)	Fonetik – hvorfor det? Og hvad er det? <i>Udtalt</i> kap. 13	
7/9 (2)	Taleorganer og akustik <i>Udtalt</i> kap. 3 og kap. 4	Opgave 1
14/9 (3)	Lydskrift og lydbehandlingsprogrammet Praat <i>Udtalt</i> kap. 1 og kap. 14	Opgave 2
Segmenter		
21/9 (4)	Konsonanter <i>Udtalt</i> kap. 5 Gramm & Thorsen (1991) s. 60-91	Opgave 3
28/9 (5)	Vokaler <i>Udtalt</i> kap. 6	Opgave 4
5/10 (6)	Opsamling Spang-Hanssen (2002) Midtvejsevaluering	Opgave 5
12/10	Ejferdsferie	
Suprasegmental fonetik (prosodi)		
19/10 (7)	Fonotaks og stød <i>Udtalt</i> kap. 10 og kap. 7	Opgave 6 – afleveres individuelt , senest fredag 16/10
26/10 (8)	Tryk og tonegang <i>Udtalt</i> kap. 8 og kap. 9	Opgave 7
2/11 (9)	Opsamling på prosodiske udtryksmidler Ny tekst i denne uge? Måske ikke ...	Opgave 8
Variation og konstans		
9/11 (10)	Sammenhængende tale <i>Udtalt</i> kap. 11	Gl. eksamensopgave 1
16/11 (11)	Fonologi <i>Udtalt</i> kap. 2	Opgave 9
23/11 (12)	Udtalevariation og -forandring <i>Udtalt</i> kap. 12 og Thøgersen (2013)	Opgave 10 (repetition)
Det store overblik		
30/11 (13)	Repetition Olander (2018)	Gl. eksamensopgave 2 – afleveres gruppevis , senest fredag 27/11
7/12	Spørgetime og slutevaluering	

Som man ser er dette en grundig opplæring i fonetikk og fonologi som strekker seg over 13 uker. Holger Juul skriver i sin epost til meg at fonetikk og fonologi samlet sett utgjør 1/4 av studiets første semester med tre ukentlige forelesningstimer og minst 13 innleveringsoppgaver til sammen. Et hovedformål med fonetikkstudiet er at studentene skal bli fortrolige med IPA. I det påfølgende vårsemesteret fortsetter fonetikkurset med tre forelesningstimer i uka frem til påske, dvs. syv uker. Hver uke gis oppgaver i transkripsjon, som er lagt ut til studentene på lydfiler. Studentene lærer å analysere det danske lydsystemet, de lærer om sammenhengen mellom akustikk og artikulasjon og de lærer å bruke deskriptiv fonetisk transkripsjon i analysen av småbarns ytringer.

Første studieåret er det fokus på å kunne beskrive uttalen hos personer med normal uttaleutvikling. Innenfor nor-

malen er det stor variasjon, og studentene kan for eksempel bli presentert for eksempler på dansk uttalt med norsk aksent som de skal transkribere.

Senere i utdannelsen skal studentene bruke grunnferdighetene i fonetikk og transkripsjon når de beskjeftiger seg med personer med avvikende uttale, for eksempel som følge av medfødt ganespalte eller fonologiske vanskeligheter.

Jeg regner med at de øvrige fagfeltene i audiologopedi-studiet ved Københavns universitet er dekket like grundig. Vi ser for eksempel at audiologi beslaglegger halvparten av 5. semester. Danskenes utdanning er helt klart i en helt annen liga enn vår. Studentene lærer det de trenger og får tid til å modnes.

Vi er flere

Jeg ble veldig glad da jeg leste kommentarene til artiklene om CI i Norsk tidsskrift for logopedi 02/2020 fra audiopedagog Kjersti Herseth Vehus og logoped Eli Tendeland i Kristiansand kommune (Vehus K., Tendeland E. 2020). De lurer på: «Hvilken utdanning skal i fremtiden ivareta CI-kompetanse? Hvor er audiopedagogene?» Dette er veldig betimelige spørsmål, og det er ikke tilfeldig at det er en audiopedagog og en logoped sammen som stiller disse spørsmålene. Jeg er veldig glad for at jeg ikke er alene om å synes at det er mye som ikke er på plass innenfor våre fagområder, som altså blir mer og mer overlappende. Jeg har også gjennom årene hørt mange sukk fra studenter som sier at de føler seg usikre og ikke egentlig kvalifisert for jobben de skal gjøre ved slutten av studiet.

Et eget fag

Opprinnelig ble logopeder og audiopedagoger betraktet som litt videreutdannede lærere og derfor klassifisert som «spesialpedagoger». Deres pedagogiske grunnutdanning ble regnet som godt nok grunnlag. Det er veldig lenge siden virkeligheten var slik. Det er ikke lenger noe krav at man har lærerutdanning for å bli tatt opp på mastergradsprogrammet i logopedi eller audiopedagogikk. Det må bli slutt på at man har så liten respekt for dette faget at man mener at det ikke er viktig og omfattende nok til å fylle en hel bachelorgrad.

Konklusjon

Jeg mener det er på tide at det opprettes en bachelorfagutdanning i audiologopedi også i Norge. Det vil i så fall bli vår eneste grunnutdanning innen dette fagfeltet. Det er på høy tid at utdannelsen kommer opp på internasjonalt nivå i lengde og innhold slik at man lærer det man må kunne under selve studiet og ikke blir henvist til å sette seg inn i grunnleggende fagstoff på egenhånd i ettertid. Etter endt utdanning skal man oppdatere seg faglig, ikke bruke tid på det man allerede skulle ha lært. Det er også viktig at man settes i stand til å fungere faglig på internasjonalt nivå med tanke på internasjonalt forskningssamarbeid. Det er en god idé å legge et audiologopedi-studium på bachelornivå til institutt for språkvitenskap, for på denne måten å ha tilgang til kvalifiserte forelesere og få en frisk og ny tilnærming til oppbyggingen av denne nye utdannelsen, løsevet fra fastsatte tradisjoner og etablerte konvensjoner. Min anbefaling er: Se til Danmark!

Referanser

- Estabrooks W., MacIver-Lux K. & Rhoades E.A. (2016). *Auditory-verbal therapy for young children with hearing loss and their families and the practitioners who guide them*. San Diego, California: Plural Publishing.
- Percy-Smith L., Tønning T.L., Josvassen J.L., Mikkelsen J.H., Nissen L., et al. (2018). Auditory verbal habilitation is associated with improved outcome for children with cochlear implant. *Cochlear Implants International*, 19, 38-45.
- Skaug I. (1996). *Norsk språkkylære med øvelser : sammenligninger med engelsk, tysk og fransk*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Skaug, I. (2020). Barn med cochleaimplantater: Hørsel, evnetesting, pedagogisk tilrettelegging og språktrening. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 66(2), 22-34.
- Tingleff H. (2002). *Norsk Fonemtest*. Oslo: Damm.

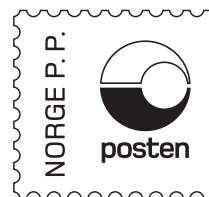
Vehus K., Tendeland E. (2020). Hvor er audiopedagogene?. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 66(3), 36.

Vygotskij, L. (1971). *Tænkning og sprog*. København: Reitzel.

Lenker til studieplanene for bachelor- og mastergradsstudiene i audiologopedi i Danmark:

https://hum.ku.dk/uddannelser/aktuelle_studieordninger/audiologopaedi/audiologopaedi_ba.pdf

https://hum.ku.dk/uddannelser/aktuelle_studieordninger/audiologopaedi/audiologopaedi_ka.pdf



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

INNHold

Redaktøren <i>Frøydis Morken</i>	s. 3
Nytt fra styret <i>Gro Nordbø</i>	s. 4
Implementering av International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) på Oslo universitetssykehus <i>Marte Røssland og Therese Senneset</i>	s. 6
Dysfagi hos pasienter med covid-19 og Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) – hva vet vi, og hva tror vi? <i>Martin Brierley</i>	s. 12
DIAS – Diagnostisk verktøy for talepraksi <i>Stig Berdal, Hedda Døli, Øydis Hide, Anne Katherine Hvistendahl, Line Haaland-Johansen, Melanie Kirmess, Eli Anne Kjølberg, Karin Koot og Therese Senneset</i>	s. 17
Når Knausgård står i hyllen og Per blir Bjørn: Forståelse av figurativt språk hos personer med autismespekterforstyrrelse <i>Tamara Kalandadze</i>	s. 24
REFERAT: Disputas: Livskvalitet hos barn med hørselstap. <i>Christiane Lingås Haukedal, Universitetet i Oslo Anette Andresen</i>	s. 30
REFERAT: Disputas: Kvantifisering av stemmesykdom og evaluering av stemmebehandling. <i>Tom Karlsen, Universitetet i Bergen Wenche Andersen Helland, Ragnhild Rekve Heitmann og Turid Helland</i>	s. 33
REFERAT: Disputas: Kartlegging og opplæring for barn med norsk som andrespråk. <i>Mia Cecilie Heller, universitetet i oslo Ingrid L. Holmstrøm</i>	s. 36
REFERAT: Afasidagene 2020 <i>Jannicke Vøyne</i>	s. 38
NIFS: Stammen har styrket meg som menneske <i>Martin Aasen Wright</i>	s. 40
Yrkesetikk: Hva er «godt nok», og er «godt nok» nok? <i>Erik Reichmann</i>	s. 41
Presentasjon ph.d.-prosjekt <i>Edda Óttarsdóttir</i>	s. 42
Lesernes side: I hvilket annet fag tar man mesterbrev uten å ha grunnutdanning? Norge trenger et bachelor-studium som kombinerer logopedi og audiopedagogikk <i>Ingebjørg Skaug</i>	s. 43