

NORSK TIDSSKRIFT FOR

LOGOPEDI



NR. 2 | JUNI 2021 | ÅRGANG 67

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. Meningsytringene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen. Videre er bidragsytene 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. Artikkelen 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 fagfellevurdering 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 Therese Sandåker
Bugaaerden
nll.sekretar@gmail.com

Styremedlem Signhild Skogdal
signhild.skogdal@gmail.com
Katrine Kvisgaard
katrine@oslogopedene.no

Nettansvarlig Irene van Slooten
logopedweb@gmail.com

Varamedlem Eli Irene Kjus
elikjus@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 Karianne Kjellemo
kariannekjellemo@hotmail.com

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

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

Agder
Helene Tunheim Tjørn
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 Marit Vatnem Olsen
rogalandlogopedlag@gmail.com
Tlf.: 917 61 741

Trøndelag Hege Beate Bakken
trondelag.logopedlag.leder@gmail.com

Vestland
Ingunn Forland
hsf.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: Jannicke Vøyne
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

For personer eller institusjoner som ikke er medlem av NLL, er abonnementsprisen 480 kroner per år. Abonnement kan bestilles ved å sende epost til kassererNLL@gmail.com med kontaktopplysninger og fakturaadresse.

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

KJÆRE LESER,

den lyse sommertida er endelig her, og vi håper du vil få glede av det rikholdige nummeret av tidsskriftet som du holder i hånden nå – enten det er ute i sola eller inne i regnet med en kaffekopp. Denne gangen har vi fått inn mange interessante artikler og innlegg, med tema som spenner vidt, så her burde de fleste kunne finne noe som fenger.

Vi har tre artikler i dette nummeret. Eira Akselberg og medforfattere har undersøkt sensitivitet og spesifisitet for de to kartleggingsverktøyene CELF-4 og CCC-2. Begge er hyppig brukt i forbindelse med utredning, og det er vesentlig å få mer informasjon om i hvilken grad vi kan stole på at disse testene plukker ut de riktige barna for videre oppfølging. Monica Norvik og kollegaer har skrevet et opplysende innlegg om primær progressiv afasi og hvordan vi som logopeder kan bidra inn mot denne gruppen. Dette er nok en tilstand mange ikke har fått så mye kunnskap om gjennom utdanningen, men det er samtidig en gruppe der logopeder kan ha en viktig rolle fra tidlig i sykdomsforløpet. Det er flott at temaet settes på agendaen. Jan Erik Klinkenberg og medforfattere kommer med den første av to artikler om den nye testen STAS junior, som er laget for å kartlegge risiko for dysleksi hos de yngste barneskoleelevene. Den neste artikkelen kommer i oktobernummeret.

I tillegg til disse artiklene har vi mye annet variert stoff. Vi får blant annet en rapport fra den store spørreundersøkelsen NLL sendte ut til alle medlemmer i høst. Der kommer det fram flere interessante funn, som kan brukes til å planlegge videre arbeid i organisasjonen.

Vi får også en liten rapport om Erasmus-prosjektet logopedtjenesten i Lillestrøm kommune har gjennomført med temaet behandling av fonologiske vansker. Kanskje dette kan inspirere flere til å søke prosjektmidler gjennom denne ordningen? Et annet prosjekt som har vært underveis en stund er ParkinsonNet. Dere som lurer på hva dette dreier seg om får en liten oppsummering fra Kristin Øverland og Katrine Kvisgaard, som forteller om hva dette prosjektet har fått på beina de siste årene. Det er morsomt å se at det er så mye som foregår rundt omkring. For dere som gikk glipp av Vinterkonferansen bringer vi også et lite referat fra noen av foredragene. Forhåpentlig kan vi møtes fysisk ved neste korsvei!

Denne gangen har vi hele to bokanmeldelser. Turid Helland har anmeldt Jørgen Frosts bok «Merk språket!», og Kari-Anne Rogstad har anmeldt boken «Høye topper og dype daler» som er skrevet av Merete Holmsen og Lisbeth Iglum Rønhovde.

Vi lar ikke spørsmålet om utdanningene ligge helt i denne utgaven heller. Vi trykker et innlegg fra logoped ved Molde sykehus, Joanna Lignell, som etterlyser mer helsefaglig innhold i utdanningene før man kan gå inn for en autorisasjon. Vi tar gjerne diskusjonen videre her, så skriv gjerne inn til oss dersom dere har meninger om hvor utdanningene skal gå videre.

Med ønske om en flott sommer med rikelig finvær til alle sammen,

Hilsen Frøydis Morken

Husk å melde fra til Norsk logopedlag dersom du endrer e-postadresse!

Det hender ofte at vi får e-post i retur på grunn av utdaterte adresser.

Korrekt adresse kan sendes til kasserernll@gmail.com



Frøydis Morken

Foto: Paul S. Amundsen



Jannicke Karlsen



Julie Vildgren



Jannicke Vøyne



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

Det siste året har vi levd i en slags unntakstilstand. Tilværelsen er preget av hyppige endringer med korte varselsintervaller. Pandemien har, tross alt, lært oss utrolig mye, vi har på ulike måter opplevd å få hverdagen snudd på hodet, på godt og vondt. For de fleste har det åpnet for nye måter å orientere seg både hjemme, på skole, i jobb og «på fritiden».

Digitale møteplasser har fått kraftig vind i seilene, og har inntatt absolutt alle arenaer. Vinterkonferansen og Landsmøtet 2021 er strålende eksempler på dette. Vi så med spenning fram til å avvikle heldigital Vinterkonferanse. Fagutvalget hadde gjort en fantastisk jobb. Forelesningene hadde stor faglig bredde og kunnskapsrike, dyktige forelesere, som hver og én kunne laste ned og lytte til på et sted og tidspunkt som passet den enkelte. Panelsamtalen fredag 12.3. ga deltakerne mulighet til å stille foreleserne direkte spørsmål. Det ble en flott avslutning og en fin ramme for en felles oppsummering. Så her vil jeg rette en ekstra stor takk til hele fagutvalget med leder Monica Norvik i spissen.

Landsmøtet gikk av stabelen nesten som planlagt, 13.mars 2021. Både Oslo og Viken ble rammet av ny nedstenging, noe som resulterte i at landsmøtet måtte gjennomføres nærmest heldigitalt. Vi måtte flytte arrangementet fra Losby gods til Clarion hotel The Hub i Oslo med kun møteledere, referenter og to representanter fra styret fysisk til stede. Men det gikk strålende, og vi fikk behandlet de sakene det var viktig å få på plass – ikke minst takket være god planlegging og våre dyktige møteledere, Katrine Kvisgaard og Ingvild Winsnes. Protokollen har dere fått tilsendt og den ligger også ute på NLLs webside. Siden landsmøteperioden i praksis ble forlenget fra juni 2018 til mars 2021 blir inneværende periode kortet ned og vil vare fra mars 2021 til juni 2022.

Digitale møter og digital kommunikasjon åpner mange dører, men NLL har lange og dype tradisjoner for at sommer- og vinterkonferansene, og landsmøtet skal være rammen for et møte mellom mennesker, kollegaer og fag-

personer. Vi trenger de fysiske møteplassene hvor kommunikasjonen kan flyte både på formelle og uformelle arenaer. Så vi håper og satser på at det i hovedsak vil ligge til rette for et fysisk landsmøte i 2022. Vi kommer tilbake med nærmere detaljer om dette ved høstkonferansen i oktober/november.

Jeg vil gjerne benytte anledningen til, på vegne av styret, å takke alle tillitsvalgte som gikk ut av styret, utvalg og råd. Dere har alle satt spor og gjort en strålende innsats for logopedien og NLL. Hver og én har gjort en formidabel jobb, og har bidratt til å holde organisasjonshjulene i gang, og samtidig vært logopedenes ansikt utad, både her og utenfor landets grenser.

Samtidig vil jeg takke landsmøtedeltakerne for tilliten dere har vist oss gjennom valget som fant sted på Landsmøtet. Der ble ikke bare nye styremedlemmer valgt, men også en rekke tillitsvalgte til utvalg og råd. Vi ser alle fram til en spennende periode, hvor vi skal jobbe videre med alle de viktige sakene som rører seg, både innad i organisasjonen og i hele det logopediske fagfeltet.

Styret jobber nå videre med saker som ble besluttet på landsmøtet. I fokus står opprydding i organisasjonen og innføring av StyreWeb, hvor vi også utreder mulighet for digital arkivering. I samarbeid med Utvalg for privat praksis, skal vi drøfte videre mål og innhold rettet mot organisering av utvalgsmodeller for logopedisk praksis.

Utdanning er et viktig satsingsfelt for NLL. Vi skal utrede videre mulige spesialiseringsordninger. Men det er også viktig å se nærmere på hele utdanningsløpet for logopeder. Utdanningsgruppen, som er opprettet av NLL og ledet av Signhild Skogdal har, i samarbeid med styret, invitert til en dagskonferanse om femårig utdanning i logopedi. Den skal avvikles både digitalt og fysisk på Universitetet i Tromsø, 4. juni 2021. Representanter fra Kunnskapsdepartementet (KD), Helsedirektoratet (H-dir) og Helse og omsorgsdepartementet (HOD) er invitert, sammen med flere representanter fra

universitetene. Mål og hensikt med denne konferansen er å synliggjøre hele det logopediske fagfeltet i lys av utdanningen. For NLL er det også viktig å uttrykke ønsket om å utvikle en bachelor som i større grad vil gi studentene en felles plattform og et bedre grunnlag for masterstudiet, samt synliggjøre behovet for bedre og lengre praksis på hele feltet. Logopedi kan i stor grad defineres som en helse-relatert tjeneste, enten logopeden utfører de logopediske tjenestene i barnehage, skole, sykehus, rehabilitering, på et logopedkontor eller et annet sted. Vi håper myndighetene vil prioritere konferansen og at dette blir starten på veien videre mot et femårig utdanningsløp for logopeder.

Norsk logopedlag har i en årrekke samarbeidet med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Kunnskapsdepartementet. Vi blir invitert til å delta i arbeidsgrupper når endringer skal utredes. Vi er også høringsinstans for ulike rapporter og utredninger utført av myndighetene. De siste årene har det vært fokus på det logopediske fagfeltet, med tanke på å kvalitetssikre de logopediske tjenestene, sikre at alle som trenger det får tilgang til logoped, og at kommunene er seg sitt ansvar bevisst som ansvarlig instans for å sikre befolkningen logopediske tjenester ved behov.

Like før påske mottok vi to høringsnotater:

- «Forslag om å autorisere naprapater, osteopater, logopeder og paramedisinere i henhold til helsepersonelloven»
- «Forslag til endringer i lov om folketrygd §5-10 og ny forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos logoped og audiopedagog»

Saken om autorisasjon har høringsfrist 4. juni og endringer i folketrygdloven har frist 25. juni. Søknad om autorisasjon ble sendt fra NLL i november 2016, og det er med stor spenning vi nå ser at det nærmer seg en avgjørelse. NLL har nedsatt en arbeidsgruppe som består av medlemmer fra styret, fagutvalget og utdanningsgruppen som jobber med høringsinnspill.

Utvalg for privat praksis, i samarbeid med styret, utarbeider høringsinnspill til endringene i lov om folketrygd. Det er mange viktige spørsmål som dukker opp og som arbeidsgruppene bearbeider og drøfter. Vi er også takknemlige for alle innspill som er kommet fra engasjerte medlemmer. Det er gull verdt at alle stemmer blir hørt før arbeidsgruppene sender endelig innspill på vegne av NLL.

I oktober 2020 sendte vi ut en spørreundersøkelse til alle medlemmene, og vi fikk veldig god respons. Oppsummering av undersøkelsen blir presentert et annet sted i tidsskriftet. Det er viktig å merke seg at undersøkelsen viser at det logopediske fagfeltet er i utvikling. Resultatet viser også at myndighetenes initiativ til å utrede form og innhold for de logopediske tjenestene er høyst aktuelt.

Som leder for Norsk logopedlag er jeg utrolig stolt og imponert over det fantastiske arbeidet og den innsatsen som gjøres av styre- og utvalgsmedlemmer på det logopedfaglige feltet. Det er ikke få timer og helger som blir brukt, på toppen av fulle arbeidsdager. Deres innsats setter Norsk logopedlag på kartet og har bidratt til at vi blir lyttet til.

Helfo jobber med å forenkle kommunikasjonslinjene mellom helseaktører og Helfo. Prosjektet «EDIT – Enklere Digitale Tjenester» innebærer at det fra 01.01.2021 ble innført digital plattform for direkte oppgjør for næringsdrivende logopeder. Per i dag har alle næringsdrivende logopeder mønsteravtale med HELFO. Dette er nå under revidering og i løpet av kort tid vil den erstattes av en ny praksisavtale. Alle logopeder som har mønsteravtale per i dag vil fortsatt være registrert, og blir automatisk overført til den nye avtalen. Nye logopeder som ønsker avtale med Helfo, vil kunne søke digitalt og få opprettet avtale om direkteoppgjør. Denne nye ordningen vil totalt sett gjøre det mye enklere for logopedene å oppdatere ny informasjon, ny praksis, endringer av adresser etc., samt å ha innsikt i og oversikt over informasjon som Helfo har tilgjengelig. NLL mener at dette er gode fremskritt, og at en bedre digital registrering av logopeder også gir oss og myndighetene bedre oversikt over aktive næringsdrivende logopeder.

I løpet av juni skal Østfold LL og Akershus LL formelt legges ned og Buskerud LL går ut av Bu-Te-Ve LL.

Innen 1. oktober 2021 vil de nye regionslagene opprettes:

Vestre Viken LL vil bestå av de gamle Akershus-kommunene Asker og Bærum, samt Buskerud.

Østre Viken LL vil bestå av de øvrige kommunene i gamle Akershus, samt gamle Østfold fylke.

Telemark og Vestfold LL fortsetter uten Buskerud.

Det vil fortsatt være 12 regionslag i NLL. De nye regionene skal formelt opprettes med nye styre innen 1. oktober 2021.

Vi ønsker dere alle sammen lykke til med disse prosessene og oppfordrer medlemmene i disse regionene til å melde seg til tjeneste i styrene eller svare positivt ved forespørsel.

Vi står midt i en veldig spennende tid for det logopediske fagfeltet. Mange beslutninger vil tas i tiden som kommer, og det er utrolig viktig at vi følger med og engasjerer oss.

Målet totalt sett er:

- Bedre tjenester til brukerne
- Kvalitet og kompetanse i alle ledd
- Gode arbeidsvilkår for logopeden

Styret ser fram til en ny spennende periode og ønsker alle en frisk og nydelig sommer!

Beste hilsen

Gro Nordbø, leder NLL



Afasidagene - en praksisrettet digitalkonferanse

22.-23. oktober 2020

- Se programmet på www.statped.no/afasidagene
- Kr 600 for begge dager
- Meld deg på Afasidagene innen 16. oktober

Følg konferansen på din PC, nettbrett eller mobil





Vi sørger for at du kan konsentrere deg om ditt fagområde

ARKo er et elektronisk pasient-journalprogram som er spesialtilpasset dine behov for en trygg og effektiv journalføring



ARKo Lokalt

- ARKo journalprogram
- Elektronisk oppgjør
- Kasse og statistikk

Fra kr **260**/mnd inkl. mva

ARKo Online

- ARKo journalprogram
- Elektronisk oppgjør
- Kasse og statistikk
- ASP skylagring

Fra kr **490**/mnd inkl. mva

ARKo Helse

- ARKo journalprogram
- Meldingsutveksling
- Kasse og statistikk
- Brukerstøtte
- Elektronisk oppgjør via Norsk Helsenett

Fra kr **1190**/mnd inkl. mva

SMS-varsling

Send timeinnkalling og påminnelser til dine pasienter.

Kr **199**/mnd eller kr **1**/SMS inkl. mva

Mobil, PC, Mac og nettbrett - Flexibelt

Med ARKo Online og Helse får du tilgang til ARKo på flere typer enheter, slik at du aldri blir låst til kontoret.

Online -Sikkert

Dine data ligger trygt lagret på en kryptert server som blir sikkerhetskopierte daglig.

Support - Tilgjengelig

Vi er tilgjengelig for deg når du trenger oss. Avtal brukerstøtte utenfor våre åpningstider.

Bestill i dag! (+47) 57 72 70 20 | firmapost@arko.no | arko.no



Eira Troneng Akselberg er logoped MNLL og spesialpedagog i Mølleplassen spesialbarnehage.

eira.akselberg@gmail.com



Jannicke Karlsen er logoped MNLL og jobber i Statped sørøst, Avdeling språk/tale. Hun jobbet som postdoktor ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, da arbeidet med artikkelen startet.

jannicke.karlsen@statped.no

HVOR GODT KAN CELF-4 OG CCC-2 IDENTIFISERE UTVIKLINGSMESSIGE SPRÅKFORSTYRRELSER?

Sammendrag

Vi vet lite om hvor nøyaktig norske kartleggingsverktøy identifiserer hvilke barn som har, og hvilke barn som ikke har, språkforstyrrelser. I denne studien undersøkte vi sensitiviteten og spesifisiteten til språktesten CELF-4 og spørreskjemaet CCC-2. Utvalget besto av 21 barn i alderen 5 til 12 år med påviste utviklingsmessige språkforstyrrelser og 21 barn med typisk utvikling som var parvis matchet med barna med språkforstyrrelser på alder, kjønn og nonverbal IQ. Resultatene viste at CELF-4 møtte anbefalte verdier for både spesifisitet og sensitivitet, mens CCC-2 kun identifiserte to tredeler av deltakerne med utviklingsmessige språkforstyrrelser. En justering av terskelverdien for CCC-2 økte sensitiviteten betydelig uten å påvirke spesifisiteten. Den skandinaviske versjonen av CELF-4 ser derfor ut til å være godt egnet til identifisering av utviklingsmessige språkforstyrrelser i en norsk kontekst. Våre resultater tyder også på at CCC-2 ikke bør brukes alene til å avgjøre om barn med mistanke om utviklingsmessige språkforstyrrelser skal utredes videre.

Summary

There is a lack of evidence regarding how accurately Norwegian assessment instruments identify children with developmental language disorder. In the current study, we examined the sensitivity and specificity of the language test CELF-4 and the questionnaire CCC-2. The sample included 21 children aged 5 to 12 years with clinically verified DLD and 21 typically developing children who were pair-wise matched with the DLD sample on age, gender and nonverbal IQ. The results indicated that the CELF-4 met the current recommendations for specificity and sensitivity, while the CCC-2 only identified two thirds of the children with DLD. However, adjusting the cut-off scores for the CCC-2 increased the sensitivity without affecting the specificity in our sample. We conclude that the Scandinavian version of the CELF-4 appears to be well-suited for identifying DLD in Norwegian-speaking children. Our results also suggest that the CCC-2 is not sensitive enough to determine whether further assessment is necessary for children with suspected DLD.

Introduksjon

Mange barn og unge med språkforstyrrelser vil oppleve vedvarende vansker med språk og lesing (Tomblin et al., 2003), noe som blant annet kan påvirke muligheten for å lykkes sosialt (Mok et al., 2014) og med skole og utdanning (Conti-Ramsden et al., 2018). For å kunne sette inn tilpassede og målrettede tiltak som kan bedre mulighetene til barn og unge med språkforstyrrelser vil identifisering av vansken være et viktig første skritt. Fra internasjonale studier vet vi at mange anerkjente språktester ikke er sensitive nok, slik at barn med språkforstyrrelser risikerer å bli feilvurdert (Bishop et al., 2016;

Bishop & McDonald, 2009). I Norge har vi få kartleggingsverktøy som kan identifisere språkforstyrrelser. I tillegg vet vi lite om spesifisitet og sensitivitet for disse verktøyene. Vi vet med andre ord ikke om de mest kjente kartleggingsverktøyene gjør oss i stand til å identifisere hvilke barn som har språkforstyrrelser og hvilke barn som ikke har det. I denne studien vil vi undersøke hvor nøyaktig to av de mest brukte kartleggingsverktøyene i Norge identifiserer språkforstyrrelser. Kartleggingsverktøyene som undersøkes er språktesten *Clinical Evaluation of Language Fundamentals, Fourth Edition* (CELF-4; Semel et al., 2003; norsk utgave Semel et al.,

2013) og spørreskjemaet *Children's Communication Checklist, Second Edition* (CCC-2; Bishop, 2003; norsk utgave Bishop, 2011).

Utviklingsmessige språkforstyrrelser

Utviklingsmessige språkforstyrrelser (developmental language disorder; DLD; tidligere spesifikke språkvansker; SSV) viser til språklige vansker som er vedvarende og har en betydelig innvirkning på sosial interaksjon og læring, uten at de kan settes i sammenheng med en kjent biomedisinsk tilstand (Bishop et al., 2017). Begrepet utviklingsmessige språkforstyrrelser innebærer ikke krav om en gitt diskrepans mellom språklige og ikke-språklige evner, så lenge barnet ikke oppfyller kriteriene for utviklingshemning (Bishop et al., 2017). Dersom barnet har en utviklingshemning, vil det fortsatt kunne ha en språkforstyrrelse, men denne vil da klassifiseres som en «språkforstyrrelse assosiert med en gitt biomedisinsk tilstand» og ikke som en utviklingsmessig språkforstyrrelse (Bishop et al., 2017). Internasjonal litteratur rapporterer om en forekomst av utviklingsmessige språkforstyrrelser på omtrent 7 % (Norbury et al., 2016; Tomblin et al., 1997). De få studiene som er gjennomført i Skandinavia indikerer at forekomsten er like høy her (Hollund-Møllerhaug, 2010a; Westerland, 1994 i Laveson, Lödén & Hansson, 2018). Terminologien for DLD på norsk er foreløpig ikke avklart, men en pågående studie kalt «CATALISE Norge» arbeider med en avklaring ([catalisnorge.no](http://catalis norge.no)). Det er ventet at resultatene fra denne studien vil komme i løpet av høsten 2021. I denne studien vil vi benytte begrepet *språkforstyrrelser/ utviklingsmessige språkforstyrrelser* når det er konkludert med at det foreligger vansker som er i tråd med det som tidligere ble referert til som SSV, eller som i nyere terminologi refereres til som *utviklingsmessige språkforstyrrelser*. I andre tilfeller vil vi bruke språkvansker.

Identifisering av språkforstyrrelser

Testresultater alene kan ikke avgjøre om et barn har språkforstyrrelser (Bishop et al., 2016; Leonard, 2014), men språktester spiller ofte en viktig rolle i identifiseringen (Bishop & McDonald, 2009; Denman et al., 2017).

Språktester brukes som regel for å få et detaljert bilde av barnets ferdigheter knyttet til språkets strukturside (fonologi, syntaks og semantikk), men internasjonalt er det også økt fokus på å utvikle tester av språk i bruk (pragmatikk og sosiale kommunikasjonsferdigheter) (Wilson & Bishop, 2021). For å sikre sammenlignbare betingelser for alle som tar språktester har testene standardisert prosedyre for administrering, skåring og tolkning. Språktester kan være gode verktøy for å bekrefte eller avkrefte en mistanke om språkforstyrrelse, spesielt for barn som har en mer «usynlig» vanske, som barn med forståelsvansker (Bishop et al., 2016).

Språktester har blitt kritisert for at de ikke fanger opp vanskene barnet har med språkbruk i sosiale hverdags situasjoner (Hollund-Møllerhaug, 2010a). Det argumenteres for at foreldrerapportering gir et bredere (Dockrell & Marshall, 2015) og mer representativt (Rydz et al., 2005) bilde av barns språkferdigheter. Spørreskjema og foreldrerapporter på sin side kritiseres for å være subjektive, og at foreldrenes ulike forutsetninger for å vurdere barnets språk vil kunne virke inn (Dockrell & Marshall, 2015; Saches & Suchodoletz, 2008). Flere studier har likevel funnet robuste sammenhenger mellom resultatene fra standardiserte språktester og foreldres rapportering av barns språkferdigheter (Ebert, 2017; Massa et al., 2008). Det er også blitt hevdet at foreldrerapporter kan brukes til å skille mellom barn med og uten språkforstyrrelser (Paradis et al., 2010).

Felles for både språktester og spørreskjema er at de har en terskelverdi (cut-off), hvor de som skårer høyere enn terskelverdien vurderes til å være innenfor normalområdet, og de som skårer lavere enn terskelverdien vurderes til å ha en språkforstyrrelse. En forutsetning for en slik tankegang er at språkferdigheter vurderes på en skala som går fra svake til sterke ferdigheter. Et problem med absolutte terskelverdier er at det ikke er noe kvalitativ forskjell på å skåre rett over eller rett under terskelverdien, men at svake ferdigheter går over til å bli en språkforstyrrelse på et punkt i det nedre normalområdet (Tomblin, 2019). Det er imidlertid ingen



Stian Valand
er logoped MNLL og
jobber i Statped sørøst,
Avdeling språk/tale.
stian.valand@statped.no



**Janne von Koss
Torkildsen**
er professor ved Institutt
for spesialpedagogikk,
Universitetet i Oslo.
janneto@isp.uio.no

klare kriterier for hvor denne terskelverdien bør settes (Bishop et al., 2016). Plasseringene av terskelverdien for språkforstyrrelser varierer derfor betydelig, men ligger stort sett mellom 16. og 7. persentil (McCauley, 2001). Den mest brukte terskelverdien ser ut til å være 10. persentil, som tilsvarer 1,25 standardavvik under gjennomsnittet for normeringsgruppen (Leonard, 2014; Paul, 2007). Terskelverdien vil imidlertid variere, ofte etter hva formålet med verktøyet er. Formålet med screening vil ofte være å oppdage vansker som bør utredes nærmere (Rydz et al., 2005), mens formålet med standardiserte tester ofte vil være å bestemme om vanskene møter diagnostiske kriterier, som eksempelvis språkforstyrrelser (Denman et al., 2017).

Testers nøyaktighet

Bishop og McDonald (2009) hevder at det er et misforhold mellom barna med språkforstyrrelse som identifiseres kun ved bruk av språktester og de som identifiseres klinisk. Dette kan ha sammenheng med at testene ikke er sensitive og spesifikke nok. Hvor nøyaktig en test måler det den skal måle, angis vanligvis gjennom testens sensitivitet og spesifisitet. Testens sensitivitet referer til andelen av barn som har en språkforstyrrelse som blir korrekt identifisert. Testens spesifisitet refererer til andelen av barn som ikke har en språkforstyrrelse som blir korrekt identifisert (Rydz et al., 2005; Sattler, 2008). Som Tabell 1 viser, kan testresultatene organiseres i grupper basert på om barnet skårer over eller under terskelverdien og barnets sanne gruppetilhørighet (språkforstyrrelse eller ikke). Barnets gruppetilhørighet omtales også som det uavhengige kriteriet (eller «kriteriet»), og viser til en vurdering gjort av fagpersoner eller resultater fra andre tester (Rydz et al., 2005; Sattler, 2008).

Når testen sees i forhold til kriteriet, kan den gi fire utfall. Det første er «sann positiv», hvor testen identifiserer språkforstyrrelse hos en som har det. Det andre er «sann negativ», hvor testen identifiserer noen uten en språkforstyrrelse som innenfor normalområdet. Det tredje er «falsk positiv» eller overidentifisering, hvor testen

identifiserer en språkforstyrrelse hos en som ikke har det. Det fjerde utfallet er «falsk negativ» eller underidentifisering, hvor testen identifiserer noen som innenfor normalområdet selv om de har en språkforstyrrelse.

Den prediktive verdien til en test angir prosentvis hvor mange korrekte klassifiseringer testen gjør i forhold til det uavhengige kriteriet (Sattler, 2008). Et nivå på 70 % for både sensitivitet og spesifisitet blir sett på som en minimumsstandard (Rydz et al., 2005), men ofte vurderes 80 % som et mer akseptabelt nivå for sensitivitet (Barnes, 1982), mens spesifisitet bør være nærmere 90 % (Rydz et al., 2005).

Kartleggingsinstrumentene CELF-4 og CCC-2

CELF-4 er en språktest som har som formål å vurdere språkferdigheter og avdekke språkforstyrrelser hos barn i alderen 5 til 12 år. Testen ble opprinnelig utviklet i USA i 2003, men er oversatt og tilpasset skandinaviske forhold, og normert på et skandinavisk utvalg i 2013 (Semel et al., 2013). Ifølge testmanualen gjør CELF-4 det mulig å foreta en fleksibel og bred språkvurdering, samt å vurdere tiltak på bakgrunn av testresultatene (Semel et al., 2013). Testen består av tretten deltester som kan sammenfattes i sju indekser: grunnleggende språkferdigheter, reseptivt språk, ekspressivt språk, språklig innhold, språklig struktur, språklig hukommelse og arbeidsminne (Semel et al., 2013). Hovedindeksen i CELF-4 er Indeks for grunnleggende språkferdigheter (IGS). Indeksen dekker et spekter av språkferdigheter, inkludert grammatikk, språklig hukommelse og ord- og begrepsforståelse og benyttes som et første steg i en vurdering av en mulig språkforstyrrelse. Gjennomsnittet i normeringsutvalget er 100 og standardavviket 15. Terskelverdien er 85 (1 standardavvik under gjennomsnittet), hvilket betyr at en IGS-skåre under 85 indikerer en språkforstyrrelse (Semel et al., 2013).

CCC-2 er et spørreskjema for vurdering av strukturelle og pragmatiske språkferdigheter hos barn og ungdom. Instrumentet er oversatt fra engelsk, tilpasset og normert

Tabell 1

De fire mulige utfallene av en språktest som er ment for å identifisere språkforstyrrelser

	Testresultat	
	Språkforstyrrelse	Normalvariasjon
Kriteriet	Sann positiv	Falsk negativ
	Kontrollgruppe	Sann negativ

for norske barn i alderen 4 til 17 år (Bishop, 2011; Helland et al., 2009). Formålet med skjemaet er tredelt: 1. Å fange opp barn med språkvansker som bør henvises til grundigere språkutredning. 2. Å identifisere pragmatiske vansker hos barn med språkvansker. 3. Å bidra til å identifisere barn som bør utredes for autismespekterforstyrrelser (Bishop, 2011; 9). For å få et realistisk bilde av hvordan barnet kommuniserer, skal CCC-2 besvares av en voksen som har regelmessig kontakt med barnet. Skjemaet består av 70 utsagn med flervalgssvar. Den voksne blir spurt om å vurdere hvor ofte de observerer den språklige eller kommunikative atferden beskrevet i utsagnet. Utsagnene er inndelt i 10 skalaer som skal vurdere hvert sitt aspekt innenfor språk og kommunikasjon. Skalaene er: tale (A), syntaks (B), semantikk (C), sammenheng (D), samtaleinitiativ (E), stereotypisk språk (F), bruk av kontekst (G), ikke-verbal kommunikasjon (H), sosiale relasjoner (I) og interesser (J). Råskårene på hver skala konverteres til aldersrelaterede skalerte skårer med gjennomsnitt 10 og standardavvik 3. Den ene av de to hovedindeksene i CCC-2 kalles Generell kommunikasjonsindeks (GKI). Denne gir et sammensatt mål på generell språklig fungering, og kan indikere om barnet har en språkforstyrrelse eller ikke (Bishop, 2011). CCC-2 GKI består av summen av skalerte skårer fra skalaene A-H, der A-D måler strukturelle språkferdigheter og E-H måler pragmatiske språkferdigheter. En GKI-skåre på 55 (10. persentil) kan ifølge den norske CCC-2 manualen «ses som en «kritisk» verdi og brukes som cut-off-grense når man skal bestemme om vanskenivået er innenfor det kliniske området eller ikke» (Bishop, 2011;33). Det kan forstås som at en GKI-skåre under 55 indikerer en språkforstyrrelse. Den andre hovedindeksen kalles Indeks for avvik i sosial interaksjon (IASI), og gir et sammensatt mål på språkbruk i sosiale situasjoner. Denne skåren kan bidra til å fange opp barn med en kommunikasjonsprofil som er karakteristisk for autismespekterforstyrrelser og pragmatiske språkvansker (Bishop, 2011).

Studier som har undersøkt kvaliteten på språkkartleggingsverktøy i engelskspråklige land har konkludert med at både CELF-4 (Spaulding et al. 2006) og etterkommeren, CELF-5 (Denman et al., 2017), er blant få kartleggingsverktøy som rapporterer akseptable nivåer for spesifisitet og sensitivitet i sin manual og at de har god nok psykometrisk kvalitet til å anbefales for diagnostisk kartlegging. Siden testutviklere har kommersielle interesser i verktøyene, er det imidlertid nødvendig med uavhengige studier for å avgjøre om testene har god nok kvalitet (Denman et al., 2017).

I en britisk valideringsstudie av CCC-2 fant Norbury et al. (2004) signifikante forskjeller i GKI-skåre (GCC) mellom kontrollgruppen (n=21) og kliniske grupper som «Specific Language Impairment» (n = 19) (spesifikke språkvansker), PLI (n = 14) (pragmatiske språkvansker), PLI+ (n = 21) (pragmatiske språkvansker med autistiske trekk), HFA (n = 17) (høyt fungerende autisme) og ASP (n= 16) (Asperger syndrom). De konkluderte med at CCC-2 er et godt screeningverktøy. Kvaliteten på CCC-2 er også undersøkt i en norsk kontekst. Helland et al. (2009) undersøkte den psykometriske kvaliteten samt sensitiviteten og spesifisiteten til den norske oversettelsen av CCC-2 hos 153 barn, hvorav 45 hadde språkforstyrrelser. Forfatterne, som baserte analysene på det britiske normgrunnlaget, konkluderte med at verktøyet hadde en tilfredsstillende reliabilitet. Når det gjaldt sensitivitet, fant de imidlertid at bare 69,8% av utvalget med forhåndsdiagnostiserte språkforstyrrelser skåret under terskelverdien. Derimot var spesifisiteten svært god, på 98,1 %. Ved å flytte terskelverdien fra skåre 55 (terskelverdien fra den engelske normeringen) til skåre 64, steg sensitiviteten til CCC-2 fra 69,8 % til 86 %. På bekostning av økt sensitivitet, ble spesifisiteten redusert fra 98,1 % til 90,7%. Imidlertid anses en spesifisitetsverdi over 90 % fremdeles som god (Barnes, 1982; Rydz et al., 2005). Hollund-Møllerhaug (2010b) sammenlignet GKI-skårer og persentilfordeling i et norsk utvalg (n=655) basert på det britiske normeringsgrunnlaget (Bishop, 2003). Hun fant at en GKI-skåre tilsvarende 10. persentil i det norske utvalget var 60, ikke 55, som Bishop (2003) anbefalte som terskelverdi for britiske barn.

I dag vet vi lite om nøyaktigheten til kartleggingsinstrumentene som har formål om å identifisere barn med språkforstyrrelser i Norge. Med denne studien ønsker vi å undersøke nøyaktigheten til to mye brukte kartleggingsverktøy, CELF-4 (Semel et al., 2013) og CCC-2 (Bishop, 2011). Med bakgrunn i litteraturgjennomgangen over stiller vi følgende forskningsspørsmål:

1. Tilfredsstillende de norske versjonene av CELF-4 og CCC-2 gjeldende krav til sensitivitet og spesifisitet for identifisering av språkforstyrrelser hos barn i skolealder?
2. Hvordan vil en justering av terskelverdien til CCC-2 påvirke instrumentets sensitivitet og spesifisitet?

Metode

Denne studien er knyttet til forskningsprosjektet «Undersøkelse av taleoppfattelse, språkferdigheter og livskvalitet

hos personer med cochleaimplantat (CI), høreapparat, språkvansker og typisk utvikling» ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

Deltakere

Utvalget i denne studien består av 21 barn med språkforstyrrelser, hvorav 11 er jenter og 10 er gutter, og en kontrollgruppe av 21 barn som er parvis matchet med barna i språkforstyrrelsegruppen på alder, kjønn og nonverbale evner. Språkforstyrrelsegruppen har en gjennomsnittsalder på 9;4 med et standardavvik (SD) på 25,59, og kontrollgruppen har en gjennomsnittsalder på 9;5 med et standardavvik på 26,24. Inklusjonskriterier for språkforstyrrelsegruppen (n=21) var: 1) Henvist til pedagogisk-psykologisk-tjeneste (PPT), Statped, eller annen relevant institusjon med språket som hovedvanske. 2) Skårer som lå -1,25 SD eller mer under gjennomsnittet på en test som måler nonordrepetisjon (Gathercole et al., 1994). 3) Skårer som lå -1 SD eller mer under normativt gjennomsnitt på testen The British Picture Vocabulary Scale II (BPVS-II; Dunn et al., 1997). 4) Nonverbale evner på minst 70, målt med Ravens fargede matriser (Raven et al., 2003). 5) Norsk som førstespråk. 6) Ingen andre diagnostiserte utviklingsforstyrrelser. 7) Tilstedeværelse av otoakustiske emisjoner, som indikerer normal funksjon i det indre øret og normal hørsel med hørselsterskler bedre enn 30 dB. Barna i kontrollgruppen gjennomgikk samme kartlegging som barna med språkforstyrrelser. Inklusjonskriteriene for barna i kontrollgruppen var at de ikke hadde noen familiehistorie med språkforstyrrelser eller dysleksi, at de fikk skårer over -1,25 SD på nonordrepetisjon og over -1 SD på BPVS, samt kriteriene 4-7 over.

Barna i språkforstyrrelsegruppen ble utredet av enten PPT, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) eller Statped mellom 2009 og 2016, og kun én av deltakerne i språkforstyrrelsegruppen hadde tidligere gjennomgått testing med CELF-4 som en del av utredningen. Imidlertid lå dette barnets skåre på CELF-4 IGS på samme nivå som skårene på de andre språktestene, som barnet ikke hadde gjennomført tidligere. Vi vurderte det derfor som sannsynlig at skåren på CELF-4 var lite påvirket av den tidligere testen, og valgte derfor å beholde dette barnet i utvalget.

Innsamling av data

Prosjektet som denne studien inngår i, er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Barna i språkforstyrrelsegruppen ble rekruttert ved at PPT-kontor i alle landsdeler og Statped sørøst distribuerte informasjon om studien til aktuelle deltakere. Barna i kontrollgruppen ble rekruttert ved at skoler i Sørøst-Norge distribuerte informasjon om studier til barn i den aktuelle aldersgruppen. Deltakerne ble kartlagt med et testbatteri som inkluderte tester av språk- og leseferdigheter, kognitive evner, oppmerksomhet og hørsel. Kartleggingen foregikk individuelt. Både kartleggingen og skåringen ble utført av prosjektledere, forskningsassistenter og masterstudenter som hadde gjennomgått trening i testbatteriet. Kartleggingen varte fra halvannen til to timer og ble fordelt over to kartleggingsøkter over en to-ukersperiode. CCC-2 ble fylt ut av barnas foresatte på samme tid som kartleggingen med testbatteriet.

Kartleggingsinstrumenter

I tillegg til CELF-4 og CCC-2, som er beskrevet over, benyttet vi tre bakgrunnstester som en del av inklusjonskriteriene for studien.

Ravens matriser (Raven et al., 2003) måler nonverbal IQ. Versjonen med fargede matriser ble brukt med barn i alderen 5;9-8;11, mens Ravens standard progressive matriser ble brukt for barn i alderen 9;0-12;11. Begge versjonene har 36 oppgaver. Barnas oppgave er å identifisere det manglende elementet som fullfører et matrisemønster. Testen inneholder kun visuelle, ikke-språklige stimuli, og er organisert slik at matriseoppgavene har stigende vanskelighetsgrad.

The British Picture Vocabulary Scale (BPVS) II (Dunn et al., 1997; norsk versjon og normering av Lyster et al., 2010) måler reseptivt ordforråd. Testen har 12 blokker med 12 oppgaver i hver. For hver oppgave får deltakerne se et sett med fire tegninger og skal peke på den tegningen som tilsvarende et ord testlederen sier. Testen avsluttes dersom deltakeren får 8 feil i en blokk.

Nonordrepetisjonstesten (Gathercole et al., 1994; norsk versjon av Furnes & Samuelsson, 2009) måler fonologisk korttidsminne. Testen består av 28 nonord med to, tre, fire eller fem stavelser. Barna får høre et opptak av hvert nonord og blir bedt om å gjenta det. Hvis barnet ikke svarer, kan ordet gjentas én gang. Bare fullstendige og korrekte repetisjoner gir poeng. Det finnes ikke normer for den norske versjonen av denne testen, og derfor er råskårer brukt i alle utregninger.

Tabell 2

Deskriptiv statistikk for bakgrunnsvariabler for barna i språkforstyrrelsegruppen (n= 21) og barna i den matchede kontrollgruppen (n=21)

	Språkforstyrrelsegruppen			Kontrollgruppen			t-test (df)	Effektstr.	
	M	SD	Var.bredde	M	SD	Var.bredde	t(40)	p	d
Alder i mnd.	113.12	25.59	69-155	114.09	26.24	71-155	0.12	.91	0.04
Nonverbal IQ	88.33	11.55	70-120	95.71	10.87	70-115	2.13	.04	0.66
Reseptivt vokabular	76.57	17.89	16-100	105.29	14.11	79-126	5.78	<.001	1.78
Nonordsrepetisjon	12.76	6.16	0-20	23.38	2.69	18-27	7.24	<.001	2.23

Note: M= gjennomsnitt, SD= standardavvik, Var.bredde= variasjonsbredde, (df)= frihetsgrader. Nonverbal IQ målt med Ravens matriser. Reseptivt vokabular målt med British Picture Vocabulary Scale II. Nonordrepetisjon målt med Test av nonordrepetisjon for barn (Furnes & Samuelsson, 2009). Skårene for nonverbal IQ og reseptivt vokabular er standardskårer. Skårene for nonordrepetisjon er råskårer (det finnes ikke norske normer for denne testen). Effekttørrelsen er Cohens *d*.

Resultat

Deskriptiv statistikk

Som Tabell 2 viser, var det ingen forskjell i alder mellom språkforstyrrelsegruppen og kontrollgruppen. Det var derimot en moderat gruppeforskjell i nonverbal IQ og store forskjeller i reseptivt vokabular og nonordrepetisjon. Merk imidlertid at testene av reseptivt vokabular og nonordrepetisjon ble brukt som inklusjonskriterier for gruppene (jf. metodedel), og at en derfor kunne forvente gruppeforskjeller på disse variablene.

Tabell 3 viser skårer på de to kartleggingsverktøyene som var i fokus i denne studien: CELF-4 og CCC-2. Gruppeforskjellene mellom språkforstyrrelsegruppen og kontrollgruppen på de to variablene som måler strukturelle språkferdigheter, CELF-4 IGS og CCC-2 GKI, var svært store, omtrent 3 standardavviksenheter. Forskjellene mellom gruppene på CCC-2 IASI var også store, men

omtrent halvparten av effekttørrelsen for de to målene på strukturelle språkferdigheter.

Kartleggingsinstrumentenes nøyaktighet (forskningsspørsmål 1)

Basert på inndelingen i språkforstyrrelsegruppe eller kontrollgruppe («kriteriet») og resultatene fra CELF-4 og CCC-2 ble verktøyenes sensitivitet (sann positiv/(sann positiv+falsk negativ)) og spesifisitet (sann negativ/(sann negativ + falsk positiv)) beregnet (Rydz et al., 2005; Sattler, 2008).

Som det kommer frem av Tabell 4 hadde CELF-4 en nøyaktighet på 95,2 % og CCC-2 en nøyaktighet på 80,9 %. CELF-4 identifiserte 90,4 % (n = 19) av barna i språkforstyrrelsegruppen korrekt med en IGS skåre < 85. To barn i språkforstyrrelsegruppen ble underidentifisert med IGS-skårer innen normalområdet. Samtlige av barna i

Tabell 3

Skårer på CELF-4 for språkforstyrrelsegruppen (n=21) og barna i den matchede kontrollgruppen (n=21)

	Språkforstyrrelsegruppen			Kontrollgruppen			t-test (df)	Effektstr.	
	M	SD	Var.bredde	M	SD	Var.bredde	t(40)	p	d
CELF-4 IGS	63.90	14.25	40-95	103.19	11.74	86-135	9.51	<.001	3.01
CCC-2 GKI	40.52	17.89	14-73	86.95	12.11	48-101	9.85	<.001	3.04
CCC-2 IASI	11.43	8.52	-7-27	-0,86	8.04	-30-7	-4.81	<.001	1.48

Note: M= gjennomsnitt, SD= standardavvik, Var.bredde= variasjonsbredde, (df)= frihetsgrader. CELF-4 = Clinical Evaluation of Language Fundamentals 4. IGS = Indeks for Grunnleggende Språkferdigheter. CCC-2 = Childrens Communication Checklist 2. GKI = Generell Kommunikasjonsindeks. IASI = Indeks for Avvik i Sosial Interaksjon. Skårene for CELF-4 IGS er standardskårer og skårene for CCC-2 GKI og CCC-2 IASI er skalerte skårer. Effekttørrelsen er Cohens *d*.

kontrollgruppen ($n = 21$) hadde en IGS skåre > 85 og ble korrekt identifisert. CCC-2 identifiserte 66,6 % ($n = 14$) av barna i språkforstyrrelsegruppen korrekt med en GKI < 55 . Syv av barna i språkforstyrrelsegruppen ble underidentifisert med skårer > 55 , mens ett barn i kontrollgruppen ble overidentifisert med skårer < 55 .

Tabell 4

Sensitivitet og spesifisitet for CELF-4 IGS og CCC-2 GKI

	Sensitivitet	Spesifisitet	Total nøyaktighet
CELF-4 IGS	90,4 %	100 %	95,2 %
CCC-2 GKI	66,6 %	95,2 %	80,9 %

De to verktøyene var svært samstemte i klassifiseringen av deltakerne i kontrollgruppen, men langt mindre samstemte i klassifiseringen av deltakerne i språkforstyrrelsegruppen. Kun tolv av barna i språkvanskegruppen fikk identifisert språkforstyrrelsen med begge verktøyene, men samtlige blir identifisert når man tar begge verktøyene i betraktning. Ti av barna får motstridende resultater med de to verktøyene og ni av disse barna tilhører språkforstyrrelsegruppen.

Justering av terskelverdi (forskningsspørsmål 2)

Vi undersøkte effekten av å flytte terskelverdien til GKI fra 55 til 64 slik Helland (2009) gjorde i sin studie basert på det britiske normeringsgrunnlaget. Med den justerte terskelverdien ble fem av syv deltakere som tidligere ble kategorisert som falske negative nå identifisert korrekt ut ifra det uavhengige kriteriet. Sensitiviteten endret seg fra 66,6 % til 90,4 %. Endringen i terskelverdi hadde ingen konsekvenser for spesifisiteten som fremdeles var på 95,2 %. Med denne justeringen ville den totale nøyaktigheten av CCC-2 GKI økt fra 80,9 % til 92,8 % i vårt utvalg.

Diskusjon

Hovedfunnet i denne studien er at språktesten CELF-4 identifiserer barn med språkforstyrrelser med stor nøyaktighet i et utvalg som er uavhengig av den skandinaviske normeringen. Verdier for sensitivitet og spesifisitet var tilfredsstillende. Spørreskjemaet CCC-2 identifiserer kun to tredjedeler av barna med språkforstyrrelser, og har derfor ikke tilfredsstillende nøyaktighet.

Tilfredsstillende de norske versjonene av CELF-4 og CCC-2 gjeldende krav til sensitivitet og spesifisitet?

Spesifisiteten til CELF-4 var optimal i dette utvalget på 42 barn, da samtlige av deltakerne som ifølge det uavhengige kriteriet var i kontrollgruppen ble korrekt identifisert med

CELF-4. Sensitivitetsverdien på over 90 indikerer også en akseptabel identifisering av deltagere som ifølge det uavhengige kriteriet var i språkforstyrrelsegruppen (Barnes, 1982; Rydz et al., 2005). Merk at identifiseringen kun baserte seg på den generelle kommunikasjonsindeksen (IGS), som består av fire deltester avhengig av aldersgruppe. Resultatene tyder altså på at under standardiserte betingelser gir bruk av disse deltestene fra CELF-4 en akseptabel identifisering av utviklingsmessige språkforstyrrelser. Imidlertid var det to av de 21 barna i språkforstyrrelsegruppen som ikke ble identifisert med CELF-4. Det ene barnet hadde en skåre like over terskelverdien til CELF-4 IGS (skåre 86), som indikerer at barnet ligger i grenseområdet for klassifisering av utviklingsmessige språkforstyrrelser med denne testen. Begge disse barna fikk skårer godt under gruppens gjennomsnitt på CCC-2 GKI, og ble identifisert med språkforstyrrelse ifølge spørreskjemaet.

Med unntak av én deltaker ble kontrollgruppen korrekt identifisert i forhold til det uavhengige kriteriet med CCC-2, noe som i likhet med CELF-4 tyder på en nær optimal spesifisitet. Det ser med andre ord ut til at foreldre gjør en valid vurdering av barnets språk- og kommunikasjonsferdigheter når ferdighetene er innenfor normalvariasjonen (jf. Hauerwas & Stone, 2000). Det var kun ett tilfelle av overidentifisering, det vil si en «falsk positiv». Keegstra et al. (2007) hevder det er mer vanlig at overidentifisering observeres ved foreldrerapportering enn ved bruk av språktester. Profilen til deltakeren som var «falsk positiv» indikerte pragmatiske språkvansker.

Sensitivitetsverdien indikerte imidlertid at en tredjedel av deltakerne som hadde språkforstyrrelser ifølge det uavhengige kriteriet ikke ble fanget opp av CCC-2. En så lav sensitivitet kan ikke anses som tilfredsstillende (Barnes, 1982; Rydz, 2005). Benyttes kun CCC-2 GKI med terskelverdien som er anbefalt i den norske manualen, for vurdering av barns språkferdigheter, vil vanskene til en betydelig andel av barna forbli uoppdaget og de vil sannsynligvis ikke få den oppfølgingen de trenger. Det samme gjelder om man bruker CCC-2 for å avgjøre om det er hensiktsmessig å gjøre ytterligere kartlegginger av barnets språk. Selv om det understrekes i manualen at CCC-2 alene ikke gir grunnlag for å sette diagnose fordi det er utviklet som et screeningverktøy, står det også at GKI kan brukes til å identifisere barn som har språkforstyrrelser (Bishop, 2011;21). Dette kan være en kilde til usikkerhet og bidra til at resultatene fra spørreskjemaet tillegges større vekt enn det er grunnlag for

ved mistanke om språkforstyrrelse. En høy andel falske negativer, som følge av underidentifisering, er i tråd med tidligere studier av samme instrument (Bishop & McDonald, 2009; Helland et al., 2009). En mulig forklaring på underidentifiseringen kan være knyttet til foreldrenes forutsetninger for å rapportere eget barns språk. For det første kan underrapporteringen være forårsaket av at foreldrene har for lite kunnskap om eget barns språk eller om språk generelt og dermed vurderer utsagnene feil (Dockrell & Marshall, 2015; Ebert, 2017). I tillegg blir barns språk mer komplekst med økende alder, noe som gjør det enda vanskeligere for foreldre å vurdere barns språk fra skolealder og oppover (Tetzchner et al., 1993). For det andre kan det hende at foreldrene ikke opplever barnets språkforstyrrelse som alvorlig, for eksempel fordi de ikke har lagt merke til vansker på skolen eller vansker med sosial fungering. Foreldre kan være gode til å forstå egne barns språk og kommunikasjon til tross for barnas språkforstyrrelse. Dette er i tråd med Sachse og Suchodoletz' (2008) bemerkninger om at foreldres vurdering ikke er objektiv. På en annen side har en COST-action-pilotstudie av Jensen de López et al. (under trykking) funnet at foreldre ofte har god forståelse for barnets vansker og innsikt i de funksjonelle konsekvensene språkforstyrrelsen har for barnet i hverdagen. Konklusjonene fra studien fremhever viktigheten av å anerkjenne foreldrenes kompetanse, og at denne er viktig for å forstå barnet og gi et relevant tjenestetilbud. Jensen de López et al. (under trykking) intervjuet foreldre til barn som allerede var identifisert med en språkforstyrrelse. Dette kan forklare forskjellene i resultatene mellom studiene.

En annen forklaring på den lave sensitivitetsverdien til CCC-2 kan være knyttet til operasjonaliseringen av begrepet «generell kommunikasjon» i CCC-2. Indeksen GKI har som ambisjon å identifisere barn med språkforstyrrelser, men inkluderer indikatorer som måler områder som ikke nødvendigvis er berørt hos barn med språkforstyrrelser. For de sju barna i språkforstyrrelsegruppen som vurderes innenfor normalområdet, kan det se ut til at ikke-språklige aspekter som måles med skalaen ikke-verbal kommunikasjon (H), trekker den totale CCC-2 GKI-skåren opp og fører til de blir vurdert innenfor normalområdet. I tillegg har CCC-2 et sterkt fokus på ekspressivt språk, og inneholder færre utsagn rettet mot reseptivt språk. Det kan bidra til å gjøre det vanskelig å oppdage barn som har mer subtile vansker med reseptivt språk.

Hvordan vil en justering av terskelverdien til CCC-2 påvirke sensitivitet og spesifisitet?

En justering av terskelverdien for GKI fra 55 til 64 bidro til en betydelig økning i andelen barn med språkforstyrrelser som ble korrekt identifisert med spørreskjemaet. Totalt sett virket derfor flytting av terskelverdi svært hensiktsmessig for instrumentets nøyaktighet i vårt utvalg. Dette funnet er parallelt med funnene til Helland et al. (2009) og Hollund-Møllerhaug (2010b) som fant at en justering av terskelverdiene i disse studiene, som er basert på det britiske normeringsgrunnlaget, resulterte i høyere sensitivitet. Disse funnene understreker viktigheten av en grundig validering av de psykometriske egenskapene, og særlig sensitivitet og spesifisitet, ved instrumenter i ulike kulturelle og språklige kontekster.

Praktiske implikasjoner

Vår studie indikerer at det er tilstrekkelig å gjennomføre kjernetestene i CELF-4 IGS for å kunne avgjøre med stor nøyaktighet om et barn har en utviklingsmessig språkforstyrrelse. Dette kan være nyttig for klinikere som møter barn som det av ulike grunner kan være vanskelig å gjennomføre hele testen med. Våre resultater tyder også på at CCC-2 ikke bør brukes alene til å avgjøre om barn med mistanke om utviklingsmessige språkforstyrrelser skal utredes videre. Til dette har ikke instrumentet god nok nøyaktighet med manualens terskelverdier, og man kan derfor ende opp med å ikke utrede barn som har en utviklingsmessig språkforstyrrelse. Spørreskjemaet kan brukes som supplement til annen utredning for å vurdere ulike aspekter ved barnets språk. Det må i tillegg tas i betraktning at ved klinisk bruk skal den totale CCC-2 profilen tolkes, ikke kun CCC-2 GKI.

Det er verdt å merke seg at samtlige av barna med utviklingsmessige språkforstyrrelser blir identifisert dersom man bruker begge instrumentene, det vil si CELF-4 IGS og CCC-2 GKI. Dette støtter anbefalingen om å ta i bruk minst to kartleggingsinstrumenter i utredning for utviklingsmessige språkforstyrrelser (Paul, 2007). Det bør imidlertid påpekes at det heller ikke anses som tilstrekkelig å benytte testskårer alene for å identifisere språkforstyrrelser, men at intervju og observasjoner i naturlige kontekster bør inngå i utredningen. Til sammen vil kombinasjonen av minst to standardiserte og normerte kartleggingsinstrumenter, intervjuer og observasjoner ofte være tilstrekkelig til å gjøre en god vurdering av barnets språkferdigheter (Bishop et al., 2016).

Flere har også tatt til orde for at barn som skårer i nedre del av normalområdet bør få det samme tilbudet om intervensjon som barn som skårer like under terskelverdi (Bishop et al., 2016). Vår oppfordring er derfor å ha en pragmatisk tilnærming til bruk av testresultater i praksis.

Styrker og begrensninger

En begrensning ved denne studien er at utvalgsstørrelsen er mindre enn hva som er ideelt i en studie av testers sensitivitet og spesifisitet. Samtidig er dette én av svært få studier som har undersøkt et utvalg som allerede er identifisert med utviklingsmessig språkforstyrrelse av PPT eller andre instanser, og som i tillegg har verifisert språkforstyrrelsen gjennom en uavhengig språkkartlegging (i dette tilfellet BPVS og nonordrepetsjon). Det er også en styrke at studien inkluderte en kontrollgruppe som var matchet med språkforstyrrelsegruppen på kjønn, alder og non-verbal IQ. Ett av barna i utvalget hadde tidligere tatt CELF-4 som en del av utredningen hos PPT, men bortsett fra dette barnet var andre tester, i kombinasjon med klinisk skjønn, blitt brukt til å identifisere språkforstyrrelser i den opprinnelige utredningen. Resultatene av vår studie tyder derfor på at CELF-4 kan identifisere utviklingsmessige språkforstyrrelser som er påvist gjennom en utredning med andre instrumenter. Utover informasjonen om CELF-4 var tatt tidligere eller ikke, mangler vi informasjon om hvilke kartleggingsinstrumenter som ble brukt i utredningen hos PPT, BUP og Statped. Vi vet derfor ikke om CCC-2 har blitt brukt som en del av utredningen.

Deltakerne i denne studien hadde norsk som førstespråk. Resultatene kan derfor ikke overføres til å gjelde identifisering av utviklingsmessige språkforstyrrelser hos flerspråklige barn.

Videre bør det understrekes at formålet med studien var å vurdere instrumentenes nøyaktighet i identifisering av barn med utviklingsmessige språkforstyrrelser. Av den grunn brukte vi kun indeksen for generelle språkferdigheter (GKI) til å vurdere sensitivitet og spesifisitet, og resultatene kan derfor ikke si noe om CCC-2s nøyaktighet i identifisering av pragmatiske eller sosiale kommunikasjonsvansker eller mulige autismespekterforstyrrelser. Avslutningsvis skal det også nevnes at CELF-4 og CCC-2 ikke er de eneste testene som benyttes i identifisering av språkvansker i Norge, og at fremtidige studier også bør undersøke sensitiviteten og spesifisiteten til andre språktester som TROG-II (Bishop, 2003) og BPVS-II (Dunn et al., 1997).

Konklusjon

For å korrekt identifisere barn med utviklingsmessige språkforstyrrelser kreves valide og nøyaktige instrumenter. Denne undersøkelsen bidrar med konkrete resultater om identifisering av språkforstyrrelser hos norske barn med verktøyene CELF-4 og CCC-2 i utvalg som er uavhengige av normeringsutvalgene.

Barnas språkferdigheter målt med CELF-4 IGS klassifiserer deltakerne korrekt i språkforstyrrelsegruppe og kontrollgruppe i svært stor grad, og tilfredsstillende dermed de gjeldende krav til nøyaktig vurdering av barns språkferdigheter. CCC-2 identifiserer barnas plassering i språkforstyrrelsegruppe og kontrollgruppe i mindre grad enn CELF-4, og med manualens terskelverdier tilfredsstillende ikke instrumentet sitt formål som screeninginstrument for å fange opp barns språkforstyrrelse i tilstrekkelig grad i vårt utvalg. CCC-2 kan imidlertid brukes som supplement til andre standardiserte verktøy.

Referanser

- Barnes, K. E. (1982). *Preschool Screening: The Measurement and Prediction of Children at Risk*. Springfield: Charles C. Thomas Publishers.
- Bishop, D. V. M. (2003). *The children's Communication Checklist - Second Edition (CCC2)*. London: Psychological Corporation.
- Bishop, D. (2003). *Test for Reception of Grammar II*. London: Harcourt Assessment.
- Bishop, D. V. M. (2011). *CCC-2. The Children's Communication Checklist. Manual (Norsk versjon) (2 utg.)*. Stockholm: Pearson Assessment.
- Bishop, D. V. M., & McDonald, D. (2009). Identifying language impairment in children: combining language test scores with parental report. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(5), 600-615.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2016). CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PLoS ONE*, 11 (7).
- Bishop, D. V. M., Snowling, M., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2017). Phase 2 of CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study of Problems with Language Development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10).
- Conti-Ramsden, G., Durkin, K., Toseeb, U., Botting, N., & Pickles, A. (2018). Education and employment outcomes of young adults with a history of developmental language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(2), 237-255.
- Dale, P. S., McMillan, A. J., Haiyou-Thomas, M. E., & Plomin, R. (2014). Illusory recovery: Are recovered children with early language delay at continuing elevated risk? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23(3), 437-447.
- Denman, D., Speyer, R., Munro, N., Pearce, W. M., Chen, Y-W. & Cordier, R. (2017). Psychometric properties of language assessments for children aged 4-12 years: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 07. September 2017.
- Dockrell, J. E., & Marshall, C. R. (2015). Measurement Issues: Assessing language skills in young children. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(2), 116-125.
- Dunn, L. M., Dunn, L. M., Whetton, C., & Byrley, J. (1997). *The British Picture Vocabulary Scale (2 utg.)*. London: Nelson Publishing Company.
- Ebert, K. D. (2017). Convergence between parent report and direct assessment of language and attention in culturally and linguistically diverse children. *PLoS ONE*, 12(7).
- Furnes B., Samuelsson S. (2010). Predicting reading difficulties in transparent and opaque orthographies: a comparison between Scandinavia and U.S./Australian children. *Dyslexia* 16 119-142.
- Gathercole, S. E, Willis, C. S., Baddeley, A. D. & Emslie, H. (1994). The children's test of nonword repetition: A test of phonological working memory, *Memory*, 2:2, 103-127.
- Hauerwas, L. B., & Stone, C. A. (2000). Are parents of school-age children with specific language impairments accurate estimators of their child's language skills? *Child Language Teaching and Therapy*, 16(1), 73-86.
- Helland, W. A., Biringner, E., Helland, T., & Heimann, M. (2009). The usability of a Norwegian adaptation of the Children's Communication Checklist Second Edition (CCC-2) in differentiating between language impaired and non-language impaired 6- to 12-year-olds. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(3), 287-292.
- Hollund-Møllerhaug, L. (2010). Forekomst av språkvansker hos norske barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(7), 608-610.
- Hollund-Møllerhaug, L. (2010b). Children's Communication Checklist (CCC-2): En sammenligning av GCC-skårenes persentilfordeling i et britisk og norsk utvalg. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(9), 824-826.
- Jensen de López, K. M., Lyons, R., Novogrodsky, R., Baena, S., Feilberg, J., Harding, S., Kelić, M., Klatte, I. S., Mantel, T. C., Tomazin, M. O., Ulfssdottir, T. S., Zajdó K. & Rodriguez-Ortiz, I. R. (under trykking). Exploring Parental Perspectives of Childhood Speech and Language Disorders Across 10 Countries: A Pilot Qualitative Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
- Keegstra, A. L., Knijff, W. A., Post, W. J., & Goorhuis-Brouwer, S. M. (2007). Children with language problems in a speech and hearing clinic: Background variables and extent of language problems. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(5), 815-821.
- Laveson, A., Lödén, M. & Hansson, K. (2018) Development of a language screening instrument for Swedish 4-year-olds. *International Journal of Communication Disorders*, 53(3), 605-614.
- Leonard, L. B. (2014). *Children with Specific Language Impairment (2 utg.)*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Lyster, S. A. H., Horn, E., & Rygvold, A. L. (2010). Ordforråd og ordforrådsutvikling hos norske barn og unge. Resultater fra en utprøving av British picture vocabulary scale, (BPVS II). *Spesialpedagogikk* 9, 35-43.
- Massa, J., Gomes, H., Tartter, V., Wolfson, V., & Halperin, J. M. (2008). Concordance Rates between Parent and Teacher Clinical Evaluation of Language Fundamentals Observational Rating Scale. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(1), 99-110.
- McCauley, R. J. (2001). *Assessment of language disorders in children*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Mok, P.L.H., Pickles, A., Durkin, K. and Conti-Ramsden, G. (2014), *Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 516-527.
- Norbury, C. F., Nash, M., Baird, G., & Bishop, D. V. (2004). Using a parental checklist to identify diagnostic groups in children with communication impairment: A validation of the Children's Communication Checklist-2. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 39(3), 345-364.
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E. mfl. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247-1257.
- Paradis, J., Emmerzael, K., & Duncan, T. S. (2010). Assessment of English language learners: using parent report on first language development. *Journal of Communication Disorders*, 43(6), 474-497.
- Paul, R. (2007). *Language Disorders from Infancy through Adolescence: assessment & intervention (3 utg.)*. St. Louis, Mo: Mosby.
- Raven, J., Raven, J. C. & Court, J. H. (2003). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Rydz, D., Shevell, M. I., Majnemer, A., & Oskoui, M. (2005). Developmental Screening. *Journal of Child Neurology*, 20(1), 4-21.
- Sachse, S. v., & Suchodoletz, W. v. (2008). Early Identification of Language Delay by Direct Language Assessment or Parent Report? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(1), 34-41.
- Sattler, J. M. (2008). *Assessment of children: Cognitive foundations*. San Diego, CA: JM Sattler.
- Semel, E., Wiig, E. H. & Secord, W. A. (2003). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-4)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Semel, E., Wiig, E. H. & Secord, W. A. (2013). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-4) manual (Norsk versjon)*. Stockholm: Pearson Assessment.
- Spaulding TJ, Plante E, Farinella KA. (2006). Eligibility criteria for language impairment: Is the low end of normal always appropriate? *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 37(1), 61-72.
- Tetzchner, S. v., Feilberg, J., Hagtvet, B., Martinsen, H., Mjaavath, P. E., Simonsen, H. G., & Smith, L. (1993). *Barns språk (2 utg.)*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tomblin, J.B. (2019). *Developmental language disorder*. I: J.S. Horst & J.v.K. Torkildsen (red.), *International Handbook of Language Acquisition*: Routledge.
- Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(6), 1245-1260.
- Tomblin, J. B., Zhang, X., Buckwalter, P., & O'Brien, M. (2003). The stability of primary language disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(6), 1283-1296.
- Wilson, A. C., & Bishop, D. V. M. (2021). A novel online assessment of pragmatic and core language skills: An attempt to tease apart language domains in children. *Journal of Child Language*, 1-22.



Monica Norvik

er logoped MNLL og ph.d. i lingvistikk fra UiO. Hun er seniorrådgiver i afasiteamet, Statped, fagavdeling språk/tale, forsker ved Senter for flerspråklighet (MultiLing), Institutt for lingvistiske og nordiske studier, UiO og førsteamanuensis II ved logopedutdanninga ved Institutt for språk og litteratur, NTNU.

monica.norvik@statped.no

Foto: Nadia Frantzen



Ingvild Winsnes

er logoped MNLL fra UiO. Hun har erfaring fra Sunnaas sykehus og er nå ansatt som seniorrådgiver i afasiteamet, Statped, fagavdeling språk/tale.

ingvild.elisabeth.winsnes@statped.no

HVA ER PRIMÆR PROGRESSIV AFASI (PPA) – OG HVA HAR DET Å SI FOR OSS LOGOPEDER?

Primær progressiv afasi (PPA) er varianter av demenssykdommer som debuterer med språkvansker, oftest hos personer i 50–60-årsalderen. Det tar gjerne år fra de første symptomene oppstår til diagnosen settes, og det finnes ingen farmakologisk behandling for noen av de bakenforliggende hjernesykdommene som forårsaker PPA. Imidlertid viser et økende antall studier at logopedisk behandling av språk og tale kan forbedre kommunikasjonsfunksjonen for personer med PPA, men ulike varianter av PPA krever ulike tiltak. Riktig diagnose tidlig er derfor viktig. Slike vansker krever omfattende kartlegging av språklig og kognitiv prosessering.

Introduksjon

Ragnhild, en 68 år gammel dame, hadde over en periode på halvannet år opplevd anomi. Hun oppsøkte fastlegen og ble henvist til geriatrisk avdeling ved sitt lokalsykehus. Kartlegging av kognitive funksjoner viste evner innen normalområdet, men språkfunksjonen var noe nedsatt. Ved bildediagnostikk fant man endringer forenlig med logopenisk variant av PPA. Ragnhild ble henvist til Statped for videre kartlegging av språkfunksjon og utprøving av tiltak¹.

Demens er en betegnelse på kroniske, ervervede og vanligvis ikke-reversible tilstander som skyldes sykdommer eller skader i hjernen. Det finnes svært mange ulike demenssykdommer og antallet personer som lever med en eller annen form for demens i Norge i dag anslås til å være over 100 000 personer. Dette antallet er estimert til å øke til det dobbelte innen 2050, primært fordi befolkningen blir eldre (Gjøra, Kjelvik, Strand, Kvello-Alme & Selbæk, 2020). Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demenssykdom og man antar at om lag 60 % av personer med demens har Alzheimer (Gjøra et al., 2020). Andre, langt mer sjeldne demenssykdommer, er blant annet frontotemporal demens.

I noen former for demens, som Alzheimers sykdom, er ofte de første symptomene nedsatt

hukommelse – oftest episodisk minne – og vansker med å huske nylige hendelser. Mange erfarer også anomi i varierende grad. Andre former for demens, derimot, debuterer med språkvansker. *Primær progressiv afasi (PPA)* er en gruppebetegnelse på demenssykdommer der etiologi (underliggende årsak) kan være Alzheimers sykdom eller frontotemporal demens. PPA er spesialvarianter av ulike nevrodegenerative sykdommer som debuterer nettopp med språk- og/eller talevansker. Det finnes ikke presise tall for hvor vanlig tilstanden er, men en britisk undersøkelse antyder en prevalens på 3-4/100 000, det vil si omtrent på samme nivå som for *amyotrofisk lateralsklerose (ALS)* (Coyle-Gilchrist et al., 2016).

Demenssykdommer har tradisjonelt ikke vært noe som logoped i Norge har arbeidet med i særlig grad. Én grunn kan være at man har oppfattet disse tilstandene som raskt progredierende. Mange personer med PPA kan imidlertid leve i ti år med langsomt progredierende språkvansker, og ha et udekket behandlingsbehov. Vi vil i denne artikkelen argumentere for at for å kunne gi en presis diagnose, gi korrekt behandling og råd og veiledning til pårørende og person med PPA, kreves en mer omfattende utredning av språk og tale enn det som inngår i

¹ Ragnhild er et fiktivt kasus, basert på flere av våre brukere med PPA.

de generelle kognitive testene ved demens – og her spiller vi logopeders en viktig rolle. I denne artikkelen vil vi beskrive kliniske kjennetegn ved PPA og kriterier for diagnostisering som er relevante for oss logopeders. Vi vil ikke berøre patologi i særlig grad, men se Bekkhus-Wetterberg, Brækhus, Chawla, Müller, Norvik & Winsnes (*under arbeid*) for beskrivelser av patologi, samt hjernebilder av de ulike variantene av PPA. Vi vil, basert på forskningslitteratur og egen klinisk erfaring, presentere relevante kartleggingsmetoder for å bidra i diagnostisering av PPA, og vi vil vise til ulike tiltak som kan være aktuelle.

Tre varianter av PPA

Progressive språkforstyrrelser er blitt beskrevet i litteraturen siden slutten av 1800-tallet. Det er imidlertid først i nyere tid at disse tilstandene er blitt klassifisert. Mesulam (1982) beskrev en rekke kasus med sakte progredierende afasi, som han senere gav navnet primær progressiv afasi (Mesulam & Weintraub, 1992). Tidligere begreper som har blitt brukt om de samme vanskene er blant annet semantisk demens og progressiv ikke-flytende afasi, og tilstandene ble knyttet til frontotemporal demens. Nyere forskning har imidlertid identifisert en tredje variant av PPA, som ofte har underliggende alzheimerpatologi (Gorno-Tempini, Brambati, Ginexm, Ogar, Dronkers, Marcone, et al., 2008; Gorno-Tempini, Hillis, Weintraub, Kertesz, Mendez, Cappa, et al., 2011).

Den nåværende klassifiseringen av PPA ble utarbeidet av en gruppe erfarne klinikere og forskere gjennom et omfattende konsensusarbeid, og i 2011 ble det publisert en konsensusartikkel hvor tre hovedvarianter av PPA ble beskrevet: *Semantisk variant* (svPPA), *ikke-flytende/agrammatisk variant* (nfvPPA), som ofte opptrer sammen med progredierende taleapraksi, og *logopenisk variant* (lvPPA). Disse tre skiller seg både klinisk og patologisk fra hverandre og klassifiseringen tar derfor utgangspunkt i både kliniske symptomer og biomarkører (Gorno-Tempini et al., 2011).

Semantisk variant av PPA (svPPA) debuterer ofte i relativt ung alder, som regel mellom 55 og 70 år (Hodges & Patterson, 2007), og tidlige symptomer er anomi i lesing og skrivning, forårsaket av semantiske vansker. Anomi kan forekomme også hos personer med logopenisk variant av PPA, men er mest alvorlig i den semantiske varianten. I oppgaver som konfrontasjonsbenevning vil ikke personer med svPPA ha støtte i prompting, nettopp fordi de mangler den semantiske kunnskapen om objektet, handlingen eller personen som skal benevnes. Det er vanlig at lavfrekvente og abstrakte ord blir problematiske først, og de vil gjerne benevne lavfrekvente ord med mer vanlige ord, med høyere frekvens (semantiske parafasier), som for eksempel å benevne en *pingvin* som *fugl*. Ordvalgene bærer videre gjerne preg av semantisk lette ord, som *ting* eller *å holde på med*. Ofte kan familien reagere på at personen stadig vekk spør om hva ord betyr. Personer med svPPA har ofte lese- og skrivevansker og gjør gjerne generaliseringsfeil i skrivning, de vil for eksempel kunne skrive ordet *tidlig* som <tili>. Personer med den semantiske varianten har ellers svært upåfallende tale, de gjør ikke fonologiske eller grammatikalske feil (Gorno-Tempini & Santos, 2015; Gorno-Tempini et al., 2011; Montembeault, Brambati, Gorno-Tempini & Migliaccio, 2018).

Ikke-flytende variant av PPA (nfvPPA) debuterer vanligvis i 60-årsalderen (Johnson, Diehl, Mendez, Neuhaus, Shapira, Forman, et al., 2005) og karakteriseres gjerne ved langsom tale – langt langsommere enn hos personer med de to andre variantene. To hovedfaktorer antas å ligge til grunn for den langsomme talen og talestrevet, nemlig taleapraksi og agrammatisme (Gorno-Tempini & Santos Santos, 2015). Taleapraksi er ett av kjernekriteriene til nfvPPA (for mer om (primær) progressiv taleapraksi, se Duffy, Utianski & Josephs, 2020). Agrammatisme viser seg både i språkproduksjon – ved korte, relativt enkle setningsstrukturer og bortfall av morfemer – og i språkforståelse, ved vansker med å forstå mer komplekse syntaktiske strukturer, for eksempel passivsetninger.



Peter Bekkhus-Wetterberg
er overlege ved Hukommelsesklinikken, Geriatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus.
svewet@ous-hf.no



Anne Brækhus
er dr. med, spesialist i nevrologi, overlege ved Nevrologisk avdeling og Hukommelsesklinikken, Geriatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.
abrakhus@ous-hf.no

Foto: Martin Lundsvoll

Den langsomme talen og talestrevet kan også skyldes utelatelse av grammatiske morfemer som artikler, preposisjoner og hjelpeverb. Prosodien er også ofte berørt hos mange personer med den ikke-flytende varianten og dysartriske feil er også vanlig. Produksjon og forståelse av verb ser også ut til å være vanskeligere for personer med ikke-flytende PPA enn for normalspråklige personer (Hillis, Oh & Ken, 2004). Forståelse av enkeltord og kunnskap om objekter er vanligvis relativt upåfallende hos personer med nfvPPA, så kartlegging av disse funksjonene er nyttig i tidlig differensialdiagnose. Ettersom sykdommen progredierer vil andre kognitive vansker oppstå, i form av vansker med oppmerksomhet, verbalt arbeidsminne og episodisk minne og også en svekkelse av eksekutive funksjoner.

For disse to variantene, den semantiske og den ikke-flytende varianten er det vanligste at de har en underliggende frontotemporal patologi, mens den siste, *logopenisk variant* av PPA (lv-PPA), regnes som en atypisk variant av Alzheimers sykdom og har ofte en underliggende Alzheimer-patologi (Bergeron, Gorno-Tempini, Rabinovici, Santos-Santos, Seeley, Miller et al., 2018; Montembeault et al., 2018). Denne varianten er den som nyligst har blitt beskrevet, og vi vet så langt ikke så mye om når den debutterer. Det vanligste tidlige symptomet på denne varianten er anomi og problemer med setningsrepetisjon, derimot er gjentakelse og forståelse av enkeltord bevart. Man antar at dette skyldes en forstyrrelse i det fonologiske korttidsminnet, med fonologiske vansker som resultat (Gorno-Tempini et al., 2008). Når det kommer til språkproduksjon, skiller den logopeniske varianten seg fra den ikke-flytende ved at personer med logopenisk PPA ikke har alvorlig agrammatisme og heller ikke har det samme talestrevet som er vanligere i den ikke-flytende varianten, men de har gjerne fonologiske parafasier. På samme måte som for personer med den semantiske varianten vil også personer med logopenisk PPA streve med konfrontasjonsbenevning, men ikke i like stor grad.

Det er verdt å nevne at så mange som 40 % av personene med PPA ikke passer inn i noen av disse subtypene og blir gjerne beskrevet som atypiske eller å ha en blandet (*mixed*) PPA-variant (Sajjadi, Patterson, Arnold, Watson, & Nestor, 2012). Noen beskriver disse med blandet PPA som en egen, fjerde variant (Mesulam, Coventry, Bigio, Geula, Thompson, Bonakdarpour, et al., 2021), men i denne artikkelen forholder vi oss til den etablerte konsensusstudien fra 2011 (Gorno-Tempini et al., 2011).

Generelle prinsipper for logopedisk kartlegging og behandling

Logopedier spiller en viktig rolle i arbeidet med personer med PPA, både med tanke på kartlegging – blant annet som hjelp til å sette en spesifikk diagnose – og til planlegging av tiltak. En grundig og presis språkkartlegging er ett av flere kritiske aspekter ved å bestemme riktig undertype av PPA og for å planlegge og monitorere utviklingen av språket over tid.

Tilnærmingen til arbeidet med personer med primær progressiv afasi bør være personsentrert. I en personsentrert tilnærming tar man utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte personen, både ved kartlegging og tiltak. Det er flere modeller for personsentrert omsorg og behandling for personer med demens. Innenfor afasi-logopedien er tilnærmingen som blir benyttet i *Life Participation Approach to Aphasia* (LPAA) i tråd med personsentrert omsorg (Volkmer et al., 2020; Rogalski & Khayum, 2018; Helsedirektoratet, 2017). LPAA er ikke en spesifikk metode, men den angir noen grunnleggende ideer og verdier for afasirehabilitering (Chapey, Duchan, Elman, Garcia, Kagan, Lyon, et al., 2000).

Kartlegging av språkfunksjon

Logopedens tilnærming til kartlegging vil være forskjellig avhengig av om kartleggingen er en del av den helhetlige diagnostiseringen eller mer spesifikk for å planlegge tiltak (Rogalski & Khayum, 2018). Dersom kartleggingen er en del av diagnostiseringen, anbefales det i konsensusartikkelen av Gorno-Tempini og kolleger (2011) en totrinns diagnoseprosess. Først må det avgjøres om det dreier seg om PPA ved hjelp av tre generelle inklusjonskriterier (tabell 1): Det mest fremtredende kliniske symptomet skal være så store vansker med språk og kommunikasjon at det griper inn i personens dagligliv. Afasi skal altså være den mest fremtredende vansken i sykdommens tidlige fase (de første ett til to årene). I dette arbeidet vil det være nødvendig at logopedien gjør en generell kartlegging av språkfunksjonen. Dersom det blir fastslått at personen har PPA, er det neste steget å bestemme hvilken variant av PPA som passer best, basert på kliniske vurderinger av personens språk og tale. Dette gjøres ved å kartlegge spesifikke lingvistiske områder, slik at man sammen med biomarkører kan differensiere mellom de ulike variantene av PPA (Henry & Grasso, 2018).

Kartleggingen bør altså omfatte en grundig kartlegging av personens bakgrunn og medisinske historie og en detaljert vurdering av både språklige og kognitive funksjoner. Man

bør inkludere oppgaver som er utformet for å oppdage kjernevanskene i henhold til diagnosekriteriene og også kjernevanskene for de tre ulike undertypene som er skissert i gjeldende diagnostiske kriterier (Henry & Grasso, 2018).

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for PPA (Gorno-Tempini et al., 2011, s. 1008, egen oversettelse)

Inklusjons- og eksklusjonskriterier for PPA-diagnose	
Inklusjonskriterier: Alle kriterier må være til stede	
1. Det mest fremtredende kliniske trekket er språkvansker	
2. Språkvanskene er de viktigste årsakene til ADL-svikt	
3. Afasi bør være det mest fremtredende symptomet ved sykdomsdebut og i tidlig fase av sykdommen	
Eksklusjonskriterier: Ingen av kriteriene kan være til stede	
1. Vanskene kan bedre forklares av andre ikke-degenerative nevrologiske sykdommer eller andre medisinske lidelser	
2. Kognitive forstyrrelser kan bedre forklares av en psykiatrisk diagnose	
3. Fremtredende vansker med episodisk hukommelse, visuell hukommelse eller visuopersepsjon	
4. Fremtredende atferdsforstyrrelser i tidlig fase	

Dersom diagnosen allerede er fastslått og man skal kartlegge for å planlegge tiltak vil en *flip the rehab*-tilnærming være hensiktsmessig. I en slik tilnærming starter man med å identifisere personen med PPA sine mål, og velger område for kartlegging ut fra det (Rogalski & Khayum, 2018). Kartleggingen vil rette seg både mot språkfunksjon og funksjonell kommunikasjon og mot andre faktorer, slik som personlige faktorer og miljøfaktorer.

Relevante oppgaver og kartleggingsmaterieill

Per i dag finnes det ikke kartleggingsmaterieill på norsk, utviklet spesifikt til utredning for PPA, eller som med høy grad av sikkerhet kan skille mellom de ulike subtypene. Logopeder vil derfor måtte benytte seg av allerede eksisterende materieill, og i internasjonal litteratur finner vi at logopeder i stor grad benytter seg av kartleggingsmaterieill som er utviklet for personer med afasi etter hjerneslag (se forslag til oppgavetyper i tabell 2). Dette er en metode vi også benytter oss av klinisk, men vi må da være oppmerksomme på at vi ikke har normer som er laget for personer med PPA.

Tabell 2. Oppgaver som kan bli brukt til å kartlegge tale- og språkfunksjon i PPA (Gorno-Tempini et al., 2011, s. 1011, egen oversettelse)

Tale- og språkfunksjon	Oppgaver	Språklige mål	PPA-variant
Taleproduksjon			
Grammatikk	Bildebeskrivelse, gjenfortelling av historie (f.eks. ved hjelp av bilder), produksjon av syntaktisk korrekte setninger basert på oppgaver som gir begrensninger i mulige svaralternativer	Grammatisk struktur; gjennomsnittlig ytringslengde (MLU), nøyaktighet av innhold; setningsmelodi/intonasjon, prosodi, spesifikke feiltyper i ordvalg, artikulasjon	Ikke-flytende/agrammatisk variant
Talemotorikk	Evaluering av talemotorikk, inkludert flere repetisjoner av multisyllabisk ord, diadokokinese, spontantale	Anstrengt tale, nøling, tilstedeværelse av talepraksi eller dysartri, spesifikke typer språklydsfeil, faktorer som påvirker artikulasjon (f.eks. ordlengde i stavelser)	Ikke-flytende/agrammatisk variant
Konfrontasjonsbenevning	Gjenkalling av enkeltord som svar på bilder, lyder, mat og lukt	Feilrate, forsinkelse i benevning, faktorer som påvirker benevningsnøyaktighet (f.eks. kjente versus ukjente gjenstander, substantiv versus verb, semantisk kategori), feiltyper (f.eks. semantiske feil, fonemiske feil)	Alvorlige vansker ved semantisk variant: semantiske feil Moderate vansker i logopenisk variant: fonemiske feil

Tale- og språkfunksjon	Oppgaver	Språklige mål	PPA-variant
Repetisjon	Muntlig repetisjon av ord, nonord, uttrykk (fraser) og setninger	Faktorer som påvirker repetisjonsnøyaktigheten (f.eks. forutsigbarhet for setningen, setningslengde, grammatisk kompleksitet), feiltyper	Logopenisk variant: fonologiske feil
Setningsforståelse	Matching av muntlig presenterte setninger til bilder, ja/nei-spørsmål, følge anvisninger	Faktorer som påvirker forståelsen (f.eks. grammatisk kompleksitet, reversibilitet av setning, for eksempel, Gutten ble sparket av jenta vs. Ballen ble sparket av jenta)	Ikke-flytende/agrammatisk variant: effekt av grammatisk kompleksitet Logopenisk variant: lengde- og frekvenseffekt
Forståelse av enkeltord	Matching av ord-bilde, Matching av ord-til-definisjon, Matching av synonymer	Faktorer som påvirker forståelse (f.eks. om ordene er kjente, frekvens, grammatisk ord-klasse)	Semantisk variant
Kunnskap om objekter/ personer	Bilde-bilde-samsvar, <i>odd-one-out</i> , semantiske assosiasjoner; matching av gest-objekt matching av lyd-bilde	Faktorer som påvirker objektkunnskap (f.eks. om objektet/ personen er kjent, semantisk kategori)	Semantisk variant
Lesing/staving	Både vanlige og uregelmessige ord fra forskjellige ordklasser, matchet for andre faktorer, nonord matchet med ord i lengde	Faktorer som påvirker lese-/ rettskrivningsnøyaktighet (f.eks. regelmessighet, frekvens, ordklasse), feiltyper (f.eks. regulering, fonologisk plausible feil, forvrengt artikulasjon)	Semantisk variant: generaliseringsfeil Logopenisk variant: fonologiske feil

Vi gikk nokså bredt ut i kartleggingen av Ragnhilds språkfunksjon. Kartleggingen viste at hun ikke hadde vansker med semantikk. Videre viste kartleggingen at hun hadde lette vansker med auditiv forståelse. Vanskene var hovedsakelig knyttet til forståelse av lengre setninger. Ragnhild hadde fonologiske feil ved skriving, ellers var det ingen andre utfall i lesing og skriving. Ved kartlegging av muntlig språkproduksjon fant vi fonologiske vansker og benevningsvansker, som ble påvirket av frekvens. Undersøkelse av sammenhengende tale viste i tillegg at Ragnhild hadde vansker med å organisere en fortelling med en logisk oppbygning.

Relevante tiltak

Logopedisk behandling for personer med PPA bør være sammensatt av flere komponenter og bestå av trening på spesifikke språkfunksjoner, kompensatoriske strategier, partnerkommunikasjonstrening og rådgivning til personen med PPA og deres pårørende (Croot, Nickels, Laurence &

Manning, 2009; Rogalski & Khayum, 2018). Direkte trening av spesifikke språkfunksjoner, slik som ordmobiliseringsoppgaver, for å vedlikeholde språkfunksjonen vil antagelig ha best virkning i de første fasene av forløpet og der kognitive funksjoner er relativt godt bevart (Jokel, Graham, Rochon & Leonard, 2014). Arbeid med kompensatoriske strategier bør begynne tidlig. Fordi PPA er progredierende, vil det være behov for en kontinuerlig evaluering og justering av tiltakene.

Personer med PPA vil ha behov for oppfølging av logoped gjennom hele forløpet. Mengde og innhold vil imidlertid variere ut ifra hvor i forløpet personen er. Volkmer og kollegaer (2020) påpeker at nesten alle personer med PPA vil ha nytte av en personsentrert logopedisk oppfølging.

Språkbaserte tiltak

Det har de siste ti årene vært en betydelig økning i antall

publiserte studier som omhandler direkte språkbaserte tiltak ved PPA. Studiene som er gjennomført er enkelt-kasusstudier og små gruppestudier, og samme intervensjon er prøvd ut i ulike studier (Croot, 2018). Ulike tilnæringer til ordmobiliseringsoppgaver er det tiltaket det er forsket mest på. Dette har sammenheng med at anomi er et tidlig og hyppig rapportert symptom ved PPA, særlig ved lvPPA og svPPA. I en oversiktsartikkel identifiserer Croot (2018) fem hovedgrupper av ordmobiliseringsoppgaver. Den første er det som noen ganger blir referert til som *standard naming treatment*. Disse oppgavene starter med at man skal benevne et bilde, og dersom det ikke er vellykket gis det prompting. Den andre går ut på at man ser bilde av målordet og skal lese og gjenta ordet. Den tredje oppgavetyper er oppgaver med hint-hierarki. Hintene som blir benyttet kan være semantiske, fonologiske, ortografiske eller selvbiografiske (f.eks. *jeg bruker dette hver morgen*). Den fjerde hovedgruppen oppgaver er semantisk basert, og går ut på å utdype de semantiske trekkene eller assosiasjoner ved målordet (f.eks. *Semantic Feature Analysis (SFA)*, Boyle & Coelho, 1995). Den femte oppgavetyper som nevnes er ordmobilisering i kontekst. I disse oppgavene jobber man med målordet i kontekst, for eksempel i en setning eller i en historie. I de fleste studiene som har undersøkt effekten av ulike ordmobiliseringsoppgaver rapporteres det en umiddelbar effekt av intervensjonen og at dette kan vedlikeholdes i opptil ett år. Generalisering til utrente ord og kontekster er imidlertid mer usikkert, og dette varierer for de ulike subtype. Flere studier indikerer imidlertid at generalisering er særlig vanskelig ved svPPA. Det blir derfor viktig å jobbe med funksjonelt relevante ord for personer med PPA (Croot, 2018; Henry, Hubbard, Grasso, Dial, Beeson, Miller, et al., 2019; Cadório, Lousada, Martins, Figueiredo, 2017; Jokel et al., 2014).

I motsetning til lvPPA og svPPA er ikke anomi et uttalt symptom ved nvfPPA, hvor agrammatisme og/eller tale-motoriske vansker er kjernesymptomer. *Script-trening* er en metode som brukes for personer med afasi etter hjerneslag for å bedre språkproduksjon og flyt (Henry, Hubbard, Grasso, Mandelli, Wilson, Sathishkumar, et al., 2018; Taylor-Rubin, Croot & Nickels, 2021). Henry og kolleger (2019) undersøkte effekten av script-trening hos ti personer med nvfPPA. Scriptene var tilpasset den enkelte personen ved bruk av funksjonelt relevante tema. Intervensjonen bestod av timer hos logoped, i tillegg til hjemmearbeid. Script-treningen sammen med logoped fulgte en hierarkisk

oppbygging, mens det i hjemmearbeidet ble brukt video med opptak av scriptene som stimuli. Resultatene fra studien viste at deltagerne hadde signifikant bedring på produksjon av korrekte, forståelige ord og grammatikalitet på trente tema, samt en økning i forståelighet av både trente og utrente tema. Videre viste testing ett år etter intervensjon vedlikeholdelse på trente script.

I tabell 3 vises eksempler på tiltak basert på den enkelte subtype. Som tidligere nevnt, kan ikke alle personer med PPA klassifiseres, og tiltak må da baseres på symptomene hos den enkelte.

Tabell 3. Eksempler på tiltak for de ulike subtype

Subtype	Tiltak
Ikke-flytende/agrammatisk variant	Script-trening (f.eks. Henry et al., 2018) Fonologisk baserte ordmobiliseringsoppgaver (Jokel et al., 2014) Se bilde og tekst av målordet og høre det, for så å gjenta (f.eks. Croot et al., 2019)
Semantisk variant	Semantisk baserte oppgaver (Jokel et al., 2014) Ordmobiliseringsoppgaver med hint-hierarki (f.eks. Henry et al., 2019) Se bilde og tekst av målordet og høre det, for så å gjenta (f.eks. Croot et al., 2019)
Logopenisk variant	Fonologisk baserte ordmobiliseringsoppgaver (Jokel et al., 2014) Ordmobiliseringsoppgaver med hint-hierarki (f.eks. Henry et al., 2019)

Når det gjelder tiltak for Ragnhild, var hennes hovedmål for behandlingen å kunne «prate bedre». Basert på hennes mål, styrker og vansker valgte vi å jobbe på enkeltords- og setningsnivå, i tillegg til på diskursnivå. En av oppgavene Ragnhild jobbet med på enkeltords- og setningsnivå var en kombinasjon av Phonological Component Analysis (PCA)² og Semantic Feature Analysis (SFA). Denne oppgaven ble valgt fordi Ragnhild hadde fonologiske vansker, samtidig så vi at hun hadde nytte av semantiske hint. Arbeid med diskurs tok utgangspunkt i

² F.eks.: Marcotte, Laird, Bitan, Meltzer, Graham, Leonard, et al., 2018.

Narrative Intervention in Aphasia (NARNIA). Whitworth og kolleger (2018) har gjort en preliminær undersøkelse av NARNIA for personer med PPA med lovende resultater. Både PCA/SFA-oppgaven og NARNIA tok utgangspunkt i ord og tema som var relevante for Ragnhild og som hun selv ønsket å jobbe med.

Kompensatoriske tiltak

Kompensatoriske tiltak ved PPA har til hensikt å redusere kommunikasjonsbarrierene og dermed øke sosial deltagelse og aktivitet. Kompensatoriske tiltak kan rettes mot personen med PPA, for eksempel ved at vedkommende bruker alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) eller mot omgivelsene, som ved kommunikasjonspartnertrening (Taylor-Rubin et al., 2021).

I en systematisk oversikt om funksjonell kommunikasjon ved PPA fant man at de aller fleste intervensjonene brukte kommunikasjonspartnertrening og bygget på eksisterende kommunikasjonsstrategier personen med PPA benyttet seg av. Forfatterne påpeker at resultatene indikere at man rutinemessig bør tilby kommunikasjonspartnertrening (Volkmer, Spector, Meitanis, Warren & Beeke, 2020).

Bruk av ASK for personer med PPA kan være både ikke-teknologiske hjelpemidler (f.eks. gester), i tillegg til lav- og høyteknologiske hjelpemidler (f.eks. kommunikasjonsbøker og talemaskiner). Teknologiske kommunikasjonsbøker og talemaskiner er ikke egnet for alle med PPA. Eksempelvis kan en talemaskin være nyttig ved store talemotoriske vansker.

Dersom språkvanskene derimot er dominerende, er ikke nødvendigvis talemaskin til nytte. Kartlegging av personen med PPA og miljøet rundt personen er derfor viktig før det igangsettes tiltak med ASK. For de som kan nyttiggjøre seg av ASK bør dette introduseres tidlig i sykdomsforløpet, mens personen fremdeles kan lære å bruke nye strategier og verktøy (Taylor-Rubin et al., 2021).

Avsluttende kommentarer

Logoped har en sentral rolle i kartlegging, diagnostisering og behandling av personer med PPA. Som vi har vist, krever de ulike variantene av PPA forskjellige språkbaserte tiltak. Det er derfor nødvendig med en grundig og spisset utredning av språk- og talefunksjon før igangsetting av tiltak. Etter hvert som språkfunksjonen og andre kognitive funksjoner forverres må tiltakene justeres. Informasjon og veiledning til pårørende er viktig, og i de senere fasene vil indirekte tiltak være det mest hensiktsmessige.

Etter å ha gjennomført tiltakene i fire timer fordelt på to økter per uke i ti uker, kartla vi Ragnhilds språkfunksjon på nytt. Resultatene av den formelle kartleggingen viste at Ragnhild skåret omtrent likt som ved første gangs testing. Analysene av sammenhengende tale viste derimot at hun bedre greide å organisere fortellingene sine, sånn at det ble lettere for samtalepartneren å få med seg innholdet. Med tanke på at PPA er progredierende er dette et positivt resultat. Ragnhild går fremdeles til logoped og jobber med tiltak rettet direkte mot språkfunksjon. Samtidig planlegger man for at hun vil miste mer og mer språkfunksjon, og pårørende er i større grad involvert nå enn tidligere.

Referanser

- Bekkhus-Wetterberg, P., Brækhus, A., Chawla, M.S., Müller, E.G., Norvik, M.I. & Winsnes, I.E. (under arbeid). Primær progressiv afasi og progressiv talepraksi. *Tidsskrift for den norske legeförening*.
- Bergeron, D., Gorno-Tempini, M.L., Rabinovici, G.D., Santos-Santos, M.A., Seeley, W., Miller, B.L. et al. (2018). Prevalence of amyloid- β pathology in distinct variants of primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, 84, 729-40.
- Boyle, M., & Coelho, C. A. (1995). Application of Semantic Feature Analysis as a Treatment for Aphasic Dysnomia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 4(4), 94-98.
- Cadório, I., Lousada, M., Martins, P., Figueiredo, D. (2017). Generalization and maintenance of treatment gains in primary progressive aphasia (PPA): A systematic review. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 52(5), 543-560.
- Chapey, R., Duchan, J.F., Elman, R.J., Garcia, L.J., Kagan, A., Lyon, J.G. & Simmons Mackie, N. (2000). Life participation approach to aphasia: A statement of values for the future. *The ASHA Leader*, 5(3), 4-6.
- Coyle-Gilchrist, I.T., Dick, K.M., Patterson, K., Vázquez Rodríguez, P., Wehmann, E., Wilcox, A., Lansdall, C.J., Dawson, K.E., Wiggins, J., Mead, S., Brayne, C. & Rowe, J.B. (2016). Prevalence, characteristics, and survival of frontotemporal lobar degeneration syndromes. *Neurology*, 86(18), 1736-1743.
- Croot, K. (2018). Treatment for Lexical Retrieval Impairments in Primary Progressive Aphasia: A Research Update with Implications for Clinical Practice. *Seminars in speech and language*, 39(3), 242-256.
- Croot, K., Nickels, L., Laurence, F., & Manning, M. (2009). Impairment-and activity/participation-directed interventions in progressive language impairment: Clinical and theoretical issues. *Aphasiology*, 23(2), 125-160.
- Duffy, J.R., Utianski, R.L. & Josephs, K.A. (2020): Primary progressive apraxia of speech: from recognition to diagnosis and care. *Aphasiology*.
- Gorno-Tempini, M.L., Brambati, S.M., Ginexm, V., Ogar, J., Dronkers, N.F., Marcone, A., et al. (2008). The logopenic/phonological variant of primary progressive aphasia. *Neurology*, 71,1227-1234.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., et al. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006-1014.
- Gorno-Tempini, M.L. & Santos, M.Á. (2015). Primary Progressive Aphasia. *Brain Mapping*, 3, 653-663.
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B.H., Kvello-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Henry, M.L., Hubbard, H.I., Grasso, S.M., Dial, H.R., Beeson, P.M., Miller, B.L., & Gorno-Tempini, M.L. (2019). Treatment for word retrieval in semantic and logopenic variants of primary progressive aphasia: Immediate and long-term outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(8), 2723-2749.
- Henry, M.L., Hubbard, H.I., Grasso, S.M., Mandelli, M.L., Wilson, S.M., Sathishkumar, M. T., ... & Gorno-Tempini, M.L. (2018). Retraining speech production and fluency in non-fluent/agrammatic primary progressive aphasia. *Brain*, 141(6), 1799-1814.
- Henry, M.L., & Grasso, S.M. (2018). Assessment of individuals with primary progressive aphasia. *Seminars in speech and language*, 39(3), 231-241.
- Hillis, A.E., Oh, S. & Ken, L. (2004). Deterioration of naming nouns versus verbs in primary progressive aphasia. *Ann Neurol.*, 55, 268-275.
- Hodges, J.R. & Patterson, K. (2007). Semantic dementia: a unique clinicopathological syndrome. *Lancet Neurol.*, 6, 1004-1014.
- Johnson, J.K., Diehl, J., Mendez, M.F., Neuhaus, J, Shapira, J.S., Forman, M, et al. (2005). Frontotemporal lobar degeneration: demographic characteristics of 353 patients. *Archives of Neurology.*, 62, 925-930.
- Jokel, R., Graham, N.L., Rochon, E., & Leonard, C. (2014). Word retrieval therapies in primary progressive aphasia. *Aphasiology*, 28(8-9), 1038-1068.
- Marcotte, K., Laird, L., Bitan, T., Meltzer, J.A., Graham, S.J., Leonard, C. & Rochon, E. (2018) Therapy Induced Neuroplasticity in Chronic Aphasia After Phonological Component Analysis: A Matter of Intensity. *Frontiers of Neurology*, 9, 225.
- Mesulam, M.M. (1982). Slowly progressive aphasia without generalized dementia. *Annals of Neurology*, 11, 592-598.
- Mesulam, M.M., & Weintraub, S. (1992). Spectrum of primary progressive aphasia. *Baillière's clinical neurology*, 1(3), 583-609.
- Mesulam, M.M., Coventry, C., Bigio, E.H., Geula, C., Thompson, C., Bonakdarpour, B., Gefen, T., Rogalski, E.J., Weintraub S. (2021). Nosology of Primary Progressive Aphasia and the Neuropathology of Language. I: Ghetti, B., Burattini E., Boevem B., Rademakers, R. (red). *Frontotemporal Dementias*. Springer Nature Switzerland.
- Montembeault, M., Brambati, S.M., Gorno-Tempini, M.L. & Migliaccio, R. (2018). Clinical, Anatomical, and Pathological Features in the Three Variants of Primary Progressive Aphasia: A Review, *Frontiers in Neurology*, 9, 692.
- Rogalski, E.J., & Khayum, B. (2018). A Life Participation Approach to Primary Progressive Aphasia Intervention. *Seminars in speech and language*, 39(3), 284-296.
- Sajjadi, S.A., Patterson, K., Arnold, R.J., Watson, P.C. & Nestor, P.J. (2012). Primary progressive aphasia: A tale of two syndromes and the rest. *Neurology*, 78(21), 1670-1677.
- Taylor-Rubin, C., Croot, K., & Nickels, L. (2021). Speech and language therapy in primary progressive aphasia: a critical review of current practice. *Expert review of neurotherapeutics*. doi: 10.1080/14737175.2021.1897253
- Volkmer, A., Rogalski, E., Henry, M., Taylor-Rubin, C., Ruggero, L., Khayum, R., ... & Rohrer, J. D. (2020). Speech and language therapy approaches to managing primary progressive aphasia. *Practical neurology*, 20(2), 154-161.
- Volkmer, A., Spector, A., Meitanis, V., Warren, J.D., & Beebe, S. (2020). Effects of functional communication interventions for people with primary progressive aphasia and their caregivers: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 24(9), 1381-1393.
- Whitworth, A., Cartwright, J., Beales, A., Leitão, S., Panegyres, P. K., & Kane, R. (2018). Taking words to a new level: a preliminary investigation of discourse intervention in primary progressive aphasia. *Aphasiology*, 32(11), 1284-1309.



Jan Erik Klinkenberg er spesialist i klinisk psykologi. Arbeidsområdet er utvikling av avkodning, staving og dysleksi. Sammen med Elsebet Skaar har han utarbeidet avkodnings- og stavetesten STAS. Klinkenberg har skrevet boka «Å bedre barns leseflyt.» Han har også utarbeidet ordlister, tekster og veiledere for dataprogrammet Tempolex, og utgitt boken «Tempolex bedre staving» som e-bok.

jekli@frisurf.no



Sigrun Skaar Holme er røntgenlege ved Rikshospitalet i Oslo, Cand. med fra Bergen 1996 og holder på med en PhD ved universitetet i Oslo.

STAS FOR JUNIOR, TIDLIG OPPDAGELSE OG TIDLIG INNSATS. ARTIKKEL I

Dette er den første av to artikler om STAS for junior.

STAS for junior er et normert kartleggingsmateriale som skolene selv kan benytte til tidlig identifisering av elever som er i risiko for eller i ferd med å utvikle lese- og stavevansker – dette for at skolen raskt skal kunne sette inn tidlig innsats i tråd med § 1-4 i opplæringsloven. Novemberprøvene i STAS jr. beskrives her i Artikkel 1. Disse er beregnet for november 1. trinn, og bidrar til å oppdage risikoelever slik at tidlig innsats kan settes inn senest fra januar samme skoleår.

Tidlig oppdagelse av risiko for lese- og skrivevansker:

Opplæringslovens § 1-4. Tidlig innsats på 1.-4. trinn fastslår: *På 1. til 4. årstrinn skal skolen sørge for at elever som står i fare for å bli hengende etter i lesing, skriving eller rekning, raskt får eigna intensiv opplæring slik at forventet progresjon blir nådd [...].»*

STAS for junior ble utviklet og normert for å bidra til at skolene skal bli bedre rustet til tidlig oppdagelse og tidlige tiltak rettet mot lese- og skrivevansker. Målet er at skolene bedre skal kunne oppfylle sin plikt til å yte tidlig hjelp til slike elever. STAS jr. er inspirert av forskning som viser at tidlig innsats har større effekt på utviklingen av lese- og skriveferdigheten enn tiltak som settes inn senere (Hulme & Melby-Lervåg, 2015). Det anbefales at STAS jr. brukes sammen med Språk 6-16 (Ottem & Frost, 2010).

Risiko for dysleksi og lettere vansker med avkodning, leseflyt og staving

Det er kjent at mange barn som utvikler avkodnings- og stavevansker har fonologiske vansker. De fonologiske vanskene er som regel til stede før og ved skolestart (Clayton et al., 2020; Snowling, 2019). Fonologiske vansker er ofte forløpere for og risiko for å utvikle vansker med ordavkodning, leseflyt og staving, signifikante og hemmende vansker med å lære avkodning, leseflyt og staving.

Dysleksi er en lærevanske som primært rammer ferdighetene som er involvert i nøyaktig og flytende lesing og staving. Karakteristiske trekk ved dysleksi er vansker med fonologisk bevissthet, verbalt minne og verbal prosesseringshastighet. Dysleksi forekommer over hele spekteret av intellektuelle evner. Dysleksi kan best oppfattes som del av et kontinuum, ikke en distinkt kategori og det er ingen klare avgrensninger. (Rose, 2009, vår oversettelse og understrekning).

Fonologiske vansker fører ofte til svakheter og forsinkelser i læring av fem sentrale *førlesingsferdigheter*. Disse fem er *kjerneprediktorer* for avkodnings- og stavevansker: bokstavkunnskap, fonembevissthet, benevningshastighet, *tidlig* avkodning og *tidlig* staving (Snowling, 2019). STAS jr. har normerte mål på disse fem ferdighetene – se punktene 1-5 nedenfor. *Men* - ikke alle barn med avkodnings- og stavevansker har fonologiske vansker, og ikke alle barn med fonologiske vansker utvikler dysleksi. Dette avhenger også av andre faktorer. Dersom disse andre faktorene er svakt utviklet hos barnet bidrar de til *øket risiko*. Hvis de er godt utviklet regnes de gjerne som *beskyttende* faktorer. I STAS jr. kalles de *tilleggsprediktorer* for lese- og stavevansker. De omfatter ferdighet i språk, selvregulering, benevningshastighet og motorisk kontroll. Utvikling av lese- og stavevansker ansees nå som resultatet av et samspill mellom flere risikofaktorer og flere beskyttende faktorer. Dette

kalles en multiårsaksteori eller en multifaktorsteori (Pennington, 2006; Hayiou-Thomas et al., 2016). STAS jr. har kvantitative mål også på disse faktorene – se punktene 6, 7 og 8 nedenfor.

Kjerneprediktorer for avkodings- og stavevansker i STAS jr.

1. Vansker med å lære og å huske bokstavlydassosiasjoner (Bokstavkunnskap). Barn som utvikler avkodings- og stavevansker, viser som regel tidlige vansker med verbal læring og hukommelse. De har vansker med å lære bokstav-lydsamsvar. Førskolebarn som senere utvikler dysleksi, har ofte tidlige vansker med – og ofte lite interesse for – å lære bokstavene. De kjenner derfor ofte få bokstaver tidlig på 1. trinn (Torppa et al., 2007; 2010; 2011; Lervåg et al., 2009). STAS jr. har to prøver som kartlegger elevens bokstavkunnskap i løpet av november på 1. trinn:

- *Lyd-bokstav (LBK-prøven)*: Eleven krysser av den riktige bokstaven blant fem alternativer på sitt utdelte svarark når lærer leser opp bokstavens lyd og navn. LBK-prøven kan gis som gruppeprøve.

- *Bokstav-lyd (BLK-prøven)*: Eleven leser høyt tilfeldig sammensatte rekker av først store og dernest små bokstaver.

Skåren på LBK- og BLK-prøvene summeres til en normert skåre i *Bokstavkunnskap*.

2. Vansker med å utvikle fonembevissthet.

Barn som utvikler lesevansker er ofte betydelig forsinket i evnen til å bli bevisst og manipulere språklydene i talte ord (fonemanalyse, fonem-syntese, fonemdelesjon, fonemsubstitusjon o.l.). Fonembevissthet er viktig for å forstå og benytte det alfabetiske prinsippet; at bokstavene i skrevne ord representerer fonemene i talte ord. I STAS jr.-prøven *Lydisolasjon* skal eleven gjenta nonord og dernest oppgi første lyd i seks nonord og siste lyd i seks andre (jfr. Warmington & Hulme, 2012). *Lydisolasjonsprøven* i STAS jr. kartlegger med andre ord både *nonordrepetisjon* og *fonembevissthet*, men bare skåren i fonemanalyse er normert. Både *nonordrepetisjon* og *fonembevissthet* predikerer tidlig leseferdighet og kan bidra til å avdekke risiko for tidlige lese- og stavevansker (Moll et al., 2013). Det er betyd-

elig korrelasjon mellom bokstavkunnskap og fonembevissthet i forskningen. I STAS jr. er den 0.51 ($p \leq 0.01$). Trolig bidrar de gjensidig til å utvikle hverandre (Snowling, 2019).

3. Vansker med hurtigbenevning av serier av bokstaver og tall (Rapid Automated Naming, RAN). Barn som utvikler lesevansker har ofte langsom benevningshastighet for serier av bilder og farger; nonalfabetisk RAN, men aller mest for serier av bokstaver og tall; alfanumerisk RAN. RAN predikerer utbyttet både av ordinær leseopplæring og spesialundervisning, og er kanskje mer spesifikt knyttet til utviklingen av leseferdighet enn fonembevissthet er (Norton, 2012; Klinkenberg, 2017). RAN forutsier *lesenøyaktighet*, men aller mest *avkodingshastighet* og *leseflyt* som er sentrale komponenter i god leseferdighet (Snowling et al., 2019). *RAN-5* i STAS jr. kartlegger elevens benevningshastighet for bokstavene M, S, O, L, I og tallene 1, 2, 3, 4, 5. Eleven leser tilfeldig rekker av disse bokstavene og tallene. Bokstaver og tall er normert hver for seg og lagt sammen til en sumskåre for RAN-5.

Mål på bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN er forskningsbaserte *kjerneprediktorer*; sterke, uavhengige prediktorer av elevens påfølgende tidlige lese- og staveferdighet; hvor lett og raskt barnet «knekker koden», kommer i gang med lesing og hvor godt barnet utvikler leseferdighet det første året (Clayton et al., 2020). Det er overveldende forskningsevidens for at vansker og forsinkelser med bokstavlæring, fonembevissthet, RAN og nonordrepetisjon er årsaksrisikoer for avkodings-, flyt- og stavevansker generelt og dysleksi spesielt (Snowling & Melby-Lervåg, 2016). Fonologiske vansker viser seg ofte også som vansker med verbalt korttidsminne. Dette kan skolene kartlegge med for eksempel Språk 6-16 (Ottem & Frost, 2010).

I tillegg til svak bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN viser barn som utvikler dysleksi *tidlige* forsinkelser i å lære avkodning og staving (Snowling, Hulme & Nation, 2020):

4. Vansker med tidlig avkodning. Barn som utvikler dysleksi og subkliniske lesevansker



Elsebet Skaar

Elsebet Skaar har embetseksamen i spesialpedagogikk, og lang erfaring fra både skole og PPT. Hun har deltatt i utviklingen av både STAS senior og den nye STAS junior.

knekker koden sent, er forsinket i sin tidlige avkodingslæring og har langsom tilvekst i ordlesingsferdigheten i det første opplæringsåret (Clayton et al., 2020). Barn med dysleksi henger fra tidlig av klart etter aldersgjennomsnittet i sin tidlige avkodings- og staveutvikling (Hulme & Snowling, 2019). STAS-prøven *Novavk* (Novemberavkodning) kartlegger ferdighet i ordavkodning alt i november på 1. trinn. Elevene bes om å prøve å lese åtte KV-ord og åtte KVK-ord. Alle de seksten ordene på *Novavk* er høyfrekvente ord som består av to eller tre bokstaver. Fire av ordene er ikke-lydrette ord.

5. Vansker med tidlig staving. Barn som utvikler dysleksi og subkliniske lese- og skrivevansker er forsinket i sin tidlige staving av de første, korte, enkle og høyfrekvente ordene (Shaywitz, 2003). En stor ny langtidsundersøkelse finner at tidlige mål på staveferdighet gir et selvstendig bidrag til å predikere leseutviklingen i tillegg til bokstavkunnskap, fonembevissthet, RAN og tidlig avkodingsferdighet (Treiman et al., 2019). STAS jr. diktaten, *S-16* (Stavescreening-16) måler *tidlig* staveferdighet med en diktat av 16 enkle, høyfrekvente ord. Det er normer for november og mai 1. trinn, og desember og mai 2. trinn. *S-16* har separate normer for lydrette ord, ikke-lydrette ord og alle de 16 ordene til sammen.

Lærerrating av språk, selvregulering, motorikk og familierisiko

Mange barn som utvikler dysleksi har betydelige utviklingsforsinkelser i bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN og tidlig avkodings- og staveferdighet alt i november på 1. trinn (Lervåg et al., 2009). Lærerratingen i STAS jr. har også normerte kontrollmål på elevens bokstavkunnskap og fonembevissthet. Disse korrelerer signifikant med barnas resultater på STAS juniors november-prøver i bokstavkunnskap ($r = 0.90, p < 0.001$) og fonembevissthet ($r = 0.63, p < 0.001$). Lærerratingen gir også kvantitative mål på elevens språk, selvregulering, motorikk og familierisiko. Disse faktorene påvirker leseutviklingen på måter som er kjent fra forskning (Snowling et al., 2019): Faktorene har en effekt på utviklingen både av avkodning og leseforståelse (Lyster et al., 2020). De har indirekte effekt på elevens leseutvikling via bidrag til bokstavkunnskap, fonembevissthet, RAN og nonordrepetisjon (Clayton et al., 2020). Det er signifikante korrelasjoner mellom STAS jr.-mål på språk, selvregulering og STAS jr.s ordavkodingsprøve *Novavk* innbyrdes, og mellom hver av dem og STAS jr.s mål på bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN (Klinkenberg et al., 2020). Svakheter i språk og selvregulering sammen med

svake kjerneprediktorer øker elevens risiko for å utvikle lese- og skrivevansker. Derimot *kan gode* ferdigheter i språk, selvregulering og RAN ha en delvis *beskyttende* funksjon på lese- og staveutviklingen (Klinkenberg, 2018 a; b).

6. Språkvansker og språkferdighet. Barnets muntlige språkferdighet før og ved skolestart påvirker avkodings- og staveutviklingen både direkte og indirekte via bidrag til bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN. Barns muntlige språk og språkvansker målt tidlig i førskolealderen har også sammenheng med deres leseforståelse mange år senere (Snowling, Hulme & Nation, 2020).

Developmental Language Disorder (DLD) diagnostiseres når det foreligger signifikante begrensninger i barnets ordforråd, morfosyntaks og diskurs (Hulme & Snowling, 2020). Barn med slike brede språkvansker får nesten alltid vansker med *leseforståelsen* (Snowling et al., 2020 a; b). De har ofte også fonologiske vansker med bokstavkunnskap, fonembevissthet, RAN og nonordrepetisjon. Om lag halvparten av barna med DLD utvikler også dysleksi. De kan refereres til som *DLD+D* (McBride-Chang et al., 2011). Slike barn får ofte omfattende og alvorlige lesevansker fordi både avkodingsferdigheten og språkforståelsen er affisert: De har vansker med *begge* de to sentrale komponentene i leseforståelse, ifølge the Simple View of Reading (Gough & Tunmer, 1986; Bishop & Snowling, 2004). Noen barn med DLD og mildere språksvakheter har vansker med fonembevissthet og nonordrepetisjon, men de utvikler likevel relativt normal avkodning. Årsaken kan være at deres ferdighet i RAN og selvregulering er god. Dette har en viss beskyttende funksjon. Slike barn kan utvikle «spesifikke vansker med leseforståelsen», også kalt «vansker med å forstå meningen med det leste» (Klinkenberg, 2014; 2018 c). Barn med «klassisk eller ren» dysleksi har ofte «bare» lette og subkliniske svakheter i det muntlige språket i form av lette forsinkelser i ordforråd, forståelse og/eller narrative ferdigheter. Deres hovedproblem er vansker med kjerneprediktorene bokstavkunnskap, fonembevissthet og nonordrepetisjon og ofte verbal korttidshukommelse (Snowling et al., 2019; 2020 a; b).

STAS jr. screener elevene i november med normerte prøver for risiko i det muntlige språket. Ratingskalaen i STAS inneholder kvantitative lærerrateringer av ordforråd, reseptivt og ekspressivt språk og for sumskåren på disse språkferdighetene (se Appendiks). Sammen med Språk 6-16 kan ratingen gi informasjon om barnets risiko for språkvansker, lesevansker og om type lesevansker.

7. Vansker med eksekutive funksjoner og selvregulering.

Eksekutive funksjoner bidrar til kontroll av egen oppmerksomhet og anstrengelse, impulser og følelser (bl.a. kjedsomhet, rastløshet, frustrasjon og utålmodighet). Gode eksekutive funksjoner er viktige for å lykkes i skolearbeidet. Planlegge, vente, høre etter, iaktta, tenke seg om, følge med, sette seg i gang, holde seg i gang, holde ut, overvåke arbeidet, hemme distraksjoner, gjøre ferdig og kontrollere resultatet. Barn med svake eksekutive funksjoner er ofte underytere i skolen. Svake eksekutive funksjoner øker risikoen for lese- og skrivevansker og mest når de er kombinert med andre risikofaktorer (Nash et al., 2013). Gode eksekutive funksjoner er i noen grad beskyttende særlig når de er kombinert med andre beskyttende faktorer som godt språk, god RAN og sterk motivasjon for å lære å lese. Litt forenklet kan aldersadekvat bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN oppfattes som «lesemodenhet», mens god selvregulering ligger til grunn for «opplæringsmodenhet» (for formell opplæring). Desto mindre det er av den ene, desto mer trengs av den andre for å lykkes. Hvis barnet har gode eksekutive funksjoner og god RAN kan det lykkes i leseopplæringen selv med betydelige risikoskårer i fonembevissthet, nonordrepetisjon og verbal korttidshukommelse. Barn med DLD, med og uten dysleksi, har ofte også vansker med eksekutive funksjoner (Snowling et al., 2019). Årsaken kan være at selvregulering bygger på indre språk og tale (Barkley, 2015). Sammenhengen mellom språk og selvregulering viser seg også i STAS jr.: Korrelasjonen mellom de to er så høy som $r = 0.63$ ($p < 0.01$) i november på 1. trinn. Barn med ADHD har ofte problemer både med eksekutive funksjoner og lesing, særlig leseforståelse hvor intakte eksekutive funksjoner og språkferdigheter er sentrale.

STAS jr.s lærerrating kartlegger eksekutive funksjoner som del av risikoen for å utvikle lesevansker. Sammen med svake kjerneprediktorer, bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN, øker svake eksekutive funksjoner risikoen for lese- og skrivevansker. Svakheter i språk og eksekutive funksjoner bidrar begge til vansker med leseforståelsen (Moll, Snowling & Hulme, 2020). Disse og svak motorisk kontroll opptrer ofte hos samme barn (Snowling et al., 2019; 2020 a, b). I STAS jr. er interkorrelasjonene $r = 0.63-0.60$ ($p < 0.01$). Gode eksekutive funksjoner, godt språk, god RAN og sterk motivasjon for å lære å lese kan ha en beskyttende funksjon (Klinkenberg, Skaar-Holme & Skaar, 2020 b).

8. Vansker med motorisk kontroll. Barn som har vansker med motorisk koordinasjon, utvikler relativt ofte lesevansker. Barn med DLD, DLD+D og ADHD har ofte også vansker med motorisk koordinasjon og selvregulering samt læring og bruk av skriftspråket. Kanskje er det ikke motorikken som er ansvarlig for vanskene med skriftspråket. De kan være uttrykk for underliggende, bredere nevro-utviklingssvakheter (Barkley, 2015). Lærerratingen i STAS jr. har et ledd for lærervurdering av elevens motoriske ferdigheter.

9. Familierisiko. Barn av en mor og/eller far med dysleksi har betydelig risiko for å utvikle dysleksi. I forskjellige studier varierer risikoen mellom 29 % og 65 %. Tallet avhenger av hvor grensen for dysleksi settes og hvordan foreldrenes leseferdighet måles. Risikoen er uansett mange ganger høyere enn uselekterte barns (Snowling & Melby-Lervåg, 2016). Foreldre med dysleksi får dessuten oftere barn med lettere, subkliniske vansker med ordavkoding, leseflyt og staving. Begge disse gruppene har noen svakheter i talespråket og fonologiske vansker med nonordrepetisjon, bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN før og ved skolestart. Gruppen som utvikler dysleksi har de største vanskene (Torppa et al., 2011; Snowling et al., 2020 a, b).

STAS jr. har et spørsmål om mor, far eller søsken har lese- og skrivevansker. Bekreftende svar tilsier at barnets risiko for å utvikle vansker med lese- og staveferdigheten bør vurderes som øket. Familierisiko gir et bidrag til å predikere utvikling av avkoding og stavevansker i tillegg til bidraget fra bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN (Snowling, 2019).

Normering

Novemberprøvene i STAS jr. er normert på 100-104 tilfeldig utvalgte elever fra syv forskjellige skoler i fire østlandskommuner i november på 1. trinn. Unntaket er staveprøven S-16 som har novembernormer for 1. trinn som stammer fra 185 elever fra seks skoler i fire kommuner. Alle skolene ligger i et område hvor talespråket faller inn under sekkebetegnelsen Standard østnorsk.

Oppsummering av risikofaktorer og beskyttende faktorer: Hypoteser

Tabell 1 nedenfor er en oppsummering av risikofaktorer og beskyttende faktorer som er kjent fra internasjonal forskning. Mål på disse faktorene i november 1. trinn i STAS jr. er oppført i de to kolonnene til høyre.

Tabell 1. Prediktorer av lese- og staveferdighet som kartlegges i STAS jr. i november 1. trinn

Variabler	Lærerrateringer	STAS elevprøver
1. Bokstavkunnskap	x	x LBK + BLK
2. Fonembevissthet	x	x Lydisolasjon
3. Benevningshastighet		x RAN-5
4. Tidlig avkodingsferdighet	x	x Novavk
5. Tidlig staveferdighet		x S-16
6. Språkferdighet (totalt)	x	
6. a Ordforråd	x	
6. b Reseptivt språk	x	
6. c Ekspresivt språk	x	
7. Selvregulering (totalt)	x	
7. a. Kontroll av oppmerksomheten	x	
7. b. Kontroll av impulsivitet og uro	x	
8. Motorisk koordinasjon	x	
9. Familierisiko for dysleksi	x	

Tabell 1 viser ferdigheter som kartlegges i november i 1. trinn med STAS jr. ratingskala og STAS jr. prøver. *Prøvene* i bokstavkunnskap (LBK og BLK), fonembevissthet (Lydisolasjon), RAN (RAN-5), tidlig avkodingsferdighet (Novavk), og tidlig staving (S-16) er skyggelagte. De er enkle tester. STAS ratingskala fylles ut av lærer og gir også et kvantitativt mål på elevens bokstavkunnskap og fonembevissthet. I tillegg rates elevens ferdighet i språk, selvregulering, motorikk og familierisiko. STAS jr. har også prøver av ferdighet i ordlesing, fonologisk avkodning, leseflyt og staving mai i 1. trinn samt i desember og mai 2. trinn. Disse *Maiprøvene* er ikke oppført i tabellen og omtales i neste artikkel.

Forskningen underbygger følgende *hypoteser* om skåringsmønstre på STAS junior i november:

1. Dersom en elev i november på 1. trinn har signifikante vansker med bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN (1, 2, 3) og forsinket start på og utvikling av avkodning og staving (4, 5), har eleven betydelig risiko for å utvikle dysleksi eller subkliniske vansker med avkodning, leseflyt og staving (Snowling et al., 2018; 2019; 2020). Slike elever må prioriteres for tidlig innsats.
2. Hvis eleven også har signifikante vansker med bredere språkferdigheter (6), selvregulering (7), motorisk kontroll (8) og familierisiko (9), bør risikoen for å utvikle dysleksi eller subkliniske lese- og skrivevansker vurderes som ytterligere øket (Lyster et al., 2020).
3. Svakheter i prediktorene 5-9 *kan* – sammen med beslekt-

ede vansker på Språk 6-16 – gi foreløpige *hypoteser* om mulige tilleggsvansker til lese- og skrivevansker/dysleksi (DLD, ADHD, vansker med å forstå meningen med det leste og DCD (kliniske vansker med motorisk koordinasjon)). Elever med slike skårer bør henvises til videre utredning (Klinkenberg 2018 a, b).

4. *Gode* skårer på språk, selvregulering og RAN (RAN-5) er beskyttende faktorer. I noen grad kan de redusere risikoen for å utvikle lese- og skrivevansker selv om barnets fonembevissthet, nonordrepetisjon og verbale korttidshukommelse er svakt utviklet (Snowling et al., 2019).

Noen utvalgte funn fra STAS jr.

Tabell 2 viser korrelasjonene mellom prediktorene i november og leseferdighet i november og i mai målt med STAS jr. leseprøver (se Artikkel II).

Det fremgår av Tabell 2 at LBK+BLK (bokstavprøvene), lydisolasjon (fonembevissthet) og RAN-5 er gode *samtidige* prediktorer av avkodingsferdighet i november, som målt med Novavk. Korrelasjonene er høye; henholdsvis 0.82, 0.70 og 0.69. Dette stemmer med internasjonal forskning (Clayton et al., 2020). STAS jr.-prøvene i bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN bidrar med andre ord sterkt til å forutsi elevens avkodingsutvikling i november. De bidrar også signifikant, men litt mindre, til å forutsi elevens leseferdighet i mai seks måneder senere. Lærerratingen av bokstavkunnskap og fonembevissthet korrelerer signifikant med tilsvarende STAS jr.-prøver, henholdsvis $r = 0.90$ og

Tabell 2. Korrelasjoner mellom prediktorene i november, leseferdighet i november og mai på 1. trinn

	Leseprøve i nov.: Novavk		Leseprøver i mai: STAS maiprøver	
LBK+BLK Lærerrating av bokstavkunnskap	0.82'	0.65	0.51	0.44
Lydisolasjon Lærerrating av fonembevissthet	0.70	0.59	0.36	0.36
RAN-5	0.69		0.69	
Novavk	-	-	0.52	
Lærerrating av språk		0.32+		0.04 is
Lærerrating av selvregulering		0.30+		0.09 is
Lærerrating av motorisk kontroll		0.29+		0.06 is

Tabell 2 viser korrelasjoner mellom STAS prediktorer i november 1. trinn og samtidig leseferdighet målt ved STAS jr.s ordavkodingsprøve, Novavk. Korrelasjoner med leseferdighet i mai målt ved STAS maiprøver på 1. trinn vises i de to siste kolonnene. I tabellen er testresultater ført opp med normal skrift. Lærerrating av de samme ferdighetene er ført opp med **fet skrift**. Tall uten tegn bak: ($p < 0.01$), tall med + bak: ($p < 0.05$), tall med is bak er ikke signifikante. Prøvingen omfattet ca. 100 tilfeldig utvalgte elever fra 7 skoler i 4 kommuner som ble prøvd i november måned på 1. trinn.

$r = 0.63$. Lærerratingene korrelerer også signifikant, men lavere enn STAS jr.-prøvene, med mål på teknisk leseferdighet både i november og i mai. Disse funnene tyder på at STAS jr. prøvene er valide: De identifiserer risikoelever med høyere treffsikkerhet enn lærerratingen, som imidlertid *også* identifiserer risikoelever.

Tabell 2 viser at elever med *gode* STAS jr. prøveresultater i bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN gjerne knekker koden tidlig og har god avkodingsutvikling i mai 1. trinn. Elever med *svak* bokstavkunnskap, fonembevissthet og RAN er ofte forsinket i utviklingen av tidlig avkodning. Svake skårer på bokstavkunnskap, fonembevissthet, RAN, ordavkodingsprøven Novavk og staveprøven S-16 i november er sterke *forvarsler* om mulige påfølgende avkodings- og stavevansker og risiko for dysleksi. Slike elever «står i fare å bli hengende etter» i lesing og skriving og har derfor krav på rask «eigna intensiv opplæring» ifølge § 1.-4.

Svake skårer på STAS lærerrating av språk, selvregulering og motorikk øker risikoen ytterligere, men effekten av disse er mindre på utviklingen av ordavkodning og leseflyt. Tilsvarende er funnet i mange av studiene som er omtalt foran. Alt dette understøtter at novemberprøvene er valide prøver. De predikerer utviklingen av ferdighet i *avkodning, leseflyt og staving*. LBK- og BLK-prøvene, Lydisolasjon, RAN-5 og Novavk målt i november er gode prediktorer av elevens leseferdighet målt i mai på 1. trinn.

De forsvarer derfor en plass i STAS jr. som *tidlige* mål på elevens leseutvikling. Dette er svært viktig fordi avkodning, leseflyt og staving er bemerkelsesverdig *stabile* ferdigheter (Lervåg & Hulme, 2009; Klinkenberg et al., 2020 c). Det får Lervåg og medarbeidere til å konkludere i en stor og meget grundig studie av 228 norske barn som ble fulgt fra før skolestart:

... reading ability measured when the children had only received roughly 3 months of reading instruction is highly predictive of their later reading skills.

(Lervåg, Bråten & Hulme, 2009. s. 777).

Disse forskerne brukte grundigere prøver av de samme førlesingsferdighetene som STAS jr., men konklusjonen er den samme: Svake resultater på slike prøver så tidlig som i november på 1. trinn er kjente risikofaktorer, og må tolkes som et sterkt forvarsel om eller en tidlig manifestasjon av lese- og stavevansker. Slike resultater må derfor utløse tidlig og intensiv innsats.

Novemberskårene på 1. trinn til elever som blir svake lesere

Tabell 3 viser at forvarslene slår til. Selv en overflatisk inspeksjon av Tabell 3 viser at elever med svake skårer på novemberprediktorene faktisk utvikler seg til de svakeste leserne i mai, seks måneder senere. Risiko for lesevansker kan identifiseres tidlig, og tidlig innsats kan og bør derfor settes i inn tidlig – *helst* i januar på 1. trinn.

Tabell 3. Novemberskårene til de 18 svakeste leserne i mai 1. trinn. Risikoskårer.

Elev	Novavk	RAN-5	LBK	Lydisol.	Språk	Selv-reg.	Mot. ktrl
1.	÷ 2.1	÷ 2.2	÷ 0.2	÷ 1.2	÷ 0.7	÷ 2.4	÷ 1.7
2.	÷ 2.3	÷ 2.7	÷ 2.0	÷ 1.9	÷ 1.1	÷ 0.6	÷ 1.7
3.	÷ 1.9	÷ 1.6	÷ 1.6	÷ 1.6	÷ 1.8	÷ 1.0	÷ 0.7
4.	÷ 2.1	÷ 1.9	÷ 1.8	÷ 3.3	÷ 0.7	÷ 0.6	÷ 0.7
5.	÷ 2.1	÷ 2.2	÷ 2.9	÷ 0.8	0	÷ 0.1	+ 1.2
6.	÷ 1.6	÷ 1.0	÷ 1.6	÷ 0.9	-	-	-
7.	÷ 2.1	÷ 1.5	÷ 3.3	÷ 1.6	÷ 1.3	÷ 1.0	+1.2
8.	÷ 2.1	÷ 1.5	÷ 2.5	÷ 1.3	÷ 0.7	÷ 0.6	÷ 0.7
9.	÷ 0.1	÷ 1.5	+ 0.6	÷ 0.6	÷ 1.1	÷ 1.5	÷ 0.7
10.	÷ 1.2	÷ 0.9	+ 0.4	÷ 0.9	+ 0.3	+ 0.3	÷ 1.7
11.*	+ 0.6	+ 0.3	+ 0.4	+ 0.5	+ 0.3	+ 1.2	÷ 0.7
12.	÷ 0.3	÷ 0.8	+ 0.6	+ 0.1	÷ 0.7	÷ 0.6	÷ 0.7
13.	÷ 2.1	÷ 1.7	÷ 1.8	÷ 2.6	÷ 0.7	÷ 1.5	÷ 0.7
14.	÷ 1.9	+ 0.4	+ 0.2	÷ 2.3	+ 1.4	+ 1.2	+ 1.2
15.	÷ 1.4	÷ 1.6	÷ 2.7	÷ 3.0	+ 1.4	+ 1.2	+ 1.2
16.	÷ 0.5	÷ 2.2	+ 0.6	÷ 1.9	-	-	-
17.	+ 0.8	÷ 0.5	÷ 0.2	+ 0.8	+ 1.4	+ 1.2	+ 1.2
18.	÷ 0.3	÷ 0.4	+ 0.6	+ 0.1	÷ 0.7	÷ 0.6	÷ 1.7

Tabellen oppgir **novemberskårene** til de 21 % svakeste leserne i normeringsutvalget i mai 1. trinn, rangert ovenfra og ned (elev 1 er svakeste leser). I tillegg til kjerneprediktorene Novavk, RAN-5, LBK og Lydisolasjon oppgis elevenes svakheter og styrker i språk, selvregulering og motorisk kontroll. BLK-prøven, staveferdighet og familierisiko er ikke med i tabellen, men skal være med i vurdering av elevens risiko for lese- og stavevansker og eventuell komorbiditet. $\geq \pm 2.0$ SD = Meget store vansker; $\geq \pm 1.5$ SD = Store vansker; $\geq \pm 1.0$ SD = Vansker. $\pm 0,9 - \pm 0,4 =$ svakheter. Elev 11* viste seg ved nærmere undersøkelse *ikke* å ha lesevansker i mai på 1. trinn og omtales ikke nedenfor.

Tabell 3 viser de svakeste lesernes avvik fra aldersgjennomsnittet målt i standardavvik (SD)

Tabell 3 viser novemberskårene til de 18 elevene (21 %) som hadde utviklet de største tekniske lesevanskene på STAS *maiprøver* mot slutten av 1. trinn. Maiprøvene har normer for ordavkodning, fonologisk avkodning, leseflyt og samlet teknisk leseferdighet. De omtales i artikkel II. Tabellen viser at de svakeste leserne i mai hadde vansker på STAS-prediktorene alt i november seks måneder tidligere. Svake skårer på STAS-prediktorene utgjør en signifikant risiko for senere lesevansker: Desto flere novemberprediktorer eleven har vansker med, og desto større vansker eleven har med dem, desto større er risikoen for lesevansker og for *alvorlige* lesevansker.

Den klareste sammenhengen mellom novemberrisiko og senere svak leseferdighet finnes hos de åtte elevene

(ca. 10 %) som blir de aller svakeste leserne. De har ofte store vansker med minst tre av de fire kjerneprediktorene: Novavk, RAN-5, Lydbokstavnprøven og Lydisolasjon. Kjerneprediktorene identifiserer elever som er i risiko for lese- og stavevansker og *mulig* dysleksi. Disse åtte elevene har ofte også vansker eller svakheter i én eller flere av tilleggsprediktorene; språk, selvregulering og motorisk kontroll. Dette synes å øke risikoen for alvorlige tekniske lesevansker som ventet ut fra nyere multifaktorteorier (Pennington, 2006; Hayiou-Thomas et al., 2016)

Svakheter i språk, selvregulering og motorisk kontroll hos elever i risiko for å bli svært svake lesere i mai, tilsier at slike elever også bør utredes for mulige tilleggsproblemer (komorbiditet). Tabell 3 antyder muligheter for DLD, DLD+D, ADHD, DCD og «vansker med å forstå meningen med det leste» eller subkliniske vansker med disse diagnosene. Kombinasjoner av slike diagnoser er svært vanlig

(Moll, Snowling & Hulme, 2020). Diagnoser skal selvfølgelig *ikke* stilles bare på basis av *screening*-instrumentene STAS jr. og Språk 6-16, men de kan likevel indikere et behov for grundigere diagnostiske utredninger og mulig videre retning på disse utredningene.

Elevene 5, 14 og 15 har vansker med mange av kjerneprediktorene, men elev 14 og elev 15 er likevel ikke blant de aller svakeste tekniske leserne i mai. Årsaken kan være at de i motsetning til elev 5 har *gode* ferdigheter i språk, selvregulering og motorisk kontroll som virker beskyttende. Slike mønstre *kan* utvikle seg til det som kalles «klassisk eller ren» dysleksi; dysleksi uten alvorlige komorbide vansker (Snowling et al., 2019).

Identifisering av elever som har krav på tidlig innsats
Manualen til STAS jr. inneholder tabeller med gjennomsnitt, standardavvik og skåringsprogram for alle novemberprøvene i STAS jr. Den inneholder også en konkret «opp-skrift» for å identifisere risikoelever som har krav på tidlig innsats. Med grunnlag i STAS jr. kan og bør slik innsats settes inn alt i januar 1. trinn. Risikoelever som oppdages senere kan identifiseres med STAS maiprøver. De har normer for mai 1. trinn, desember 2. trinn og mai 2. trinn. Dette omtales i artikkel II.

Diagnoser, kategorier eller dimensjoner?

En dysleksidiagnose forutsetter ifølge DSM-5 blant annet følgende:

- A. Lese- og staveferdighet som er «substansielt og kvantifiserbart» lavere enn aldersgjennomsnittet på en individuell, godt normert prøve i avkodning, leseflyt og staving. STAS jr. er en slik prøve.
- B. Vanskene med lesing og staving viser seg *tidlig og* har vart i 6 måneder på tross av tiltak som har prøvd å bedre vanskene: Barnets Respons Til Intervensjon (RTI) har vist seg ikke å være god nok.
- C. Vanskene påvirker signifikant og negativt én eller flere av barnets akademiske, dagliglivs og sosiale funksjoner (inkludert sosiale medier).

Barn med dysleksi er barn som *på tross* av god nok grunnopplæring og ekstra hjelp fra skole og hjem fortsatt er hemmet av store lese- og stavevansker. De har *gjenstridige* avkodnings- og stavevansker. En dysleksidiagnose er imidlertid ikke nødvendig verken for å ha krav på egen, tidlig intensiv opplæring eller spesialundervisning. Dysleksi og diagnoser som DLD, ADHD og DCD er i den laveste enden av dimensjoner av ferdigheter, ikke kategorier med klare

skiller til typiske barn (Rose, 2009; Snowling et al., 2020 b). Skolen skal gi tilpassede tilbud til *alle* elever med ferdighetssmangler i utvikling av skriftspråket. Dette har to viktige konsekvenser:

Mange elever med forsinkelser i utviklingen av skriftspråket har krav på tidlig «eigna intensiv opplæring». Det gjelder langt flere enn elever som har *diagnoser* knyttet til skriftspråket.

Statped har estimert at over 20 % av norske elever har for svak leseferdighet for å fungere optimalt (referert i Melby-Lervåg, 2017). Tabell 3 er en oversikt over skårene til de 21 % elevene som utvikler seg til de svakeste *tekniske* leserne i mai på 1. trinn i STAS jr.s normeringsgruppe. Vi foreslår at de svakeste 25 % leserne vurderes med tanke på et tilbud om intensiv tidlig innsats.

Identifisering av risikoelever med STAS jr. i november må etterfølges av et «catch-up»-tiltak senest fra januar på 1. trinn. Noen av risikoelevne vil «nå forventa progresjon» som følge av et slikt tilbud. Andre vil på STAS juniors normerte Maiprøver i ordavkodning, fonologisk avkodning, leseflyt og staving fortsatt ha en lese- og staveferdighet som er «substansielt og kvantifiserbart» lavere enn jevnaldrendes (A). Dette på tross av at de nå har mottatt egne tidlige tiltak i seks måneder (B). Novemberkartleggingen med STAS jr. og Språk 6-16 vil dessuten belyse om de tidlig hadde *karakteristiske trekk* som vansker med *fonologisk bevissthet*, *verbalt minne* og *verbal prosesseringshastighet* (Rose, 2009). Annerledes uttrykt: Dersom slike elever *fortsatt* har store lese- og stavevansker på maiprøvene (≥ 1.0 SD) ved slutten av 1. trinn (B) og er hemmet av dem (C), bør de henvises til utredning for dysleksi. Det er ingen *faglig* grunn til å vente med å utrede en dysleksidiagnose til etter 4. trinn dersom skolen, foreldrene og PPT går fram på riktig måte. Dette utdypes i neste artikkel om STAS jr. og i manualen til STAS jr.

Tidlig innsats: Innhold og organisering av intensive catch-up-tiltak

Det foreligger nå mange godt kontrollerte studier av effektive tidlige intervensjonstiltak fra mange land (Hulme & Melby-Lervåg, 2015). De mest effektive av disse tiltakene er ganske like og inneholder gjerne følgende komponenter:

1. Læring og automatisering av bokstav-lydsamsvar.
2. Intensiv trening i fonologisk bevissthet med hovedvekt på fonembevissthet.

3. Mye lærerledet øvelse på å anvende disse ferdighetene til fonologisk avkodning.
4. Læring av ordbilder (synsordtrening). Høyfrekvente ord prioriteres.
5. Stavetrening som også omfatter staving etter hukommelsen med umiddelbar feedback.
6. Trening i leseflyt med varianter av repetert lesing, korlesing og veksellesing.
7. Trening i enkel leseforståelse anvendt på setningslesing og enkel boklesing.
8. Effektive opplegg blir ofte supplert med *tilpassede* PC-program med umiddelbar feedback.
9. En språklig rik ramme bør omgi disse tiltakene.

Noen ideer til utforming av de fem første punktene som er tilpasset *unge* elever er utformet av seniorforfatteren og omtales i Appendix II i STAS for juniors manual (Klinkenberg, Skaar Holme og Skaar, 2020 a). Resultatene på STAS jr. kan brukes til å tilpasse disse komponentene til tiltak for enkelteleven.

Referanser

- APA. DSM-5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-5), Washington (DC).
- R.A. Barkley. (ed) (2015) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. The Guilford Press. New York. London.
- Bishop, D.V.M. & Snowling, M.J. (2004) Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or different? *Psychological Bulletin*.130. 858-886.
- Bowyer-Crane, C., Snowling, M.J., Duff, F.J., Fieldsend, E., Carrol, J.M., Miles, J., Gøtz, K. & Hulme, C. (2008). Improving early language and literacy skills: Differential effects of an oral language versus a phonology with reading intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 422–432.
- Bowyer-Crane, C, Snowling, M.J., Duff, F.J. & Hulme, C. (2011). Response to early intervention of children with specific and general language impairment. *Learning disabilities: A contemporary Journal*, 9(2). 107–121.
- Case, L.P., Speece, D.L., Silverman, R., Ritchey, K.D., Schatschneider, C., Cooper, D.H. Montanaro, E. & Jacobs, D. (2010). Validation of at supplemental reading intervention for first-grade children. *Journal of Learning Disabilities* 43(5). 402–417.
- Clayton, F., West, G., Sears, C., Hulme, C. & Lervåg, A.O. (2020) A longitudinal study of early reading. Development in letter-sound knowledge, phoneme awareness and RAN, but not letter-sound integration, predict variations in reading development. *Scientific Studies of Reading* 24 (2) Open access
- Gough, P.B. & Tunmer, W. (1986) Decoding, reading and reading disabilities. *Remedial and Special Education*.
- Haiyou-Thomas, M.E., Carrol, J.M., Leavett, R. & Hulme C. (2016) When does speech sound disorder matter for literacy? The role of disordered speech errors, co-occurring language impairment and family risk of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. DOI: 10.1111/jopp. 12648.
- Barn med risiko for dysleksi har en *leselæringsvanske* (Olson et al., 2014; Snowling et al., 2020 a). Det innebærer at de trenger mange læringsanledninger, tilpasset og systematisk progresjon og hyppige repetisjoner. De fleste effektive opplegg for tidlig intervensjon består av 4-5 ukentlige økter på ca. 30 minutter i tillegg til klassens norsk-timer som bør bygge på en systematisk lydmetode. Tiltaket kan foregå i en catch-up-gruppe, individuelt eller som en kombinasjon av disse utformingene (Bowyer-Crane et al., 2008; 2011; Hulme et al., 2012; Case et al., 2010; Torgesen et al., 2001; 2010).
- Det er klar evidens for at slike opplegg for tidlig innsats virker. De hjelper noen nok, andre mye, noen noe, men ikke alle nok (Hulme & Melby-Lervåg, 2015; Klinkenberg, 2016).
- Hulme, C., Bowyer-Crane, C., Carrol, J., Duff, F.J. & Snowling, M. (2012). The causal role of phoneme awareness and letter-sound knowledge in learning to read: Combining intervention studies with mediation analyses. *Psychological Science*, 23. 572–577.
- Hulme, D. & Melby-Lervåg, M. (2015) Educational interventions for children's learning difficulties. 533-558. In Thapar et al. (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. John Wiley & Sons 6.ed.
- Klinkenberg, J.E. (2016) Dysleksi - forebygging og tidlig intervensjon. *Spesialpedagogikk*. 02. 26-37.
- Klinkenberg, J.E. (2017) Benevningshastighet, leseferdighet og dysleksi. *Spesialpedagogikk*, 01. 26-37.
- Klinkenberg, J.E. (2017) Risiko for utvikling av dysleksi. *Logopeden*. 2. 16-21.
- Klinkenberg, J.E. (2017) Lesevansker. Oppsummering av ny forskning. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 834-843.
- Klinkenberg, J.E. (2018 a) Komorbiditet mellom lese- og skrivevansker og andre diagnoser. *Norsk tidsskrift for logopedi* 11-23.
- Klinkenberg, J.E. (2018 b) Komorbiditet mellom lese- og skrivevansker og andre diagnoser. *Norsk tidsskrift for logopedi* 28-38.
- Klinkenberg, J.E. (2018 c) Spesifikke vansker med leseforståelsen. Når ordene ikke gir mening. *Bedre skole*. 4. 68-73.
- Klinkenberg, J.E. (2019 a) Ortografiske representasjoner, leseflyt, staveferdighet og dysleksi. *Logopeden*. 1. 22-35.
- Klinkenberg, J.E. (2019 b) Bruk av Språk 6-16 og STAS i skolen: En veiledning. Upublisert manuskript.
- Klinkenberg, J.E., Skaar Holme, S. & Skaar, S. (2020 a) Manual for STAS for junior. Venter på publisering.

- Klinkenberg, J.E., Skaar Holme, S. & Skaar, S. (2020 c) STAS for junior, tidlig oppdagelse og tidlig innsats. Artikkel II. Venter på publisering.
- Lervåg, A., Bråten, I. & Hulme, C. (2009). The cognitive and linguistic foundations of early reading development: A Norwegian latent variable longitudinal study. *Developmental Psychology*, 45(3). 764–781.
- Lervåg, A. & Hulme, C. (2009). Rapid naming (RAN) taps a basic constraint on the development of early reading fluency. *Psychological Science*, 20. 1040–1048.
- McBride-Chang, C., Lam, F., Chan, B., Fong, C.Y., Wong, T.T.-Y. & Wong, S.W.L. (2011) Early predictors of dyslexia in children: Familial history of dyslexia, language delay, and cognitive profiles. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 52. 204-2011.
- Melby-Lervåg, M. (2017) Intensive lesekurs: Hvem, hvordan og hvorfor (og hvorfor ikke) *Læringsbloggen* Januar 2017.
- Moll, K., Loff, A. & Snowling, M.J. (2013 b). Cognitive endophenotypes of dyslexia. *Scientific Studies in Reading*, 17, 385–397.
- Moll, K., Snowling, M.J. & Hulme, C. (2020) Introduction to the Special Issue: Comorbidities between Reading Disorders and other Developmental Disorders. *Scientific Studies of Reading*. 24.
- Olson, R.K., Keenan, J.M., Byrne, B. & Samuelsson, S. (2014). Why do children differ in their development of reading and related skills? *Scientific Studies of Reading*, 18, 38–54.
- Ottum, E. & Frost, J. (2010) *Språk 6-16. Screeningtest*. Manual III. Statped.
- Pennington, B. F. (2006) From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition* 101, 385-413.
- Nash, H.M., Hulme, C., Gooch, D., Snowling, M.L (2013) Preschool language profiles of children at family risk of dyslexia: continuities with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 54. 958-968.
- Rose, J. (2009). Identifying and teaching children and young people with dyslexia and literacy difficulties. [http:// www.teachernet.gov.uk/wholeschool/sen/](http://www.teachernet.gov.uk/wholeschool/sen/)
- Shaywitz, S. (2003) *Overcoming Dyslexia*. Alfred A. Knopf. New York.
- Snowling, M.J. (2019) *Dyslexia. A very short introduction*. Oxford university press.
- Snowling, M.J. & Hulme, C. (2014). The interface between spoken and written language: Developmental disorders. *Philosophical Transactions B*:369. *The Royal Society*. DOI: 10.1098/rstb.2012.0395
- Snowling, M. & Hulme, C. (2015) Disorder of reading, mathematical and motor development. 703-718. In A. Thapar et al. (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. John Wiley & Sons 6.ed.
- Snowling, M.J., Duff, F.J., Nash, H.M. & Hulme, C. (2015) Language profiles and literacy outcomes of children with resolving, emergent or persisting language profiles. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Snowling, M.J. & Melby-Lervåg, M. (2016) Oral language deficits in familial dyslexia: A meta-analyses and review. *Psychological Bulletin*, Online First Publication.
- Snowling, M.J., Lervåg, A. Nash, H.M. & Hulme, C. (2018) Longitudinal relationship between speech perception, phonological skills and reading in children at high-risk of dyslexia.
- Snowling, M.J., Nash, H.M. Gooch, D, Hayiou-Thomas, M.E. & Hulme, C. (2019) Developmental outcomes for children at high risk of dyslexia and children with developmental language disorder.
- Snowling, M.J., Hulme, C. & Nation (2020 a) Defining and understanding dyslexia: past, present and future. *Oxford review of Education*. 46. (4).
- Snowling, M.J., Hayiou-Thomas, M. E., Nash, H.M., & Hulme, C. (2020 b) Dyslexia and Developmental Language Disorder: Comorbid disorders with distinct effects on reading comprehension. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 61. 672-680.
- Thompson, P.A., Hulme, C., Nash, H.M., Hayiou-Thomas, E. & Snowling, M.J. (2015) Developmental Dyslexia: Predicting individual risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Torgesen, J.K., Alexander, A.W., Wagner, R.K, Rashotte, C.A, Voeller, K., Conway, T. & Rose, F. (2001). Intensive remedial instruction for children with severe reading disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 34. 33–58.
- Torgesen, J.K., Wagner, R.K. & Rashotte, C.A. (2010). Computer assisted instruction to prevent early reading difficulties in students at risk for dyslexia: Outcomes from two instructional approaches. *Annals of Dyslexia*, 60 (1) 40–56.
- Torppa, M. & Lyytinen, H. (2007). Very early phonological and language skills: estimating individual risk of reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(9). 923–931.
- Torppa, M., Lyytinen, P., Erskine, J., Eklund, K. & Lyytinen, H. (2010) Language development, literacy skills, and predictive connections to reading in Finnish children with and without familial risk for dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*. 43. 308-321.
- Torppa, M., Eklund, K., van Bergen & Lyytinen, H. (2011) Parental literacy predicts children's literacy: A longitudinal family-risk study. *Dyslexia*. 17. 339-355.
- Treiman, R., Hulslander, J., Olson, R.K., Willcutt, E.G., Byrne, B. & Kessler, B. (2019) The Unique Role of Early Spelling in the Prediction of Litacy Performanc. *Scientific Studies of Reading*. 23 (5).
- Warmington, M. & Hulme, C. (2012). Phoneme awareness, Visual-verbal-paired-associate learning, and Rapid automatic naming as predictors of individual differences in reading ability. *Scientific Studies of Reading*, 16(1). 45–62.

Appendiks: STAS ratingskala:

Lærer instrueres om å gradere hver av elevens ferdigheter i på følgende Likert-skala:

Høyt over gjennomsnittet = 5

Over gjennomsnittet = 4

Gjennomsnittlig = 3

Under gjennomsnittet = 2

Langt under gjennomsnittet = 1

1.	Oppgi riktig lyd til gjennomgåtte bokstaver		
2.	Peke på riktig bokstav når gjennomgåtte lyder dikteres		
3.	Skrive riktig bokstav når gjennomgåtte lyder dikteres		
4.	Leser, peker ut og skriver <i>alle</i> bokstavene		
<i>Bokstavekunnskap, sum 1 + 2 + 3 + 4</i>			
5.	Kan med sikkerhet oppgi første lyd i talte ord.		
6.	Kan med sikkerhet oppgi siste lyd i talte ord.		
7.	Lydsammentrekning: Kan trekke sammen oppgitte lyder og finne riktig talt ord (VK, KV, KVK-ord)		
8.	Lydanalyse: Kan analysere enkle talte ord (VK, KV, KVK) inn i riktige lyder i rekkefølge		
<i>Fonologisk bevissthet og fonembevissthet, sum 5 + 6 + 7 + 8</i>			
9.	Muntlig ordforråd		
10.	Evne til å uttrykke seg i fullstendige og grammatikalsk riktige muntlige setninger		
11.	Forståelse av talespråk (samtale, beskjeder, instruksjoner, fortellinger, høytlesing o.l.)		
<i>Muntlig språkferdighet, sum 9 + 10 + 11</i>			
12.	Kan fokusere på-, motivere seg for-, holde ut med- og fullføre pålagte arbeidsoppgaver.		
13.	Kan kontrollere og regulere innfall, distraksjoner, impulser, følelser og spenningsnivå		
<i>Selvregulering, sum 12 + 13</i>			
14.	Øye-hånd koordinasjon. Blyant- og strekkontroll.		
<i>Motorisk kontroll, 14</i>			
<i>Knekt lesekode:</i> Har knekt lesekode og leser de fleste (> 70 %) enkle, lydrette (VK, KV, KVK) ord <i>riktig</i>		Ja	<input type="checkbox"/>
		Nei	<input type="checkbox"/>
		Vet ikke	<input type="checkbox"/>
<i>Familierisiko for dysleksi:</i> Har mor og/eller far lese- og skrivevansker?		Ja	<input type="checkbox"/>
		Nei	<input type="checkbox"/>
		Vet ikke	<input type="checkbox"/>



Utredning av barns forståelse og produksjon av språk

The New Reynell Developmental Language Scales, NRDLs. Norsk versjon.

Reynells språkutviklingsskalaer gir et godt grunnlag for omfattende kartlegging av barnets språkutvikling. Testen er utviklet for barn i alderen 3–7 år med henblikk på planlegging og evaluering av logopediske tiltak.

Veiledning for vurdering av språk hos barn som er flerspråklige er et verdifullt komplement til testen, og anbefales til alle testbrukere som bruker NRDLs for utredning av flerspråklige barn.

Les mer på www.hogrefe.no

 hogrefe

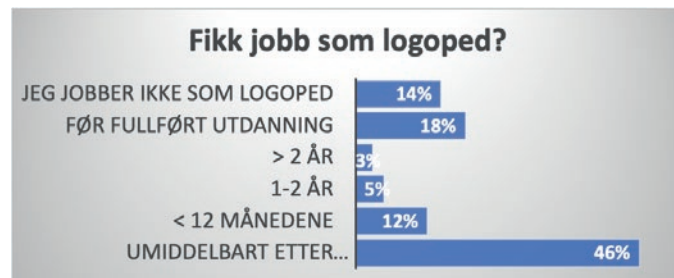
NORSK LOGOPEDLAGS SPØRREUNDERSØKELSE 2020

Norsk logopedlag (NLL) har de siste to årene hatt et omfattende samarbeid med Helsedirektoratet, Helse- tjenesteforvaltningen, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. De største sakene handler om å utvikle retningslinjer for bedre samordning mellom privatpraktiserende logopeder og kommunene med mål om flere logopedstillinger og tydeligere ansvar for logopediske tjenester. Autorisasjonssøknaden (innsendt av NLL i 2016) har krevd tilbakemeldinger, møtevirksomhet og høringsuttalelser. Dessuten har det vært arbeid med spesialisering for logopeder. Utdanningsgruppa arbeider kontinuerlig med økt kvalitet og muligheter for femårig logopedutdanning, mens Fagutvalget stadig planlegger og organiserer kurs og konferanser – med ønske om flest mulig deltakere. Vi vil her benytte anledningen til å takke alle som gjør en enormt stor frivillig innsats for bedre logopediske tjenester! Høsten 2020 hadde NLLs styre, arbeidsgrupper og utvalg behov for å få tilbakemelding på flere spørsmål fra NLLs medlemmer. Pandemien gjorde at Landsmøte 2020 ble utsatt, så tilbakemeldinger måtte organiseres på annen måte. Styret og Fagutvalget utviklet og gjennomførte derfor en spørreundersøkelse i oktober 2020. De fleste spørsmålene omhandlet logopeders arbeidsforhold. NLLs medlemslister var grunnlag for utsendelse av digital lenke til undersøkelsen. 1448 medlemmer fikk tilsendt undersøkelsen og 187 kom i retur. Av de resterende 1261 logopedene som mottok undersøkelsen, svarte 715. Dette utgjør 57 %, og regnes som høy svarprosent. Signifikanstesting viser 95 % gyldighet med +/- 2.4% dersom alle 1448 hadde svart. I det følgende vil resultater fra undersøkelsen presenteres.

Bakgrunnsvariabler og arbeidsforhold

Alders- og kjønnsfordeling viser at 59 % av de som svarte er under 50 år og 94 % er kvinner. Hele 77 % av logopedene i undersøkelsen har utdanning på mastergradsnivå, og 3,7 % (19 personer) har doktorgrad. Temaene på doktorgradene er innen lese- og skrivevansker, afasi, stamming, stemme, alternativ og supplerende kommunikasjon og flerspråklighet.

På spørsmål om i hvilken grad logopedutdanninga forberedte til jobb som logoped fordelte svarene seg jevnt på kategoriene *i moderat grad* eller *i stor grad*, med samlet 88 %. Laveste svarkategori *i liten grad* viste kun 0,3 %. Figur 1 viser at de fleste fikk jobb som logoped umiddelbart etter utdanning.



Figur 1: Jobb etter utdanning

Blant de som svarte at de *ikke* jobber som logoped utfører likevel 63 % logopediske oppgaver. Kommentarfeltene viser at logopedene i denne svarkategorien arbeider med utredning og tiltak i barnehage og skole, men er ikke ansatt som logoped. Det forholdsvis høye tallet indikerer at det er for få logopedstillinger.

Om lag halvparten av logopedene har jobbet i mindre enn ti år. Et flertall av logopedene (ca. 70 %) arbeider i 75 % stilling eller mer. Fordeling mellom offentlig og privat arbeidstilknytning er henholdsvis omtrent 70 % og 30 %. Et samlet anslag viser at om lag 15 % av logopedene er ansatt i sykehus eller rehabiliteringssenter, 33 % i veiledningstjenester, og 37 % er ansatt i barnehage, skole, eller voksenopplæring. De siste 15 % har svart UH-sektoren eller *annet*.

På spørsmål om hvilke aldersgrupper som mottar logopediske tjenester, kunne logopedene krysse av på flere kategorier. 50–60 % av logopedene arbeider både med personer i førskolealder, grunnskolealder og voksne. Kun 22 % oppga at de arbeider med personer i videregående skole. Det relativt lave tallet på logopediske tjenester til videregående skole kan reflektere at denne aldersgruppen bare dekker tre år, mot grunnskolenes 10 år, samt livslang læring for voksne. Det at omtrent 52 % oppga at de arbeider i barnehagealder (som er en kortere periode i barns liv) kan skyldes at *Tidlig innsats* både ved lav alder og når vansken oppstår, ansees som viktig. Tabell 1 viser hvilke logopediske områder det arbeides med.

Samlede prosenter på 481 indikerer at hver av logopedene i gjennomsnitt arbeider med 4–5 temaer. De tre kategoriene i undersøkelsen som åpnet for spesifisering, ga kommentarer om svært mange undergrupper, bl.a. dysartri, talepraksi, språk-, tale- og kommunikasjonsvansker i forbindelse med

Tabell 1: Logopedenes arbeidsområder

Svar	Antall	Prosent
Stemmevansker	361	50,5 %
Taleflytvansker	390	54,5 %
Utviklingsmessige språkvansker	369	51,6 %
Artikulasjonsvansker	476	66,6 %
Leppe-, kjeve-, ganespalte	210	29,4 %
Lese- og skrivevansker	253	35,4 %
Afasi	284	39,7 %
Andre ervervede språk- og talevansker, spesifiser	191	26,7 %
Alternativ og supplerende kommunikasjon	251	35,1 %
Dysfagi	226	31,6 %
Cochlea implantat	95	13,3 %
Autismespekterdiagnoser	151	21,1 %
Oralmotoriske talevansker uten LKG, spesifiser	142	19,9 %
Annet, spesifiser	42	5,9 %

Flere svar er mulig.

Down og andre syndromer, utviklingshemming, Parkinson og andre ervervede og/eller kognitive språk-, tale- og kommunikasjonsvansker.

Spesialisering

Det neste temaet i spørreundersøkelsen handlet om spesialisering i logopedi. Her ble logopedene først spurt om de kunne tenke seg å søke på en treårig spesialistutdanning innen et logopedisk emne. Figur 2 viser kategorier og svar som relateres til dekning av kostnader for spesialisering.



Figur 2: Kan du tenke deg spesialisering i logopedi?

Svarene viser at et stort flertall (77 %) ønsker ei spesialisering i logopedi, men kun 11 % vil betale denne selv. Videre ba vi logopedene om å spesifisere makspris dersom de måtte betale selv. Akseptabel egenbetaling varierte fra kr 5.000 til 300.000, med en gjennomsnittlig kostnad på kr 52.244. Noen logopedene kommenterte dessuten at tre år på fulltid er lenge, så de understreket at det måtte være tid til å ha inntektsgivende arbeid i spesialiseringsperioden. Det ble

dessuten kommentert at offentlig ansatte logopedene neppe vil gå opp i lønn etter spesialisering.

Videre ble det spurt om hvilket emne logopedene kunne tenke seg å spesialiseres i. Aktuelle emner i undersøkelsen var foreslått av en arbeidsgruppe initiert av UiB, hvor øvrige logopedutdanninger og NLL var samarbeidspartnere. Fordeling over ønsket spesialisering sees på Figur 3.



Figur 3: Innen hvilket emne kunne du tenke deg å bli spesialist?

Svarene viser ei jevn fordeling på emnene *allmennspesialist*, *ervervede språkvansker*, *språkvansker hos barn* og *taleflytvansker*, mens det er litt mindre interesse for *dysfagi*. I kommentarfeltet framkommer det at *stemmevansker* også er ønskelig spesialiseringsemne. At *allmennspesialist* er ønskelig for 20 % av logopedene tyder på at det er behov for både bredde- og dybdekompetanse i logopedi. Kanskje er dette spesielt viktig i Norge med mange små kommuner. Videre fikk

logopedene spørsmål om de har tatt spesialisering i logopedi i utlandet, og 3,4 % svarte *ja* på dette spørsmålet. Kommentarfeltet viste at spesialiseringene stort sett bestod av kortere kurs (noen dager) innen blant annet dysfagi, Parkinson-behandling, og Talk-tools. Enkelte logopeder har tatt omfattende spesialisering i taleflytvansker (*The European Clinical Specialization in Fluency Disorders/ECSF*).

Praksisveileder

De to neste spørsmålene handlet om logopeder er eller har vært praksisveileder, og deres begrunnelser for å være veileder eller ikke. Kun 19 % svarte at de er praksisveileder nå, mens 24 % hadde vært det tidligere. De resterende 57 % har ikke vært praksisveileder. På spørsmål om de kunne tenke seg å bli praksisveileder, svarte 55 % *nei*. Begrunnelsene for hvorfor logopedene ikke var praksisveiledere eller om de kunne tenke seg å bli det, var i stor grad sammenfallende. Av de som fortsatt er yrkesaktive mente mange at de ikke hadde nok erfaring som logoped. En stor andel kommenterte at de ikke har blitt spurt eller de trodde de måtte ha hovedfag/master for å være praksisveileder. Videre ble stort arbeidspress, små stillinger, og/eller en arbeidssituasjon med reising rundt til klienter, nevnt av flere som grunn til at det er vanskelig å ha tid til studenter i praksis. Noen få har svart at de synes det er mye jobb for dårlig betaling. Det var flere som kommenterte at de kunne tenke seg å bli praksisveileder når de fikk mer erfaring selv, men ingen beskrev hvorfor de hadde sagt ja til å være praksisveileder eller hva som kunne være positivt med å ha studenter i praksis.

Kurs og konferanser

Logopedenes deltakelse på regionale kurs og nasjonale konferanser i regi av NLL var neste tema i undersøkelsen. 64 % svarte at de har deltatt på regionale kurs (arrangert av regionslag). 33 % av logopedene svarte at de har deltatt på vinter- og/eller sommerkonferanser som NLLs fagutvalg organiserer. Selv om flesteparten av de som har svart *ja* til at de har deltatt på regionale eller nasjonale kurs/konferan-

ser, viser svarene på neste spørsmål at et stort flertall (63 %) kun har deltatt på 0–5 kurs de siste fem årene (se tabell 2).

Manglende tid og penger er hovedbegrunnelse for å ikke delta på kurs/konferanser. Begge forholdene kommenteres med at arbeidsgiver ikke dekker utgiftene og/eller ikke gir fri for at logopeden kan dra på kurs. Noen svarer at de ikke synes innholdet er relevant nok. Imidlertid svarer 83 % at de pleier å delta på kurs i regi av andre arrangører. Det kommer ikke fram av undersøkelsen hvilken type kurs dette er. Det siste året har nok mange logopeder fått erfaring med digitale kurs, men NLLs vinterkonferanse i mars 2021 var ikke gjennomført da logopedene svarte på undersøkelsen. Likevel svarte 68 % at de liker både digitale og fysiske kurs, men foretrekker fysiske kurs, hvis de må velge det ene eller det andre.





Hvilke saker bør NLL prioritere i fremtiden?

Hvilke saker NLL burde prioritere og arbeide med i fremtiden, var det siste og åpne spørsmålet i spørreundersøkelsen. Svarene fra 715 logopeder fyller 6,5 sider og viser med all tydelighet at logopeder er engasjerte fagpersoner med mange meninger og gode forslag til forbedringer både innen organisering og regelverk for bedre logopediske tjenester til våre brukere, men også om lengere utdanning og muligheter for faglig videreutvikling. Følgende kommentarer representerer arbeidsoppgaver for NLL som mange nevnte:

Sikre logopedtilbudet til barn, unge og voksne – alt for mange får «hjelp» av ukvalifiserte. Retten til logopedhjelp må lovfestes og alle kommuner må ha en plikt til å ha utøvende logopeder.... Organiseringen av logopedtjenestene....Man trenger sterke fagmiljø for å sikre god fagutvikling og kompetanseheving. Dermed blir også tilbudet til barn, unge og voksne bedre.

Jeg mener det p.t. er to saker som peker seg ut, men henger sammen. (1) autorisasjon eller annen måte å sikre at logopeder holder seg faglig oppdatert og jobber evidensbasert og (2) klienter/

Tabell 2: Deltakelse på antall kurs/konferanser de siste fem årene

Svar	Antall	Prosent
0-5	318	63 % 
6-10	135	26,7 % 
11-15	41	8,1 % 
Mer enn 15	11	2,2 % 

pasienter/brukere/elevers tilgang til logopedtjenester av god kvalitet og tilstrekkelig omfang uavhengig av hvor i landet man bor.

Hjelp logopeder som jobber mye aleine, både privat og offentlig til å holde seg faglig oppdaterte. Hjelp oss med å få tak i nyeste og beste kunnskap/forskning. Tilby spesialisering/videreutdanning. Reklamere for doktorgrad. Øke kunnskap om hva en logoped er/gjør til befolkningen, opplever ofte at mange ikke vet hva en logoped er. Hørt i barnehagen: «logoped... er det slik som fiksar mopedar?»

Oppsummering

Logopedene i undersøkelsen har krysset av for aldersgruppe inndelt i tiår. Dermed vet vi ikke gjennomsnittsalder på logopedene. Likevel ser vi at nesten 60 % av logopedene er under 50 år, noe som tyder på at gjennomsnittsalderen har gått ned sammenliknet med tidligere aldersnitt på mellom 55 og 60 år. Dette er positivt med tanke på utdanning og rekruttering til yrket. Årsaker til at det kun er 6 % mannlige logopeder, og hva som eventuelt kan gjøres for å høyne denne prosentandelen, bør diskuteres både av logopedutdanningene og i NLL.

Det er svært gledelig å vite at et flertall av logopeder får jobb som logoped umiddelbart etter endt utdanning, eller innen to år. Hele 18 % har fått jobb før fullført utdanning. Dette tyder på at det er stort behov for logopediske tjenester. Det bør imidlertid vurderes hvordan NLL kan bidra til at logopedstudenter får kvalifisert veiledning dersom de starter i logopedjobb før de er ferdig utdannet, slik at manglende kompetanse ikke går ut over brukerne.

Spørsmålet som omhandler hvilke temaer logopeder arbeider med, viser at logopedi er et svært omfattende fagområde. Selv om språk-, tale- og kommunikasjonsvansker, og svelgevansker kan bedres eller kompenseres, er mange tilstander flerårige i alle aldersgrupper, eller livslange. Tallene er dessuten en tydelig bekreftelse på hvorfor NLL mener at det toårige masterprogrammet i logopedi bør bli femårig. Svarene viser samtidig hvilke temaer som ikke bør utelates fra logopedutdanningene.

Det er ikke tvil om at mange logopeder ønsker spesialisering innen logopedi. Svarene viser imidlertid at spesialiseringa ikke bør ta for lang tid og heller ikke være for dyr. Mange logopeder beskriver deltakelse på kurs og konferanser som vanskelig fordi arbeidsgiver ikke vil betale eller gi fri for å gå på kurs. Man kan derfor spørre seg om arbeidsgivere vil betale atskillig større summer for ei spesialisering over tre år. Respondentene kommenterer dessuten at de er tvilende til at ei spesialisering vil gi økt lønn eller andre goder. NLL har per 2021 et landsmøtevedtak om at andre og mindre kostnadskrevenne spesialiseringssløp skal undersøkes.

Logopedisk praksis krever dyktige logopeder som praksisveiledere. Kun 19 % av logopedene er praksisveiledere i dag. Begrunnelser for at logopeder ikke er praksisveiledere handlet i stor grad om at de ikke har blitt spurt, at de er for uerfarne som logoped selv, eller at hverdagen er for travel til å påta seg et stort ansvar og arbeid med å være praksisveileder. Det er imidlertid svært positivt at 45 % svarer at de kan tenke seg å bli praksisveileder. Her kan kanskje NLL og utdanningsinstitusjonene samarbeide om gode løsninger for forbedring av situasjonen.

De åpne kommentarene om arbeidsoppgaver som NLL oppfordres til å prioritere i framtiden, samsvarer i stor grad med oppgaver som er i gang. Selv om mange av oppgavene er vanskelige og tidkrevende, ser NLL mulige endringer som vil gi bedre tjenester for våre brukere, og bedre arbeidsforhold og kompetanse for logopeder og logopedstudenter.

For NLLs styre og Fagutvalget
Signhild Skogdal
Styremedlem NLL
Logoped MNLL/Ph.D.

Monica Norvik
Leder Fagutvalget NLL
Loogoped MNLL/Ph.D.

Katrine Kvisgaard
Styremedlem NLL
Logoped MNLL/MA logopedi

NLLS VINTERKONFERANSE 2021

Annethvert år arrangerer Norsk logopedlag Vinterkonferansen – en konferanse som gir oss mulighet for litt etterlengtet faglig påfyll, med spennende forelesere fra både inn- og utland.

I mars 2021 var det igjen tid for konferanse, og i år ble den, som så mange andre kurs og konferanser, holdt digitalt. Et år med unntakstilstand har lært oss nye måter å omgås og treffes på, og de aller fleste av oss har nok mer digital erfaring nå enn for ett år siden. Selv om de digitale kursene ikke fullt ut kan erstatte fysiske arrangementer, er det imponerende hva arrangører klarer å organisere for oss digitalt. Foredragene på NLLs vinterkonferanse ble i år spilt inn på forhånd, og deretter gjort tilgjengelig for deltagere i en hel uke, før det ble arrangert en spørsmål- og svarrunde med de forskjellige foreleserne i slutten av uken. Dette gjorde det mer fleksibelt å delta på konferansen, fordi man kunne planlegge selv akkurat når man skulle se på de forskjellige foredragene.

På årets vinterkonferanse var det forelesninger om stamming, afasi, språkvansker forbundet med forskjellige utviklingsforstyrrelser, om logopeden som kliniker, og det ble presentert en psykososial tilnærming for slagpasienter. Det var både norske (blant annet Line Haaland-Johansen) og internasjonale forskere (blant annet Courtenay Norbury og Kathleen Scaler Scott).

Anne Sandø-Frank og Kirsten M. Bjerkan fra Statped sørøst presenterte Diffkas (Differensialdiagnostisk kartlegging av språklydvansker), samt normdata for norske barns fonologiske utvikling. Sandø-Frank påpekte innledningsvis at barn med språkvansker på ingen måte er en homogen gruppe, og at både årsaken til vansken, måten vansken viser seg på og hvordan det responderes på tiltak, kan variere mye. Dette gjør at det er behov for et kartleggingsverktøy som kan hjelpe oss å avgjøre hvilken vanske som ligger til grunn for et aktuelt barns uttalefeil, slik at vi setter inn riktig tiltak. Bjerkan ga oss deretter en innføring i sentrale trekk i norsk fonologi som grunnlag for å forstå barns forenkling av uttale. Når vi kjenner barns typiske språklydsvansker, kan vi lettere vurdere om et utviklingsløp er typisk, forsinket eller avvikende. Sandø-Frank gikk gjennom Barbara Dodds differensialdiagnostiske modell for språklydvansker, som er den modellen Diffkas er bygget på, og Bjerkan presenterte normdataene i Diffkas.

Hun presenterte også fonologiske prosesser hos engelske, tyske og danske barn til sammenligning, og påpekte at norske barn er raskere til å undertrykke noen fonologiske prosesser, og senere til å undertrykke andre fonologiske prosesser, enn de vi sammenlignes med. Det som kanskje er litt uventet er at norske barn gjør vokalfeil lengre enn barn som snakker engelsk, tysk eller dansk, uten at det er noen åpenbar grunn til dette.

Dr. Sarah Northcott fra City, University of London, holdt et foredrag hvor temaet kan sies å være litt på siden av norske logopeders hverdag – hun snakket om en psykososial tilnærming til afasipasienter; Solution Focused Brief Therapy (SFBT). Tilnærmingen søker å bedre hverdagen til klienter/pasienter, blant annet ved å fokusere på en ønsket fremtid, samt det som allerede fungerer bra i hverdagen. Terapiformen skal hjelpe til å beskrive hva en klient/pasient ønsker å oppnå, hva de ønsker at terapien skal hjelpe til med, og hvordan håp og ønsker for fremtiden kan være med på å gjøre dagliglivet bedre. Det som gjorde at den kanskje var litt på siden av norske logopeders hverdag, er at tilnærmingen ikke har et språklig fokus, selv om enkelte av deltagerne beskrev at de opplevde bedre kommunikasjon etter fullført behandling.

Dr. Northcott fortalt at hun ble interessert i denne formen for tilnærming til afasipasienter blant annet fordi logopeder ofte beskriver at et av deres mål i behandling av pasienter er nettopp økt livskvalitet. Samtidig viste hun til at mange logopeder er utrygge eller lite komfortable med å jobbe med pasientens psykososiale behov, samt at andre profesjoner som jobber med slagpasienter oftere unnlater å jobbe med de med afasi, fordi de anser at språkvanskene utelukker pasienten fra videre oppfølging.

Som nevnt beskrev dr. Northcott at de har fått tilbakemelding fra flere pasienter om at kommunikasjonen med andre har blitt bedre etter SFBT-intervensjonen. Men de fikk også tilbakemelding fra noen om at de var skuffet over at det ikke var et språklig fokus, noe som kanskje er ventet når det er logopeder som utfører intervensjonen. I spørretimen med dr. Northcott ble det spurt om det var mulig å kombinere intervensjonen med en språklig intervensjon, noe hun vurderte at hun i en klinisk hverdag nok ville ha gjort.

Victoria Joffe, fra School of Health and Social Care, University of Essex, er allerede kjent for mange i Norsk logopedlag. På Vinterkonferansen holdt hun et innlegg om hvordan vi kan bruke narrativer til å forbedre språk og kommunikasjon hos barn og unge med «speech, language and communication needs». Her snakket hun om kartlegging av narrative ferdigheter, som åpner for å se nærmere på mange ulike områder av barn og unges språk og kognisjon, og som blant annet også kan brukes til å definere styrker og svakheter som kan være nyttige med tanke på intervensjon.

Vi vil takke Fagutvalget for nok en spennende vinterkonferanse med et variert program. Til tross for at innleggene holdt like god kvalitet som alltid, kan vi ikke unnlate å avslutte med å si at vi håper at neste vinterkonferanse blir på den «gamle» måten, slik at vi i tillegg til å få faglig påfyll gjennom gode foredrag også kan få faglig (og sosialt) påfyll fra kollegaer.

Jannicke Karlsen og Jannicke Vøyne



Monica Norvik og Anne-Lise Rygvold loset oss som vanlig trygt gjennom vinterkurset – denne gangen digitalt.



NYHET!
Kan foreskrives
på blå resept

DET KRYSTALLKLARE VALGET



ThickenUP® Clear er et amylaseresistent fortykningsmiddel som klinisk har bevist å redusere risikoen for aspirasjon, og øke svelgesikkerheten.¹⁻⁴

Uten å påvirke smak, lukt eller farge

Gir et klart resultat i væsker

ThickenUP® Clear er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål, og skal brukes i samråd med helsepersonell.

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

INFORMASJON TIL HELSEPERSONELL

VAREN.R.: 895525 BEST.NR.:753539

WWW.NESTLEHEALTHSCIENCE.NO

ERASMUSPROSJEKT

Erasmus+ er EUs program for utdanning, opplæring, ungdom og idrett. Erasmus+ ansattmobilitet gir støtte til prosjekter som styrker kvaliteten på undervisningen og hever kompetansen hos ansatte på skoler. Man kan få støtte til å delta på kurs eller konferanser, reise på jobbskygging eller gjennomføre undervisningsopphold.

Logopedtjenesten i Lillestrøm kommune søkte i 2019 midler for å gjennomføre et prosjekt rettet mot behandling av fonologiske uttalevansker. Deltagerne i prosjektet var de fem logopedene som jobber med barn i Lillestrøm kommune. Prosjektets tittel ble «Logopedtjenesten i Lillestrøm kommune: spisskompetanse som fører til læring». Prosjektet bestod av «Aktivitet 1» og «Aktivitet 2». På grunn av pandemien ble aktivitet 2 gjennomført digitalt.

Aktivitet 1. Deltagelse i et todagers kurs for logopeder: kartlegging og behandling av en fonologisk vanske med intervensjonen «The cycle approach of Hodson & Paden».

Intervensjonen er utviklet for barn med store fonologiske vansker og blir mye brukt blant annet i Nederland og USA. Intervensjonen benyttes for barn fra 2 til 5 år. Kurset ble avholdt i Nederland våren 2019, med foredragsholder Ellen Burger som er logoped og lingvist (www.burgerscheffer.nl). Én ansatt ved logopedtjenesten har Nederlandsk som morsmål og gjennomførte dette kurset. Dette var et to dagers kurs med et opphold på 4 uker. I oppholdet mellom kursdagene ble det jobbet med en case. Kursholderen Ellen Burger viste et stort engasjement og samarbeidet for å oversette nødvendige elementer til norsk. Kurset var delt opp i teoretisk gjennomgang og flere praktiske øvelser. Ellen Burger har utarbeidet materiale som skulle leses i forkant og mellom kursdagene. Det var læringsmål som skulle oppnås for å motta kursbevis. Logopeden fra Lillestrøm kommune som deltok gjennomførte intervensjonen med et barn i Norge og har skrevet masteroppgave om dette; «Tidlig behandling av en fonologisk uttalevanske med Hodson & Paden – en sirkulær tilnærming», forfatter Frida Theisen (<https://www.duo.uio.no/handle/10852/80281>).

Aktivitet 2. Teoretisk og praktisk innførelse av POPT (en psykolingvistisk intervensjonsmetode for barn med språklydvansker). Det ble satt av fire dager til fordypning i fagområdet samt gjennomførelse av forelesninger og workshop. Som forberedelser til kurset leste vi den danske utgaven av manualen til POPT av Marit C. Clausen, i tillegg til at spillmateriale fra Sprogeriet ble kjøpt inn og benyttet.

Dag 1: teoretisk gjennomgang av fonologi og intervensjoner for fonologiske uttalevansker. Av barnelogopedene i Lillestrøm kommune er det én som nylig har levert, og én som er i ferd med å fullføre masteroppgave med fordypning i logopedi. Begge har tatt for seg tema intervensjoner for fonologiske vansker. Litteraturgjennomgangen i oppgavene ble presentert for hele gruppen. Dette førte til gode drøftinger opp mot erfaringer vi har i praksis. Vi har også delt erfaringer i bruk av materialet til Sprogeriet og sett på dette sammen. På denne måten hadde vi forberedt det vi kunne teoretisk og praktisk for å kunne få så mye som mulig ut av forelesningene resten av uken. Avsluttende for denne dagen så vi forelesningen «Kartleggingsverktøyet Diffkas og normdata for norske barns fonologiske utvikling» av Anne M. Frank og Kirsten M. Bjerkan. Det er en stor dag for logopeder som jobber med dette området å ha norske normeringer å forholde seg til!

Dag 2: forelesning av Marit Carolin Clausen. Dette var en meget motiverende forelesning som ble utført på zoom. Det var lagt opp med en gjennomgang av teoretisk bakgrunn for POPT samt valg av andre intervensjoner for språklydvansker og hvordan man kan velge den best passende intervensjonen. Deretter ble hver fase av POPT gjennomgått med først en praktisk del og deretter «hva sier forskning» hvor Clausen da støttet opp med relevant og fersk forskning. Etter dette kurset satt vi igjen med en meget god forklaring på valg som er tatt i utvikling av metoden. Stackhouse og Wells sin modell for taleprosessering ble tatt frem og knyttet til alle faser i intervensjonen.

Dag 3: To Logopeder fra Sprogeriet i Danmark som har utviklet materiale knyttet til POPT holdt kurs og workshop



Logopedene i den kommunale logopedtjenesten i Lillestrøm, som jobber med barn i alderen 0-16 år. Fra venstre. Amy Kristin Allstrin, May Britt N. Hustad, Frida Theisens, Cecilie B. Solberg, Iselin S. Myrvang.

på zoom. Atter en inspirerende dag! Det kunne virke som Clausen og logopedene fra Sprogeriet hadde samarbeidet da denne kombinasjonen av forelesninger traff riktig godt. Det var lagt opp til dette, men gjennomføringen overgikk alle forventninger! Foreleserne ga oss en innføring i hvordan de hadde gått frem for å utvikle materialet. Deretter prøvde vi oss ut med alle fasene i Fronting/Backing-kassen og Stopping-kassen, i tillegg til minimale par som intervensjon. Med den teoretiske bakgrunnen fra Clausen ferskt i minne ble det meningsfullt å knytte dette til gjennomføringen.

Dag 4: Norsk Logopedlags Vinterkonferanse 2021. Sammen så vi på Vinterkonferansen, med stor interesse for Diffkas. Det ble gitt tydelige svar og vi drøftet dette i gruppen før og etter gjennomføringen. Vi gleder oss veldig til å jobbe etter norske normeringer! Resten av dagen ble brukt til rapportering til Erasmus+.

I dette prosjektet har det flere ganger blitt gjennomgått hvilke intervensjoner som passer best til de forskjellige typene av fonologiske uttaleversker. Kursholderne innen de forskjellige intervensjonene reklamerer ikke for én intervensjon, men belyser viktigheten av å ha kjennskap til flere for på den måten å kunne velge riktig til barnet man skal behandle. Med normeringer for norske barns fonologiske utvikling, samt en grundig og spisset teoretisk og praktisk gjennomgang i «The cycle approach of Hodson & Paden» og POPT har vi styrket vår kompetanse innen oppfølging av fonologiske vansker. Med gode forberedelser og en gjennomgang med dyktige forelesere har vi tilegnet oss kompetanse som vi direkte kan tilpasse barn som strever med fonologiske vansker i Lillestrøm kommune. Prosjektmidler fra Erasmus+ gjorde det mulig å forme et prosjekt akkurat etter vårt behov. Kanskje det finnes prosjektmidler som kan søkes på i den logopedtjenesten du jobber i?

Frida Theisens



Joanna Lignell
Logoped ved Molde
sjukehus
joanna.cecilia.fanny.
lignell@helse-mr.no

*Innlegget var først publisert hos Dagens medisin
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/03/05/logoped--en-tittel-uten-innhold/>*

LOGOPED – EN TITTEL UTEN INNHOLD

Norge mangler en helsefaglig profesjon og en logopedisk utdanning som tilsvarer yrkets bredde, dybde og helhetlige kompetanse. Uten endring av utdanningsforløpet er ikke autorisasjon aktuelt.

ET NYTT FORSLAG til lovfestet krav til logoped i norske kommuner, og flerårige forespørsler om helsefaglig autorisasjon, gir ikke mening hvis politiske beslutninger ikke samtidig utøver kvalitetssikring av norsk logopedutdanning.

Dagens utdanning er forholdsvis kort, og den mangler solid base i biomedisin, fysiologi og psykologi – sammenlignet med internasjonal standard. En profesjon som forventes å behandle pasienter med språk-, tale-, kognisjonskommunikasjon og svelgevansker i helsevesenet, trenger bred medisinsk kompetanse for god evidensbasert praksis.

UGUNSTIG SITUASJON. Dagens situasjon er langt ifra optimal og reflekteres i svært mangelfull tilgang på helsefaglige logopeder. Estimert arbeider kun 50–60 logopeder ved helseforetakene. Flere sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner i Norge har ingen logoped ansatt. En undersøkelse fra 2019, gjennomført av Afasiforbundet, viste at 62,7 prosent av norske kommuner ikke har offentlig logoped som behandler voksne, og i 2020 ble det igjen vurdert at den logopediske utdanningen ikke inneholder tilstrekkelig med helsefag for autorisasjon som helsepersonell.

Krav til flere logopeder er viktig, men uten mulighet til enhetlig helsefagligutdanning, er det da forsvarlig å pålegge denne profesjonen ytterligere behandling av komplekse medisinske pasienter?

KOMPETANSEN. Internasjonalt arbeider logopeder med helsefaglig autorisasjon i hele helsevesenet; fra kritisk syke pasienter i intensivavdeling til ute i primærhelsetjenestene. Arbeidet innebærer forebygging, utredning, behandling og forbedring av personers funksjon, aktivitet, delaktighet og livskvalitet.

For mange sårbare pasientgrupper har logopeden kun kompetanse til behandling ettersom ingen annen faggruppe utdannes med disse spesifikke kunnskapene. Innholdet og plassering av utdanningen ser ut til å være avgjørende.

STOR VARIASJON. I utlandet gis primært integrert master ved medisinsk og psykologisk fakultet på fire til fem år. Til sammenligning gis de norske utdanningene kun som master ved hovedsakelig spesialpedagogiske institusjoner, og med opptak fra flere ulike grunnutdanninger. Implikasjonen er stor variasjon i grunnleggende kompetanse og manglende tid til tilstrekkelig dybde.

DÅRLIGERE TILBUD. Uten en lengre helsefaglig og standardisert logopedutdanning er konsekvensene at logopeder forblir utilstrekkelig forberedt på profesjonens helhetlige praksis – og at norske pasienter får et vesentlig dårligere tilbud enn internasjonalt.

Norsk helsevesen, logopeder og pasienter fortjener en utdanning som ivaretar alle logopediske problemstillinger. Innholdet er det som virkelig teller.

PARKINSONNET

Ved å samle fagpersoner med kompetanse på Parkinsons sykdom i nettverk, vil brukerne lettere finne den fagpersonen de har behov for der de bor. De kan også være trygge på at fagpersonene som er med i dette nettverket har oppdatert kunnskap om Parkinsons sykdom.

ParkinsonNet ble gjennomført som et pilotprosjekt fra 2017 til 2019 i Rogaland og i Oslo etter modell fra Nederland. Grunnelementene i ParkinsonNet er opplæring, nettverksbygging og samhandling. I tillegg til økt kompetanse innenfor ditt eget fagområde vil du få mer kunnskap om hva de andre faggruppene i nettverket jobber med og kan tilby denne pasientgruppen. Det overordnede målet med ParkinsonNet er å utvikle en helsetjeneste som skal bidra til at personer med Parkinsons sykdom får optimal behandling og en best mulig livskvalitet, der de bor. Myndighetene har i etterkant av piloten bestemt at modellen skal iverksettes og rulles ut i alle helseforetak i Norge.

Nettverket i ParkinsonNet består av fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og sykepleiere. Det arrangeres tredagers grunnkurs for disse faggruppene, og i løpet av året holdes det flere fagsamlinger og nettverksmøter. Første kursdag holdes alltid av nevrolog, før det deretter rettes fokus mot det særfaglige. Nettverksbygging innen den enkelte faggruppen, og på tvers av de ulike faggrupper, er sentralt når vi har fysiske grunnkurs og fagsamlinger, som jo var tilfelle før pandemien. I løpet av 2020/2021 har vi

avholdt flere digitale fagsamlinger i både Rogaland og Oslo. Vi har nylig avholdt våre første tredagers digitale grunnkurs, med til sammen over 190 deltakere. Over 56 av disse var logopeder, noe som tyder på at interessen for fagområdet er stor.

Det er opprettet et fagpersonregister over alle deltagere i ParkinsonNet. Dette ligger på www.parkinson.no. Her kan du søke på profesjon, geografi og kompetanse. Dette bidrar til at det blir enklere for brukerne og helsepersonell å finne fagpersonene med kompetanse på Parkinsons sykdom.

Fagveiledere i logopedi
 Kristin Øverland/Rogaland
 Pn.kristin@parkinson.no
 Katrine Kvisgaard/Oslo
 Pn.katrine@parkinson.no

Linkadresse til brosjyre om ParkinsonNet:
<https://media.parkinson.no/assets/pdfs/PN-folder-til-bruker-07.-okt-20.pdf>

I DISSE KORONATIDER

I løpet av noen få uker har samfunnet vårt gjennomgått store endringer og vi har alle høstet nye erfaringer, på godt og vondt. Det lille viruset covid-19 har satt oss på prøve. Vi har opplevd pålagte tiltak og endringer i vårt dagligliv i ulik grad. Hverdagslige rutiner og aktiviteter har vi måttet endre, og store samfunnsfunksjoner har blitt betydelig berørt og gitt omfattende konsekvenser. Det er en ekstraordinær situasjon der vi har fått kjenne på ekstraordinære tiltak som har rørt ved vår frihet og rett til selvbestemmelse. Vi vet ikke ennå hvordan langtidsvirkning og konsekvenser av tiltakene vil bli.

Også mellommenneskelig kommunikasjon har endret seg i denne perioden. Der er oppstått «nye» ord og begrep som blir aktivt benyttet i dagligspråket. Vi har opplevd økt bruk av digitale arenaer. Det har vært nødvendig og nyttig, og kreativiteten har vært stor. Forhåpentligvis har ikke løsningsviljen gått på bekostning av personvern og sikkerhet. Informasjonsbehovet i befolkningen har vært stort og dette har satt krav til myndighetene om å ta gode strategivalg i handling og formidling

Vi har også fått en ny frase i språket vårt: «I disse koronatider». En frase vi blant annet anvender som forklaring, beskrivelse og unnskyldning. Den kan være ulikt emosjonelt ladet etter hvilken situasjon vi står i, og hvilken rolle vi har. Med bekymring og uro, frykt og engstelse, med usikkerhet og fortvilelse, med oppgitthet og avmakt, eller med irritasjon og sinne.

Etiske problemstillinger og utfordringer har blitt aktualisert, og en har kunnet observere etiske konflikter mellom ulike strategier og tilnæringsmåter om hva som vil være best for den enkelte, for grupper eller samfunnet. Parter blir stilt opp mot hverandre, prioriteringsrekkefølger diskuteres. Etiske spørsmål handler om hvordan det «bør» være. Det er ikke alltid like lett å si at noe er rett og noe er galt. Gode hensyn kan stå mot hverandre, og enkelte ganger vil valgt alternativ kanskje ikke være fullgodt for noen.

Etikk handler om verdier og holdninger og om hvordan vi uttrykker disse verdiene i møte med andre mennesker. I dette er muligheten for å gjøre gode etiske refleksjoner viktig. Å kunne tenke over, tenke frem og tilbake, vurdere, gjerne diskutere for å få andre perspektiv og styrket bevissthet.

Som logopeder arbeider vi med sårbare grupper, i ulike aldersgrupper, fra de yngste til de eldste. Mange av disse har i denne nedstengingsperioden fått redusert, eller ikke fått noe tilbud om hjelp de har rett på, fått avbrutt rehabilitering, oppfølging eller utsettelse av nødvendige utredninger.

I vår yrkesutøvelse har vi mange ulike arbeidsgivere og arbeidsplasser, offentlige og private, forskjellige typer organiseringer og arbeidsområder. Men når det gjelder etiske utfordringer har vi en felles plattform; våre yrkesetiske retningslinjer. Gjennom disse oppfordres vi til å reflektere rundt forhold til vår yrkesutøvelse, våre kvalifikasjoner, forhold til våre brukere, forhold til kolleger og andre. Perspektivet er rettet mot møtet mellom mennesker i hverdagen. I retningslinjene finner vi blant annet begrep som varsomhet, konfidensialitet, tillit, lojalitet og samarbeid.

I disse tider har vi støtt på mange utfordringer i utøvelse av jobben vår. Regler og krav satt av myndighetene, både spesifikke og mindre spesifikke, som har utløst mange spørsmål. Praktiske konsekvenser for hvordan vi best kan få gitt et tilbud som er faglig forsvarlig utfra smitteverntregler, personvern og taushetsplikt, men også hvordan retningslinjer har gitt økonomiske konsekvenser.

Nå er landet vårt, sammen med andre nasjoner, inne i en langsom åpning av nedstengte tiltak. Vi har i denne perioden sett hvor avhengig et samfunn er av alle hjulene i maskineriet, og av å være del av en global helhet. Som samfunn har vi høstet verdifulle erfaringer, og mange viktige beslutninger har måttet blitt tatt raskt. Etiske problemstillinger har vært løftet frem, men kanskje uten at der har vært tid til gode nok refleksjoner og konsekvensanalyser. Gjennom erfaringene vi har høstet vil nye perspektiver og kunnskap komme frem, forhåpentligvis vil vi ta med oss ny og viktig lærdom.

Vi må ha tro på barnas regnbuebudskap: «Alt blir bra!».

*Torhild Toft
Yrkesetisk råd*



TRØNDELAG LOGOPEDLAG

Invitasjon til fagdag

Tirsdag 9. november 2021 kl 09.00 - 15.30

Tema:

Utvikling av ordforråd og dets betydning for språkutvikling og leseforståelse. Teori og tiltak.

	<p><i>Kari-Anne Bottegaard Næss</i> er professor i spesialpedagogikk ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.</p> <p>Hun er utdannet lærer og logoped og har en phd. i spesialpedagogikk.</p> <p>Her er noen av temaene som hun er opptatt av:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kommunikasjon, - språk- og taleutvikling/-vansker, - lese- og skriveutvikling/-vansker, - kommunikasjon- og språkintervensjoner, - teknologi i språkopplæringen - stammebehandling for barn i barnehage og skolealder.
--	--

Kursavgift:

- for medlemmer i NLL: 300 kr. Vennligst oppgi hvilket lokallag du er medlem i ved påmelding.
- For ikke-medlemmer: 500 kr.

Kurset passer både for logoped og andre yrkesgrupper som arbeider med barn i barnehage og skole. Kurset blir digitalt.

Hvis du har problemer med påmeldingen, ta kontakt med anitadohl@gmail.com

Bruk denne lenken ved påmelding:

<https://trondelaglogopedlag.portal.styreweb.com/arrangement/ArrangementSession2?ID=yV8gGw>

JØRGEN FROST: MERK SPRÅKET – SKRIV OG LES, INFOVEST FORLAG



Originaltittel: Mærk sproget – skriv og læs!
Forlaget Pøhler. Omsett frå dansk av Unni Espenakk, 197 sider.

Jørgen Frost er ein nestor i formidling av lese- og skrivingforskning både i Norge og Danmark. Han har hatt mange kurs for lærarar i barnehagar og skolar basert på virket sitt som professor (nå emeritus)

ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo. Engasjementet hans viser seg i boka, som er omsett frå dansk til norsk. Her formidlar han samanhengar mellom munnleg og skriftleg språk, og korleis barnet oppdagar denne samanhengen gjennom leik med språk i førskolealder til bevisstgjerjing av språk i skolestua, der barnet skal lære seg å lese og skrive.

Boka er delt inn i fem delar. Dei tre første delane gjeld «literacy»: før skolestart, for 5-6-åringar og for 7-8-åringar. Den fjerde delen handlar om evaluering, der Frost diskuterer korleis eit dialogisk perspektiv kan endre resultatpresset i skolen ved å leggje vekt på prosess heller enn resultat. Vidare diskuterer han tydinga av nyare forskning, kor viktig tidleg språkutvikling er for den vidare språkutviklinga, og avslutningsvis nokre tankar om samspelet mellom ordinær undervisning og spesialundervisning. Siste del er ei oppsummering med ei liste over vurderingspunkt til bruk for lærarar.

Metoden Frost formidlar er prosessorientert. Det vil seie at ein må følgje prosessen til den einskilte eleven fram mot målet om å oppnå funksjonelle ferdigheiter i lesing og skriving. I denne formidlinga legg Frost inn kritiske merknader mot eit regime i skolen som legg vekt på testar og produkt heller enn prosessar som fører fram til produktet.

Boka er skriven for lærarar, og viser korleis barnet på ein nennsam måte kan bli ført inn i den første lese- og skrivingopplæringa i skolen. Frost brukar den engelske termen «literacy», som er mykje brukt i den danske faglitteraturen.

Ved å bruke denne termen, viser Frost at han ser på skriftspråkopplæringa som noko meir enn avkodning og staving, men som ein innfallsport til kultur, kunnskap og opplevingar. Her i Norge brukar ein ofte den fornorska varianten, «litterasitet».

Boka viser til gode, evidensbaserte opplegg for undervisninga, der læraren følgjer den enkelte eleven gjennom ein dynamisk arbeidsmåte. Sidan målgruppa er lærarar, kan ein spørje kva nytte ein logoped kan ha av boka i det kliniske arbeidet sitt. Den logopediske utgreiinga er ikkje fokus, men systematikken og kunnskapen om språk som blir formidla i boka er ein solid referanse for korleis arbeidet i klasserommet kan gagne den enkelte eleven. Slik kan boka brukast som rådgjeving for pedagogiske opplegg i klassen integrert i tilrådinga frå logopeden.

Boka viser til hjerneforskning med ei spennvidd frå Lurias inndeling av hjernen i tre blokkar til nyare forskning om i lesenettverket i hjernen og effekten av god, evidensbasert trening for barn med dysleksi. Dette er eit komplisert samspel, og boka går ikkje nærmare inn på dei spesifikke nevrokognitive funksjonane som danner forbindelsen mellom språknettverket i hjernen og symptoma på vanskaner til barnet. Dette er viktig kunnskap som kan hjelpe oss til å forstå kvifor barnet strever, og her treng ein den spesifikke kunnskapen innan det nevrokognitive området som logopedar har.

Boka kan anbefalast ikkje berre for lærarar, men også for logopedar, både fordi ho bind saman kunnskap om språkutvikling i overgangen barnehage/skole på en konstruktiv måte, og fordi ho gir logopedar ei forståing av kva god litterasitets-pedagogikk i klasserommet er. Litt kritikk skal boka ha. Her er mange referansar til anglo-amerikansk forskning, og også til dansk forskning, utan at det er stilt spørsmål ved om at alt er overførbar kunnskap til norske forhold. Det gjeld tydinga av sosioøkonomiske forhold, skolesystem, verbalspråk eller skriftspråk. Det hadde også vore av interesse å få vite kva Frost meiner om innføring av engelsk frå første klasse av parallelt med at barna skal «knekke koden» på norsk. Her kunne ein etterlyse ein diskurs på line med den som Frost så innsiktsfullt brukar når det gjeld datateknologi i barnehage og skole i første del av boka.

Bokmeldinga er skriven av Turid Helland

HØYE TOPPER OG DYPE DALER

– LIVET MED SYKDOM OG ERVERVET HJERNESKADE



Forfattere: Merete Holmsen og Lisbeth Iglum Rønhovde

Hva skjer når man går fra å være et høyst oppegående menneske, til å være pleie-trengende og på noe vis annerledes? Som logoped på et senter for rehabilitering, møter jeg disse skjebnene, hvor livet har snudd fra en dag til en annen. Jeg tenker ofte på hvordan jeg selv ville ha

håndtert det. Eller hvordan jeg kommer til å håndtere det. For på et eller annet tidspunkt kan det også ramme meg. Hvem blir jeg da?

Boken gir et innblikk i livet etter kreftbehandling og ervervet hjerneskaade, et nært bilde av hverdagen og hvordan selv de enkleste ting må takles med kløkt og en nøye gjennomtenkt plan. Merete Holmsen er utdannet spesialpedagog og har jobbet som forfatter, pedagog og rådgiver. Vi møter et menneske med en enorm mestringsvilje. Hun beskriver sine utfordringer og refleksjoner om livet med kronisk sykdom. Vi får et innblikk i et sykdomsforløp og om møtet med mange ulike instanser i helsevesenet. Boken i seg selv er en prestasjon. Det ligger enormt mye arbeid i å gjenvinne skriftspråket og det må føles så godt både for forfatteren og logopeden som har fulgt henne. Lisbeth Iglum Rønhovde er medforfatter og har på fint vis klart å ramme inn Meretes tekster med faktastoff og utfyllende informasjon. Gjennom boken finnes mange illustrasjoner og sitater som underbygger teksten.

Jeg tror absolutt mange kan ha nytte av å lese boken og at den vil kunne hjelpe oss som behandlere å forstå hvordan det oppleves å være pasient og menneske i et slikt forløp. For studenter som skal gå fra teori til praksis, kan boken være en god forberedelse. Boken vil også kunne være til glede for andre som har opplevd noe lignende, eller for familie og venner. Teksten er lettlest og informativ.

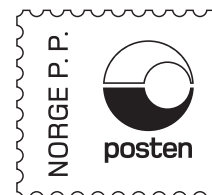


Merete Holmsen.

Det er fint at boken er delt inn i korte avsnitt, noe som gjør den lett tilgjengelig for personer med lesevansker.

Løvetannen på forsiden illustrerer livsviljen – viljen til å lære alt på nytt, til å være sosial og til å være selvhjulpen. Jeg håper jeg kan møte sykdom og utfordringer med samme mot.

Anmeldt av Kari-Anne Rogstad
Logoped for Vikersund Bad Rehabiliteringssenter



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

INNHOOLD

Redaktøren <i>Frøydis Morken</i>	s. 3
Nytt fra styret <i>Gro Nordbø</i>	s. 4
Hvor godt kan CELF-4 og CCC-2 identifisere utviklingsmessige språkforstyrrelser? <i>Eira Troneng Akselberg, Jannicke Karlsen, Stian Valand</i> og <i>Janne von Koss Torkildsen</i>	s. 8
Hva er primær progressiv afasi (PPA) – og hva har det å si for oss logoped? <i>Monica Norvik, Ingvild Winsnes, Peter Bekkhus-Wetterberg</i> og <i>Anne Brækhus</i>	s. 18
STAS for junior, tidlig oppdagelse og tidlig innsats. Artikkel I <i>Jan Erik Klinkenberg, Sigrun Skaar Holme</i> og <i>Elsebet Skaar</i>	s. 26
Norsk logopedlags spørreundersøkelse 2020 <i>Signhild Skogdal, Monica Norvik og Katrine Kvisgaard</i>	s. 38
Referat: NLLs vinterkonferanse 2021 <i>Jannicke Karlsen og Jannicke Vøyne</i>	s. 42
Lesernes side: Erasmusprosjekt <i>Frida Theisens</i>	s. 44
Lesernes side: Logoped – en tittel uten innhold <i>Joanna Lignell</i>	s. 46
Informasjon: ParkinsonNet <i>Kristin Øverland og Katrine Kvisgaard</i>	s. 47
Yrkesetikk: I disse koronatider <i>Torhild Toft</i>	s. 48
Bokanmeldelse: Jørgen Frost: Merk språket – skriv og les, Infovest forlag <i>Turid Helland</i>	s. 50
Bokanmeldelse: Høye topper og dype daler – Livet med sykdom og ervervet hjerneskade <i>Kari-Anne Rogstad</i>	s. 51