

NORSK TIDSSKRIFT FOR

# LOGOPEDI



NR. 2 | JUNI 2020 | ÅRGANG 66

## ARTIKLER OG ANDRE BIDRAG

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

## PRAKTISKE OG TEKNISKE RÅD

- 1) Artikkelen skrives i Word eller Open Office.
- 2) Artikkelen innledes med hovedoverskrift. I tillegg til hovedoverskriften kan det brukes overskrifter på to nivå. Artikkelens 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](mailto:redaktor.ntl@gmail.com). Ett eksemplar av bladet sendes forfatteren(e) etter publisering. Adressen bladet/bladene skal sendes til må derfor oppgis.

## FORSKNINGSARTIKLER

Norsk tidsskrift for logopedi er anerkjent som et vitenskapelig tidsskrift. Dette innebærer at redaksjonen har et system for fagfelleevaluering av forskningsartikler. Vi publiserer forskningsartikler av relevans for det logopediske fagfeltet. Artiklene kan være empiriske artikler, litteraturstudier, teoretiske artikler, metodeartikler eller kassustudier. 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](http://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). Annonsekontakt: [ingvildroste@hotmail.com](mailto:ingvildroste@hotmail.com)



### STYRET I NLL

**Leder** Gro Nordbø  
[nll.norsklogopedlag@gmail.com](mailto:nll.norsklogopedlag@gmail.com)  
Tlf.: 412 15 308

**Nestleder** Eli Tendeland  
[nll.nestleder@gmail.com](mailto:nll.nestleder@gmail.com)

**Kasserer** Inge Andersen  
[kassererNLL@gmail.com](mailto:kassererNLL@gmail.com)  
Tlf.: 977 23 076

**Sekretær** Marianna Juujärvi  
[nll.sekretar@gmail.com](mailto:nll.sekretar@gmail.com)

**Styremedlem** Signhild Skogdal  
[signhild.skogdal@gmail.com](mailto:signhild.skogdal@gmail.com)  
Therese Sandåker Bugaarden  
[heddatherese@hotmail.com](mailto:heddatherese@hotmail.com)

**Nettansvarlig** Irene van Slooten  
[logopedweb@gmail.com](mailto:logopedweb@gmail.com)

**Varamedlem** Karen Greve  
[karenigreve@gmail.com](mailto:karenigreve@gmail.com)

### YRKESETISK RÅD

**Leder** Torild Toft  
[nll.yrkesetisk@gmail.com](mailto:nll.yrkesetisk@gmail.com)  
**Medl.** Helge Andersen  
**Medl.** Ingrid Steineger Dahl  
**Varamedl.** Erik Reichmann

### FAGUTVALGET

**Leder** Monica Norvik  
[monica.norvik@statped.no](mailto:monica.norvik@statped.no)  
**Medl.** Anne-Lise Rygvold  
**Medl.** Stian Barbo Vatland  
**Varamedl.** Linn Stokke Guttormsen

### NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

**Redaktør** Jannicke Karlsen  
[redaktor.ntl@gmail.com](mailto:redaktor.ntl@gmail.com)  
**Redaksjonsmedlem** Ingvild Røste  
**Redaksjonsmedlem** Julie Vildgren  
**Redaksjonsmedlem** Jannicke Vøyne

### SALGSREPRESENTANT

Monica Nakling  
[mnakling@online.no](mailto:mnakling@online.no)  
Tlf.: 55 27 05 10 / 474 48 601

### ARKIVARER

Kristin Ødegaard og Camilla Bome.

### UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

### VALGKOMITÉ

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

### LEDERE I REGIONSLAG

**Bu-Te-Ve** Siri Sandland  
[siri.buteve@gmail.com](mailto:siri.buteve@gmail.com)  
Tlf.: 402 10 505

**Akershus** Brit Hauglund  
[brit.hauglund@online.no](mailto:brit.hauglund@online.no)  
Tlf.: 408 82 802

**Oslo** Ingvild E. Winsnes  
[leder.oslo.logopedlag@gmail.com](mailto:leder.oslo.logopedlag@gmail.com)

### Møre og Romsdal

Bjarte Høydal  
[logopedlaget@gmail.com](mailto:logopedlaget@gmail.com)  
Tlf.: 950 62 464

### Agder

Liv Therese Norberg Haga  
[agderlogopedlag@gmail.com](mailto:agderlogopedlag@gmail.com)

### Hedmark og Oppland

Hege Myhre Johnsrud  
[hege.myhre.johnsrud@lillehammer.kommune.no](mailto:hege.myhre.johnsrud@lillehammer.kommune.no)

### Nordland

Heidi Hansen  
[nordland.logopedlag@gmail.com](mailto:nordland.logopedlag@gmail.com)

### Troms og Finnmark

Berit Småbakk  
[beritsma@online.no](mailto:beritsma@online.no)  
Tlf.: 911 82 401

### Østfold

Veronika Trenum Berg  
[ostfold.logopedlag@gmail.com](mailto:ostfold.logopedlag@gmail.com)

### Rogaland

Sissel Galåen  
[sigala@online.no](mailto:sigala@online.no)  
Tlf.: 911 89 984

### Trøndelag

Hege Beate Bakken  
[hegebb@gmail.com](mailto:hegebb@gmail.com)  
Tlf.: 924 44 085

### Hordaland

#### og Sogn og Fjordane

Kjersti J. Solheim  
[kjersti.solheim@fell.kommune.no](mailto:kjersti.solheim@fell.kommune.no)

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

Redaktør: Jannicke Karlsen – Tlf. 22 85 81 32 / 944 37 191 – [redaktor.ntl@gmail.com](mailto:redaktor.ntl@gmail.com)  
Redaksjonsmedlem: Jannicke Vøyne – Tlf. 995 77 269 – [j-voyne@online.no](mailto:j-voyne@online.no)  
Redaksjonsmedlem: Ingvild Røste – Tlf. 480 57 974 – [ingvildroste@hotmail.com](mailto:ingvildroste@hotmail.com)  
Redaksjonsmedlem: Julie Vildgren – Tlf. 988 12 682 – [julie.vildgren@ude.oslo.kommune.no](mailto:julie.vildgren@ude.oslo.kommune.no)

Norsk Logopedlags web-side: [www.norsklogopedlag.no](http://www.norsklogopedlag.no)  
Nettansvarlig: Irene van Slooten – [logopedweb@gmail.com](mailto:logopedweb@gmail.com)

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

## KJÆRE LESER,

vi er inne i en meget spesiell tid, en tid med utfordringer og bekymringer som er nye, eller annerledes, både for logopeder og våre brukere/klienter/pasienter – samt for de som skal hjelpe oss å navigere i denne uvanlige hverdagen. Like før dette bladet går i trykken ble det kjent at også de eldste skolebarna skal kunne komme tilbake til skolen, om enn med enkelte begrensinger, noe som forhåpentligvis vil gjøre det enklere for oss å nå våre brukere i skolen. Vi håper alle logopeder har funnet en måte å kunne utføre i hvert fall deler av sine oppgaver på, slik at de som trenger oss fortsatt kan få hjelp – og vi som fagpersoner kan fortsette å utøve vårt fag. En gledelig utvikling i alt kaoset er muligheten vi nå har fått til å benytte oss av videokonsultasjoner – dette gir oss mulighet til å nå brukere som ikke kan møte på kontor, eller som vi ikke har mulighet til å besøke på grunn av restriksjoner og smittevern hensyn, og for mange er dette et utmerket substitutt for personlig oppmøte. Det er imidlertid ikke alle dette passer for, og det er dessverre flere av våre brukere som for tiden ikke kan tilbys direkte oppfølging. NLL følger utviklingen nøye, og har sammen med valgkomiteleder Katrine Kvisgaard gjort en fantastisk jobb for at vi logopeder skal få mulighet til å nå flest mulig av våre brukere. Det er også mange logopeder som har delt både materiell, erfaringer og informasjon på våre ulike Facebooksider og -grupper, noe som har vært til stor hjelp – tusen takk til alle logopeder som deler og bidrar til at vi klarer å snu oss rundt i disse noe forvirrende tider! Vi hører også gjerne fra dere her i tidsskriftet, det er alltid interessant å høre praksisfortellinger fra logopeders arbeidshverdag.

Enkelte logopeder vil fortsatt ha mer tid tilgjengelig enn ellers, og da kan vi anbefale å delta på diverse webinarer som tilbys nå, det er mye spennende som legges ut, men det kan være korte frister for påmelding, så det gjelder å følge med. På grunn av usikkerhet rundt muligheter for å gjennomføre kurs fremover vil det for øvrig ikke være en kursoversikt i dette nummeret.

Som kjent blir årets sommerkonferanse og landsmøte utsatt. Normalt velges det både redaktør og redaksjon på landsmøtet, det vil nå bli utsatt til vi igjen har mulighet til å møtes. Dette er allikevel det siste nummeret hvor Jannicke Karlsen formelt er redaktør, og selv om hun for tiden er i permisjon, har hun sørget for at vi denne gangen får et nummer hvor cochlea-implantat (CI) står i fokus. Det er mange faggrupper som engasjerer seg i og jobber med personer med CI, men dette er et relativt nytt fagfelt, og det er fortsatt mye diskusjoner og mye å lære for oss logopeder, og vi er veldig glad for å kunne presentere hele tre artikler om emnet i dette nummeret. I tillegg har vi en artikkel som omhandler en ny nettside hvor apper tiltenkt voksne med afasi blir presentert – den kunne jo ikke kommet på et bedre tidspunkt.

Med dette ønsker vi våre lesere en god sommer, ta godt vare på dere selv, hverandre og brukerne våre – vi håper å sees på en konferanse om ikke alt for lenge!

*Hilsen Jannicke Vøyne*



Jannicke Karlsen



Julie Vildgren



Jannicke Vøyne



Ingvild Røste



Frøydis Morken

Foto: Paul S. Amundsen



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

I forrige nummer av tidsskriftet avsluttet jeg med følgende:

*«Styret i NLL ser fram til en spennende vår hvor kanskje flere spørsmål har funnet sine svar og vi ser fram til å møte gamle og nye regionlagsledere på vårkonferansen som avholdes lørdag 14. mars på Thon Hotel Arena, Lillestrøm.»*

Torsdag 12. mars gikk pandemialarmen for fullt i Norge og resten av Europa. Koronaviruset som leder til sykdommen Covid-19 var helt ute av kontroll og smitten spredde seg på en uforutsigbar måte i alle land og på alle arenaer.

I løpet av noen hektiske timer ble varsellampene omgjort til vedtak om nedstenging av skoler og barnehager fra fredag 13. mars. Det samme gjaldt en rekke foretak og tjenester, deriblant logopediske tjenester. Det var som å skru av en bryter. Det ble innført innstramningstiltak som vi ikke har sett maken til i Norge siden 2. verdenskrig.

Vårkonferansen som skulle avholdes 14. mars ble avlyst i siste sekund. Samtidig måtte styret ta raske beslutninger for kommende arrangementer og resultatet ble, som dere vet, avlysning av sommerkonferansen og landsmøtet 2020.

Det ble hektisk aktivitet for å avklare logopedens plikter og rettigheter. Myndighetene utarbeidet en veileder for smittevern for virksomheter som gir 1-1-behandlinger. Disse var så omfattende at de fleste små foretak ikke kunne innfri kravene til sikker tjeneste.

Både offentlige og privatpraktiserende logopeder måtte stenge ned og avlyse all behandling.

Når en dør lukkes åpnes gjerne en ny og vi så et spennende nybrottsarbeid som kom på banen i en fart, ikke bare for logopeder, men for hele samfunnet. Det ble åpnet for digitalisering på alle plan. Det ble opprettet sikre plattformer som gjorde det mulig for mange å gi gode logoped-behandlinger på sikre digitale plattformer. Dette er et spennende felt som det foreløpig er gitt tidsbegrenset åpning for, men mye tyder på at dette er kommet for å bli. Det åpner nye mulig-

heter for å kunne nå fram til mennesker som trenger logopediske tjenester, for eksempel ved logopedmangel ute i distriktene.

De aller fleste medlemmene i NLL ble på en eller annen måte berørt. Å drive privat logopedpraksis som et enkeltpersonforetak har sine store utfordringer når en slik krise oppstår. Selv om myndighetene har lagt til rette for støtteordninger for bedrifter som ble tvunget til å stenge ned, faller flere utenfor støtteordningene. Styret i NLL har stor forståelse for den påkjenningen det er og har vært for veldig mange. Vi håper likevel det vil komme noe bra ut av denne situasjonen i etterkant, og at både privat og offentlig logopedpraksis vil få enda mer ordnede forhold i tiden som kommer. Det vil blant annet svarene vedrørende autorisasjon og logopedens rolle i kommunene kunne bidra til.

Gjennom arbeidet som er gjort av myndighetene de siste årene i forbindelse med søknad om autorisasjon og utredning av logopedens rolle i kommunene har NLL opparbeidet en faglig og konstruktiv posisjon, samt en kompetanse som etterspørres og lyttes til både i Helfo, Helse- og Folkehelseinstituttet. Det var derfor naturlig at Katrine Kvisgaard, som i en årrekke har representert NLL i disse spørsmålene, ble, i tett samarbeid med undertegnede, vår talsperson inn mot myndighetene og ut til alle medlemmene. All informasjon som kom i tur og orden og som vi purret på og etterspurte, er fortløpende presentert på NLL sin web-side og på Facebook. I ettertid ser jeg at vi også kunne sendt mer informasjon på mail, men jeg håper alle dere som var berørt av stenging og nye retningslinjer fikk god informasjon via blant annet nettsiden.

Styret vil gjerne takke Katrine for den fabelaktige jobben hun har gjort og fremdeles følger opp. Hun har vært på myndighetene som en klegg og er blitt seriøst lyttet til. Flere av hennes råd er også blitt innlemmet i retningslinjene som kom tilbake fra myndighetene. Jeg tenker det var klokt at vi satt inn en kontaktperson som styret, medlemmene og myndighetene kunne forholde seg til.

Som leder av NLL opplevde jeg at det bidro til at vi kom raskt på banen og kunne dele viktig og aktuell informasjon raskt og sømløst.

I kjølvannet av pandemiens innvirkning på logopedens arbeids- og lønnsforhold og med bakgrunn i den situasjonen vi har vært gjennom og fortsatt er i, tenker jeg det også er viktig å minne om at Norsk Logopedlag er en faglig interesseforening/profesjonsforening, vi er ikke en fagforening. Lønnsspørsmål, ansettelsesforhold og så videre er utenfor vårt mandat.

I §1 i vedtektene våre står det at NLL har til formål å:

- A. Samle landets logopeder i én organisasjon.
- B. Samordne og fremme medlemmenes faglige interesser.
- C. Øke kjennskapet til og interessen for logopedi.
- D. Arbeide for en faglig høy standard i utdanningen av logopeder.
- E. Arbeide for utbygging av undervisnings- og behandlingstilbud overfor offentlige myndigheter, organisasjoner, enkeltpersoner og kontaktgrupper (for eksempel brukergrupper og frivillighetsgrupper).

Alle vi som sitter i styret og i utvalg og råd er selv utøvende logopeder både i privat og offentlig virksomhet. Arbeidet i NLL utføres på kveldstid, i helger og på fritida. Vi er

genuint opptatt av at logopedens rolle og kompetanse skal bli sett og komme alle de som trenger oss til gode.

Siden 13. mars har styret hatt to styremøter for å følge opp situasjonen, men all planlagt aktivitet har i stor grad ligget nede. Det har vært vanskelig å planlegge framtidige konferanser og samlinger.

Nå åpnes samfunnet sakte, og sikkert igjen. Styret er innstilt på at å invitere til «utsatt vårkonferanse» i løpet av høsten 2020. Vi håper også at vinterkonferansen kan avholdes som planlagt i mars 2021, og at vi innkaller til landsmøte i forbindelse med denne.

Dette er så langt vi kan se i skrivende stund. Myndighetene kommer tilbake med nye retningslinjer medio juni. Vi vil informere via mail og ber dere fortsatt følge med på web-siden for nye oppdateringer i tiden framover.

Inntil videre oppfordrer vi alle til fortsatt å følge myndighetenes gode råd og smittevernstiltak slik at vi kan bidra til at samfunnet kan fortsette å åpnes litt etter litt!

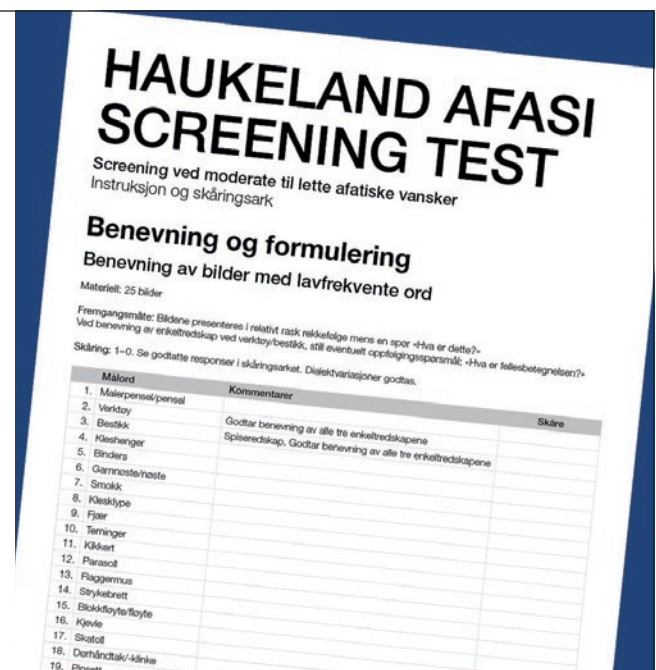
Styret ønsker alle en frisk og annerledes sommer! Hold ut og ta vare på hverandre! Vi ser fram til gjensyn når tiden er der!

*Beste hilsen Gro Nordbø, leder NLL*

Haukeland afasi-screeningstest (HAST) er en mye brukt screeningstest for å avdekke språklige afatiske vansker, og spesielt den delen som omfatter screening av lette til moderate afatiske vansker blir mye brukt i klinisk praksis.

I Norsk Tidsskrift for Logopedi 4/2018 kunne vi lese om arbeidet med å lage arbeidet med å utarbeide veiledende normer slik at screeningstesten kan bli lettere å vurdere [Dalåmo og kolleger, 2018].

Nå foreligger endelig normene og kan lastes ned fra Afasiforbundets nettsider:  
<https://afasi.no/materiell-for-nedlasting/>





**Kari Edna Dickenson** har mastergrad i logopedi fra UiB og rådgivningsvitenskap fra NTNU. Hun jobber i dag som logoped i PP- og Logopedtjenesten i Gjøvik kommune.

kari-edna.dickenson@gjovik.kommune.no



**Elisabeth Hesjedal** er førsteamanuensis og ansatt ved Institutt for pedagogikk, Universitetet i Bergen.

Elisabeth.Hesjedal@uib.no



**Wenche Andersen Helland** er førsteamanuensis i logopedi ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen og forsker i Helse Fonna.

Wenche.Helland@uib.no

## VOKSNE CI-BRUKERES POST-OPERATIVE ERFARINGER

### EN KVALITATIV UNDERSØKELSE AV HVA FIRE VOKSNE CI-BRUKERE ERFARE SOM VIKTIG I TIDEN ETTER LYDPÅSETTING

#### Sammendrag

Formålet med denne kvalitative studien var å undersøke hva voksne som har operert inn cochleaimplantat (CI) erfarer som viktig, og studiens problemstilling var: *Hva erfarer et utvalg voksne CI-brukere som viktig i tiden etter lyd påsetting?* Fire voksne med ervervet alvorlig hørselstap ble intervjuet. Intervjuene ble transkribert og analysert etter induktiv tematisk analyse, hvor fem tema ble trukket frem: *Motivasjon til å lytte aktivt i hverdagen, oppfattelse av nyanser i tale og musikk, tilpasset logopedisk behandling, erfaringsutveksling med andre i samme situasjon, og viktigheten av å være ærlig mot seg selv.* Resultat i denne studien peker på viktigheten av psykososial støtte på lik linje med lyttetrening i tiden etter lyd påsetting.

#### Abstract

The aim of this qualitative study was to investigate what adults who have undergone cochlear implantation (CI) experience as important and the research question was: *What does a group of CI-users experience as important during the time after sound activation?* Individual interviews were carried out with four adults who prior to the implantation had developed severe hearing loss. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using an inductive thematic approach. Five themes were identified: *Motivation to listen actively in everyday life, perception of nuances in speech and music, individualized speech therapy, exchange of experiences with others in the same situation, and being honest with oneself.* The study points to the importance of psychosocial support equally to aural training during the time following sound activation.

I løpet av de siste fire tiårene har det skjedd en revolusjonerende utvikling innenfor hørselstekniske hjelpemidler, og cochleaimplantat (CI) har skapt et paradigmeskifte i behandlingen av døve og sterkt hørselshemmede barn og voksne (Eisen, 2014). CI har også blitt tilgjengelig for døvblitte voksne, det vil si personer som har fått et ervervet alvorlig hørselstap eller døvhet etter de har utviklet et talespråk (Hallberg & Ringdahl, 2004). I Norge utføres CI-operasjoner ved Rikshospitalet i Oslo, St. Olavs hospital i Trondheim og ved Haukeland universitetssykehus i Bergen. I 2016 ble det gjennomført 121 første gangsoperasjoner av voksne i Norge (Direktoratet for e-helse, 2018).

Forskning har vist at CI-brukere kan ha vansker med å oppfatte og nyte musikk, og å oppfatte tale i støyfulle omgivelser og i telefon i tiden etter lyd påsetting (Gfeller, 2008, 2012, 2016; Limb & Roy, 2014; PrevotEAU et al., 2018; Rey et

al., 2016), og negative emosjoner og sosial tilbakeholdenhet kan komme som følger av alvorlige hørselstap (Lormore & Stephens, 1994). Varigheten av hørselstapet og det rammede frekvensområdet kan samtidig påvirke uttalen til den hørselshemmede (Lane et al., 2007). Systematisk lyttetrening og daglig bruk av CI det første året etter lyd påsetting er vist å kunne forbedre taleoppfattelsen (Froemke, Herman-Ackah & Waltzmann, 2014; Fu & Galvin, 2008; Krueger et al., 2008; PrevotEAU et al., 2018), sammen med brukerens indre motivasjon og oppmerksomhet mot lyd kilden (Moore & Shannon, 2009). Forskning på hjernens plastisitet fremmer en mulig forklaring på forbedringen som et resultat av nevroplastiske prosesser i det sentrale hørselssystemet, og en studie viste at tiden etter lyd påsetting fungerer som en justeringsperiode for hjernen, da implantatet i seg selv forblir uendret (Moore & Shannon, 2009).

I henhold til opplæringsloven (1998, § 4 A-2) har voksne som har fått CI rett på rådgivning, samt lytte- og tale-trening. I folketrygdloven § 5-10 (1997) står det at «trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog». Logopedisk behandling kan gi økt kunnskap om egne lytteferdigheter og hvordan hørselstapet påvirker kommunikasjonsferdighetene, samtidig som behandlingen kan øke selvaksept, redusere stress og øke motivasjonen til å forbedre lytteferdighetene (Erdman, 2000). Strukturert gruppeterapi har også vist å kunne redusere voksne CI-brukeres sosiale tilbaketrekning og øke selv-tillit og kommunikasjonsferdigheter (Heydebrand, Mauze, Tye-Murray, Binzer & Skinner, 2005). Ifølge Hallberg og Ringdahl (2004) kan utbyttet av CI ikke bare relateres til en forbedring av hørselsrelaterte variabler som økt taleoppfat-telse og økte kommunikasjonsferdigheter, men også psyko-logiske og eksistensielle aspekter som blant annet å føle seg som et nytt og helt menneske igjen og følelsen av å ha fått et nytt liv. Økt kunnskap om hvordan det er å leve med hørselstap og CI vil trolig kunne være nyttig for andre CI-brukere, deres familie og for helsepersonell som jobber med brukergruppen. Motivasjonen for denne studien var å tilegne seg kunnskap om og undersøke hvordan CI-brukere selv erfarte hverdagen i tiden etter lydpåsetting. På bakgrunn av dette var målet med studien å samle inn data som kunne representere et utvalg CI-brukere sine fortellinger med vekt på hva de erfarte som viktig i tiden etter lyd-påsetting.

### Metode

Studiens hensikt var å undersøke CI-brukernes subjektive erfaringer og derfor ble kvalitativ metode og semistrukturerte intervjuer etter Braun og Clarke (2006, 2013) og Creswell (2013) valgt som metodologisk tilnærming. En fenomenologisk-hermeneutisk-tilnærming ble benyttet, da en kombinasjon av disse tillot studien å være fleksibel og formes av informantenes beskrivelser, samtidig som egen forforståelse blir bevisstgjort og inkludert som en del av forsknings-arbeidet (Creswell, 2013).

### Godkjenning av studien

Studien fulgte de etiske retningslinjene for gjennomføring av forskning satt av Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013), og ble meldt inn til forhåndsgodkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Informert samtykke ble innhentet fra samtlige informanter, og informasjonsskriv med opplysninger om hvilke tema spørsmålene ville dreie seg om og

omtrent hvor lang tid intervjuet ville vare, ble sendt ut på forhånd. For å ivareta informantenes anonymitet ble de gitt fiktive navn og presenteres som Arne, Bjørn, Randi og Svein.

### Rekruttering og informanter

Informasjonsskriv ble sendt ut per post av Haukeland Universitetssykehus til 10 aktuelle deltagere, og Hørsels-hemmedes Landsforbund (HLF) sendte informasjonsskrivet til aktuelle deltagere på e-post og la ut informasjon om studien på sine hjemmesider. De som var interesserte i å delta, kunne så ta direkte kontakt med prosjektleder. Informantene ble valgt på bakgrunn av seleksjonskriteriene, som var at de måtte være over 18 år, ha hatt et progredierende eller plutselig hørselstap, ha operert inn sitt første CI for ca. ett år siden og ha vært i logopedisk behandling etter implantasjonen. I alt fire informanter, derav tre menn og én kvinne mellom 48 og 58 år, deltok i studien. De fire infor-mantene hadde alle hatt en normal talespråkutvikling, vært i full jobb store deler av livet, og brukt høreapparat mellom 20 og 51 år før de fikk CI. Tre av informantene i denne studien bodde sammen med familien sin i tiden etter lyd-påsetting, og én bodde alene.

### Intervjuguide og intervju

Intervjuguiden ble utformet i lys av problemstillingen, og inneholdt fire tema: 1. Bakgrunnsinformasjon om hørsels-tap. 2. Beskrivelse av tiden etter lydpåsetting og forventninger til CI. 3. Logopedisk behandling/lyttetrening. 4. Opplevelsen av den logopediske behandlingen og egne erfaringer. Eksempel på spørsmål kunne være «Hvilke tanker og forventninger hadde du til utbyttet av CI?». I for-kant av intervjuene ble det gjennomført et prøveintervju. Etter dette ble enkelte spørsmål i intervjuguiden omformu-lert eller fjernet, og andre lagt til.

Alle informantene ble intervjuet av førsteforfatter, og i hvert intervju ble det informert om undersøkelsens formål og om at deltakelse var frivillig. Intervjuene hadde en varig-het på 56-117 minutter. Lydopptakene fra intervjuene ble transkribert og skrevet ut på papir for å få bedre oversikt for det videre analysearbeidet (Kvale & Brinkmann, 2015). Når det gjaldt fremgangsmåten for å besvare problem-stillingen i denne studien, valgte vi å følge Braun og Clarkes (2006) modell for induktiv tematisk analyse, som består av seks ulike faser: 1. Bli kjent med datamaterialet ved å lese transkripsjonene nøye gjentatte ganger. 2. Telle fraser (setninger i transkripsjonene som fortalte noe om CI-brukernes erfaringer etter lydpåsetting) med som koder.

3. Sortere kodene og sette dem sammen til potensielle tema. Disse ble fylt inn i en tabell for å lettere kunne systematisere dem og gjøre endringer underveis (se vedlegg 1). 4. Gjennomgå og revidere temaene. I denne fasen ble også aktuelle koder og tema diskutert med andreforfatter. Enkelte koder ble slått sammen og andre fjernet. Dette ble gjort fordi problemstillingen i studiet styrer utkrystalliseringen av kodene ytterligere. 5. Navngi temaene. Her ble det gjort en kort oppsummering av temaets innhold. Dette ble også systematisert i et eget skjema for enklere å kunne holde oversikt (se vedlegg 2). 6. Til slutt ble fem tema utformet som beskrivende for datamaterialet i sin helhet.

### Resultat og tolkninger

Ut av den induktive analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006, 2013), kom det frem fem tema som fanget essensen av de fire intervjuene: *Motivasjon til å lytte aktivt i hverdagen, oppfattelse av nyanser i tale og musikk, tilpasset logopedisk behandling, erfaringsutveksling med andre i samme situasjon*, og betydningen av å *være ærlig mot seg selv*. Sammen fanget de resultatene av intervjuene, og illustrerte hva som har vært viktig for de fire voksne CI-brukerne i tiden etter lyd-påsetting.

Temaet *motivasjon til å lytte aktivt i hverdagen* handlet om at informantene så det som viktig å bruke CI kontinuerlig i tiden etter lyd-påsetting, selv om det var utmattende:

Jeg har i alle fall brukt CI-en hver eneste dag, hele dagen helt siden jeg fikk den, og i de første ukene og månedene så var det plagsomt mye støy. Det blir som et lite kaos i hodet. Alltid bakgrunnsstøy selv når det var stille, men det har gått vekk, men det tok tid. Hvis du ikke står på og bruker det hele tiden så tror jeg kanskje du sliter med den type ting. (Svein)

Motivasjon og oppmerksomhet mot lydkilden ble trukket frem som viktige elementer ved lytting. Hjemmelekser fra logoped, applikasjoner med ulike lyder man skulle gjenkjenne, lydbøker hvor man leste bok til, eller hjelp av familiemedlem til å identifisere lyden, var eksempler informantene i studien nevnte. Felles for disse var blant annet at aktivitetene var preget av umiddelbar tilbakemelding på deres lytteferdigheter. Randi beskrev hvordan lytte-treningen kunne flettes inn i hverdagslige situasjoner:

Å øve på vanlige lyder som man lager i løpet av dagen. Det du kan høre. Der var det en dør som slo igjen og der ringer en dørklokke, en telefon som ringer og

såne ting. (...) Jeg har forklart hjemme at jeg hører at det er en lyd og at den lyden kan minne meg om noe, men hvis jeg hører at det er en telefon som ringer, så er det viktig å få gjort noe ut i fra det. Det er viktig. (Randi)

I temaet *oppfatte nyanser i tale og musikk* viste funnene at det var viktig for informantene å oppnå god tale- og musikk-oppfattelse og oppnå effektiv kommunikasjon i tiden etter lyd-påsetting. Utfordringer med å oppfatte språklyder og prosodi viste seg for eksempel å føre til misforståelser i samtaler med andre. Randi forklarte dette slik:

Det kommer gjennom dialog, jeg tror kanskje jeg har litt problemer med å... jeg hørte ikke hva slags styrke... hva slags stemning, hva slags toneleie ting blir sagt i. De små nyansene liksom, var det grinete eller var det...? (...) Du kan si samme setning flere ganger, med trykket på ulike steder og jeg vil ikke være i stand til å høre forskjell. (Randi)

Samtidig viste funnene i denne studien at vansker med taleoppfattelse også gjaldt egen stemme, da regulering av stemmekraft og pust kunne være en utfordring i tiden etter lyd-påsetting:

Jeg har jo alltid hatt problemer med å finne ut om jeg snakker høyt eller lavt. Jeg kjenner jo at jeg snakker normalt nå, men jeg kjenner også at jeg blir engasjert og så kjenner jeg på pusten da. Så er problemet om jeg skal hviske så vet jeg ikke om jeg får til å hviske da, for da får jeg ingen feedback og så blir det snakking i stedet. (Arne)

Musikkoppfattelse stod frem som svært viktig for to av informantene i studien, og funnene viste at kjent musikk ble oppfattet som en klarere lyd enn ukjent musikk, og mye lytting ble uttrykt som en måte å få bedre musikk-oppfattelse på:

Det blir jo som gamle FM-radioer, at du justerer inn kanalen og så er det på en måte akkurat litt på utsiden, det skurrer litt, ikke sant, men du hører musikken samtidig. (...) Jo mer jeg kjenner igjen musikken, jo mer riktig blir kanalen. (...) Jeg har på musikken litt for å koble ut, men også for å motvirke støyen sånn at når vannkokeren står og suser, blir jeg lei av å høre på den så kunne jeg godt satt på litt musikk da. (Arne)



Det fremstod som viktig å få et godt lydbilde av musikk etter lydpåsetting. Svein beskrev det slik:

Jeg har alltid vært glad i musikk, så jeg var veldig bekymra for det da jeg skulle få CI som noe av det som gjorde at jeg ja, nesten holdt litt igjen. (...) Så gikk det vel 1-2 dager (etter lydpåsetting) og jeg hørte veldig mye på musikk. Jeg tenkte at jeg bare måtte få det til å stemme. Musikken og var veldig rar, men den kom etter hvert. (Svein)

Funnene i temaet *tilpasset logopedisk behandling* peker på viktigheten av at logopedisk behandling tilpasses den enkeltes behov i tiden etter lydpåsetting. Grundig kartlegging, tale-, musikk- og lyttetrening og rådgivning stod fram som viktige element ved behandlingen, samtidig som relasjonen til logopedene viste seg å spille en sentral rolle for det helhetlige utbyttet de fikk:

Hun (logopeden) viste veldig tydelig at hun hadde den kompetansen hun trengte og det var derfor jeg følte at det var veldig trygge rammer og jeg følte meg ivaretatt, jeg følte meg sett, jeg følte jeg ble hørt og jeg følte at undervisningen var veldig positivt lagt opp. (...) At du har en som følger deg opp, som videreutvikler deg, først finner ut hvor du står hen og gir deg impulser, og jeg tror at impulsene er kjempeviktige å ta med seg. (Bjørn)

Oppmuntring, umiddelbar tilbakemelding, faglig kunnskap, bruk av humor, tid til samtale og tilpassede utfordringer, ble trukket frem som viktige elementer for å skape trygge rammer for behandlingen. Funnene viste at en behandlingsform hvor hele mennesket blir tatt i betraktning, var viktig for informantene i denne studien. Randi beskrev det slik:

Hun (logopeden) tilpasset behandlingen når vi fant ut at jeg faktisk hadde de utfordringene som jeg hadde og øvde på disse. (...) Jeg tenker det er veldig viktig å få god kontakt. At du føler at du kan, kanskje ikke stole på, eller kjemi, men at du får en veldig grei tone, at du slipper å tenke at du må prestere. At man kan ha en løs og ledig tone, at vi kunne le litt og kunne si nå hørte du feil igjen! (...) Noen vil kanskje ikke synes at det er greit, men vi fant en grei måte å gjøre det på. (Randi)

Temaet *erfaringsutveksling med andre i samme situasjon* viste at informantene i studien satt igjen med flere spørsmål etter

lydpåsetting. Samtlige av informantene hadde vært yrkesaktive i hørende miljø, og var ikke i kontakt med andre CI-brukere annet enn i Facebook-grupper. Flere savnet å ha et fysisk nettverk med andre CI-brukere som de kunne dele erfaringer med:

Det er spennende å kunne høre om andre som er yrkesaktive og få bekrefta at det ikke bare er jeg som har det sånn, det er viktig da. Mange har jo ulik grad og type utfordringer og sykdomsbildet kan være veldig forskjellig. (...) Det jeg kunne tenkt meg er et nettverk. Kanskje man på sykehuset eller hos logopeden kunne samlet sammen de som hadde blitt operert i en periode, slik at man kunne hatt en felles erfaringsutveksling. (...) Du blir veldig ensom i den behandlingen. (Arne)

Resultatene peker på verdien av å kunne dele erfaringer ansikt til ansikt med andre i samme situasjon, og åpne muligheten for et sosialt felleskap i tiden etter lydpåsetting:

Jeg synes det var nyttig å få snakke med flere som var... jeg fikk et mer nyansert bilde. Noen var kjempefornøyd, mens andre var litt mer sånn jo det var greit det. (...) Jeg prøvde å spørre dem mest mulig om hvordan de oppfattet musikk og hvor lang tid det tok før de begynte å høre og sånn. (Svein)

Resultatene i temaet *være ærlig mot seg selv* peker på viktigheten av å kunne vende blikket innover, og ta vare på seg selv i tiden etter lydpåsetting. Dette kunne være å justere forventninger til hvor fort de skulle få et godt lydbilde, sette grenser for hvilke aktiviteter de skulle delta i, og ha tro på egne lytteferdigheter. Randi beskrev det slik:

Jeg må si til meg selv, du hører faktisk, du må få inn i hodet ditt at du faktisk hører, du gjør faktisk det! (...) Jeg har tatt meg selv i å tippe, det er jo ikke det som er poenget! Skal man få 12 rette eller skal man ikke få 12 rette? Det er hvordan du går fram. Rett og slett. (Randi)

Hvordan informantene i studien så på seg selv som hørselshemmet stod også frem som et viktig tema. Funnene viser individuelle forskjeller og peker på viktigheten av å inkludere CI-brukernes psykososiale helse og rådgivning som en del av rehabiliteringen. Arne beskrev prosessen slik:

Det er liksom noe med det å akseptere og erkjenne selv at du har en hørselshemming og at her er det noe man

skal kunne håndtere. Man har liksom ikke tapt selv om du hører dårlig og det har vært den viktige greia her da. (Arne)

## DRØFTING

### Motivasjon til å lytte aktivt i hverdagen

Taleoppfattelsen hos CI-brukere er ofte svekket i tiden rett etter lydpåsetting, men forbedres vanligvis de første tre til ni månedene dersom implantatet brukes daglig (Krueger et al., 2008; PrevotEAU et al., 2018). En forutsetning for å få CI er, ifølge Den norske legeförening (2012), at man har realistiske forventninger til utbyttet og er motivert for den språk- og lyttetreningen CI krever. Resultatene i denne studien viste at informantene brukte CI hver dag etter lyd-påsetting, men at den første perioden var svært slitsom. De var klar over at de måtte eksponere seg for lyder for å bli vant til dem, men selv i stille omgivelser formidlet CI bakgrunnsstøy. Informanten Svein beskrev lydbildet som kontinuerlig støy som førte til et lite kaos i hodet. Disse funnene kan trolig relateres til det Moore og Shannon (2009) betegner som en justeringsperiode, på grunn av at det nye elektriske lydsignalet er såpass forskjellig fra det normale auditive signalet. For informantene i denne studien forsvant den kontinuerlige bakgrunnsstøyen etter hvert, noe som tyder på at hjernen venner seg til lyden og ikke retter oppmerksomheten mot den lenger. Det er også mulig at det de oppfattet som bakgrunnsstøy den første tiden var informativ lyd som de ennå ikke hadde klart å identifisere. Denne justeringsperioden underbygges av teorier om hjernens plastisitet og nevroplastiske prosesser i det sentrale hørselssystemet (Moore & Shannon, 2009). For å tåle lydkaoset den første tiden etter lyd-påsetting og likevel bruke CI, understreket informantene viktigheten av egen motivasjon og engasjement. Samtidig ble håpet om et bedre lydbilde i fremtiden fremmet som en motivasjonsfaktor. Funnene i denne studien er i samsvar med forskning på feltet som peker på at forbedring avhenger av indre motivasjon og oppmerksomhet mot lydkilden (Moore & Shannon, 2009).

Informantenes motivasjon bidro til at de var utholdende i lyttetreningen, men også kreative med tanke på hva som kunne være en lyttetreningsaktivitet. Hvilke lyttetreningsaktiviteter informantene beskrev varierte ut ifra deres interesser, men trolig også ut fra deres bosituasjon. Tang et al. (2017) viste i en studie at CI-brukere som bodde sammen med andre skåret bedre på en taleoppfatningstest sammenlignet med de som bodde alene, noe som kan tyde på at bosituasjon påvirker utbyttet av CI. Resultatene fra denne

studien peker på at inkludering av familie i lyttetreningsaktiviteter og hjemmelekser fra logopeden er motiverende, og kan fungere som en samlande aktivitet. For informanten Randi var det viktig å kunne spørre familiemedlemmer om hva ulike lyder var og hvor i huset de kom fra, i stedet for at hun måtte gå rundt og eliminere lyd-kilder. Informanten Bjørn ba logopeden om hjemmelekser for å ha noe å trene på, og for å kunne inkludere familien. Funnene peker på viktigheten av logopedens inkludering av og rådgivning til familien, i tråd med Estabrooks, Houston og MacIver-Lux (2014) som understreker at familien spiller en viktig rolle for CI-brukerens aksept og utbytte av CI. Funnene i denne studien taler også for viktigheten av umiddelbar tilbake-melding i læring, som i litteraturen har vist seg å være en motiverende faktor i lyttetrening (Estabrooks et al., 2014).

### Oppfatte nyanser i tale og musikk

Informantene beskrev hvordan forveksling av enkeltlyder kunne føre til misforståelser i samtale med andre. Funnene viste at enkelte språklyder kunne være vanskeligere å oppfatte enn andre, og dermed lette å forveksle. I tillegg viste resultatene at det kunne være utfordrende å regulere sin egen stemmekraft. Redusert auditiv feedback kan påvirke stemme- og uttalekvaliteten og redusere lydkontraster (Tye-Murray, 2009). Dette var en utfordring spesielt for informanten Arne, som beskrev hvordan han måtte bli kjent med sin egen pust for å vite om han snakket høyt eller lavt. Hvisking ble trukket fram som spesielt vanskelig, da all tale ble ustemt og mangelen på auditiv feedback gjorde det utfordrende å regulere stemmestyrken. Vansker med å oppfatte budskap i ytringer samt utfordringer med egen prosodi kan tenkes å føre til gjentatte misforståelser og komplisere kommunikasjon for CI-brukere. I denne studien ble dette uttrykt som en utfordring for enkelte av informantene, men ikke alle. Dette kan mulig relateres til Lane et al. (2007), som hevdet at uttalen påvirkes av varigheten av hørselstapet og av frekvensområdet som er rammet. Et interessant funn er at flere av informantene hadde et ønske om å kunne lytte til og nyte musikk igjen. Dette korresponderer med tidligere forskning som sier at musikk, etter tale, er den viktigste akustiske stimulusen for CI-brukere (Limb & Roy, 2014). Resultatene indikerer at musikkens betydning for informantene før implantasjon henger sammen med motivasjonen til å lytte aktivt til musikk etter lyd-påsetting. I litteraturen beskrives CI som dårlig egnet til å formidle musikklyd, blant annet på grunn av musikkens kompleksitet, og at frekvensområdet CI formidler er tilpasset tale som typisk har et smalere frekvensområde enn musikk (Gfeller, 2016; Limb & Roy, 2014). Til tross for begrensningene viser

resultatene at enkelte av informantene fikk god musikkoppfattelse med CI. Informanten Arne beskrev musikklyden metaforisk som å søke etter kanaler på gamle FM-radioer, hvor ukjent musikk hadde mye skurring, mens kjent musikk ble oppfattet som en klarere lyd. Dette er interessant å se opp mot forskning av Gfeller (2008), som hevdet at kjent musikk og spesielt kjent sangtekst kunne trigge assosiasjoner i hjernen og gjøre det lettere å gjenkjenne sangen. Bruk av kjent musikk og sangtekst i lytte-trening ble også trukket frem som et nyttig verktøy for å forbedre oppfattelse og nytelse av musikk (Gfeller, 2012), og musikktraining i rehabiliteringen har vist å kunne gi bedre musikkoppfattelse og musikkglede hos CI-brukere (PrevotEAU et al., 2018).

Til tross for de positive effektene denne forskningen viser, er ikke musikktraining mye brukt i post-operativ behandling (Limb & Roy, 2014). Med tanke på at musikk, etter tale, er den viktigste akustiske stimulusen for mange CI-brukere (Limb & Roy, 2014), og at det for flere av informantene i denne studien var en viktig del av livet, kan det tenkes å være relevant å benytte seg av mer musikktraining i post-operativ behandling.

### Tilpasset logopedisk behandling

I henhold til opplæringsloven (1998, § 4 A-2) og folketrykkløven § 5-10 (1997) har voksne rett på rådgivning, lytte- og tale-trening, og et interessant funn i denne studien var viktigheten av rådgivningen i logopedisk behandling. Selv om informantene var jevnaldrende, unilaterale CI-brukere, som alle var eller hadde vært yrkesaktive og vært aktive i hørende miljøer, hadde de svært ulike utgangspunkt, behov og forventninger til den logopediske behandlingen. Samtlige hadde blitt kartlagt i starten av behandlingen og hadde gjennomført tilpasset lytte- og tale-trening. For enkelte var dette nok. For andre var det vel så viktig med åpne samtaler hvor de kunne dele av sine erfaringer og få psykososial støtte. Felles for alle informantene var at de verdsatte trygge rammer hvor de kunne senke skuldrene og ikke være redde for å måtte prestere. Sammen med grunnleggende kunnskap om hørsel, språk og tale, trekkes kunnskap om mellommenneskelige ferdigheter fram som en viktig forutsetning for at logopeder skal kunne tilby en holistisk behandling for voksne CI-brukere (ASHA, 2001; Prendergast & Kelley, 2002). Resultatene i denne studien viste at logopedisk behandling som var preget av oppmuntring, bruk av humor og samtaler hvor logopeden og brukeren blir kjent med hverandre, skapte trygge rammer og gjorde at brukeren følte seg ivaretatt, sett og hørt. Funnene taler for

viktigheten av relasjonsbygging i behandlingen, og etablering av likeverdige forhold hvor logopeden viser ekthet og empati (Allgood & Kvalsund, 2005; Kvalsund, 2003).

Viktigheten av samtale og psykososial støtte i tiden etter lydpåsetting er også et interessant funn i denne studien med tanke på at hørselstap kan medføre negative emosjoner og sosial tilbaketrekning (Lormore & Stephens, 1994).

CI-brukeren er ikke nødvendigvis bevisst på hvilken innvirkning hørselstapet har på kommunikasjonsferdigheter og livskvalitet. I likhet med tidligere forskning indikerer resultatene i denne studien at man i logopedisk behandling har mulighet til å se på eventuelle restriksjoner brukeren har gitt seg selv, og tilby verktøy til å gjøre noe med dem (Prendergast & Kelley, 2002; Tye-Murray, 2009). Relasjonen i logopedisk behandling kan, ifølge Erdman (2000), legge til rette for å øke CI-brukerens kunnskap om sine kommunikasjonsferdigheter, øke selvaksept, redusere stress og øke motivasjonen for å trene på lytteferdighetene. Funnene i denne studien belyser viktigheten av at rådgivning inkluderer informasjon om hvordan man bruker tekniske hjelpemidler slik at taleoppfattelsen i ulike omgivelser, inkludert over telefon, kan bli optimal. Dette stiller krav til at logopeden har et godt kunnskapsgrunnlag om brukergruppens utfordringer, muligheter og rettigheter, samt god kunnskap om hørselstap og CI sine tekniske funksjoner. Disse funnene underbygges av Tye-Murray (2009) som hevdet at psykososial støtte i auditiv rehabilitering må tilpasses den enkeltes behov og gi ham eller henne de verktøyene de trenger for å mestre psykologiske og sosiale utfordringer som følger av et hørselstap. Resultatene viste også at bruk av humor, oppmuntring og umiddelbar tilbakemelding har vært viktige elementer i behandlingen for informantene. Estabrooks et al. (2014) hevdet at umiddelbar tilbakemelding er viktig for å holde oppe motivasjonen i lytte-treningen, noe resultatene i denne studien også peker på.

### Erfaringsutveksling med andre i samme situasjon

Resultatene i denne studien peker på at informantene satt igjen med mange spørsmål i tiden etter lydpåsetting. Ulike Facebook-grupper for CI-brukere var noe samtlige kjente til og brukte, men lavterskeltilbud hvor de kunne møte andre med CI og dele erfaringer ble også etterlyst. En av informantene beskrev hvordan han savnet et miljø for andre yrkesaktive CI-brukere, og at han følte seg ensom i behandlingen. Flere av informantene hadde vært på kurs i regi av Hørselshemmedes landsforbund (HLF) eller sykehuset de var tilknyttet. Funnene kan tyde på at dersom man jobber

og/eller kun befinner seg i hørende miljø, vil man trolig ikke møte andre med CI utenom spesielle arrangement. Videre kan det tenkes at antall og type kurstilbud avhenger av hvor i landet man bor. Strukturert gruppeterapi har vist å kunne gi positive effekter, som økt selvtillit og økte kommunikasjonsferdigheter, samt redusert sosial tilbaketrekning (Heydebrand et al., 2005; Tye-Murray, 2009). Det kan tenkes at mer uformelle samlinger hvor CI-brukere kan utveksle erfaringer også kan gi positive effekter, da resultatene indikerer at det oppleves svært meningsfullt å møte andre CI-brukere. Informanten Arne foreslo at dette er noe logoped eller sykehus kan legge til rette for. Det kan være aktuelt å arrangere gruppebaserte behandlingstilbud for denne brukergruppen i tiden både før og etter lydpåsetting.

### Å være ærlig mot seg selv

Hørselstap kan begrense hvor ofte en person oppsøker og deltar på sosiale arrangement (Tye-Murray, 2009), noe som ofte viser seg å forbli uendret etter de har fått CI (Tye-Murray, 1991). Sosiale settinger preget av høy musikk, mange stemmer og støy, ble beskrevet av informantene som vanskelige lytteforhold etter operasjonen. Et interessant funn i denne studien var hvordan implantatet førte til endring i måten informantene tenkte om seg selv som hørselshemmet på, og innvirkningen dette hadde på sosiale aktiviteter. Informanten Arne fortalte hvordan han har måttet jobbe med å akseptere og erkjenne hørselstapet, og at det er viktig at han ikke føler at han har tapt selv om han hører dårlig. Funnene belyser hvordan hørselstapet kan oppleves som en dominerende del av selvbildet. Kommunikasjonstrening i rehabilitering fokuserer ofte på bruk av reparasjonsstrategier heller enn å se på mer kompliserte tema som selvbilde (Heydebrand et al., 2005; Tye-Murray, 1991, 2009). Resultatene i denne studien tyder på at det i logopedisk behandling kan være viktig at CI-brukerens egne tanker om seg selv som hørselshemmet kan komme frem, og hvordan dette har innvirkning på hverdagen deres. Funnene peker på at informantene hadde ulike forventninger til utbyttet og egne lytteferdigheter etter lydpåsetting. Informanten Randi fortalte at hun ved lytteesting kunne gjette for å få flest mulige korrekte svar, noe hun etter hvert innså var lite hensiktsmessig for å få bedre lytteferdigheter. Samtidig måtte hun minne seg selv på at hun nå *kunne* høre lyder hun ikke hadde hørt tidligere, noe som tyder på at hun til tider undervurderte egne lytteferdigheter. Funnene indikerer at bevisstgjøring og refleksjon er viktige faktorer på veien mot økt innsikt i egne lytteferdigheter, ved siden av å være et nyttig verktøy i lyttetrening. Resultatene peker på at selvaksept kan endre negative tanker om hørselshemming og

skape et mulighetsrom basert på egne behov og ikke andres forventninger. Samtidig tyder resultatene på at ærlighet mot seg selv kan bidra til å harmonisere over- eller undervurdering av egne lytteferdigheter, og forme et mer realistisk utgangspunkt for lyttetrening.

### Implikasjoner

Selv om vi i denne artikkelen har avgrenset oss til å fokusere på det fire informanter mente om hva som er viktig i tiden etter lydpåsetting, viser både vår undersøkelse og annen forskning at det er flere momenter som bør vurderes i tiden etter lyspåsetting. Grunnleggende kunnskap om hørselstap, CI, psykososial helse og rådgivning er helt vesentlig for å kunne forstå hvordan man på best mulig måte skal møte, tilrettelegge og forholde seg til brukergruppen i post-operativ behandling. De ulike temaene i denne studien understreker viktigheten av et individuelt tilpasset tilbud hvor hele mennesket blir tatt i betraktning når man som logoped skal kartlegge og tilpasse et behandlingsforløp. Resultatene i de fem temaene illustrerte et utvalg viktige erfaringer fire voksne CI-brukere har hatt i tiden etter lydpåsetting. I denne studien kom det frem at dette behovet kan endre seg underveis, og viktigheten av hvordan en tillitsfull relasjon i behandlingen kan skape et mulighetsrom for utvikling understrekes. Ulik bruk av, og forholdet til musikk har vært et interessant funn i studien, og viser hvordan musikktrening for enkelte har gitt mye glede i hverdagen etter lydpåsetting. I tillegg til behovet for individuell oppfølging og behandling, har studien belyst viktigheten av psykososial støtte og ønske om flere gruppebaserte tilbud, hvor erfaringsutveksling og møte med andre i samme situasjon står i sentrum. Informantenes egen motivasjon og evne til å reflektere rundt egne behov, stod frem som viktige momenter for dem i tiden etter lydpåsetting. Det kan tenkes at logopedisk behandling kan bidra til å hjelpe brukeren til å utvikle verktøy som gjør dem i stand til å mestre utfordringer i framtiden på egenhånd. Dette gjelder både sosiale og hørselsrelaterte problemstillinger. Likevel er det ikke sikkert at det som har fremstått som viktig for de fire informantene, gjelder for andre som er i en lignende livssituasjon. Studien vektlegger kvalitative funn basert på fire informanter som ble intervjuet en enkelt gang hver, og resultatene kan derfor ikke generaliseres. Denne studien løfter likevel frem flere relevante tema for videre forskning og praksis. Det ville være interessant å gjennomføre studien med flere informanter og/eller gjennomføre en større survey. Det ville også være interessant å undersøke CI-feltet med fokus på musikk, lyd kvalitet og musikkopplevelse for CI-brukere.

## Litteraturliste

- Allgood, E., & Kvalsund, R. (2005). *Learning and discovery for professional educators: guides, counselors, teachers. An interactive experiential approach to practice and research*. Trondheim: Tapir Academic Press.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2001). *Knowledge and skills required for the practice of audiologic/aural rehabilitation*. doi:10.1044/policy.KS2001-00216
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3*(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage Publications Ltd.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions* (3.utg.). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Den Norske Legeforening. (2012, 17.mars). Cochleaimplantasjon (CI) hos voksne. Hentet 1.mai 2018 fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-Forening-for-Otorhinolaryngologi-Hode-og-Halskirurgi/Veileder-for-ore-nese-halsfaget/Audiologi/Cochleaimplantasjon-CI-hos-voksne/>
- Direktoratet for e-helse. (2018). Ventetider for Cochleaimplantat, førstegangsoperasjon, voksne. Hentet 12.april 2018 fra <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/ventetider-for-behandling?bid=205>
- Eisen, M. D. (2014). History of the Cochlear Implant. I S.B. Waltzman & J.T. Roland Jr. (Red.), *Cochlear Implants* (s. 1–9). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Erdman, S. A. (2000). Counseling hearing impaired adults. I J.G. Alpinier & P.A. McCarthy (Red.), *Rehabilitative audiology: Children and adults* (s.435-470). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Estabrooks, W., Houston, T., & MacIver-Lux, K. (2014). Therapeutic approaches following cochlear implantation. I S.B. Waltzman & J.T. Roland Jr. (Red.), *Cochlear Implants* (s.182–193). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Folketrygdloven. (1997). Lov om folketrygd.
- Froemke, R.C., Herman-Ackah, S.E., & Waltzmann, S.B. (2014). Auditory Neuroplasticity. I S.B. Waltzman & J.T. Roland Jr. (Red.), *Cochlear Implants* (s.38–46). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Fu, Q. J., & Galvin III, J. J. (2008). Maximizing cochlear implant patients' performance with advanced speech training procedures. *Hearing research, 242*(1–2), 198–208. doi: 10.1016/j.heares.2007.11.010
- Gfeller, K., Oleson, J., Knutson, J. F., Breheny, P., Driscoll, V., & Olszewski, C. (2008). Multivariate predictors of music perception and appraisal by adult cochlear implant users. *Journal of the American Academy of Audiology, 19*(2), 120–134. doi: <https://doi.org/10.3766/jaaa.19.2.3>
- Gfeller, K. (2012). Music perception of cochlear implant recipients and implications for counseling and (re) habilitation. *SIG 6 Perspectives on Hearing and Hearing Disorders: Research and Diagnostics, 16*(2), 64–73. doi: 10.1044/hhd16.2.64
- Gfeller, K. (2016). Music as Communication and Training for Children with Cochlear Implants. I N.M. Young & K.I. Kirk (Red.), *Pediatric Cochlear Implantation: Learning and the Brain* (s.313–326). New York: Springer.
- Hallberg, L. R. M., & Ringdahl, A. (2004). Living with cochlear implants: experiences of 17 adult patients in Sweden. *International journal of audiology, 43*(2), 115–121. doi: 10.1080/14992020400050016
- Heydebrand, G., Mauze, E., Tye-Murray, N., Binzer, S., & Skinner, M. (2005). The efficacy of a structured group therapy intervention in improving communication and coping skills for adult cochlear implant recipients. *International Journal of Audiology, 44*(5), 272–280. doi:10.1080/14992020500060404
- Krueger, B., Joseph, G., Rost, U., Strau-Schier, A., Lenarz, T., & Buechner, A. (2008). Performance groups in adult cochlear implant users: speech perception results from 1984 until today. *Otology & Neurotology, 29*(4), 509–512. doi: 10.1097/MAO.0b013e318171972f
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsinterju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvalsund, R. (2003). *Growth as Self-actualization: A critical approach to the organismic metaphor in Carl Rogers' counseling theory*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Lane, H., Matthies, M. L., Guenther, F. H., Denny, M., Perkell, J. S., Stockmann, E. ... & Zandipour, M. (2007). Effects of short-and long-term changes in auditory feedback on vowel and sibilant contrasts. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 50*(4), 913–927. doi: 10.1044/1092-4388(2007/065)
- Limb, C. J., & Roy, A. T. (2014). Technological, biological, and acoustical constraints to music perception in cochlear implant users. *Hearing research, 308*, 13–26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.heares.2013.04.009>
- Lormore, K. A., & Stephens, S. D. G. (1994). Use of the open-ended questionnaire with patients and their significant others. *British journal of audiology, 28*(2), 81–89. doi: 10.3109/03005369409077918
- Moore, D. R., & Shannon, R. V. (2009). Beyond cochlear implants: awakening the deafened brain. *Nature neuroscience, 12*(6), 686–691. doi: 10.1038/nn.2326
- Opplæringsloven. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa.
- Prendergast, S. G., & Kelley, L. A. (2002). Aural rehab services: Survey reports who offers which ones and how often, and by whom. *The Hearing Journal, 55*(9), 30–34. doi: 10.1097/01.HJ.0000293926.87482.df
- Prevoteau, C., Chen, S. Y., & Lalwani, A. K. (2018). Music enjoyment with cochlear implantation. *Auris Nasus Larynx*. doi: 10.1016/j.anl.2017.11.008
- Rey, P., Cochard, N., Rizzoli, M., Laborde, M. L., Tartayre, M., Mondain, M., & Deguine, O. (2016). Technical aids for speech understanding in cochlear implanted adults using cell-phones. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases, 133*(4), 253–256. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2016.04.005>
- Tang, L., Thompson, C. B., Clark, J. H., Ceh, K. M., Yeagle, J. D., & Francis, H. W. (2017). Rehabilitation and Psychosocial Determinants of Cochlear Implant Outcomes in Older Adults. *Ear and hearing, 38*(6), 663–671. doi: 10.1097/AUD.0000000000000445
- Tye-Murray, N. (1991). Repair strategy usage by hearing-impaired adults and changes following communication therapy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 34*(4), 921–928. doi:10.1044/jshr.3404.921
- Tye-Murray, N. (2009). *Foundations of aural rehabilitation: Children, adults, and their family members* (3.utg.). New York: Delmar, Cengage Learning.

Vedlegg 1  
Kodeskjema 1

POTENSIELLE TEMA	KODER
Være ærlig mot seg selv og andre	Inkludere familie Inkludere venner Støtte fra familie, venner, jobb Skape forståelse rundt seg Bli tatt seriøst Samarbeide med familie Kunne senke skuldrene
Logopedisk behandling	Ha en god og tillitsfull relasjon til logoped Kunne senke skuldrene Ikke føle man må prestere Bli sett som et helt menneske Føle seg ivaretatt Føle seg trygg Logoped har god kunnskap om hørselshemming og utstyret, CI Oppleve mestring, mestringsopplevelse Se på progresjon Tilpasse behandling etter behov Komme fort i gang med lyttetrening Bli fulgt opp Få impulser Positiv undervisning Humor Trene i støy Likeverdige forhold Dialog og samtaler hos logoped Utfordra på å ikke støtte seg for mye på høreapparat Stole på CI og hørsel Utfordra Bli kartlagt Bli kjent med sin egen stemme Kunne gjøre feil Senke skuldrene
Bruk av musikk	Musikk Kjent musikk Forhold til musikk endret seg Musikk og tekst til App med lyder Lydbok med bok til Tåle at musikk ikke høres bra ut i starten Bruke musikk for å dempe annet støy Kunne synge igjen og nyte det

Vedlegg 2  
Kodeskjema 2

TEMA	KODER	SITAT
<b>Erfarings-utveksling med andre i samme situasjon</b>	Positivt å møte andre likesinnede, kunne senke skuldrene	«Jeg var på et kurs nå (CI-kurs i regi av et sykehus) hvor vi var åtte stykker som satt sammen. (...) Det var veldig veldig ok å treffe likesinnede. Det synes jeg, å gå på kurs som dette, at man kan ha skuldrene nede, sitte der og hjelpemidlene er der, alle har forståelse for det.» (Bjørn)
	Få et nyansert bilde av effekten av CI	«Jeg synes det var nyttig å få snakke med flere som var... jeg fikk et mer nyansert bilde. Noen var kjempefornøyd mens andre var litt mer sånn «jo det var greit det». (...) Jeg prøvde å spørre dem mest mulig om hvordan de oppfattet musikk og hvor lang tid det tok før de begynte å høre og sånn. (Svein)
	Kunne spørre andre som er i samme situasjon	«Den som har skoen på, det er den som vet hvordan skoen passer til foten. (...) Det er noe med å faktisk snakke med folk som har CI. Det synes jeg er veldig viktig og lærerikt. Hvis det er en eller annen utfordring, du har det du også? Ja, ok, fint. Da vet du at det ikke er bare du selv som holder på.» (Randi)
	Viktig med erfarings-utveksling, savner et nettverk, ensomt	«Det er spennende å kunne høre om andre som er yrkesaktive og få bekrefte at det ikke bare er jeg som har det sånn, det er viktig da. Mange har jo ulik grad og type utfordringer og sykdomsbildet kan være veldig forskjellig. (...) Det jeg kunne tenkt meg er et nettverk. Kanskje man på sykehuset eller hos logopeden kunne samlet sammen de som hadde blitt operert i en periode, slik at man kunne hatt en felles erfaringsutveksling. (...) Du blir veldig ensom i den behandlingen.» (Arne)



**Arnfinn Muruvik Vonen**

er professor ved Institutt for internasjonale studier og tolkeutdanning ved OsloMet – storbyuniversitetet. Hans forskningsinteresser spenner fra grammatisk analyse til språk- og opplæringspolitikk.

[arnfinn.vonen@oslomet.no](mailto:arnfinn.vonen@oslomet.no)

## KOKLEAIMPLANTAT: DEN VANSKELIGE TVERRFAGLIGE DIALOGEN

*Det er nå en generasjon siden kokleaimplantatene kom til Norge, lansert som en revolusjon på hørselsfeltet. Det ble mye diskusjon om dem da de kom, og først og fremst om hva slags språkopplæring barn med slike implantater burde få. Etter hvert ble diskusjonene færre, men uenighetene består. I denne artikkelen gir jeg et lite overblikk over uenighetene og spekulerer litt på hva som kan gjøres for å komme videre, til beste for de barna det gjelder. Jeg gjør leseren oppmerksom på at jeg selv har vært aktiv i diskusjoner om disse spørsmålene helt siden 1990-tallet, også nylig (Vonen, 2018).*

### En personlig innledning

En vinterdag i 1994 fikk jeg jobb ved det som den gangen het Skådalen kompetansesenter – statlig spesialpedagogisk senter for hørselshemmede og døvblindfødte, i Oslo. Jobben min gikk ut på å være med på å utvikle og gjennomføre et tverrfaglig forskningsprosjekt om tospråklighet (norsk tegnspråk og norsk) og lesing/skriving (norsk) hos døve og hos døvblinde barn. Jeg hadde nettopp levert inn en doktoravhandling i språkvitenskap ved Universitetet i Oslo (senere utgitt som Vonen, 1997), der jeg hadde sammenlignet grammatikken i to veldig ulike talespråk for å se om det ga mening å si at de begge skilte mellom substantiver og verb. Jeg hadde altså erfaring med å se etter likheter mellom språk som tilsynelatende var ekstremt ulike, og utsiktene til å sette meg inn i norsk tegnspråk, tilsynelatende veldig ulikt norsk, var forlokkende. Etter mange år har denne interessen resultert i en bok om språket (Vonen, 2020).

Ikke lenge etter at jeg hadde startet i jobben på Skådalen og begynte å sette meg inn i døves språksituasjon, ble jeg klar over at det relativt nylig var blitt utviklet et hørselsteknisk hjelpemiddel for døve som var mye mer effektivt enn de høreapparatene som hadde vært utviklet tidligere: kokleaimplantatet (CI). Ivrig besøkte jeg Rikshospitalet, som den gangen som nå var det eneste sykehuset som opererte inn CI på små barn, og lot meg fortelle at dette apparatet kunne gi en så god hørsel at mange døve ville få

forutsetninger for å utvikle en mer fullverdig tospråklighet enn før, i og med at de ville kunne mestre muntlig norsk i tillegg til skriftlig norsk og norsk tegnspråk.

Jeg erfarte imidlertid snart også noe annet: Riktignok var norsk tegnspråk blitt utforsket språkvitenskapelig siden begynnelsen av 1980-tallet (Vogt-Svendsen, 1983) og anerkjent av norske myndigheter som et eget språk i 1985 (Kyrkje- og undervisningsdepartementet, 1985). Likevel viste det seg å være en hel del fagfolk i opplæringssystemet og andre offentlige tjenester som ikke var overbevist om at språket hadde det samme potensialet for kommunikasjon og læring som talespråket. For meg var dette overraskende, for det var godt dokumentert i internasjonal faglitteratur allerede den gangen at tospråklig oppvekst var av det gode, og internasjonal tegnspråkforskning hadde for lengst vist at tegnspråkene hadde alt som skulle til for å være fullverdige språk. Kanskje var ikke det faglige ordforrådet (tegnforrådet) i norsk tegnspråk like stort som det i norsk tale- og skriftspråk, men det hadde i så fall sin årsak i hva språket hadde vært brukt til, historisk sett, og ikke i om språket var et auditivt eller visuelt basert språk.

Jeg måtte erkjenne at spesialister fra ulike faglige bakgrunner «leste» situasjonen ulikt. For meg som språkforsker var innfallsvinkelen at norsk tegnspråk var et språk med samme potensial som norsk og alle andre språk i verden som er



førstespråk for en gruppe personer. Andre spesialister hadde en fagbakgrunn som gjorde at de var mer opptatt av hvilken hørselsfunksjon et barn hadde, enn hvilke(t) språk barnet snakket. For å sette dette litt på spissen: Fra mitt språkfaglige ståsted var det gledelig at døve barn ble tilbudt CI som gjorde det lettere for dem å utvikle sin tospråklige kompetanse, men på langt nær så viktig som at de måtte få oppleve et språkmiljø uten sansemessige barrierer. Fra andres ståsted var det gledelig at døve barn ble tilbudt tegnspråk som gjorde det lettere for dem å kommunisere med sine omgivelser, men på langt nær så viktig som at de måtte få oppleve en mest mulig normal hørselsfunksjon.

Jeg lærte rett og slett at fagfolk fra ulike utdanningsbakgrunner så på endringene i fagfeltet med ulike faglige «briller», det vil si ulike oppfatninger av hva som var viktigst. Det alle hadde til felles, var et ønske om at døve barn skulle få en best mulig oppvekst, kommunisere best mulig med sine omgivelser og bli best mulig inkludert i samfunnet. Jeg, og mange med meg, tenkte at best mulig tilgang til språk var veien å gå. Det innebar satsing på begge språkene, både det språket barnet hadde barrierefrie sansemessige tilgang til, og det språket de fleste andre i samfunnet brukte. Andre, og de var også ganske mange, tenkte at best mulig hørsel var veien å gå, og at det viktigste var å fokusere på talespråkutvikling hos barnet, selv om kokleaimplantatet ikke ga en hørsel på lik linje med andre barn.

### Språklig modell og funksjonshemmingsmodell

Hvordan skal vi forstå denne forskjellen? Oppsøker vi faglitteraturen, ser vi fort at det er nokså bred enighet om at det finnes ulike perspektiver eller «modeller» for å forstå hva døvhet er. Et hovedskille ser ut til å gå mellom en kulturell eller *språklig modell* på den ene siden og en *funksjonshemmingsmodell* på den andre (drøftinger av dette kan man finne mange steder, blant annet i Lane, 1992, Branson & Miller, 2002, og Arnesen mfl., 2002). Vonen & Hjulstad (2004, s. 210–211) uttrykker det slik:

Anerkjennelsen av tegnspråk som fullt utviklede menneskelige språk gjør det mulig for samfunnet å

innse at døvesamfunn har en dobbelt sosial status. Fra et språklig perspektiv er et døvesamfunn en språklig minoritet, med sine bidrag til verdens språklige og kulturelle mangfold, med et språk som kan vernes, bevares, undertrykkes eller trues. [...] Men et sannsynligvis mer utbredt perspektiv i hørende majoriteter rundt omkring i verden er funksjonshemmingsperspektivet. Døve er funksjonshemmet på grunn av sin fysiske mangel, og det er samfunnets ansvar å overvinne denne funksjonshemmingen, enten ved å handle overfor individet for å dempe mangelen eller for å trene ham eller henne opp til å overvinne effektene av den, eller ved å tilpasse omgivelsene slik at mangelen i minst mulig grad hindrer individets deltakelse i samfunnslivet. Ifølge det språklige perspektivet er det å være døv en ressurs, som gir individet et språkmiljø å tilhøre. Ifølge funksjonshemmingsperspektivet er døvhet en utfordring, noe som skal overvinnes. Hvis vi ser bort fra det språklige perspektivet på å være døv, slik mange av oss hørende gjør før det har blitt påvist for oss, kan døvesamfunnets tegnspråk fortsatt ha sin verdsatte plass, men aldri som noe mer enn et middel, en mulig løsning på en situasjon som i bunn og grunn er et beklagelig saksforhold. Altså kan tegnspråk sees på som noe i likhet med en rullestol: et effektivt redskap for å vinne tilbake noe av brukerens manglende sosiale fungering, men aldri noe mer enn et kompensierende verktøy. (Min oversettelse.)<sup>1</sup>

Vi har altså et språklig *perspektiv* og et funksjonshemmingsperspektiv. De kan også omtales som henholdsvis et *minoritetsperspektiv* og et *majoritetsperspektiv*. At begge perspektivene kan nyanseres og videreutvikles, er ikke nødvendig for oss å gå videre inn på her.

Er de to perspektivene uforenlige? Nei, det ser de ikke ut til å være. For eksempel har Ohna (2001) og Breivik (2007) analysert norske døves selvforståelse fra hvert sitt faglige ståsted (henholdsvis spesialpedagogikk og sosialantropologi). Interessant nok kommer begge fram til at den enkelte døve i sitt dagligliv finner fram til en slags balanse mellom minoritets- og majoritetsperspektivet – «døv på min måte»,

<sup>1</sup> The recognition of sign languages as fully developed human languages makes it possible for society to realise that Deaf communities have a double social status. From a linguistic perspective, a Deaf community is a linguistic minority, with its contributions to the world's linguistic and cultural diversity, with a language that can be protected, maintained, oppressed or threatened. [...] An arguably more widespread perspective in hearing majorities around the world, however, is the disability perspective. Deaf people are disabled because of their physical impairment, and it is the responsibility of society to overcome this disability, either by acting upon the individual to alleviate the impairment or to train him or her to overcome its effects, or by accommodating the environment so that the impairment to the least possible extent hinders the individual's participation in social life. According to the linguistic perspective, being Deaf is a resource, providing the individual with a language community to belong to. According to the disability perspective, deafness is a challenge, something to be overcome. If we disregard the linguistic perspective on being Deaf, as many of us hearing people do before it has been demonstrated to us, the signed language of the Deaf community may still have its cherished place, but never as anything more than a remedy, a possible solution to a situation that is, at the bottom, a regrettable state of affairs. That is, the signed language may be seen as akin with a wheelchair: an efficient tool for regaining some of the user's impaired social functioning, but never more than a compensating instrument.

som Ohna kaller det. Norges Døveforbund presenterer seg, også i dag, som «en organisasjon for funksjonshemmede, men også en språkorganisasjon» (Kristensen & Noddeland, 2019). Ja takk, begge deler.

Erlenkamp (2009, s. 160) finner en lignende todeling av holdninger til tegnspråk i sin analyse av offentlig tilgjengelige tekster om tegnspråk i Norge. Hun beskriver «en holdning som beveger seg mellom to diskursstrategier: norsk tegnspråk som et norsk minoritetspråk og tegnspråk som erstatning for talespråk for døve». Sistnevnte strategi er ifølge henne avledet fra et *kompeniseringssyn*: «Tegnspråk blir oftest ikke fremstilt som selvstendige språkssystemer, men heller som en språkform som erstatter talespråk for målgruppen.» Strategien med å anse norsk tegnspråk som et selvstendig språk er på sin side avledet fra et *anerkjennelsessyn*. Erlenkamp viser hvordan de to synene begge preger diskurser i offentligheten i Norge – eller i alle fall gjorde det i 2009.

Erlenkamps analyse viser altså at synet på tegnspråk varierer. Med et anerkjennelsessyn er det nærliggende å se på tegnspråk som en nødvendighet for barn med nedsatt hørsel, enten de har CI eller ikke, fordi tegnspråk er et likeverdig språk som i motsetning til talespråk gir barnet full sansemessig språktilgang. Med et kompeniseringssyn er tegnspråk bare en nødløsning man kan ty til hvis tale-språklig kommunikasjon bryter sammen.

### En langvarig uenighet

En lærdom vi kan trekke av de diskusjonene og «ikke-diskusjonene» som kjennetegner de siste 20–30 årene i Norge om språkopplæring for barn med CI, er at det tydeligvis er mulig for ulike syn å leve videre parallelt i lang tid. Det var en ganske heftig mediedebatt om CI i 1998 (se for eksempel Waage, 1998, og Haualand, 1998), men deretter har det vært få åpne konfrontasjoner. Til tross for dette er det ganske åpenbart at det fortsatt ikke hersker noe felles syn. Når uenighetene en sjelden gang har kommet til syne, har de vært ganske skarpe. Her er noen eksempler:

I 2002 kom et interessant spesialnummer av *Døves Tidsskrift* om CI, der motsetningene kom tydelig fram: Borchgrevink (2002, s. 5) skrev blant annet at siden CI «gir noe dårligere og «grovere» signal enn normal hørsel», vil tegnspråk i utgangspunktet være mer effektivt enn talespråk. Imidlertid, skrev han, ville bruk av tegnspråk «lett kunne fortrenge at barnet (hjernen) tar i bruk den dårligere hørselsfunksjonen aktivt nok til å danne gode nettverk i hørselsbarken – om-

trent som at et barn ved skjeling (strabisme) kobler ut det skjelende øye». Han argumenterte altså *mot* bruk av tegnspråk, til tross for at det ville være mer effektivt enn talespråk. På den annen side står det om utbyttet av CI i et leserbrev i samme nummer (Rune, 2002, s. 25): «Kan ikke ekspertene se at en del (de fleste?) av de som har CI vil ha optimal[t] utbytte av både å lære å høre, lære å tale samt lære å bruke tegnspråk?» Vi ser en engstelse på begge sider, men engstelse for ulike konsekvenser: Borchgrevink var engstelig for at tegnspråket ville ta opp plass i den delen av hjernen som vanligvis brukes av hørselen, mens «Rune» var engstelig for at en del barn med CI ville få et for fattig språkmiljø hvis de ble eksponert bare for talespråk. Den ene la hovedvekten på utviklingen av hørsel og talespråk, den andre på utviklingen av språk og kommunikasjon generelt.

Becker og Erlenkamp (2007) skrev en kronikk i Tidsskrift for Den Norske Legeforening der de kritiserte Borchgrevink (2002) og slo fast, med henvisning til Roos (2006), at det ikke finnes noen «forskning som har vist at tegnspråk har negativ effekt på talespråklige ferdigheter hos barn med cochleaimplantat» (Becker & Erlenkamp, 2007, s. 2837). I et tilsvarende til kronikken skrev Siem, Wie og Harris fra Rikshospitalet i uvanlig eksplisitte ordelag at de «anbefaler i utgangspunktet auditiv verbal/oral opplæring» (Siem mfl., 2008, s. 69), det vil si talespråklig opplæring uten tegnspråk, for barn med CI. Ifølge dem er det hos «noen få barn som av forskjellige grunner ikke utvikler talespråk som forventet, samt hos multifunksjonshemmede», at det vil «være aktuelt å anbefale tale med støtte av tegn eller tegnspråk» (Siem mfl., 2008, s. 69). Interessant nok var dette lille innlegget i mange år den eneste offentlig tilgjengelige formuleringen av den rådende språkpolitikken ved landets eneste fagmiljø for implantering av CI hos barn. I en tid da døve barn – med eller uten CI – hadde fått lovfestet rett til tegnspråkopplæring i både barnehage og skole, var dette en politikk mange fant provoserende og uheldig.

CI-teknologien har naturligvis utviklet seg videre siden den først kom på 1980-tallet, inngrepet utføres på yngre barn enn før, og det utføres nå normalt på begge ørene. Like fullt skriver CI-enheten ved Rikshospitalet ennå i dag på sin nettside at «alle med CI vil streve med å oppfatte tale når det er bakgrunnsstøy» (Oslo universitetssykehus, 2020). Med andre ord: CI gir ikke normal hørsel. Noen barn som får CI satt inn tidlig, får en hørsel som er tilnærmet normal, mens andre har lite utbytte av CI, og det er vanskelig å forutsi effekten for det enkelte barn. Kermit (2010) argumenterer for at det i en slik situasjon er etisk mest forsvarlig å

holde seg til et «føre-var-prinsipp», som sier at i en situasjon der man må velge mellom to alternativer som begge innebærer en vitenskapelig usikkerhet, er det riktigst å velge det alternativet som ikke innebærer risiko for negative følger. Den funksjonsovertakelsen i hjernen som Borchgrevink (2002) advarte mot, er det lite snakk om nå – tvert imot tyder nyere forskning på at tegnspråktilegnelse kan virke positivt inn på talespråkutviklingen (se f.eks. Humphries mfl., 2017). Like fullt foregår det, både i Norge og i andre land, mye forskning på talespråkutvikling hos barn med CI uten at tegnspråk blir tatt med i diskusjonen. I en del land kan det nok være vanskelig å finne barn med CI som har fått en tospråklig opplæring med tegnspråk og talespråk, men i Norge, med vår rettighetssituasjon, er det i beste fall en forglemmelse om en forsker ser bort fra rollen tegnspråk kan spille, i undersøkelser av språkutvikling hos barn med CI.

Den 22. september 2014 arrangerte Det norske medisinske Selskab et av sine «aktørseminarer» for medisinhistoriske temaer i Oslo. Temaet denne gangen var «Cochleaimplantasjon (CI): revolusjon og utfordring for døves identitet, kultur og språk». Hensikten med seminaret var å belyse innføringen av denne viktige nye teknologien i norsk medisinsk historie, der en rekke aktører fra de tidlige årene med CI i Norge ble plassert rundt samme bord en hel dag. Arrangørene ble forundret da de under forberedelsene til seminaret forsto at de «hadde banket på en dør til en arena der det mer enn tyve år etter starten fortsatt forelå sterke spenninger av så vel faglig som personlig karakter» (Evensen mfl., 2015, Åpning). For ordens skyld vil jeg nevne at jeg selv var en av deltakerne på seminaret.

Marie Asprusten har i sin masteroppgave i spesialpedagogikk (Asprusten, 2019) foretatt en interessant analyse av dette seminaret, som er transkribert i sin helhet i Evensen mfl. (2015). (Til orientering var jeg biveileder for Asprusten i prosjektet.) Asprusten finner, ikke overraskende, at aktørene ennå i 2014 var uenige om en rekke sentrale forhold knyttet til CI i Norge. Hun identifiserte tre sentrale temaer i samtalene på seminaret: CI, tegnspråk og døvhhet. Innenfor hvert av disse temaene fant hun to atskilte diskurser: Om temaet døvhhet fant hun det før nevnte skillet mellom en funksjonshemmingsdiskurs og en minoritetsdiskurs (som jeg tidligere i denne artikkelen også har kalt en språklig diskurs). Om temaet tegnspråk fant hun Erenkamps (2009) tidligere nevnte skille mellom en kompenserende diskurs og en anerkjennende diskurs. Og om temaet CI fant hun en erstatningsdiskurs og en tilleggs-

diskurs, der man kan si det litt forenklet slik at erstatningsdiskursen framstiller CI som en revolusjon, mens tilleggsdiskursen framstiller CI som et nytt og bedre høreapparat.

Særlig interessant i Asprustens studie er etter mitt syn det hun fant om måten diskusjonene på aktørseminaret foregikk på. Det var ikke slik at representantene for funksjonshemmingsdiskursen argumenterte mot tegnspråk, og det var heller ingen som argumenterte mot CI som sådan. Hun fant at aktører som tilhørte funksjonshemmingsdiskursen, argumenterte *for* CI og talespråkutvikling. De som tilhørte minoritetsdiskursen, argumenterte ikke bare for tegnspråk som likeverdig med talespråk og identifisering med døvemiljøet, de argumenterte også mot å se tegnspråk som en kompenserende reserveløsning og *mot* å se døvhhet som en slags sykdom. Man får dermed inntrykk av at aktører i minoritetsdiskursen i høy grad både argumenterer for sitt eget syn og mot motpartens, mens aktører i funksjonshemmingsdiskursen argumenterer for sitt eget syn, men lar være å engasjere seg i motpartens. Aktører på begge sider unngikk å henvende seg direkte til hverandre. Asprusten avdekker dessuten mistillit begge veier. Hennes analyse viser dermed at vi har å gjøre med et felt der det ikke bare er dype uenigheter, men der det også er et fravær av møte.

### En alvorlig situasjon

Det jeg har gitt en kort beskrivelse av ovenfor, er en alvorlig situasjon for et fagfelt som direkte berører noe av det viktigste i et barns utvikling. La meg til slutt nevne at de siste årene har en rekke internasjonale forskere uttrykt bekymring for at barn som ikke har fått full tilgang til noe språk, risikerer å bli språklig deprivert (se f.eks. Humphreys mfl., 2016). Jeg deler Asprustens (2019, s. 81) understreking av at det må «finnes en tverrfaglig dialog preget av tillit og forståelse», til beste for framtidige generasjoner av døve barn, enten de har fått seg utdelt CI eller annet hørselsteknisk utstyr. Begge parter må vise interesse for hverandres bidrag. Ja takk, begge deler.

## Referanser

- Arnesen, K., Enerstvedt, R. Th., Engen, E., Engen, T., Høie, G. & Vonen, A. M. (2002). *Tospråklighet og lesing/skriving hos døve barn. En kartlegging av døve grunn-skoleelever og deres språksituasjon*. Oslo: Skådalen kompetansesenter.
- Asprusten, M. (2019). *Cochleaimplantede barns språk – et tema med mange stemmer*. Masteroppgave i spesialpedagogikk. Oslo: Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/74174>
- Becker, F. & Erlenkamp, S. (2007). Et språkløst liv med cochleaimplantat? *Tidsskrift for Den norske legeförening* 127.2836–2838. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2007/11/kronikk/et-spraklost-liv-med-cochleaimplantat>
- Borchgrevink, H. M. (2002). Cochleaimplantat – operer tidlig og gi god oral sprogstimulering. *Døves Tidsskrift* 15.4–7. Hentet fra <http://www.ndhs.no/wp-content/uploads/dt/DT2002-15.pdf>
- Branson, J. & Miller, D. (2002). *Damned for their difference: the cultural construction of deaf people as disabled*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Breivik, J. K. (2007). *Døv identitet i endring. Lokale liv – globale bevegelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Erlenkamp, S. (2009). Et synlig språk? Omtalen av norsk tegnspråk i offentlige dokumenter. I Hansen, Aa. L., Garm, N. & Hjelmervik, E. (Red.): *Hørsel, språk og kommunikasjon. En artikkelsamling*, s. 160–168. Trondheim: Møller kompetansesenter.
- Evenesen, S., Natvig, J. B. & Larsen, Ø. (Red.) (2015). Cochleaimplantasjon (CI): revolusjon og utfordring for døves identitet, kultur og språk. *Michael* 1.13–140. Hentet fra <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2015/1-13-139.pdf>
- Haualand, H. (1998). Ørene viktigere enn det mellom? *Dagbladet*. Hentet fra [http://www.acm5.com/vgs/1\\_tegnspraak/materiell/webhefte13/kopioriginaler/haualand.pdf](http://www.acm5.com/vgs/1_tegnspraak/materiell/webhefte13/kopioriginaler/haualand.pdf)
- Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., Rathmann, C. & Smith, S. (2016). Avoiding linguistic neglect of deaf children. *Social Service Review* 90.4.589–619. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/689543>
- Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., Rathmann, C. & Smith, S. (2017). Discourses of prejudice in the professions: the case of sign languages. *Journal of Medical Ethics* 43.648–652. Hentet fra <https://jme.bmj.com/content/medethics/43/9/648.full.pdf>
- Kermit, P. (2010). Choosing for the child with cochlear implants: a note of precaution. *Medicine, Health Care and Philosophy* 13(2).
- Kyrkje- og undervisningsdepartementet. (1985). *Om visse sider ved spesialundervisninga og den pedagogisk-psykologiske tenesta* (St.meld. nr. 61 (1984–1985)). Oslo: Kyrkje- og undervisningsdepartementet. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1984-85&paid=3&wid=d&psid=DIVL1399>
- Kristensen, N. & Noddeland, P. (2019). Forslag til ny, heilskapleg språkløv. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/spraklov/id2664141/?uid=dccb54-7ba7-4871-9796-458cfbd601ff>
- Lane, H. (1992). *The mask of benevolence: disabling the deaf community*. New York, NY: Knopf.
- Ohna, S. E. S. (2001). *Å skape et selv: døves fortellinger om interaksjoner med hørende*. [Oslo:] Unipub.
- Oslo universitetssykehus (2020). *Cochleaimplantat (CI) v/ Øre-nese-hals CI-enhet*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/cochleaimplantat-ci?sted=ore-nese-hals-ci-enhet-pa-rikshospitalet#hvordan-kan-horselen-bli-med-ci>
- Roos, C. (2006). Teckenspråk och pedagogik. I Danielsson, T. (Red.): *Teckenspråk och teckenspråkiga. Kunskaps- och forskningsöversikt*, (SOU 2006:29), s. 135–209. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Hentet fra <https://www.regeringen.se/49b6ab/contentassets/f67e90bf3e3d4fa58dd13abe3fb46e66/teckensprak-och-teckensprakiga-kunskaps-och-forskningsoversikt-sou-200629>
- Rune. (2002). Lett valg? *Døves Tidsskrift* 15.25–26. Hentet fra <http://www.ndhs.no/wp-content/uploads/dt/DT2002-15.pdf>
- Siem, G., Wie, O. B. & Harris, S. (2008). Cochleaimplantat og tegnspråk. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 128.69. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2008/01/brev-til-redaktoren/cochleaimplantat-og-tegnsprak>
- Vogt-Svendsen, M. (1983). *Norske døves tegnspråk – noen pedagogiske og språkvitenskapelige aspekter*. Trondheim: Tapir.
- Vonen, A. M. (1997). *Parts of speech and linguistic typology. Open classes and conversion in Russian and Tokelau*. (Acta Humaniora 22.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Vonen, A. M. (2018). Vi trenger et løft for norsk tegnspråk. *StatpedMagasinet* 1.12. Hentet fra <https://www.statped.no/statpedmagasinet/statpedmagasinet-1-2018/horsel-og-tegnsprak/vi-trenger-et-loft-for-norsk-tegnsprak/>
- Vonen, A. M. (2020). *Norsk tegnspråk – en grunnbok*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Vonen, A. M. & Hjulstad, O. (2004). *Linguistic rights paving the way towards language endangerment? The case of Norwegian Sign Language*. I Argenter, J. A. & Brown, R. M. (Red.): *On the margins of nations: Endangered languages and linguistic rights. Proceedings of the Eighth FEL Conference, Barcelona (Catalonia), Spain. 1-3 October 2004*, s. 209–214. Bath, Storbritannia: The Foundation for Endangered Languages.
- Waage, P. N. (1998). For døve ører? *Dagbladet*. Hentet fra [http://www.acm5.com/vgs/1\\_tegnspraak/materiell/webhefte13/kopioriginaler/waage.pdf](http://www.acm5.com/vgs/1_tegnspraak/materiell/webhefte13/kopioriginaler/waage.pdf)



En veileder for vurdering av flerspråklige barn er en av nyhetene i 4. utgave

## Utredning av barns forståelse og produksjon av språk

The New Reynell Developmental Language Scales – NRDLS

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.

Utviklingen innen dette feltet har vært stor, og dette reflekteres i den 4. utgaven av Reynell som nå har kommet på norsk.

Les mer på [www.hogrefe.no](http://www.hogrefe.no)

 hogrefe



Logoped MNLL **Ingebjørg Skaug** har siden 1997 jobbet med individuell talespråklig habilitering av cochleaimplanterte barn og ungdommer. På oppdrag fra Stiftelsen Cochletten har hun også i over 15 år vært ekstern pedagogisk rådgiver i barnehager og skoler rundt om i Norge. Skaug er forfatter av Norsk språklydlære med øvelser (Skaug, 1996) som har blitt en klassiker blant logopeder i hele landet. Hun er også medforfatter på en fersk forskningsartikkel om kvaliteten på hørselen til norske cochleaimplanterte barn (Rødvik et al., 2019).

## BARN MED COCHLEAIMPLANTATER: HØRSEL, EVNETESTING, PEDAGOGISK TILRETTELING OG SPRÅKTRENING

*Til tross for at de aller fleste døvfødte barn som får cochleaimplantater (CI) tidlig nok er i stand til å utvikle talespråk via hørselen, blir de aldri normalthørende, selv om det kan virke sånn når man snakker med dem. Ny norsk forskning viser at de best talespråklige fungerende cochleaimplanterte barna oppfatter de enkelte språklydene signifikant dårligere enn normalthørende, selv under optimale lytteforhold. Evnetester som er standardiserte for normalthørende, bør derfor kun brukes med stor og klok varsomhet på cochleaimplanterte barn. Valide konklusjoner om kognitive språkvansker kan ikke stilles ut fra skåringen på slike tester dersom man vet at barnet med CI ikke har hatt en helt normal talespråklig oppvekst og ditto stimulering. Barnet må også ha blitt implantert veldig tidlig og hatt optimale lytteforhold hele livet, noe så godt som ingen av dem har opplevd. Helt vanlig bakgrunnsstøy og en viss avstand til lyd-kilden gir alltid mye dårligere hørselsmessig oppfattelse for dem enn for normalthørende. Man må også legge inn en talespråklig forsinkelse tilsvarende den tiden barnet har levd uten hørsel – før de ble implantert. Det er likeledes uforsvarlig å stille en slik diagnose dersom barnet med CI har forholdt seg til tegnspråk i en eller annen form i sin hverdag og/eller har et fremmedspråklig hjemmemiljø. Det er i ovennevnte tilfeller sannsynlig at dårlige skårer rett og slett skyldes at barnet ikke kan ordene og begrepene som brukes under testingen - ennå.*

### AVGRENSNINGER, FORKLARINGER OG DEFINISJONER

Hørsel er en evne som utvikles ved kognitiv bearbeiding av impulser fra hørselsnerven. Det er ved å koble mening til de ulike lydinntrykkene vi bygger opp vårt kognitive forråd av gjenkjennbare lyder og ord. Gjennom denne kognitive aktiviteten lærer vi talespråket. Dersom et menneske som er født med normale forhold i hørselsorganene ikke får høre lyd, vil det ikke utvikle hørsel. Hvis man aldri får høre språklyder i konsistente rekkefølger, koblet mot bestemte meninger, i meningsfulle sammenhenger, vil man ikke lære talespråket. Å lære å kjenne igjen et ord er mye mer kognitivt avansert og krevende enn å kjenne igjen for eksempel lyden av en bil eller vannet som bruser i en foss. Barn som kun oppholder seg i tegnspråklige

omgivelser etter cochleaimplantasjonen og aldri hører talespråket verken hjemme, i sine øvrige daglige omgivelser eller i media, vil ikke utvikle hørsel for talespråket og dermed ikke lære seg det. Det kreves også mye trening og mange gjentakelser for å få opp selve prosesseringshastigheten i talespråksoppfattelsen, slik at man kan klare å følge en normal samtale. Et barn med CI trenger i gjennomsnitt mange flere repetisjoner av språkstimuli enn et normalthørende barn med tilsvarende kognitive språkevner, for å lære det samme.

Cochleaimplantatet har en elektrode (en ledning) operert inn i sneglehuset som overfører strømsignaler til hørselsnerven. Strømmen til elektrodene sendes fra et høreapparat som omgjør lyd til små elektriske signaler programmert etter spesi-

elle algoritmer. Cochleaimplantatet er spesielt og nøye konstruert for oppfattelse av tale. Jeg forutsetter derfor når jeg skriver dette, at foreldre som implanterer sine døve barn gjør dette fordi de ønsker at barna skal lære seg talespråket og derigjennom bli direkte integrert i storsamfunnet (uten tegnspråkstolk). Dette er en invasiv operasjon i små barns hodeskaller, med innlegg av et fremmedlegeme helt inntil en av hjernens viktigste nerver. Man utsetter ikke sitt barn for slikt uten å ha et stort mål som helliger dette drastiske middelet. Man trenger ikke CI for å lære tegnspråk.

Betegnelsen *døv* refererer nedenfor konkret til personer som ikke har hørselsmessig tilgang til språklydene, med det de bruker av hørselstekniske hjelpemidler. De fleste barn som får CI tidlig i livet vil etter denne definisjonen være døve kun når CIene er frakoblet. Med CIene påkoblet, går de under sekkebetegnelsen *hørselshemmet*. Kvaliteten på CI-hørselen varierer fra person til person, men veldig mange av de tidlig implanterte kan defineres som *lett hørselshemmede under optimale lytteforhold*.

Med *tidlig implanterte* mener jeg døvfødte som har blitt implantert før 2 års alder, eller døvblitte som har blitt implantert så raskt som medisinsk mulig etter at de har mistet den hørselen de hadde. Jeg konsentrerer meg i denne artikkelen om de cochleaimplanterte barna som utover sin hørselsmessige begrensning ikke har noen andre vesentlige mentale eller fysiske utfordringer. Det er ellers slik at hørselshemming er en vanlig følgetilstand til mange syndromer og andre funksjonsnedsettelse.

Det er viktig i denne sammenhengen å vite at cochleaimplantasjon av døvfødte ikke er noe som kan vente til barna blir myndige og kan bestemme selv om de vil implanteres. Et menneske som aldri har hørt noe vil ikke utvikle hørsel dersom det blir implantert som 18-åring. Utviklingen av hørsel er avhengig av at hjernen er svært plastisk, slik den er i de aller første småbarnsårene. Forskning har vist at tidligst mulig implantasjon av døvfødte gir den beste hørselsmessige utviklingen. Man har funnet ut at hjernen har sin mest optimale sensitive periode for utvikling av talespråk før 3 1/2 års alder. Det er mulig for døvfødte å få en viss utnyttelse av et CI opp til 7 års alder, men senere implantasjon enn dette vil gjøre det veldig vanskelig å utnytte den lydmessige stimulansen et CI kan gi i talespråklig tilegnelse via hørselen (Kral & Sharma, 2012; Sharma, Dorman, & Spahr, 2002a, 2002b; Sharma, Spahr, Dorman, & Todd, 2002c).

### Som skispor i nysnø

Alt jeg skriver i denne artikkelen dreier seg i bunn og grunn om *synapsedannelse*, da det i all læring oppstår nye forbindelser mellom nerveceller i hjernen. Jeg liker å bruke en lignelse på denne prosessen som treffer bra blant nordmenn:

Å danne synapser er som å trække opp skispor i nysnø. Dette er ofte et anstrengende og tidkrevende arbeid. Men jo flere ganger vi går i det samme skisporet, jo raskere og lettere kommer vi fram til målet. Til slutt blir løypa til is, og vi sklir som på skøyter (=automatisering og internalisering). Som småbarn trækker vi på måfå rundt og utforsker landskapet, men etter hvert utvikler vi en preferanse for de løypene som fører fram til de destinasjonene som vi har funnet mest formålstjenlig å nå. Sporene som vi ikke lenger bruker, blåser igjen i snøføyke. Men så lenge vi lever og lærer, går vi på en evig skitur i kjent og ukjent terreng. Forskjellen mellom folk ligger i kvaliteten på snøen vi er tildelt. Hos noen er det virkelig klabbeføre, og skisportråkkingen er et frustrerende og vanvittig ork, mens andre er født med perfekt blåføre på godt underlag. Sistnevnte trenger kanskje bare 60 runder i skiløypa for å lære noe, og førstnevnte trenger 1000. Det er bare å gå i gang å telle ned: 999-998-997 osv. De fleste av oss kan til slutt klare å nå fram til rasteplassen under snøskavlen i sørhellinga og nyte appelsiner og Kvikk Lunsj! Foreldre og lærere under vurderer ofte til å begynne med hvor utrolig mange repetisjoner noen barn trenger.

### COCHLEAIMPLANTASJON AV DØVE BARN I NORGE

I Norge er det foreldrene som har den lovmessige retten til å avgjøre hvorvidt deres eget døvfødte barn skal få hørsel gjennom CI. Hvert år implanteres mellom 30 og 40 babyer og småbarn her i landet, alle på Oslo universitetssykehus Rikshospitalet. De aller fleste av disse barna, trolig ca 90 % (NICE, 2019) har foreldre som hører og er talespråklige. Disse foreldrene ønsker, naturlig nok, å inkludere og integrere sine barn i sin egen språklige kultur. De lar derfor barna cochleaimplanteres dersom det er medisinsk mulig.

Døve foreldre som ikke selv er cochleaimplanterte, avslår ofte tilbudet om å få CI til sine døve babyer. Dette til tross for enstemmig anbefaling fra leger og andre fagfolk. De begrunner dette med at døvhet ikke er en sykdom, og at operasjon derfor ikke er nødvendig. Dette virker som regel sjokkerende på normalthørende mennesker, som opplever dette som et brudd på barnets rett til best mulig helse- og habiliteringshjelp. Men det faktum at det store flertallet av de som tidligere ville hatt et helt livsløp som døve, nå

cochleaimplanteres, fører til en drastisk reduksjon av døve som minoritetsgruppe. Dette får store kulturelle og sosiale konsekvenser for døvesamfunnet, og innebærer spesielt en trussel mot døves eget språk: norsk tegnspråk. Norsk tegnspråk er nå definert som minoritetsspråk i Norge, med de rettighetene det innebærer til offentlig beskyttelse og støtte. Jeg har selv blitt møtt med kommentaren: «CI har ødelagt alt!» fra en av de døve foreldrene som kontant har avslått CI til sin egen døvfødte baby.

Det hender at to døve foreldre får normalthørende barn. Disse barna blir med største selvfølgelighet plassert i normalbarnehage, lærer talespråket der og snakker tegnspråk hjemme. Forskjellen på denne situasjonen og det at døvfødte barn av døve foreldre implanteres tidlig er liten, når det er lagt godt til rette for talespråklig habilitering i barnehagen og skolen.

### Opplæringspråk og manglende statlige midler til habilitering

I Norge kan hørselshemmede barns foreldre velge om barnet skal ha norsk tegnspråk som opplæringspråk i barnehage og skole etter § 2.6 i opplæringsloven, eller om de skal bli opplært etter § 5.1 i samme lov på linje med andre barn i normalskolen som trenger «tilpasset opplæring». Førstnevnte paragraf utløser store *statlige* midler til blant annet tegnspråktolk og til sammen 40 ukers gratis tegnspråkkurs for foreldrene, med betalt fri fra jobb. Opplæring etter § 5.1, derimot, utløser ingen statlige midler til tilpasset språktrening i barnets lokale pedagogiske talespråklige setting. Barnet med CI som opplæres etter § 5.1 er henvist til å kjempe om de ressursene som skolen kan stille i henhold til kommunens lokale økonomi, og i forhold til hvor mange andre barn som også trenger ekstra hjelp som skal finansieres over det samme skolebudsjettet. Den omtalte forskningen nedenfor viser at barna med CI i praksis på langt nær sikres likeverdige og tilstrekkelig talespråktrening med denne finansieringsordningen. I mange andre land, blant annet Storbritannia og Tyskland, er det vanlig at habiliteringsmidlene følger barnet inn i den opplæringsinstitusjonen som foreldrene velger.

Det er vanskelig å forstå logikken i at norske cochleaimplanterte barn skal diskrimineres i henhold til språkvalg i tildeling av statlige midler til språkopplæring. Det ville koste staten svært mye mindre å finansiere et akseptabelt talespråklig tilbud for de fleste av barna lokalt, enn hva det tegnspråklige tilbudet slik det foreligger i dag koster. Det er også vanskelig å forstå grunnen til at staten, som dekker de

store kostnadene til cochleaimplantasjon og finansierer vår medisinske ekspertise i verdens førstedivisjon, ikke bevilger statlige tilskudd for å sikre maksimal utnyttelse av implantatene etter operasjonen, i barnets daglige pedagogiske miljø. Tegnspråk, som er lydløst, er per definisjon ikke et habiliteringstilbud etter en hørselsimplantasjon. Hørselsimplantater krever opptrening av *hørselsfunksjonen*, slik hofteimplantater krever opptrening av hoftefunksjon.

En som har engasjert seg sterkt i cochleaimplanterte barns talespråklige opplæring og protestert mot at foreldrene økonomisk og på andre måter påvirkes til å skrive under på at de ønsker tegnspråk til sine barn, er Thorbjørn Johan Sander, som selv ble døv da han var 9 år gammel. Han skrev i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2008: «Barn med cochleaimplantat må sikres fullverdig opplæring i norsk. Det statlige støtteapparatet er i dag først og fremst innrettet mot å oppfylle døves rett til opplæring i tegnspråk. Dette medfører at barn med cochleaimplantat ikke kan velge kommunikasjonsform fritt.». Sander skriver videre: «Det er [i tegnspråkmiljøet] blitt en kamp om å styre foreldrene inn på «riktig» vei, og det aller meste har blitt lagt til rette for at foreldrene skal velge den tegnspråklige veien» (Sander, 2008, s. 943). Ingenting har forandret seg i det norske lovverket på dette området siden Sander skrev dette i 2008. Det som har forandret seg er at barna nå blir implantert mye tidligere, og dermed har mye større talespråklig potensial.

### Ingen talespråklig barnehage og grunnskole for hørselshemmede

De fleste foreldrene til cochleaimplanterte barn rundt omkring i vårt grisgrendte land sender barna sine til lokalskolen. I Oslo er det mulig å sende hørselshemmede barn til både barnehage (Voldsløkka), grunnskole (Vetland) og videregående skole (Nydalen) der barna får undervisning på norsk tegnspråk. Det finnes ingen spesialbarnehage og spesialgrunnskole for hørselshemmede i Norge som underviser kun på talespråk med tilhørende førsteklases hørselsteknisk og pedagogisk tilrettelegging. Foreldre, som av en eller annen grunn ønsker tettere oppfølging for sine hørselshemmede barn enn de kan få i den lokale barnehagen eller grunnskolen, og samtidig vil at barnet skal ha norsk som undervisningsspråk og lære dette best mulig, har altså ingen spesialskoletilbud. Dette er spesielt uheldig for hørselshemmede barn i Oslo med foreldre som har annet morsmål enn norsk. Disse foreldrene kan selv ikke norsk godt nok til å være gode språkmodeller hjemme, og på skolen er undervisningen på tegnspråk. Disse barna får



følgelig minimalt med norsk talespråkstrening.

På videregående nivå finnes det kun én talespråklig skole for hørselshemmede i Norge; Briskeby videregående skole i Lier.

### Tospråklighet

På den ene siden står døvesamfunnet med sitt ønske om å bevare sin kultur og sitt språk, hvilket er avhengig av at nye generasjoner hørselshemmede lærer norsk tegnspråk og holder det levende. På den andre siden står de normalt-hørende foreldrene til barn med CI som ikke nødvendigvis anser det som *sitt* ansvar å føre døvekulturen og døves eget språk videre. Noen foreldre ønsker bestemt at barna deres skal lære både talespråket og norsk tegnspråk parallelt. Mitt inntrykk er at flertallet som nå skriver under på § 2.6 i opplæringsloven ser på tegnspråk som et reservespråk som de vil at barna skal ha å falle tilbake på i tilfelle teknikken skulle svikte, eller bruke når CI-en ikke er på. Deres mål er at barna skal lære talespråket og lære det best mulig.

Det er viktig å vite i denne sammenheng at norsk tegnspråk ikke kan snakkes samtidig med norsk talespråk, da ord- og setningsoppbygningen er veldig ulik. Norsk tegnspråk har heller ingen grammatiske bøyningssendelser som kan sammenlignes med talespråket. Hvis man skulle akkompagnere norsk tegnspråk med norsk talespråk, ville man måtte produsere setninger som kan komme ut omtrent slik: «I går gikk mange vei her nedover gå», når man egentlig mener å si: «I går gikk flere gutter nedover denne veien.» (Dette er ment som en illustrasjon på forskjellen mellom språkene, ikke som en transkripsjon av korrekt tegnspråk). Dersom man skal lære både norsk tegnspråk og norsk talespråk, må man derfor nødvendigvis lære begge på ulike tidspunkter, og tiden man bruker på å lære det ene språket blir følgelig tid som blir tatt fra å lære det andre.

Opplæring i både norsk tegnspråk og talespråket kalles *bimodal tospråklighet*. Man defineres som *tospråklig* når man lærer to språk samtidig fra starten av, i motsetning til hvis man lærer ett språk først, og så et annet på et senere tidspunkt. De som går i denne typen tospråklig pedagogisk setting har alle norsk tegnspråk som sitt førstespråk. Etter det jeg forstår, ligger det ikke noe krav vedrørende hvor kompetent man skal bli i hvert av språkene underforstått i begrepet *tospråklighet*. Sander sier i ovennevnte artikkel: «Når tegnspråket skal være både førstespråk og under-

visningsspråk, blir det helt dominerende ... [..] Etter mine observasjoner blir tegnspråket da så dominerende at barna aldri blir trygge på det norske språket og derfor blir avhengig av hørendes hjelp og tolkning hele livet igjennom» (Sander, 2008, s. 943). Min egen erfaring med flere elever fra tospråklige settinger i min privatpraksis stemmer overens med Sanders. Spesielt går dette ut over barna med utenlandske foreldre som heller ikke blir stimulert med korrekt norsk hjemme. De får ikke adekvat norsk talespråkstrening noe sted. Mange av de øvrige elevene lærer talespråket utenom skolens regi, noen veldig bra, mens andre sliter, spesielt med å formulere seg skriftlig.

### Har barnet nok hørsel til å satse på talespråket?

Dersom målet til foreldrene er at barnet skal bli best mulig i talespråket, og de på alle måter går fullt inn for det, er dette etter min erfaring fullt mulig å oppnå for de aller fleste ellers normalt fungerende tidlig implanterte barn med helt gjennomsnittlig god CI-hørsel. Dette er et valg foreldrene må ta selv og stå for selv. Min erfaring er at man rett og slett ikke trenger så finkornet hørsel som normal hørsel gir, for å tilegne seg talespråket, når man får riktig og nok hjelp, og når tilretteleggelsen i alle miljøer barnet oppholder seg i er tilfredsstillende. Spesielt er det gunstig for talespråklæringen at CI gir mye tilgang til lyd i diskantområdet, der alle ustemte konsonantlyder sitter. Det finnes naturligvis alltid unntak, og det er viktig å understreke at for de barna som av en eller annen grunn ikke får tilfredsstillende utbytte av et CI er det helt essensielt at de og familien må få full tilgang til god opplæring i norsk tegnspråk. Mennesker må ha språk å uttrykke seg på.

### Min tommelfingerregel

En erfaren taletrener kan tidlig avgjøre med stor sikkerhet om det cochleaimplanterte barnet har fått godt nok hørselspotensial til å tilegne seg talespråket via hørselen. Min tommelfingerregel er at dersom barnet, etter ett år med hørselserfaring i normale tospråklige omgivelser, kan diskriminere alle vokallyder, og dersom det i tillegg viser tydelig reaksjon på konsonantlydene [s], [ʃ] («skj-lyd») og [m]<sup>1</sup> (ved for eksempel å snu hodet etter lyden som man sier uten at de ser det), er det tilrådelig å satse fullt på talespråkstilleggelse. Det forutsetter at foreldrene ønsker dette og alle legger opp til dette rundt barnet. Det er vokalene som er basis for talespråket. Konsonantene kan betraktes som anheng til disse. Hver konsonantlyd påvirker den nærliggende vokallyden med en såkalt *formantaubøyning* som

<sup>1</sup> Internasjonal lydskrift, IPA, er brukt i all transkripsjon.

barna også må trene seg i å lytte til. For de korte plosivene (for eksempel [p] og [b]) er det ofte mer informasjon å hente om konsonantlyden i formantavbøyningen enn i selve konsonantlyden alene.

En erfaren taletrener vil også se etter andre tegn på kognitive evner og læringsstil etter hvert som hun blir kjent med barnet, og så tilpasse behandlingsopplegget etter observasjonene. Det er viktig å se barnets samlede ressurser, tilbøyeligheter og interesser under ett når man vurderer evnenivået, tilpasser opplegg og planlegger progresjon i stimuleringen.

### Forutsetning for talespråklig trening

Språkevner varierer ekstremt mye og det er i tillegg mange personlighetsmessige, intellektuelle, psykologiske og sosiale faktorer som spiller inn i tilegnelsen av talespråket. Hvis man samler alle evnefaktorer som er viktige; for eksempel hørselsevne, generell intelligens, evnen til statistisk læring (se nedenfor), arbeidsminnekapasitet og fonetiske/fonologiske evner under sekkebetegnelser *samlede språkevner*, kan man sette opp en enkel formel:

$$\textit{samlede språkevner} \times \textit{talespråklig arbeid} = \textit{talespråklig kompetanse}$$

Med *talespråklig arbeid* menes all formell og uformell trening og stimulus i talespråket i en talespråklig kontekst.

Av formelen følger at dersom den ene av de to faktorene i multiplikasjonen er svak, for eksempel *de samlede språkevnene*, må det *talespråklige arbeidet* økes for å oppnå god *talespråklig kompetanse*. Tilsvarende vil gode *samlede språkevner* gi mindre behov for *språklig arbeid* for å oppnå den samme *språkkompetansen*. De som tilhører sistnevnte gruppe vil også ha betydelig mer kapasitet til overs til å lære andre språk parallelt. Man sikrer alles talespråklige kompetanse best ved å maksimere talespråksarbeidet.

Etter alle disse årene jeg har fulgt språkutviklingen til både normalthørende og hørselshemmede barn, slår det meg, at det for de aller fleste, med dagens avanserte hørselstekniske hjelpemidler, ikke er hørselen som er den største begrensede faktoren i et barns samlede språkevner. Man skal bare ha *nok* hørsel. Hva som er *nok* varierer, men det er en opplagt fordel å ha hørsel i hele talespekteret, slik som man får med et cochleaimplantat. Det er selvsagt også tilfelle at jo bedre man hører, jo lettere er det å lære talespråket, men helt normalthørende barn jeg har fått henvist har hatt mye

større problemer med å oppfatte, tolke og klassifisere språklyder og andre språkfenomener enn det gjengse barnet med CI. Det er ingenting som tilsier at et barn med svake språkevner, men tilfredsstillende hørsel, må velge norsk tegnspråk som sitt språk. Vi ville aldri funnet på å anbefale normalthørende med tilsvarende språkproblemer å gå over til å bruke norsk tegnspråk. Sistnevnte ville for de aller fleste virke helt absurd. Det er ingen grunn til at man skal tenke annerledes om et cochleaimplantert barn som også har nok hørsel, for problemet ligger da ikke i selve hørselen.

Det er essensielt at det cochleaimplanterte barnet opplever at det er nødvendig å lære talespråket for at det skal føle behov for å ta det til seg. Talespråkutviklingen avhenger følgelig av *hvem* barnet leker med. Dersom de foretrukne vennene kommuniserer på talespråk, vil barn med nok hørsel tilegne seg talespråket. Dersom vennene kun er tegnspråklige, vil barnet lære tegnspråk. Dersom alle voksne rundt barnet da også stiller med tegnbruk hele dagen og foreldrene gjør det samme hjemme, er incitamentet til å lære talespråket samlet sett veldig lite. Disse barna vil få verdifull input av den talen de eventuelt hører, men det er ikke i denne talen de nødvendigvis søker mening. Mennesker er sosiale vesener først og fremst, og barn etteraper sine omgivelser. Barn sosialiseres inn i det omgivelsene legger opp til.

Det er mulig å plukke enkelttegn fra norsk tegnspråk og bruke disse simultant med talespråket. Dette kalles «tegn til tale» eller «tegn som støtte» til tale. Jeg har ofte hørt folk som bruker *tegn som støtte* til vanlig tale i sin kommunikasjon med hørselshemmede barn insistere overfor barna at de også skal «bruke stemme». Det var veldig vanlig å høre de første årene etter at de første barna ble cochleaimplantert. Dette er et svært ullent uttrykk. For det å «bruke stemme» gir riktignok god stemmetrening, men har ikke nødvendigvis noe med å lære talespråket å gjøre. Dersom man ytrer en del lyder sammen med tegnbruk, snakker man ikke dermed norsk. Tegn som støtte til tale vil heller ikke gi noen informasjon om grammatiske endelser og småord. Barna mates gjennom dette med et slags nøkkelord-språk. De trenger å lære å bli oppmerksom på de små lydige detaljene i talespråket, og forstå at disse er av største viktighet for å formidle mening. I tillegg er det av stor viktighet å tilegne seg sin egen generasjons slang og blikkmønstre, tonefall og kroppsspråk. Denne prosessen kommer ikke særlig langt dersom kravet kun er å «bruke stemmen». Det er derfor uforståelig for meg hvordan

foreldre og pedagoger kan referere til barnets stemmebruk som et bevis på at barnet lærer talespråket parallelt med tegnene. Noen bruker tegn som støtte til talespråket i en overgangsfase til å lære talespråket, nærmest som en videreføring av de naturlige gestene som småbarn bruker. Dersom dette gjøres i en talespråklig setting der alt er innstilt på at det er talespråket som gjelder, spiller det liten rolle for den talespråklige utviklingen. Det er derimot et mye bedre alternativ i de fleste tilfeller å heller bruke et enklere talespråk og demonstrasjon i forklaringer. Denne forklaringen representerer nemlig i seg selv også god talepråklig stimulus, som barnet i motsatt fall ville gått glipp av med tegnbruk.

### INTERESSANT NYERE NORSK OG UTENLANDSK FORSKNING

Som nevnt tidligere, vil flertallet av tidlig cochleaimplanterte barn med god tilrettelegging og hjelp etter hvert snakke helt normalt, og det vil som regel ikke være mulig for fremmede å merke noe som skulle tilsi at de ikke er normalthørende. Dette gjelder spesielt hvis spolen og prosessoren (to av de ytre delene av implantatet) er usynlige innenfor masse hår. Omgivelsene blir altså, naturlig nok, «lurt» til å tro at disse barna hører mye bedre enn de gjør. Arne Kirkhorn Rødvik og kollegaer har undersøkt språklyddoppfattelsen til norske talespråklig godtfungerende cochleaimplanterte barn på språklydnivå (Rødvik et al., 2019). Gruppen informanter i forskningsprosjektet hadde en gjennomsnittsalder på 11,6 år (5,9-16,0), og samtlige av dem hadde 100 % korrekt norsk uttale i sin spontantale. Barna ble testet med muntlig repetisjon av nonsens-stavelser av typen: vokal-konsonant-vokal (for eksempel [a:ka]). Vokalene [a], [i] og [u] («o-lyd») ble brukt i nonsens-stavelser. I tillegg ble vokalene sjekket med nonsens-stavelser av typen: [b-vokal-b] (for eksempel [ba:b], [bi:b], [by:b]). I gjennomsnitt oppfattet de cochleaimplanterte barna 70 % av konsonantlydene og 85 % av vokallydene korrekt. Til sammenligning skåret kontrollgruppen med normalthørende 6-åringer, som også selv hadde korrekt spontanuttale, 87 % riktig på konsonantlydene og 94 % riktig på vokallydene. De normalthørende 6-åringene hadde kun noen få forvekslinger av [y] og [i], og noen av dem hadde ennå ikke helt klart etablert [ŋ] («ng-lyd») som eget fonem, og gjenga denne som [m] eller [n]. De cochleaimplanterte barna viste en tendens til å gjenta de stemte plosivene [b, d, g] som sine motsvarende ustemte versjoner [p, t, k], mens de sistnevnte ustemte plosivene aldri ble gjentatt som de stemte førstnevnte. De hadde også vanskeligheter med å skille nasalene, [m], [n] og [ŋ]. Dette viser at cochleaimplanterte har

problemer med å oppfatte bassdelen av lydspekteret, der stemtheten i språklydene sitter. Gjennomsnittsskåren på vanlige enstavelsesord for barna med CI var derimot hele 86,9 %. De oppfattet altså virkelige småord nesten 17 prosentpoeng bedre enn konsonantene i nonsensordene. Dette viser at den reelle hørselsevnen for enkeltspråklydene ikke blir eksponert i tester som bruker vanlige, kjente småord dersom barna har tilstrekkelig ordforråd og gode gjettevner. Dette er uheldig, da denne informasjonen er svært viktig for de som programmerer lyden i implantatene og for taletrenerne som planlegger lyttetrening. De må vite hva som lydmessig trenger å justeres og hva som bør være fokus i lyttetreningen.

Christiane Lingås Haukedal og kollegaer har i sin undersøkelse av helserelatert livskvalitet til en gruppe på 84 norske cochleaimplanterte normalt fungerende barn i alderen 5;6 år til 13;1 år, funnet ut at bedre talespråklig kompetanse og høyere alder ga bedre egenrapportert livskvalitet (Haukedal, Lyxell, & Wie, 2020; Haukedal, Torkildsen, Lyxell, & Wie, 2018). Hele 75 % av barna med CI hadde en livskvalitet på nivå med de normalthørendes. De som bare brukte talespråk uten tegnstøtte skåret også bedre på livskvalitet enn de som hadde tegnbruk i tillegg. Bedre talespråklig kompetanse ga barna bedre evne til å klare å henge med både sosialt og i undervisning. Foreldrenes største bekymring var dårlig tilpasning i skolesituasjonen, og at barna derfor ikke klarte å henge med faglig og sosialt. Et positivt og viktig funn i forskningen til Haukedal og kollegaer er at de cochleaimplanterte barna skåret like høyt på emosjonell livskvalitet som normalthørende på samme alder. Emosjonell livskvalitet er sterkt korrelert med psykiske lidelser. Dette står i motsetning til tidligere forskning, som har vist at mentale helseproblemer har vært assosiert med hørselstap (Dammeyer, 2010; Fellingner, Holzinger, Sattel, & Laucht, 2008; Theunissen et al., 2014).

Haukedal og kollegaer rapporterer også andre forskeres funn om høyere risiko for psykiske helseproblemer for barn som går i døveskoler enn for de som går i normalskolen (Huber et al., 2015; Schertz, Karni-Visel, Tamir, Genizi, & Roth, 2016; Theunissen et al., 2014; van Eldik, 2005). En studie av Keilmann, Limberger, og Mann (2007) fant at hørselshemmede elever i spesialskoler var mer engstelige, hadde mindre tro på seg selv, og var mindre selvhevdende enn de med samme sansetap som gikk i normalskolen. Forskjellen mellom disse to gruppene ble mindre jo eldre barna ble.

Haukedal og kollegaer konkluderer med at forskjellen mellom cochleaimplanterte og normalthørende barns livskvalitet var liten, og at flertallet av barna med CI hadde livskvalitet på nivå med normalthørende barn. De påpeker at det må jobbes mer systematisk og tettere med talespråklig trening etter implantasjonen og oppover gjennom hele skoleløpet for å sikre at de cochleaimplanterte barna kan henge med i undervisningen på linje med de normalthørende klassekameratene. De poengterer også at det må legges bedre til rette på skolen for at barna skal slippe å bli utsatt for bakgrunnsstøy, hvilket gjør det betraktelig mye vanskeligere for dem å oppfatte talespråket, og svekker deres mulighet til å henge med både sosialt og faglig.

Janne von Koss Torkildsen og kollegaer har funnet at norske barn med CI som får toppskåre på språkoppfattelsestester under optimale lytteforhold likevel har spesielle utfordringer med å oppfatte tale i bakgrunnsstøy (Torkildsen, Hitchens, Myhrum, & Wie, 2019), målt med Hearing in Noise Test (HiNT; Myhrum & Moen, 2008; Myhrum, Tvette, Heldahl, Moen, & Soli, 2016). De implanterte barna som hadde best talespråklig kompetanse, klarte bedre å oppfatte tale i støy enn de som hadde dårligere talespråk. Torkildsen og kollegaer konkluderer følgelig med å anbefale mer og bedre språktrening, slik at cochleaimplanterte barns evne til å klare seg språklig i vanlig klasseromsstøy kan bedres.

Ona Bø Wie og kollegaer har undersøkt hvordan språkutviklingen har vært de første seks årene etter implantasjonen for en gruppe på 19 norske barn som ble implantert mellom 5 og 18 måneder gamle (Wie, Torkildsen, Schaubert, Busch, & Litovsky, 2020). De fant at barna hadde tatt igjen jevnaldrende normalthørende barns språklige forsprang ved 4 års alder, men etter 4 års alder ble ordforrådet og ekspressiv grammatikk dårligere for de cochleaimplanterte barna sammenlignet med de normalthørende. Dette understreker at man ikke må slappe av med støttende språktiltak, og at barna gjennom hele skoleløpet vil trenge hjelp til å utvide sitt ordforråd i samme takt som normalthørende barn. Normalthørende barn utvider gjerne sitt ordforråd ved å overhøre andres tale, også i bakgrunnsstøy. Det sistnevnte er ikke mulig for cochleaimplanterte i for eksempel vanlig klasseromsstøy. De er derfor avhengig av systematisk hjelp til å utvide ordforrådet sitt. Med bakgrunnsstøy er det også vanskelig for barn med CI å høre de trykksvake grammatiske markørene, som endelsen -er i substantiv flertall eller verb i presens.

### Statistisk læring

I 1996 kom det ut en forskningsrapport av Jenny Saffran som viste at normalt fungerende spedbarn lærer språk ved systematisk statistisk databehandling (Saffran, Aslin, & Newport, 1996). Dette fenomenet har vært gjenstand for intens forskning siden, blant andre av Janne von Koss Torkildsen som tidligere har publisert en artikkel om dette i Norsk tidsskrift for logopedi 4/2012 (Torkildsen, 2012). Ved å legge merke til hvor ofte enkeltlydene forekommer, og hvilke lyder de som regel forekommer sammen med, i det språket barnet hører rundt seg, samler det statistisk informasjon, og bruker disse dataene til å tolke og systematisere. Derigjennom bygger barnet seg opp et inventar av språklyder og sannsynlige morfemer som det er viktig å mestre. Barna klarer faktisk å sortere lyder i korrekte fonemer, om språket er uttalt med lys damestemme eller dyp basstemme eller om stemmen er hes, trist eller glad. Dette funnet har resultert i utvikling av språkstimuleringsprogram for de barna som ikke får til denne strømlinjeformede avanserte kognitive databehandlingen og analysen av språket på egen hånd. Treningen går ut på å drive varierende repeterende drill-øvelser på standardstrukturer og språklige fenomen som til sammen dekker alle aspekter ved språket som skal læres. På denne måten hjelpes barnet til å trekke ut statistiske mønstre og se sammenhenger og strukturer, og samtidig internalisere dem.

### Speil-nevroner (Mirror neurons)

En teori om at såkalte speil-nevroner spiller en viktig rolle i barns språklydutvikling har blitt fremmet av flere språkforskere. Man vet at speil-nevroner er viktige for primaters imitasjonsevne. Det er bevist at når aper observerer et annet individ utføre en handling, vil området i dens egen hjerne som er aktivt når de selv utfører den samme handlingen aktiveres. Og jo mer erfaring apen har med å utføre den samme handlingen selv, jo sterkere blir den nevrologiske aktiviteten i disse hjerneområdene ved observasjon av andre som utfører handlingen. Visse nerveceller speiler altså denne observerte handlingen i apenes egen hjerne. Det er imidlertid vanskelig å bevise at dette forholdet gjelder også i forbindelse med menneskers oppfattelse av språklyder og språk. Det er jo ikke etisk forsvarlig å føre elektroder inn i utvalgte nerveceller i et menneskes hjerne (slik man gjør på aper) for å finne bevis for påstanden. Men de som forfekter denne teorien mener at alle språklydlige enheter som barnet hører vil gå gjennom et artikulatorisk filter, og at de enhetene som finner resonans i barnets eget artikulasjonsrepertoar vil bli oppfattet som spesielt fremtredende. Eller for å si det enkelt: Vi mennesker oppfatter

med hørselen bedre de språklydlige enhetene som vi har i vårt eget produksjonsrepertoar. Eller for å si det enda enklere: vi hører bedre det vi selv kan si.

Hvis teorien stemmer, er det et viktig funn som innebærer at man vinner mye hørselsmessig på å lære seg å uttale ord og uttrykk riktig. Det er hevet over enhver tvil at ettersom lydproduserende bevegelser blir repetert og repetert, vil det bli dannet et sterkt bånd mellom taktilt og kinestetisk inntrykk og det hørselsmessige inntrykket som barnet mottar fra sin egen lydproduksjon (Vihman, 2014).

### **Betydningen av disse forskningsresultatene for habiliteringen**

Rødвик og kolleger brukte nonsens-stavelser i sin testing for å måle faktisk hørselsevne, med minst mulig påvirkning fra andre kognitive prosesser, som generell intelligens/gjetteevne og referanse til eget ordforråd. Årsaken til dette valget av testtype er at barns daglige utfordring ligger nettopp i å forholde seg til nonsens-stavelser, da et nytt ord som skal læres alltid oppfattes som en rekke tilfeldige stavelser til å begynne med, før de kobles sammen med en mening og internaliseres som en enhet i barnets ordforråd. Det er følgelig i ordlæringsprosessen viktig å kunne tolke språklydene i hver stavelse korrekt, slik at ordet øves inn riktig og lagres riktig i hjernens leksikon. Som vi ser av resultatene vil cochleaimplanterte barn trenge mer hjelp enn normalthørende barn i denne tolkningsprosessen. Det er derfor viktig å ta seg tid til å vise barna tydelig hvilke lyder som er involvert i de nye ordene de forsøker å tilegne seg. Barn vil vanligvis gjenta ordet og se spørrende på deg for å få bekreftelse på om de har oppfattet lydene riktig og i riktig rekkefølge. Det er veldig viktig at alle rundt barnet sørger for at det blir gitt tid til denne hjelpeprosessen i barnets hverdag, og at man sørger for at barna får nok repetisjoner til å internalisere nye ord korrekt. De fleste normalthørende barn plukker opp mange nye ord, og ikke minst hører de dem flere ganger enn barna med CI når de overhører samtaler mellom mennesker på gata eller på bussen, eller plukker opp informasjon fra radioen eller TVen som står på i bakgrunnen. Dette gjør ikke barna med CI i noen tilsvarende grad og må kompensere for dette med annen mer direkte innlæring.

Min egen erfaring understøtter utvilsomt Vihmans (2014) påstand om at vi hører bedre det vi selv kan uttale. Først når et barn har lært seg å selv uttale en språklyd, en stavelse, et ord, en setning eller et uttrykk, opplever det plutselig å stadig høre dette ordet i sine normale om-

givelser, selv om disse ytringene har blitt sagt akkurat like mye rundt barnet tidligere. Før oppfattet barnet dette som uinteressant bakgrunnsbabbel, og ga det ingen oppmerksomhet. Det vil si at det hjelper på hørselen å pugge et ord/et uttrykk/en setning helt til det er internalisert. Det er i tillegg mye mer slitsomt å avlære et ord som er innlært feil enn å lære det riktig med en gang.

Haukedal og kollegers forskning viser at det ikke er så stor grunn til å bekymre seg vedrørende livskvaliteten til tidlig cochleaimplanterte barn som er integrert i vanlig barne-skole. Både Haukedal og kolleger (2018, 2020), Wie og kolleger (2020) og Torkildsen og kolleger (2019) understreker at det er nødvendig å få på plass systematisk språktrening av cochleaimplanterte barn i hele barndommen og ungdomstiden. De understreker også at det er svært viktig for cochleaimplanterte å få best mulig tilgang til klarest mulig talelyd gjennom sin skoledag og bli mest mulig skånet for forstyrrende bakgrunnsstøy. Dette skal jeg omtale mer under avsnittet med anbefalinger nedenfor.

Min erfaring er at mange skoler tror de kan slutte med å gi ekstra språkhjelp til barna med CI når de har nådd et visst språknivå, sannsynligvis fordi det da virker som om de klarer seg selv. Men ovennevnte forskning viser her entydig at barna vil trenge ekstra hjelp for å henge med gjennom hele skoleløpet. Den største utfordringen i lengden er etter min erfaring å holde tritt med de normalthørende klassekameratene i ordforrådsøkning og begrepslæring. Mange må også ha spesiell hjelp til å få det skriftlige språket på plass. Det skorter ofte mye på grammatikk og småord. Vi må rett og slett gi barna den håndsrekningen de trenger for å komplettere sin statistiske læring i henhold til Saffrans og andres forskningsfunn.

Alle de norske forskerne peker entydig på at det ikke gjøres en god nok innsats med kontinuerlig og vedvarende tale-språklig hjelp for cochleaimplanterte barn i norske barnehager og skoler. Noen er så heldige å bo i nærheten av en privatpraktiserende logoped eller audiopedagog som kan hjelpe dem med ukentlige timer dekket av HELFO. Noen mottar timer i Auditiv-verbal tilnærming (AVT; Estabrooks, MacIver-Lux, & Rhoades, 2016) i de første årene etter implantasjonen. AVT gir en veldig bra start, men som ovenstående viser, er det ikke nok, og det sørger ikke for likeverdig hjelp til alle. Barna trenger hjelp i hele skoleløpet, og foreldre bør få slippe utmattende kamper med skoleledelsen for å få tildelt nok ressurser til sitt barn i konkurranse med andre foreldre som da får mindre til sine. Ikke

alle foreldre er i stand til å føre denne kampen, spesielt ikke hvis det skorter på norskkompetansen. Det er ofte sistnevntes barn som trenger mest talespråklig hjelp. Statlige habiliteringsmidler til de lokale pedagogiske institusjonene som barna er i, øremerket til å lønne kvalifisert fulltids assistent og 2-4 enetimer med en spesialpedagog per uke gjennom hele barnehagen og grunnskolen, ville med største sannsynlighet hjulpet svært mye for å rette opp dette. En slik habiliteringspakke burde vært en selvfølge etter en cochleaimplantasjon

### **Evnetester som er normert for normalthørende.**

Evnetester som Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), er laget for og normert for normalthørende barn, som forstår instruksene de blir gitt og har normal språkprosesserings-hastighet. De har internalisert syntaksen, semantikken og grammatikken i de setningene som presenteres. Et barn som ikke er i denne kategorien språkbrukere, vil ikke bli testet i sine egentlige kognitive språkevner, men utsatt for noe som er umulig for selv den skarpeste å klare fordi de ikke har språkkunnskaper som gjør dem i stand til å forstå oppgavene. Det er altså umulig å stille noen valid og faglig holdbar diagnose om kognitive språkvansker for ovennevnte kategori barn med slike tester. Man kan bare konkludere med at det er mange ord og begreper barnet ikke kan. Dette er helt riktig konklusjon, fordi barnet har ikke lært språket som brukes i testen – ennå. Jeg har selv opplevd at tidlige diagnoser om alvorlige kognitive språkvansker har blitt stilt grundig til skamme når talespråket senere har kommet på plass. Stiftelsen Cochletten har fulgt mange barn med CI, med dagsobservasjoner hvert semester gjennom en årrekke. Flere av dem kunne ikke si et eneste talespråklig ord i første klasse, men snakket normalt ved utgangen av ungdomsskolen.

### **TIPS FOR TILRETTELEGGING I BARNEHAGE OG SKOLE**

#### **Klarest mulig lyd direkte inn i cochleaimplantatet**

Det sier seg selv at barn med CI ikke klarer å lære norsk talespråk skikkelig dersom ikke talen de får høre er tydelig. Med kun vanlig høyttalerforsterkning i klasserommet, høres talen i beste fall ullen ut i et normalt klasserom for cochleaimplanterte barn. Veldig mye av det som sies over vanlige høyttalere vil barnet ikke oppfatte fordi naboeleven sitter og klirrer med blyantene samtidig, fordi en annen naboelev tar opp en plastpose, krøller et papir eller åpner glidelåsen i pennalet sitt, eller noen generelt småmumler. Det er veldig sjelden helt stille i et klasserom. I barnehagen er det tilsvarende helt nødvendig at barnet får klar lyd i alle

samlingsstunder og ellers, når beskjeder og instruksjoner skal gis. Det er derfor avgjørende at barnet med CI får digital lydoverføring inn i implantatene direkte fra lærer- og elevmikrofoner. Og mikrofonene må brukes disiplinert av alle. Det er lærerens ansvar å passe på at dette gjøres i alle timer. Det er ulike løsninger for dette, og teknologien blir stadig bedre.

Direktelyd til CIene i klasserommet kan kombineres med vanlig høyttalerforsterkning, et såkalt «lydutjevningsanlegg». Sistnevnte er veldig bra for de andre, normalt hørende elevene i klassen, som gjennom denne forsterkingen kan få tilbakemelding på om de snakker korrekt i elevmikrofonene. Det er generelt veldig positivt, disiplinerende og samlende med høyttaleranlegg i klasserom når det brukes riktig og konsekvent. Utenfor barnehagen eller klasserommet og i samlinger i aulaen, gymsalen eller tilsvarende skal et bærbart system brukes, også av den som gir informasjon til elevene eller den som underholder barna. Smartboard og andre lydilder kan også kobles direkte til implantatene. Det er påfallende for lærerne hvor mye mer våken og oppmerksomt barnet med CI er i undervisningen når det får lyd overført direkte inn i implantatene og ikke via rommet. Læreren lærer fort å lese ansiktsuttrykket til barnet og ser om det er «på» og kan følge med. Det er hjelpemiddelsentralens oppgave å få på plass det hørselstekniske utstyret og drive teknisk vedlikehold. Lærere og assistenter må læres opp i å bruke det og gjøre enkel feilsjekking.

#### **Oppmerksomhetsradius**

Hørseloppmerksomhetsradiusen til et barn med CI er veldig begrenset i normale barnehage- og skoleomgivelser der flere mennesker oppholder seg sammen. Sier du noe til barnet utenfor en avstand på ca. 1,5 meter i et klasserom, er det sannsynlig at det ikke vil bli oppfattet, hvis ikke det tilfeldigvis er helt stille i rommet akkurat da. Begynner noen å hviske ved siden av barnet under den siste delen av din ytring, vil barnet bare oppfatte første delen av det du har sagt, og være overlatt til å gjette seg til resten av meningen. Dette understreker ytterligere hvor viktig det er at barnet får overført lyd direkte inn i sine CIer i barnehagen og i klasserommet, og at de som skal si noe som det er meningen at alle skal få med seg bruker mikrofonen som er koblet mot implantatet. Dersom man blir nødt til å gi barnet en beskjed uten å ha mikrofon, må man gå helt inntil det, sørge for øyekontakt og så snakke.

Det er verdt å merke seg at det heller ikke hjelper å heve stemmen og snakke kjempehøyt til cochleaimplanterte, fordi lydinntrykk over et visst lydnivå ikke formidles tilsvarende høyere av prosessoren, da de implanterte er beskyttet mot å få for stor strømstyrke inn i sneglehuset.

### **Ikke spør om barnet hørte det som ble sagt!**

Det hørselshemmede barnet vet aldri selv hva det går glipp av av lydlig informasjon. Læreren må derfor aldri spørre barnet: «Hørte du det?» eller «Fikk du med deg det?» Barnet vil alltid svare ja, fordi det hørte det det hørte og vet ikke hva mer det eventuelt skulle ha hørt. Still heller kontrollspørsmål! Det tar mange år før barnet selv forstår at det ikke hører like godt som andre. Det er viktig å bruke visuelle knagger som barnet kan forholde seg til i undervisningen og i organiseringen av skoledagen. Læreren må huske å alltid gjøre ansiktet sitt synlig for barnet med CI når hun snakker til klassen, for å gi mulighet til munnnavlesning i tillegg.

### **Ikke gruppearbeid med mer enn én annen.**

Når to eller flere personer snakker i munnen på hverandre, oppfattes dette av cochleaimplanterte som støy, fordi de ikke klarer å skille ut og tolke hver enkelt tale på samme måte som normalthørende gjør. Elever med CI bør derfor aldri være med på gruppearbeid med mer enn én annen elev. Man ser ofte ellers at de andre på gruppa snakker i munnen på hverandre og den implanterte faller ut av samtalen. I barnehagen bør barnet med CI tilsvarende få lekestunder sammen med kun ett annet barn i et lydskjermet rom.

### **Digitale kommunikasjons hjelpemidler**

Når dette skrives under koronavirus-våren 2020, med arbeidsdagen bestående av en rekke videotelefon-logoped-timer, har det slått meg hvor mye mer likestilt cochleaimplanterte og normalthørende har blitt i møte med moderne kommunikasjonsteknologi. Moderne CI-prosessorer kan strøme lyden direkte fra nettbrett, og det virker rett og slett som at barna hører like bra som om de satt på kontoret mitt uten bakgrunnsstøy og snakket. Jeg, derimot, hører selvsagt dårligere gjennom en video-telefon enn i virkeligheten på grunn av den mindre frekvensbåndbredden som disse apparatene har.

### **Læringsstil**

Det individuelle cochleaimplanterte barnets lærestil har veldig mye å si for løpet i talespråklæringen. Det er ofte de som er litt introverte med mye grublerier på sammen-

henger, funksjon og logikk i det de observerer, og som kanskje er litt perfektjonistiske i tillegg (de vil forstå ting grundig først), som kan bli «late bloomers». Noen kan være litt makelige i tillegg. Dette blir ofte misoppfattet og problematisert. Det er i tillegg, etter min erfaring, ganske vanlig at logikkorienterte barn ikke alltid gidder å øve. For dem er det interessante å forstå prinsippene bak språklige fenomener, ikke øvingen som er nødvendig for å internalisere de samme språklige prinsippene. Andre, mer gjennomsnittlig begavede barn, øver mens prinsippene langsommere går opp for dem underveis. Det er derfor viktig å gi barna tid og ha is i magen, mens man bare fortsetter med godt språklig stimuleringsarbeid.

### **Samtalen som læringsform**

Jeg vil til slutt slå et slag for *samtalen* som metodisk valg i språktreningen, både i barnehagen, hjemme og i skolen. I et rom som er akustisk godt egnet bør det settes av tid fordelt utover barnets timeplan til samtale mellom barnet og en voksen som har god personlig relasjon til barnet og som er en god språkmodell med samme dialekt som barnet skal lære. Den voksne kan med fordel innlede samtalen med spørsmålet: «Hva skjer?» og vente på at barnet begynner å fortelle om noe som det er opptatt av. Så snakker begge sammen om dette temaet. Den voksne kan gjerne flette inn noe som passer inn fra sin egen erfaring og kunnskap om verden i tilpasset språk. Hun hjelper barnet med å sette riktige norske ord på det barnet vil formidle eller er opptatt av. Det kan ofte være sosiale relasjoner og konflikter, som det er veldig fint å få satt ord på og bearbeidet på denne måten. Bruk gjerne fotoillustrasjoner fra for eksempel et nettbrett til å forklare nye ord og uttrykk. Den voksne fletter inn faguttrykk og nye begrep som skal læres i disse timene. Temaer som barnehagegruppa eller klassen skal gå i gang med, gjennomgås i slike timer på forhånd for å forberede barnet og lære det noen sentrale ord og begreper om temaet, slik at det klarer å følge bedre med i klasserommet. I etterkant av behandlet tema, oppsummeres det som er lært i tilpasset språk.

For skolebarn kan samtalen med fordel kunne ut i 3-4 nedskrevne setninger tilpasset barnets språklige utvikling, som inneholder noen nye ord (aldri mer enn 20 % nytt, og helst ikke mindre). All tekst skal være skrevet på korrekt språk. Disse setningene blir så leselekse hjemme og skal leses for foreldre og søsken. Men først må de leses høyt og korrekt ti ganger riktig med samtalepartneren, som avslutning på timen. Dersom det er noe som tilsier at det en dag bør skrives færre eller flere setninger på grunn av dagsform,

gjør man det. Det viktigste er at barnet kommer videre i sin utvikling, og at repetisjonene i dette korrekte språket tilpasset barnets språklige nivå blir mange nok til at det internaliseres. Ti repetisjoner av lite, er mye bedre enn én repetisjon av mye. Ved å skrive en slik journal, blir også språkinnlæringen tilpasset det barnet til enhver tid selv er personlig opptatt av. Det som eies av barnet selv, læres bedre.

Det er fint å bruke premier som juksestateroveringer eller klistremerker for å øke motivasjonen. Avtal også med foreldrene at de skal premiere med for eksempel kinobesøk for godt arbeid. Kall journalinnleggene «lekser», og sjekk alltid i neste samtaletime at leksene er gjort riktig. Begynn hver time med å lese høyt det som ble skrevet ned sist. Skryt av barnet. I disse timene må den voksne også, så mye som mulig, nennsomt korrigerende feil som barnet sier ved å si de samme ytringene riktig, slik man gjør med normalthørende i normal oppdragelse. Humor og kos og fremming av tilknytning er viktig i disse timene. Journalen blir med tiden både et kjærte minne over det som har hendt, det som har blitt tenkt og lært, samt dokumentasjon på språklig framgang.

Etter mine over 15-års erfaring med observasjon av barn med CI i deres ulike skolehverdager er det ett tiltak som står fram som klart viktigst av all didaktikk; nemlig at man alltid sørger for at alle barnas skriftlige sluttprodukter er skrevet på korrekt norsk, i utviklingsmessig tilpasset språk, og at det blir lest høyt av barnet minst ti ganger etter hverandre. Da vil riktig språk internaliseres. I tillegg kan gjerne større og viktige kreative tekster framføres av barnet for en annen mer ukjent lærer eller for klassen. På denne måten sikrer man at barnet tilegner seg en best mulig norsk-kompetanse til sitt senere utdanningsløp. Dersom skolen i skriftlige arbeider har den filosofien at barnet med CI skal finne ut av skrivingen av seg selv og modnes etter hvert, slik som normalthørende gjerne gjør, forblir mange feil uoppdaget og mange språklige elementer for alltid misforstått og internalisert feil. Disse feilene blir det svært vanskelig å avlære seinere. Den som hjelper barna å få språket på plass, gjør dem en enorm tjeneste for livet og åpner tilgangen til verden for dem.

#### TIL SLUTT NOEN KONKRETE TIPS TIL LOGOPEDER, AUDIOPEDAGOGER OG ANDRE SOM GIR INDIVIDUELL SPRÅKTRENING TIL BARN MED CI

Det er viktig å sørge for at barna med CI får et komplett norsk foneminventar, helst før skolestart; vokallydene først, så konsonantlydene, fra de fremre til de bakre. Konsonant-

lydene bør læres i enkle stavelser (konsonant+vokal) for å trene evnen til å lytte ut formantavbøyningen. For de minste barna består treningen i tydelig modellering fra den voksnes side under lek med lekedyr, dokkehus, sjøoverborg, brannstasjon og så videre. Vokallydene kan for eksempel øves med lekedyr med tilhørende dyrelyder som inneholder alle de ni norske vokalene. Etter hvert observerer man om barnet alltid peker ut det riktige dyret blant lekedyrene når man sier tilhørende dyrelyd og strekker hånda frem. Det vil si at barnet alltid og bestemt plukker opp/ser på kua, når det hører [mø:] og musa når det hører [pi:p], og så videre.

Jeg har utviklet en måte å få barna til å gjenta etter meg, uten at jeg selv ber spesielt om det. Det dreier seg om blikk, smil og tonefall. Jo mer engasjerende jeg lager leken, jo mer gjentar barna uoppfordret og velvillig min modellering så godt de kan, mens de ler og koser seg. Det er essensielt at foreldrene får med seg denne måten å modellere språklydene og språket tydelig på, slik at de kan bruke den samme metoden hjemme. Vi kommer ikke utenom at det er antall ganger barnet selv har sagt en talespråklig ytring som er viktigst for læringen. Det er da det virkelig sitter (ref. speil-nevroner).

Jeg anbefaler å bruke bokstaver og lydskriftstegn som støtte i språklyddinnlæringen så tidlig som mulig. Dette går som regel helt greit fra 4 ½-årsalder, når det begynner å få status blant barna å kunne bokstaver. Lydskriftstegn brukes kun for de språklydene som ikke kan gjengis med kun én entydig vanlig bokstav. På dialekter med «skarre-R» innebærer dette introduksjon av kun tre lydskriftstegn: [ʃ] for «skj-lyd», [ŋ] for «ng-lyd» og [ç] for «kj-lyd». Sistnevnte språklyd er på vei ut i mange dialekter. På Østlandet og nordover trenger vi i tillegg lydskriftstegn for de 4 retrofleksene: [ŋ] for «rn-lyd», [t] for «rt-lyd», [d] for «rd-lyd» og [l] for «rl-lyd» (som i barn, kart, lørdag og farlig). For øvrig kan vanlige norske bokstaver brukes i lydskriften. Bruk bindestrek mellom stavelser for å underlette lesingen og samtidig trene stavelleslesing. En stor fordel med denne enkle formen for lydskrift er at spesielle snarveier som vi tar i uttalen veldig enkelt og elegant kan forklares. Eksempler på dette er: *våren* [VÅ:-Åŋ], *vinteren* [VIN-TÆŋ], *morgen* [MÅ:-Åŋ] og *forskjellig* [FÅ-ʃ E-LI]. Etter at alle konsonantlyder er på plass i enkle stavelser, trenes konsonantkombinasjoner med innskutte schwa-vokaler (for eksempel *spise*; [sə-pi-sə] og *klapp*; [kə-lap]).

Det er en kjempefordel for hørselshemmede barn å venne



seg til at uttale og ortografi ikke alltid er sammenfallende. Derfor støtter jeg alltid lesetekster med lydskrift der ortografien ikke er entydig. Spesielt er dette nyttig når barna begynner å lære engelsk. Det anbefales på samme måte at barna lærer lydskriftstegnene for de lydene på engelsk, som ikke kan transkriberes med vanlige norske bokstaver. Cochleaimplanterte skal selvfølgelig lære engelsk like godt som andre.

I følge Rødvik og kollegaers undersøkelser (2019) er det spesielt nyttig med lyttetrening med minimale par med stemte og ustemte plosiver [p/b, t/d og k/g] og alle nasalene [m/n/ŋ]. Heng på en vokal for å underlette lyttingen med informasjon fra formantavbøyningen. Flyttebrett bør brukes i diskriminerings- og uttalletrening. I dette arbeidet pleier jeg å forklare til barnet at de må gjøre den lille forskjellen mellom lydene som de hører til noe stort i hodet sitt. Også her hjelper det merkbart på diskriminasjonsevnen at barnet lærer å artikulere ulikhetene tydelig selv. De ustemte plosivene må artikuleres med en tydelig, typisk norsk aspirasjon [p<sup>h</sup>a, t<sup>h</sup>a, k<sup>h</sup>a], og for de stemte må stemtheten overdrives. Bruk stearinlys til å slukke flammen med aspirasjonen, og en hånd på halsen for å føle stemtheten.

I tillegg til fokus på byggsteinene i språket – språklydene – anbefales en systematisk trening på standard språkkonstruksjoner i varierende spillform eller med bunker med billedkort som illustrerer forskjellige setningsledd. Det øverste kortet i hver bunke snus, og man konstruerer setninger med bildene som dukker opp i alle bunker (ref. statistisk læring).

En typisk avansert språklig utfordring et cochleaimplantert barn står overfor i normal bakgrunnsstøy er å få tak i reglene for når /r/ skal uttales i flytende normaltale på slutten av verb i presens og når den skal utelates. På østnorsk er uttalen av disse /-r/-ene alltid veldig svak, og i normal spontantale uttaler vi i virkeligheten /r/-endelsen kun foran en vokal eller en /h/: «Snakker Hanne/Anne?». Men vi sier: «Snakke- Mats/Jon?». Hvis vi forsøker å uttale /-r/ i «snakker» i sistnevnte setning, sånn som vi gjerne innbiller oss at vi gjør, høres det veldig rart ut, nesten som om vi deklamerer et dikt, eller er skuespillere i en gammel norsk svart-hvitt spillefilm.

For øvrig bør man ha fokus på å holde en samtale i gang om det som dukker opp av emner. Jeg forsøker som regel å planlegge leken sammen med de barna som er store nok til det, og jeg forteller alltid høyt hva jeg selv tenker, og hjelper

barna med å formulere det de vil ha sagt, men som de ikke har ordene for selv ennå. Det er lurt å ha som ideal å oppføre seg som en gammel, litt glemsk bestemor som hele tiden må si høyt til seg selv hva hun skal gjøre og hva hun holder på med, for å ikke glemme noe. Det gir god språkmodellering.

For alle som bor utenfor områder med «skarre-R» anbefaler jeg at så snart barnet begynner å vise interesse for å telle, introduserer man [d]-erstatning for /r/ (1, 2, 3 [te-de:] og 4 [fi:-dø]). Dersom barna bruker [j] for /r/, gjentar man nennsomt med virksomme blick og smil de samme ordene med [d]-erstatning og viser tydelig at tunga skal løftes opp bak fortennene i overmunnen for denne lyden. Hvis man gjør dette konsekvent, og får foreldrene med på å gjøre det samme, faller denne ofte trøblete språklyden på plass av seg selv etter hvert. For dialekter med «skarre-R» må man gå veien om [k] for å lære riktig uttale av /r/, da disse to språklydene da artikuleres på samme sted i munnen.

### OPPSUMMERING

Det store flertallet av tidlig cochleaimplanterte barn vil kunne defineres som *lett hørselshemmede under optimale lytteforhold*. Disse barna hører likevel signifikant dårligere enn normalthørende på språklydnivå, selv under optimale lytteforhold. Dette vil påvirke deres evne til å spontant plukke opp og lære nye ord. Bakgrunnsstøy er også mye mer forstyrrende for språkoppfatningen til disse barna enn for normalthørende. De vil på grunn av disse to faktorene trenge talelyden fra lærere og medelever overført direkte til sine CI, ikke via vanlige høyttalere. De vil trenge ekstra hjelp til språklæring gjennom hele skoleløpet for å holde tritt med sine normalthørende klassekamerater. Variert drilling i ulike språkkonstruksjoner og presis læring av uttale vil bedre barnas språklige og sosiale funksjon i normal-skolen. Evnetester må brukes med klokskap, og kun for å kartlegge, ikke til å stille diagnoser. Norske forskere konkluderer enstemmig med at talespråksopplæringen av norske barn med CI i dag er mangelfull. Den norske stat finansierer svært kostbare hørselsimplantasjoner av døve småbarn, men gir ingen midler til lokale pedagogiske institusjoner øremerket til sikring av nødvendig og likeverdig opptrening av hørselsfunksjonen og talespråk i etterkant. Nytt lovverk bør sikre at staten dekker dette da det tilbudet kommunene lokalt kan gi er svært varierende og ikke gir god nok habilitering.

Hvis alt som er beskrevet over kommer på plass i barnehagen og skolen, er resten opp til læreren, som selvsagt

uansett er den viktigste faktoren. Læreren som ser og leser barnet, og klarer å sette seg inn i dets situasjon og legge til rette, har enorm betydning for hele resten av det hørsels-

hemmede barnets liv. Det er vanskelig å finne en mer meningsfylt jobb.

#### Referanser

- Dammeyer, Jesper. (2010). Psychosocial Development in a Danish Population of Children With Cochlear Implants and Deaf and Hard-of-Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(1), 50-58. doi: 10.1093/deafed/enp024
- Estabrooks, Warren, MacIver-Lux, Karen, & Rhoades, Ellen A. (2016). *Auditory-verbal therapy for young children with hearing loss and their families and the practitioners who guide them*. San Diego, California: Plural Publishing.
- Fellinger, Johannes, Holzinger, Daniel, Sattel, Heribert, & Laucht, Manfred. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 414-423. doi: 10.1007/s00787-008-0683-y
- Haukedal, Christiane Lingås, Lyxell, Björn, & Wie, Ona Bø (2020). Health-Related Quality of Life With Cochlear Implants: The Children's Perspective. *Ear and Hearing*, 41(2), 330-343. doi: 10.1097/AUD.0000000000000761
- Haukedal, Christiane Lingås, Torkildsen, Janne von Koss, Lyxell, Björn, & Wie, Ona Bø. (2018). Parents' Perception of Health-Related Quality of Life in Children With Cochlear Implants: The Impact of Language Skills and Hearing. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 61(8), 2084. doi: 10.1044/2018\_JSLHR-H-17-0278
- Huber, M., Pletzer, B., Giourgias, A., Nickisch, A., Kunze, S., & Illg, A. (2015). Schooling Relates to Mental Health Problems in Adolescents with Cochlear Implants - Mediation by Hearing and Family Variables. *Front. Psychol.*, 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01889
- Keilmann, Annerose, Limberger, Annette, & Mann, Wolf J. (2007). Psychological and physical well-being in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(11), 1747-1752. doi: 10.1016/j.ijporl.2007.07.013
- Kral, Andrej, & Sharma, Anu. (2012). Developmental neuroplasticity after cochlear implantation. *Trends in Neurosciences*, 35(2), 111-122. doi: 10.1016/j.tins.2011.09.004
- Myhrum, M., & Moen, I. (2008). The Norwegian Hearing in Noise Test. *International Journal of Audiology*, 47(6), 377-378. doi: 10.1080/14992020701876707
- Myhrum, M., Tvette, O. E., Heldahl, M. G., Moen, I., & Soli, S. (2016). The Norwegian Hearing in Noise Test for Children. *Ear and Hearing*, 37(1), 80-92. doi: 10.1097/AUD.0000000000000224
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2019). Cochlear implants for children and adults with severe to profound deafness. Technology appraisal guidance.
- Rød vik, A. K., Tvette, O., Torkildsen, J. v. K., Wie, O. B., Skaug, I., & Silvola, J. T. (2019). Consonant and Vowel Confusions in Well-Performing Children and Adolescents With Cochlear Implants, Measured by a Nonsense Syllable Repetition Test. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-17. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01813
- Saffran, J. R., Aslin, R. N., & Newport, E. L. (1996). Statistical learning by 8-month-old infants. *Science (New York, N.Y.)*, 274(5294), 1926-1928. doi: 10.1126/science.274.5294.1926
- Sander, Thorbjørn Johan. (2008). Barn med cochleaimplantat må sikres fullverdig opplæring i norsk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 118(8), 943-943.
- Schertz, Mitchell, Karni-Visel, Yael, Tamir, Ada, Genizi, Jacob, & Roth, Dana. (2016). Family quality of life among families with a child who has a severe neurodevelopmental disability: Impact of family and child socio-demographic factors. *Research in Developmental Disabilities*, 53-54, 95-106. doi: 10.1016/j.ridd.2015.11.028
- Sharma, Anu, Dorman, Michael F., & Spahr, Anthony J. (2002a). A sensitive period for the development of the central auditory system in children with cochlear implants: implications for age of implantation. *Ear and Hearing*, 23(6), 532-539. doi: 10.1097/00003446-200212000-00004
- Sharma, Anu, Dorman, Michael F., & Spahr, Anthony J. (2002b). Rapid development of cortical auditory evoked potentials after early cochlear implantation. *Neuroreport*, 13(10), 1365-1368. doi: 10.1097/00001756-200207190-00030
- Sharma, Anu, Spahr, Anthony J., Dorman, Michael F., & Todd, N. Wendell. (2002c). Early cochlear implantation in children allows normal development of central auditory pathways. *Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 111 (5\_suppl), 38-41. doi: 10.1177/000348940211105508
- Skaug, Ingebjørg. (1996). *Norsk språkdylære med øvelser : sammenligninger med engelsk, tysk og fransk*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Skaug, Ingebjørg. (2015). *Språklidspillene Fotballspillet* Oslo: Eget forlag, bestilling: cochletten.no.
- Theunissen, S. C. P. M., Rieffe, C., Netten, A. P., Briaire, J. J., Soede, W., Schoones, J. W., & Frijns, J. H. M. (2014). Psychopathology and Its Risk and Protective Factors in Hearing-Impaired Children and Adolescents A Systematic Review. *JAMA Pediatr.*, 168(2), 170-177. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3974
- Torkildsen, Janne Von Koss. (2012). Språkvansker ; er statistisk læring problemet? *Norsk tidsskrift for logopedi*, 58(4), 18-24.
- Torkildsen, Janne von Koss, Hitchins, Abigail, Myhrum, Marte, & Wie, Ona Bø. (2019). Speech-in-Noise Perception in Children With Cochlear Implants, Hearing Aids, Developmental Language Disorder and Typical Development: The Effects of Linguistic and Cognitive Abilities. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-19. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02530
- van Eldik, Theo. (2005). Mental Health Problems of Dutch Youth With Hearing Loss as Shown on the Youth Self Report. *American Annals of the Deaf*, 150(1), 11-16.
- Vihman, Marilyn May. (2014). *Phonological development : the first two years* (2nd ed.). Chichester: Wiley Blackwell.
- Wie, Ona Bø, Torkildsen, Janne von Koss, Schaubert, Stefan, Busch, Tobias, & Litovsky, Ruth. (2020 In press). Long-Term Language Development in Children With Early Simultaneous Bilateral Cochlear Implants. *Ear and Hearing*.



## Det krystallklare valget ved **dysfagi**

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

### Informasjon til helsepersonell

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



[www.nestlehealthscience.no](http://www.nestlehealthscience.no)



**Line Haaland-Johansen** er logoped MNLL med hovedfag i psykologi fra NTNU. Hun er for tiden tilsatt som stipendiat ved Nord universitet i Bodø.

line.haaland-johansen@nord.no



**Nina Helen Erikstad** er logoped MNLL med master i helsefag – logopedi fra UiB. Hun arbeider i afasiteamet i Statped sørøst, fagavdeling språk/tale.

nina.helen.erikstad@statped.no

## APPER VED AFASI – NY NETTSIDE FOR LOGOPEDER

*Finnes det en app for det? Artikkelen omtaler nettsiden [app.afasi.no](http://app.afasi.no). Den er motivert av slike spørsmål. Nettsiden presenterer en oversikt over noen apper for voksne med afasi. I denne artikkelen gis nettsiden en kontekst. Apper som i utgangspunktet ikke var laget for voksne med afasi, men som muligens kan være relevante for denne gruppen, utgjør det primære innholdet på nettsiden. Vi inviterer norske logopeder til å bli aktive brukere av og bidragsytere til nettressursen.*

### Bakgrunn, kontekst og motto

De fleste vil ha opplevd det i egen praksis-erfaring med voksne med afasi, og flere har beskrevet det i publikasjoner (Palmer et al., 2019, Zheng, Lynch & Taylor, 2016, Petheram, 2004, Qvenild & Utgård, 1994). Bruk av teknologi, i form av pedagogisk programvare, applikasjoner og ulike teknologiske løsninger og funksjonaliteter, kan ha noe for seg i undervisning, øving eller hjemmearbeid ved afasi. Kanskje kan det være lurt å minne oss på at teknologien naturligvis ikke er et mål i seg selv, men et middel til å nå målet (Qvenild & Utgård, 1994). Sånn sett kan vi si at teknologi kun er et middel vi benytter for å «levere» undervisningen eller øvingen eller annet innhold («means of delivery»: Petheram, 2004). Samtidig ser vi at teknologi også gjør at vi kan tenke på og utføre praktisk arbeid i afasi-rehabilitering (undervisning, øving, hjemmearbeid etc.) på måter vi ikke gjorde før, nettopp fordi teknologien finnes og legger til rette for dette («delivery of means»: Petheram, 2004). Teknologi i seg selv kan representere en barriere for personer med afasi, men teknologi kan også bidra til sosial deltakelse og lette tilgjengelighet. Smartteknologiens allestedsnærværelse (så å si) innebærer også at teknologi kan bidra til «normalitet» ved at personer med afasi bruker samme verktøy som «alle andre» (Brandenburg et al., 2013), og ikke et hjelpemiddel som skiller seg ut som uvanlig.

Det er ikke bare i mindre språksamfunn som det norske, at det å forsøke å anvende «ikke-afasi-

spesifikke» apper i arbeid med voksne med afasi er et tema. For noen år siden beskrev Ramsberger og Messamer at det finnes relativt få apper tilpasset voksne med afasi på engelsk<sup>1</sup>, og at de engelskspråklige afasi-apper som finnes gir et noe begrenset tilfang av aktiviteter (Ramsberger & Messamer, 2014). Også Holland og kollegaer (2012) beskrev i sin artikkel en rekke ordinære (ikke-afasi-spesifikke) apper som personer med afasi har funnet glede i å bruke. De minner også om det åpenbare, men nødvendige poenget at det er personen selv som til syvende og sist avgjør om en spesifikk app er en god app for ham eller henne. «*Sometimes favorite apps can be surprises,*» skriver de (Holland et al., 2012, side 232). Det samme har vi erfart i arbeidet med [app.afasi.no](http://app.afasi.no). Personer med afasi har foreslått andre apper enn det logopeder har gjort til oss, selv om det naturligvis også er noe overlap. Hvilke apper som oppleves som gode og brukbare for den enkelte person finnes best ut i et samarbeid med personen med afasi, og da helst gjerne over noe tid.

Nettsiden [app.afasi.no](http://app.afasi.no) foreskriver altså ikke apper, men gir fagpersonen et sted å begynne å lete etter relevante apper, som siden skal presenteres for, og prøves ut sammen med, den enkelte.

Da vi søkte om midler til det prosjektet som denne nettsiden er en del av, ble vi bedt om å beskrive et prosjekttema på 120 tegn. Vi fant en litt spisset formulering, og endte med følgende

<sup>1</sup> Mye har skjedd på få år. Nå finnes «godt over 100» engelskspråklige afasiapper (Aphasia Software Finder, u.å.), men fortsatt brukes i stor grad også ikke-afasi-spesifikke apper av og for personer med afasi (op. cit.).

prosjekttema: *Overdreven tro på teknologi i rehabilitering? Ja, men teknologi er relevant. Gode apper kan gi bedre språkrehabilitering.* I tillegg kan vi se at dette muligens kan stå som et tentativt motto for denne app-nettsiden, og slik illustrere vårt faglig-personlige ståsted knyttet til apper og teknologi ved afasi.

### Beskrivelse av nettsiden

Klikk deg inn på [app.afasi.no](http://app.afasi.no), og du er i gang. Det krever ikke innlogging å bruke siden. De appene vi kjenner til som vi mener vil kunne være brukbare er inkludert på nettsiden. Per april 2020 er det snaut 60 apper som er omtalt på nettsiden, og appene er kategorisert i gruppene språk (ordmobilisering, auditiv forståelse, lesing, skriving, semantikk), tall, verktøy, tilgjengelighet, sosialt og aktiviteter. Vi har hatt et åpent sinn i vår leting etter apper. Målet har vært å inkludere språklige apper og andre apper av relevans for personer med afasi, som kan bidra til øving eller avkobling. Basert på de apper vi har identifisert gjennom prosjektet, har vi endt med disse seks kategoriene.

Som bruker av siden kan man velge å klikke seg rundt og lese og lete, eller man kan søke etter apper som tilhører noen av de spesifikke kategoriene nevnt over. Man kan også velge kun å søke etter apper som er gratis, eller ut fra plattform (Android, iPad, iPhone, iPod Touch eller Windows). Hver app er beskrevet med noen stikkord, samt i form av en noe lengre beskrivelse av hva man kan gjøre eller øve på i appen, og litt om ulike innstillinger som kan gjøres. Det er imidlertid begrenset hvor mye informasjon som er gitt om hver enkelt app. Dersom en app synes interessant vil det derfor være nyttig å klikke seg videre til andre nettsider for mer informasjon eller, når det er mulig, laste ned gratisversjonen av appen for å bli bedre kjent med muligheter og begrensninger.

Nettsiden [app.afasi.no](http://app.afasi.no) er inspirert av nettsiden Aphasia Software Finder. På Aphasia Software Finder finner man engelske apper og programvare, men man finner åpenbart ingen norske apper der. Appbiblioteket.no er en annen norsk appnettside vi vil anbefale. Det er en bra og

funksjonell nettside med apper som er relevante for voksne med afasi. Appene på Appbiblioteket er imidlertid i all hovedsak omtalt med tanke på andre elev- og brukergrupper. I så måte håper vi [app.afasi.no](http://app.afasi.no) kan være et nyttig supplement.

At en app er inkludert på [app.afasi.no](http://app.afasi.no) skal ikke sees på som et objektivt kvalitetsstempel, men heller som en indikasjon på at vi som står bak nettsiden antar at appen kan være brukbar for (få eller flere) voksne med afasi. Apper er blitt inkludert på nettsiden fordi en person med afasi eller en logoped som arbeider med voksne med afasi har anbefalt appen. Beskrivelsene av appene inneholder da nettopp også i en del tilfeller tips om hvordan en app kan gjøres mer relevant eller mer brukbar for en voksen med afasi. Appene er sortert i kategorier som sier noe om på hvilken måte appen potensielt kan være nyttig for personer med afasi (semantikk, ordmobilisering, tall, aktiviteter etc.). Vi har imidlertid ikke gjort noen analyser knyttet til de firma eller eventuelt privatpersoner som produserer, formidler eller markedsfører appene, hverken etisk, kommersielt eller på andre måter. Den eneste vurdering vi har gjort som ligger i dette landskapet, er at vi i hovedsak ikke vil inkludere svært dyre apper. Vi har heller ikke inkludert apper som er ment som kommunikasjonshjelpemidler, da det faller utenfor det som er dette prosjektets fokus, nemlig apper for øving og avkobling.

### Om å bruke og velge apper

#### Appifisering?

Vi mener ikke med nettsiden egentlig å fremme bruk av apper ved afasi. Vi fremsnakker ikke en «appifisering» av afasirehabilitering eller hjemmearbeid ved afasi, men advarer heller ikke mot bruk av apper. Vi tar ikke med nettsiden stilling til hvorvidt apper «bør» eller «ikke bør» brukes ved afasi, i særdeleshet ikke hva gjelder den enkelte person med afasi. Men apper finnes og er mye i bruk. Nettsiden er ment som et praktisk verktøy ved leting etter relevante apper ved afasi, for dem som er på jakt etter slike apper. Det finnes svært mange apper. Vi mener at noen av disse vil være relevante for (noen) voksne med afasi.



**Hedda Døli**

er logoped MNLL med master i helsefag – logopedi fra UiB. Hun arbeider i afasiteamet i Statped sørøst, fagavdeling språk/tale.

*Hedda.Ruth.Doli@statped.no*



**Marianne Brodin**

er generalsekretær i Afasiforbundet i Norge.

*marianne@afasi.no*

*Av-appifisering?*

Begrepet av-appifisering får stå for det motsatte av appifisering. Vi ble kjent med begrepet gjennom et foredrag som Homann (2016) holdt på SPOT (*Statpeds konferanse om spesialpedagogikk og teknologi*). Her presenterte han en tabell for evaluering av apper, som i stor grad synes inspirert av Harry Walkers *Rubric for Evaluation of Apps* (Walker, 2011). Dette representerer en analytisk måte å vurdere appers sterke og svake sider på, slik at apper (alene og i relasjon til andre apper) kan evalueres langs ulike dimensjoner. Tilsvarende har Ramsberger og Messamer (2014) på en enkel måte skissert rekkefølgen en logoped bør gjøre sine vurderinger i, ved valg av for eksempel apper til en voksen med afasi.

Inspirert av de ovennevnte, presenterer vi i denne artikkelen en figur og en forenklet tabell, som illustrerer noen aktuelle linjer å tenke langs, når man vurderer apper for en person med afasi (se figur 1 og tabell 1). Legg merke til at disse er ment å illustrere et poeng. De er ikke hverken ment eller prøvd ut som redskaper for formell kartlegging eller evaluering ved bruk av apper ved afasi. Ramsberger og Messamers hovedpoenger (2014, side 18) er velkjente: Vi må først gjøre oss kjent med personens sterke og svake sider

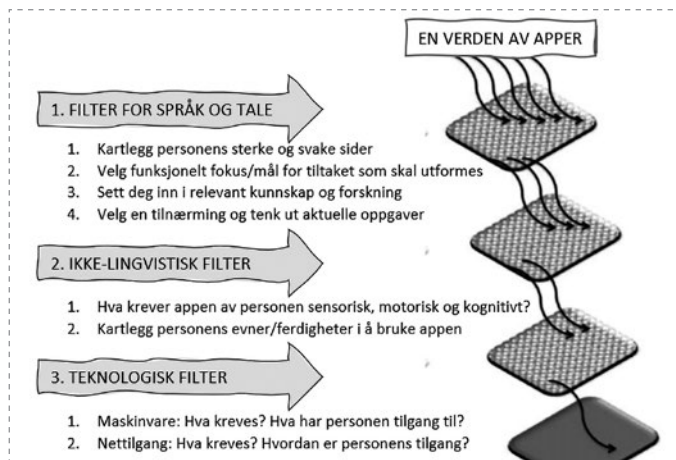
knyttet til språk og tale, og gjøre noen bevisste valg knyttet til hva som skal gjøres i undervisningen (og hvorfor). Deretter er det vesentlig å gjøre bevisste valg knyttet til sensorikk, motorikk og kognisjon (personens forutsetninger og appens krav), før man i tillegg gjør noen avveininger knyttet til maskinvare og nettilgang, sett i lys av personens tilgang og hva de ulike appene fordrer.

Tabellen tematiserer dimensjonene relevans, tilpasning, tilbakemelding, brukervennlighet og motivasjon. Et eksempel: En app er rettet ganske presist mot den språklige utfordringen logopedene mener det vil være verdt å jobbe med (*relevans*). Appen gir ikke så mye rom for personlige tilpasninger av innhold eller justeringer av innstillinger (*tilpasning*), og det er noe vanskelig for personen med afasi å bruke appen selvstendig (*brukervennlighet*). Appen gir noe, men ikke mye respons på om oppgaven er løst rett eller galt (*tilbakemelding*), men personen er relativt motivert for å bruke appen (*motivasjon*). Ingen app har alt. Det vil som regel være noe å utsette på de fleste apper. Men basert på hva personen selv verdsetter, hvor krevende det er å få til å bruke appen (for eksempel hjemme) og hvordan logopedene oppfatter appens faglige/språklige relevans, kan man i fellesskap prøve seg frem i jakten på adekvate apper.

Tabell 1: Noen kriterier for å vurdere en apps brukbarhet for den enkelte

APPENS NAVN: FORMÅLET MED BRUKEN AV APPEN:				
	4	3	2	1
RELEVANS	Appen tjener formålet og oppleves som ytterst relevant for personen.	Appen tjener formålet og oppleves i hovedsak som relevant for personen.	Appen tjener delvis formålet, men oppleves ikke som relevant for personen.	Appen tjener ikke formålet og oppleves ikke som relevant for personen.
TILPASNING	Man kan gjøre personlige tilpasninger av appens innhold og innstillinger.	Appen gir mulighet for noen tilpasninger av innhold og innstillinger.	Appen gir i begrenset grad mulighet for å tilpasse innhold og innstillinger.	Appen gir ingen mulighet for å tilpasse innhold og innstillinger.
TILBAKEMELDING	Personen får relevant og spesifikk tilbakemelding på oppgaveløsning i appen.	Personen får tilbakemelding på oppgaveløsning i appen.	Personen får begrenset tilbakemelding på oppgaveløsning i appen.	Personen får ingen tilbakemelding på utført oppgave i appen.
BRUKERVENNLIGHET	Personen kan selv starte og betjene appen.	Personen trenger i blant andres hjelp til å starte eller betjene appen.	Personen trenger alltid andres hjelp til å starte eller betjene appen.	Appen er vanskelig å bruke eller krasjer ofte.
MOTIVASJON	Personen er svært motivert for å bruke appen.	Personen bruker primært appen når det foreslås.	Bruken av appen er lite lystbetont.	Personen unngår helst å bruke appen.

Tabellen er en forkortet, tilpasset versjon av tabellen til Homann, 2016<sup>2</sup> (som er inspirert av Walker, 2011<sup>3</sup>). Vår tilpasning til norsk fra dansk.



Figur 1: Hvordan inkludere teknologi/apper i rehabilitering av voksne med afasi? (Etter Ramsberger & Messamer, 2014, side 19. Vår tilpasning til norsk fra engelsk.)

**Avslutning: Levende nettside**

Med denne artikkelen er app.afasi.no formelt lansert for norske logopeder. Dette betyr imidlertid ikke at vi anser nettsiden som endelig slutført. Først og fremst er vi helt sikre på at det vil være barnesykdommer, i form av mindre feil og mangler. Disse vil rettes opp etter hvert som de oppdages. Dernest vil vi søke å holde nettsiden så levende og oppdatert som mulig, ved at beskrivelser av relevante apper, tilgjengelighetsfunksjoner og aktuell programvare nyskrives eller korrigeres ved behov, og lenker til apper holdes oppdatert. I tillegg vil nytt innhold legges til på nettsiden i ny og ne. Her verdsetter vi dialog med brukere av nettsiden. Ris, ros og tips til nye apper eller annet innhold

**Referanser**

Aphasia Software Finder (u.å.). Advanced search – for professionals. Hentet 5. mai 2020 fra: <https://www.aphasiasoftwarefinder.org/advanced-software-search>

Brandenburg, C., Worrall, L., Rodriguez, A. D. & Copland, D. (2013). Mobile computing technology and aphasia: An integrated review of accessibility and potential uses, *Aphasiology*, 27(4), 444-461.

Holland, A., Weinberg, P. & Dittelman, J. (2012). How to Use Apps Clinically in the Treatment of Aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 33(3), 223-33.

Homann, J. (2016, november). Av-appifisering av spesialundervisningen: om å velge riktig. SPOT: Statped's konferanse om spesialpedagogikk og teknologi, Lillestrøm, 31. oktober – 1. november 2016.

Palmer, R., Dimairo, M., Cooper, C., Enderby, P., Brady, M., Bowen, A., . . . Chater, T. (2019). Self-managed, computerised speech and language therapy for patients with chronic aphasia post-stroke compared with usual care or attention control (big CACTUS): A multicentre, single-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*, 18(9), 821-833.

tas imot med takk. Bruk mailadressen som er oppgitt på siden. Tips også gjerne andre om nettsiden.

Vi håper nettsiden vil være et nyttig bidrag i arbeidet med og for mennesker som lever med afasi.

**Epilog: Takksigelser**

Denne nettsiden ble til som ledd i prosjektet «Happy apping ved afasi?». Prosjektet er finansiert av Stiftelsen DAM (ExtraStiftelsen)<sup>4</sup>, og er eiet av Afasiforbundet i Norge. Målet i prosjektet var todelt. Et av målene var å utforme en app for norskspråklige voksne med afasi, basert på Talk Around It-appene til NeuroHero i Irland. Dette resulterte i afasi-appen *Dagligliv*. En app holder ikke. Derfor var det andre målet i prosjektet å lage en nettside der apper med afasi-relevans presenteres. Takk til Stiftelsen DAM (finansiering), NeuroHero (apputvikling), Frifugl (utvikling av nettsiden) og til Afasiforbundet i Norge. Bidragende i prosjektet, til ulike tider og på ulike måter, har vært (i alfabetisk rekkefølge): Marianne Brodin (Afasiforbundet i Norge) og Stig Berdal, Hedda Døli, Nina Helen Erikstad, Nina Høeg, Line Haaland-Johansen, Marianne Lind, Anne Mette Mortvedt, Monica Norvik, Ingvild E. Winsnes (alle fra afasiteamet, Statped sørøst). Takk til Statped som la til rette for gjennomføring av prosjektet. Vi retter også en takk til personer med afasi, logopeder og andre fagpersoner, herunder kollegaer i nettverksprosjektet Afasiforum 3 (2013-2017), som har bidratt vesentlig i form av nyttige tilbakemeldinger og tips til relevante apper i løpet av prosjektet.

Petheram, B. (2004). Computers and aphasia: A means of delivery and a delivery of means. *Aphasiology*, 18(3), 187-191.

Qvenild, E. & Utgård, T. (1994). The Use of Computers in Logopedics. *Scandinavian Journal of Logopedics & Phoniatrics*, 19(4), 169-179.

Ramsberger, G. & Messamer, P. (2014). Best Practices for Incorporating Non-Aphasia-Specific Apps into Therapy. *Seminars in Speech and Language*, 35(1), 17-24.

Walker, H. (2011). Evaluating the Effectiveness of Apps for Mobile Devices. *Journal of Special Education Technology*, 11(4), 59-63.

Zheng, C., Lynch, L. & Taylor, N. (2016). Effect of computer therapy in aphasia: a systematic review, *Aphasiology*, 30(2-3), 211-244.

<sup>2</sup> Søk på «av-appifisering» på [www.statped.no](http://www.statped.no), for å se foredraget og lysarkene, inkludert tabellen, til Homann. <sup>3</sup> Artikkelen, med tabellen, finnes her: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/016264341102600405>. <sup>4</sup> Prosjektets sluttrapport kan leses her: <https://www.dam.no/prosjekter/happy-apping-ved-afasi/>

## LOGOPEDIENS DAG MARKERT I VESTLAND LOGOPEDLAG



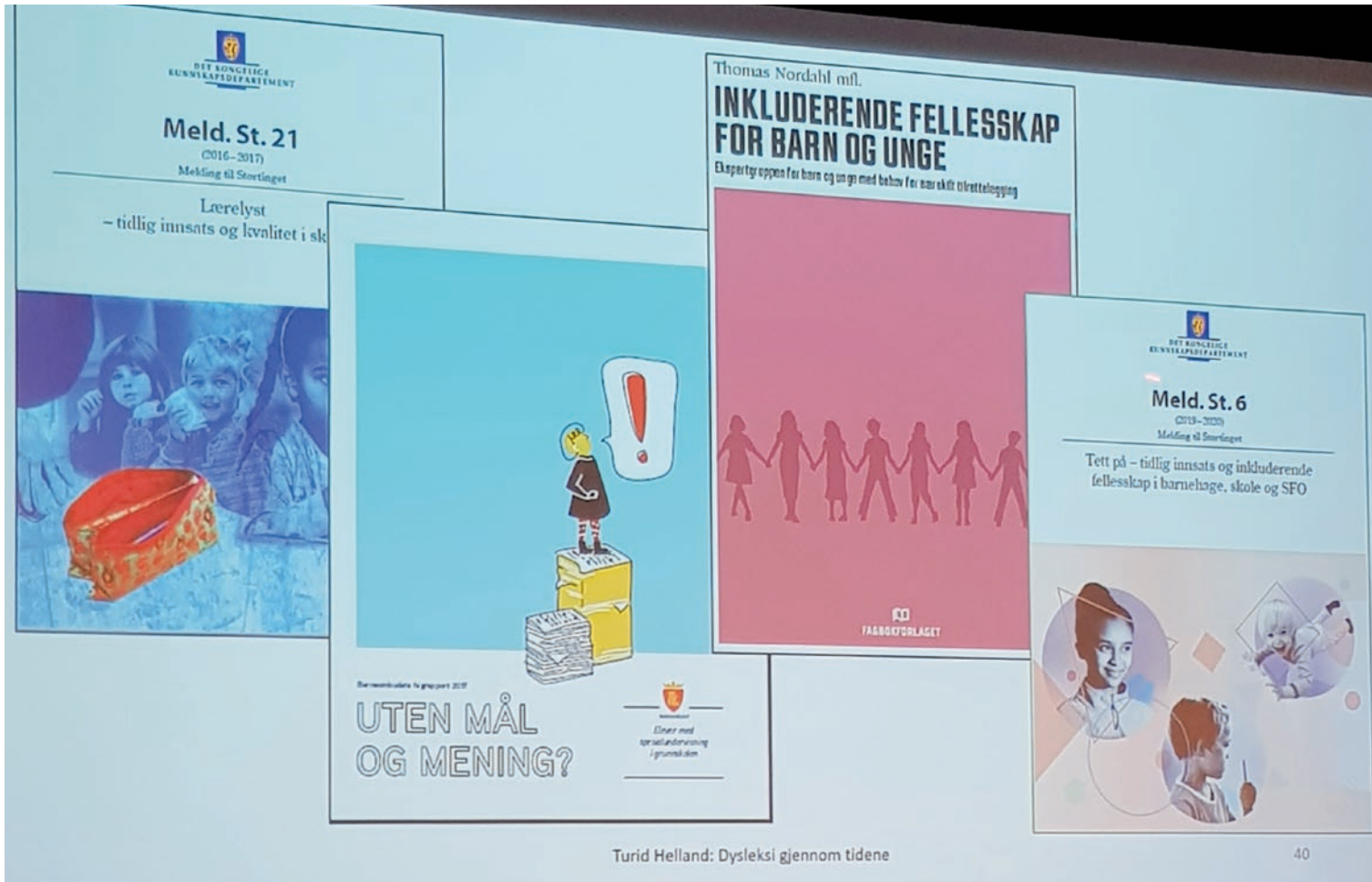
Torsdag 5. mars markerte Vestland logopedlag Logopediens dag med forelesning på Litteraturhuset i Bergen. Temaet for forelesningen var Dysleksi gjennom tidene, og foredragsholder var professor emerita Turid Helland. Helland har bred erfaring både som utøvende logoped og som forsker. Hun har blant annet ledet den store longitudinelle dysleksistudien *Ut med språket!*. I tillegg er hun medlem i Dysleksi Norges fagutvalg.

Helland begynte sin historiske gjennomgang av dysleksi helt tilbake på 1400-tallet. Det har vært spekulert i om kunstneren Leonardo da Vinci kanskje kan ha hatt dysleksi. Han var venstrehendt, og skrev faktisk konsekvent fra høyre mot venstre. Dysleksi har, som kjent, vært koblet opp mot diskusjoner om hjernens lateralitet. I tillegg har tekstene hans vært analysert for skrivefeil som potensielt kan tilskrives dysleksi.

Fra 1400-tallet gikk Helland raskt videre til mer moderne tid. Linjene ble trukket gjennom 1900-tallet med Samuel Ortons pionerarbeid, stram 50-tallspedagogikk der man dumpet og måtte gå skoleåret om igjen dersom man ikke lærte det man skulle, Gjessing sitt bergensprosjekt som konkluderte med hele fem ulike former for dysleksi (auditiv, visuell, auditiv-visuell, pedagogisk og emosjonell), og ikke minst nevrovitenskapens inntog gjennom 90-tallet med alle mulighetene den har gitt for å observere hjernen strukturelt og funksjonelt. Mange av de mer erfarne logopedene i salen nikket gjenkjennende til både sentrale bokverk, som Ragnar Rommetveits *Språk, tanke og kommunikasjon: ei innføring i språkpsykologi og psykolingvistik*, og til kjente utredningselementer relatert til for eksempel koordinasjon og øyemotorikk.

Fra 2000-tallet trakk Helland frem blant annet dominansen til den fonologiske hypotesen – som vi i dag vet må nyanseres vesentlig. Vi vet nå at dysleksi må forstås på flere forklaringsnivå – i en fullstendig utredning må man vurdere symptomnivået, men også det kognitive og det biologiske, og selvsagt miljøet rundt personen det gjelder. Forskingen har også operert på alle disse nivåene. Helland fortalte videre om sine fire gjennomgangsfigurer – Bjørn, Jon, Marit og Mehn – som representerer fire individuelle profiler innenfor den heterogene gruppen barn med dysleksi, og som vil være kjent for de som enten har lest Hellands bok *Språk og dysleksi* eller har vært på forelesning med Helland tidligere. Videre fortalte hun kort om *Ut med språket!*, som blant annet har avstedkommet screeninginstrumentet RI-5, som er en risikoindeks til anvendelse på førskolebarn. Denne typen spørreskjemabasert





screening er en god innfallsvinkel til tidlig oppfølging av barn man er bekymret for. I og med at denne kun går til de voksne (foreldre og/eller barnehagelærer) vil den ikke affisere barnet før det strengt tatt er nødvendig. Dette føyer seg inn i kartleggingsdebatten som har vært sentral utover 2010-tallet. Fra 2010 og fremover har det også kommet mange stortingsmeldinger, utredninger og rapporter knyttet til dysleksi og tilgrensende vansker. Mange av disse har gode intensjoner og forslag, men samtidig viser blant annet Barneombudets rapport *Uten mål og mening* fra 2017 at tilstanden i norsk spesialpedagogikk ikke nødvendigvis er så god. De fleste vil være kjent med at det er kommet flere forslag til relativt omfattende reformering av feltet – utgangen på dette er foreløpig ikke kjent. Helland uttrykte dessuten en sterk bekymring overfor det faktum at logopeder som yrkesgruppe i svært liten grad er nevnt i offisielle rapporter, til tross for at vi er én av få yrkesgrupper med spesialkompetanse på feltet. Kanskje er det på tide at vi forsøker å markere oss litt mer? Samtidig har masterstudenter ved UiB gjort en større gjennomgang av studie-

planene ved allmennlærerutdanningene med tanke på hvilken plass dysleksi og språkvansker har der. Resultatene viste at dette i svært liten grad fremkommer i emnebeskrivelsene. Dette betyr selvsagt ikke nødvendigvis at temaene ikke tas opp, men det sier likevel noe om hvilken vekt de tillegges. Avslutningsvis gjorde Helland seg noen tanker rundt samfunnsutviklingen, og hvordan blant annet den voldsomme digitaliseringen barndommen i dag er utsatt for kan påvirke lese- og skriveutviklingen. Barn i dag bruker hode og hender på en helt annen måte enn barn gjorde for bare 20-30 år siden. Kan for eksempel dette ha noe å si for utviklingen av lateralisering i hjernen? Svaret på dette vet vi ikke, men det er lov å spekulere.

Publikum uttrykte stort engasjement, og var meget fornøyd med kvelden. Det hele ble en flott ramme for markering av Logopediens dag!

*Froydis Morken*

# Du kan begrense smitten – takk for at du bidrar!



Fortsett å vaske hendene grundig og ofte.



Hold avstand til andre, minst en meter.  
Unngå store folkemengder.



Bruk papirlommetørkle.  
(Har du ikke det tilgjengelig,  
er det best å hoste i albuekroken).



Slik tar vi vare på de mest sårbare blant oss.

Din innsats gjør en forskjell. Følg anbefalingene.  
Få svar på spørsmålene dine på [helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

## REFERAT FRA ESLA (CPLOL) 28.-29. MARS 2020

Vårens generalforsamling (General Assembly, GA) skulle egentlig avholdes i Larnaca på Kypros. Covid-19 satte imidlertid en stopper for det, og møtet ble i stedet avholdt via Zoom. Katrine Kvisgaard representerte NLL som vara for Signhild Skogdal. Vi var 40 delegater fra 28 ulike land i Europa som deltok, og det gikk overraskende bra! Fordelen med videomøter er mange. Vi fikk erfare at vi holdt tidsskjemaet, ble mer strukturerte, holdt oss til sakslisten, droppet småpratene underveis og rakk opp hånden når vi hadde noe viktig å si. Møtet ble avholdt lørdag og søndag, og tok totalt ca. ti timer. Det er lenge å sitte foran skjermen, spesielt uten mer enn en kort pause i løpet av dagen.

Hovedsakene på agendaen var:

Regnskap for 2019 og budsjett for 2020 ble godkjent.

Navnet CPLOL blir erstattet med ESLA: European Speech and Language Therapy Association.

ESLA flytter basen fra Paris til Brussel.

På grunn av Covid-19-situasjonen er ESLA-konferansen, som opprinnelig var planlagt gjennomført i Bilbao i 2021, flyttet til 2022 (samme sted). Nærmere informasjon kommer.

Tyrkia, og et nytt forbund fra Bulgaria, ble godkjent som fullverdige medlemmer i ESLA.

Forslaget om å åpne opp for individuelle medlemskap og studenter ble utsatt. GA krevde et mer gjennomtenkt forslag.

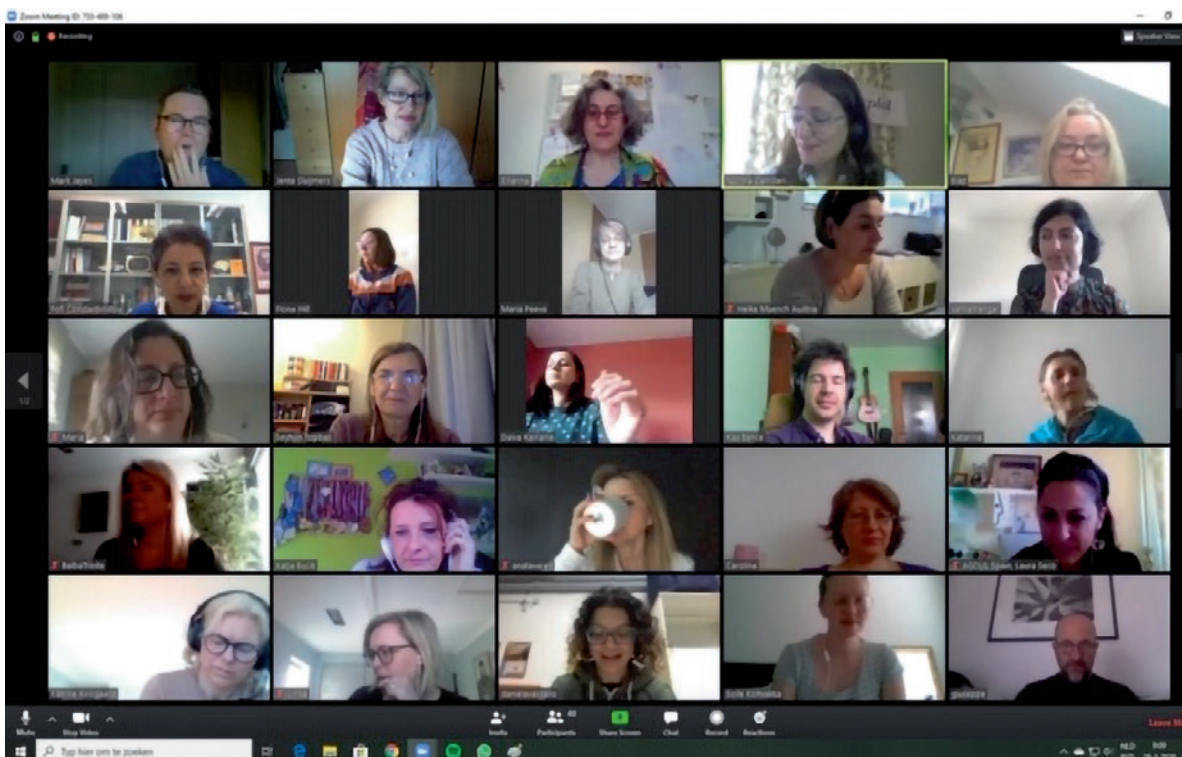
De innkomne forslagene på medlemmer til arbeidsgruppene ble presentert og valgt. De tre arbeidsgruppene vi har i ESLA er nå: *European SLT Day and*

*SLT Awareness, Education and Professional Material and Additional Revenue.* Finland etterlyste åpenhet rundt valget av medlemmer til arrangementskomiteén til ESLA-konferansen. Styret informerte om at de hadde invitert spesielle medlemmer til denne gruppen, av hensyn til erfaringer og bakgrunn fra relevante oppgaver.

Styret presenterte kommunikasjonsstrategien for ESLA. ESLA ønsker å fremheve evidensbasert kunnskap innen logopedi, tydeliggjøre og samle informasjon om yrkesrollen i hvert enkelt land, sikre kvalitet i utdanningen og stå samlet som en profesjon i Europa. Det er spesielt viktig å sette seg inn i telemedisin i disse dager, og her hadde mange delegater nyttig og evidensbasert informasjon å dele. NLL legger ut relevant informasjon til sine medlemmer på nettsiden og Facebook.

Neste GA blir avholdt i Brussel i mars 2021.

*Katrine Kvisgaard  
Logoped MNLL/cand.ed*



40 delegater fra 28 ulike land deltok på generalforsamlingen helgen 28.-29.mars. Presidenten i ESLA Norma Camilleri nr. 2 fra høyre, øverste rad.

## DISPUTAS HILDA SØNSTERUD

Cand.ed i spesialpedagogikk Hilda Sønsterud disputerte for graden ph.d. mandag 2. mars 2020 på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Tittelen på avhandlingen er *Stuttering therapy; What works for whom? Minding the body in speech - a multifaceted, individual approach to stuttering therapy.*

Veiledere har vært førsteamanuensis Melanie Kirmess ved Institutt for spesialpedagogikk, UiO, førsteamanuensis Margrethe Seeger Halvorsen ved Psykologisk Institutt, UiO, associate professor David Ward ved University of Reading i England og forsker Kristin Billaud Feragen ved Senter for Sjeldne diagnoser. Komiteen som bedømte avhandlingen og prøveforelesningen bestod av professor Glen Tellis ved Misericordia University i USA (førsteopponent), forsker Marie-Christine Franken ved Erasmus University Medical Center i Nederland (andreopponent) og førsteamanuensis Erkki Heinonen ved Psykologisk institutt, UiO (koordinator).

Den norske tittelen på doktorgradsprosjektet er *Stammebehandling – hva hjelper for hvem?* Hilda har tatt sikte på å undersøke hvilke elementer i behandlingen som oppleves som nyttige for den enkelte. Hun har inkludert elementer fra aksept- og forpliktelsesterapi (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) kombinert med logopediske stamme-modifiserende og talefokuserende elementer i behandlingsstudien hvor 21 voksne personer deltok. Prosjektet til Hilda er spennende og du kan lese mer utfyllende om det i artikkelen *Multimodal individuell stammerapi (MIST) – en aktuell tilnærming for flere?* i forrige utgave av dette tidsskriftet.

Temaet for prøveforelesningen var *Optimal Research Design and Methodology for Efficacious and Effective Stuttering Therapy that can be Replicated.* "Minding the body" var de innledende ordene til Hilda, og dette var et av elementene som gikk igjen disputasdagen. Prøveforelesningens tema kunne ved første øyekast virke svært teoretisk, men Hilda gjorde det mer praktisk ved å knytte temaet til 'Chris', en person med stamming, og hvordan en som forsker kan observere ham i hans virkelige kontekst. Hvordan er Chris sin livskvalitet, og i hvilken grad er Chris delaktig og aktivt involvert med barna sine, med kollegaer på jobben og med venner? Voksne personer med stamming blir ofte betraktet som en gruppe det er utfordrende å behandle, og tilsvarende utfordringer gjelder også for forskning på stamming. Hilda

poengterte at å forske er å gjøre mange valg, og at stammingsens komplekse natur gir mange utfordringer i forskningssammenheng. Likefremt hevdet Hilda at det er mulig å finne passende design som fanger opp elementer knyttet til mer enn stammeatferden, og samtidig teste ut virkningen under dagligdagse forhold. For, som hun understreket, jo mer kompleks fenomen som skal undersøkes, dess større sannsynlig er det at et 'mixed method design' er det beste valget. I dette valget ligger blant annet muligheten til å inkludere både kvalitative og kvantitative data. Andre viktige stikkord fra prøveforelesningen er å måle endringer over tid, ha en bredere definisjon på progresjon og mål, og å være oppmerksom på og kunne vurdere hvilke elementer personen selv opplever som mest virkningsfulle. Gjennom en stil med behersket ro og latter satte Hilda en god stemning i salen, og avsluttet med ordene «dette er den mest blandede forsamlingen jeg noen sinne har snakket til».

Etter godkjent prøveforelesning forsvarte Hilda avhandlingen sin. Avhandlingen består av en kappe og tre vitenskapelige artikler.

Opponentene roste Hilda for et solid datamateriale og spennende valg av problemstillinger. Hilda ble dessuten kalt en dedikert og empatisk kliniker, og opponentene uttrykte begeistring for at Hilda har vektlagt det individuelle perspektivet i forskningen. Hilda har nærmest vært forut for dagens forskningstrend. Opponentene gikk i dybden på hvordan Hilda har gått frem i behandling av den enkelte deltaker, og arbeidsalliansens betydning i dette samarbeidet. En pentagon (femkant), Hildas analogi på de fem ulike fokusområdene i behandlingen, ble gjennomgått med et spesielt søkelys på kropp, pust og god stemmebruk, og hvor verdi- og oppmerksomhetsbaserte elementer fra ACT utgjorde en del av denne femkanten. Gjennom disputasen ble det flere spennende diskusjoner både om forskningsdesign og stammebehandling. Ett tema omhandlet målgrupper og om Hilda sitt forskningsdesign kan benyttes til andre grupper enn personer med stamming, og om barn og tenåringer kunne hatt tilsvarende behandling som de voksne personene Hilda har fulgt i doktorgradsprosjektet. Opposisjonen ble avsluttet med spørsmålet: «Hvis det er en ting du ønsker skulle vært gjort annerledes, eller ville ha styrket studien – hva ville det være?». Hilda trakk da fram



nødvendigheten av at forsker bør bruke tilstrekkelig tid i forkant til å sikre at deltakerne har tilsvarende assosiasjoner og tolkninger til ord, utsagn og spørsmål som benyttes i spørreskjemaer som det forskeren har, og at dette gjelder også i kliniske sammenhenger.

Vi kan antagelig glede oss til videre publikasjoner, for Hilda har stort datamateriale hun ikke har presentert, og som hun ønsker å gå dypere inn i.

Vi gratulerer Hilda Sønsterud med doktorgraden!

*Karoline Hoff*

## 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 tilbud om hjelp de har rett på, fått avbrutt rehabilitering, oppfølging eller fått utsatt 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, har utløst mange spørsmål. Praktiske konsekvenser for hvordan vi best kan få gitt et tilbud som er faglig forsvarlig ut fra smittevernregler, 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*

## DERFOR ER DOKTORGRADEN DIN SÅ VIKTIG, HILDA!

Hilda, jeg kommer til å huske da jeg på vegne av NIFS holdt tale for deg under din disputas-middag. Jeg var ikke så veldig nervøs, for jeg visste hva jeg skulle si og jeg hadde tørrtrent i bilen. Men jeg var bevisst på at denne talen ville jeg bare holde én gang. Og den skulle holdes på engelsk. Ingen diskusjon. Hvorvidt min engelsk er god nok eller ei, det var mindre viktig, denne talen skulle alle som satt i salen få med seg. Fordi. Doktorgraden din, Hilda, er viktig av mange grunner. For oss som stammer. Og det er det dette innlegget skal handle om.

Med doktorgraden har Hilda Sønsterud kartlagt hvilke mål og ønsker personer som oppsøker hjelp for sin stamming selv har. Da mener hun det er viktig at logopedene ser hele personen i den sammenhengen han eller hun er i, og at logopedene forstår hvilke arenaer som er av betydning for den enkelte. For å få til dette og at personen som stammer skal oppleve behandlingen som relevant og meningsfull, mener Hilda Sønsterud det er viktig med et konstruktivt og tett samarbeid mellom logoped og den enkelte, definert som arbeidsalliansen, som sier noe om kvaliteten i samarbeidet mellom logoped og en person som stammer.

Høres dette kjent ut for oss som stammer? Har vi opplevd noe som kan minne om dette? Ja, det vil jeg tro. Og det er noe av poenget. Mange av dere logopeder har nok tenkt i disse baner allerede, men doktorgraden er et vitenskapelig arbeid som dokumenterer og analyserer betydningen av den formen for logopedi, sammen med personen som stammer.

Selv hadde jeg en logoped for 15-16 år siden som hadde en slik tilnærming, og for meg var det et virkelig stort vendepunkt. Jeg følte at jeg ble sett og tatt på alvor, og ikke bare var en taleflyt-teknisk «case». Jeg er sikker på at flere av tidsskriftets lesere har liknende erfaringer. Ikke bare er arbeidsalliansen gjenkjennelig for

mange, men den er også viktigere enn tidligere antatt. Hilda Sønsteruds oppfordring til alle landets logopeder er at *«vi logopeder bør legge til rette for at personen skal kunne gi konstruktive tilbakemeldinger underveis i oppfølgingen»*. Dette er viktig fordi et godt samarbeid er avhengig av en gjensidig dialog der man sammen finner frem til den best individuelt tilpassede behandlingen.

Mange av funnene i doktorgraden har vi som stammer visst om og kjent på i mange år. Nå får vi endelig bekreftet vår oppfatning og våre hverdagslige erfaringer fra Norges fremste logoped gjennom en svært viktig doktorgrad. På vegne av NIFS vil jeg si at vi håper doktorgraden kan bidra til en kursendring i norsk logopedbehandling. Personen som stammer bør i langt større grad enn før bli involvert i utformingen og gjennomføringen av behandlingen, og man bør sammen komme frem til en mer spisset behandling som passer den personen det gjelder.

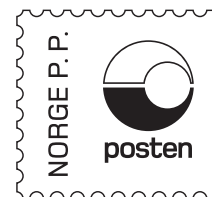
For NIFS, og for meg, Hilda, er ikke du bare en dyktig logoped som har skrevet en viktig doktorgrad. På Schafteløkken under disputas-middagen en mandags kveld i mars sa jeg innledningsvis hvordan vi i starten av mitt lederverv ble kjent; at jeg den første tiden var veldig opptatt av å gjøre så mange direkte sendte radiointervjuer som mulig for å snakke om stamming og NIFS, men at jeg ikke visste helt hva jeg skulle si. Da pleide jeg å ringe deg, og si: «Hilda, jeg skal på radio, kan du gi meg en oppdatering på nyeste forskning som jeg kan snakke om et treminutters-intervju?». Og du hjalp meg hver gang, du var alltid imøtekommende og interessert i å bidra.

For meg var det en form for logopedbehandling, Hilda. Takk!



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

[post@stamming.no](mailto:post@stamming.no)



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

## INNHOOLD

<b>Redaktøren</b> <i>Jannicke Vøyne</i> .....	s. 3
<b>Nytt fra styret</b> <i>Gro Nordbø</i> .....	s. 4
<b>Voksne CI-brukeres post-operative erfaringer</b> <i>Kari Edna Dickenson, Elisabeth Hesjedal og Wenche Andersen Helland</i> .....	s. 6
<b>Kokleaimplantat: Den vanskelige tverrfaglige dialogen</b> <i>Arnfinn Muruvik Vonen</i> .....	s. 16
<b>Barn med cochleaimplantater: Hørsel, evnetesting, pedagogisk tilrettelegging og språktrening</b> <i>Ingebjørg Skaug</i> .....	s. 22
<b>Apper ved afasi – ny nettside for logoped</b> <i>Line Haaland-Johansen, Nina Helen Erikstad, Hedda Døli og Marianne Brodin</i> .....	s. 36
<b>Referat: logopediens dag markert i Vestland logopedlag</b> <i>Froydis Morken</i> .....	s. 40
<b>Referat: Referat fra ESLA (CPLOL)</b> <i>Katrine Kvisgaard</i> .....	s. 43
<b>Referat: Disputas Hilda Sønsterud</b> <i>Karoline Hoff</i> .....	s. 44
<b>Yrkesetikk: I disse koronatider</b> <i>Torhild Toft</i> .....	s. 46
<b>NIFS: Derfor er doktorgraden din så viktig, Hilda!</b> <i>Martin Aasen Wright</i> .....	s. 47