

Norsk tidsskrift
for logopedi

Mars 2018
Årgang 64

Logo

PEDEN 1|18



ARTIKLER OG ANDRE BIDRAG

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

Redaksjonen er svært glad for at du vil skrive i Norsk tidsskrift for logopedi. Hvis du følger noen praktiske og tekniske råd, sparer du redaksjonen for mye arbeid.

PRAKTISKE OG TEKNISKE RÅD

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

FORSKNINGSARTIKLER

Norsk tidsskrift for logopedi er anerkjent som et vitenskapelig tidsskrift. Dette innebærer at redaksjonen har et system for fagfellevurdering av forskningsartikler. Vi publiserer forskningsartikler av relevans for det logopediske fagfeltet. Artikkelen kan være empiriske artikler, litteraturstudier, teoretiske artikler, metodeartikler eller kasusstudier. En fagfelleordning krevrer tid og innsats, og det forutsettes derfor at manuskriptet ikke er innsendt til, og vurderes av, andre tidsskrifter samtidig. Artikler som publiseres i Norsk tidsskrift for logopedi vil bli gjort tilgjengelig på Norsk logopedlags hjemmesider og på Utdanningsnytt.no. Se Norsk logopedlags internett-side 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. 01.01.2017

- 1/1 (175 mm b x 221 mm h) side - kr. 3.900,-
 - 1/2 (175 mm b x 109 mm h) side - kr. 2.400,-
 - 1/4 (175 mm b x 53 mm h - 86 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 utsende (faktureres seperat).

Annonsekontakt: ingvildroste@hotmail.com



STYRET I NLL

Leder Solveig Skrolsvik
nll.norsklogopedlag@gmail.com
Tlf.: 909 44 370

Nestleder Katrine Kvisgaard
nll.norsklogopedlag@gmail.com

Kasserer Inge Andersen
kasserernll@gmail.com
Tlf.: 97723076

Sekretær Anne Katherine
Hvistendahl
nll.sekretar@gmail.com

Styremedlem Signhild Skogdal
signhild.skogdal@uin.no
Tlf.: 928 67 932

Nettansvarlig Helmine Bratfoss
helmineb.nll@gmail.com
Tlf.: 934 99 535

Varamedlem Elisabeth
Jørgensen
elisabeth.jorgensen.nll@gmail.com

YRKESETISK RÅD

Leder Trine Lise Dahl
nll.yrkesetisk@gmail.com
Tlf.: 995 42 063

Medl. Helge Andersen
Medl. Ingrid Steineger Dahl
Varamedl. Erik Reichmann

FAGUTVALGET

Leder Monica Knoph
monica.knoph@iln.uio.no
Tlf.: 22 85 80 78

Medl. Anne Lise Rygvold
Medl. Stian Barbo Varland
Varamedl. Linn Stokke
Guttormsen

NTL: NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

Red. Jannicke Karlsen
Medl. Jannicke Vøyne
Medl. Ingvild Røste
Medl. Julie Wilsgård Olsen

SALGSREPRESENTANT

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

ARKIVAR

Styret i NLL er ansvarlig for arkivet.
nll.norsklogopedlag@mail.com

UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Leder Ole Petter Andersen
opa@halden.net
Tlf.: 918 87 572
Medlem Gøril Hallangen
Medlem Sine Brubak
Varamedlem Malin Ude von Schantz

VALGKOMITÉ

Leder Gunder Eliassen
Medl. Brit Karin Sørland
Medl. Brit Hauglund
Varamedl. Berit Småbakk

LEDERE I REGIONSLAG

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

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

Oslo Mona Aashamar
leder.oslo.logopedlag@gmail.com

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

Agder

Liv Therese Norberg Haga
agderlogopedlag@gmail.com

Hedmark og Oppland

Hege Myhre Johnsrud
hege.myhre.johnsrud@lillehammer.kommune.no

Nordland Heidi Hansen
nordland.logopedlag@gmail.com

Troms og Finnmark

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

Østfold

Veronika Trenum Berg
ostfold.logopedlag@gmail.com

Rogaland

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

Trøndelag ingen leder for øyeblikket. Kontaktperson/styremedlem er Anita Døhl, mailadr.anitadohl@gmail.com

Hordaland

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

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

Redaktør: Jannicke Karlsen – Tlf. 22 85 81 32 / 944 37 191 – jannicke.karlsen@isp.uio.no

Redaksjonsmedlem: Jannicke Vøyne – Tlf. 995 77 269 – j-voyne@online.no

Redaksjonsmedlem: Ingvild Røste – Tlf. 480 57 974 – ingvildroste@hotmail.com

Redaksjonsmedlem: Julie Wilsgård Olsen – Tlf. 988 12 682 – julie.olsen@ude.oslo.kommune.no

Norsk Logopedlags web-side: www.norsklogopedlag.no

Nettansvarlig: Helmine Bratfoss – Tlf. 934 99 535 – helmineb.nll@gmail.com

Grafisk formgiver/Trykk: Lura Trykkeri AS

Forside: Harry Welten **Forsidefoto:** Ketil Born/Samfoto

ISSN: 0332-7256

Kjære leser,

vi er allerede godt inne i 2018, med OL og hva året ellers har bragt så langt. En ting jeg har blitt enda mer overbevist om i dette året er hvor stor betydning autorisasjonssaken har for norsk logopedi. Jeg håper virkelig at dette året vil gi oss en positiv avslutning på autorisasjonssaken. Og dersom det ikke går som vi håper må vi fortsette å kjempe. Uansett fortjener alle dere som har jobbet for saken en stor takk!

I tidsskriftet presenterer vi ofte referater fra disputaser. Dette gjør vi fordi vi ønsker å informere om ny logopedisk forskning og å vise det økende antallet logopeder som tar doktorgrad. På den måten kan dere selv søke opp ytterligere informasjon dersom det er doktorgradsprosjekter som er spesielt aktuelle for dere. Som hovedregel presenterer vi referater fra disputaser med logopeder, men vi gjør unntak dersom det er disputaser som vi mener har høy relevans for logopedisk praksis. I siste nummer hadde vi tre disputasreferater. I to av disse forsvarte logopeder sin doktorgrad: Styremedlem i NLL og tidligere redaktør i tidsskriftet, Signhild Skogdal, disputerte ved Universitetet i Tromsø, og Hilde Hofslundsengen, som vi beklageligvis glemte å titulere *logoped MNLL*, disputerte ved Universitetet i Oslo. I tillegg valgte vi å trykke et referat fra disputasen til Pernille Hansen. Hansen er ikke logoped, men vi vurderte at temaet for disputasen var meget relevant for logopeder (kartleggingsverktøy for flerspråklige barn). Når det gjelder referater fra disputaser er vi imidlertid avhengig av at dere kan bidra med å skrive og sende oss referatene. Dette gjelder i særdeleshet de disputasene som foregår utenfor Oslo, og gjelder for øvrig også andre arrangement som det kan være nyttig for logopeder å få informasjon om.

I dette nummeret kan vi by på mye interessant. Vi har fått inn to tekster som jeg har lyst til å trekke fram av tre grunner: først fordi det viktig at vi logopeder stiller oss åpne, men kritiske, til nye metoder og tilnæringer, nest fordi vi bør drive evidensbasert behandling, og sist fordi jeg håper at tekstene kan være til inspirasjon for andre. Den ene artikkel skrevet av Tommy Olsen, og i artikkelen går han kritisk inn og diskuterer sammenhengen mellom kosthold og stamming med bakgrunn i forskning. Bakgrunnen er at han leste om en protokoll som er publisert på et tilsynelatende seriøst nettsted, og som skal gi redusert stamming dersom man følger den. Den andre er en tekst på lesernes side der Gry Sandland argumenterer for at oralmotorisk muskeltrening ikke er hensiktsmessig for personer med Parkinson sykdom, fordi sykdommen ikke kjennetegnes av muskelreduksjon eller lammelser. Om det finnes andre erfaringer og kunnskap der ute må dere gjerne skrive til oss om det.



Jannicke Karlsen



Julie W. Olsen



Jannicke Vøyne



Ingvild Røste

Når to eller flere tilstander forekommer samtidig kan det komplisere både forståelsen av vansken og behandlingsforløpet: I dette nummeret presenterer vi to fagartikler om komorbiditet: en om komorbiditet og språkvansker i barnehagen, og en om lesevansker og komorbide tilstander. Den sistnevnte artikkelen presenteres i to deler, hvor del 1 presenteres i dette nummeret og del 2 i neste nummer. Vi har også en beskrivelse av erfaring med å starte opp grupper for brukere med Parkinson og to innlegg knyttet til yrkesetikk, både et innlegg om #metoo fra Yrkesetisk råd og et innlegg knyttet til logopedhjelp i skolen.

Vi ønsker å tipse dere om blogger vi synes er gode, og i dette nummeret har vi trykket et innlegg fra bloggen til Dorothy Bishop. Utover dette har vi blant annet også innlegg fra våre faste bidragsyttere, styret i NLL og NIFS, og en bokanmeldelse. Bokanmeldelser av nye bøker, eller bøker som har vært betydningsfulle i deres logopediske praksis, er noe vi gjerne tar i mot.

I anledning den europeiske logopediens dag 6. mars, presenterer vi et intervju med logoped og professor Kari-Anne Bottegaard Næss om alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK), som er årets tema. Vi håper at mange av dere logopeder vil markere dagen, bidra til å synliggjøre vår profesjon og øke kunnskapen om ASK!

Hilsen Jannicke

Styret startet sitt arbeide i 2018 med å arrangere sin Konferanse om logopedutdanningen i Norge. Temaet for årets konferanse var orientering om arbeidet i utdanningsgruppen så langt, og logopedisk grunnutdanning og mulige spesialiseringsordninger. Interessen for, og deltakelsen på, utdanningskonferansen er stor. Alle utdanningsinstitusjonene som tilbyr logopedutdanning deltok i år som tidligere år. Det har også vært et meget godt samarbeid mellom de ulike institusjonene gjennom arbeidet i utdanningsgruppa. Styret ønsker at det i budsjettperioden 2018-2020 blir satt av midler til videreføring av dette arbeidet. Dette blir en sak for landsmøtet 2018. Referat fra disse konferansene ligger på vår hjemmeside.

I etterkant av utdanningskonferansen, hadde styret styremøte og arbeidshelg på Scandic Fornebu. Foruten vanlig styremøtesaker, var hovedfokuset på Vårkonferansen, Landsmøtet 2018 og landsmøtesaker. Vårkonferansen skal avholdes våren før et landsmøte. Det er regionslagsledere og tillitsvalgte i ulike råd og utvalg som får innkalling til denne konferansen. Her skal vi gå gjennom protokollen fra Høstkonferansen, som ble avholdt høsten 2017, samt forberede saker til landsmøtet. I løpet av helgen hadde vi også et møte med arrangementskomitéen for landsmøtet 2018.

I alle regionslag blir det i starten av året avholdt årsmøter. Styret registrerer at det er mye aktivitet i de ulike regionene. Til våre medlemmer som har avsluttet sitt arbeid som frivillig tillitsvalgte, vil vi rette en stor takk for alle de timene dere har lagt ned i arbeidet for NLL. Og takk til nye tillitsvalgte som vil gjøre en innsats for NLL. Lykke til med et spennende arbeid!

Logopediens dag blir arrangert 6. mars. Katrine Kvisgaard fra styret sitter i CPLOLs arbeidsgruppe som lager materialet til denne dagen hvert år. I år er temaet alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). De som ønsker det kan gå inn på NLLs eller CPLOLs nettsider og laste ned materialet. Regionslagene har også fått tilsendt materialet. Det er linker til videoer om alternativ og supplerende kommunikasjon, referanser til aktuell litteratur og en kort innføring i temaet skrevet av professor Susan Balandin fra Australia. Vi håper mange logopeder markerer dagen!

Privat utvalg arrangerer også i år sin konferanse for privatpraktiserende logopeder. Denne vil avholdes fredag 27. april på A-hus. Konferansen er et viktig møtested for våre logopeder som driver privat praksis. På konferansen stiller både Helfo og utstillere som tilbyr digitale løsninger for oppgjør.

Styret har sendt ut påminnelse til våre regionslag om at vi ønsker tilbakemelding på om noen av våre medlemmer skal tildeles hederstegn under landsmøtet 2018. Norsk Logopedlag gir sine medlemmer som har gjort en innsats over lengre tid, en synlig takk. Dette er i form av en nål kantet med gull eller sølv. Hederstegn i sølv deles ut til de medlemmene som har 10 års innsats for NLL. Hederstegn i gull deles ut til de medlemmene som har 20 års innsats for NLL. Begge hederstegnene gis for innsats på alle nivå, og innsatsen behøver ikke være sammenhengende. I tillegg til hederstegn i sølv og gull, kan også NLL dele ut æresmedlemskap til medlemmer eller andre som har gjort en spesiell innsats for NLL. Både medlemmer og styret kan fremme forslag om utnevning av æresmedlemmer. Det er styret som vurderer og avgjør en eventuell utnevning, og dette bekjentgjøres på landsmøtet. Opplysninger om hvem som skal ha hederstegn i sølv eller gull, og forslag til æresmedlemskap, kan sendes til vår sekretær på nll.sekretar@gmail.com

Tiden mot NLLs Sommerkonferanse og Landsmøte går fort. Hotellet hvor arrangementet skal foregå, ligger vakkert til på Fornebu. Arrangementskomiteen, Fagutvalget og styret i NLL ser fram til å ønske dere velkommen til dager med faglig påfyll, sosiale sammenkomster og et landsmøte hvor vi legger føringer for videre arbeid i NLL.

Styret vil ønske alle våre medlemmer en riktig god vår.



Solveig Skrolsvik

Leder



NORSK
LOGOPEDLAG

nll.norsklogopedlag@gmail.com



Foto: pixabay.com + red. Helmine Bratfoss

Hvem kan publisere på NLLs nettsider?

Ettersom NLL er en frivillig interesseorganisasjon har vi ingen kommersiell annonsering på våre hjemmesider og Facebook. All informasjon som legges ut av nettansvarlig må derfor gjennom et lite filter. Dette ble vedtatt fordi NLL ikke har ressurser til å legge ut alt som blir sendt til oss og for at vi da skal kunne kvalitetssikre det som legges ut på vår hjemmeside. NLL får jevnlig henvendelser fra ulike aktører om å dele informasjon om kurs eller andre hendelser. Det kan være vanskelig å skille hva vi bør og hva vi ikke bør dele informasjon om. Styret har tatt en prinsipiell avgjørelse på hva vi skal legge ut av informasjon og invitasjoner på hjemmeside og Facebook.

Vedtak:

NLL kan legge ut invitasjoner til kurs fra følgende:

- NLL representert ved styret, fagutvalget og Utvalg for privat praksis
- Regionslag tilknyttet NLL
- Statped
- Universiteter
- Sykehus
- Utenlandske søsterorganisasjoner og andre organisasjoner NLL er tilknyttet
- Brukerorganisasjoner (Afasiforeningen, LHL, andre)
- Stillingsannonser for logoped

Andre aktører kan annonsere i Norsk tidsskrift for logopedi. Det hender i blant at grensen kan være vanskelig å sette. Enkelte driver kanskje privat og samarbeider med universiteter og liknende. Vi takker for at aktuelle aktører tenker gjennom dette før de velger å henvende seg til norsk logopedlags web.

Vil man annonsere, er man hjertelig velkommen til det gjennom Norsk tidsskrift for logopedi – som også legges ut på nett. Oppdatert kursliste legges også ut på våre hjemmesider.

*Mvh Helmine Bratfoss
Nettansvarlig NLL*

Barn med ADHD og språkvansker i barnehagen

HVORDAN FREMSTÅR DE, OG HVORDAN KAN DE FORSTÅS?

ADHD og språkvansker forekommer ofte sammen. I denne artikkelen vil vi sette lys på kjennetegn for begge vansker, hva som kan karakterisere sameksistens og hvordan man kan identifisere og skille vanskene fra hverandre. Vi ser også på felles kognitive årsaksfaktorer og noen prinsipper for pedagogisk tilrettelegging i barnehagen.

Atferd som ikke endrer seg

Det kan noen ganger være utfordrende for pedagogisk personale i barnehagen å forstå hvorfor et barn de oppfatter til å ha normale intellektuelle evner, ikke får utnyttet disse optimalt i hverdagen. Barnet kan fremstå som uoppmerksomt, urolig og impulsivt, og det rår bekymring for dets utvikling både av lek, sosial mestring og kognitive funksjoner. Når personalet i tillegg ser at barnet ikke endrer atferd i takt med modning, blir de ekstra bekymret.

Hva kan atferden være uttrykk for?

Det er nærliggende å tenke at uro, uoppmerksomhet og impulsivitet kan forklares som tegn på *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), da en slik diagnose stilles ved hjelp av kriteriene for oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. Atferden kan imidlertid ha helt andre årsaker og forklaringer. Det kan for eksempler være tegn på

atferdsvansker, språk- og kommunikasjonsvansker, lærevansker, generelt forsinket utvikling, angst og emosjonelle vansker, tilknytningsforstyrrelse, omsorgssvikt, sanseforstyrrelser – syn og hørsel, motoriske vansker, søvnvansker, traumer etter hodeskade, reguleringsvansker, sosiale vansker med mer. Flere vansker kan dessuten forekomme samtidig. Karakteristika ved barns ulike vanskeområder overlapper så mye i barnehagealder, at det er vanskelig å ha noen sikker formening om årsaksforhold til vanskene de kan vise (Gillberg 2014).

Vansker med uro og oppmerksomhet viser seg tydelig i leksituasjoner. Lek stiller store krav både til sosial fungering og språklige ferdigheter. Selv barn under tre år bruker språk i lek, og for at leken skal flyte er det avgjørende at barna forstår hverandre. Det viser seg at språksvake toåringler fungerer langt dårligere i lek enn sine jevnaldrende, og kan derfor falle



Torunn Einbu

har bakgrunn som lærer, musikkterapeut og logoped og har erfaring fra Habilitering og PPT.
E-post: torun.einbu@statped.no



Yuliya Haugland

er utdannet lærer og psykolog, og har lang erfaring fra det pedagogiske feltet.
E-post: yuliya.haugland@statped.no

Torun Einbu og Yuliya Haugland jobber som seniorrådgivere i Statped i avdelingene språk/tale og sammensatte lærevansker. De har bred praksiserfaring med barn og unge med ADHD og språkvansker, med fokus på tidlig identifisering og pedagogisk tilrettelegging. I tillegg skriver de artikler og holder kurs om dette temaet.

utenfor sosialt (Stangeland, Wagner og Reikerås 2014).

Lek og samspill forutsetter også at barn skal kunne regulere og tilpasse atferden til felles regler, hemme impulser og være oppmerksomme.

Vygotsky (2007) argumenterte for at språk spiller en viktig rolle i utvikling av selvreguleringsfunksjoner. Mens de aller yngste barna bruker språk parallelt med lek, bruker større barn språket for å planlegge lek og annen aktivitet. Senere blir språket internalisert, og barnets indre stemme begynner å regulere atferd. Et barn med svake språkferdigheter kan derfor få reduserte muligheter til regulering av egen atferd. Dette understreker betydningen av å tenke vidt når man skal vurdere barns samspillsvansker allerede i barnehagealderen.

Det er hyppig forekomst av oppmerksomhetsvansker og språkvansker sammen, og mange barn med språkvansker har i løpet av årene i tillegg fått ADHD-diagnose (Leonard, 2014). Det er forståelig at det kan være utfordrende å opprettholde oppmerksomhet over tid hvis man også strever med å forstå og uttrykke seg språklig. Å ha store oppmerksomhetsvansker kan redusere barns evne til å skille språklige detaljer og dermed forsinke språktilegnelsen. Slik sett kan språkvansken bli en følgevanske av barnets oppmerksomhetsvanske. Fremstår et barn med store forståelsvansker, kan frustrasjon over ikke å forstå utvikle seg til et mønster av uro og uoppmerksomhet (Leonard 2014). Utfordringen er at den ene vansken kan dekke over den andre, og det kan derfor bli svært komplisert å differensiere og forstå hva som er hva.

Sameksistens av ADHD og språkvansker

Før vi ser på sameksistens av ADHD og språkvansker, er det nødvendig med noen begrepsavklaringer.

ADHD er en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse som defineres ved hjelp av atferdskriterier på tre områder: oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. Symptomene skal ha vart i minst seks måneder, være klart avvikende i forhold til alder/utviklingsnivå og ha negativ innvirkning på sosiale, skolemessige eller yrkesmessige aktiviteter. Det finnes tre typer ADHD:

- Hovedsakelig hyperaktiv-impulsiv
- Hovedsakelig uoppmerksom
- Kombinert (både hyperaktiv-impulsiv og uoppmerksom)

Alvorlighetsgrad klassifiseres som mild, moderat og alvorlig (American Psychiatric Association, 2013). Generell forekomst av ADHD hos barn er 3-5 % (Folkehelseinstituttet 2016).

Begrepet spesifikke språkvansker (SSV) oversatt fra engelske SLI (Specific Language Disorder), som er mest brukt i USA (også i Norge), beskriver barn som ikke har språklige ferdigheter som forventet for alder. De har vedvarende vansker med tilegnelse og bruk av språk på tvers av alle modaliteter, og inkluderer begrenset vokabular, begrensede evner til å sette sammen ord og endelser til meningsfulle setninger, samt vansker med å binde sammen ord til et hendelsesforløp, eller bruk av språk i samtale. Barnet har normale ikke-språklige evner, og vansken skyldes ikke hørsel eller andre utviklingsmessige, medisinske forhold (American Psychiatric Association 2013). Man regner at ca. 7 % av 5-åringer har SSV (Leonard 2014). Barnas kjernevanske er å fastholde, huske og lære seg nye ord/begreper. Forklaringer på hvorfor barn utvikler språkvansker har vært i endring, men flere har antatt at det dreier seg om et redusert fonologisk minne (Leonard 2014). I løpet av de to siste årene har en internasjonal ekspertgruppe imidlertid kritisert SSV-betegnelsen til å være begrensende, og hevder at barn med SSV er relativt sjeldne. De trekker frem at det er ingen evidens for at barn med SSV responderer ulikt på intervensjon, eller har ulike årsaksforklaringer på vansken, som skiller dem fra andre barn med språkvansker. Ekspertgruppen erstattet derfor SSV-betegnelsen med Developmental Language Disorder (DLD) (Bishop et al. 2016). Begrepene SSV og DLD overlapper en god del, men barn med DLD blir av ekspertgruppen karakterisert til å ha mest tydelige problemer med bruk av ord og setninger til å uttrykke meninger. For mange barn med DLD er også språkforståelse en utfordring, selv om dette ofte ikke er evident før barnet har fått en formell språkvurdering. DLD kan også affisere pragmatikk, verbalt minne og læring, samt fonologiske vansker, som igjen kan ramme uttale og leseferdigheter. I Norge har debatten om en norsk betegnelse av DLD nettopp startet, så foreløpig ser man at både SSV og DLD er i bruk. I denne artikkelen forholder vi oss hovedsakelig til SSV.

ADHD og språkvansker forekommer ofte sammen. Språkforstyrrelser og andre utviklingsforstyrrelser er registrert hos omkring én av fire (25 %) av barn og unge (6-17 år) med ADHD-diagnose (Folkehelseinstituttet 2016). Blant barnehagebarn med ADHD finner vi liknende forekomst, og så mange som 25 % har i tillegg en spesifikk språkforstyrrelse (Redmond 2016). Et kjerne-spørsmål, som man i dag har lite data på, er imidlertid om

vanskene eksisterer isolert side om side, eller om de påvirker hverandre. Hvis det siste er tilfellet, kan sameksistensen komplisere en differensieringsprosess (Redmond 2016).

Vår erfaring med barn som har ADHD og språkvansker er at barnehagepersonalet først og fremst legger merke til hyperaktiv og impulsiv atferd. Oppmerksomhetsvansker og utfordringer med språk blir ikke like synlige, og det er lett å overse dem. Dette kan føre til at mange urolige barn med språklige utfordringer ikke får den hjelpen de trenger (Rohrer-Baumgartner et al. 2013).

Kan man skille språkvansker og ADHD?

Vi har tidligere beskrevet hvordan SSV kan karakteriseres og hvilke vansker barn med SSV kan fremstå med. Siden ADHD og språkvansker ofte forekommer sammen, anbefales det i utredningsprosessen å bruke standardiserte tester som kan identifisere SSV. Det er vanlig å diagnostisere SSV ved hjelp av eksklusjonskriterier og IQ-diskrepans, for å kunne tydeliggjøre om barnet har normale non-verbale, kognitive ferdigheter. Flere studier viser imidlertid at det i tillegg kan være nyttig å bruke kognitive markører. Non-ord repetisjon (fonologisk arbeidsminne) og setningsminne vurderes som viktige, kognitive markører for SSV (Melby-Lervåg 2010). En annen fordel vil være at markøren kan bli påvist på et tidlig tidspunkt og dermed kunne gi muligheter for å initiere relevante tiltak i en tidlig fase. Slike kartlegginger vil, i kombinasjon med intervjuer, observasjoner og skalaer som beskriver språklige og atferdsmessige forhold, kunne bidra til differensiering av SSV og ADHD (Redmond 2016).

Det er stor variasjon når det gjelder språk og kommunikasjonsferdigheter hos barn med ADHD. Noen klarer seg relativt bra, men de fleste viser generelt dårligere språkkompetanse enn jevnaldrende. Mange sliter med å ta språklig initiativ, etablere felles fokus, vite hva det passer seg å snakke om, regulere samtalen, svare, gi og ta tur, opprettholde samtalen og temaet, oppklare misforståelser og avslutte samtalen (Green et al. 2014).

Studier har sammenlignet språkprofiler hos barn med ADHD og barn med SSV og funnet at begge gruppene har store vansker med sosial bruk av språk. SSV-gruppen skiller seg imidlertid signifikant fra ADHD gruppen ved å

viser store vansker relatert til strukturelle aspekter ved språket (oppbygging av ord og setninger, bruk av grammatiske regler, forståelse/ mening). Barn som har både ADHD i komorbiditet med og SSV, vil slite med både strukturelle aspekter ved språket og bruk av språket i sosiale settinger (Helland 2012; Tannock 2014).

Har ADHD og språkvansker felles kognitive årsaksfaktorer?

Både SSV og ADHD forklares med multifaktorielle årsaker, som genetiske, nevrologiske, biologiske og miljømessige forhold (Rygvoold og Klem 2016). Kan det da være slik at noen felles kognitive faktorer til dels kan forklare ADHD og språkvanskers hyppige sameksistens?

Barn med ADHD (kombinert type og hovedsakelig uoppmerksom type) har oppmerksomhetsvansker. Det gir seg utslag i at de kan være lite nøyaktige med hensyn til detaljer eller gjøre slurvfeil, har ofte vansker med å opprettholde oppmerksomheten i oppgaver eller lek, synes ofte ikke å lytte når de snakkes til, følger ofte ikke instruksjoner og mislykkes i å gjennomføre oppgaver, har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter, unngår ofte/misliker eller vegrer seg mot å gjennomføre oppgaver som krever vedvarende mentale anstrengelser, mister ofte ting som er nødvendige for oppgaver og aktiviteter, blir ofte distraheret av uvesentlige stimuli, og er ofte glemsomme i daglige gjøremål (American Psychiatric Association 2013).

Oppmerksomhetsfunksjoner synes også å være en betydelig komponent i barns utvikling av språklige ferdigheter. En metaanalyse viser at barn med språkvansker strever med både verbal og ikke-verbal oppmerksomhet over tid (Kapa og Plante 2015). Betydelige oppmerksomhetsvansker kan forsinke et barns språktilegnelse, og oppmerksomhetsvansker kan være en følge av at et barn har store forståelsesvansker. En grundig vurdering av språklige detaljer vil kunne avdekke at årsaksforholdene vil være ulike (Leonard 2014).

Mange barn med ADHD har et langsomt prosesserings-tempo (Cardy et al. 2010). Barn med SSV kan vise langsomhet i både språklig og ikke-språklig prosessering. Det kan hemme sentrale operasjoner i språktilegnelsen, som å analysere tale og skille morfemer og ord fra hverandre, noe som er avhengig av et visst tempo (Kail 1994 i Kapa

& Plante, 2015). Vi vil anta at langsomt prosesserings-tempo kan være en felles kognitiv faktor for ADHD og språkvansker.

Barnehagebarn med ADHD har ofte problemer med eksekutive funksjoner – evner til å kontrollere og styre følelser og atferd (Sonuga-Barke 2003; Skogan 2015). Følgende funksjoner antas å spille en viktig rolle: hemning av impulser, kontroll av følelsesreaksjoner, arbeidsminne, indre språk, planlegging, organisering og initiativ/igangsetting. Flere studier indikerer svakere eksekutive funksjoner hos barn med språkvansker enn barn med typisk språkutvikling på samme alder (Vissers et al. 2015), men man vet foreløpig lite om sammenhengen mellom eksekutive funksjoner og de språklige vanskene barna fremstår med (Kuusisto et al. 2016).

Barn med ADHD har ofte et nedsatt arbeidsminne (Martinussen 2005). Det argumenteres for en sterk sammenheng mellom arbeidsminnekapasitet og oppmerksomhetsevne, språktilegnelse og ekspressivt språk. Personer med svakt arbeidsminne (evne til å opprettholde og manipulere informasjonen «online») vil vise både større distraherbarhet, dårligere vedvarende oppmerksomhet og svakere reseptivt og ekspressivt språk (Tannock 2003). Samlet sett tyder ovennevnte studier på at barn med ADHD og språkvansker kan ha flere felles kognitive årsaksfaktorer, som oppmerksomhetsvansker, langsomt prosesserings-tempo, svake eksekutive funksjoner og nedsatt arbeidsminne.

Prinsipper for pedagogisk tilrettelegging i barnehagen

Fra forskning av og erfaring med barn med ADHD-relatert atferd og språkutfordringer vet vi en del om forutsetninger, risiko- og suksessfaktorer for god tilrettelegging i barnehagen (Haugland og Tangen 2012).

Blant de viktigste suksessfaktorene kan følgende nevnes (Tangen et al. 2016):

- faglig, god kompetanse innenfor begge områder forankret hos nøkkelpersoner i barnehagen
- kunnskap og forståelse hos foreldre om ADHD og språkvansker
- gode holdninger og relasjoner til barn med spesielle behov
- systematiske observasjoner, kartlegginger og tolkningskompetanse
- tydelige og evaluerbare mål
- tett samarbeid med foreldre
- kvalitetskrav til det ordinære barnehagetilbudet
- organisert, strukturert og pedagogisk målrettet innhold
- kjennskap til kunnskapsbaserte strategier for utvikling av atferd og språk
- systematisk gjennomføring og evaluering av tiltak
- fast veiledning til personale
- etablerte systemer for henvisning til andre instanser.

God tilrettelegging i tidlig alder vil fremme positiv utvikling, minimere utfordringer og forebygge utvikling av tilleggsvansker (Statped, 2016).

Konklusjon

- ADHD og SSV forekommer ofte sammen
- ADHD og spesifikke språkvansker kan ha felles kognitive årsaksfaktorer som oppmerksomhetsvansker, nedsatt arbeidsminne, svake eksekutive funksjoner og langsomt prosesserings-tempo
- Ved mistanke om én av forstyrrelsene, skal både kognitive funksjoner, språk og atferd utredes og ved behov være mål for systematiske tiltak
- Kompetanse og kvaliteter ved pedagogisk miljø i barnehagen er avgjørende for å kunne avdekke vansker og legge til rette for positiv utvikling.

Referanseliste

- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. & the CATALISE Consortium (2016). CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying Language Impairments in Children. *PLOS ONE* 11(7): e0158753
- Cardy, J. E. O., Tannock, R., Johnson A. og Johnson C. J. (2010). The contributions of processing impairments to SLI: Insights from attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Communication Disorders*, 43, 77-91.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Association.
- Folkhelseinstituttet. (2016). ADHD i Norge: *En statusrapport* (2016:4).
- Gillberg, G. (2014). *ADHD and its many associated problems*. Oxford University Press.
- Green B., Johnson K. og Bretherton L. (2014). Pragmatic language difficulties in children with hyperactivity and attention problems: an integrated review. *Journal of Language Communication Disorders*, 49 (1), 15-29.
- Haugland, Y. og Tangen, R. (2012). *Barn med ADHD i barnehagen. Tilrettelegging for trivsel, lek og læring*. Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Helland, W. et al. (2012). Language Profiles and Mental Health Problems in Children with Specific Language Impairment and Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18 (3), 226-235.
- Kapa L.L. & Plante, E. (2015) Executive Function in SLI: Recent Advances and Future Directions. *Current Developmental Disorders Reports*. 2 (3), 245-252.
- Kuustiso M., Nieminen P.E., Helminen M.T. og Kleemola L. (2016). *Executive and intellectual functioning in school-aged children with specific language impairment*, 52 (2), 127-136.
- Leonard, L.B. (2014). *Children with Specific Language Impairment*. Second Edition. Massachusetts Institute of Technology, US.
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S. og Tannock, R. (2005). A Meta-Analysis of Working Memory Impairments in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (4), 377-384.
- Melby-Lervåg, M. (2010). Kognitive markører for dysleksi og spesifikke språkvansker. *Skolepsykologi*, 6, 37-56.
- Redmond, S.M. (2016). Review Article: Markers, Models, and Measurement Error: Exploring the Links Between Attention Deficits and Language Impairments. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59, 62-71.
- Rygvold, A-L. og Klem, M. (2016). Spesifikke språkvansker – en begrepsavklaring. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 3, 18-22.
- Rohrer-Baumgartner, N., Ziener, P. Eadie, P., Egeland J., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T. og Aase, H. (2013). Language Delay in 3-Year-Old Children With ADHD Symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 20 (10), 867-878.
- Skogan, A.H. (2015). *Executive function in young preschool children with symptoms of ADHD*. AIT Oslo AS.
- Sonuga-Barke, E., Dalen, L. og Remington B. (2003). Do Executive Deficits and Delay Aversion Make Independent Contributions to Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:11, 1335-1342.
- Stangeland, E. B., Wagner, Å.K., & Reikerås, E. (2014). *Flerspråklige og enspråklige barns språklige og sosial fungering i barnehagen*. I Skaftun, A. Uppstad, P. H., & Aasen, A. J. (eds). *Skriv! Les! 2*, Artikler fra den andre nordiske konferansen om skrivning, lesing og literacy. Fagbokforlaget Oslo, 65- 90.
- Statped (2016), Fokus på tidlig innsats; læringsressurs: <http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/finn-laringsressurser/sammensatte-larevansker/Fokus-pa-tidlig-innsats/fokus-pa-tidlig-innsats2/>. Oppdatert 13.12.2016
- Tangen, R., Haugland, Y., Larsen, K. og Hafsmo, O.R. (2016) *Prosjektrapport «Tidlig identifisering og tilrettelegging for barn med ADHD-liknende atferd i barnehagen»*. Statped og UiO. Publisert online 2016: <http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/finn-laringsressurser/sammensatte-larevansker/tidlig-identifisering-og-tilrettelegging-for-barn-med-adhd-liknende-atferd-i-barnehagen/>
- Tannock, R. (2003). *Reconceptualizing ADHD in the classroom*. Muntlig presentasjon i Toronto, 27. November 2003. <http://www.acposb.on.ca/adhd/>
- Tannock, R. (2014). *Language and Mental Health Disorders: The Case of ADHD*. Published online 2014. https://cas.oslo.no/getfile.php/137590/CAS_publications_events/CAS_publications/Seminar_booklets/PDF/Convergence.pdf#page=45
- Vissers, C., Koolen S., Hermans D., Schepers A. og Knoors H. (2015). Executive functioning in preschoolers with specific language impairment. *Frontiers in Psychology*, 6:1574.
- Vygotsky, L. (2007). *Tenkning og tale*. Gyldendal akademisk. Første norske utgave fra 2001, men heftet utgave fra 2007

Komorbiditet mellom lese- og skrivevansker og andre diagnoser

Denne artikkelen er delt i to. I dette nummeret beskrives forskjellige former for lese- og skrivevansker; dysleksi, spesifikke vansker med leseforståelsen og generelle lese- og skrivevansker. Gjennomgangstemaet er hvilke andre diagnoser disse vanskene er kombinert - eller komorbide med. Oppsummering av forskningen viser at komorbiditet er svært vanlig. Lese- og skrivevansker er overrepresentert hos barn med språkvansker, talelydsvansker, autismespektrumforstyrrelser, sosial-pragmatiske kommunikasjonsforstyrrelser, ADHD, motoriske koordinasjonsforstyrrelser og andre spesifikke lærevansker.

Innledning

Formålet med denne artikkelen er å sammenfatte kunnskaper om komorbiditet mellom lese- og skrivevansker og andre diagnoser. Komorbiditet referer til samtidig forekomst av to eller flere diagnoser som kan forekomme alene (Pennington & Bishop, 2009). Komorbiditet mellom lese- og skrivevansker og andre nevro-utviklingsforstyrrelser er svært vanlig. En forutsetning for å stille enhver diagnose er at vanskene den beskriver må være vesentlig større enn hos jevnaldrende, og føre til vansker med tilpasningen (APA, DSM-5, 2013). Lese- og skrivevansker svekker i seg selv tilpasningsevnen og kan medvirke til skolevansker, drop out, begrensinger i dagligliv, sosial deltagelse og selvrealisering, innskrenkede

karrierevalg og mangelfull omstillingsevne i arbeidslivet (Snowling, 2013).

Mer enn 40 % av barn med én nevro-utviklingsforstyrrelse har minst én komorbid diagnose i tillegg (Nash et al., 2013). Diagnoser som ofte er kombinert med spesifikke lærevansker i skriftspråket er andre spesifikke lærevansker (f.eks. matematikkforstyrrelser), språkvansker, talelydsvansker, ADHD, autismespektrumforstyrrelser, intellektuelle funksjonsvansker og motoriske koordinasjonsforstyrrelser. Også depresjon, angstforstyrrelser og atferdsforstyrrelser er overrepresentert hos mennesker med lesevansker, men omtales ikke videre i det følgende (Ricketts, 2011).



Jan Erik Klinkenberg

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

E-post: jekli@frisurf.no

I denne artikkelen brukes den amerikanske psykiatriforeningens diagnosesystem DSM-5 fra 2013. I Norge er det offisielle diagnose-systemet WHO's ICD-10. Dette systemet er foreldet, og en revidert utgave, ICD-11, er underveis. Det er nedlagt et stort arbeid for å harmonisere disse to systemene. I det følgende brukes derfor DSM-5 fordi den foregriper hva som skal komme, men også fordi nesten all internasjonal forskning på lese- og skrivevansker er basert på DSM-systemet (Klinkenberg, 2014 a).

The simple view og forskjellige slags lesevansker

Målet for leseopplæringen er at barnet skal lære å avkode sikkert, kunne lese raskt og uanstrengt (flytende) og forstå det som det leser. Først da blir lesing en effektiv ferdighet for å skaffe informasjon, kunnskap og glede, og å kommunisere med andre. Oppnåelse av disse målene krever ifølge *the simple view of reading* to sett av ferdigheter (Gough & Tunmer, 1986):

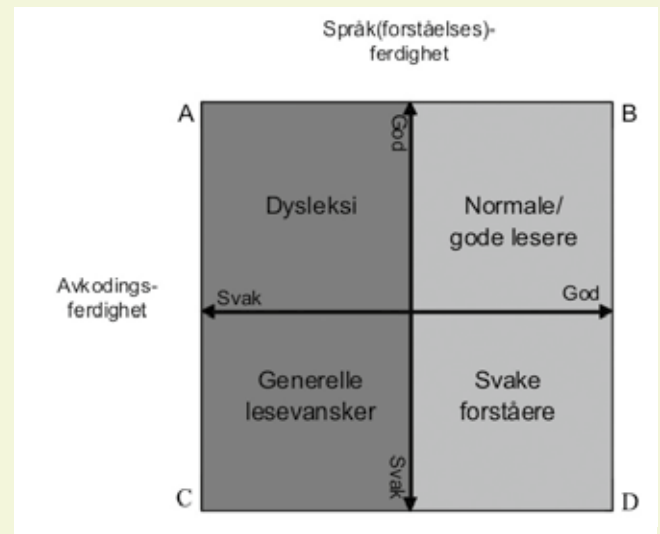
- avkodingsferdighet: effektiv ordlesingsferdighet, det vil si ferdighet i nøyaktig, hurtig og uanstrengt å oversette skrevne ord til tale. Dette bygger på ferdighet i grafem-fonem-omkodning, fonologisk prosessering, fonembevissthet og benevningshastighet. Leseflyt inngår i avkodingsferdigheten i *the simple view*.
- språkferdigheter generelt og språkforståelse (lytteforståelse) spesielt: Å forstå de avkodede ordene (vokabular) og hvordan ord og ordelementer kombineres (syntaks, morfologi, diskurs) for å formidle mening. Denne ferdigheten bygger på bredere muntlig språkmestring: semantikk, syntaks, morfologi, diskurs og verbalt minne (Hulme & Snowling, 2016).

Avkoding og bredere språkferdigheter er korrelerte, og de utvikler seg ofte parallelt: Barn med god avkoding har ofte også godt språk, og motsatt. Men de kan være dissosierte: De bygger både på felles, men også unike kognitive, lingvistiske og genetiske faktorer. Dette medfører at det finnes *generelle* lesevansker hvor begge ferdighetene er svake, og to former for *spesifikke* lesevansker hvor bare den ene ferdigheten er svakt utviklet:

- Spesifikke vansker med avkoding, leseflyt og staving: barn med dysleksi.
- Spesifikke vansker med leseforståelsen *på tross* av adekvat avkoding og flyt: barn med leseforståelsesvansker
- Generelle lesevansker: barn hvor begge ferdighetene er svake.

Variasjonene i avkoding og språkferdighet forklarer til sammen det meste av variasjonene i leseforståelse (Catts et al., 2006; 2008; 2015; 2017). I en studie ble 86 % av variasjonene i leseforståelsen bestemt av ferdighet i avkoding og brede språkferdigheter (Muter et al., 2004).

Figur 1 er en skjematisk fremstilling av *the simple view* og forskjellige former for lesevansker:



Figur 1: Skjematisk oversikt over forskjellige typer lesevansker.

Dysleksi

Dysleksi er en høyt arvelig spesifikk lærevanske som hører inn under den større gruppen av nevroutviklingsforstyrrelser. Dysleksi antas å skyldes et samvirke av flere risikofaktorer. Dette kalles en multi-årsaksteori eller multippel risikoteori (Moll et al., 2013; 2016).

DSM-5 tillater for første gang bruk av betegnelsen dysleksi som er en av seks «spesifikke lærevansker», som alle refererer til vansker med læring og bruk av akademiske ferdigheter. I DSM-5 må en spesifikk lærevanske spesifiseres som én eller flere av følgende seks:

1. Unøyaktig eller langsom og anstrengt ordlesing
2. Vansker med å forstå meningen med det som leses
3. Vansker med staving
4. Vansker med å uttrykke seg skriftlig
5. Vansker med tallsans, tallfakta eller regning
6. Vansker med matematisk resonnering

Hvis betegnelsen dysleksi brukes om 1 (og 3), krever DSM-5 at det spesifiseres hvilke av de andre spesifikke lærevanskene som eventuelt også er til stede. Generelt er det *stor* komorbiditet mellom diagnosene 1-6. Når én av dem foreligger er det en vesentlig øket risiko for én eller flere av de andre (Snowling & Hulme, 2015; 2016).

I forskeres språkbruk har betegnelsen *dysleksi* lenge referert til et mønster av unøyaktig, langsom og ressurskrevende ordavkodning, svak fonologisk avkodning, svak leseflyt og gjenstridige stavevansker. Dette på tross av god nok opplæring, intelligens, sensoriske evner og støtte hjemmefra (Snowling & Hulme, 2012a, b, 2014). Lese- og skrivevanskene må ifølge DSM-5 være «substansielt og kvantifiserbart» svakere enn forventet ut fra alder og klassetrinn, men en dysleksidiagnose baseres ikke lenger på et språk mellom IQ og avkodningsferdighet (APA, DSM-5, 2013; Snowling & Hulme, 2015; 2016). Mange som fikk en dysleksidiagnose som barn, har fortsatt vansker i staving, leseflyt og fonologisk avkodning som voksne. Kognitivt har de ofte restvansker på kompliserte prøver for fonembevissthet, benevningshastighet (RAN)¹ og verbalt minne (Nergård-Nilsen & Hulme, 2014).

Fundamentet for utviklingen av avkodning og leseflyt er barnets fonologiske og bredere språklige ferdigheter. Disse understøtter utvikling og læring av bokstavlydkunnskap, fonembevissthet, benevningshastighet (RAN) og fonologisk læring/minne. Disse ferdighetene er sentrale årsaker til individuelle forskjeller i utviklingen av avkodning og leseflyt (Carevolas et al., 2012; Hulme et al., 2015; Moll et al., 2016). Barn som lett lærer bokstavene, oppfatter og kan manipulere lydsegmenter i talte ord og er raske til å benevne, utvikler som regel adekvat eller god avkodningsferdighet (Catts et al., 2017). Barn med svak bokstav-lydlæring, svak fonembevissthet og svak RAN før- eller ved skolestart utvikler oftere avkodningsvansker og dysleksi (Melby-Lervåg et al., 2012, Hulme & Snowling, 2016).

Langt på vei kan en si at skolebegynneres bokstavkunnskap, fonembevissthet, benevningshastighet og språkferdigheter forutsier hvor raskt og lett de lærer å lese og hvor gode de blir (Klinkenberg, 2017). Desto nærmere barn kommer skolealder, desto bedre predikerer disse kjerneferdighetene utviklingen av dysleksi (Thompson et al., 2015). Ved skolestart kan barn klassifiseres med nær 80 % nøyaktighet (Klinkenberg, 2016).

Ferdighet i fonembevissthet understøtter læring av bokstavene, og læring av bokstavene fremmer utviklingen av fonembevissthet (Lervåg, Bråten & Hulme, 2009). Til sammen danner disse ferdighetene grunnlaget for å forstå og anvende det alfabetiske prinsippet til å knekke koden og avkode ukjente ord med fonologisk avkodningsstrategi. Bruk av fonologisk avkodning til selvstendig og veiledet lesing, fungerer så som en *selvlæringsmekanisme* for å danne kvalitativt gode ortografiske representasjoner (ordbilder, synsord). Barn med dysleksi henger etter i denne utviklingen. Etter hvert medfører dette at de kan for få skrevne ord, kan dem for dårlig og bruker for lang tid på å gjenkjenne dem. De har for lite- og for upresist ortografisk leksikon eller synsordvokabular. Tiltakene må dermed handle om at barna leser flere ord, leser dem riktig(ere) og leser dem flere ganger (Klinkenberg, 2018).

Det er et betydelig arvelig innslag i dysleksi: Nesten 50 % av barn født med en familierisiko, det vil si at minst én av foreldrene har dysleksi, utvikler selv dysleksi (Melby-Lervåg, 2017). Fra tidlig i livet har barn med familierisiko ofte svakheter i reseptive- og/eller ekspressive språkferdigheter: Vokabular, morfosyntaks og verbal læring sammen med svake fonologiske ferdigheter. Som gruppe tilegner barn med familierisiko seg språket litt langsommere, og er språklig litt svakere, enn kontrollbarn (Duff et al., 2015a, b; Torppa et al., 2010; 2011; 2012; Unhjem et al., 2015). Svakheterne er størst hos de av barna med familierisiko som senere utvikler dysleksi, men de finnes ofte i lett grad også blant de som ikke utvikler dysleksi (Hulme & Snowling, 2016). Hos noen av barna med familierisiko blir språksvakheter løst eller redusert til skolestart, men de synes fortsatt å ha øket risiko for å utvikle dysleksi (Snowling & Melby-Lervåg, 2016; Moll et al., 2015).

Om lag 30 % av barn med dysleksi oppfyller også de diagnostiske kriteriene for språkvansker (Gooch et al., 2014). Mange av de øvrige har lettere, subkliniske² språklige forsinkelser og svakheter (Carrol et al., 2014). Som nevnt vanskeliggjør disse svakheterne optimal utvikling av bokstavlydlæring, fonembevissthet og

¹ Rapid Automatic (Automatized) Naming. Enkelte klassifiserer RAN-prøver under begrepet RSN (Rapid Serial Naming) som også omfatter generell og seriell prosesseringshastighet (Klinkenberg, 2017).

² Subkliniske vansker betyr at barnet har vansker med den aktuelle ferdigheten, men ikke så store at de fyller kravene til en diagnose. Vanskene er under (sub) klinisk nivå. Begrepet understreker at det er en gradforskjell, ikke en kvalitetsforskjell, på mennesker som oppfyller kravene til en diagnose og de som ikke gjør det.

benevningshastighet (RAN), og hemmer utviklingen av avkodning via disse. Men språksvakheter har også en direkte negativ virkning på utviklingen av avkodning (Thompson et al., 2015). Forholdet mellom språkferdighet og avkodning illustreres også ved at barn med kliniske språkvansker kan utvikle dysleksi i tillegg til forventede vansker med leseforståelsen (Hulme et al., 2015). De har språkvansker med komorbid dysleksi.

Mange barn med ADHD, overveiende uoppmerksom- og kombinert utforming, har også dysleksi. Det er en klar sammenheng mellom de vanskene som beskrives som oppmerksomhetsvansker i kriteriene for ADHD og fonologiske vansker og benevningshastighetsvansker hos barn med en dysleksidiagnose. Dette gjelder endog før skolestart (Barkley, 2015). Kanskje har over 30 % av barn med ADHD også dysleksi (DuPaul & Langberg, 2015). De har ADHD med komorbid dysleksi.

Stanovichs (1998) fonologiske kjernesviktteori for dysleksi anses nå som en utilstrekkelig forklaring på at noen barn utvikler dysleksi. Det er ingen tvil om at gruppen av barn med dysleksi er svakere enn både jevnaldrende og lesealdermatchede i fonologisk prosessering generelt og fonembevissthet spesielt (se f.eks. Melby-Lervåg et al., 2012). Men dette er ikke en tilstrekkelig forklaring på at de utvikler dysleksi (Pennington et al., 2012; Moll et al., 2013). Noen barn med dysleksi har ikke fonologiske vansker, noen har bare lette fonologiske vansker og noen normallesere har betydelige fonologiske vansker. Dessuten har andre diagnostiske grupper som barn med språkvansker, barn med talelydsvansker og barn med ADHD ofte også fonologiske vansker. Noen av dem utvikler likevel ikke dysleksi, mens andre gjør det (Pennington & Bishop, 2009, Bishop & Haiou-Thomas, 2009).

Fonologiske vansker er en markør for risiko eller sårbarhet for å utvikle dysleksi, men forskning og teori tilsier en multiårsaksteori for dysleksi: Dysleksi er sluttresultatet av et samvirke mellom flere risikofaktorer og beskyttende faktorer (Snowling & Melby-Lervåg, 2016; Haiou-Thomas et al., 2016). Fonologiske vansker utgjør en spesielt stor risiko i kombinasjon med langsom benevningshastighet (RAN), svakheter i språk/morfologi og i verbal læring/minne (Pennington et al., 2012; Moll et al., 2013).

Nedenfor er de mest innflytelsesrike faktorene kursiverte, men ikke rangerte:

Risikofaktorer:

- *familierisiko* (foreldre og/eller søsken med dysleksi)
- *langsom bokstav-lydlæring og svak bokstavlydkunnskap*
- *fonologiske svakheter* i prøver for fonembevissthet, nonordrepetisjon og fonologisk minne
- *svak benevningshastighet (RAN – særlig alfa nummerisk: for tall og bokstaver)*
- *forsinkelse og svakheter i språkfunksjoner generelt og morfologisk kompetanse spesielt*
- *vansker med verbal læring/minne*
- *oppmerksomhetsvansker*
- *talelydsvansker*
- *svake nonverbale ferdigheter*
- *svake motoriske ferdigheter*

Beskyttende faktorer:

- *adekvat eller god benevningshastighet (RAN)*
- *godt muntlig språk - særlig godt ordforråd*
- *gode eksekutive funksjoner*. Barn med gode eksekutive funksjoner leser gjerne bedre
- *god leseopplæring med en systematisk lydmetode og lydbasert tidlig intervensjon*
- *gode nonverbale ferdigheter (PIQ \geq 100).*
- *god foreldre- og lærerstøtte, både emosjonelt og faglig*

Risikofaktorer og beskyttende faktorer samvirker, og forårsaker en kontinuerlig spredning av avkodningsferdighet og leseflyt i befolkningen. Dysleksi er laveste ende av en slik fordeling. Hvor grensen trekkes for at noe kalles for dysleksi er noe vilkårlig. Dysleksi er en dimensjonell diagnose, ikke en kategori-diagnose (DSM-5). Dette gjør at dysleksi kan oppfattes som en variant av normalitet – ikke en sykdom (Klinkenberg, 2014 a). En vanlig bekymringsgrense for dysleksi trekkes ofte ved $\pm 1,5$ standardavvik under aldersgjennomsnittet, mens $\geq \pm 2,0$ standardavvik kan gi mistanke om alvorlig dysleksi. DSM-5 åpner for klinisk skjønn i slike vurderinger. Det følger også av et dimensjonelt syn at mange barn har lettere avkodings-, flyt- og stavevansker som like fullt kan hemme dem selv om vanskene ikke vurderes som dysleksi. Eksempelvis regner Statped med at om lag 20 % av norske barn har for dårlig leseferdighet for å fungere optimalt i utdanning, yrke, dagligliv og

samfunn. De fleste av dem er gutter (Melby-Lervåg, 2017).

Det er viktig å ha i mente at de beskyttende faktorene ikke er en totalbeskyttelse. Det finnes alvorlig dyslektiske poeter og Pulitzerprisvinnere med rikt ordforråd og glimrende og kreativt språk (Shaywitz, 2003)!

Diagnose

Dysleksi kan diagnostiseres når elevens ferdigheter i ordavkodning, fonologisk avkodning (nonordlesing), leseflyt og eventuelt staving er signifikant svakere enn jevnaldrendes. I tillegg kreves det at disse vanskene forårsaker signifikante forstyrrelser akademisk, i dagliglivet, sosialt og yrkesmessig. Slike vurderinger skal baseres både på klinisk skjønn og normerte tester. I Norge har Logos (Høien, 2012) og STAS (Klinkenberg & Skaar, 2003) norske normer, men begge må anvendes med klinisk skjønn og erfaring.

I følge DSM-5 er kartlegging av kognitive og lingvistiske risikofaktorer for dysleksi ikke et krav, men diagnosen styrkes av det (Pennington et al., 2012). Relevante deltester med norske normer finnes i CELF, WISC, Språk 6-16, NEPSY, CAS, BPVT, TROG, Logos og STAS.

Spesifikke vansker med leseforståelsen:

I følge the simple view må som nevnt normale og gode lesere beherske to sett av ferdigheter:

- ferdighet i avkodning og leseflyt. Dette bygger på fonologiske ferdigheter og benevningshastighet (RAN).
- muntlige språkferdigheter generelt og lytteforståelse spesielt. Dette bygger på bredere, ikke-fonologiske språkferdigheter som semantikk, syntaks, morfologi og diskurs.

Spesifikke vansker med leseforståelsen er i DSM-5 vurdert som en egen spesifikk lærevanske som nå kalles: «*vansker med å forstå meningen med det som leses.*» (APA, DSM-5, 2013). Kjennetegn på barn med slike vansker er at de har uventet store vansker med leseforståelsen på

tross av at de har god nok avkodning og leseflyt. Barn med spesifikke leseforståelsesvansker kan lese en tekst høyt nøyaktig og flytende, men forstår, husker og kan gjengi lite av det de leser. De har svakheter i brede, nonfonologiske språkferdigheter.

Mange forskningsstudier³ viser at gruppen av barn med *spesifikke* vansker med leseforståelsen har følgende kognitive profil:

1. Svak forståelse av egenlest sammenhengende tekst på tross av normal ferdighet i avkodning og leseflyt. Leseforståelsen skal være svak også i absolutt forstand, mens lesenøyaktighet og leseflyt er innenfor normalområdet. Barn med spesifikke leseforståelsesvansker har som regel adekvate fonologiske ferdigheter og benevningshastighet (RAN).
2. Milde/moderate svakheter i bredere, muntlige, ikke-fonologiske språkferdigheter. Studiene har funnet svakheter og forsinkelser i reseptivt og ekspressivt språk, lytteforståelse, vokabular, syntaks, morfologi, diskurs, narrative ferdigheter, figurativt språk og verbalt minne – inkludert verbalt arbeidsminne, setningsminne, minne for fortellinger, pugglæring av ordlister og verbal par-assosiasjonslæring (for referanser se fotnote 3).
3. De muntlige språksvakheterne er *ikke* resultatet av lesevanskene. De er til stede alt ved 3-4 års alder, før leseopplæringen starter, predikerer senere vansker med leseforståelsen alt fra 3,5 års alder og antas å være (del) årsak til leseforståelsesvanskene (Snowling & Hulme, 2015). Årsaksforholdet sannsynliggjøres også ved at studier som bedrer barnas språkferdighet også bedrer deres leseforståelse (Bowyer-Crane et al., 2008; 2011; Clarke et al., 2010; Brinchmann et al., 2015). Uten tiltak synes de språklige svakheterne til barn med spesifikke leseforståelsesvansker, særlig i vokabular og diskurs, å øke relativt til jevnaldrende oppover i klassene (Elwér et al., 2013; 2015).
4. Foruten svakheter i bredere språkferdigheter har barn med spesifikke leseforståelsesvansker også ofte andre vansker med tekstlesing. Cain, Oakhill & Lemmon, (2004) og Cain & Oakhill (2006; 2011)

³ Bishop & Snowling, 2004; Bowyer-Crane et al., 2008; 2011; Brinchmann et al., 2015; Cain & Oakhill, 2004; 2006; 2011; Catts et al., 2002; 2005; 2006; 2008; 2015; Clarke et al., 2010; Elwer et al., 2013; 2015; Fricke et al., 2012; Hagtvedt et al., 2011; Hulme & Snowling et al., 2009; 2012; Kahmi & Catts, 2012; Muter et al., 2004; Nation et al., 2004; 2010; Pennington & Bishop, 2009; Ricketts, 2011; Ricketts et al., 2007; Snowling & Hulme, 2011; 2012; 2014; 2016. Hulme & Snowling, 2012 og Klinkenberg, 2014 b; 2018 har enkle og kortfattede beskrivelser av barn som har spesifikke vansker med leseforståelsen.

finner følgende svakheter:

- overvåke sin pågående leseforståelse og reparere den når den bryter sammen.
- trekke slutninger som binder sammen teksten og utdyper den med informasjonen fra egen kunnskapsbase. Dette krever aktivisering og bruk av en adekvat kunnskapsbase.
- selvmotivering for lesing og bruk av aktive leseforståelsesstrategier (visualisere, predikere, spørre seg selv, oppsummere o.l.). Barn med spesifikke leseforståelsesvansker leser mindre målrettet og aktivt.
- binde sammen tekstbiter til diskursforståelse. Effektiv bruk av arbeidsminnet. I forhold til vanlige lesere og barn med dysleksi, leser barn med spesifikke leseforståelsesvansker enkeltord *relativt* bedre enn sammenhengende tekst; de profitterer mindre på kontekst og at teksten er sammenhengende.

Leseforståelse krever godt muntlig språk. Derfor har gruppen av barn med språkvansker oftere svak leseforståelse. Leseforståelse krever også gode eksekutive funksjoner (selvreguleringsfunksjoner). Evnen til å fastholde og mellomlagre avkodede informasjoner og aktiverte kunnskaper lenge nok til at de kan integreres i en helhetlig hukommelsesrepresentasjon, krever eksekutive funksjoner som god kapasitet på og bruk av arbeidsminnet, fokusert og vedvarende oppmerksomhet, hemning av irrelevante assosiasjoner og innfall, organisering, planlegging og selvmonitorering (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015). Svakheter i eksekutive funksjoner er en grunn til at en god del barn med ADHD har vansker med leseforståelsen.

Nevroutviklingsforstyrrelser foreligger generelt sett ofte samtidig; komorbiditeten er høy. Eksempelvis er det et betydelig innslag av eksekutive vansker hos barn med *språkvansker, barn med autismespekterforstyrrelser og barn med ADHD* (Barkley, 2015). Det er også et betydelig innslag av språkvansker og vansker med bruk av språket både hos barn med ADHD og barn med autismespekterforstyrrelse (DuPaul & Langberg, 2015). Endelig er det en stor overrepresentasjon av spesifikke lærevansker hos barn med andre nevroutviklingsforstyrrelser i følge DSM-5 og forskning (Snowling & Hulme, 2015; 2016).

Barn som har vansker med å forstå meningen med det som leses er en heterogen gruppe; det er ulike årsaker til mangelfull mestring av opplæringspråket:

- Om lag 1/3 av de som har spesifikke vansker med leseforståelsen oppfyller også kriteriene for diagnosen (spesifikke) *språkvansker* i førskoleårene, og de har fortsatt denne diagnosen i skolealderen. Dette er en undergruppe av barn med språkvansker som knapt har vansker med fonembevissthet og benevningshastighet (RAN), men betydelige vansker med vokabular, morfosyntaks og diskurs. Derfor utvikler de normal avkodning og flyt, men svak lytte- og leseforståelse (Catts et al., 2006; Nation et al., 2004; 2010).
- Noen barn som har vansker med leseforståelsen, har også ADHD. Mange barn med ADHD har vansker både med språkets struktur, eksekutivfunksjoner og pragmatisk *bruk* av språket, og utvikler svak leseforståelse. Det er også betydelig sammenheng mellom oppmerksomhetsvanskene til barn med ADHD og svak fonembevissthet og benevningshastighet (RAN). Barn med ADHD risikerer også vansker med avkodning og leseflyt. Noen barn med ADHD har derfor også generelle lesevansker (Snowling & Hulme, 2015).
- Noen høytfungerende barn med autismespektrumforstyrrelse har spesifikke vansker med leseforståelsen. Noen av dem lærer enkelt å avkode og leser flytende, men de strever med dypere forståelse av det de leser. I ekstreme tilfelle er de «hyperlektiske»; de leser flytende, men med minimal forståelse. Som andre barn synes de muntlige språkferdighetene til barn med autismespekterforstyrrelse å være avgjørende for leseforståelsen (Ricketts, 2011)
- Noen barn har *opplæringspråket som andrespråk* og mestrer det ikke så godt. En del av dem får utilfredsstillende utvikling av leseforståelsen (Lervåg & Aukrust, 2010).
- De fleste barn som har *spesifikke* vansker med leseforståelsen har *ingen annen diagnose*. Denne gruppen har fra før skolestart og gjennom skoleløpet lettere, subkliniske svakheter i sitt muntlige språk (Bishop & Haiou-Thomas, 2009). De har som regel aldri hatt så store vansker med språket at de har fylt kriteriene for språkvansker, men *språksvakheterne* deres fører etter hvert til vansker med leseforståelsen.

Språkskårene deres ligger lavt i normalområdet eller rett under, og tilsvarende 20-30 persentilen (Nation et al., 2004; 2010). Noen av disse barna fylte tidlig kravene til en diagnose av språkvansker, men språkvanskene har avtatt til skolestart (Moll et al., 2013). Noen av dem synes fortsatt å ha subkliniske svakheter i språket med påfølgende vansker med leseforståelsen (Snowling et al., 2015)

Barn med spesifikke leseforståelsesvansker har ofte mer omfattende skolevansker enn svak leseforståelse. Språksvakheter deres hemmer også muntlig kunnskapstilleggelse som bygger på ferdighet i å forstå og lære av språklig presentert lærestoff. Svake språkferdigheter medfører også vansker med å uttrykke sine kunnskaper i talte og skrevne ord, setninger og narrativer. Svak leseforståelse kommer på toppen av dette og hemmer ofte tilvekst i ordforråd og kunnskapsbase og kan danne onde sirkler (Cain & Oakhill, 2011).

Diagnose av spesifikke vansker med leseforståelsen

Spesifikke vansker med leseforståelsen diagnostiseres når det foreligger et signifikant sprik mellom normal avkodingsferdighet og svak leseforståelse. Det nærmer seg enighet om følgende avgrensning:

- ferdighet i avkodning og leseflyt må være innenfor normalområdet.
- leseforståelsesferdigheten må tilsvare en standardskåre på 77,5 eller lavere – leseforståelsen må være *minst* ett standardavvik lavere enn avkodingsferdigheten.

I den store og grundige befolkningsundersøkelsen i York oppfylte 5,3 % av grunnskoleelever og 5,0 % av videregående elever denne definisjonen (Snowling & Hulme, 2015). De muntlige språkferdigheter til barn med spesifikke leseforståelsesvansker kan kartlegges med et batteri av utvalgte deltester fra CELF, WISC, Språk 6-16, BVPT, TROG, CAS, NEPSY, Logos og STAS.

Barn med *spesifikke* vansker med leseforståelsen har per definisjon ikke avkodingsvansker eller store fonologiske vansker. Som gruppe kan de imidlertid ha lette vansker på prøver for fonologisk bevissthet i førskolealderen. Grunnen kan være at før skolestart synes svake skårer på slike prøver *også* å avspeile en generelt svakere språkfunksjon. Både barn som utvikler spesifikke vansker med leseforståelsen og barn som utvikler dysleksi har ofte noen svakheter i muntlig språk og i fonologisk bevissthet i førskoleårene. Leseopplæringen synes å medvirke til at barn som får spesifikke vansker med lese-

forståelsen utvikler bedre fonologisk bevissthet enn barn med dysleksi (Elwér, 2013; 2015).

Barn som har spesifikke vansker med leseforståelsen *kan* ha noen svakheter med å avkode lavfrekvente, irregulære ord. Det synes å være en sammenheng mellom svakt vokabular, svak leseforståelse og svak ferdighet i å avkode lavfrekvente, irregulære ord (Ricketts et al., 2007). Slike ord lar seg ikke enkelt avkode ved fonologisk avkodning. Adgang til det talte ordet fra staveuttalen – som lyderingen resulterer i – understøttes av god kontekstbruk og godt ordforråd (Elbro et al., 2012; Tunmer & Chapman, 2012). Et slikt avkodingsmønster kan blant annet vise seg gjennom bruk av kartleggingsverktøy, som STAS (Klinkenberg & Skaar, 2003).

Barn som har spesifikke vansker med leseforståelsen og som ikke har noen annen diagnose, er en lite påaktet gruppe. De går lett under radaren. Årsaken kan være at leseferdighet domineres av og bedømmes ut fra ferdighet i avkodning og leseflyt tidlig i skolegangen. Da er tekstene korte, ordene høyfrekvente og språket er enkelt. Derfor oppdages ofte ikke barn som lærer å avkode, men som er i fare for å utvikle spesifikke vansker med leseforståelsen. Spesifikke vansker med leseforståelsen kalles derfor også *skjulte lesevansker*. Fra 3.- 4. klasse, og i stadig økende grad, blir språket i tekstene mer komplekst. Da får barn som har spesifikke vansker med leseforståelsen stadig større vansker med å forstå det de leser, selv om de leser det rimelig riktig og flytende. Spesifikke vansker med leseforståelsen kalles derfor også *sent debuterende lesevansker* (Nation et al., 2010).

Vansker med å forstå meningen med det som leses er nesten like utbredt som dysleksi, men har mottatt mye mindre oppmerksomhet fra fagfolk, skolefolk og legfolk. Dette på tross av at slike barn etter hvert gjerne får større vansker med leseforståelsen enn barn med dysleksi (Elwér et al., 2013; 2015). Det er ikke uvanlig at slike vansker foreligger uten at barnet selv, foreldrene, lærerne og PPT er klar over det.

Barn som senere får spesifikke vansker med leseforståelsen profitterer på intensive forebyggende språktreningsopplegg før og ved skolestart (Bowyer-Crane, 2008; 2011; Fricke et al., 2012). Når vansker med leseforståelsen har utviklet seg, profitterer barn med spesifikke leseforståelsesvansker på intensiv språktrening i 3. og 4. klasse (Clarke et al., 2010; Brinchmann et al., 2015). Disse tiltakene forutsetter at barnas språk-

svakheter oppdages. Det er ingen selvfølge. I en stor amerikansk populasjonsstudie hadde bare 18 % av de barna som senere utviklet vansker med leseforståelsen, blitt oppdaget og mottatt noen form for spesialundervisning eller språkterapi før og etter skolestart (Catts et al., 2006).

Spesifikke vansker med leseforståelsen står nå på den nye diagnoselista, DSM-5, som en egen spesifikk lærevanske: Vansker med å forstå meningen med det som leses. Kanskje vil dette gjøre disse vanskene mer kjent. Mange fagfolk tar nå til orde for at barns språk rutinemessig burde screenes før, eller senest ved, skolestart (Snowling, 2013). For pedagoger er disse barna påminnelser om at leseopplæringen ikke er slutt når barnet har knekt koden og leser nøyaktig. Den er heller ikke slutt når barnet har utviklet leseflyt. Språket i tekstene og forståelsen av det må også fokuseres.

En del barn tilfredsstillter ikke konsensusdefinisjonen av spesifikke leseforståelsvansker fordi de har litt svake ferdigheter i avkodning eller fordi spriket mellom avkodning og leseforståelse ikke er stort nok. De har likevel en leseprofil som ligner den som barn med spesifikke leseforståelsvansker har, men med bedre avkodning enn leseforståelse. Dette gjelder noen barn med autismespekterforstyrrelse og enkelte med intellektuelle forstyrrelser – særlig barn med Down Syndrom (Ricketts, 2011). Barn med diagnosen sosial (pragmatisk) kommunikasjonsforstyrrelse kan også ha en slik profil (Freed et al., 2015a). Det kan også noen barn med ADHD. Disse vanskene beskrives senere (Del II av artikkelen).

Språkvansker

Diagnostiske kriterier for språkvansker⁴ i DSM-5 er vansker med læring og bruk av språket. Vanskene kan være med forståelse og/eller med produksjon. Relativt til jevnaldrende med normalt språk omfatter språkvanskene betydelig større vansker med:

- redusert vokabular (mindre forråd, læring, minne, gjenkalling og bruk av ord)
- begrenset setningsstruktur (enklere setninger og/eller flere feil i syntaks og morfologi)
- svak diskurs (forståelse av forklaringer, beskjeder, instruksjoner, fortellinger, høytlesing og evne til å

uttrykke seg språklig; forklare, beskrive, fortelle, samtale o.l.).

Læring og bruk avhenger både av ekspressive og reseptive evner. Mange barn med språkvansker har også alvorlige fonologiske vansker. Det arvelige innslaget er høyt, og familiemedlemmer har ofte også en historie med språkvansker. Barn med språkvansker er en heterogen gruppe: Et fellestrekk kan være at språket utvikler seg langsommere og er svakere enn andre ferdigheter og evner (f.eks. nonverbale evner, dagliglivsferdigheter) uten åpenbar grunn (Rygvoild & Klem, 2016). Som med andre nevroutviklingsforstyrrelser er det gradforskjell – ikke en artsforskjell – på svake, normale språkferdigheter og kliniske språkvansker. DSM-5 anbefaler å vente med å stille diagnosen språkvansker til etter fylte 4 år. Da er språkutviklingen mer stabil og forutsier bedre senere språkferdighet (APA, DSM-5 2013; Duff et al, 2015 a, b).

Barn med språkvansker har ofte store vansker med skriftspråket. I en større studie var 72 % under gjennomsnittet i ordavkodning og de fleste hadde vansker med leseforståelsen (Bishop & Snowling, 2004). Språkvansker, særlig når de omfatter reseptive vansker, er en alvorlig diagnose: Barn med språkvansker har også ofte vansker med muntlig undervisning, matematikk, sosial funksjon og deltagelse. De har ofte omfattende fagvansker. En årsak kan være at språkferdighet er et viktig fundament for leseforståelse, for evnen til å lære av det de leser og for å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter gjennom egen lesing (Fricke et al., 2012). Som gruppe har barn med språkvansker også noe svakere nonverbale kognitive ferdigheter. Disse vanskene blir gjerne litt større med alderen (Norbury & Paul, 2015).

Språkvansker hos førskolebarn som varer til skolestart, medfører høy risiko for utvikling av *avkodingsvansker* og *dysleksi* (Thompson et al., 2015). Andelen av barn med språkvansker som også utvikler komorbid dysleksi varierer i litteraturen fra ca. 35 % (Catts et al., 2005), via ca. 50 % (de Bree et al., 2010) til ca. 62 % (McBride-Chang et al., 2011). Prosenten avhenger av hvor en setter grensen både for avkodingsvansker og språkvansker. Begge er dimensjoner – ikke egentlig

⁴ I DSM-5 sløyfes *spesifikke* foran *språkvansker*. Språklige vansker som del av intellektuelle funksjonsvansker, sensoriske og nevrologiske forstyrrelser omfattes av de respektive diagnosene hvis ikke språkvanskene er vesentlig større enn hoveddiagnosen tilsier. Da kan en diagnose av språkvansker gis i tillegg.

kategorier. Tallet avhenger også av om utvalget av barn med språkvansker stammer fra en populasjonsundersøkelse eller er klinikk-henviste. De siste har alvorligere, mer omfattende språkvansker og høyere komorbiditet (Catts et al., 2008). Uansett er dysleksi utbredt blant barn med språkvansker. En stor del av dem har *språkvansker med komorbid dysleksi*.

Språkvansker er relativt ofte kombinert med *språklydsvansker* (talevansker). Dette synes å øke risikoen for dysleksi ytterligere (Pennington et al., 2012). Uten språklydsvansker er milde språkvansker på mange måter en skjult vanske. Noen barn med milde språkvansker oppdages kanskje først fordi de strever med å lære å lese. De kan da bli oppfattet og behandlet som om de «bare» var dyslektiske; det mer omfattende vanskebildet går man glipp av.

Om lag 75 % av barn som har språkvansker, som også utvikler dysleksi kan identifiseres året før skolestart ved at de har svak benevningshastighet (RAN) og/eller svak fonembevissthet (Boets et al., 2010, Dandache et al., 2014). Benevningshastighet (RAN) fremstår som den beste prediktoren av dysleksi hos barn med språkvansker spesielt og kommunikasjonsforstyrrelser generelt (Vandewalle et al., 2012). Barn med språkvansker *må* ikke utvikle dysleksi selv om de har fonologiske vansker (målt ved fonembevissthet, nonord-repetisjon og fonologisk korttidshukommelse) *hvis* de har normal eller god benevningshastighet (RAN). Igjen ser man at benevningshastighet (RAN) kan ha en beskyttende funksjon. Det samme gjelder i litt mindre grad også gode eksekutive funksjoner (Thompson et al., 2015).

I en grundig lengdesnittundersøkelse av barn med språkvansker viste det seg at flertallet var forsinket også i kognitive forløperferdigheter for skriftspråket fra *før* skolestart. Barn med språkvansker knekte gjerne koden sent og var forsinket i leseutviklingen fra starten av. Forsinkelsen vedvarte gjennom grunnskolen. Som *gruppe* gikk de ut av 10. klasse med en gjennomsnittlig leseforståelse som tilsvarte 6. klasse, og en gjennomsnittlig avkodingsferdighet som tilsvarte 5. klasse (Catts et al., 2008). Mange barn med språkvansker strever mer enn andre med fonologisk avkodning av nye ord og nonord, og mange gjør fonologisk unøyaktige (lydstridige) stavefeil lenger enn jevnaldrende og lese-

aldermatchede yngre barn (Bishop & Snowling, 2004). Barn med språkvansker klarer i mindre grad enn jevnaldrende å bruke kontekst som støtte og kompensasjon for fonologiske svakheter i sin avkodning og i sin *avkodningsutvikling*.

Det fremgår av the simple view at leseforståelse, i tillegg til avkodningsferdigheter, er avhengig av bredere språkferdigheter: Barnet må forstå og skape mening i avkodede ord, setninger og tekst. Muntlige språkvansker før skolestart er derfor en risiko for vansker med leseforståelsen (Snowling et al., 2015). Faktisk kan språkferdigheter alt ved 3½ år signifikant forutsi en stor del av barnets leseforståelse ved 8½ år (Hulme et al., 2015). Forholdet mellom muntlige språkferdigheter og leseforståelse er trolig et årsaksforhold: Tiltak som bedrer barnets språkferdighet bedrer også barnets leseforståelse (Bowyer-Crane, 2008; 2011; Clarke et al., 2010; Fricke et al., 2012; Brinchmann et al., 2016).

Barn med språkvansker har per definisjon svake språkferdigheter. Deres vansker med semantikk, syntaks, morfologi og diskurs hemmer leseforståelsen. Også barn som bare har språkvansker, uten avkodingsvansker, har svak leseforståelse også i forhold til egne nonverbale kognitive ferdigheter (Catts et al., 2005; 2006; 2008; 2015, Bishop & Haiou-Thomas, 2009). Som nevnt foran har noen barn språkvansker, men normale fonologiske ferdigheter og benevningshastighet (RAN). Denne undergruppen kan utvikle god nok avkodning og leseflyt, men språkvanskene fører ofte til at de får spesifikke vansker med leseforståelsen. I likhet med andre barn med spesifikke leseforståelsesvansker har de vansker med semantiske og morfosyntaktiske språkferdigheter og verbalt minne fra før lesestart og gjennom skoleløpet (Nation et al., 2004; 2010; Hulme & Snowling, 2016).

En betydelig andel av barn med språkvansker har *både* dysleksi *og* kliniske språkvansker som hver for seg bidrar til å hemme leseforståelsen. Barn med slike vansker har ofte alvorlige, generelle lesevansker (Snowling & Hulme, 2014). Vanskene deres undervurderes ofte.

Som om dette ikke er komplisert nok, kan det se ut som om det finnes det en liten gruppe barn med diagnostiserte språkvansker som har leseferdighet innenfor normalområdet (Pennington & Bishop, 2009; Bishop &

Haiou-Thomas, 2009). Det finnes med andre ord barn med språkvansker i *alle* firkantene i Figur 1.

Barn med språkvansker har flere mulige utviklingsforløp i følge Snowling et al., (2015):

- tidlige språkvansker som *vedvarer* etter skolestart medfører svak prognose både i forhold til videreutvikling av det muntlige språket og mestring av skriftspråket (Rygvoold & Klem, 2016).
- tidlige språkvansker som *løser seg* til skolestart gir relativt god språklig- og skriftspråklig utvikling selv om risikoen for lese- og skrivevansker fortsatt er noe øket (Bowyer-Crane et al., 2008; 2011; Moll et al., 2013 b; 2015).
- språkvansker som *debuterer* i skoleårene finnes, men slike barn er lette å overse. De har ofte vansker med skriftspråket. Dette mønsteret er ikke helt uvanlig. Slike barn er ofte født med familierisiko for dysleksi (Snowling et al., 2015).

Ganske mange førskolebarn med språkvansker har også noe vansker med motorikk og med eksekutive funksjoner generelt, og med ADHD og autismespekterforstyrrelser spesielt (Barkley, 2015; Gooch et al., 2014). Gode eksekutive funksjoner (selvreguleringsfunksjoner) understøtter og fremmer leseutviklingen. Barn som har vansker med eksekutive funksjoner har mer vansker enn andre med å tilegne seg og bruke akademiske ferdigheter generelt, og leseferdighet spesielt. De underpresterer ofte i skolen (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015).

Man kan forenklet tenke på gode eksekutive funksjoner som «*opplæringsmodenhet*». På samme måte kan god bokstav-lydkunnskap, fonembevissthet og benevningshastighet (RAN) oppfattes som «*leseopplæringsmodenhet*». Språkferdighet bidrar til begge sett av ferdigheter. Selv moderate vansker med bokstav-lydkunnskap, fonembevissthet og benevningshastighet (RAN) kan resultere i lese- og skrivevansker hvis barnets eksekutive funksjoner er svake. Motsatt kan gode eksekutive funksjoner i en viss grad virke beskyttende når barnets bokstav-kunnskap, fonembevissthet og benevningshastighet (RAN) er svake.

Det er stor komorbiditet mellom språkvansker og nevrouviklingsforstyrrelser som ADHD, motoriske koordinasjonsforstyrrelser (DCD⁵), autismespekterforstyrrelser og spesifikke lærevansker – både lesevansker og matematikkvansker (DSM-5). Alle disse diagnosene har øket risiko for lese- og skrivevansker både i form av dysleksi og vansker med leseforståelsen. Eksekutive svakheter kan bidra til vansker med leseforståelsen både hos barn som har spesifikke vansker med leseforståelsen og bare moderate språksvakheter, og hos barn med språkvansker, ADHD, autismespekterforstyrrelser og spesifikke lærevansker. Komorbiditeten starter tidlig og kan være uttrykk for overlappende genetikk. I praksis betyr det at barn som oppfyller diagnostiske kriterier for én av disse vanskene bør følges med tanke på om én eller flere av de andre også foreligger.

⁵ DCD (Developmental Coordination Disorder) er en diagnose som referer til svak ferdighet i å lære og bruke motoriske ferdigheter (se senere).

Referanser

American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (APA, DSM-5), Washington (DC).

Barkley, R.A. (ed) (2015) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. The Guilford Press. New York. London.

Bishop, D.V.M. & Haiou-Thomas, M.E. (2009) Children who read accurately despite language impairment. *Journal Compilation. Society for research in child development*. 593-605.

Bishop, D.V.M. & Snowling, M.J. (2004) Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or different? *Psychological Bulletin*. 130. 858-886.

Boets, B., de Smedt, B., Cleuren, L., Vandewalle, E., Wouters, J. & Ghesquire, P. (2010) Towards a characterization of phonological and literacy problems in Dutchspeaking children with dyslexia. *British Journal of Developmental Psychology*. 28. 5-31.

Bowyer-Crane, C., Snowling, M.J., Duff, F.J., Fieldsend, E., Carrol, J.M., Miles, J., Gøtz, K. & Hulme, C. (2008) Improving early language and literacy skills: differential effects of an oral language versus a phonology with reading intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49. 422-432.

Bowyer-Crane, C., Snowling, M.J., Duff, F.J. & Hulme, C. (2011) Response to early intervention of children with specific and general language impairment. *Learning disabilities: A contemporary Journal*. 9. 107-121.

- Brinchmann, E.I., Hjetland, H.N. & Lyster, S.A.H. (2015) Lexical quality matters: Effects of Word knowledge instruction on the language and literacy skills of third- and fourth-grade poor readers. *Reading Research Quarterly*. 0/0 1-16.
- Cain, K., Oakhill, J., & Lemmon, K. (2004) Individual differences in the inference of word meanings from context: The influence of reading comprehension, vocabulary knowledge and memory capacity. *Journal of Educational Psychology*. 96. 671-681.
- Cain, K. & Oakhill, J. (2006) Profiles of children with specific reading comprehension difficulties. *British Journal of Educational Psychology*. 76. 683-696.
- Cain, K. & Oakhill, J. (2011) Matthew effects in young readers: Comprehension and reading experience aid vocabulary development. *Journal of Learning Disabilities*. 44. 431-443.
- Caravolas, M., Lervåg, A., Mousikou, C.E., Litavsky, M., Onochie-Quintanilla, E., Salas, N., Schffelova, M., Deflor, S., Mikulajova, M., Seidlova-Malkova, G. & Hulme, C. (2012) Common patterns of prediction of literacy development in different alphabetic orthographies. *Psychological Science*. 23. 678-686.
- Carrol, J.M., Mundy, I.R. & Cunningham, A.F. (2014) The roles of family history, language, speech production and phonological processing in predicting literacy progress. *Developmental Science*. 17. 727-742.
- Catts, H.W., Fey, M.E., Tomblin, J. & Zang, (2002) A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 45. 1142-1157.
- Catts, H.W., Adlof, S.M., Hogan, T. & Weismer, S.E. (2005) Are specific language impairment and dyslexia distinct disorders? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 48. 1378-1396.
- Catts, H.W., Adlof, S.M. & Weismer, S.E. (2006) Language deficits in poor comprehenders: A case for the Simple view of reading. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 49. 278-293.
- Catts, H.W., Bridges, M., Little, T. & Tomblin, J. (2008) Reading achievement growth in children with language impairments. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 51. 1569-1579.
- Catts, H., Herrera, S., Nielsen, D.C. & Bridges, M.B. (2015) Early prediction of reading comprehension within the simple view framework. *Reading and Writing*. 9. 1404-1425.
- Catts, H.W., Mellraith, A., Bridges, M.C & Nielsen, D.C, (2017) Viewing a phonological deficit within a multifactorial model of dyslexia. *Reading and Writing*. 30. 613629.
- Clarke, P.J., Snowling, M.J., Truelove, E. & Hulme, C. (2010) Ameliorating children's reading comprehension difficulties: A randomized controlled trial. *Psychological Science*, 1-11.
- Dandache, S., Wouters, J. & Ghesquire, P. (2014) Development of reading and phonological skills of children at family risk for dyslexia: A longitudinal analysis from kindergarten to sixth grade. *Dyslexia*. 20. 305-329.
- de Bree, E., Wijnen, F. & Gerrits, E. (2010) Non-word repetition and literacy in Dutch children at-risk of dyslexia and children with SLI: Results of the follow-up study. *Dyslexia*. 16. 36-44.
- Duff, F.J., Nation, K., Plunkett, K. & Bishop, D. (2015 a) Early prediction of language and literacy problems: Is 18 months to early? *Peer Journal*. Doi:10.7717/peerj.1098
- Duff, F.J., Reen, G., Plunkett, K. & Nation, K. (2015 b) Do infantile vocabulary skills predict school age language and literacy outcomes? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Epub. Jan.4.
- DuPaul, G.J. & Langberg, J.M. (2015) Educational impairments in children with ADHD. In R.A. Barkley (ed) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook of diagnosis and treatment*. 169-190. The Guilford Press. New York. London.
- Elbro, C., de Jong, P.F, Houter, D. & Nielsen, A.M. (2012) From spelling pronunciation to lexical access: A second step in word decoding? *Scientific Studies of Reading*. 16. 341-359.
- Elwer, Å., Keenan, J.M., Olson, R., Byrne, B. & Samuelsson, S. (2013) Longitudinal stability and predictors of poor oral comprehenders and poor decoders. *Journal of Experimental Child Psychology*. 3. 497-516.
- Elwer, Å., Gustafson, S., Byrne, B., Olson, R., Keenan, J.M. & Samuelsson, S. (2015) A retrospective longitudinal study of cognitive and language skills in poor reading comprehension. *Scandinavian Journal of Psychology*. 56. 157-166.
- Freed, J., McBean, Adams, C. & Locton, E. (2015a) Predictors of reading comprehension ability in primary school-aged children who have pragmatic language impairment. *Research in Developmental Disabilities*. 41. 13-21.
- Fricke, S., Bowyer-Crane, C., Haley, A.J., Hulme, C. & Snowling, M.J. (2012) Efficacy of language interventions in the early years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 54. 280-290.
- Gooch, D., Hulme, C., Nash, H.M., & Snowling, M.J. (2014) Comorbidities in preschool children at family risk of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 55. 237-246.
- Gough, P. & Tunmer, W.E. (1986) Decoding, reading and reading disability. *Remedial and Special Education*. 7. 6-10.
- Hagtvet, B.E., Lyster, S.A.H., Melby-Lervåg, M., Næss, K.A., Hjetland, H.N., Engolvik, L.L., Hølland, S., Klem, M. & Kruuse, J. (2011) Ordforråd i førskolealder og senere leseferdigheter – En meta-analytisk tilnærming. *Spesialpedagogikk*. 1. 34-49.
- Haiou-Thomas, M.E., Carrol, J.M., Leavett, R. & Hulme C. (2016) When does speech sound disorder matter for literacy? The role of disordered speech errors, co-occurring language impairment and family risk of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. DOI: 10.1111/jopp. 12648.
- Hulme, C., Nash, H.M., Gooch, D., Lervåg, A. & Snowling, M.J. (2015) The foundations of literacy development in children at family risk of dyslexia. *Psychological Science*. 26. 1877-1886.
- Hulme, C. & Snowling, M.J. (2009) *Developmental Disorders of Language, Learning and Cognition*. Wiley Blackwell. London. UK.
- Hulme, C. & Snowling, M.J (2012) Childrens reading comprehension difficulties: Nature, causes and treatment. *Current Directions in Psychological Science*. 20. 139-142.
- Hulme, C. & Snowling, M.J. (2016) Reading disorder and dyslexia. *Current Opn. Pediatrics*. E-pub ahead of print.

- Høien, T. (2012) Logos. *Logometrica A/S*.
- Kahmi, A.G. & Catts, H.W. (2012) *Language and Reading Disabilities*. IIIed. Allyn & Bacon. USA.
- Klinkenberg, J.E. (2014a) Spesifikke lærevansker i DSM-5. *Spesialpedagogikk*. 06. 25-35.
- Klinkenberg, J.E. (2014b) Spesifikke vansker med leseforståelsen. *Norsk tidsskrift for logopedi* 3. 12-19.
- Klinkenberg, J.E. (2016). Dysleksi - forebygging og tidlig intervensjon. *Spesialpedagogikk*, 02. 26-37.
- Klinkenberg, J.E. (2017) Benevningshastighet, leseferdighet og dysleksi. *Spesialpedagogikk*, 01. 26-37.
- Klinkenberg, J.E. (2018) Vansker med å forstå meningen med det som leses. Upublisert manuskript. Tilgjengelig fra forfatteren
- Klinkenberg, J.E. og Skaar, E. (2003). *STAS. Manual*. PP-tjenestens Materiell Service. Jaren.
- Lervåg, A., Bråten, I. & Hulme, C. (2009) The cognitive and linguistic foundations of early reading development: A Norwegian latent variable longitudinal study. *Developmental Psychology*. 764-781.
- Lervåg, A. & Aukrust, V.G. (2010) Vocabulary knowledge is a critical determinant of the difference in reading comprehension growth between first and second language learners. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 51. 612-620.
- McBride-Chang, C., Lam, F., Chan, B., Fong, C.Y., Wong, T.T.-Y. & Wong, S.W.L. (2011) Early predictors of dyslexia in children: Familial history of dyslexia, language delay, and cognitive profiles. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 52. 204-2011.
- Melby-Lervåg, M. (2017) Intensive lesekurs: Hvem, hvordan og hvorfor (og hvorfor ikke) *Læringsbloggen* Januar 2017.
- Melby-Lervåg, M., Lyster, S.A.H., & Hulme, C. (2012) Phonological skills and their role in learning to read: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 138. 322-352.
- Moll, K., Loff, A. & Snowling, M.J. (2013) Cognitive endophenotypes of dyslexia. *Scientific Studies in Reading*. 17. 385-397.
- Moll, K., Hulme, C., Nag, S. & Snowling, M.J. (2015) Sentence repetition as a marker of language skills in children with dyslexia. *Applied Psycholinguistics*. 36. 203-231.
- Moll, K., Thompson, P.A., Mikulajova, M., Jagercikova, Z., Kucharska, A., Franke, H., Hulme, C. & Snowling, M.J (2016) Precursors of reading difficulties in Czech and Slovak children at risk of dyslexia. *Dyslexia*. 22. 120-136.
- Muter, V., Hulme, C., Snowling, M.J. & Stevenson, J. (2004) Phonemes, rimes, vocabulary and grammatical skills as foundations of early reading development. *Developmental Psychology*. 40. 663-681.
- Nash, H.M., Hulme, C., Gooch, D., Snowling, M.L (2013) Preschool language profiles of children at family risk of dyslexia: continuities with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 54. 958-968.
- Nation, K., Clarke, D., Marshall, C.M. & Durand, M (2004) Hidden language impairments in children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 47. 199-211.
- Nation, K., Cocksey, J., Taylor, J.S. & Bishop, D.V.M. (2010) A longitudinal investigation of early reading and language skills in children with poor reading comprehension. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 51. 1031-1039.
- Nergård-Nilssen, T. & Hulme, C. (2014) Developmental dyslexia in adults: Behavioural manifestations and cognitive correlates. *Dyslexia*. 20. 191-207.
- Norbury, C.F & Paul, R. (2015) Disorders of speech, language and communication. 683-701. In Thapar et al. (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. John Wiley & Sons 6.ed.
- Pennington, B.F. & Bishop, D.V.M. (2009) Relations among speech, language and reading disorders. *Annual Review of Psychology*. 60. 283-306.
- Pennington, B.F., Santerre-Lemmon, L., Rosenberg, J., MacDonald, B., Boada, R., Friend, A.,... Olson, R. K. (2012) Individual prediction of dyslexia by single versus multiple deficit models. *Journal of Abnormal Psychology*. 12. 212-224.
- Rygvold, A-L. & Klem, M. (2016) Spesifikke språkvansker – en begrepsavklaring. *Logopeden. Norsk Tidsskrift for Logopedi*. 1. 18-22.
- Ricketts, J. (2011). Research review: Reading comprehension in developmental disorders of language and communication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 52. 1111-1123.
- Ricketts, J., Nation, K. & Bishop, D.V.M. (2007) Vocabulary is important for some, but not all reading. *Scientific Studies of Reading* 11. 235-257.
- Shaywitz, S. (2003) *Overcoming Dyslexia*. Alfred A. Knopf. New York.
- Snowling, M.J. (2013) Early identification and interventions for dyslexia: a contemporary view. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 13. 7-14.
- Snowling, M.J., Duff, F.J., Nash, H.M. & Hulme, C. (2015) Language profiles and literacy outcomes of children with resolving, emergent or persisting language profiles. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1111/jcpp. Epub.ahead of print.
- Snowling, M.J. & Hulme, C. (2012a) Commentary. Interventions for children's language and literacy difficulties. *International Journal of Communication Disorders*. 47. 27-34.
- Snowling, M.J. & Hulme, C. (2012b) Annual research review: The nature and classification of reading disorders – a commentary on proposals in DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 53. 593-607.
- Snowling, M.J. & Hulme, C. (2014) The interface between spoken and written language: developmental disorders. *Phil. Trans. R. Soc. B* 369.
- Snowling, M. & Hulme, C. (2015) Disorder of reading, mathematical and motor development. 703-718. In A. Thapar et al. (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. John Wiley & Sons 6.ed.
- Snowling, M.J. & Melby-Lervåg, M. (2016) Oral language deficits in familial dyslexia: A meta- analyses and review. *Psychological Bulletin, Online First Publication*.

- Stanovich, K. (1998) Defining the phonological core deficit model. In L. Dowdney & S. Scott (Eds.) *Child Psychology and Psychiatry Review*. 3. 17-24.
- Thompson, P.A., Hulme, C., Nash, H.M., Gooch, D., Hayiou-Thomas, E. & Snowling, M.J. (2015) Developmental Dyslexia: Predicting individual risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Doi: 10.1111/jcpp.12412.
- Torppa, M., Eklund, K., van Bergen & Lyytinen, H. (2011) Parental literacy predicts children's literacy: A longitudinal family-risk study. *Dyslexia*. 17. 339-355.
- Torppa, M., Lyytinen, P., Erskine, J., Eklund, K. & Lyytinen, H. (2010) Language development, literacy skills, and predictive connections to reading in Finnish children with and without familial risk for dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*. 43. 308-321.
- Tunmer, W.E. & Chapman, J.W. (2012). Does set for variability mediate the influence of vocabulary knowledge on the development of word recognition skills? *Scientific Studies of Reading*. 16. 122-140.
- Unhjem, A., Eklund, K. & Nergård-Nilsen, T. (2015) Early markers of language delay in children with and without family risk for dyslexia. *First language*. 35. 254-271.
- Vandewalle, E., Boets, B., Ghesquire, P. & Zink, I. (2012) Development of phonological processing skills in children with and without literacy delay: A 3-year Longitudinal study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 55. 1053-1067.
- Weyandt, L.L. & Gudmundsdottir, B.B. (2015) Developmental and neuropsychological deficits in children with ADHD. 116-139. In R.A. Barkley (ed.) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook of diagnosis and treatment*. The Guilford Press. New York. London



HAR DU TENKT Å FLYTTE?

HUSK Å ENDRE ADRESSE PÅ
«MIN SIDE» PÅ NORSKLOGOPEDLAG.NO

Kan kosthold og kosttilskudd påvirke stamming?

For en tid tilbake kom jeg over noe som kalles «tiaminprotokollen». Dette er en liste over mat som skal virke positivt eller negativt på stammingsens frekvens og alvorlighet, men som også gir detaljer om tilskudd av tiamin og magnesium. Dokumentet er forfattet av Martin F. Schwartz (2015) og ligger tilgjengelig på nett. Schwartz hevder at så mange som en tredjedel av alle som stammer vil oppleve en dramatisk nedgang i stammingen, som en «av-bryter», om de følger protokollen. Dokumentet er lett å forstå som et seriøst dokument da Schwartz ifølge dokumentet skilter med visse meritter. I anerkjent forskning er verken han eller dokumentet hans sporbart, selv om han i enkelte seriøse bøker føres opp som kilde, for eksempel i Parry (2013). Interessen i meg ble imidlertid vekket. Ved enkle søk på nettet er det tydelig at det verserer enkelte «anti-stamme-dietter». Ettersom slike dietter er søkbare for våre klienter, kan det tenkes at vi plutselig må forholde oss til slike kilder. Hva ville du ha svart hvis klienten din spør deg om endret kosthold kan påvirke stammingen? Vår umiddelbare respons er kanskje å avkrefte dette, men er vi egentlig sikre på det?

Relevant neurofysiologi – basalgangliene og respektive signalstoffer

Basalgangliene er lokalisert i den dypeste delen av hver hemisfære i storhjernen. Den er innskutt i en forbindelsessløyfe fra hjernebarken og tilbake til hjernebarken via thalamus (Brodal, 2013) og er slik en svært viktig kommunikasjonsvei i hjernen. En studie av Giraud m.fl. (2008) fant at stammingsens alvorlighet korrelerte både positivt og negativt med aktivitet i ulike deler av basalgangliene.

Aktiviteten i basalgangliene reguleres av signalstoffene glutamat, GABA og dopamin. Glutamat er eksitatorisk (aktiverende) mens GABA er inhiberende (reduserer aktivitet). Økt frigjøring av glutamat igangsetter eller opprettholder en bevegelse mens økt frisetting av GABA hemmer glutamat og stanser eller svekker bevegelser (Alm, 2004; Brodal, 2013).

Dopaminets rolle i basalgangliene
Selv om vi ikke helt vet hvordan dopaminsystemet fungerer



Tommy Olsen

er logoped MNLL i Senter for stamming og løpsk tale.

E-post: tommy.olsen@stammesenter.no

(Brodal, 2013), kan man forenklet si at mer dopamin medfører mindre hemming (resultatet er da mer aktivitet). Slik fasiliterer dopamin bevegelser (Brodal, 2013). Forsøk på dyr har vist at dopamin aktiveres særlig ved stimuli som anses som spesielt viktige for dyrets umiddelbare atferd, for eksempel i form av belønning (Brodal, 2013). Dopamin synes å ha en aktiverende effekt, både på atferd og temperament, men muligens også angst (Alm, 2004). Det er slik mulig at dopamin kan øke ens responsivitet mot belønnende og truende stimuli (Alm, 2004). Stamming som en vanske med årsak i dopaminregulering er løftet frem av Wu m.fl. (1997) og Anderson m.fl. (1999). Stress, som videre aktiverer amygdala, har den effekten at det øker mengden dopamin i det limbiske system og prefrontalt hjernebarken (Movessian, 2005).

Medisiner som påvirker dopamin og GABA

Denne artikkelen skal ikke gå dypt inn i farmakologi og stamming, men det kan kort nevnes at medisiner som reduserer opptaket av dopamin har vist seg effektive i å redusere stamming (Guitar, 2016). Dette er for eksempel vist av Maguire og kollegaer (2004). Aktuelle medisiner som her kan nevnes er haloperidol, olanzapone, risperidone og pimozide (Guitar, 2016). Pagoclone, en type GABA-reseptor-antagonist, viste seg også effektiv i å redusere stamming (Maguire m.fl., 2010). Pagoclone viste seg imidlertid ikke å være effektivt nok, og forskningen rundt dette ble avsluttet (The British Stammering Association, 2010).

Teofyllin-behandling (behandling brukt ved astma og kronisk obstruksjon sykdom, antakelig mindre brukt i dag) er en antagonist til adenosin og GABA-reseptorer og har vist seg å kunne fremkalle stamming relatert til endring i biokjemiske prosesser (Movessian, 2005). Teofyllin har en dopaminøkende effekt ved å hemme opptak av adenosin og GABA. På dette grunnlaget sier Movessian (2005) at teofyllin viser at forstyrrelser i samspillet mellom inhiberende og eksitatoriske signalstoffer kan utløses ved å blokkere GABA-reseptorer. Alkohol vil også kunne påvirke samspillet mellom signalstoffene ved at GABA-reseptorer stimuleres mens glutamat-reseptorer hemmes (Thomson, Guerrini & Marshall, 2012).

Kosthold og kosttilskudd

Diskusjonen rundt tiamin og kobber

For optimal fungering er nervesystemet avhengig av flere næringsstoffer. Særlig viktig er gruppen vitamin B, vitamin E, kobber og folat (Kumar, 2010).

Kobber er et metall som kun kan tilføres gjennom næring vi inntar og er viktig i mange biologiske prosesser (Hum, Rietveld, Wiedijk & Lieshout, 2017). En studie av De Vries, Sewell og Beart (1986) fant at kobber blokkerte D2-reseptorer hos rotter. Ut av dette kunne man forvente at kobber ville ha en effekt som reduserte stamming. En studie av Pesak og Opavsky (2000) fant at personer som stammer hadde lavere mengde kobber i blodet enn de som ikke stammet. Dysfunksjon i kobbermetabolisme kan resultere i dysfunksjon i basalgangliene og dystoni (Alm, 2005). Kobber-ioner har en hemmende effekt på GABA-reseptorer (Alm, 2005) og slik

har kobber en innvirkning på motorikk. Kobber har også en tendens til å øke ved stress, betennelser og infeksjoner (Alm, 2005), og kan slik kanskje forklare variabiliteten i stamming.

Tiamin, som også er et B-vitamin spiller en viktig rolle i metabolske prosesser, deriblant i hjernen (Hum m.fl., 2017). Vitaminet har også den egenskap at det kan motvirke en forhøyet kobberverdi. Man kan med dette teoretisere at tilførsel av tiamin kan motvirke negative effekter av kobber. Dysfunksjon i tiamintilstand kan gi nevrologiske forstyrrelser (Sriram, Manzanares og Joseph, 2012). Tiamin har forøvrig også vært i søkelyset tidligere. I en studie av Hale (1951) så man at tilførsel av 30mg tiamin til barn mellom 2-4 år reduserte stammingen drastisk for 60 %. Studien har aldri blitt forsøkt gjentatt i ettertid, men det er gjort en tilsvarende studie av Penson (1955). Her fikk barn mellom 3 og 7 år et tilskudd på 25mg tiamin tre ganger daglig. I denne studien fant man ikke at tiamin hadde en signifikant effekt på barnets taleflyt. Man fant heller ingen forskjeller i forsøkspersonenes utgangspunkt vedrørende næringsstoffer. Brady (1991) refererer til en annen studie av Penson (1952, i Brady, 1991), der det var voksne forsøkspersoner. Heller ikke her fant man signifikant effekt av tiamin.

Tiaminprotokollen er forfattet av Martin F. Schwartz som angivelig opprettet og ledet «The National Center for Stuttering». Grunnen til at jeg skriver «angivelig» er at jeg ikke har klart å nøste opp i hvem Martin F. Schwartz egentlig er og heller ikke senteret han skal ha opprettet. Det har holdt til i New York, men virker i dag nedlagt.

I dokumentet står det skrevet at senteret hadde som praksis å anbefale foreldre til barn i barnehagealder som stammet å gi et tilskudd på 30mg tiamin daglig, inspirert av Hale (1951). Erfaringer, og her er det meste anekdotisk, tilsa at dersom tilskudd av tiamin var effektivt ville dette i så måte vise seg innen de to første ukene. Effekten skulle også være dramatisk merkbar og viste seg for 60 % av alle barna. Grunnet den høye prosenten ble en placeboeffekt vurdert som usannsynlig.

I 2002 begynte senteret å eksperimentere med høyere doser tiamin for voksne. Dette ledet senere til en studie

som ikke er publisert verken på nett eller i vitenskapelige kretser. Det kan imidlertid tenkes at Schwartz anså studien som en del av tiaminprotokollen. Man så her på effekten i form av prosent stavelser stammet på, ved administrering av 300mg tiamin. Det er anbefalt daglig inntak av tiamin mellom 1,1mg og 1,4mg avhengig av alder (Apotek1). Barn i barnehagealder har en anbefalt dose på 0,9mg. Inntaket dekkes hovedsakelig gjennom kostholdet vårt. Kornvarer, melkeprodukter, svinekjøtt og belgfrukter er viktige kilder (Apotek1). For å ytterligere sette doseringen i perspektiv: hos Apotek1 kan du kjøpe tabletter med en dosering på 3mg tiamin. Et inntak høyere enn anbefalte verdier er ikke forbundet med noen bivirkninger (Hum m.fl., 2017) og Schwartz selv sier at kroppen ikke kan håndtere mer enn 50mg tiamin. Årsaken til at han på tross av dette angir et inntak på 300mg er at vitaminet er vannløselig og har vanskelig for å passere cellemembraner. En svært stor mengde tiamin vil ifølge ham trigge diffusjonsprosessen slik at vitaminet kan finne veien inn i blodbanen og senere hjernen.

Schwartz viser til at tiamin er nødvendig for at GABA skal fungere optimalt. Ettersom funnene til Hale (1951) og ham selv indikerer at så mye som en tredjedel av personer som stammer har en tiaminmangel, tilsier dette at disse har en dysfunksjon knyttet til GABA. Schwartz viser også til forskning som viser god effekt på tilførsel av GABA, men dette er ikke kildehenviste påstander. Schwartz snakker om stamming som en form for «terskelproblematikk». De sensoriske signalene fra strupen sendes når en viss terskel er overskredet. Denne terskelen kan også påvirkes av psykologiske og lingvistiske faktorer. Om man er under terskelen vil ikke en GABA-dysfunksjon spille inn. Det skjer først når terskelen overstiges. Her kommer også hovedargumentet for tilskudd av 300mg tiamin. Dette motvirker GABA-dysfunksjonen fordi tiamin er nødvendig for at GABA skal fungere adekvat (Schwartz, 2015). Jeg har riktignok funnet noe forskning på rotter som ble gitt et kosthold uten eller med svært lite vitamin B1 (Page m.fl., 1989). Man så her at rottene utviklet en svak nedgang i blant annet konsentrasjonen av glutamat og GABA.

Schwartz oppgir også at tiamintilskuddet skal fordeles ut over dagen med tre inntak. Tiamin skal for øvrig kombineres med 400mg magnesium. For personer over 14 år anbefales inntak på 350mg (Apotek 1). Magnesium

hjelper tiamin med å bli nyttiggjort i kroppen og vitamin C hjelper igjen kroppen med å ta opp magnesium (Schwartz, 2015). Alene oppgir ikke Schwartz at magnesium har noen effekt på stamming. Ideen om magnesium skal han ha fått etter å ha hørt at barn som stammer kunne ha utbytte av melasse (et produkt av sukker-raffinering). Da han undersøkte dette nærmere skal han ha funnet at sukkerrørene har et høyt innhold av magnesium. Videre vises det til en polsk studie som angivelig påviste for lite magnesium hos 47 % av barn som stammer. Også denne mangler det henvisning til. Resultatene hevdes også å være reproduisert på stammebloggen «stuttersense» (2013) ved at frivillige reproduserte forsøket. Resultatene her støtter funnene til Schwartz.

Tiaminprotokollen viser også til kosthold og forhold man her skal ta i betraktning. Det legges opp til tre uker for å se om man har en GABA-dysfunksjon. I denne uken skal man i tillegg til å supplere med tiamin og magnesium unngå en rekke matvarer.

I en bok kun utgitt på GoogleScholar, skrevet av Kehoe (2006) beskrives forfatterens erfaring med sin egen versjon av anti-stamme dietten. Her påstår han at «gode» og «dårlige» dager kan skyldes varierende mengde dopamin. Dopamin er igjen påvirket av flere faktorer, deriblant diett. Dopamin er laget av aminosyrene fenylalanin og tyrosin. Han hevder videre at kjøttproteiner har mer tyrosin enn planteproteiner. Mat med høye nivåer fenylalanin er fisk og soya. Et vegetariansk kosthold uten hvete, med få proteiner, i alle fall fra kjøtt, senker dopaminnivåene. Han opplevde selv at stammingen ble redusert, men også at han ble slapp og deprimeret.

I en artikkel av Hum, Rietveld, Wiedijk & Lieshout (2017) konkluderes det med at tilførsel av tiamin ikke har noen effekt på stamming. De undersøkte dette hos en gruppe med 19 voksne deltakere mellom 20 og 51 år. Studien varte over 9 uker og deltakerne i effektgruppen skulle innta 100mg tiamin og 2mg kobber. Tiamin har ingen øvre grense for hva det er farlig å innta, i motsetning til kobber. Deltakerne førte logg hver dag, inkludert logg av sitt generelle sinnelag. De fant ikke at tilførsel av tiamin eller kobber hadde noen effekt på stammingen, i motsetning til generell sinnsstemning. De betvilte sterkt at høyere doser ville utgjøre noen

forskjell ettersom dosene som ble gitt i realiteten doblet deltakernes daglige inntak.

Jeg kontaktet Lieshout og forhørte meg om hvilke tanker han hadde rundt tiaminprotokollen og det faktum at det nevnes to ganger så høye doser som de selv opererte med. De var ikke kjent med Schwartz, trolig grunnet at arbeidet ikke er publisert i seriøse kretser. Lieshout finner det lite sannsynlig at høyere doser tiamin skal ha noen videre effekt, men kommenterte ikke på tilskudd av magnesium. Wiedijk, en biokjemiker som gikk bort for noen år siden, skal rett før han gikk bort ha erkjent at hans egen teori om kobber og tiamin virket usannsynlig (epostutveksling med Lieshout). Lieshout avsluttet med å si at han nok tror at kosthold kan påvirke stamming, men at tiamin og kobber ikke er relevante elementer i dette.

Diverse nettkilder

Selvfølgelig er ikke blogger og diskusjonsfora på nett gode kilder, men de er tilgjengelige og kan bli lest. En artikkel fra nettet (Newsmax.com, 2010) fullstendig uten kildehenvisninger, viser til at en diett for å redusere stamming bør inneholde en frokost med mye proteiner fremfor karbohydrater. Anti-stamme mat er grove kornprodukter, frukt, grønnsaker, umettet fett og omega-3. Tilsvarende skal man unngå kunstige fargestoffer og konserveringsmidler. I tillegg skal man innta vitamin B6 da dette skal påvirke dopaminsystemet.

Bloggen «stopstutterdiet.blogspot.no» drives angivelig av en mor til et barn som stammer. Hun har funnet at sønnens stamming påvirkes av dietten. Her kan man betale noen dollar for å få en liste over hva sønnen kan og ikke kan spise.

På ymse kilder på nettet er det svært vanskelig å trekke noen linjer. Man kan nært sagt finne hva som helst som påvirker stammingen. Det som egentlig er interessant er jo hvor lenge de hadde testet ut hypotesen sin før de i ekstase kastet seg inn i et debattforum, og jeg har ikke sett at de har oppdatert trådfølgerne i de påfølgende årene.

Så hva sier vi dersom klienten selv eller foresatte spør oss om kosthold påvirker stamming?

Vi har altså noe håndfast å ta utgangspunkt i dersom

man skulle underes over hvorvidt tiamintilskudd vil være til hjelp. Det er ikke forskningsmessig dekning for å hevde at tiamin er effektivt for å behandle eller redusere stamming. Det er heller ikke evidens for å hverken øke eller motvirke mengden kobber i kroppen. Allikevel, resultatene til Hale (1951) har jeg ikke lagt helt fra meg. Forskningsrapporten av Hum og kollegaer (2017) er gjort på personer mellom 21 og 51 år. Hale (1951) gav tiamintilskudd til barn i barnehagealder. I rapporten til Hum og kollegaer (2017) behandles ikke resultatene til Hale (1951) noe mer inngående annet enn at de viser til sine egne negative resultater. Det kunne vært interessant å se en kontroll av Hale (1951) sine resultater, annet enn Schwartz sine anekdotiske forsøk. Angående andre kostholdsråd som man kan søke seg frem til på nettet så har ingen av disse fundament i forskning.

Så, skal vi konkludere med at diett og kosttilskudd ikke har noe i stammebehandling å gjøre? Skal vi kategorisk avslå dette temaet?

Jeg ville vært tydelig på at stamming ikke skyldes en allergi eller følsomhet mot enkelte matvarer og jeg ville på bakgrunn av redegjørelsen ovenfor, ikke anbefalt eksempelvis at man prøvde ut tiaminprotokollen. Jeg ville derimot fortalt klienten om forskningen rundt dette, for å vise at mine tanker var velbegrunnede. Jeg ville også dratt et skille mellom generelt kosthold og kosttilskudd.

Men dette betyr ikke at jeg tror kosthold er uvesentlig. Selv om kosthold ikke forårsaker stamming ved å påvirke nevrobiologiske prosesser, betyr ikke det at det ikke påvirker i det hele tatt. Jeg kan godt se for meg at en person som har en bestemt sensitivitet, intoleranse eller allergi mot en matvare kan oppleve at stammingen øker ved inntak av dette produktet og tilsvarende reduseres om man holder seg vekk fra det. Når det gjelder barn er det heller ikke sikkert at en slik sensitivitet er oppdaget, og spesielt da kan jeg se for meg foreldre som opplever at fravær av en matvare også kan resultere i mindre stamming.

Men for å være klar, det finnes altså ikke en anti-stamme diett. Her synes jeg det kan være av interesse og trekke inn det Hum og kollegaer (2017) faktisk fant, nemlig at testpersonenes stamming korrelerte svakt, men signifi-

kant med deres generelle dagsform eller sinnstilstand. Mye av dette tror jeg koker ned til at alt vi gjør for å føle oss bra også kan gi mindre stamming, i alle fall subjektivt. Slik tenker jeg at kosthold kanskje havner i samme gate som for eksempel fysisk aktivitet eller meditasjonsteknikker.

De har ikke en direkte innvirkning på stamming, men om de bidrar til at vår fysiske og mentale helse blir bedre, så kan det så gjerne virke indirekte, om ikke på SSI-4 (*Stuttering Severity Instrument for Children and Adults*), så kanskje på vår subjektive opplevelse av å stamme.

Litteraturliste

- Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: A critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37(4), 325-369
- Alm, P. A. (2005). Copper in developmental stuttering. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica: Official Organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, 57(4), 216-222
- Anderson, J. M., Hughes, J. D., Rothi, L. J., Crucian, G. P., & Heilman, K. M. (1999). Developmental stuttering and Parkinson's disease: the effects of levodopa treatment. *Journal of Neurosurgical Psychiatry*, 66(6), 776-778
- Apotek1.no (oppdatert april 2017). *Vitamin B1*. Hentet fra: <https://www.apotek1.no/kost-og-ernaering/vitaminer-mineraler/vitamin-b1>
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. Oslo, Universitetsforlaget
- Brady, J. P. (1991). The Pharmacology of Stuttering: A Critical Review. *American Journal of Psychiatry*, 148:1309-1316
- De Vries, D. J., Sewell, R. B., & Beart, P. M. (1986). Effects of copper on dopaminergic function in the rat corpus striatum. *Experimental Neurology*, 91(3), 546-558
- Giraud, A. L., Neuman, B., Bachoud-Levi, A.-C., Gudenberg, A. W., Euler, H. A., Lanfermann, H., & Preibisch, C. (2008). Severity of dysfluency correlates with basal ganglia activity in persistent developmental stuttering. *Brain and Language*, 104(2), 190-199
- Guitar, B. (2013). *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins
- Hale, L. (1951). A consideration of thiamin supplement in prevention of stuttering in preschool children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 16:4, 327-333
- Hum, J., Rietveld, T., Wiedijk, P., & Lieshout, P. (2017). A pilot study into a possible relationship between diet and stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 52, 25-36
- Kehoe, T. D. (2006). *Speech-Language Pathology. Stuttering*. Hentet fra: <https://books.google.no/books?id=iYj1c5ahGzQC&pg=PA104&clpg=PA104&dq=stuttering+%2B+soy&source=bl&ots=MC8o7PZuYw&sig=s5WfNqzsEhfWayLzUfy4tCgPm4M&hl=no&sa=X&ved=0ahUKEwiT0JWY6aLVAhWmBZoKHdhTB7YQ6AEIRDAE#v=onepage&q&f=false>. Lastet ned 19.07.2017
- Kumar, N. (2010). Neurologic Presentations of Nutritional Deficiencies. *Neurologic Clinics*, 18(1), 107-170
- Maguire, G. A., Riley, G. D., & Yu, B. P. (2002). A neurological basis of stuttering? *The Lancet Neurology*, 1(7), 407
- Maguire, G., Franklin, D., Vatakis, N. G., Morgenshtern, E., Denko, T., Yaruss, J. S., Spotts, C., Davis, A. L., Fox, P., Soni, P., Blomgren, M., Silverman, A., & Riley, G. (2010). Exploratory randomized clinical study of pagoclone in persistent developmental stuttering: the examining Pagoclone for persistent developmental stuttering study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(1), 48-56
- Maguire, G. A., Yu, B. P., Franklin, D. L., & Riley, G. D. (2004). Alleviating Stuttering with Pharmacological Interventions. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 5, 1565-1571
- Movessian, P. (2005). Neuropharmacology of theophylline induced stuttering: the role of dopamine, adenosine and GABA. *Medical Hypothesis*, 64, 290-297
- Newsmax.com (2010): <https://www.newsmax.com/fastfeatures/stuttering-help-medical-treatment/2010/10/20/id/374319/>
- Page, M. G., Ankoma-Sey, V., Coulson, W. F., & Bender, D. A. (1989). Brain glutamate and γ -aminobutyrate (GABA) metabolism in thiamin-deficient rats. *British Journal of Nutrition*, 62, 245-253
- Parry, W. (2013). *Understanding and Controlling Stuttering A Comprehensive New Approach Based on the Valsalva Hypothesis - The Revised and Expanded 3rd Edition*. National Stuttering Association
- Penson, E. M. (1955). A study of the effects of thiamine on children with speech non-fluency. <https://archive.org/details/studyofeffectsof00-pensrich>
- Pesak, J., & Opavsky, J. (2000). Decreased serum copper level in developmental stutterers. *European Journal of Neurology*, 7(6), 748
- Schwartz, M. F. (2015). The Thiamin Protocol. A Solution for a Third of the World's People who Stutter. <http://www.stuttering.com/Thiamin%20Protocol.pdf>
- Sriram, K., Manzanares, W., & Joseph, K. (2012). Thiamine in Nutrition Therapy. *Nutrition in Clinical Practice*, 27(1), 41-51
- Stuttersense (2013): <http://stuttersense.blogspot.no/2013/08/faq-about-thiamine-vitamin-b1-and.html>
- The British Stammering Association (2010). Pagoclone – disappointing news. Hentet fra: <https://www.stammering.org/speaking-out/article/pagoclone-disappointing-news>. Lastet ned 19.07.2017
- Thomson, A. D., Guerrini, I., & Marshall, E. J. (2012). The Evolution and Treatment of Korsakoff's Syndrome. *Neuropsychology Review*, 22(2), 81-92
- Wu, J. C., Maguire, G., Riley, G., Lee, A., Keator, D., Tang, C., Fallon, J., & Najafi, A. (1997). Increased dopamine activity associated with stuttering. *Neuroreport*, 8(3), 767-770

KONFERANSE

FOR PRIVATPRAKTISERENDE LOGOPEDER

Dato: Fredag 27.04.2018 – Klokken: 10.00 – 15.00

Sted: A-hus Universitetssykehus Lørenskog – A-hus Hotell, Auditoriet NN05

- 10.00 Velkommen fra leder av Privat utvalg
 10.15 Fiberoptisk Endoskopisk Evaluering av Svelgefunksjonen, FEES

I Norge er det mulig å utføre instrumentell undersøkelse, en videofluoroskopisk undersøkelse (VFSS), av svelgvansker. Det som ikke er så kjent i Norge er FEES. Foredraget skal informere om kartlegging og behandling av dysfagi, med fokus på å introdusere FEES-undersøkelsen. Ved logoped Vanessa Seidler-Krone, MNLL

- 11.30 Orientering fra styret i NLL
 12.15 Lunsj: Baguetter, kaffe/te
 Mingling
 Stands i gangen
 13.30 Orientering fra Helfo
 14.30 Spørsmål og oppsummering
 15.00 Avslutning

Pris 1000 kr.

Gå inn på NLLs nettside, og klikk deg inn på kurs. Du er påmeldt når du har betalt kursavgiften. Bindende påmelding. Påmeldingsfrist er 23. april.

DISPUTAS SILJE SYSTAD



Master Silje Systad disputerte for graden ph.d. torsdag den 14. desember 2017 på Institutt for Spesialpedagogikk (ISP) ved Universitetet i Oslo (UiO). Tittelen på avhandlingen er *Is language impairments a symptom of nocturnal epileptiform activity? Studies exploring the relationship between nocturnal epileptiform activity and language impairments*. Avhandlingen er artikkelbasert og består av tre artikler og en kappe som binder artiklene sammen. Avhandlingen vil bli tilgjengelig på www.duo.uio.no.

Professor emerita Solveig-Alma Halaas Lyster, UiO, og Dr.Med. Marit Bjørnvold, Spesialsykehuset for epilepsi - SSE, Oslo Universitetssykehus, har vært veiledere.

Komiteen som bedømte avhandlingen og prøveforelesningen bestod av Med.dr.Gunilla Rejnö-Habte Selassie, Drottning Silvias barn- og ungdomssjukhus, Postdoktor Carolien Konijnenberg, Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, UiO, og komiteens koordinator: : Janne von Koss Torkildsen, ISP, UiO. Prøveforelesning og disputas ble ledet av professor Øistein Anmarkrud, ISP, UiO.

Det oppgitte emne for prøveforelesningen var: *Komorbiditet og språkvansker hos barn*. Systad beskrev det i utgangspunktet medisinske begrepet komorbiditet, som sameksisterende tilstander, eller en

tilstedeværelse av to eller flere lidelser. Barn som har språkvansker har en økt risiko for en rekke andre tilstander, som ADHD, atferdsvansker, emosjonelle vansker, motoriske vansker, dysleksi og uttalevansker. Systad redegjorde for forskning på emnet og konkluderte med at komorbiditet er regelen heller enn unntaket. De nevnte vanskene forekommer oftere hos barn med språkvansker enn hos barn uten språkvansker, men forekomsten påvirkes av alder, vanske og hvordan barna er blitt rekruttert til de ulike studiene. Typisk for de som har språkvansker og en annen tilstand er at de har vedvarende vansker, og at de strever mer med språket enn de som bare har språkvansker. Vi vet ikke årsaken til at en del tilstander oftere forekommer samtidig. I noen tilfeller kan det også være slik at en tilstand gir sekundærvansker, og Systad understreker at det er viktig å avdekke årsaksforhold for å finne riktig tilrettelegging.

Førsteopponent Gunilla Rejnö-Habte Selassie ga først en oppsummering av avhandlingen som består av en kappe og tre artikler: En systematisk gjennomgang av studier som har sett på forekomsten av nattlig epileptiform aktivitet (NEA) hos barn med språkvansker, en empirisk studie av språkferdigheter hos barn med NEA og en empirisk studie av indikatorer for NEA. Førsteopponenten understreket betydningen av avhandlingen når hun viste til sammenhengene mellom språk-

vansker og NEA som Systad har funnet: Språkvansker kan være et sentralt symptom, og kanskje det eneste symptomet på NEA. Systad fremhevet derfor at det er viktig å være oppmerksom på dette i klinisk sammenheng.

Etter at førsteopponenten hadde oppsummert avhandlingen stilte hun en rekke spørsmål knyttet til både teorigrunnlag og metode. Systad besvarte spørsmålene på en overbevisende måte og viste at hun var trygg på arbeidet.

Andreopponent Carolien Konijnenberg startet med å takke for muligheten til å lese avhandlingen som hun hadde lært mye av, og lest med stor interesse. Videre berømmet hun Systad for det modige valget å forske på atypiske barn, og særlig den komplekse kombinasjonen språkvansker og epilepsi.

Hun gikk så videre med selve utspørringen, som startet med spørsmål om nattlig epileptiform aktivitet, som

hvor vanlig det er, i hvilken fase av søvnen slik aktivitet forekommer og hvordan vansken kategoriseres.

Andreopponenten gikk så over til å spørre mer spesifikt om metodiske valg, der hun roste kandidaten for systematisk og strukturert arbeid i artikkel 1. Her ble også metodiske valg diskutert, blant annet hvordan det kan ha påvirket resultatene at artikler på andre språk enn engelsk og også såkalt «grey literature» ble inkludert. Når det gjelder artikkel 2 ble kandidaten spurt om valg som ble gjort angående måling av NEA, og om forskjellige faktorer som kan ha påvirket resultatene, blant annet interrater-reliabilitet og valg av testene som ble brukt. Angående den tredje artikkelen i avhandlingen ble det spørsmål om beskrivelse av målene som var brukt.

Andreopponenten hadde en svært grundig og interessant utspørring som kandidaten taklet med glans.

Vi gratulerer Silje Systad med doktorgraden!

Anette Andresen og Jannicke Karlsen



INNKALLING TIL NORSK LOGOPEDLAGS LANDSMØTE 2018

Det innkalles til landsmøte for Norsk Logopedlag: Fredag 8. juni 2018 kl. 12.30 - 18.00.
Sted: Scandic Fornebu, Martin Linges vei 2, 1364 Fornebu.

Saksliste med saksdokumenter gjøres tilgjengelig for medlemmene på www.norsklogopedlag.no senest 14 dager før landsmøtet. Medlemmer som ikke har tilgang til internett, får tilsendt endelig saksliste og sakspapirer i papirutgave på forespørsel.

Saker som medlemmer vil ha fremmet for landsmøtet, må være styret i hende senest to måneder før landsmøtet, innen 8. april. Landsmøtet kan bare behandle saker som er kunngjort i innkallingen.

Vel møtt!

For styret
Solveig Skrolsvik, Leder NLL
Fjellhamar, 21. januar 2018

Disputas for Karianne Berg



Foto: Unn Christel Berg Aune

Logoped MNLL, cand. polit. Karianne Berg, avla sin doktorgradsprøve i Trondheim, fredag 9. februar 2018. Dette var en viktig hendelse for henne, for afasifeltet og for norsk logopedi.

Karianne disputerte for graden ph.d. i helsevitenskap ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU. Tittelen på avhandlingen hennes er *Collaboration in aphasia rehabilitation. The perspective of speech-language pathologists and persons with stroke-induced aphasia*. Hun har sett på brukermedvirkning i mål- og planarbeid i afasirehabilitering i Norge. Hva er erfaringene fra praksis, hva er hindringene og hva kan gjøres for å øke brukermedvirkning?

Veiledere har vært professor Torunn Askim og professor Marit By Rise, begge fra NTNU. Bedømmelseskomiteen bestod av førsteamanuensis og

afasiforsker Bronwyn Davidson fra University of Melbourne (førsteopponent), førsteamanuensis og afasiforsker Berit Arnesveen Bronken fra Høgskolen i Innlandet (andreopponent) og professor Sylvia Söderström fra NTNU (administrator). Professor Kjersti Vik fra NTNU ledet disputasen.

Prøveforelesning og disputas ble holdt i Medisinsk-teknisk forskningscenter. Mange hadde funnet veien for å høre på. I salen satt familie, venner og bekjente, kollegaer og andre fagpersoner. Flere logopeder og en håndfull logopedistudenter hadde tatt turen for å ta del denne dagen. Afasilogopedi-mentor Kjell Alstad, mangeårig sjef og kollega til Karianne ved helse-senteret Sonjatun i Nordreisa, var blant dem som hadde reist langt for å være der. Han uttrykte stor glede over å kunne dele denne dagen med Karianne. Fagmiljøet ved NTNU var selvsagt sterkt representert, i tillegg var flere med relasjon til logopediutdanningen

ved Nord universitet, Kariannes nåværende arbeidsplass, stolt til stede, så også generalsekretær i Afasi-forbundet i Norge, Marianne Brodin.

Til prøveforelesningen hadde Karianne fått oppgitt følgende problemstilling: «*Describe and justify an education programme to improve participation of people with aphasia in stroke rehabilitation. In your presentation, consider how this programme will address change in practice in relation to the client, the staff and the organization*». Karianne holdt forelesningen på en måte som måtte være grei å følge både for folk innenfor og utenfor så vel afasifeltet som academia. Tydelig og forståelig. Hun operasjonaliserte problemstillingen til å omfatte arbeid med personer med alle former for afasi, som ikke er inneliggende pasienter. Brukermedvirkning handler om brukeres medvirkning i det å definere problemer, identifisere mål og å lage en plan for rehabilitering, sa Karianne, og vektla at brukermedvirkning naturligvis ville stå sentralt i prøveforelesningen. Hun valgte å rette opplæringsprogrammet mot yrkesutøvere i tverrfaglige team. Hun viste ved gjennomgang av eksisterende forskning at det ikke eksisterer et opplæringsprogram som svarte på de oppgaver komiteen hadde gitt henne, og hun hadde derfor konstruert et eget program som svar på den utfordringen hun var gitt. Basert på teori, egen og andres forskning – og egen erfaring – la Karianne frem et program hun hadde kalt PAIR-programmet, et forskningsbasert program over noen få faser, ment for yrkesutøvere fra ulike profesjoner, basert på det man i dag vet om hva som fremmer læring og endring i slike intervensjonsprogrammer. Gjennom helt konkrete praksiseksempler, endte Karianne sin prøveforelesning med å forklare hvordan man i tre faser kunne gå frem i tverrfaglige team for å endre adferd og praksis i retning av økt deltakelse, reell brukermedvirkning og mer konkrete mål i arbeid med voksne med afasi etter slag. En kommentar fra salen etterpå var at dette var et program for skolering av profesjonsutøvere som også kunne være relevant utenfor afasi- og slagrehabiliteringsfeltet, der det å øke brukermedvirkning stod sentralt.

Etter godkjent prøveforelesning forsvarte Karianne avhandlingen, og presenterte selv prosjektet før samtalen med opponentene startet. Til tross for at det var til dels svært krevende spørsmål som ble diskutert, så fløt samtalen lett mellom opponenter og Karianne.

Avhandlingen består av en sammenbinding og tre vitenskapelige artikler. To artikler er publisert i *Disability & Rehabilitation*, en i *International Journal of Speech-Language Pathology*. Karianne har gjennomført tre kvalitative studier: To studier er basert på fokusgruppeintervjuer med til sammen 20 logopedene, en studie er basert på intervjuer med 15 personer med afasi. Både personene med afasi og logopedene ser brukermedvirkning som viktig, men peker på flere hindringer, spesielt afasien. Logopedene i studien er seg brukermedvirkning bevisst, men synes det er vanskelig å få til i praksis. Personene med afasi uttrykker tilfredshet med tilbudet de har fått hos logopedene, men opplever mål, innhold og tidsrammer som uoversiktlig. Tematikken for avhandlingen er viktig, så vel nasjonalt som internasjonalt. Det ser vi tydelig i konklusjonen i en nylig review-artikkel. Der fremheves det å sette mål (goal-setting) som et av fire underutforskede områder (*research gaps*) i klinisk afasirehabiliteringsforskning (Shrubsole, Worrall, Power & O'Connor, 2017).

Flere viktige implikasjoner følger av arbeidet til Karianne:

1. Mer personsentrert afasirehabilitering krever endring av praksis
2. Vi trenger mer kunnskap om brukermedvirkning i afasirehabilitering, og bedre utnyttelse av eksisterende kunnskap
3. Både brukere og profesjonelle i afasirehabilitering trenger opplæring, for bedre å utnytte de muligheter som brukermedvirkning kan gi

Vi gratulerer med doktorgraden!

Signhild Skogdal (Universitetet i Tromsø), Gisle Johnsen og Line Haaland-Johansen (Nord universitet)

OLLS ÅRSMØTE OG FAGKVELD



Nytt og gammelt styre sammen med Lena Hartelius. *Fra venstre: Ingeborg Watne og Irmeli Oraviita (avtroppende styremedlemmer), Tommy Olsen (gjenvolgt leder), Lena Hartelius, Mona Aashamar (styremedlem) og Åse Sjøstrand (nyvalgt styremedlem). Ingvild Winsnes og Margit Austebo er også med i styret, men var ikke til stede på møtet.*

Oslo logopedlag hadde årsmøte og fagkveld 6. februar. Årsmøtet ble effektivt avviklet av et dyktig styre, som både arrangerte den store dagskonferansen med Barry Guitar i høst, og som er i gang med å planlegge årets landsmøte og sommerkonferanse i samarbeid med en selvstendig nedsatt arrangementskomité og NLL. Så var det tid for pizza og en prat med gode kolleger før kveldens faglige innlegg, som ble holdt av Lena Hartelius.

Hartelius er professor i logopedi ved Göteborgs universitet, i tillegg til at hun jobber klinisk ved Skaraborgs sjukehus og er gjesteforsker på Sunnaas sykehus. Foredraget hennes hadde tittelen «Dysartri – diagnostikk och intervention i ett ICF-perspektiv». Hun tok for seg hva dysartri er og ikke er, og nevnte de ulike dysartri-betegnelsene som er vanlige å bruke. Hun tok opp at det kanskje ikke alltid er dysartritypen som er det viktigste for hvilket tiltak man velger, og hun brukte ICF-modellen svært konkret for å vise hvordan man kunne velge tiltak basert på funksjons-, deltakelses- og aktivitetsdimensjonen i modellen. For eksempel kan det å bruke en bokstavtavle der du peker på første bokstav i hvert ord du sier, være et hjelpemiddel for rett og slett å senke taletempoet slik at du blir lettere å forstå i en viktig telefonsamtale – noe som kan være med på å opprettholde deltakelse i eget liv. Hun tok opp at mange av oppgavene vi kartlegger brukerne med, som mange kjenner fra Frenhcay dysartritest, for eksempel maksimal

fonasjonstid og variasjon av stemmestyrke, ikke er direkte relatert til tale, men kan være med på å «presse systemet» slik at man får fram svakheter. Ved lett dysartri vil mange kunne være gode til å kompensere for svekkelsene som oppstår, slik at uttalen ikke høres så avvikende ut, men det kan være viktig å få fram de underliggende vanskene for å vite hvordan man kan tilrettelegge oppfølgingen. Når det gjaldt tiltak, brukte Hartelius begrepene Loud, Slow, Clear, og kalte dem tre dører inn til samme rom: både det å styrke stemmen (f. eks. ved bruk av LSVT), senke taletempoet (ved bruk av en taletavle), eller øve på tydeligere artikulasjon (f.eks. ved bruk av Be Clear, som er en nylig publisert behandlingsform ved dysartri), kan øke forståeligheten av talen – som jo er målet med arbeidet, men det kan variere hvilke brukere som trenger hvilken metode. Det hun derimot var svært tydelig på, var at det IKKE er grunn til å gjøre oralmotoriske øvelser. Det er ingenting som tyder på at det bedrer talen ved dysartri, hevdet hun.

Hartelius holdt et spennende og informativt foredrag, og viste hvordan man kunne bruke ICF som et nyttig verktøy i både kartleggings- og behandlingsperspektiv. Hennes konkrete fremstilling av både vansker og tiltak var inspirerende, og det var flere av oss som gjerne skulle ha hørt mer.

Jannicke Vøyne og Ingvild Røste

Komplekse forklaringer om grunnleggende begreper

Slethei, K., Bollingmo, M., Husby, O., (2017) **Fonetikk for logoped og audiopedagoger**, Oslo, Universitetsforlaget

Fonetikk for logoped og audiopedagoger er en grunnbok som dekker blant annet områder innen artikulatorisk fonetikk, akustisk fonetikk, auditiv fonetikk og perseptorisk fonetikk. Boken tar for seg faktorer som er involvert i talekommunikasjon, og hvilke prosesser som kan ha blitt svekket ved dysfunksjonell talekommunikasjon. Det er ikke en lærebok i logopedi, eller audiopedagogikk, men en lærerbok i fonetikk. Den kan benyttes som et oppslagsverk, og må ikke nødvendigvis leses fra perm til perm.

Boken består av 180 sider, inndelt i seks kapitler. Titlene på kapitlene er lokkende for en som ikke er så kjent med fonetikken verden. Forfatterne har forsøkt å nå bredt ut, slik at den kan leses uavhengig av hvilken bakgrunn hver enkelt logoped/audiopedagog har. Noen områder vil derfor synes å være «gammelt nytt» for noen, og for andre være ny kunnskap, eller kanskje uforståelig. Formålet til forfatterne har vært å bidra til å øke det grunnleggende kunnskapsnivået innen fonetikk.

Temaer som blir tatt opp under hvert kapittel er relevante, men som grunnbok oppleves de tidvis som for inngående. I en grunnbok, ville jeg forventet at forklaringene var mer forenklet. Temaene er nok grunnleggende, men jeg har opplevd at det har blitt formidlet mer forståelig i annen litteratur, for eksempel hva schwa er, eller hva «nolla-hallon»-fenomenet er. Man vil trolig klare å fange opp det man allerede har noen knagger å henge kunnskapen på, mens andre temaer er for kompliserte uten annen innlæringsstøtte. Det kan for eksempel oppleves som grunnleggende å lese om artikulatorisk fonetikk, men svært komplisert å forstå kapitlet om auditiv fonetikk. Det ville trolig vært lettere å få med seg innholdet i boka som helhet, dersom den ble lest parallelt med forelesninger, og visning av illustrasjoner.

Boken har også redegjort for mindre formmessige sider ved fonetikken. Dette er veldig interessant. Den berører årsakssammenhenger som hvordan normer styrer de

fonetiske endringene man finner i et samfunn, som for eksempel hvorfor det er nokså akseptert å ikke skille «skj» og «kj» lyder lenger. Forfatterne har trukket inn bemerkelsesverdige eksempler i mange kapitler, for eksempel når de nevner at en buktaler ikke snakker med buken, slik man kanskje trodde, men bruker kunnskap om nettopp fonetikk, for å skape samme taleoppfatning. Forfatterne nevner også en historie om lydoppfatning ved traumer, og hvorfor tannpasta blir til tampasta. Den beskriver også hva som skiller ulike språk, med henvisning til diakritiske tegn, og IPA.

Jeg kunne ønsket meg en liste over diakritiske tegn med ordeksempler, og også eksempelord for språklydene i IPA, for å lettere kunne slå opp siden. Det kunne også vært nyttig med en ordliste bak, for å se forenklede definisjoner.

Det boken har klart å gjøre med meg, er å kjenne enda dypere på ansvaret som logoped, og at vår oppfatning av tale setter normene for hva som utgjør en avvikende uttale. Det er en viktig påminnelse! Forfatterne utgjør et topplag av erfarne fonetikere og språkvitere, og det er ingen tvil om at de sitter på kunnskap begge fagfelt (både logopedi og audiopedagogikk) burde kunne mer om.



*Urmila Berg-Domaas,
logoped/rådgiver i PPT og
privatpraktiserende*

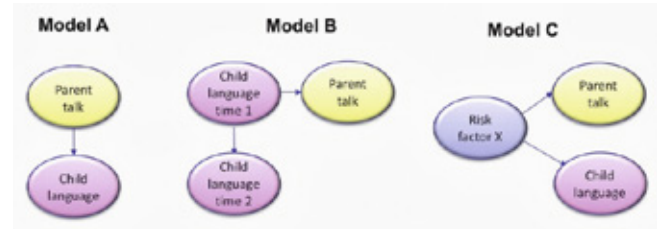
Vi trenger ditt tips!

Parent talk and child language

Som logopedisk tips presenterer vi også denne gang et blogginnlegg. Dorothy Bishop har i mange år forsket på språkvansker. Hun er en av hovedforfatterne bak konsensusrapportene om språkvansker (CATALISE) og står bak flere av kartleggingsverktøyene som vi bruker i Norge (Childrens Communication Checklist og TROG). Hun har en interessant blogg, der hun skriver om ulike temaer som er relevante for logopedi, samt en del om forskningsrealterte temaer. Innlegget er trykt med tillatelse fra forfatteren.

There's been a lot in the media lately about the impacts of parental talk on children's language development. Some of it has been opinion, as in this piece in the Daily Telegraph, in which the headline proclaimed that children were «starting school unable to speak». This reflected the views of a head teacher, who claimed that the proportion of children with poor language skills had increased in his lifetime, and that this was the fault of parents who did not have time to talk to their children any more. There is nothing new here: versions of this story pop up every few years or so (here's one from 2003, and a blogpost on another case from 2011): Editors know that stories about feckless parents sell newspapers: readers love the sense of complacency and moral superiority they induce.

But there is also more evidence-based stuff. Some children do have serious difficulties mastering spoken language, and there is research demonstrating links between parent talk and child language outcomes. We've known since the influential study of Hart and Risley (1995) that there is massive variation in the amount of language children are exposed



Different Models to account for association between parent talk and child language

to at home, and this is predicted by socio-economic status. There are many subsequent studies showing positive associations between aspects of the language that babies and toddlers hear and the rate and complexity of their language development.

When the Guardian ran a piece last week on the latest of these studies, someone tweeted «do we really need a study to demonstrate that?» – to most people it's blindingly obvious that children's language development will be determined by the language that they hear at home. This assumption is shared by many professionals in the field of language development; for instance, in a recent review, Leffel and Suskind (2013) describe poor attainment of children from disadvantaged homes and unambiguously state: «*Parent linguistic input lies at the heart of the problem*».

Except that it's not so simple. And the complexities become apparent when we look at the type of evidence that we have, which is mostly correlational. Students learn in Psychology #101 that correlation does not equal causation, yet when a causal interpretation seems so obvious to most people, this can get forgotten. I have lost count of the number of times I've seen a study showing that parent talk predicts child language development, where the conclusion drawn by the authors (and press offices and the media) is that limited parental language causes child language problems. No other explanation is even countenanced. Yet if we were well taught in Psychology #101, we would realise that we need to consider alternative explanations for

the observed association. The figure below shows three possible causal models; these are not mutually exclusive and so all could play a role.

Model A is the one that is typically assumed by most people: parent talk to children boosts their language development, and accordingly, if a child has poor language skills, this is likely to be caused by inadequate talk from parents.

In Model B, the association goes in the other direction. Poor language in the child leads to less talk from the parent. This could occur if, for instance, parents are discouraged from talking to a child who is unresponsive and appears not to understand. Consider too, this recent study looking at outcomes of infants in a special care baby unit. Children who were exposed to more adult language in hospital had better language outcomes; however, as the authors noted, «*It could be that parents and caregivers have more opportunity to talk to infants who are less sick.*»

Model C explains the association without postulating a direct link from parental talk to child language. Instead it sees both of these as outcomes of some other cause. This could be an environmental factor, such as poor diet, or a genetic risk that is shared by parents and their children.

It is the job of researchers to try and find evidence to establish the relative importance of these different causal routes. In the case of child language, this is not just a theoretical exercise: it potentially makes a difference to the kinds of intervention that are likely to be effective in helping children. In particular, if model A is the main explanation for the association, then we should be able to boost poor child language by encouraging reticent parents to interact more like talkative parents. This is unlikely to be effective if model B explains the association. And if model C applies, then we would need to either modify the third factor (X) itself, or clarify how it operated in order to alter its association with poor outcomes in children.

I am concerned about the near-universal acceptance of model A as the sole explanation, because there are two lines of evidence that go against it. First, we can to some extent disentangle the impact of socioeconomic disadvantage and parental talk if we study children whose parents produce little spoken language input because they have a congenital hearing impairment. Some profoundly deaf parents have children with normal hearing. In the past there was concern about such children: how would they learn spoken

language if their parents produced little intelligible speech? In fact, the studies that were done obtained unexpectedly positive results, leading to the conclusion that although young children clearly need some exposure to spoken language in order to learn to speak, they could develop normal language on the basis of exposure to other adults outside the home and language on TV (Schiff-Myers, 1988).

The second line of evidence comes from studies that disentangle genetic and environmental influences by considering language development in twins. If parental talk is an important determinant of child language, then we would expect twins growing up together in the same home to resemble each other. However, if model A is all-important, we would not expect the genetic relationship between the twins to have any effect. But it does make a difference, and on many language measures this effect is quite substantial. So we find that twins do resemble each other in general, but that resemblance is quite a bit higher if the twins are genetically identical (monozygotic) than if they are fraternal (dizygotic, and sharing around half their DNA for genes that vary between people).

I remember being struck when I first did twin studies of children's language difficulties at how different two twins growing up in the same family could be – provided they were non-identical. It was, however, unusual to find identical twin pairs where one had a significant language problem and the other was unaffected. The overall pattern of results tells us that the child's genetic makeup plays a role in determining their language development (Bishop, 2006).

So what has this to do with models A, B and C? Quite simply, the twin data support a version of model C: given that genes affect language development, we expect parents (who share around half their genes with their children) to resemble their children. We already know that parents of children with language impairments are more likely than other parents to have some kind of language or literacy problem themselves (Barry et al, 2007). This doesn't affect everyone: of course there are many literate and articulate parents whose children have language difficulties. But on balance, these kinds of difficulties run through generations, and we therefore expect to see an association between limited language ability in parents and language difficulties in their children. Note that a genetic account will also predict that language difficulties in children will predominate among those of lower social-economic status:

parents who themselves are language-impaired are likely to have low levels of educational attainment and poor occupational prospects.

This kind of genetic explanation for parent-child similarities has a lot of evidential support, but people are very reluctant to accept it. If you propose that genes may play a role in children's developmental difficulties, people will tend to assume that you have a political agenda aligned with the Third Reich, with a goal of identifying a genetic underclass who should not be helped because they are just 'made that way'. This reflects a wrong-headed genetic determinism that is at odds with contemporary understanding of how genes work. Genes do not determine your fate: their impact is likely to vary according to the environment, and by modifying environments we may alter outcomes. Unlike in model A, though, model C predicts that sensitivity to specific environments may depend on one's genes. The arguments have been cogently put in a recent book by Asbury and Plomin (2013), who lament the way in which genetic influences on children's development have been ignored in favour of a political stance that blames educational and developmental difficulties on either poor parenting or poor teaching. If, as has been repeatedly shown, there is evidence that genes are important in influencing children's language development, then we may be squandering our intervention resources by ignoring this fact.

The bottom line is that we need more research. Well-conducted randomized controlled trials on the impact of modifying parent input have been thin on the ground to date, and have not generated impressive evidence of efficacy (see my earlier blogpost). Obviously, it's early days, and I'd cheer on others who are attempting such research. Results may depend on the nature of the intervention, the aspects of language that are assessed, and the type of population the intervention is used with. My suggestion is that rather than denying the reality of genetic effects, we should be conducting research to find out what kinds of input are most effective for children who are at genetic risk. It is possible that rather than more language input, they may do best with a different kind of language input, specifically tailored to take into account their cognitive strengths and weaknesses. We are a long way from understanding how best to do this, and meanwhile, ingenious and dedicated practitioners are working hard to tackle the very real problems that some children experience. My message is simply that to lay the blame for these difficulties at the door of parents, and to anticipate that problems can be

readily overcome by encouraging parents to talk more to their children may be oversimplistic.

To finish, I cannot resist adding my favourite quote from Richard Dawkins, which focuses on mathematics rather than language learning, but gets to the nub of inappropriate concerns about genetic explanations:

People seem to have little difficulty in accepting the modifiability of «environmental» effects on human development. If a child has had bad teaching in mathematics, it is accepted that the resulting deficiency can be remedied by extra good teaching the following year. But any suggestion that the child's mathematical deficiency might have a genetic origin is likely to be greeted with something approaching despair: if it is in the genes «it is written», it is «determined» and nothing can be done about it: you might as well give up attempting to teach the child mathematics. This is pernicious rubbish on an almost astrological scale What did genes do to deserve their sinister juggernaut-like reputation? Why do we not make a similar bogey out of, say, nursery education or confirmation classes? Why are genes thought to be so much more fixed and inescapable in their effects than television, nuns, or books?

Richard Dawkins (1982) *The extended phenotype*, Oxford University Press (p. 13)

References

- Asbury, K., & Plomin, R. (2013). *G is for genes: The impact of genetics on education and achievement*. Chichester: Wiley Blackwell.
- Barry, J. G., Yasin, I., & Bishop, D. V. M. (2007). Heritable risk factors associated with language impairments. *Genes, Brain and Behavior*, 6, 66-76.
- Bishop, D. V. M. (2006). What causes specific language impairment in children? *Current Directions in Psychological Science*, 15, 217-221.
- Caskey, M., Stephens, B., Tucker, R., & Vohr, B. (2014). Adult talk in the NICU with preterm infants and developmental outcomes *Pediatrics* DOI: 10.1542/peds.2013-0104
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Leffel, K., & Suskind, D. (2013). Parent-directed approaches to enrich the early language environments of children living in poverty. *Seminars in Speech and Language*, 34(4), 267-277. doi: 10.1055/s-0033-1353443
- Schiff-Myers, N. (1988). Hearing children of deaf parents. In D. Bishop & K. Mogford (Eds.), *Language development in exceptional circumstances* (pp. 47-61). Edinburgh: Churchill Livingstone.

This article (Figshare version) can be cited as:

Bishop, Dorothy V M (2014): Parent talk and child language. figshare. <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.1030407>

Referanser til nettartikler det vises til i blogginnlegget

<http://www.telegraph.co.uk/education/educationnews/10636150/Children-start-school-unable-to-speak.html>
http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/education/2638889.stm

LÆR BARN SOM MANGLER TALESPRÅK SOSIALE ORD!

INTERVJU MED KARI-ANNE NÆSS

6. mars er det Den europeiske logopediens dag – tema Alternativ og Supplerende Kommunikasjon (ASK). – Det å lære barn som helt eller delvis mangler et funksjonelt talespråk å kommunisere «Vil du leke med meg?» er like viktig som å lære dem å kommunisere at de er tørste, sier logoped og professor Kari-Anne Bottegaard Næss, ved Institutt for spesialpedagogikk.

Logopedi betyr opprinnelig å hjelpe barn med språk – siden det stammer fra det greske ordet logos, som betyr språk, og pedi som betyr barn.

Kari-Anne Bottegaard Næss, professor i logopedi ved Institutt for spesialpedagogikk er opptatt av barn og unge som helt eller delvis mangler talespråk og må bruke andre former enn tale når de kommuniserer med andre. Hun forsker på tiltak for å optimalisere barns muligheter til å kommunisere.

Det å kommunisere på andre måter enn tale kalles på fagspråket alternativ og supplerende kommunikasjon og forkortes ASK. Bottegaard Næss er en av redaktørene og forfatterne til boken «God kommunikasjon med ASK-brukere». Den handler om hvordan vi kan tilrettelegge for å lykkes i kommunikasjon med ASK-brukere i barnehage og skole.

Kommunikasjon uten tale, er det mulig?

Vi er kanskje vant med å tenke at kommunikasjon handler om å snakke sammen. Og det å snakke avhenger av talespråket vårt. Men kommunikasjon er så mye mer enn tale, altså verbal kommunikasjon. Selv vi som har talespråket intakt bruker non-verbal kommunikasjon, det vil blant annet si kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Vi bruker også hjelpemidler eller støtte til vårt muntlige språk, når vi for eksempel viser lysbilder eller illustrasjoner for å få fram et tydelig budskap.

- På fagspråket definerer vi gjerne kommunikasjon som et samspill mellom kommunikasjonspartnere som deler oppmerksomhet og tilpasser seg hverandre. Dette innebærer at man skaper forståelse sammen, sier Bottegaard Næss.

Kommunikasjon er viktig for autonomi og selvbestemmelse, sosial deltakelse, læring og utvikling, utdanning og arbeidsliv, samt inkludering.

- For å si det enkelt: Kommunikasjon påvirker alle sider ved livet og er dermed uhyre viktig for hva slags liv man får, presiserer Bottegaard Næss.



Kari-Anne B. Næss,
Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, førsteamanuensis og prosjektleder i DSL+-prosjektet

Det har vært diskutert hvorvidt ASK er et eget språk, men pr. i dag har ikke ASK en slik status i Norge. Det betyr ikke at personer som benytter ASK er språkløse. Personer som har vansker med å uttrykke seg gjennom talespråket har også et språk, og for de fleste ASK-brukerne så er det det norske språket som understøttes og som man jobber mot å benytte.

Legger listen for lavt

Bottegaard Næss, som har jobbet med og forsker på barn og unge med kommunikasjonsvansker, sier at de ofte blir undervurdert med hensyn til hva de kan få til i sin kommunikasjon.

- Det er dessverre altfor vanlig at personer rundt dem, selv nærpå personer, og de som jobber og kommuniserer med AKS-brukere, legger listen for lavt. Det å bli undervurdert betyr at forventningene til hva man kan få til språklig og på andre områder ikke er så store, sier Bottegaard Næss. Når vi vet at mange med kommunikasjonsvansker har liten tro på egen evne, og hvis de i tillegg speiler seg i andres lave forventninger, er det ikke rart hvis det påvirker selvbildet.
- Forskning viser at kommunikasjonsvansker gir økt risiko for vansker knyttet til mental helse, engstelse og/eller depresjon. Så her må vi være i forkant, og forebygge alt vi kan. Vi må starte med å vise at «dette tror jeg at du får til», ikke bare i ord men i handling, ved å gi dem utfordringer, oppfordrer Bottegaard Næss.

Bottegaard Næss minner oss om at den kjente tidligere professoren i matematikk Stephen William Hawking fra Universitetet i Cambridge, også var ASK - bruker.

- Han er smartere enn de fleste av oss med talespråk, for å si det sånn, understreker Bottegaard Næss.



Et av de største problemene barn uten talespråk har, er mangel på sosial kontakt med andre barn. Å bygge opp et ordforråd på sin kommunikasjonsform, det være seg med f.eks. tegn, symboler på Ipad, eller andre teknologiske hjelpemidler, er derfor viktig for disse barna.

(Illustrasjonsfoto: Colourbox.com)

Likevel presiserer hun viktigheten av at man ikke skal ha for store ambisjoner på barnas vegne. For å finne den rette balansen mellom støtte og forventninger er det behov for oppfølging av logoped som kan kartlegge barnas nærmeste språklige og kommunikative utviklingsone.

Hvordan kommuniserer ASK-brukere?

ASK-brukere er veldig ulike. For noen er kommunikasjonsvanskene de primære, mens for andre er de sekundære og kommer i tillegg til andre utfordringer som for eksempel autisme eller Cerebral Parese. Noen ASK-brukere har utviklingshemming, mens andre har et typisk funksjonsnivå forøvrig. Med dette presiserer Bottegaard Næss at ASK-brukere har forskjellige behov, akkurat som oss andre.

- Noen har god nytte av ikke-hjulpert kommunikasjon som for eksempel «tegn til tale», mens andre har behov for hjulpet kommunikasjon der man benytter ulike hjelpemidler.

Det er utviklet en rekke kommunikasjonshjelpemidler og symbolsystemer for mennesker med behov for ASK. Det er alt fra talemaskiner, grafiske tegn til materielle tegn som konkrete objekter og taktile tegn.

Rikt ordforråd er en døråpner til fellesskapet

Et av poengene i boken til Bottegaard Næss er at det er viktig å tenke på at det å kunne sosiale ord er en døråpner til lek med jevnaldrende. Når man er med i leken blir ordforrådet ytterligere styrket gjennom leken med andre barn. Deltakelse i det daglige samspeillet med jevnaldrende, som i skolegården i friminuttet eller på lekeplassen i barnehagen gir deg ikke bare tilgang til språket, men også mulighet til å observere modeller og øve på egen kommunikasjon.

Det er en god spiral som starter med sosiale ord, og som kan bygges til en samtale sammen med andre, forklarer Bottegaard Næss:

- Gjennom å kunne de sosiale ordene så får du lettere innpass. Du kan lettere ta initiativ til å bli med, du kan lettere ta initiativ i leken og du vil lettere få respons fra andre barn, selv om du nødvendigvis ikke kan uttrykke deg med hele setninger. Å bruke enkeltord kan være godt nok, siden det lett kan oppklares hva man egentlig mener i en samtale med andre.

Opplæringsloven gir rettigheter

Betydningen av ASK er understreket i opplæringsloven og elever med kommunikasjonsvansker kan ha rett på å benytte egnede kommunikasjonsformer og kommunikasjons-hjelpemidler i opplæringen. Dersom eleven har rett til spesialundervisning skal denne også kunne inkludere opplæring i bruk av ASK. Norge er pr. i dag det eneste landet i verden med lovfestet rett til opplæring i ASK.

Hjelp her og nå og for fremtiden

Hvordan foreldre, barnehagelærere og lærere kan hjelpe er et spørsmål om hvordan barnet kan få hjelp til å forstå og uttrykke seg her og nå, samtidig som man parallelt kartlegger hva som kan være realistiske målsettinger for fremtiden.

Noen foreldre og barnehageansatte er redde for ASK og tenker at det å bruke ASK vil være å avskrive muligheten for utviklingen av talespråket.

- Forskning finner imidlertid ingen motsetning mellom å kunne benytte ASK her og nå og senere utvikling av talespråklige ferdigheter, understreker Bottegaard Næss.

Forskning viser at barn som regel (naturlig) reduserer bruken av ASK etter hvert som deres språklige eller talespråklige ferdigheter øker. Det er blant annet gjort en stor kunnskaps-oversiktsstudie i Sverige som tilsier at man kommuniserer bedre når man har tilgang på flere ulike former for kommunikasjons- eller ASK-hjelpemidler.

Barn med behov for ASK trenger som regel tilgang til ulike kommunikasjons hjelpemidler tilpasset ulike settinger. Er de i svømmehallen, så må de ha symboler eller ting som tåler vann og som kan brukes der. Så da er kanskje ikke iPaden det rette hjelpemiddelet. Mens hvis de er ute i friminuttet, vil kanskje en mobiltelefon eller et annet mindre teknisk hjelpemiddel være mer aktuelt.

Det er viktig å huske på at barnet bør ha med seg «sin mulighet for kommunikasjon» over alt.

- Noen setter for eksempel kommunikasjons hjelpemiddelet igjen i skapet på skolen. Så når de kommer hjem, har de ikke noe å kommunisere med, fordi de tenker at dette er et tiltak på skolen. Mens andre er veldig opptatt av at de bare skal lære tegn.
- Barn med kommunikasjonsvansker har behov for kontinuerlig stimulering og oppfølging, og det er viktig at foreldre og fagpersoner sammen avgjør målsettinger på kort og lang sikt for å forebygge andre følgevansker, sier Bottegaard Næss.

Ikke frarøv barnet muligheten til en naturlig språkutvikling!

Det er en vanlig misoppfatning at barn ikke kan få tilgang til tegn og symboler før det er gjennomgått i undervisningen.

- Men vi vet jo det at barn som utvikler talespråk, bruker mange ord som de ikke forstår. Hele tiden. Sånt er det jo gjennom hele utviklingen, barn får gradvis en dypere forståelse av ord og forstår mer hva de betyr, forklarer Bottegaard Næss.

Barn med behov for ASK blir dessverre ofte frarøvet en naturlig språkutvikling fordi alt er så styrt utenifra. Voksne med gode hensikter kan skrelle bort ord for barnet, fordi de tror at det skal hjelpe barnets språkutvikling, men i virkeligheten kan de gjøre det vanskeligere for barnet å kommunisere.

Gode rollemodeller og kommunikasjonspartnere

Barn med behov for ASK har i likhet med alle andre barn også behov for gode rollemodeller.

- Modelløring er en del av det naturlige utviklingsforløpet. Barn ser hva andre gjør eller hører hva andre sier, og imiterer etter dem, forklarer Bottegaard Næss.

Kommunikasjonsmodeller som benytter barnets egne kommunikasjonsformer er viktig også for ASK-brukere.

- Våre studier viser at kommunikasjonspartnere til barn med behov for ASK ofte ikke bruker ASK tilbake til dem. Det er viktig at personer som deltar i barnets hverdag, både søsken foreldre og besteforeldre, og selvsagt barnehageansatte og lærere, også bruker ASK, poengterer Bottegaard Næss.
- Og når medelever får mulighet til å benytte ASK er det klart at døren til felleskapet er mer åpen.

Bottegaard Næss minner oss på at ingen tar skade av å lære om god kommunikasjon. Hvem har vel ikke opplevd å mislykkes i kommunikasjonen med noen av og til? Vi trenger alle øvelser i kommunikasjon med forskjellige mennesker.

Kilde: Kari-Anne Næss & Asgerd Veia Karlsen (2015): God kommunikasjon med ASK-brukere. Fagbokforlaget.

Marika Vartun



Foto: Shane David Colvin/UiO

ORALMOTORISK TRENING ELLER STEMMETRENING FOR PERSONER MED PARKINSONS SYKDOM?

I min logopediske praksis gjennom 20 år har jeg møtt og behandlet mange personer med Parkinsons sykdom (PS). Når en person med PS ringer og ønsker hjelp, er det som regel på grunn av følgende utfordringer: Omgivelsene hører ikke hva vedkommende sier, han/hun klager på svak stemme, mumling, monoton stemme og/eller stotring. Det er mange utfordringer som i løpet av sykdomsforløpet kan ramme personer med PS, for eksempel svelgevansker. I denne artikkelen ønsker jeg kun å redegjøre for at sterk, sunn, intensiv stemmetrening kan bedre PS-rammede sin uttale.

I mine første arbeidsår var jeg usikker på hvordan jeg skulle jobbe med denne pasientgruppen. Jeg gjorde imidlertid mitt beste etter det jeg hadde tilegnet meg av kunnskap: Tunge-, leppe-, kjeveøvelser (hvem kjenner ikke til arket med tegninger av 20 ansikter som gjør grimaser?) og litt fokus på pust og stemme. Jeg forsøkte å favne alle deler av KOSAR-modellen. Jeg møtte klientene på hjemmebane en til to ganger i uken, og gav dem ark med øvelser. I tillegg formidlet jeg at det var svært viktig å trene daglig på egenhånd. Jeg så lite fremgang hos denne pasientgruppen.

For meg ble det et kvantesprang i behandling av PS-rammede i 2009. Jeg ble kjent med metoden LSVT-Loud, og sertifiserte meg i Cambridge samme år med logopedkollega Katrine Kvisgaard. Denne metoden hadde fokus på intensiv, hensiktsmessig, sunn og sterk stemmebruk.

I det siste har det vært reklamert for at utstyr til trening av tunge, leppe og kinn for personer med PS vil bedre deres uttale. Problemet er at PS ikke er en sykdom som fører til muskelreduksjon og lammelser. Allerede tidlig på 1800-tallet fastslo James Parkinson dette. Det er viktig å være klar over at diagnosekriteriene for PS er manglende bevegelse (akinesia), trege bevegelser (bradykinesi), skjelving (hviletremor) og eller/ rigiditet.



Gry Sandland

tok logopedutdanning ved Universitetet i Oslo i 1998. Hun startet privat logopedpraksis i 2000, og er sertifisert LSVT Loud-terapeut fra 2009 (Cambridge). Hun har lang erfaring med afasi, talepraksis, stemme og Parkinson sykdom.

E-post: grysl@online.no

Muskelreduksjon og lammelse kan oppstå etter et hjerneslag, og ikke fordi man har PS. Jeg kan ikke anbefale oralmotorisk styrketrening for mine klienter med PS som ønsker hjelp til tydelig uttale. Årsaken til deres talevansker er jo ikke slapp muskulatur. Personer med PS har et stemmepotensiale som i løpet av sykdomsforløpet før eller senere reduseres på grunn av manglende auditiv feedback. Det gjør talen utydelig. Som logoped skal vi hjelpe til å gjenhente dette potensialet. Talk tools er et verdensomspennende konsern som reklamerer for sine produkter, med god forankring i solid forskning og teori gjennom mange år. De har ikke henvendt seg til PS-rammede. Grunnen er nok at deres «oral placement treatment» er trening rettet mot redusert muskelkraft. Deres verktøy vil neppe hjelpe PS-rammede med tydelig uttale og bedre stemmekraft.

Jeg jobber derimot daglig med styrketrening for flere slagrammede. Det viktigste er at de selv opplever redskapene som nyttige for sine muskelsvekkelser i munn og kinn. Disse har god stemme, men diksjonen er redusert. Styrketrening med apparater er et flott hjelpemiddel her.

Intensiv stemmetrening favner så godt som alle KOSAR-delene, bortsett fra ordene. Ved å jobbe intensivt med dyp og og sterk stemme vil både artikulasjon (tydelig tale), rytme og kroppsspråk

(ansiktsmimikk) bedres. Ordene blir dessverre ikke flere ved hverken stemmetrening eller styrketrening av oralmotorikken. Muskeltraining er viktig for alle, ikke nødvendigvis fordi man får PS. Jeg har jobbet som aerobiceinstruktør halve livet og som nevnt med parkinsonrammede i mange år. Jeg brenner sterkt for bevegelsestrening og styrketrening for kroppen generelt. Når det kommer til PS og tale er det stemmekraft som står i fokus.

Det er givende å jobbe med PS-rammede. Særlig etter at fokus ble satt på intensiv stemmetrening. Det er viktig å spørre seg selv i møte med hver klient hvorfor vi gjør det vi gjør. Er bestillingen å bli hørt av omgivelsene og snakke tydeligere? Da kan vi ikke være i tvil om hva vi skal møte disse utfordringene med. Det ville være et tilbakeskritt for den logopediske behandlingen dersom logopeder bestrider den forskningen som fastslår at det er **intensiv stemmetrening** og sterk, sunn, dyp stemmebruk som fremmer tydelig uttale hos parkinsonrammede.

Jeg har selvfølgelig klienter som ikke klarer å forankre en sterk og hensiktsmessig stemme i kroppen, uansett hvor mye vedkommende vil og hvor intensivt vi prøver. Dette er ofte personer som ikke er nydiagnostiserte, men som har gått med sine uttalevansker over lengre tid. I tillegg må vedkommende selv, etter å ha lært metoden, velge å prioritere treningen på hjemmebane og bruke metoden aktivt i sin hverdag.

Å velge å trene er ikke alltid lett, slik det er for folk flest. For en med PS kan det være enda vanskeligere. Å finne motivasjon til egentrening kan være en utfordring. Logopeder kan med andre ord ikke hjelpe alle parkinsonrammede med tydelig uttale.

Min erfaring er imidlertid at jeg kan hjelpe flere personer med PS etter at jeg ble kjent med den intensive stemmetreningemetoden. Vi tar opptak av stemmen og måler sunn stemmekraft før, under og etter fire ukers behandling. Dermed kan vi vise til konkret fremgang.

Mitt råd til dere som jobber, eller har lyst til å jobbe med personer med PS er: Ikke gå *om igjen* den lange veien flere av mine kollegaer og jeg har gått før. Det er ikke hensiktsmessig hverken for klientene, samfunnet eller deg som logoped. Hvis målet for den PS-rammede er å få tydelig uttale og sterkere stemme, og kognitive vansker ikke skaper hindringer, må du motivere vedkommende til å velge intensiv trening med fokus på sterk, naturlig dyp og hensiktsmessig stemmekraft.

*Gry Sandland
Logoped MNLL/Cand.ed
Logopedisk Institutt
Hegdehaugsv.35
0352 Oslo
grysl@online.no
www.logopedisk-institutt.no*

OM LOGOPEDHJELP I SKOLEN OG OM YRKESETIKK: EN HISTORIE TIL ETTERTANKE

Høsten 2017 startet Lisa i første klasse på en skole på Østlandet. Etter noen uker kom hun hjem fra skolen og fortalte, at i dag hadde hun blitt tatt ut av klassen av en dame som var logoped. Lisa visste hva en logoped var, for en slik hadde hun møtt i barnehagen også. I barnehagen hadde Lisa fått logopedhjelp fordi hun snakket fort, utydelig og manglet noen språklyder. Særlig var det vanskelig for henne å få en rulle-r på plass. I et lite sluttnotat fra logopeden i barnehagen, som foreldrene fikk, anbefales det at Lisa bør fortsette med logopedhjelp i skolen. Dette notatet ble skrevet noen måneder før Lisa begynte på skolen. Hun hadde ikke systematisk oppfølging det siste halve året i barnehagen. Foreldrene forventet at et videre behov for logopedhjelp ville bli vurdert i skolealder.

Så skjer det, at en ny logoped møter opp på skolen og tar Lisa ut av klassen. Dette skjer uten at foreldre er kontaktet og informert, og foreldrene reagerer med forundring over det som skjer og måten det skjer på. De tar kontakt med logoped og skole om dette, og ber om en forklaring på det som har skjedd. De får etter hvert en beklagelse på at logoped har tatt Lisa ut av klassen og startet et kartleggingsarbeid uten at foreldrene var informert. For øvrig får de vite at det er vanlig praksis i denne kommunen at logopeder tar elever ut av undervisningen uten at det foreligger et enkeltvedtak om spesialundervisning, slik opplæringsloven krever. Som forklaring på det får de i første omgang til svar, at slik er logopedtjenesten organisert i deres kommune.

Foreldrene setter seg godt inn i opplæringsloven og retningslinjer for hva som skal til for at logopedhjelp kan gis til elever i skoletiden. Det viser seg at kommunen det gjelder, fører en praksis som ikke samsvarer med det som er lovlig. Kommunen har en egen logopedtjeneste som opererer uavhengig av PPT. Skolen henviser elever direkte til denne tjenesten. Eleven kartlegges og får logopedhjelp eller eventuelt avslag på hjelp, uten at PPT har vært inne i bildet. Det blir ikke gjennomført en helhetlig vurdering med

en eventuell tilråding om logopedhjelp som spesialundervisning med et påfølgende enkeltvedtak. I de tilfeller logopedtjenesten kommer fram til at elever ikke har behov for logopedhjelp, er det heller ikke klagerett til fylkesmannen på vurderinger som blir gjort. Elever i denne kommunen får dermed ikke den rettslige behandling de har krav på i forbindelse med logopediske behov. Logopediske behov, behandling og tiltak blir heller ikke rettmessig dokumentert, og kravet om samarbeid mellom logoped, PPT, skole og foresatte og utarbeidelse av en individuell opplæringsplan (IOP) blir utelatt. Det er mange brudd på lover og yrkesetiske retningslinjer i denne historien.

Foreldrene til Lisa tar kontakt med både aktuelle enkeltpersoner, skole, logopedtjeneste og PPT om den praksis kommunen har når det gjelder logopedisk virksomhet for elever i skolealder. De møter liten forståelse for sitt engasjement og sin påpeking av ulovlig praksis. Det blir i stedet gjort flere forsøk på å forsvare kommunens praksis, og for å få foreldrene til å godta gjeldende praksis. Logopedtjenesten sier seg imidlertid enig i at Lisa har krav på henvisning til PPT før det gis logopedhjelp i skoletiden, dersom foreldrene krever det. Foreldrene henvender seg til skolen, men får beskjed om at skolen ikke vil henvise til PPT. Skolen sier at Lisa får et tilbud om logopedhjelp på skolen, og at 'logopedhjelp ikke er spesialundervisning'.

Foreldrene sender en klage til fylkesmannen på avgjørelsen om å ikke henvise Lisa til PPT. Foreldrene får medhold i klagen. Det bes om at eleven henvises til PPT, og at det fattes et vedtak om spesialundervisning i saken. I vedtaket fra fylkesmannen presiseres det at det er PPT og ikke en logopedtjeneste som er sakkyndig instans for vurdering av logopediske behov. Det er PPT som via en helhetlig vurdering skal vurdere om retten til logopedhjelp i form av spesialundervisning foreligger. Enten det foreligger et grunnlag for en slik rett eller ikke, skal det fattes et enkeltvedtak. Dette vedtaket kan foresatte klage på til

Fylkesmannen. Slik saksgangen og logopedtjenesten fungerte i aktuell kommune, ble rettigheter som foreldre og elever har i henhold til både opplæringslov og forvaltningslov forbigått.

Fylkesmannens konklusjon i saken bekrefter at elever kan bli tatt ut av ordinær undervisning for å få logopedhjelp, etter en helhetlig vurdering av elevens behov ved PPT. En henvisning til PPT skal gi eleven en vurdering i et tverrfaglig miljø, fordi elever med språkmessige utfordringer kan ha sammensatte behov. Det kan for eksempel bli avdekket at eleven har sosiale problemer på grunn av språkproblemer, slik at det er behov også for annen pedagogisk hjelp eller andre tiltak. Det kan også være en underliggende vanske eller diagnose som er årsaken til språkproblemer. En sakkyndig vurdering skal søke å avdekke slike forhold. Det kreves en tverrfaglig og bred tilnærming der både skole og foreldre/foresatte involveres i prosessen, for at eleven skal få det tilbudet han/hun har behov for. I alle kommuner skal det sørges for at elever som sliter med språklige vansker og som har logopediske utfordringer, får en saksgang på lik linje med andre elever som har behov for ekstra tiltak i skolen. Det må skje via en åpen henvisning til PPT, som skal vurdere hva som er det beste for barnet og hvilke tiltak som er nødvendige og aktuelle. En logopedtjeneste verken kan eller skal ta imot henvisninger fra skolen og gjennomføre utredninger og vurderinger som etter loven er lagt til PPT som sakkyndig instans.

Lisas historie gir grunnlag for en diskusjon om logopedhjelp i skolen og om yrkesetikk. Norsk Logopedlags yrkesetiske retningslinjer uttrykker ikke spesifikt at praksis som ikke er i samsvar med lov og retningslinjer, ikke må forekomme. Det burde jo være en selvfølge, men vi trenger trolig en bevisstgjøring om dette både blant logopeder, i logopedutdanningen og i Norsk Logopedlag. Logopeder som yrkesgruppe bør ta opp kampen med sine overordnede og arbeidsgivere, dersom de erfarer at rutiner og praksis i en kommune ikke er i samsvar med lov og retningslinjer. Det er ikke foreldre som skal sørge for at kommuner har en lovlig logopedisk praksis. De fleste foreldre har heller ikke kunnskap nok til å kunne avdekke en ulovlig praksis.

Kunnskap jeg fikk gjennom omtalte sak, som angikk ei lita skolejente og foreldre som jeg kjenner veldig godt, avdekket en ulovlig organisering av logopedhjelp for elever med språkvansker i aktuell kommune. Dessverre har jeg grunnlag for å si at dette trolig ikke er et enkeltstående tilfelle. Det er ikke positivt for logopeders rykte og renommé, dersom kommuner ikke sørger for at logopeder utøver sitt viktige arbeid på en forskriftsmessig måte. Det er gjennom et godt samarbeid mellom PPT, skole, foresatte og eleven selv og i utarbeidelse av en IOP, at logopedhjelp kan integreres på en god måte i elevens skolehverdag både faglig og organisatorisk. Dersom det ikke skjer, må eleven få aktuell logopedhjelp utenom sin ordinære undervisningstid.

*Marit Petersen Ofteidal,
pensjonert logoped MNLL/dr.philos.*

NB!

**På grunn av uforutsette forhold utsettes
Dysphagia workshop til 26. – 28. Oktober 2018.
Professor Susan Balandin vil lede workshopen alene.**

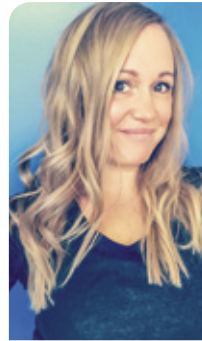
BAKGRUNN FOR OG OPPSTART AV PARKINSONGRUPPER

Jeg var ferdig utdannet logoped i 2014, med mastergrad fra Universitetet i Nordland. I bunnen av utdannelsen har jeg en bachelorgrad i Spesialpedagogikk fra Universitetet i Tromsø.

Etter studiene gikk jeg rett ut i en kommunal stilling som logoped i Rehabiliteringstjenesten i Rana Kommune. Året etter, høsten 2015 registrerte jeg drømmen min og firmaet Helgeland Logopedi i Brønnøysundregisteret og hadde planer om å tilby enkelttimer på kveldstid ved etterspørsel og kapasitet ved siden av den kommunale jobben. Jeg var nå ute i mammapermisjon, og startet opp med noen få timer like før jul 2015. Våren 2016 sa jeg opp min stilling hos Rehabiliteringstjenesten, etter å ha fått tilbud om en 60 % stilling som logoped ved Rana kommunale logopedtjeneste som var samkjørt med Rana PPT og hadde barn som behandlingsgruppe. Dermed kunne jeg kombinere den kommunale jobben med jobb i eget firma. Jeg hadde nå etablert meg med kontor i fellesskap med private fysioterapeuter og kiropraktor, og henvisningene til logoped strømmet på. Siden mai 2017 har jeg jobbet 100 % i eget firma.

En stor del av pasientgruppen min har diagnosen Parkinson, og interessen for gruppetrening startet i studietiden da jeg var så heldig å få ha praksis hos Marianna Juujärvi på Kurbadet i Tromsø. Her observerte jeg hvordan Marianna gjennomførte gruppetimer med denne pasientgruppen, og jeg la spesielt merke til treningsleden og samhörigheten hos pasientene i disse treningstimene sammenlignet med enkelttimer. Jeg var en nysgjerrig student, og fikk en grundig gjennomgang av tanken bak oppsettet av gruppetimene og hvordan Marianna vurderte treningen i forhold til pasientgruppen.

Tidlig i 2017 undersøkte jeg interessen for deltagelse i gruppetrening hos mine pasienter med diagnosen Parkinson. De fleste stilte seg positive til idéen, og ønsket å skrive seg på venteliste for påmelding. Siden kontoret mitt ikke er stort nok til gruppetrening,



Renee Kristin Hagen

er logoped NNLL og har jobbet som logoped siden 2014. Hun har erfaring fra arbeid i kommunal logopedtjeneste, samt i rehabilitering. Siden 2015 har hun arbeidet som logoped i privat praksis.

E-post: helgelandlogopedi@gmail.com

undersøkte jeg mulighetene for å leie lokaler i sentrum av Mo i Rana. Jeg fikk tips fra lederen av den lokale Parkinsonforeningen om å høre ved Frivillighets-sentralen, hvor lokallaget hadde sine månedlige treff. Der møtte jeg på hyggelige ansatte som stilte seg svært positive til å låne oss møterom gratis i sine nye og praktiske lokaler som var tilpasset brukere i rullestol og andre bevegelsesutfordringer som ofte følger av diagnosen Parkinson.

Deretter annonserte jeg oppstart av Parkinsongrupper på firmasiden på Facebook og kontaktet igjen leder for den lokale Parkinsonforeningen. Han videreformidlet informasjon til medlemmene, og snart strømmet det på med påmeldinger. Jeg begynte med en gruppe med fem pasienter, men så raskt behovet for enda en gruppe og startet derfor en gruppe 2 i tillegg. Denne er også på fem brukere, som er maks antall brukere tillatt i regelverket til HELFO for private logopeder.

Gruppetreningen er populær både hos de brukerne jeg har enkelttimer med og hos andre som ikke ønsker enkelttimer. De poengterer selv at fellesskapet med andre i lignende situasjon er veldig viktig. Motivasjonen for egentrening er ikke nødvendigvis større for de som deltar i gruppetimene vs. enkelttimer, men jeg oppfatter det som om de gir mer i timene sammen med andre enn alene.

Uavhengig av hvor i sykdomsforløpet brukere er, opplever jeg at de deltar på egne premisser og at det gir dem mening å trene sammen med andre i større grad enn å trene alene. Før oppstart av hver gruppe, har jeg en behandlingstime med hver av brukerne alene. Dette for å kartlegge utfordringer og behov hos hver enkelt. På denne måten kan jeg tilrettelegge felles treningsprogram ved å inkludere øvelser som jeg vet at de ulike deltakerne har behov for. Noen øvelser er dermed lettere for noen og gir dem mestringsfølelse, mens for andre kan det være her de strever og har behov for trening. De motiveres av hverandre og jeg opplever stadig at de selv også gir hverandre ros og oppmuntringer der hvor de ser at en annen strever.

Ved oppstart av hver nye gruppe, får alle en mulighet til å presentere seg og fortelle litt om utfordringer ved sykdommen som de selv ønsker å jobbe med i gruppa. Dette er helt frivillig, men de fleste er overraskende åpne og tilsynelatende komfortable med å dele med «like-menn og -kvinner». Her informerer jeg også om programmet og kort om hva vi skal jobbe med. Jeg forteller at programmet er sammensatt på bakgrunn av hver og en sine utfordringer knyttet til diagnosen, og at det vil være øvelser av ulik vanskelighetsgrad for hver enkelt. Her har det også vært viktig for meg å opplyse at selv om jeg under treningen sier at vi skal gjøre et gitt antall repetisjoner i en øvelse, så er det rom for å ta pauser der man har behov for det.

Vi jobber med oppvarming av muskulatur/mimikk i ansiktet, munnmotorikk, stemmetrening og pust, musikk og avspenning i kroppen (spesielt nakke). Jeg har hentet inspirasjon fra tiden hvor jeg var i praksis på Kurbadet i Tromsø, og har inkludert en oppvarmings-

øvelse i treningsprogrammet hvor vi synger en kjent barnesang samtidig som vi tramper takten med beina og etter hvert også inkluderer hendene ved å legge og krysse disse på lårene. Denne koordinasjonsøvelsen kan være utfordrende hos pasienter med Parkinson, men den engasjerer alle sammen og er en øvelse som skaper god stemning i gruppa.

Det som byr på flest utfordringer er artikulasjons-treningen. Men også her opplever jeg at deltakerne gir mer i gruppetimer enn i enkelttimer. Utholdenheten strekkes ved at de observerer at de andre også strever med øvelsene. Vi avslutter alltid gruppetimene med stemmetrening hvor vi øker trykk og lyd mer og mer. Her observerer jeg at brukerne etter hvert blir varmere i trøya og sammen våger å bruke stemmene mye mer enn de gjør i enkelttimer på kontoret. Før vi går hjem er det kaffe, kjeks og sosialt samvær. Noen ønsker av og til å spørre om logopedisk behandling eller gjennomgå øvelser som de kan trene med hjemme. Gruppa passer alltid på å hjelpe den eller de av brukerne som har mest utfordringer med bevegelighet, og de gir hverandre respekt og tid til å fortelle det de ønsker å dele. Som logoped og behandler er disse gruppetimene veldig fine å være en del av, og brukerne selv gir også utelukkende gode tilbakemeldinger.

Høsten 2017 var jeg i gang med gruppe nr. 3, hvor vi møttes en gang i uken i åtte uker, 1,5 time hver gang. Oppstart av gruppe nr. 4 er nå under planlegging og vil mest sannsynlig starte i februar/mars 2018.

Renee Kristin Hagen, Logoped MNLL





Trine Lise Dahl
Leder i Yrkesetisk råd

#Metoo og logopeder

Mange lesere av Norsk tidsskrift for logopedi, «Logopeden», synes kanskje vi gjentar oss vel mye i denne spalten; det er mye av de samme temaene som går igjen. Og det er riktig – vi skal det! Noen mennesker trenger grenser for å forebygge brudd og alle har vi godt av

påminnelser for å utvikle vår indre samvittighet, slik at yrkesetiske retningslinjer blir internalisert og vi kan handle intuitivt på riktig måte.

Etter de siste måneders oppslag i media er det vanskelig å komme utenom kampanjen #metoo. «#Metoo ryster Norge – Oppgjør med den råtne kulturen» skriver Dagbladet (12.01.18) Og videre: «Ekspertene kaller #metoo-kampanjen vår tids kvinnekamp...»

Hva har dette med logopeder og etikk å gjøre? Hittil er det maktmennesker i kunstneriske yrker som film og musikk som har stått frem og blitt avslørt, samt at det etter hvert har kommet frem en rekke avsløringer innen de fleste politiske partier. De som arbeider i restaurantbransjen er svært utsatt. Vi vet det foregår trakassering innen mange andre yrker også, selv om varsler ikke har kommet fram like tydelig.

#Metoo-kampanjen fikk meg til å tenke på det ansvaret vi har overfor våre klienter. Et behandler-klientforhold er ikke symmetrisk. Det er ikke til å komme bort i fra at logopeden er den som har størst makt i kraft av sin kunnskap og kompetanse. Men klienten har størst makt i forhold til sin erfaring med sin tale-språk-stemme-svelgevanse. Dette kan også ha uheldige følger.

I et asymmetrisk forhold er det en selvfølge at en må sette grenser for seg selv gjennom å opptre på en respektfull og forsvarlig måte.

Det er derfor på sin plass å minne om de etiske retningslinjene våre, § C Forhold til elev/pasient/klient/bruker:

- Pkt. 6. «Et medlem skal.....ikke misbruke den tillit som vises han/henne i yrkesutøvelsen»
- Pkt. 7. «Et medlem skal ikke involvere seg i et privat avhengighetsforhold til klienten»

#Metoo-kampanjen har spesielt satt søkelyset på arbeidsforhold, der fremtredende ledere har opptrådt klanderverdig overfor underordnede. Det har også kommet frem at kunder har 'gått over streken' i oppførsel overfor ansatte, jf. restaurantbransjen.

Det er å håpe at dersom en logoped opplever å bli seksuelt trakassert i sitt arbeidsforhold, vil han eller hun ikke nøle med å varsle. Det er heldigvis blitt en atskillig lavere terskel for varsling.

Trine Lise Dahl
Leder Yrkesetisk råd NLL
nll.yrkesetisk@gmail.com

Om studentmedlemskap i NLL og revisjon av de yrkesetiske retningslinjene mm:

Svar til Jon-Øivind Finbråten

I tidsskriftet nummer 1, 2 og 3 (2017) har det vært en debatt mellom studentmedlem Jon-Øivind Finbråten og Yrkesetisk råd ved leder Trine Lise Dahl. Saker vedrørende yrkesetiske retningslinjer besvares i utgangspunktet av Yrkesetisk råd. I sitt andre innlegg oppfordrer imidlertid Finbråten også styret i NLL til å svare, særlig vedrørende studentmedlemmers stemmerett.

Styret mener det er positivt for NLL at medlemmer engasjerer seg og tar opp viktige spørsmål til diskusjon. Vi vil hovedsakelig kommentere spørsmål vedrørende studentmedlemskap og revisjon av de yrkesetiske retningslinjene, og samtidig informere om klagerett for pasienter som benytter tjenester fra privatpraktiserende logopeder, som Finbråten etterlyser.

Generelt slutter styret seg til Trine Lise Dahls svar til Finbråten i tidsskriftet nummer 2/2017.

Om studentmedlemskap i NLL

NLL ble stiftet med det formål å samle alle landets logopeder i én organisasjon som samordner og fremmer logopeders faglige interesser. Derfor kan enhver som har godkjent norsk logopedutdanning eller likeverdig utenlandsk utdanning bli medlem i NLL, jf. NLLs vedtekter §§ 1 og 2.

Alle uteksaminerte logopeder som har meldt seg inn i organisasjonen har derfor stemmerett på Landsmøtet, som er organisasjonens høyeste myndighet.

Vedtektene åpner også for studentmedlemskap, av mange gode grunner:

- Mulighet til å lære å kjenne organisasjonen som representerer faget

- Informasjon om og rett til å delta på fagkurs som holdes av NLL og av våre søsterorganisasjoner i Norden
- Abonnement på NLLs tidsskrift
- Mulighet til å knytte kontakter innenfor fagmiljøet
- Tilgang til informanter til masteroppgaver
- Forberedelse på yrkeslivet som logoped
- Rabattert medlemskontingent
- Mulighet til å gi innspill til regionslag, råd, styre og Landsmøtet i organisasjonen.

Forhåpentligvis vil studentmedlemskap bidra til økt læring om logopedi som fag og profesjon. Samtidig bidrar også studentmedlemmene til organisasjonen: De bringer inn nyttige impulser utenfra, både ved å stille gode spørsmål og gi oppdaterte faglige innspill, i takt med studieprogresjonen. Studentmedlemskap vil også kunne bidra til rekruttering av hovedmedlemmer og til profesjonen.

Vi mener også at det er gode grunner for at studenter ikke bør ha like stor innflytelse i organisasjonen som ferdig utdannede logopeder. Styret i NLL mener at ordningen med talerett for studenter, men uten stemmerett, bør opprettholdes. Dette mener vi av disse grunnene:

- Som interesseorganisasjon for en yrkesgruppe ønsker vi å sette krav om bestått profesjonsutdanning for å bidra til høy faglig kvalitet i de beslutningene som tas på Landsmøtet. Fullført masterutdanning gir en kunnskap- og erfaringsbakgrunn som vi anser nødvendig for å stemme over saker som gjelder logopedfaglige emner og utformingen av den jobben vi skal gjøre. Derfor er det naturlig å knytte stemmeretten til fullført logopedieksamen.

- Sammenlignbare forbund, som fysio-terapiforbundet og ergoterapiforbundet, har heller ikke stemmerett for studentmedlemmer. De har talerett, i likhet med studentmedlemmene i NLL. Ergoterapi- og fysioterapistudentene organiserer seg i egen studentforening som samarbeider med foreningen for uteksaminerte yrkesutøvere.
- I tillegg til talerett på Landsmøtet har studentene også innflytelse over logopediutdanningen gjennom studentdemokratiet på lærestedene.

Styret har forståelse for at studenter ønsker å ha innflytelse i en interesseorganisasjon, og at ønsket kan bli sterkere mot slutten av studiet. Imidlertid mener styret at dagens ordning ivaretar studentenes innflytelse så langt hensynet til faglig kvalitet tillater det.

Dersom det likevel er ønskelig å gi studenter stemmerett på Landsmøtet, kan forslag om vedtektsendring behandles på Landsmøtet i juni 2018. Forslaget må i så fall sendes styret to måneder innen Landsmøtet, dvs. senest 6. april i år. Forslaget bør begrunnes, og formuleres som det ønskes inn tatt i vedtektene, slik at medlemmene kan ta konkret stilling til hva det stemmes over. Det bør også i så fall presiseres hvilke krav som stilles for å bli medlem, f.eks. om studenten må dokumentere opptak på logopedistudiet, gjennomført studier frem til påbegynnelsen av skriving av masteroppgave, eller eventuelt beståtte del-eksamener på ulike nivå på masterstudiet.

Revisjon av de yrkesetiske retningslinjene

Styret er enig med Finbråten i at endringer trengs; og både råd og styre ser behovet for fornyelse av retningslinjer og vedtekter på flere områder. Yrkesetisk råd og styret arbeider henholdsvis med revisjon av de yrkesetiske retningslinjene og NLLs vedtekter stort sett kontinuerlig. Fra tid til annen får vi innspill om endring, og i likhet med Finbråtens forslag blir alle vurdert. Mye leder til forbedring.

En komplett revisjon av retningslinjer og vedtekter er imidlertid en stor jobb. NLL er en liten organisasjon som drives utelukkende på frivillig basis ved siden av ordinært arbeid. Vi må derfor prioritere hvilke endringer vi skal arbeide med først, og sikter oss inn på gradvise forbedringer. Styrets forslag vil bli gjort kjent i forkant av Landsmøtet 2018 og vil bli behandlet der.

Arbeidet som gjøres ellers i NLL står ikke i motsetning til at NLL har søkt om autorisasjon. Helse- og omsorgsdepartementet oppfordret NLL til å søke i forrige regjeringssperiode, og styret har valgt å gripe denne muligheten. Dessverre er det mange logopeder som verken går på kurs eller holder seg oppdatert på andre måter, selv om blant annet fagutvalget i NLL arrangerer kurs av svært god kvalitet. Med en autorisasjon kan NLL stille krav om etterutdanning, for at medlemmene skal opprettholde autorisasjonen. På den måten vil vi sikre et løpende høyt faglig nivå på alle våre logopeder.

Om klagerett for pasienter/klienter/brukere av logopeditjenester

Finbråten viser til at pasienter/brukere som benytter logopeder i privat praksis ikke har noe organ de kan klage til. Helse- og omsorgsdepartementet hevder imidlertid at klagemulighetene er de samme for alle som arbeider under helselovgivningen, også i de tilfellene der en yrkesutøver ikke trenger autorisasjon. En privatpraktiserende logoped som jobber på oppdrag fra Helfø omfattes av lov om pasient- og brukerrettigheter i henhold til departementet. Til dags dato kjenner ikke styret til noen klagesaker, men det skal altså være en reell mulighet for å klage på en privatpraktiserende logoped til fylkesmannen. **Det vises til <https://www.fylkesmannen.no/Nyheter/2016/11/Hvordan-klage-pa-helse--og-omsorgstjenester/> :**

Dersom du som pasient, bruker eller pårørende opplever at det ikke gis helse- og omsorgstjenester, eller at kvaliteten på tjenestene er uforsvarlig, har du mulighet til å klage.

Loven skal sikre at alle gis tilgang på nødvendige helsetjenester, og at disse er av forsvarlig kvalitet. Retten til nødvendig helsehjelp er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b. (...)

Hva kan jeg klage på?

Det er to typer klager i helse- og omsorgssaker, som behandles noe forskjellig hos Fylkesmannen.

Rettighetsklager er når du har fått avslag på en helse- og omsorgstjeneste du har søkt på. (...)

Tilsynssaker er klager hvor Fylkesmannen får en klage fra deg som pasient, pårørende eller annen interessent i saker som gjelder kvaliteten på helsehjelpen, eller helsepersonells oppførsel. Saksbehandlingen skal i slike saker skje etter reglene i bl.a. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 7-4 og 7-4a. Slike klager gjelder typisk ting som:

- *Faglig uforsvarlig behandling*
- *Dårlig kommunikasjon*
- *(...)*
- *Andre forhold som er kritikkverdige*

Se også <https://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Klage-pa-helsepersonell-ogeller-pa-helse-og-omsorgstjenesten/#tilsynssaker>.

Som interesseorganisasjon har NLL verken rett eller myndighet til å opprette et klageorgan som kan frata medlemmer retten til å utøve yrkespraksis, slik som f.eks. Advokatforeningen har. Som nevnt er NLL en liten organisasjon, uten praktisk mulighet til å drive et slikt klageorgan. Derimot kan NLL vurdere uetisk yrkespraksis i Yrkesetisk råd, og eventuelt oppfordre vedkommende medlem til å avstå fra den uetiske praksisen. I henhold til vedtektene kan styret også vurdere å behandle en eventuell klage på vedkommende medlem, og vurdere eventuell eksklusjon. I tillegg kan vi henvise og hjelpe pasienter/brukere med å klage til fylkesmannen.

Om godkjenning av utenlandske logopeder – og om mønsteravtaler med Helfo

Til orientering er det NOKUT som godkjenner utenlandsk logopediutdanning, ikke NLL – se <https://www.nokut.no/>. Vi ser derimot på hvilke utdanninger og språklige kvalifikasjoner utenlandske logopeder har, før vi gir dem mulighet til å bli medlemmer av NLL.

Utenlandske logopeder må ha godkjent utdanning fra sitt hjemland og i tillegg ha avlagt «Bergensprøven» i norsk med beste karakter for å kunne tilfredsstillende kompetansekravene Helfo har fastsatt. Dersom en logoped fra utlandet er tatt opp som medlem i Norsk Logopedlag, anses imidlertid vilkåret om offentlig godkjent eksamen for å være oppfylt. Mønsteravtaler inngås direkte mellom den enkelte logoped og Helfo.

Avslutning

Takk for innspill og bidrag til diskusjon.

Vi oppfordrer våre medlemmer til å engasjere seg videre!

*Vennlig hilsen
Styret i NLL*

NIFS søker kandidater til faglig utvalg

NIFS skal opprette et faglig råd. Vil du være med?

Interesseorganisasjonen vår er i vekst. Vi ser behovet for å styrke det faglige arbeidet, og har tenkt å relansere det faglige utvalget. En av våre viktigste oppgaver er å jobbe for et enda bedre logopedtilbud. For å klare det, mener vi et tettere samarbeid med logopedene er den rette veien å gå.

Startet Nasjonalt taleflytnettverk

I mange år mellom 1990 og 1999 var kjente personligheter som Solveig Slinde og Karin Eikeland en del av det faglige utvalget til ulike tidspunkter, før det ble satt på pause i 1999.

I 2001 gikk NIFS inn for å opprette et Nasjonalt taleflytforum med Statped og flere kommunale og fylkeskommunale logopediske instanser; en demokratisk møtearena mellom likesinnede. Statped kunne stolt sende en oppsummering på nyåret 2002 til alle som hadde deltatt på første møte:

En refererer til møtet 12. og 13. november 2001 der samtlige tilstedeværende ble enige om at vi trenger et felles taleflytforum mellom Interesseorganisasjonen NIFS og fagfolk i stat/fylke/kommune og privat tjeneste, der formålet er å bedre forholdene for brukergruppen. Nasjonalt taleflytnettverk er (foreløpig) navnet på «vårt nye barn». (NIFS Arkiv 7 – Nasjonalt Taleflytnettverk, 2001-2002)

Statpeds senere omorganisering i 2014 påvirket så Nasjonalt Taleflytnettverk. Fokuset endret seg bort fra å være en møtearena for å styrke forholdet mellom logopeder på den ene siden og NIFS på den andre siden, med det resultat at det ikke lenger var plass til NIFS som grunnleggende part. Dette var så klart veldig leit. Det er verdt å nevne at vi er i dag, akkurat som i 2001, er en del av Samarbeidsråd språk/tale sammen med andre brukerorganisasjoner, men dette gir oss ingen direkte kontakt med de som behandler brukerne våre. Vi vil påpeke at vi ikke har møtt noe

annet enn positivitet og hjelp i møte med ansatte på taleflyt-teamene til Statped over hele landet over mange år, men at dette etter hva vi har skjønt handler om hvordan Statped skal være organisert og hvordan de skal møte (alle) brukerorganisasjonene på et mer generelt overordnet plan.

Mulige arbeidsoppgaver i et Faglig utvalg

Alle seriøse organisasjoner under FFOs flaggskip har faglige utvalg og det er på tide at NIFS stiller seg opp i de samme rekker. Oppgavene som går igjen er:

- Komme med faglige innspill/råd i saker slik at organisasjonen holder seg oppdatert
- Være et referansepunkt i interessepolitiske saker
- Bidragsytere i brosjyrer/prosjektarbeid der det skulle passe

Vi er veldig åpen for å diskutere ulike arbeidsoppgaver som et potensielt faglig utvalg for taleflytvansker i NIFS kan ha. Vi ser for oss møter 1-2 ganger i året.

Om du kunne tenke deg å bidra på det frivillige feltet for stamming og løpsk tale, så send et kort resymé der du presenterer deg selv, hva du jobber med og hva du brenner for til post@stamming.no innen 1. mai. martin.aasen.wright@gmail.com



*Martin Aasen Wright,
styreleder og pressekontakt
i Norsk interesseforening for
stamming og løpsk tale (NIFS)
martin.aasen.wright@gmail.com*

Presentasjon av ph.d.-prosjekter



Navn:
Tom Karlsen

Mail:
tom.karlsen@statped.no

Bakgrunn:
Allmennlærer med fordypning i logopedi, mastergrad i logopedi, erfaring fra stemmeteamet ved Statped vest og øre-nese-hals-avdelingen, Haukeland Universitetssykehus (HUS).

PhD-tilknytning:
Klinisk institutt 1 (K1),
Det medisinske fakultet,

Universitetet i Bergen (UiB).

Cirka tidsperiode: 2014-2018

Hovedveileder: Professor/overlege dr. med. Hans Jørgen Aarstad

Medveileder: Overlege/professor dr. med. John-Helge Heimdal Begge: K1, Med. fak., UiB & ØNH-avd. Klinikk for hode-hals, HUS, Bergen.

Kort beskrivelse av tema og formål.

Pasienter med stemmevansker blir ofte undersøkt og behandlet av et team bestående blant annet av øre-nese-hals-lege og logoped. Å bestemme art og grad av laryngal patologi og evaluere behandling for en gitt pasient er utfordrende. Dette fordrer at registrering av kliniske funn og anamnestic informasjon er så reliabel og valid som mulig. European Laryngological Society (ELS) har foreslått en basisprotokoll for vurdering av stemmeforstyrrelser (Dejonckere et al., 2001). Hensikten med en slik protokoll vil også være å gjøre det lettere å sammenligne studier av stemmerelaterte plager fra forskjellige forskningsmiljø. Noen hovedprinsipper er angitt som retningslinjer. Blant disse er det angitt fem elementer som bør inngå i laryngologisk undersøkelse:

1. Video-stroboskopi, som er den kliniske undersøkelse av stemmebånds-funksjon.
2. Vurdering av stemmekvalitet ved lytting til stemmen.
3. Akustiske analyser (analysere fysiske avvik i stemmens lyd kvalitet og rytme, gjerne ved hjelp av dataanalyser).
4. Aerodynamiske undersøkelser (den enkleste testen er maksimal fonasjonstid).
5. Pasientrapporterte utfallsmål for betydning av stemmelidelsen for den enkelte pasient; såkalt patient-reported-outcome-scales (PROMS)

Den interne sammenhengen mellom de fem elementene som inngår i den foreslåtte protokollen er lite studert. Hvilke element i foreslått utredning gir verdi? Vi ønsker derfor i denne studien å vurdere nytteverdi av PROM-målinger og objektiv stemmeanalyse både klinisk og vitenskapelig. Blant de foreslåtte elementene i protokollen, er å benytte PROMS. Voice Handicap Index (VHI) er en av de mest anerkjente og benyttede instrumentene for å innhente slik informasjon fra individer med stemmevansker (Jacobson et al., 1997). Det er oversatt til mange språk og det foreligger en digital versjon, som jeg har bidratt i utviklingen av.

Prosjektet består av fire studier, hvor av tre er publisert.

I den første studien svarte 126 pasienter med stemmevansker og 126 friske kontroller på VHI-30N skjemaet, etter en formell fram-tilbake oversettelse fra engelsk til norsk. Hovedfunn var at VHI-30N skiller godt mellom stemme-friske og stemme-syke (Karlsen et al., 2012).

I den andre studien ønsket vi å se på VHI-30N sin evne til å skille mellom stemmediagnoser basert på sykdomsopprinnelse, samt studere VHI-30N på bakgrunn av spesifikke laryngale sykdommer. Påvirkning av ulike diagnoser på cut-off verdien ble også undersøkt. 355 pasienter med stemmevansker og 126 friske kontroller ble inkludert og besvarte VHI-30N. Vi konkluderte med at den norske versjonen av VHI fungerer godt psykometrisk, også når benyttet blant pasienter med ulike stemmerelaterte sykdommer. Når skjemaet ble benyttet i store pasientgrupper, hadde det evne til å skille mellom grupper av stemme-diagnose pasienter basert på sykdomsopprinnelse (Karlsen et al., 2015).

Den tredje studien hadde som hensikt å dokumentere viktigheten av å inkludere generelle livskvalitetsmål i den kliniske undersøkelsen. Informantene, som besto av pasientgruppene; strupekreft (N=80), recurrensparese (N=23), funksjonelle stemmevansker (N=23), degenerative/inflammatoriske diagnoser (N=75) og diverse (N=19), ble fortløpende inkludert ved øre-nese-hals-avdelingen, Haukeland Universitetssykehus. I tillegg ble livskvalitetsdata benyttet fra en nasjonal gruppe laryngektomerte (N=105), en gruppe tidligere HNSCC-pasienter (N=96), samt en populasjonsbasert referansegruppe (N=1956). Data ble innhentet med EORTC QLQ, VHI-30N og Eysenck Personality Inventory (EPI) sin nevrotisme-skåre. Hovedfunn var at det hovedsakelig blant pasientene med recurrensparese og strupekreft var lavere generell livskvalitet blant pasientene med stemmerelaterte sykdommer. Videre var både livskvalitets-skåre og VHI-skåre omvendt knyttet til nevrotisme (Karlsen et al., 2016).

Pågående arbeid med den fjerde studien tar mål av seg å undersøke sammenhengen mellom aerodynamisk mål, akustiske mål fra stemmeanalyser og VHI-30N. Maksimal fonasjonstid (MFT), F0, jitter, shimmer og noise-to-harmonic-ratio (NHR) vil bli analysert. 229 pasienter med stemmerelaterte lidelser og 98 friske kontroller har fylt ut VHI-30N skjemaet og gitt digitale stemmeprøver.

Referanser:

- Dejonckere, P.H., et al., *A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques*. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2001. 258(2): p. 77-82.
- Jacobson, B.H., et al., *The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation*. Am J Speech Lang Pathol, 1997. 6(3): p. 66-70.
- Karlsen, T., Grieg, A.R.H., Heimdal, J.H., Aarstad, H.J., *Cross-Cultural Adaption and Translation of the Voice Handicap Index into Norwegian*. Folia Phoniatrica et Logopaedica, 2012. 64(5): p. 234-240.
- Karlsen, T., Heimdal, J.H., Grieg, A.R.H., Aarstad, H.J., *The Norwegian Voice Handicap Index (VHI-N) patient scores are dependent on voice-related disease group*. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2015. 272(10).
- Karlsen, T., Sandvik, L., Heimdal, J.H., Hjermstad, M.J., Aarstad, A.K.H., Aarstad, H.J., *Health-related Quality of Life as Studied by EORTC QLQ and Voice Handicap Index Among Various Patients With Laryngeal Disease*. Journal of Voice. 2016 Aug 9. pii: S0892-1997(16)30119-9.

Arbeidet med jubileumsbok er i gang

På landsmøtet 2016 ble det vedtatt at NLL skal arbeide for at organisasjonens nyere historie blir dokumentert og sikret. NLLs utvikling og historie frem til 1998 er allerede godt ivaretatt – særlig gjennom utgivelsene «Troll i ord» og «Norsk logopedi ved tusenårsskiftet». Det ble derfor bestemt at fokuset for arbeidet skal være perioden fra 1998 og frem til 75-årsjubileet i 2023.

Med bakgrunn i dette vedtaket ble det våren 2017 satt ned en redaksjonsgruppe, bestående av Trine-Lise Dahl, Brit Sørland, Ole-Andreas Holmsen og Elisabeth Jørgensen. Arbeidet i redaksjonsgruppen er godt i gang, og målet er en skriftlig utgivelse i forbindelse med jubileet.

I tillegg til å dokumentere organisasjonens historie, vil utgivelsen ta sikte på å belyse logopediens historie i Norge. Redaksjonsgruppen ønsker å takke de som tidligere har skrevet og bidratt med uvurderlige kilder innen disse områdene.

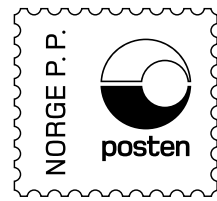
En takk rettes også til alle de som allerede har sagt seg villige til å bidra til utgivelsen, ved å skrive om sine respektive fag- og kunnskapsfelt.



KURS & KONFERANSER

Tidspunkt	Tema	Sted	Nettadresse
23.-25. mars 2018	IALP 1th international composium – «Motor speech disorders in child-ren and adults»	Nicosia, Kypros	http://ialpdev.info/
09.-10. april 2018	ALFs etterutdanningskurs	Nyborgstrand, DK	www.alf.dk
11. april 2018	Munnmotoriske forutsetninger for spising og tale – letsip	Bodø, Nordland logopedlag	Påmelding til: anita.byberg@fauske.kommune.no
19. april 2018	Kurs i CELF-4	Oslo	Påmelding til: a.l.rygvold@isp.uio.no
25. april 2018	Kurs om spisevansker	Oslo	www.barnasspraksenter.no
26. april 2018	Hvordan kan stramt tungebånd påvirke amming, flaske, kopp, skje og sugerør	Oslo	www.barnasspraksenter.no
10.-12. mai 2018	10th European CPLOL Congress of Speech and Language Therapy	Cascais, Portugal	http://cplol.eu/
22. mai 2018	Åpent kurs i norsk med tegnstøtte	Heimdal, Trondheim	https://kurs.statped.no/
23.-24. mai 2018	15. Nordiske symposium om barnesprog	Odense, Danmark	http://nordisksymposium.weebly.com
25. mai 2018	Munnmotoriske forutsetninger for spising og tale	Oslo	www.letsip.no/kurs
31. mai 2018	Kurs i småbarnstesten Bayley-III	Oslo	https://kurs.statped.no/
01.-02. juni 2018	LSVT LOUD Certification	London	http://www.lsvtglobal.com/loud-certification
07.-09. juni 2018	NLLs Landsmøte og Sommerkonferanse	Oslo	http://norsklogopedlag.no/landsmote-og-etterutdanningskurs-2016/
13.-16. juni 2018	29th Congress of The European Phoniaticians	Helsinki	https://www.uep2018.com
24.-26. august	International symposium on Specific Language Impairment	Moskva	http://ialpdev.info/
31.aug. - 01.sept. 2018	LSVT LOUD Certification	Mainz, DE	http://www.lsvtglobal.com/loud-certification

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



Avsender: NLL v/ Ingvild Røste, Karl Flods vei 26, 0953 Oslo

INNHold

Redaktøren <i>Jannicke Karlsen</i>	s. 3
Nytt fra styret <i>Solveig Skrolsvik</i>	s. 4
Barn med ADHD og språkvansker i barnehagen. Hvordan fremstår de, og hvordan kan de forstås? <i>Torunn Einbu og Yuliya Haugland</i>	s. 6
Komorbiditet mellom lese- og skrivevansker og andre diagnoser <i>Jan Erik Klinkenberg</i>	s. 11
Kan kosthold og kosttilskudd påvirke stamming? <i>Tommy Olsen</i>	s. 24
Referat: Disputas Silje Systad <i>Anette Andresen og Jannicke Karlsen</i>	s. 30
Referat: Disputas Karianne Berg <i>Signhild Skogdal, Gisle Johnsen og Line Haaland-Johansen</i>	s. 32
Referat: OLLs årsmøte og fagkveld <i>Jannicke Vøyne og Ingvild Røste</i>	s. 34
Bokomtale: Komplekse forklaringer om grunnleggende begreper <i>Urmila Berg-Domaas</i>	s. 35
Logopedisk tips: Parent talk and child language <i>Bishopblog</i>	s. 36
Intervju: Lær barn som mangler talespråk sosiale ord! <i>Marika Vartun</i>	s. 39
Lesernes side: Oralmotorisk trening eller stemmetrening for personer med parkinsons sykdom? <i>Gry Sandland</i>	s. 42
Lesernes side: Om logopedhjelp i skolen og om yrkesetikk: En historie til ettertanke <i>Marit Petersen Oftedal</i>	s. 44
Lesernes side: Bakgrunn for- og oppstart av parkinsongrupper <i>Renee Kristin Hagen</i>	s. 46
Yrkesetikk <i>Trine Lise Dahl</i>	s. 48
Svar fra styret: Om studentmedlemskap i NLL og revisjon av de yrkesetiske retningslinjene mm: Svar til Jon-Øivind Finbråten <i>Styret i NLL</i>	s. 49
NIFS: Søker kandidater til faglig utvalg <i>Martin Aasen Wright</i>	s. 52
Presentasjon av ph.d.-prosjekter <i>Tom Karlsen</i>	s. 53
Arbeidet med jubileumsbok <i>Redaksjonsgruppen</i>	s. 54
Kurs & Konferanser	s. 55