

NORSK TIDSSKRIFT FOR

LOGOPEDI



NR. 3 | OKTOBER 2023 | ÅRGANG 69

ARTIKLER OG ANDRE BIDRAG

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

PRAKTISKE OG TEKNISKE RÅD

- 1) Artikkelen skrives i Word eller Open Office.
- 2) Artikkelen innledes med hovedoverskrift. I tillegg til hovedoverskriften kan det brukes overskrifter på to nivå. Artikkelen overskrifter skal ikke være nummererte.
- 3) Artikkelen skal ha en appetittvekker på ca. 50-70 ord.
- 4) All litteratur som er brukt i artikkelen skal oppføres som kilde. Kildeliste settes i alfabetisk orden avslutningsvis i artikkelen
- 5) Lengden på fagartikler bør ikke overstige 4200 ord, mens fagfelleurderte artikler kan være på opptil 6000 ord.
- 6) Ikke bruk bindestrek ved orddeling på slutten av en linje. Linjelengden i tidsskriftet er ikke det samme som i ditt dokument.
- 7) Avsnitt markeres med dobbelt linjeskift uten innrykk. Bruk linjeskift kun ved markering av avsnitt.
- 8) Artikkelen skal ha en presentasjon av forfatter, med bilde, faglig bakgrunn, nåværende arbeidssted og e-postadresse. Den skal være på ca. 20-50 ord.
- 9) Bilder og logoer lagres i JPG, TIFF eller EPS i så stor oppløsning som mulig.
- 10) Alt sendes til redaktør på e-post redaktor.ntl@gmail.com. Ett eksemplar av bladet sendes forfatteren(e) etter publisering. Adressen bladet/bladene skal sendes til må derfor oppgis.

FORSKNINGSARTIKLER

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

MATERIELLFRIST OG UTGIVELSER

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

ANNONSEPRISER PR. 01.01.2020

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

Grafisk formgiver kan være behjelpelig med utforming av annonsens utseende (faktureres separat).



STYRET I NLL

Leder: Katrine Kvisgaard,
katrine@norsklogopedlag.no

Nestleder: Ingvild E. Winsnes,
ingvild@norsklogopedlag.no

Kasserer: Eli Irene Kjus,
eliirene@norsklogopedlag.no

Sekretær: Therese Sandåker
Bugaarden,
therese@norsklogopedlag.no

Styremedlem: Signhild Skogdal,
signhild@norsklogopedlag.no

Styremedlem/nettansvarlig:
Anne-Cathrine Thijn Sverdrup,
anne-cathrine@norsklogopedlag.no

Varamedlem: Eli Tendeland,
eli@norsklogopedlag.no

Varamedlem: Åse-Katrine
Andersen,
ase-katrine@norsklogopedlag.no

post@norsklogopedlag.no
Felles e-postadresse til hele styret.

YRKESETISK RÅD

Leder: Randi Grindstad Fossen,
yrkesetiskrad
@norsklogopedlag.no
Medlem: Helge Andersen
Medlem: Ingrid Steineger Dahl
Varamedlem: Anne Duhme

FAGUTVALGET

Leder: Monica Irene Norvik,
fagutvalget
@norsklogopedlag.no
Medlem: Stian Barbo Valand
Medlem: Linn Stokke
Guttormsen
Medlem: Anna Margareth
Breivik

NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

Redaktør: Frøydis Morken,
redaktor.ntl@gmail.com
Redaksjonsmedlem:
Christiane Lingås Haukedal
Redaksjonsmedlem:
Vanessa Seidler Krone
Redaksjonsmedlem:
Malin Dalby Silkstone
Nettansvarlig:
Anne Sveberg Rebbestad

ARKIVARER

Arkivarrollen ivaretas inntil videre av styret.

UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Leder: Stine Brubak,
privatutvalg
@norsklogopedlag.no
Medlem: Tommy Olsen
Medlem: Unn Tinbod
Varamedlem: Britt Skoglund

VALGKOMITÉ

Leder: Marianna Juujarvi,
marianna.juujarvi@gmail.com
Medlem: Ingvild Røste
Medlem: Melanie Kirmess
Varamedlem: Marit Simonsen

LEDERE I REGIONSLAG

Agder: Helene Tunheim Tjørn,
leder.agder.logopedlag@gmail.com

Oslo: Bushra Rekabi, leder@
oslogopedlag.no

Innlandet: Marte Gulbrandsen,
styret.hol@gmail.com

Møre og Romsdal: Bjørg
Opstad Orvik, logopedlaget@gmail.com

Nordland: Anita Ness Byberg,
nordland.logopedlag@gmail.com

Rogaland: Marit Vatnem
Ingebrigtsen, rogaland-logopedlag@gmail.com

Troms og Finnmark: Berit
Småbakk, beritsma@online.no

Trøndelag: Siv Fossum,
sivfossum@gmail.com

Vestfold og Telemark: Inger
Marie Trovi, ingermariepost@gmail.com

Vestland: Monika Nakling,
hsf.log@gmail.com

Vestre Viken: Lill Strømberg,
lillstrom@gmail.com

Østre Viken: Karianne
Kjellemo, kariannekjellemo@hotmail.com

Norsk tidsskrift for logopedi. Fagblad for medlemmer av Norsk logopedlag.

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

Redaktør: Frøydis Morken
Redaksjonsmedlem: Vanessa Seidler Krone
Redaksjonsmedlem: Christiane Lingås Haukedal
Redaksjonsmedlem: Malin Dalby Silkstone
Nettansvarlig: Anne Sveberg Rebbestad

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

Norsk logopedlags web-side: www.norsklogopedlag.no
Nettansvarlig: Anne-Cathrine Thijn Sverdrup, anne-cathrine@norsklogopedlag.no

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

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

KJÆRE LESER,

høsten er over oss, og du sitter med oktobernummeret av Norsk tidsskrift for logopedi i hånden.

Vi er glade for at vi denne gangen kan gi dere hele tre artikler med spennende og variert fagstoff. Den første er en fagfelleverdert artikkel om kognitive kommunikasjonsvansker, som presenterer arbeidet med å tilpasse og normere kartleggingsinstrumentet La Trobe Communication Questionnaire. Forhåpentligvis blir dette et nyttig tilskudd til verktøykassen for logopeder som jobber med personer med ervervet hjerneskade.

Artikkel nummer to dreier seg om kartlegging av flerspråklige barn, og hvordan logopedien kan ta hensyn til barnets språklige erfaringer når han eller hun skal vurdere språkferdighetene. Dette er et komplisert felt, og det er ikke mulig å gi noen oppskrift på disse utredningene, men nettopp derfor er det viktig at vi stadig drøfter hvordan disse barna kan møtes på en mest mulig helhetlig og hensiktsmessig måte. Vi håper denne artikkelen kan bidra til aktive diskusjoner i familjeløene der ute.

Den siste artikkelen dreier seg om ny teknologi i afasibehandling – transkranial likestrømsstimulering (tDCS). Det er nylig gjort en metodevurdering, som førte til at Nye metoder vedtok å innføre tDCS som behandlingsmulighet for slagindusert afasi. Nye metoder er et felles system for å beslutte hvilke metoder som skal tilbys i spesialisthelsetjenesten. Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for systemet. Artikkelen er en oppsummering av metodevurderingen av tDCS. Den beskriver selve metoden, teorigrunnlaget og vurderingene som lå til grunn for å innføre den som en mulighet i norsk helsevesen.

I tillegg til artiklene og de faste spaltene våre, har vi som vanlig annet medlemsstoff. Det har nylig vært flere disputaser. I dette nummeret kan du lese referat fra disputasen til Maribeth Rivelsrud, som gjorde sitt doktorgradsarbeid på dysfagifeltet.

Vi fortsetter også arbeidet med å presentere alle pågående logopedisk relevante doktorgradsprosjekt – denne gangen er det Helene Killmer fra Universitetet i Oslo, og Helene Hallaråker fra Universitetet i Bergen som står for tur. Vi minner alle doktorgradskandidater om å ta kontakt med redaksjonen hvis du ikke har presentert prosjektet ditt, og vi heller ikke har vært i kontakt med deg.

Vanessa Seidler Krone deltok på Nordic Aphasia Conference i Reykjavik i juni. Der var hun sammen med mange andre norske logopeder. Vi får et lite utdrag fra alt de opplevde. I tillegg får vi et referat fra fire studenter ved Universitetet i Bergen, som har vært på logopedisk sommer-skole i Antwerpen, Belgia, og vi har en bok-omtale av Cecilie Engers *Ett minutts stillhet*.

Til slutt må vi få komme med en liten rettelse: I forrige nummer kom vi i skade for å skrive at Yrkesetisk råd ble opprettet i 1986. En av våre våkne lesere, som i tillegg har utmerket organisasjonshukommelse, har påpekt at det riktige året er 1996. Landsmøtet vedtok da å opprette rådet, med Henning Karlstad som dets første leder.

*Med vennlig hilsen
Frøydis Morken*



Frøydis Morken
Foto: Paul S. Amundsen



Vanessa Seidler Krone



Malin Dalby Silkstone



**Christiane Lingås
Haukedal**



Katrine Kvisgaard
Leder Norsk logopedlag
katrine@norsklogopedlag.no

Foto: Annette Bekkelund,
Norges Parkinsonforbund

Sommeren er tilbakelagt, og jeg håper dere alle har fått ladet batteriene og er godt i gang med høstsemesteret.

Nå er det er alvor for logopedien i Norge. Det er logopedmangel, spesielt i distriktene. Mange kommuner har utviklet logopedtjenestene sine, fordi de ikke er lovpålagt. Dette gjelder for både barn og voksne. Kommuner oppfordrer logopedier til å starte egen praksis og sende regningen til Helfo. Det løser et kortsiktig økonomisk problem for kommunen, men ikke de store logopediske utfordringene for befolkningen i Norge. Næringsdrivende logopedier er helt nødvendig for logopeddekningen, men ikke alle kommuner har næringsdrivende logopedier, og de næringsdrivende logopedene har heller ikke plikt til, eller ansvar for, å ta imot alle de får henvist. Det betyr at mange ikke får oppfylt sin rett til helsehjelp. Vi trenger både de kommunale og de næringsdrivende logopedene, men ansvaret for organiseringen av logopediske tjenester må ligge hos kommunen.

Jeg har med interesse fulgt prosessen ergoterapeutene var gjennom for å få ergoterapi til å bli en lovpålagt tjeneste i kommunen. Forbundets sekretariat, styre, arbeidsutvalg og forskere startet med å samle argumenter. De sendte brev til helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, deltok på muntlige høringer og samarbeidet med brukerorganisasjoner og Unio. I tillegg hadde daværende leder i forbundet, Nils Erik Ness, individuelle møter med representanter fra de politiske partiene, medlemmer av helse- og omsorgskomiteen og sosialkomiteen. Ute i kommunene sendte medlemmene inn leserbrev og kronikker til avisene. Alle gjentok det samme budskapet: «Ergoterapi utløser ressurser og bidrar til bærekraftige helsetjenester i kommunene. Ergoterapeuter bidrar til å gjøre hverdagslivet mulig.» De lykkes med dette, og fra 1. januar 2020 ble ergoterapi en lovpålagt tjeneste i kommunen. I Ergoterapeuten (1/2020) hører vi fra «Fem i farten» at:

- de endelig har blitt lovpålagt som andre helseprofesjoner i kommunen
- flere får kjennskap til hva ergoterapi er og vil se nytten av yrkesgruppen
- det er økt søkelys på faget, og det kan bli større etterspørsel etter tjenestene deres
- de håper på flere stillinger

- flere kan jobbe som ergoterapeut i kommuner som ikke har hatt det tidligere, og
- det er en anerkjennelse av det arbeidet de gjør

De påpeker også at det er viktig at stillingsprosenten gjenspeiler befolkningsgrunnlaget. Det holder ikke med en liten stillingsprosent for å oppfylle lovkravet, hvis kvaliteten på tjenesten blir dårlig. Ergoterapiforbundet har gitt tydelige signaler på at de følger opp dette.

Dette er argumenter NLL også bruker i arbeidet for å bli en lovpålagt tjeneste. Logopedi bidrar til at personer med språk-, tale-, kommunikasjons- og svelgevansker kan delta sosialt i hverdagen og i yrkeslivet. Logopedier bidrar til å trene livsviktige funksjoner for den enkelte, nemlig det å kunne kommunisere og spise/svelge. Uten vår hjelp kan disse funksjonene gå tapt. På lik linje med ergoterapeut, må logoped bli en lovpålagt tjeneste i kommunen.

Som sikkert mange har fått med seg, deltok NLL på Arendalsuka i år. Sammen med LHL hjerne-slag og afasi hadde vi et innlegg i Hjernetetelt kalt «Når språket svikter og logopedien mangler». Her fikk vi belyst de utfordringene logopedien i Norge står ovenfor, og hva vi mener må gjøres for å løse dette. Bente Nicolaysen fra LHL hjerneslag barn og ungdom hadde et innlegg som gjorde inntrykk på oss alle. Sønnen hennes fikk to hjerneslag før han var 13 år. Når logopedien i kommunen mangler, sier det seg selv at opptreningen har vært utfordrende og belastende for sønnen hennes og hele familien. Stortingsrepresentant Mona Nilsen fra Arbeiderpartiet stilte opp i panelet, og tok til seg våre argumenter om å gjøre logoped til en lovpålagt tjeneste i kommunen.

I Arendal fikk vi nevnt Statpeds viktige og unike funksjon når det gjelder veiledning av logopedier som jobber sentralt og perifert i Norge. Dette er i ferd med å forsvinne etter omorganiseringen. Kompetanseoverføring til spesialisthelsetjenesten når det gjelder stemmefeltet har ikke vært gjennomført, fordi det verken er logopedstillinger eller økonomiske midler øremerket til dette. Heldigvis har Kunnskapsdepartementet (KD) besluttet at samarbeidet mellom Statped og helsesektoren skal videreføres når det gjelder LKG, men det er usikkert hva som skjer med de andre fagområdene. Det er uklart hvilket

ansvarsforhold kommunen og spesialisthelsetjenesten skal ha. Med nytt mandat tilbyr ikke lenger Statped praksis innen stemmefeltet til logopedstudenter, og det til tross for at det er vanskelig å skaffe praksisplasser. Dette vil få store konsekvenser på sikt. Så lenge universitetene og høyskolene ønsker det, tilbyr fortsatt Statped undervisning og samarbeid på det området.

I sommer fikk vi belyst situasjonen ved logopedutdanningen ved NTNU gjennom innslag i NRK og Adresseavisen. NRK Trøndelag hadde et innslag hvor førsteamanuensis og programleder ved masterprogrammet i logopedi, Rein Ove Sikveland, og instituttleder Lars August Fodstad, ble intervjuet om situasjonen ved NTNU. I tillegg fikk vi høre logoped Eva Gullhaug Wurth fortelle om hvorfor deltidsstudiet var viktig å opprettholde for dem som ikke kan studere på fulltid. Roger Dragsten Moe, leder i LHL hjerneslag ung Trøndelag, gav et godt bilde av alvoret i situasjonen hvis logopedistudiet legges ned. Undertegnede og generalsekretær i LHL hjerneslag og afasi, Tommy Skar, skrev også en kronikk som stod i Adresseavisen 14. juli. Nå krever vi at politikere og byråkrater tar ansvar for logopediske tjenester.

Masterprogrammet i logopedi ved NTNU har siden oppstart i 2013 utdannet 71 logopeder. Studiet er et erfaringsbasert masterprogram i logopedi som tilbys på deltid over fire år. Programmet ble etablert fordi det var stort behov for logopeder i Midt-Norge. Årsakene til forslag om nedleggelse av studiet er en foreslått endring av egenfinansieringsforskriften, samt manglende forutsigbarhet knyttet til faglig og administrativ gjennomføring. Opptak til studiet er per i dag frosset i påvente av utredning av nevnte årsaker. Til tross for en egenfinansieringsgrad på 55 %, har studiet hele tiden hatt høye søkertall. Gjennomgående er det mellom 80 og 100 søkere ved hvert opptak på 20 plasser. Studiet er tverrfaglig sammensatt med samarbeid mellom flere institutter ved NTNU.

Med den varslede endringen i egenbetalingsforskriften, vil kun 25 % av kostnadene dekkes av studentene. Dette medfører en økning av instituttets egeninnsats, fra 45 % til 75 %. Forslaget er ennå ikke vedtatt og medfører usikkerhet. Logopeder fra Statped og St. Olavs hospital har bidratt med undervisning, praksis og veiledning siden masterprogrammet ble etablert. Endringer i Statped medfører en reduksjon i tilgjengelige ressurser og logopedisk fagekspertise i programmet. Instituttleder ved ISL/NTNU Lars August Fodstad uttalte den 05.06.2023 at «logopedstudiet er allerede økonomisk utsatt, og med nedjustering av studieavgift (egenbetaling) er det vanskelig å se hvordan vi skal kunne opprettholde et forsvarlig tilbud uten at det tilføres friske midler».

Totalt utdannes kun 100 logopeder årlig i Norge. Hvis vi mister et utdanningssted, vil det gå utover kapasiteten i de logopediske tjenestene. I Trøndelag er det 440 000 innbyggere. NLL har 100 medlemmer i denne regionen. 1/3 av våre medlemmer i Trøndelag vil sannsynligvis pensjoneres i løpet av en tiårsperiode. Uten logopediutdanning ved NTNU vil mange som trenger logopediske tjenester stå uten et tilbud om få år. Hvis logopedstudiet ved NTNU legges ned, vil det ta lang tid å bygge opp igjen et etablert fagmiljø og praksissteder.

Styret mener derfor at:

- Masterprogrammet i logopedi må få grunnfinansiering fra KD, og midlene må være øremerket logopediutdanningen.
- Når nytt finansieringssystem foreligger, må programmet plasseres i kategori 2. Dette gjelder for samtlige logopediutdanninger i Norge.
- Masterprogrammet i logopedi må ha forankring i et fagmiljø bestående av minst 2 logopeder med førstekompetanse.
- Logopedteamene ved Statped må bestå, slik at logopedstudenter får den praksisen de må ha.
- Det bør etableres et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten ved St. Olavs hospital og logopedutdanningen ved NTNU når det gjelder praksis.
- NTNU inngår allerede i nasjonalt fagnettverk for logopedutdanning, som per i dag er finansiert av NLL. Alle logopediutdanningene i Norge har små fagmiljø, som styrkes gjennom dette samarbeidet. Fagnettverket for logopedi påpeker at det er behov for fortsatt logopedutdanning ved NTNU.

Styret vil jobbe videre med å påvirke politikere for å redde logopedutdanningen ved NTNU.

8. august 2022 sendte styret brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og ba om en redegjørelse for prosessen fremover når det gjelder autorisasjon av logopeder. 1. februar 2023 fikk vi svar fra HOD. De skriver at HOD har fått bestilling fra Stortinget om å foreta en helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell, herunder en vurdering av hvilke grupper som skal omfattes av disse ordningene og få fritak fra merverdiavgiftsloven, jf. Innst. 170 L (2021-2022) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen Prop. 236 L (2020-2021), Komiteens tilråding pkt. B. II. Vurderingen av autorisasjon for logopeder vil inngå i den helhetlige gjennomgangen som skal gjøres. Styret vil følge opp dette utover høsten.

Dysfaginetverket består i hovedsak av sykehuslogopeder. Styret var invitert til deres årlige møte, som denne gangen ble arrangert i Tromsø helgen 8.-9. juni. Vi fikk høre om FEES, McNeill-programmet, VFS, tverrfaglig tilnærming ved svelgevansker og Walt Fritz-metoden. En arbeidsgruppe fra nettverket la også fram en strategiplan, som viste hvordan nettverket var tenkt formalisert fremover. NLL informerte om styrets arbeid i perioden 2020-2023, og hvilke saker vi kan samarbeide med dysfaginetverket om. Et eksempel kan være høringer som sykehuslogopeder kan bidra med innspill til. Vi ser frem til videre samarbeid om dette.

Styret sendte i sommer innspill til Nasjonale faglige råd om samhandling og oppfølging av pasienter med amyotrofisk lateralsklerose (ALS) og Ekspertutvalgets rapport om gjennomgang av allmennlegetjenesten. Når det gjelder pasienter med ALS, er det viktig å understreke at alle med ALS vil ha behov for logoped. Det er derfor viktig at logoped kobles inn tidlig, og følger pasienten gjennom hele sykdomsforløpet. Det er viktig at pasient, personale og pårørende får god og riktig informasjon om hva logopeden kan gjøre gjennom hele sykdomsforløpet. NLL mener også at logoped må være en del av ALS-team ved alle sykehus.

Når det gjelder innspill til Ekspertutvalgets rapport om gjennomgang av allmennlegetjenesten, så støtter NLL Ekspertutvalgets uttalelse om at flere helsepersonellgrupper som jobber i team rundt pasienten kan bidra til å øke kapasiteten i fastlegetjenesten. I Sverige og Finland er logopeden en sentral del av det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Sann er det ikke nødvendigvis i Norge. I Norge er det i hovedsak ikke ansatt logopeder på sykehjem eller ved rehabiliteringsavdelinger i kommunen. Dette til tross for at forskning viser at f.eks. svært mange eldre har vansker med spising og svelging (dysfagi), som er et av logopeders arbeidsområder. Med logopedressurser tilgjengelig, kunne det lettet arbeidspresset til legene betydelig når det gjelder dysfagi.

Før sommeren var styret i møter med både Arbeiderpartiet og Senterpartiet på Stortinget. 10. mai hadde LHL hjerneslag og afasi og NLL møte med stortingsrepresentant Sigurd Myrvoll og politisk rådgiver Sofie Rosten Løvdahl fra Arbeiderpartiets utdanningsfraksjon. Fra NLL deltok leder Katrine Kvisgaard og nestleder Ingvild Winsnes. Fra LHL deltok sentralstyremedlem og likeperson Bente Endresen (også leder i LHL hjerneslag og afasi Oslo og Akershus), spesialrådgiver afasi Marianne Brodin og generalsekretær Tommy Skar. Tema var mangelfull logopeddekning, avvikling av kommunale logopedstillinger, nedskalering av logopediutdanningene og nedbyggingen av Statped.

21. juni møtte Marianne Brodin og Tommy Skar fra LHL og Katrine Kvisgaard fra NLL, stortingsrepresentant Hans Inge Myrvold fra Senterpartiet. Denne gangen var logopediutdanningen ved NTNU tema. I tillegg tok vi opp autorisasjon, logoped som lovpålagt tjeneste og situasjonen med Statped. Vi påpekte at det må tas politiske grep for å snu en svært alvorlig situasjon for logopedien i Norge.

Høsten blir aktiv for NLL. Vi skal avholde medlemsmøte og spørreundersøkelse for medlemmene våre om fagforenings-saken. Det jobbes kontinuerlig med dette fram mot landsmøtet. Nærmere informasjon kommer.

Den 21. november skal NLL sammen med LHL hjerneslag og afasi arrangere en brukerkonferanse på Oslo kongressenter med temaet «*Når språket forsvinner og logopeden mangler*». Målet med konferansen er å få oppmerksomhet om afasi og hvordan man kan styrke behandlingen og oppfølgingen av personer med afasi. Det er søkt Helse-direktoratet om midler til å gjennomføre konferansen, og dette er innvilget. Styret ved leder vil holde et innlegg om logopeddekningen i Norge, og hva vi mener må gjøres for å styrke denne for alle som har behov for logopediske tjenester. Logoped Monica Norvik, leder av fagutvalget i NLL og seniorrådgiver i Statped, vil holde innlegget «*Hva er afasi og hvem får afasi*». Logoped Vanessa Seidler Krone, fra redaksjonen i NTL og helsefaglig rådgiver i LHL hjerneslag og afasi, vil fortelle om «*Nederlandsk afasinett*». Logopeder er godt representert som bidragsyttere på konferansen. Helseminister Ingvild Kjerkol har bekreftet at hun kommer på konferansen, og skal holde et innlegg om hva regjeringen vil gjøre for å styrke logopeddekningen. Konferansen blir strømmet for dere som ønsker å se den. Her får vi en unik mulighet til å belyse de store utfordringene vi har på logopedfeltet. Vi håper politikere og byråkrater vil høre på fagfolk, brukerrepresentanter og NLL, og handle deretter.

Til slutt oppfordrer vi alle våre medlemmer til å bidra med å synliggjøre logopedien. Vi må løfte faget og yrket vårt. Vi må påvirke politikere i kommunene og på Stortinget. NLL er klare for å ta kampen videre, men vi trenger dere med oss i dette påvirkningsarbeidet.

Styret ser frem til en spennende tid, og ønsker alle våre medlemmer en riktig fin høst!

Vennlig hilsen fra
Katrine Kvisgaard
Leder Norsk logopedlag



Foto: Gettyimages / iStockphoto.com

**I begynnelsen
var ordet, står det.
Men for noen er
veien til det
skrevne ord lang.**

Logos er en samling av tester som hjelper deg med å kartlegge lesevaner og diagnostisere dysleksi fra andre trinn til testpersonen er voksen. Du får også hjelp til å skreddersy pedagogiske tiltak.

Logos er nettbasert og kan kjøres på PC, Mac og Chromebook. Ca. 6 000 sertifiserte spesialpedagoger, logopeder, pedagoger og psykologer i Skandinavia benytter Logos. Ved behov gir Logometrica support.

Du finner mer informasjon, tegner abonnement og bestiller nettbasert sertifiseringskurs på logometrica.no.

Logometrica
- ord for alle



Tonje Yggeseth er logoped ved Drammen logopedtjeneste AS. Tonje fullførte master i spesialpedagogikk fordypning logopedi ved Universitet i Oslo i juni 2019.

E-post: tonje@drammenlogopedtjeneste.no



Melanie Kirmess er førsteamanuensis i logopedi ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

E-post: melanie.kirmess@isp.uio.no

KOGNITIVE KOMMUNIKASJONSVANSKER ETTER ERVERVET HJERNESKADE. EVALUERING OG NORMERING AV KARTLEGGINGSVERKTØYET

La Trobe Communication Questionnaire (LCQ) – Norsk versjon

En stor andel personer med ervervet hjerneskade opplever endringer i kommunikasjon og kognitive ferdigheter. Til tross for dette, finnes det få evidensbaserte kartleggingsverktøy for personer med kognitive kommunikasjonsvansker i Norge. Denne artikkelen vil derfor presentere evalueringen og normeringen av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet La Trobe Communication Questionnaire (LCQ).

Introduksjon

Det sies at personer med kognitive kommunikasjonsvansker (KKV) etter ervervet hjerneskade snakker bedre enn de kommuniserer (Sarno, 1980 referert i Douglas et al., 2007a). KKV omhandler språklige og kommunikative vansker som oppstår etter nevrologisk skade, for eksempel traumatisk hjerneskade (TBI), hjerneslag eller hjernesvulst (CASLPO, 2015). KKV er en heterogen vanske, og kan vise seg gjennom vansker med å lytte, snakke, lese, skrive og/eller sosial interaksjon. Disse vanskene er ofte følger av kognitive vansker som oppmerksomhet, hukommelse, organisering, informasjonsprosessering, problemløsning og eksekutive funksjoner (CASLPO, 2015). Omfang av KKV påvirkes av skadens alvorlighet, samt affiserte områder i hjernen og premorbide funksjoner (CASLPO, 2015; Tompkins, 2012).

De siste 25 årene har det blitt et økt fokus på de kognitive og sosiale aspektene ved ervervet hjerneskade (Marini et al., 2017), samt på kartlegging og behandling av vanskene (Finch et al., 2016; Togher et al., 2023). I Norge i dag benyttes primært betegnelsene KKV eller sosiale kommunikasjonsvansker, men vanskene kalles også pragmatiske språkvansker og høyrehemisfærevansker (Blake, 2022; Hansen et al., 2019).

Ifølge Helsedirektoratets (2017) nasjonalfaglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag nevnes det generelt at «alle pasienter med språk- og kommunikasjonsvansker etter slag bør henvises til kartlegging av språk- og talefunksjon hos logoped» (2017, kap. 4.5, side 6). Rådene fokuserer stort sett på språk og taleproblematikk i form av afasi, dysartri og taleapraksi, mens KKV ikke blir nevnt spesielt. Dette til tross for antatt høy forekomst av KKV, i tillegg til at disse vanskene har betydelige konsekvenser for sosial reintegrering etter ervervet hjerneskade (Dahlberg et al., 2006; Finch et al., 2016; Hansen et al., 2019). Videre foreligger det internasjonale anbefalinger om at alle pasienter etter en ervervet hjerneskade bør screenes for kognitive og kommunikative vansker (Duncan et al., 2005), og at logopedier bør ha en sentral rolle i denne kartleggingen (Brown et al., 2022).

Det finnes få internasjonalt anerkjente og tilgjengelige kartleggingsverktøy for KKV (Sohlberg et al., 2019). De kartleggingsverktøyene som eksisterer i dag består av en kombinasjon av evnebaserte tester som Functional Assessment of Verbal Reasoning and Executive Strategies (FAVRES, McDonald & Johnson, 2004),

observasjonsskjemaer som Profile of Pragmatic Impairments in Communication (PPIC, Linscott et al., 2003) og selv- og pårønderapporterings-skjemaer som La Trobe Communication Questionnaire (LCQ, Douglas, Bracy et al., 2000) (Sohlberg et al., 2019). Selv- og pårønderapporterings-skjemaer ble introdusert som et forsøk på å kartlegge og evaluere samtalediskurs og pragmatikk på en tidseffektiv måte og for å få førstehåndsinformasjon om selvopplevde kommunikasjonsferdigheter (Douglas, O'Flaherty et al., 2000). Paice og kolleger (2020) gjennomførte en systematisk review av effekten av pårønderapportering. Studien til Tu med flere (2011) fremhever viktigheten av å innhente informasjon fra kommunikasjonspartnere om premorbid kommunikasjon og endring av atferd over tid.

De siste tiårene har økt fokus på språk i kontekst ført til utviklingen av ulike måleverktøy for personer med ervervede hjerneskader som kartlegger deres språkbruk utenfor det kliniske miljøet (Frith et al., 2014). La Trobe Communication Questionnaire (LCQ) er et eksempel på et slikt verktøy (Douglas, Bracy et al., 2000). LCQ består av et selvrapporterings-skjema og et pårønderapporterings-skjema med 30 spørsmål for hver part. Spørsmålene kartlegger de pragmatiske aspektene ved opplevde kommunikasjonsferdigheter for personer med KKV etter TBI (Douglas, Bracy, et al., 2000). Åtte av 30 spørsmål i LCQ bunner i litteratur som beskriver kognitive kommunikasjonsbrudd assosiert med TBI (Douglas, O'Flaherty et al., 2000). Disse spørsmålene omhandler ulike kommunikasjonsbrudd som følge av hukommelsessvikt, ordletingsvansker, distraherbarhet, mangel på selvbeherskelse (impulskontroll), tendens til å snakke om temaer som ikke er relatert til hovedtemaet i samtalen og vanskeligheter relatert til intonasjon. To av de tretti spørsmålene omhandler talehastighet. De resterende 20 spørsmålene har sitt grunnlag i Grice sin teori om samarbeidsprinsipp for normaldiskurs (Douglas, O'Flaherty et al., 2000).

Grice (1978) foreslo fire maksimer som beskriver normal kommunikasjon gjennom kvantitet,

kvalitet, relasjon og måte. Kvantitetsmaksimet handler om at en må gi så mye informasjon som er nødvendig. Det en deler skal være informativt, samtidig skal en ikke legge til mer enn det som etterspørres (Grice, 1978). Kvalitetsmaksimet omhandler at et bidrag i samtalen skal være ærlig og spesifikt. En skal ikke dele noe en mangler nok belegg for å uttrykke (Grice, 1978). Relasjonsmaksimet handler om å være relevant. Det siste maksimet, måte, handler om hvordan en uttrykker seg. Her vektlegges blant annet viktigheten av å unngå uklarhet og tvetydighet (Grice, 1978). Maksimene eller grunnreglene til Grice bør ifølge Sveen (2005) tolkes som en beskrivelse av holdninger og forventninger som ligger til grunn for menneskers normale diskurs, og ikke som absolutte regler.

Studiens formål

Formålet med denne studien var todelt: 1) Å normere den norske versjonen av kartleggings-verktøyet LCQ i et typisk utvalg, 2) Å undersøke om LCQ kan identifisere kjennetegn ved KKV i et utvalg av personer med ervervet hjerneskade. Ved å sammenligne data fra et typisk utvalg, kan en vurdere om en person med antatt KKV faller innenfor eller utenfor en grenseverdi for typiske kommunikasjonsferdigheter basert på LCQ (Iverson et al., 2008; Turkstra et al., 2005).

Metode

Denne studien har et ikke-eksperimentelt deskriptivt design (Kleven, 2002). Studien ble gjennomført som masteroppgaveprosjekt for Tonje Yggeseeth (2019).

Utvalg og rekruttering

Denne normeringsstudien består av to hovedutvalg; et typisk utvalg ($n = 361$) og et utvalg med personer med KKV ($n = 34$). Samtlige rekrutterte deltakere var i alderen 18 – 75 år og bosatt i Norge. Det ble ikke spesifikt kartlagt hvilke norskkunnskaper deltakere hadde, men dette vurderes som ønskelig ved gjentakelse av studien.

Det var planlagt å også innhente pårønderapportering for begge utvalg. Kun 17 informanter fra det typiske utvalget gjennomførte



Jan Stubberud

er professor i klinisk nevropsykologi ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, og seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus.

E-post: j.e.stubberud@psykologi.uio.no



Silje Merethe Hansen Ingebretsen

(tidligere Hansen) er logoped ved Sunnaas sykehus HF og ph.d-stipendiat ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

E-post: s.m.h.ingebretsen@isp.uio.no

pårønderapporteringsskjema. Pårørendedata for KKV-utvalget var betraktelig høyere, noe som sees i sammenheng med at de pårørende også var inkludert som deltakere i en randomisert kontrollstudie (RCT)(Hansen et al., 2019). Sammenligningsgrunnlaget med pårørendedata ble derfor vurdert til å være for lite for å inkluderes i denne studien.

Utvalg fra den typiske befolkningen

Det typiske utvalget hadde til hensikt å representere normalbefolkningen og ble derfor rekruttert med følgende selvrapporterte ekskluderingskriterier: psykisk utviklingshemning, påviste ervervede hjerneskader, premorbid nevrologisk sykdom og/eller komorbid nevrologisk sykdom, store psykiske vansker, eller selvrapportert alkohol- eller rusmisbruk. Datagrunnlaget for det typiske utvalget ble samlet inn gjennom en digital survey-undersøkelse (De Vaus, 2014) ved bruk av verktøyet Nettskjema (Universitetet i Oslo, 2017).

For å rekruttere til det typiske utvalget, ble lenke til nettskjemaet publisert på ulike Facebooksider, for eksempel Aldring og Helse, LHL hjerneslag, Masterstudenter og Sunnaasstiftelsen. I tillegg ble sykehus og interesseorganisasjoner (for eksempel St. Olavs hospital, Norsk logopedlag) kontaktet for tillatelse til å dele nettskjemaet. Totalt 384 personer besvarte nettskjemaet, mens 23 informanter ble ekskludert da de rapporterte bakenforliggende faktorer som ervervet hjerneskade, psykiske vansker og/eller rusproblematikk som ikke var forenlig med inklusjonskriteriene for det typiske utvalget i studien.

Utvalg med personer med kognitive kommunikasjonsvansker

Data fra personer med KKV ble innhentet i forbindelse med den randomiserte kontrollerte studien (RCT) til Hansen og

kolleger (2019). KKV-utvalget bestod av personer som hadde påvist ervervet hjerneskade og var bosatt i Sørøst-Norge. KKV-utvalget gjennomførte Awareness Questionnaire i forkant av den videre rekrutteringen til LCQ (Sherer et al., 1998). Awareness Questionnaire ble utviklet for å måle selvinnsikt etter ervervet hjerneskade. Kartleggingsverktøyet ble oversatt til norsk i 2007. Rekrutteringen var basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene presentert i Tabell 1.

Instrument

LCQ er normert og validert i en studie med 147 voksne studenter som informanter og 109 av deres familiemedlemmer som skal representere den typiske australske befolkningen (Douglas, O'Flaherty, et al., 2000). Funnene fra denne studien viste en gjennomsnittlig LCQ totalskåre på 52,47 ($SD = 9,62$) for informantene og 47,17 ($SD = 9,93$) for familiemedlemmene (Douglas, O'Flaherty, et al., 2000). I tillegg er LCQ validert og prøvd ut for 88 personer med TBI ($M = 54,94$, $SD = 14,08$) og 71 pårørende ($M = 59,35$, $SD = 14,94$) (Douglas, Bracy, & Snow, 2007a, 2007b). I Norge er LCQ også brukt av Helland og kolleger (2022) for å kartlegge språk og kommunikasjon hos kvinnelige innsatte i norske fengsler. Resultatene deres viser en signifikant høyere forekomst av sosiale og kognitive kommunikasjonsvansker for de innsatte enn i vår normeringsstudie, med et gjennomsnitt på 54,57 ($SD = 13,96$, range 33-91).

LCQ består av en strukturert Likert-skala eller graderings-skala med gitte svaralternativer på ordinalnivå; 1 = aldri eller sjelden, 2 = noen ganger, 3 = ofte, 4 = som oftest eller alltid (Douglas, Bracy, et al., 2000). I den originale utgaven av LCQ er seks av spørsmålene (det gjelder spørsmål 11, 15, 19, 21, 23 og 28) reverserte og fordelt tilfeldig for å redusere responsbias, dvs. at man unngår å få automatiske

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalget med KKV

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
TBI, eller dokumentert ikke-progressive ervervede hjerneskader minimum 12 måneder etter skade	Store psykiske vansker eller rapportert alkohol- eller rusmisbruk
Motivasjon for behandling vurdert med intervju	Samtidige nevrologiske sykdommer
Et nært familiemedlem eller venn som er villig til å delta i behandlingen som støtteperson	Alvorlige kognitive, sensoriske, fysiske eller språklige vansker som vil vanskeliggjøre deltakelse i gruppebehandlingen
Adekvate norskerferdigheter til å delta	Kommunikasjonsvansker primært assosiert med afasi (vurdert av logoped)
Kommunikasjonsvansker rapportert ved minimum tre spørsmål (ofte eller alltid) vurdert med LCQ	
Minimum nivå av intellektuell innsikt i egne kommunikasjonsvansker vurdert med Awareness Questionnaire (>20 diskrepansskåre)	

repeterende svar. I den norske oversettelsen gjelder dette derimot bare fem av de samme og unntaket er spørsmål 15. Spørsmål 15 lyder originalt *When talking to others do you: Give people information that is not correct?* og ble oversatt til norsk som *Når du snakker med andre: Gir du informasjon til andre som ikke stemmer?* Utfordringen ligger i at setningen har en negasjon i seg, som gjør det uklart i hvilken grad det er en reversjon. Ved den norske utprøvingen ble spørsmål 15 gitt med den nevnte ordlyden, men svarene ble ikke reversert i videre analyse, selv om dette ikke var et bevisst valg ved oversettelsen.

I Tabell 2 presenteres en oversikt over alle spørsmålene i den norske utgaven av LCQ.

Totalskåren i LCQ varierer dermed fra minimum 30 poeng om man svarer 1 på alle spørsmål til maksimum 120 poeng. En lavere totalskåre på LCQ indikerer mindre grad av opplevde kommunikasjonsvansker (Despins et al., 2016; Douglas, 2010; Douglas, Bracy, et al., 2000), dvs. jo lavere skåre desto bedre kommunikasjonsferdigheter rapporterer man. Den australske versjonen av LCQ viste gode psykometriske egenskaper ved bruk av Cronbachs alfa og

Tabell 2. Oversikt over maksimer og elementer, deres beskrivelse og hvilke spørsmål som dekker dette i LCQ, oversatt etter Douglas et al. (2000)

Maksime eller element	Beskrivelse	Spørsmål nr.	Spørsmål
Kvantitet	Ufullstendig informasjon Upresist vokabular	1	Utelater du viktige detaljer?
		2	Bruker du mange vage ord eller uklare uttrykk som «du vet hva jeg mener» i stedet for å bruke det riktige ordet?
	3	Tar du opp samme tema flere ganger i en samtale?	
	Behov for repetisjon	25	Snakker du for lenge om et tema i samtaler?
		14 ^a	Trenger du at andre må gjenta det de har sagt før du kan svare?
Kvalitet	Unøyaktig budskap	15	Gir du informasjon til andre som ikke stemmer?
		24	Hender det du lar andre sitte igjen med feil inntrykk etter en samtale?
		28	Gir du informasjon som er helt korrekt?
Relevans	Dårlig vedlikehold av tema	4	Skifter du samtaleemne for raskt?
		26	Har du vansker med å komme på ting å si for å holde en samtale i gang?
	Upassende respons Situasjonelt upassende	20	Gir du svar som ikke passer til spørsmålene som stilles?
		9	Sier eller gjør du ting som andre kan oppfatte som uhøflig eller pinlig?
	Upassende talemåte/stil	21	Er det lett for deg å tilpasse måten å snakke på (for eksempel, stemmeleie, valg av ord) til situasjonen du er i?
Måte	Lingvistisk ikke-flyt Revisjonsadferd Vansker med å konstruere diskurs Forsinkelse før respons Turtakingsvansker Vansker med øyekontakt Upassende intonasjon	10	Nøler, pauser og/eller gjentar du deg selv i en samtale?
		16	Trenger du flere forsøk på å formidle budskapet ditt?
		23	Setter du sammen ideer/tanker på en logisk måte?
		5	Trenger du lang tid på å tenke før du svarer?
		11	Vet du når du skal snakke og når du skal lytte?
		6	Synes du det er vanskelig å se på den du snakker med?
		17	Har du vansker med å bruke riktig tonefall når du vil formidle noe?
Kognitive elementer	Hukommelsvansker	14 ^a	Trenger du at andre må gjenta det de har sagt før du kan svare?
		19	Holder du oversikt over hovedpunktene i en samtale?
		7	Har du vansker med å finne ordet du vil bruke?
		12	Lar du deg avspore av uvesentlig informasjon i en samtale?
	Distraherbarhet Impulsivitet	13	Synes du det er vanskelig å følge med i gruppesamtaler?
		22 ^b	Snakker du for fort?
	Vansker med initiering	27	Svarer du før du har tatt deg tid til å tenke over hva den andre personen faktisk sa?
		18	Har du vansker med å starte samtaler?
30	Har du vansker med å avslutte en samtale?		
Talehastighet		8	Snakker du for langsomt?
		22 ^b	Snakker du for fort?

^a Spørsmål 14 regnes til å måle både kvantitet (behov for repetisjon) og hukommelsvansker.

^b Spørsmål 22 regnes til å måle både kognitive elementer (impulsivitet) og talehastighet.

faktoranalyse med en rotasjonmetode kalt varimax (Douglas et al., 2007b; Douglas, O'Flaherty, et al., 2000; Sohlberg et al., 2019; Struchen et al., 2008). Cronbachs alfa viste 0,85 når man bruker selvrappoteringskjema for første gang (Douglas, O'Flaherty, et al., 2000), mens Helland og kolleger (2022) rapporterte en indre konsistens, dvs. Cronbachs alpha på 0,91. Det ble identifisert seks faktorer som var med på å forklare 48,9 % av variasjonen i utfyllingen av LCQ, noe som indikerer at LCQ er et pålitelig mål for opplevde kommunikasjonsferdigheter (Douglas, O'Flaherty, et al., 2000).

Oversettelsesprosessen

LCQ ble oversatt til norsk av Hansen og kolleger i 2017. Oversettelsen ble gjennomført etter standarder for oversettelser, og inkluderte en tilbakeoversettelse til engelsk, gjennomført av en uavhengig profesjonell oversetter med engelsk som morsmål. Dette for å sikre at den norske versjonen holdt seg så nær den australske versjonen som mulig, men samtidig sikret funksjonelt norsk språk. Etter en felles konsesus mellom oversettere og tilbakeoversetter ble det gjennomført en pilotutprøving med personer med KKV ($n = 4$) for å sikre at spørsmålene var forståelig formulert. Dette førte til noen endringer som for eksempel spørsmål 24 hvor «hender det du tillater at andre får feil inntrykk basert på deres samtaler» ble endret til «hender det du lar andre sitte igjen med feil inntrykk etter en samtale». Deretter ble den reviderte versjonen av norsk LCQ tilbakeoversatt til engelsk for annen gang og diskutert til konsensus mellom norsk og engelsk versjon ble oppnådd. Oversettelsen av LCQ til norsk ble godkjent av testens utvikler Jacinta M. Douglas i 2017 med ønske om å gjøre LCQ tilgjengelig for videre klinisk arbeid og forskning i Norge.

Dataanalyser

Analysene har blitt gjennomført i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 25. For å vurdere den norske versjonen av LCQ sine generelle psykometriske egenskaper og testreliabilitet ble det gjennomført en faktoranalyse og Cronbachs alpha. Effekstørrelse ble beregnet etter følgende formel ($M^{\text{typisk utvalg}} - M^{\text{KKV}} / SD^{\text{typisk utvalg}}$). En faktoranalyse innebærer at man undersøker om visse spørsmål i en undersøkelse kan grupperes innen samme tematikk (faktor) og hvilke faktorer som dermed er med på å forklare resultatene (De Vaus, 2014; Field, 2018). Det var ønskelig å

sammenligne endimensjonalitet og flerdimensjonalitet. Dette gjøres for å undersøke om én faktor forklarer all variasjon i de ulike spørsmålene i LCQ eller om flere faktorer forklarer variasjonen. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ble gjennomført for å undersøke om det finnes korrelasjon mellom spørsmålene i LCQ. Barlett's test of Sphericity ble brukt for å undersøke om utvalgene var store nok for å kunne inngå i en faktoranalyse. Cronbachs alfa er en indikator for å undersøke om målemodellen for variabelen opplevde kommunikasjonsferdigheter er stabil og om den kan benyttes som en skala (Kleven, 2002). De fem reverserte spørsmålene i LCQ ble tilbakereversert til å passe standardskalaen før det ble kalkulert en totalskårevariabel for LCQ for alle informanter i begge utvalg. Students t -test (independent two sample t -test) ble gjennomført for å sammenligne gjennomsnittet i de to utvalgene med signifikansnivå på 0,05 (Field, 2018). Det var ønskelig å undersøke muligheten for å sette en grenseverdi for hva som regnes som normalfordeling og hva som tyder på KKV (Greve & Bianchini, 2004). Skåringsdistribusjonen ble derfor analysert og diskutert ved bruk av deskriptiv informasjon.

Etiske hensyn

Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk (2017/1360, via endringsmelding 25.01.19). Alle deltakerne i studien ble informert om bakgrunn og formålet med undersøkelsen, de ble informert om frivillig deltakelse og at en som deltaker har mulighet til å trekke seg når som helst fra studien.

Resultater

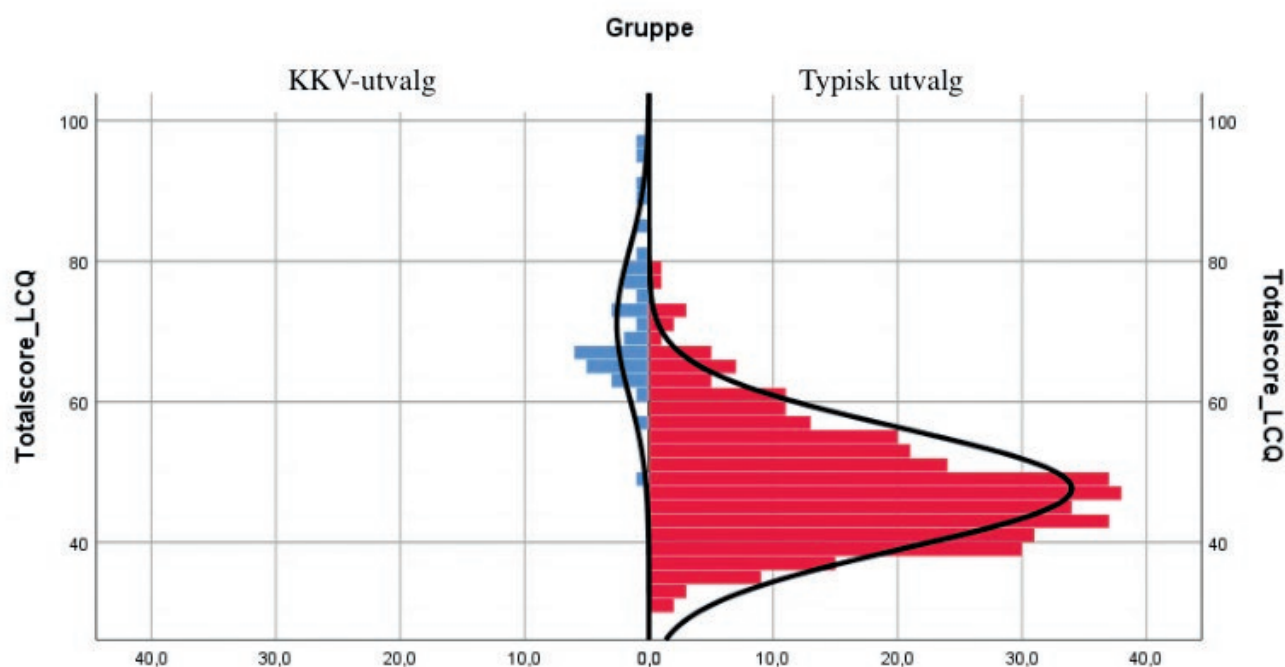
Deskriptive analyser

De to utvalgene skilte seg signifikant på variablene alder, kjønn og utdanning, hvor KKV-utvalget er eldre, har færre kvinner og lavere utdanning, se Tabell 3.

Det typiske utvalget er tilnærmet normalfordelt (se Figur 1) med noe høyreskjev fordeling, og noe overvekt av totalskåre under 50 poeng. Den gjennomsnittlige totalskåren på LCQ lå på 47,6, og totalskårene som ligger +/- 1 standardavvik fra gjennomsnittet varierer mellom 39,2 og 56,0 poeng. KKV-utvalget er også tilnærmet normalfordelt med noe venstreskjev fordeling, da mange av informantene har rapportert en skåre rundt 65. Gjennomsnittsskåren for

Tabell 3. Deskriptive data for de to utvalgene

Variabel	Undergrupper	Typisk utvalg (n = 361)	Utvalg med KKV (n = 34)	p- verdi
Alder gjennomsnitt i år (SD)		35,9 (10,9)	50,3	<,001
Kjønn (kvinner i %)		299 (82,8)	15 (44,1)	<,001
Utdanning i antall n (%)	Grunnskole	10 (2,8)	5 (14,7)	<,001
	Videregående skole	63 (17,5)	9 (26,5)	
	1-3 års høyere utdanning	175 (48,5)	9 (26,5)	
	> 4 års høyere utdanning	113 (31,1)	3 (8,8)	
	Missing data for utdanning		8 (23,5)	
LCQ totalskåre (SD)		47,6 (8,4)	71,1 (10,4)	<,001



Figur 1. Fordeling av LCQ totalskåre for typisk utvalg og utvalg med KKV

KKV-utvalget ligger på 71,1 poeng, og totalskårene som ligger innenfor +/- 1 standardavvik fra gjennomsnittet varierer mellom 60,6 og 81,6 poeng.

En sammenligning av gjennomsnittlig LCQ-totalskåre med Students *t*-test viser at KKV-utvalget ($M=71,12$; $SD=10,48$) skåre signifikant høyere ($p < 0,001$) enn det typiske utvalget ($M=47,64$; $SD=8,47$). Gjennomsnittsdifferansen mellom

utvalgene er 23,5 i totalskårepoeng på LCQ. Effektstørrelsen er 2,2 som tolkes som stor. Dette indikerer høyere grad av opplevde kommunikasjonsvansker. Deskriptive analyser viste også at hvert enkelt spørsmål i LCQ (Q1-Q30), har høyere gjennomsnittsskåre i KKV-utvalget sammenlignet med det typiske utvalget. Se Tabell 4 for oversikt over deskriptive resultater på spørsmålsnivå.

Tabell 4. Deskriptive resultater på spørsmålsnivå

LCQ-spørsmål	Utvalg	Aldri eller sjeldent (1)	Noen ganger (2)	Oftre (3)	Som oftest eller alltid (4)
Q1	TYPISK	47,1	49,9	2,8	0,3
	KKV	11,8	52,9	29,4	5,9
Q2	TYPISK	39,3	54	6,6	0
	KKV	20,6	23,5	47,1	8,8
Q3	TYPISK	31	59,3	9,7	0
	KKV	11	29,4	50	8,8
Q4	TYPISK	26,3	59,6	13,6	0,6
	KKV	5,9	50	26,5	17,6
Q5	TYPISK	49,9	44,3	5,3	0,6
	KKV	20,6	29,4	32,4	17,6
Q6	TYPISK	63,7	29,4	5	1,9
	KKV	52,9	29,4	14,7	2,9
Q7	TYPISK	39,3	51	9,4	0,3
	KKV	2,9	41,2	38,2	17,6
Q8	TYPISK	87,3	11,9	0,8	0
	KKV	47,1	20,6	26,5	5,9
Q9	TYPISK	53,5	39,9	6,4	0,3
	KKV	20,6	55,9	14,7	8,8
Q10	TYPISK	38,8	54,3	6,9	0
	KKV	0	41,2	47,1	11,8
Q11 (reversert)	TYPISK	62,6	28,0	7,5	1,9
	KKV	17,7	38,2	35,3	11,8
Q12	TYPISK	30,2	59	10,5	0,3
	KKV	5,9	23,5	47,1	23,5
Q13	TYPISK	55,7	34,1	8,9	1,4
	KKV	2,9	26,5	47,1	23,5
Q14	TYPISK	62,9	34,1	2,8	0,3
	KKV	5,9	50	26,5	17,6
Q15	TYPISK	81,7	18	0,3	0
	KKV	47,1	41,2	11,8	0
Q16	TYPISK	46,8	50,1	2,8	0,3
	KKV	11,8	38,2	47,1	2,9
Q17	TYPISK	80,3	16,6	2,8	0,3
	KKV	23,5	35,3	32,4	8,8
Q18	TYPISK	65,4	27,4	6,1	1,1
	KKV	41,2	26,5	23,5	8,8
Q19 (reversert)	TYPISK	57,1	25,5	10	7,5
	KKV	5,9	29,4	47,1	17,6
Q20	TYPISK	80,1	17,7	1,1	1,1
	KKV	20,6	58,8	17,6	2,9
Q21 (reversert)	TYPISK	62,6	23	8,3	6,1
	KKV	17,6	32,4	47,1	2,9
Q22	TYPISK	29,9	50,7	16,6	2,8
	KKV	35,3	47,1	17,6	0
Q23 (reversert)	TYPISK	44,3	44,9	9,4	1,4
	KKV	11,8	35,3	47,1	5,9
Q24	TYPISK	60,7	37,1	1,9	0,3
	KKV	32,4	38,2	17,6	11,8
Q25	TYPISK	31,6	62	6,1	0,3
	KKV	29,4	26,5	32,4	11,8
Q26	TYPISK	41,3	46,5	10,5	1,7
	KKV	8,8	50	26,5	14,7
Q27	TYPISK	27,1	65,4	6,6	0,8
	KKV	8,8	29,4	47,1	14,7
Q28 (reversert)	TYPISK	53,2	42,4	3,3	1,1
	KKV	26,5	44,1	26,5	2,9
Q29	TYPISK	23,5	50,7	20,8	5,0
	KKV	2,9	11,8	32,4	52,9
Q30	TYPISK	47,1	46,8	5,5	0,6
	KKV	14,7	55,9	23,5	5,9

Note. På de reverserte spørsmålene 11, 19, 21, 23 og 28 er skårene reversert manuelt.

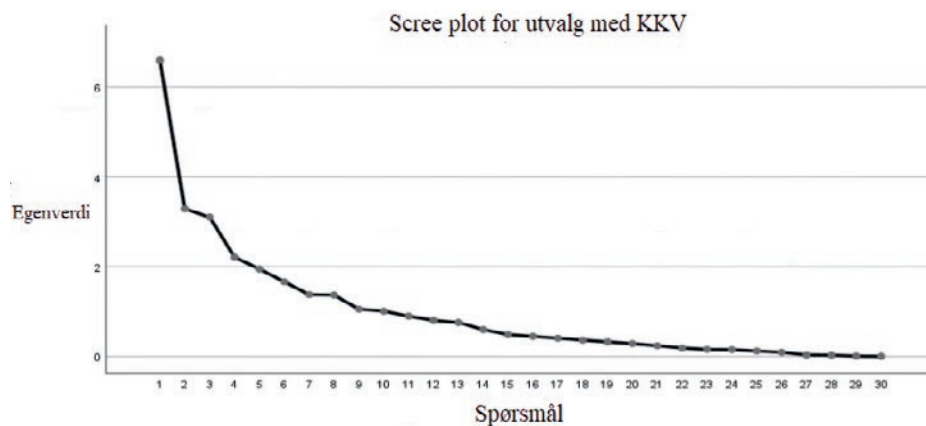
Psykometriske resultater

Kaiser-Bartlett's test of Sphericity oppnår en p -verdi på $< 0,001$ for begge utvalgene. Dette betyr at det er en korrelasjon mellom variablene som gir indikasjon for å gå videre med faktoranalyse. KMO-verdien var på 0,85 for det typiske utvalget, men bare på 0,22 for KKV-utvalget. Det betyr at KMO-verdien for KKV-utvalget er for lav til å kunne identifisere eventuelle mønstre i datasettet i en faktoranalyse. Resultatene fra faktoranalysen for KKV-utvalget er derfor lite representative, men kan bli brukt for å undersøke om faktorladningene til KKV-utvalget går i samme retning som det typiske utvalget. Scree plottene (se Figur 2 og 3) til begge utvalgene i studien tilsier at skjæringspunktet fra høy til lav egenverdi ligger på en én-faktorløsning. Flerfaktormodellen ble derfor forkastet for

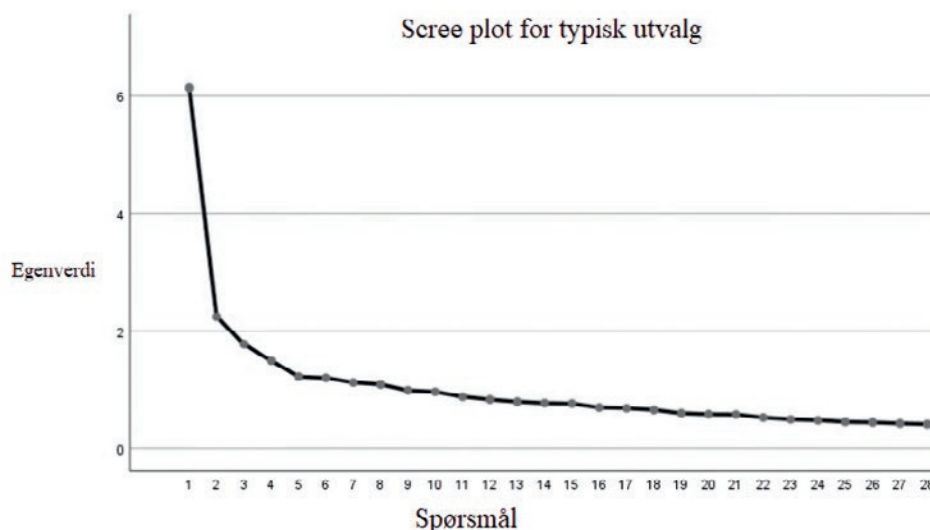
de norske dataene i motsetning til de seks rapporterte faktorene som forklarte variasjon i originalstudien (Douglas, O'Flaherty, et al., 2000).

Scree plottet til det typiske utvalget viser at alle variablene i måleverktøyet har samme verdi, dvs. at én faktor forklarer de 30 variablene.

Resultatene fra studien viser en alfakoeffisient på 0,83 for KKV-utvalget og 0,86 for det typiske utvalget. Alfakoeffisienten er kun basert på 34 informanter i utvalget med KKV og en må derfor tolke resultatene med varsomhet. Med 361 informanter i det typiske utvalget er 0,86 likevel en god indikasjon på at verktøyet faktisk måler den latente variabelen opplevde kommunikasjonsferdigheter for



Figur 2. Scree plot for KKV-utvalget ($n = 34$)



Figur 3. Scree plot for det typiske utvalget ($n = 361$)

normalbefolkningen mellom 18 og 75 år. Resultatene kan regnes som reliable på bakgrunn av utvalgsstørrelsen på det typiske utvalget.

Diskusjon

Denne studiens formål var å normere den norske versjonen av LCQ, samt å undersøke hvorvidt LCQ kan brukes til å identifisere kjennetegn ved KKV hos et utvalg av personer med ervervet hjerneskaade. Resultatene viser at KKV-utvalget rapporterer signifikant større vansker knyttet til kognisjon og kommunikasjon enn det typiske utvalget. Normeringsstudien bekrefter med dette funn fra tidligere studier (Douglas, O'Flaherty, et al., 2000; Struchen et al., 2008). Resultatene fra normeringsstudien kan bidra til økt forståelse rundt hva som anses som typiske og avvikende kommunikasjonsferdigheter målt med LCQ.

Måleverktøy LCQ

Informantene med KKV vurderte seg selv til å ha dårligere kommunikasjonsferdigheter sammenlignet med det typiske utvalget i vår studie. Hvorvidt dette skyldes en reell forskjell og hvis så, om den måles korrekt, påvirkes av instrumentets, dvs. LCQs, psykometriske egenskaper. For eksempel, foreligger det en antakelse om at LCQ er endimensjonal og man bruker derfor LCQ totalskåre istedenfor delskårer (Tate, 2004). Det har vært metodisk utfordrende i denne norske studien å avgjøre om LCQ er en endimensjonal eller en flerdimensjonal skala. Det vil si, om det er de 30 variablene til sammen som måler begrepet *opplevde kommunikasjonsferdigheter* eller om det kan identifiseres flere underdimensjoner, som samtalekvalitet eller samtaleeffektivitet. Originalstudien til Douglas og kolleger (2000) viser til seks ulike faktorer og skiller seg dermed tydelig fra våre norske resultater. Dette kan det være flere årsaker til. Den lave utvalgsstørrelsen til KKV-utvalget er en metodisk faktor som begrenser i hvilken grad det kan konkluderes med om LCQ utgjør en endimensjonal eller flerdimensjonal skala. Det typiske utvalget er derimot av tilstrekkelig størrelse for en slik vurdering. Ved å se på scree plottet til det typiske utvalget kan en argumentere for endimensjonalitet, altså at én faktor forklarer de tretti variablene (spørsmål) og at alle variablene i måleverktøyet har samme verdi. Dersom vi tar utgangspunkt i at LCQ er et endimensjonalt kartleggingsverktøy fører dette til en enkel poengskåre å forholde seg til, dvs. LCQ-totalskåren. En totalskåre som mål kan ansees som mindre ressurskrevende og mer anvendelig for en logoped. Basert på resultater fra det typiske utvalget ser vi en gjennomsnittlig

LCQ totalskåre på 47,64 ($SD = 8,47$), noe som er i tråd med tidligere funn (Douglas, O'Flaherty, et al., 2000). Ytterligere forskning er i midlertid nødvendig for å konkludere om en person med antatt KKV bør vurderes basert på ulike delskåler eller om totalskåre er det rette målet (Tate, 2004). Fra et klinisk perspektiv anbefales det derfor både å regne ut totalskåre, og samtidig vurdere nærmere de ulike besvarelsene på maksimene og elementene i LCQ, slik at logoped, person med antatt KKV og pårørende sammen kan komme frem til hvor det bør iverksettes tiltak.

Som tidligere beskrevet inkluderer den originale LCQ seks reverserte spørsmål, som blant annet brukes for å unngå at informanter svarer uten å ha lest spørsmålene (Douglas, O'Flaherty, et al., 2000), mens den norske utgaven reverserer fem av disse. Våre resultater indikerte at spørsmål 22 og de reverserte spørsmålene 19, 23 og 28 førte til økning av Cronbachs alpha ved eliminering av en variabel (spørsmål) for utvalget med KKV. Det vil si at det fremkommer en sterkere intern sammenheng i spørreskjemaet hvis disse spørsmålene utelates. For det typiske utvalget gjaldt økningen i Cronbachs alpha kun for spørsmål 22. En mulig tolkning av dette funnet er at de reverserte spørsmålene kan ha blitt misforstått av KKV-informantene. En annen tolkning er at KKV-utvalget er så lite at tilfeldige målefeil blir mer synlige sammenlignet med det typiske utvalget.

En annen utforing er å sette en grenseverdi på en skåre, dvs., i hvilken grad man kan vite om funnene fra denne skåren er generaliserbare og gjeldende utover informantene i studien. Dette sammen med forskjell på størrelsen av de to utvalgene har ført til vår avgjørelse om å ikke eliminere en enkelt variabel. Forskjeller i utvalgsstørrelse kan påvirke resultatene fra denne studien. En styrke ved studien er et stort typisk utvalg som gjør at tilfeldige målefeil jevnes ut og ikke blir like signifikante (Button et al., 2013). KKV-utvalget er på den andre siden et lite utvalg og tilfeldige målefeil kan bli betydelige og dermed påvirke gjennomsnittlig LCQ-totalskåre for utvalget (Button et al., 2013). For å ta høyde for type 2-feil kan en replisere studien (De Vaus, 2014; Field, 2018). Ved å replisere en studie til et annet tidspunkt eller et annet land har en flere studieresultater å støtte seg på. Til tross for at denne studien ikke er en direkte replikasjon av normeringsstudien til Douglas, O'Flaherty, et al. (2000), finner vi imidlertid lignende resultater med tanke på totale gjennomsnittskårer, noe som ansees å være en styrke.

Grenseverdi

Det å sette en grenseverdi for hva som regnes som normalfordeling og hva som regnes som utenfor, avhenger blant annet av skåringsdistribusjonen og utvalgsstørrelse (Greve & Bianchini, 2004). Skåringsdistribusjonens påvirkning handler om at skårer kan ligge mellom 0 og 120 poeng på LCQ, men det er likevel svært uvanlig å skåre 120 poeng (Greve & Bianchini, 2004). For denne studien lå ingen totalskåre over 75 poeng. Ifølge våre resultater vil en LCQ totalskåre fra 39,2 - 56 være +/- ett standardavvik fra gjennomsnittet for det typiske utvalget. For KKV-utvalget vil en LCQ totalskåre mellom 60,6 og 81,6 tilsvare +/- ett standardavvik fra gjennomsnittet. Det vil si at de fleste verdiene i datasettet ligger innenfor dette området. Utvalgsstørrelse påvirker også avgjørelsen av å sette en grenseverdi (Greve & Bianchini, 2004). Da KKV-utvalget i denne studien er svært lite, representerer hver KKV-informant 2,9 % av utvalget, til sammenligning med 0,3% i det typiske utvalget. Jo større utvalget er, jo større sjanse er det for at distribusjonen reflekterer hele variasjonsbredden av mulige skårer (Greve & Bianchini, 2004). Douglas, O'Flaherty og kolleger (2000) har foreslått 62 som en grenseverdi på pårørendeskjema, noe som vil si at en skåre på 62 eller høyere fra pårørende indikerer problematisk kommunikasjonsatferd. Det er derimot ikke tatt en avgjørelse for grenseverdien for LCQ selvrappoterings skjema (Despins et al., 2016). Forslag om kriterieskåre for pårørendeskjema er nært opp mot 1 standardavvik under gjennomsnittresultatene til KKV-utvalget i denne studien. En kan derfor argumentere for at resultatene i denne studien i så måte samsvarer med foreslått grenseverdi for pårørendeskjema.

Kommunikasjonsvansker og ulike kognitive variabler

Resultatene fra denne studien viste en betydelig forskjell i svarene mellom utvalgene på ulike spørsmål i LCQ. For eksempel på spørsmål 5 «Trenger du lang tid på å tenke før du svarer?», hvor kun en liten prosentandel av det typiske utvalget (5,9 %) svarte «ofte» eller «som oftest eller alltid» i motsetning til hele 50 % i KKV-utvalget. Til tross for dette, er det vanskelig å vite med sikkerhet hva som regnes som normalvariasjon og hva som faller *utenfor* normalen. Resultatene fra denne studien viste for eksempel at personer med KKV rapporterer lengre responstid i samtaler og at de oftere snakker for lenge om et tema sammenlignet med det typiske utvalget. Dette ses i sammenheng med at personer med KKV ofte har kognitive vansker knyttet til eksekutive funksjoner, informasjonsprosessering, organisering og resonnering, i tillegg til vansker med å forstå og produsere paralingvistiske elementer (måten vi sier ting på)

som intonasjon, lingvistisk og emosjonell prosodi med mer (CASLPO, 2015; Parola et al., 2016). Studien fra Helland og kolleger (2022) viser også en signifikant høyere forekomst av kommunikasjonsvansker målt med LCQ hos sine deltakere som var kvinnelige innsatte i norske fengsler sammenlignet med resultatene fra vårt typiske utvalg. Dette tyder på at det er flere grupper i en populasjon som kan skille seg ut i det som forventes som typiske kommunikasjonsferdigheter. Forekomst av komorbide vansker (som for eksempel ADHD) som påvirker kognisjon og adferd kan dermed også bidra til forskjellige resultater og påvirke en endelig grenseverdi med hensyn til en pasientgruppe eller andre populasjoner. Derfor er det nødvendig med flere studier som anvender LCQ i ulike populasjoner og med tilstrekkelig utvalgsstørrelse og demografiske data.

På spørsmål om endring av stemmeleie og tilpasning av ord, fant vi et interessant skille mellom utvalgene. Bare 14,4 % av det typiske utvalget svarte at de «ofte» eller «som oftest eller alltid» syntes det var lett å tilpasse måten å snakke på, mot hele 50 % i KKV-utvalget. Med andre ord kan det virke som at KKV-utvalget rapporterte det lettere å tilpasse stemmeleie og valg av ord i kommunikasjon enn det typiske utvalget. Årsaken til dette funnet er uklart. En potensiell årsak kan være redusert selvinnsikt, som er et vanlig kjennetegn ved kognitive vansker etter ervervet hjerneskade og KKV (Amanzio et al., 2020; Cassel et al., 2019; Dahlberg et al., 2007). Funnet kan også reflektere vanskeligheter knyttet til pragmatikk for personer med KKV (Cherney et al., 2020). Et annet funn fra undersøkelsen viste at KKV-utvalget oftere svarte før de tenkte over hva den andre personen sa, noe som kan sees i sammenheng med eksekutive vansker slik som selvmonitorering eller inhibisjon (Tobar-Fredes & Salas, 2022). KKV-utvalget rapporterte også i mye større grad enn det typiske utvalget at de mister tråden i samtaler med mye støy. Mye støy gir høyere kognitiv belastning enn et rolig samtalemiljø, og tidligere studier har funnet at personer med ervervet hjerneskade kan oppleve redusert oppmerksomhetskapasitet når de blir utsatt for høyere kognitiv belastning (Bonnelle et al., 2011; Loetscher, et al., 2019).

Et bidrag i en samtale skal være spesifikt og en skal ikke dele noe en mangler belegg for å uttrykke (Grice, 1978). Likevel er det både i det typiske utvalget (37,1 %) og i utvalget med KKV (38,2 %) vanlig å «noen ganger» la andre sitte igjen med feil inntrykk etter en samtale. En kan derfor også argumentere for at denne variabelen måler et aspekt ved kommunikasjon som er vanlig både innenfor normal-

diskurs og etter ervervet hjerneskade. Resultatene viser derimot at det er en betydelig større prosentforekomst av personer med KKV som rapporterer at de sjelden eller aldri retter opp eller korrigerer feil inntrykk i en samtale. Dette kan tolkes som brudd på kvalitetsmaksimet (Grice, 1978). Det er imidlertid viktig å understreke at en svakhet ved denne studien var et lite utvalg av personer med KKV, og at det er viktig å se disse funnene i lys av dette.

Selvinnsikt

Mange av variablene i LCQ krever evne til selvinnsikt, noe personer med KKV ofte har vansker med (Palermo et al., 2020). Et eksempel på en variabel som krever selvinnsikt er «Gir du informasjon som er helt korrekt?». Funnene fra denne undersøkelsen viser at skårene til KKV-utvalget på den nevnte variabelen går i motsatt retning av skårene til det typiske utvalget på gruppenivå. Viten om at det en deler muntlig er sant eller usant, krever selvinnsikt og selvmonitorering. Svekket innsikt i egne vansker etter ervervet hjerneskade kan assosieres med vansker knyttet til eksekutiv fungering og sosial kognisjon (Amanzio et al., 2020; Constantinidou & Kennedy, 2022; Palermo et al., 2020). På den andre siden ser en at bakgrunnsdata fra KKV-utvalget viser at informantene og deres nære pårørende ikke hadde en større diskrepans enn 20 poeng på *Awareness Questionnaire (AQ)*. Dette kan bety at KKV-utvalget i denne studien hadde en viss selvinnsikt som et kriterium for å delta, noe som støtter at svarene for KKV-utvalget er reliable.

Svakheter ved studien

Inkludering av pårørendedata for både utvalget med KKV og det typiske utvalget ville bidratt til å styrke resultatene fra denne studien ytterligere. Våre resultater viste en skjevfordeling i gjennomsnittsalder for de to utvalgene i normeringsstudien noe som ansees å være en svakhet ved studien. En mulig forklaring kan være at lenken til spørreskjemaet for det typiske utvalget ble delt på sosiale medier, for deretter å bli videredelt, noe som kan ha påvirket

variasjonsbredden i henhold til alder i det typiske utvalget. I tillegg så er det nærliggende å anta at KKV-utvalget hadde høyere aldersgjennomsnitt ettersom samtlige hadde ervervede hjerneskader av ulik årsak, inkludert hjerneslag, som ofte er forbundet med høyere alder. Selv om gjennomsnittsalderen i de to utvalgene er ulike, var utvalgsstørrelsen til det typiske utvalget så stort at eventuelle forskjeller i utfylling på bakgrunn av alder jevnes ut. I tillegg ville en større pilotundersøkelse i forkant av survey-undersøkelsen kunne bidratt til at enkelte uklare formuleringer knyttet til informasjon om studien kunne vært unngått.

Kliniske implikasjoner

Et kartleggingsverktøy som LCQ bidrar til å identifisere hvilke kommunikasjonsområder (kvalitet, kvantitet, relasjon, måte, kognitive kommunikasjonsbrudd og talehastighet) en person opplever og rapporter utfordringer med. På en slik måte kan LCQ bidra til å bryte ned kompleksiteten i KKV og gjøre det lettere å identifisere styrker og svakheter hos en person med KKV i forbindelse med behandling og oppfølging hos logoped.

Den signifikante forskjellen mellom LCQ-totalskåre for utvalget med KKV og det typiske utvalget, gjør det mulig å argumentere for at LCQ-totalskåre bidrar til å kartlegge og identifisere kjennetegn på KKV for personer med ervervede hjerneskader. Det er plausibelt å argumentere for at LCQ er et kartleggingsverktøy som har potensiale til å identifisere flere aspekter ved kommunikasjonsferdigheter ved at logopeden kartlegger de ulike maksimene og elementene (kvalitet, kvantitet, relevans, måte, kognitive vansker og talehastighet) LCQ bygger på. Resultatene fra LCQ bidrar også til å identifisere personens styrker i kommunikasjon, noe som ansees å være en ressurs og mulig motivasjonsfaktor for videre behandling av KKV.

Hvis en person med antatt KKV får en høy totalskåre på LCQ bør logopeden undersøke hvilke variabler det skåres høyt på og hvorfor, gjennom samtale og refleksjon med personen med KKV sette mål for videre behandling. I tilfeller hvor personen med KKV har vanskeligheter med å vurdere slike holdepunkt, er pårørende igjen en viktig kilde til informasjon om hvordan personen var før skaden eller hvordan vanskene oppleves i hverdagen (Constantinidou & Kennedy, 2022; Paice et al., 2020). Å tolke utfyllingen av LCQ i lys av informasjon fra pårørende er minst like viktig som totalskåren, og kan gi en god indikator for selvinnsikt hos personen med KKV (Constantinidou & Kennedy, 2022; Palermo et al., 2020). Pårørendedata må allikevel benyttes med varsomhet, fordi man da forutsetter at pårørende rapporterer korrekt. I hvilken grad det er en valid forutsetning kan derimot diskuteres (Constantinidou & Kennedy, 2022).

Konklusjon

Funnene fra denne studien viser at den norske oversettelsen, validering og normering av LCQ oppnår god indre konsistens, noe som indikerer at LCQ måler opplevde kommunikasjonsferdigheter. Våre resultater bekrefter funn fra tidligere studier og bidrar dermed også til en viss replikasjon og styrkning av det internasjonale forskningsfeltet. LCQ bidrar til å identifisere svakheter og styrker i kommunikasjonsferdigheter hos personer med KKV. Bruk av pårønderapporteringsskjema kan videre underbygge og utvide foreliggende svar fra selvrapportering, som kan være nyttig for videre tiltak. Den norske utgaven av LCQ vil dermed være et viktig bidrag i klinisk arbeid i rehabilitering av personer med hjerneskader.

De norske utgavene av La Trobe Communication Questionnaire kan lastes ned her:

Informasjon om LCQ

<https://www.uv.uio.no/isp/om/oslo-spesialpedagogikk-og-laeringslab/utlan-og-tekniske-tjenester/lan-tester/kognitive-kommunikasjonsvansker/lcq.pdf>

LCQ – selvrapporteringsskjema

<https://www.uv.uio.no/isp/om/oslo-spesialpedagogikk-og-laeringslab/utlan-og-tekniske-tjenester/lan-tester/kognitive-kommunikasjonsvansker/LCQ-norsk-selvrapportering.pdf>

LCQ – pårørendeskjema

<https://www.uv.uio.no/isp/om/oslo-spesialpedagogikk-og-laeringslab/utlan-og-tekniske-tjenester/lan-tester/kognitive-kommunikasjonsvansker/LCQ-norsk-paerenderapportering.pdf>

Referanser

- Amanzio, M., Bartoli, M., Cipriani, G. E., & Palermo, S. (2020). Executive Dysfunction and Reduced Self-Awareness in Patients With Neurological Disorders. A Mini-Review. *Frontiers in psychology*, 11, 1697-1697. doi:10.3389/fpsyg.2020.01697
- Blake, M. L. (2022). Communication Disorders Associated with Right-Hemisphere Brain Damage. In I. Paphanasiou & P. Coppens (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (3rd ed., pp. 405-434). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Bonnelle, V., Leech, R., Kinnunen, K. M., Ham, T. E., Beckmann, C. F., de Boissezon, X., . . . Sharp, D. J. (2011). Default mode network connectivity predicts sustained attention deficits after traumatic brain injury. *Journal of Neuroscience*, 31(38), 13442-13451. doi:10.1523/JNEUROSCI.1163-11.2011
- Brown, J., Kaelin, D., Mattingly, E., Mello, C., Miller, E. S., Mitchell, G., . . . Bowen, R. (2022). American Speech-Language-Hearing Association Clinical Practice Guideline: Cognitive Rehabilitation for the Management of Cognitive Dysfunction Associated With Acquired Brain Injury. *American journal of speech-language pathology*, 31(6), 2455-2526. doi:10.1044/2022_AJSLP-21-00361
- Button, K. S., Ioannidis, J. P. A., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. J., & Munafò, M. R. (2013). Power failure: Why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(5), 365-376. doi:10.1038/nrn3475
- CASLPO. (2015, 2018). Practice standards and guidelines for acquired cognitive communication disorders. Retrieved from https://caslpo.com/sites/default/uploads/files/PSG_EN_Acquired_Cognitive_Communication_Disorders.pdf
- Cassel, A., McDonald, S., Kelly, M., & Togher, L. (2019). Learning from the minds of others: A review of social cognition treatments and their relevance to traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(1), 22-55. doi:10.1080/09602011.2016.1257435
- Cherney, L. R., Kinsey, L., & Larkin Conlon, E. (2020). Autonomy and the Patient with Right Hemisphere Cognitive-Communication Deficits: Ethical Considerations in Rehabilitation Practice. *Seminars in Speech and Language*, 41,17(3), 232-240. doi:10.1055/s-0040-1710324
- Constantinidou, F., & Kennedy, M. (2022). Traumatic Brain Injury. In I. Paphanasiou & P. Coppens (Eds.), *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (3rd ed., pp. 465-502). USA: Jones and Bartlett Learning.
- Dahlberg, C. A., Cusick, C. P., Hawley, L. A., Newman, J. K., Morey, C. E., Harrison-Felix, C. L., & Whiteneck, G. G. (2007). Treatment Efficacy of Social Communication Skills Training Afieldfter Traumatic Brain Injury: A Randomized Treatment and Deferred Treatment Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1561-1573. doi:10.1016/j.apmr.2007.07.033
- Dahlberg, C. A., Hawley, L. A., Morey, C., Newman, J. K., Cusick, C., & Harrison-Felix, C. (2006). Social communication skills in persons with post-acute traumatic brain injury: Three perspectives. *Brain Injury*, 2006, Vol.20(4), p.425-435, 20(4), 425-435. doi:10.1080/02699050600664574
- De Vaus, D. A. (2014). *Surveys in Social Research. An Introduction* (6th ed.). London: Routledge.
- Despins, E. H. M. S., Turkstra, L. S. P., Struchen, M. A. P., & Clark, A. N. P. (2016). Sex-Based Differences in Perceived Pragmatic Communication Ability of Adults With Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(2), 526-532. doi:10.1016/j.apmr.2014.06.023
- Douglas, J. M. (2010). Using the La Trobe Communication Questionnaire to measure perceived social communication ability in adolescents with traumatic brain injury. *Brain Impairment*, 11(2), 171-182. doi:10.1375/brim.11.2.171
- Douglas, J. M., Bracy, C., & Snow, P. C. (2000). *La Trobe Communication questionnaire*. Self- and other report forms. La Trobe University School of Human Communication Sciences.
- Douglas, J. M., Bracy, C. A., & Snow, P. C. (2007a). Exploring the factor structure of the La Trobe Communication Questionnaire: Insights into the nature of communication deficits following traumatic brain injury. *Aphasiology*, 21(12), 1181-1194. doi:10.1080/02687030600980950
- Douglas, J. M., Bracy, C. A., & Snow, P. C. (2007b). Measuring Perceived Communicative Ability After Traumatic Brain Injury: Reliability and Validity of the La Trobe Communication Questionnaire. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22(1), 31-38. doi:10.1097/00001199-200701000-00004
- Douglas, J. M., O'Flaherty, C. A., & Snow, P. C. (2000). Measuring perception of communicative ability: the development and evaluation of the La Trobe communication questionnaire. *Aphasiology*, 14(3), 251-268
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., . . . Reker, D. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*, 36(9), e100-143. doi:10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th edition. ed.). Los Angeles: SAGE.
- Finch, E., Copley, A., Cornwell, P., & Kelly, C. (2016). Systematic Review of Behavioral Interventions Targeting Social Communication Difficulties After Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(8), 1352-1365. doi:10.1016/j.apmr.2015.11.005
- Frith, M., Togher, L., Ferguson, A., Levick, W., & Docking, K. (2014). Assessment practices of speech-language pathologists for cognitive communication disorders following traumatic brain injury in adults: An international survey. *Brain Injury*, 2014, Vol.28(13-14), p.1657-1666, 28(13-14), 1657-1666. doi:10.3109/02699052.2014.947619
- Greve, K. W., & Bianchini, K. J. (2004). Setting empirical cut-offs on psychometric indicators of negative response bias: a methodological commentary with recommendations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(4), 533-541. doi:10.1016/j.acn.2003.08.002
- Grice, H. P. (1978) Further Notes on Logic and Conversation. I Alder, J. E. & Rips, L. J. (red.) (2008). Reasoning. Studies of Human Inference and Its Foundations. New York: Cambridge University Press.
- Hansen, S. M., Hjertstedt, M., Kirmess, M., Snekkevik, H., & Stubberud, J. (2019). Intensiv gruppebehandling for sosiale kommunikasjonsvansker: Et Pilot Prosjekt. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 65(2), 24-34.
- Hansen, S. M., Stubberud, J., Hjertstedt, M., & Kirmess, M. (2019). Intensive and standard group-based treatment for persons with social communication difficulties after an acquired brain injury: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(9), e029392-e029392. doi:10.1136/bmjopen-2019-029392
- Helland, W. A., Jones, L. Ø., Hallaråker, H., Høyåsén, M. & Morken, F. (2022). Oral Language Problems in Norwegian Female Prisoners. *The Journal of Correctional Education* 73(1), 31-48

- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Screening for språkvansker av alle pasienter med slag i dominant hemisfære, kartlegging av språk- og talefunksjon*. Retrieved from <https://helse-direktoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/seksjon?Tittel=syn-horsel-ogkommunikasjon-11067#screening-for-spraakvansker-av-alle-pasienter-med-slag-i-dominant-hemisfaere,-kartlegging-av-spraak-og-talefunksjonanbefaling>
- Iverson, G. L., Kaarto, M. L., & Koehle, M. S. (2008). Normative data for the balance error scoring system: Implications for brain injury evaluations. *Brain Injury*, 22(2), 147-152. doi:10.1080/02699050701867407
- Kleven, A. (2002). Ikke-eksperimentelle design. In T. Lund, A. Kleven, T. Kvernbekk, & K. A. Christophersen (Eds.), *Innføring i forskningsmetodologi* (pp. 265-284). Oslo: Unipub.
- Linscott, R. J., Knight, R. G., & Godfrey, H. P. D. (2003). *Manual for the Profile of Pragmatic Impairment in Communication (PPIC)*. University of Otago, Dunedin.
- Loetscher, T., Potter, K.-J., Wong, D., & das Nair, R. (2019). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019(11). doi:10.1002/14651858.CD002842.pub3
- Marini, A., Zettin, M., Bencich, E., Bosco, F. M., & Galetto, V. (2017). Severity effects on discourse production after TBI. *Journal of neurolinguistics*, 44, 91-106. doi:10.1016/j.jneuroling.2017.03.005
- Macdonald, S. & Johnson, C. J. (2005) Assessment of subtle cognitive-communication deficits following acquired brain injury: A normative study of the Functional Assessment of Verbal Reasoning and Executive Strategies (FAVRES). *Brain Injury*, 19:11, 895-902, DOI: 10.1080/02699050400004294
- Universitetet i Oslo. (2017). Personvern og vilkår for bruk av nettskjema. Universitetet i Oslo. Retrived from: <https://nettskjema.no/a/godpraksis#/page/1>
- Paice, L., Aleligay, A., & Checklin, M. (2020). A systematic review of interventions for adults with social communication impairments due to an acquired brain injury: Significant other reports. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(5), 537-548. doi:10.1080/17549507.2019.1701082
- Palermo, S., Carassa, A., & Morese, R. (2020). Editorial: Perspective-Taking, Self-Awareness and Social Cognition in Neurodegenerative Disorders, Cerebral Abnormalities and Acquired Brain Injuries (ABI): A Neurocognitive Approach. *Frontiers in Psychology*, 11, 614609-614609. doi:10.3389/fpsyg.2020.614609
- Parola, A., Gabbatore, I., Bosco, F. M., Bara, B. G., Cossa, F. M., Gindri, P., & Sacco, K. (2016). Assessment of pragmatic impairment in right hemisphere damage. *Journal of neurolinguistics*, 39, 10-25. doi:10.1016/j.jneuroling.2015.12.003
- Sherer, M., Bergloff, P., Boake, C., High, W. & Levin, E. (1998). The Awareness Questionnaire: factor structure and internal consistency. *Brain Injury*, 12, 63-68). Oversatt til norsk av Marianne Løvstad, Anne-Kristin Solbakk, Anne-Kristine Schanke og Susan Schanche
- Sohlberg, M. M., MacDonald, S., Byom, L., Iwashita, H., Lemoncello, R., Meulenbroek, P., . . . O'Neil-Pirozzi, T. M. (2019). Social communication following traumatic brain injury part I: State-of-the-art review of assessment tools. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(2), 115-127. doi:10.1080/17549507.2019.1583280
- Struchen, M. A., Pappadis, M. R., Mazzei, D. K., Clark, A. N., Davis, L. C., & Sander, A. M. (2008). Perceptions of communication abilities for persons with traumatic brain injury: Validity of the La Trobe Communication Questionnaire. *Brain Injury*, 22(12), 940-951. doi:10.1080/02699050802425410
- Sveen, A. (2005). Pragmatikk. I Kristoffersen, K. E., Simonsen, H. G. & Sveen, A. (Red.), *Språk – En Grunnbok*. (s.95-118). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tobar-Fredes, R., & Salas, C. (2022). Rehabilitation of communication in people with traumatic brain injury: a systematic review of types of intervention and therapeutic ingredients (Rehabilitación de la comunicación en personas con traumatismo encefalocraneal: una revisión sistemática de tipos de intervención e ingredientes terapéuticos). *Estudios de psicología*, 43(1), 88-131. doi:10.1080/02109395.2021.2009292
- Togher, L., Douglas, J., Turkstra, L. S., Welch-West, P., Janzen, S., Harnett, A., ... Wiseman-Hakes, C. (2023). INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part IV: Cognitive-Communication and Social Cognition Disorders. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 38(1), 65-82. doi:10.1097/HTR.0000000000000835
- Tompkins, C. A. P. (2012). Rehabilitation for Cognitive-Communication Disorders in Right Hemisphere Brain Damage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), S61-S69. doi:10.1016/j.apmr.2011.10.015
- Tu, L. V., Togher, L., & Power, E. (2011). The impact of communication partner and discourse task on a person with traumatic brain injury: The use of multiple perspectives. *Brain Injury*, 25(6), 560-580. doi:10.3109/02699052.2011.571655
- Turkstra, L. S., Coelho, C., & Ylvisaker, M. (2005). The Use of Standardized Tests for Individuals with Cognitive-Communication Disorders. *Seminars in Speech and Language*, 26,17(4), 215-222. doi:10.1055/s-2005-922101
- Yggeseeth, T. (2019). *De snakker bedre enn de kommuniserer Kognitive kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneskaide: En evaluering og normering av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet La Trobe Communication Questionnaire*. Masteroppgave ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitet i Oslo

Å VURDERE SPRÅKKOMPETANSEN TIL FLERSPRÅKLIGE BARN MED MINORITETSBAKGRUNN: BETYDNINGEN AV SPRÅKLIGE ERFARINGER



May-Britt Monsrud

er cand.paed. og jobber i Statped, avdeling språk/tale, divisjon barnetrinn. Hun har en ph.d. med fokus på spåkerferdigheter hos flerspråklige barn med ulik språkbakgrunn, og er tilknyttet forskningsprosjektet SL+.

E-post: may-britt.monsrud@statped.no



Jannicke Karlsen

er logoped MNLL og jobber i Statped, avdeling språk/tale, divisjon barnetrinn. Hun har en ph.d. med fokus på språkutviklingen til flerspråklige barn og er tilknyttet forskningsprosjektet SL+.

E-post: jannicke.karlsen@statped.no

Det kan være vanskelig å vite hva som er årsaken til svake norskferdigheter hos flerspråklige barn og unge med minoritetsbakgrunn. Ved å ta hensyn til individuell variasjon i bakgrunnsfaktorer som har innvirkning på språkutviklingen, kan vi med større sikkerhet vurdere årsaker til svake norskferdigheter. I denne artikkelen vil vi belyse noen av de bakgrunnsfaktorene som er mest sentrale i denne sammenheng.

Innledning

Flerspråklige barn og unge med minoritetsbakgrunn er en svært heterogen gruppe. En betydelig andel av denne gruppen synes å være sårbare når det gjelder utvikling av andrespråksferdigheter i en skole som er i stor grad er tilpasset enspråklige barn og unge. Å avdekke årsaken til svake norskferdigheter i denne gruppen kan være komplisert, og fagpersoners kompetanse kan påvirke hvordan barnets utfordringer forstås. Når flerspråklige barn har svake norskferdigheter kan det forstås som en typisk andrespråksutvikling, gitt de språklige erfaringene barnet har. Det kan også forstås som at barnet har en utviklingsmessig språkforstyrrelse/developmental language disorder (DLD; Bishop et al., 2017; Kristoffersen et al., 2022), eller at barnet har språkforstyrrelser som en del av et større vanskebilde (som for eksempel autismespekterforstyrrelser). Disse ulike årsakene krever ulike tilnærminger til tiltak, er favnet av ulikt lovverk og har ulik prognose. Konsekvensen av feil forståelse blir at en større andel flerspråklige barn og unge ikke får den tilretteleggingen og de utviklingsmulighetene som de har behov for og krav på. Riktig forståelse av årsakene til et barns språkkompetanse kan derfor være avgjørende for et barns videre utvikling.

Det er større individuelle variasjoner i både språklige erfaringer (Paradis 2023, Rydland & Grøver, 2021) og språklige ferdigheter (Monsrud

2022a; Karlsen et al., 2017; Paradis, 2023) hos flerspråklige barn og unge, enn det er hos enspråklige. I tillegg er samspillet mellom språklige erfaringer og ferdigheter ekstra komplekst hos barn som bruker flere språk i hverdagen, og særlig komplekst er det kanskje for flerspråklige barn og unge med en minoritets- eller innvandrerbakgrunn. Kompleksiteten henger blant annet sammen med at barna blir eksponert for, og deltar i, språklig samhandling på flere og ulike språk. På grunn av denne heterogeniteten og kompleksiteten kan det være vanskelig å løsrive språklige forutsetninger fra språklige erfaringer. Videre begrenser det mulighetene for utvikling og bruk av standardiserte og normerte språkstester, blant annet fordi det er vanskelig å definere en sammenligningsgruppe som er homogen nok. Dette bidrar til at det er nødvendig med innsikt i barnets språklige erfaringer ved vurdering av flerspråklige barns språkkompetanse.

Utfordringene knyttet til den store variasjonen i språklige erfaringer kommer særlig til uttrykk når det gjelder flerspråklige barn og unges ordforråd. Ordforrådet er summen av ordene vi forstår og/eller bruker (Øzerk, 2016). Denne delen av språkkompetansen er nært knyttet til barnets erfaringer, den er svært kontekst-avhengig og påvirkes i stor grad av eksponering (Wold, 2004). Følgelig er ordforrådet sårbart for individuelle variasjoner i barnets språkmiljø, både med hensyn til mengden språk barnet blir

eksponert for og kvaliteten på det språklige samspillet (Snow, 2017). Dette gjelder spesielt for flerspråklige barn og unge, som kan få mer begrenset med eksponering for ett eller flere av sine språk, enn enspråklige som har et mer enhetlig språkmiljø. Det kontekstavhengige ved ordforrådskunnskap kan medføre at noen ord mestres på ett språk, men ikke på et annet. Ordforrådet er språkspesifikt, og hvis man undersøker et flerspråklig barns ordforråd på ett av språkene vil man gjerne se at det er mindre enn ordforrådet til enspråklige barn på samme alder. Hvis man derimot ser på barnets samlede ordforråd og tar høyde for barnas ordkunnskap på begge språk (dvs. konseptuell skåring), så utjevnes forskjellene og mange flerspråklige viser tilsvarende skårer som enspråklige jevnaldrende (Monsrud et al., 2019; Pearsson et al., 1993).

Fordi språkferdigheter er så nært knyttet til språklige erfaringer og bakgrunnsfaktorer er det vesentlig å ha kunnskap om, og forståelse for disse, når språkkompetanse skal vurderes. Disse faktorene vil kunne bidra til å belyse mulige årsaker til individuelle variasjoner i språkferdighetene til flerspråklige barn og unge. Som et utgangspunkt for tolkning av kartleggingsresultater vil denne type informasjon kunne sikre en riktigere forståelse av det enkelte flerspråklige barns språkkompetanse og pedagogiske behov (Paradis, 2023). I denne artikkelen vil vi derfor belyse betydningen av slike bakgrunnsfaktorer og deres mulige innvirkning på flerspråklige barns språkferdigheter, samt vise til to verktøy som eksempelvis kan benyttes for at informasjon om disse bakgrunnsfaktorene kan innhentes på en mer systematisk måte, spesielt med tanke på kartlegging ved mistanke om utviklingsmessige språkforstyrrelser/DLD.

Kilder til individuell variasjon i språkferdigheter hos flerspråklige barn og unge

Flerspråklige barns første- og andrespråkutvikling påvirkes av, og samspiller med, indre faktorer (i barnet) og ytre faktorer (i barnets språkmiljø; jf. Paradis, 2023). Variasjoner i disse faktorene har som nevnt betydning for indivi-

duelle forskjeller i språkutviklingen hos flerspråklige barn. Paradis (2023) argumenterer blant annet for at ved å ta mer hensyn til hvert enkelt barns språklige erfaringer, vil man kunne få en riktigere forståelse av deres språklige kompetanse. En slik tilnærming vil kunne supplere den mer tradisjonelle språkkartleggingen, og risikoen for feilidentifisering av flerspråklige barn til spesialpedagogisk oppfølging vil kunne reduseres. I denne artikkelen vil vi derfor løfte fram faktorer som bør tillegges vekt i vurdering av flerspråklige barns språklige utvikling (jf. Paradis, 2023). Av indre faktorer vil vi belyse betydningen av tidspunktet for andrespråkstilegnelse. Av ytre faktorer vil vi løfte fram noen faktorer i barnets nære språkmiljø som virker direkte inn på barnets språkutvikling (språkbruk hjemme og kvaliteter ved språkmiljøet), og noen faktorer som virker indirekte inn på språkmiljøer og sier noe om betingelsene for flerspråklig utvikling (sosioøkonomisk bakgrunn, holdninger til førstespråket).

Tidspunkt for andrespråkstilegnelse

En av de faktorene som ofte har innvirkning på den tidlige flerspråklige utviklingen er tidspunktet da barnet blir introdusert og systematisk eksponert for andrespråket. Dette tidspunktet kan ha innvirkning på både første- og andrespråksferdighetene. For førstespråket sier tidspunktet noe om hvorvidt og hvor lenge barnet eventuelt har vært enspråklig. For barn og unge med en minoritetsbakgrunn vil eksponeringen for, og bruk av førstespråket, ofte være mindre omfattende enn for andrespråket, og ifølge Montrul (2022), vil tidspunktet ofte ha størst betydning for førstespråkferdighetene. For andrespråket er påvirkningen av tidspunktet for tilegnelse noe mer begrenset, men vil være viktig å ta hensyn til, spesielt tidlig i andrespråkutviklingen (Paradis; 2023). Også i norske studier er denne sammenhengen dokumentert, for eksempel har flere studier funnet sammenheng mellom hvor lenge barna hadde gått i norsk barnehage og barnas norskerferdigheter (Karlsen et al., 2017; Rydland & Grøver, 2021).



Marianne Klem er logoped MNLL og jobber i Statped, avdeling språk/tale, divisjon barnetrinn. Hun har en ph.d. med fokus på kartlegging av språklige ferdigheter til norske barnehagebarn og er tilknyttet forskningsprosjektet SL+.

E-post: marianne.klem@statped.no



Siri Steffensen Bratlie er spesialpedagog. Hun har en ph.d med fokus på morfologisk kunnskap og effekten av et morfologibasert ordforrådstiltak for flerspråklige barn. Bratlie jobber nå som postdoktor ved Institutt for pedagogikk (UiO) der hun er tilknyttet prosjektet Språksterk 1-6.

E-post: s.s.bratlie@iped.uio.no

Hvor lenge og i hvilken grad vi kan forvente å finne en sammenheng mellom tidspunktet for møtet med andrespråket og andrespråksferdighetene, er imidlertid vanskelig å gi et entydig svar på. Det vil variere mellom ulike språk-områder (for eksempel ordforråd, fonologi og syntaks), men også *innen* språkområder (Paradis 2019). Et barn vil for eksempel ofte ha behov for mer eksponering for å tilegne seg morfologiske strukturer som er uregelmessige og forekommer sjeldent sammenlignet med morfologiske strukturer som er regelmessige og forekommer ofte. I tillegg vil også barnets iboende forutsetninger for språklæring og variasjoner i barnets språkmiljø ha noe å si for styrken på denne sammenhengen. Som vi beskriver mer utdypende senere i teksten, er det stor variasjon i språkbruk i familier med minoritetsbakgrunn, fra familier som utelukkende benytter førstespråket til de som hovedsakelig bruker majoritetsspråket. Dette vil påvirke barnets førstespråkutvikling og balanseforholdet i deres flerspråklige kompetanse (Hoff, 2013). I tillegg vil blant annet variasjoner i foreldrenes språkkompetanse på begge språk (Paradis, 2019), variasjoner i bakgrunn (for eksempel utdannelsesnivå) og i kvaliteten på språkmiljøet i hjemmet henge sammen med hvordan og hvor stor betydning tilegnelsestidspunktet har for barnets flerspråklige utvikling.

Språkbruksmønstre i flerspråklige familier

Flerspråklige barn og unge får mindre tid med hvert av sine språk, og eksponering og bruk er relatert til ferdigheter, blant annet fant Rydland og Grøver (2021) at foreldre-rapportert relativ språkbruk hjemme var relatert til språkferdighetene på begge språk. Det vil derfor være viktig å vite noe om hvor mye flerspråklige barn og unge med minoritetsbakgrunn eksponeres for sine ulike språk hjemme når språkkompetansen skal vurderes. Språkbruksmønstre (dvs. hvilke språk som brukes i hvilke sammenhenger og med hvem) varierer mellom familier, og vil på ulike måter kunne påvirke barnas flerspråklige kompetanse. I en norsk studie med flerspråklige andreklassinger rapporterte f.eks. nesten 70 % av familiene at de snakket norsk hjemme i tillegg til førstespråket/ene (Bratlie et al., 2021). Flerspråkligheten kan beskrives som relasjonell og dynamisk (Fulland 2016), og er i stadig endring. Hvilke språk flerspråklige personer aktivt bruker er blant annet avhengig av situasjon, miljø og samtalepartner (Mann & Bruin, 2021). Språkutviklingen er først og fremst avhengig av samtalepartnere som gjør det relevant å benytte språket (Grosjean, 2008), særlig når det gjelder førstespråket, da det ofte er færre aktuelle dialogpartnere, og færre situasjoner der førstespråket er det naturlige valget (Montrul, 2022).

I familier der et minoritetsspråk er det dominante førstespråket vil majoritetsspråket (dvs. andrespråket, her norsk) typisk få en stadig viktigere plass i takt med at familien gjennom skole, arbeid og fritid blir mer aktive deltagere i majoritetssamfunnet. I løpet av få generasjoner vil mange minoritetsspråklige familier gjøre et språkskifte, slik at majoritetsspråket blir det dominante språket i familien (Montrul, 2022).

Resultatene fra en norsk studie illustrerer at barna ofte er de som «driver» utviklingen, der majoritetsspråket får en større plass i familiene. Her benyttet over 90 % av foreldrene førstespråket sitt overfor barna, mens omkring 60 % av barna henvendte seg til foreldrene på norsk (Rydland & Grøver, 2021). Internasjonale studier finner et liknende mønster, der spesielt det å ha eldre søsken ser ut til å bidra til at andrespråket blir brukt i større utstrekning, noe som igjen har betydning for deres utvikling og ferdigheter på andrespråket (Sorensen Duncan & Paradis, 2020; Tsinivits & Unsworth, 2020).

Samtidig varierer språkbruksmønstrene mellom familier. En intervjustudie med 10-åringer med pakistansk/norsk og tyrkisk/norsk språkbakgrunn undersøkte dette fra språkbrukernes perspektiv. Resultatene viste at familienes språkbruksmønstre besto av ulike kombinasjoner av førstespråket og andrespråket som var norsk (Fulland, 2016). For noen av informantene var førstespråket svært viktig, mens andre var mindre opptatt av førstespråkets betydning. Videre var det stor variasjon i språkbruksmønstre i familiene på tross av like lang botid i Norge (Fulland, 2016). Botid ser imidlertid ikke ut til å henge sammen med språkferdigheter; en nyere norsk studie fant signifikante forskjeller mellom hvorvidt første- eller andrespråket var det sterkeste språket hos språkgrupper med like lang botid i Norge (Monsrud et al., 2019). Studien viser også at det er store forskjeller i språkferdigheter på både første- og andrespråket i ulike minoritetsgrupper i Norge, uavhengig av botid.

Kvaliteter ved språkmiljøet

Tidlig i flerspråklige barns andrespråkutvikling ser mengden med språklig eksponering ut til å ha størst betydning for språkferdighetene (Bowers & Vasilyeva, 2011), mens det senere er kvaliteten på den språklige eksponeringen som er viktigst (Jones & Rowland, 2017). Felles boklesing er nok den språkaktiviteten som er undersøkt i flest studier. Det er stor enighet om den positive betydningen av boklesing for barns språkutvikling (Bus et al.,

1995; Noble et al., 2019), også for barns andrespråkeferdigheter (Fitton et al., 2018), inkludert andrespråkeferdighetene til flerspråklige barn i Norge (Karlsen et al., 2017).

For mange flerspråklige barn er barnehagen hovedarenaen for eksponering, bruk og tilegnelse av norsk, og språkmiljøet der er derfor spesielt viktig for andrespråkutviklingen. Det er imidlertid variasjoner mellom barnehager når det gjelder hvor språkstimulerende barnehagemiljøet er. Barnehager som i størst grad bidrar til å stimulere barns språkutvikling og språkeferdigheter kjennetegnes av et rikt språkmiljø. Mer konkret kjennetegnes et slikt språkmiljø av at de ansatte snakker mye med barna (Bowers & Vasilyeva, 2011; Rydland et al., 2014) og benytter en dialogisk samtale- og lesestil (Flack et al., 2018). Videre følger de opp barnets språklige ytringer ved å benytte språket på mer avanserte måter enn barn mestrer alene (Snow, 2017), og de bruker et variert ordforråd (Rydland et al., 2014) med lavfrekvente ord (Dickinson & Tabors, 2001). I tillegg til samspillet med de ansatte, er det språklige samspillet med jevnaldrende av positiv betydning for barnas språkutvikling (Rydland et al., 2014).

Det er imidlertid studier som indikerer at flerspråklige barn kan risikere å få magrere språkstimulering enn enspråklige barn i barnehagen. Palludan (2005) undersøkte samspillsmønstre i danske barnehager og fant at når barnehagelærere snakket med barn med en danskspråklig bakgrunn hadde de det hun beskriver som en *utvekslingstone*, der de delte erfaringer og inviterte barna til å være språklig aktive. Når de snakket med barn med en flerspråklig bakgrunn (som også kom fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn) brukte de det hun kaller for *undervisningstone*, der de i større grad stilte spørsmål og ga instruksjoner som begrenset barnas muligheter til å delta og dele erfaringer. Det samme mønsteret finner vi i andre studier, for eksempel fant en norsk studie av boklesingsdialoger mellom barnehagelærere og flerspråklige barn i norske barnehager at de kan være preget av et mindre variert ordforråd og magrere språk enn dialogen mellom barnehagelærere og majoritetsbarn (Karlsen et al., 2019). Videre var barnehagelærerne mer aktive i dialogene med de flerspråklige barna på en måte som kanskje kunne være med å bidra til at de flerspråklige barna i mindre grad var språklig aktive i dialogene sammenlignet med de majoritetsspråklige barna (Karlsen et al., 2018; 2019).

Å spekulere i årsakene til disse forskjellene er vanskelig med bakgrunn i de foreliggende studiene, men det er ikke utenkelig at slike forskjeller vil kunne påvirke andrespråkutviklingen. Når vi vet at barnehager med et godt språkmiljø kan veie opp for et lite stimulerende hjemmemiljø (Dickinson & Tabors, 2001), vil kunnskap om barnehagens og skolens språkmiljø også være en faktor som bør tillegges vekt når flerspråklige barns språkeferdigheter vurderes.

Sosioøkonomiske forhold

Mange norske barn og unge med flerspråklig bakgrunn vokser opp i omgivelser med dårligere sosioøkonomiske betingelser enn de som har majoritetsbakgrunn. Dette gjelder særlig i storbyer i Norge, og en norsk rapport beskriver at to av tre barn som vokser opp i fattige familier i Norge har innvanderbakgrunn (Normann, 2021). Å vokse opp med svake sosioøkonomiske betingelser kan i seg selv øke risikoen for svakere språkeferdigheter sammenlignet med barn og unge med bedre levekår (Hoff, 2013; Pace et al., 2017; Ribeiro et al., 2022). Foreldrenes utdanningsnivå er ofte brukt som indikator på sosioøkonomisk bakgrunn. En norsk studie fant at foreldrenes utdanningsnivå og tilgang til ressurser som bøker og PC hjemme forklarte betydelig mer av variasjonen i leseferdigheter enn om elevene brukte norsk hjemme eller ikke (Strand & Schwippert, 2019). Mors utdanning ser ut til å være i særstilling når det gjelder påvirkning på barns språkutvikling, og mors utdanning ser ut til å være relatert til språkeferdigheter på både første- og andrespråket (Rydland & Grøver, 2021). Samtidig ser det ut til at sammenhengen mellom mors utdanning og språkbruk er mer kompleks for flerspråklige mødre, og at både utdanningsnivå og hvilket språk utdannelsen er gjennomført på har noe å si for mødrenes språkeferdigheter og hvilke språk de velger å bruke (Sorensen Duncan & Paradis, 2020).

Årsakene til samvariasjonen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og språkeferdigheter forstås ikke fullt ut. Når det gjelder fattigdom kan en del av forklaringen knyttes til svakere ressurser generelt (kosthold, tilgang til internett, muligheter til å gjøre lekser uforstyrret (OECD, 2020a; OECD, 2020b)) og til økt belastning som en konsekvens av å leve under mer stressende livsbetingelser (OECD, 2020a; OECD, 2020b). En litteraturgjennomgang fra 2017 legger større vekt på forhold i språkmiljøet, og oppsummerer at sosioøkonomisk bakgrunn påvirker barns språkutvikling gjennom blant annet kvantiteten og kvaliteten på det språklige samspillet som barna inngår i, og gjennom tilgangen til språkstimulerende ressurser (Pace et al., 2017). De viser blant annet til en klassisk amerikansk studie fra 1995 der

Hart og Risley fant sammenhenger mellom sosioøkonomisk bakgrunn og det språket som barna ble eksponert for. Dette var igjen relatert til barnas språkferdigheter. I studien ble barna fra høyere sosioøkonomisk bakgrunn eksponert for nesten dobbelt så mange ord i timen som barna fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn. Videre ble de som ble eksponert for mange ord også eksponert for en større variasjon av ord. Nyere studier har nyansert forholdet mellom sosioøkonomisk bakgrunn og språkmiljø, og vist at både mengden språklig eksponering og mer kvalitative aspekter som språklig variasjon og kompleksitet, samt språk som går ut over her-og-nå (dekontekstualisert språk; Rowe, 2012) er viktige for barns språkutvikling.

Holdninger til førstespråkkompetanse

Det å vokse opp i en minoritetssituasjon vil kunne påvirke barnas flerspråklige utvikling på ulike måter. Et viktig og ofte underkommunisert aspekt ved flerspråklig utvikling, og da i særdeleshet utviklingen av førstespråket eller opprinnelsesspråket (*heritage language*) er de sosiale og politiske dimensjonene (Montrul, 2022). I Norge er norsk majoritetsspråket; det offisielle språket som brukes av flest mennesker og på de aller fleste arenaer. Andre språk brukes av en minoritet sammenligning med majoritetsspråket, det kan brukes på færre arenaer, og ferdigheter i minoritetsspråk har ofte lavere status. Statusforskjeller mellom språk vil kunne påvirke holdninger til kompetanse og bruk av førstespråket i majoritetssamfunnet, og flerspråkliges holdninger til eget førstespråk. Sammensatte og negative følelser som skam, frustrasjon, stress og angst kan vokse frem, hvis man som minoritet opplever at eget språk ikke lever opp til den aksepterte standarden i samfunnet (Sevinc & Bacus, 2017). Dette vil igjen kunne virke inn på barn og unges språkbruk og språklige ferdigheter (Loona & Wennerholm, 2017). I tillegg kan familiens holdninger til flerspråklighet, til de aktuelle språkene og til majoritetssamfunnet, samt holdninger til førstespråket som kommer fram i politiske debatter og i storsamfunnet ellers, også påvirke førstespråkutviklingen (Grosjean, 2008; 2016). I en norsk kontekst argumenterer Arntzen og Karlsen (2019) for at faktorer som de skolepolitiske rammene kan påvirke elevenes språkmønster, og at den gradvise svekkingen av vektleggingen av morsmål som er skjedd i norsk skole etter at målet om funksjonell tospråklighet ble utelatt i læreplanverket, kan ha påvirket språkbruken og førstespråksferdighetene til norske flerspråklige elever (Arntzen & Karlsen, 2019). Det kan ha medvirket til at både bruk og beherskelse av førstespråket er begrenset hos noen flerspråklige barn.

Å avdekke utviklingsmessige språkforstyrrelser hos flerspråklige barn

Identifisering av *utviklingsmessige språkforstyrrelser* (DLD; Bishop et al., 2017) hos flerspråklige barn er utfordrende. Mye skyldes den store variasjonen i de språklige erfaringene til flerspråklige barn, men kartleggingsprosessen kompliseres av at det er overlappende kjennetegn ved et andrespråk i utvikling og DLD, av den dårlige tilgangen til egnede kartleggingsverktøy og til dels av manglende kompetanse eller prosedyrer for å gjøre mer kvalitative vurderinger.

Spesielt tidlig i andrespråkutviklingen vil et begrenset ordforråd og mangelfulle ferdigheter i grammatikk kunne være fremtredende; noe som også er sentrale kjennetegn ved DLD (Peña et al., 2016; Pratt et al., 2020). Når det gjelder identifisering av DLD er det bred enighet om at vanskene med å bruke og forstå språket må påvises på de språkene som barnet bruker (for eksempel Bishop et al., 2016; Paul et al., 2020), og en vurdering av barns totale språklige kompetanse (på to eller flere språk) bør derfor inngå i kartleggingsprosedyrene når DLD skal identifiseres (Bishop et al., 2017; Paradis, 2019). Samtidig er det ikke nødvendigvis sånn at et barn som vokser opp i en minoritetskontekst har ett språk som utpeker seg som barnets sterkeste. Det kan også forekomme at lite eksponering på både første- og andrespråket fører til at noen barn har svake språkferdigheter på begge språk, sammenlignet med en enspråklig norm (f.eks. Monsrud, 2022a). God innsikt i barnets språklige erfaringer vil imidlertid kunne si noe om hvorvidt svake språkferdigheter kan skyldes aspekter ved den språklige eksponeringen.

Å kartlegge og vurdere flerspråklige barns språklige kompetanse er utfordrende i seg selv og innebærer alltid noe usikkerhet. Blant annet vil en kartlegging av barnets språklige ferdigheter på ett språk på ett gitt tidspunkt gi et veldig begrenset innblikk i barnets samlede flerspråklige kompetanse. Når flerspråklige barns språkutvikling vurderes, brukes det som oftest tester utviklet og normert for enspråklige barn og unge. Disse er sjeldent gyldige for flerspråklige barn og unge (Bedore et al., 2012; Geva & Herbert, 2013). Hovedgrunnene til det er at de ikke er utviklet med tanke på at flerspråklige vanligvis får mindre eksponering for både første- og andrespråket sammenlignet med enspråklige (Monsrud, 2022b; Paradis, 2023), eller at de har en svært variert erfaringsbakgrunn. I tillegg retter verktøyene seg kun mot ferdighetene i ett språk, og den samlede språkkompetansen til flerspråklige barn og unge

blir ikke nødvendigvis tatt hensyn til. Når det gjelder bruk av normer, bør en normgruppe ha relativt lik erfaringsbakgrunn som det barnet som sammenlignes med normene. Dette vil sjeldent være tilfelle om man sammenligner en enspråklig normgruppe med barn og unge med flerspråklig bakgrunn. En kartleggingspraksis der flerspråklige blir vurdert som om de har samme språk- og erfaringsbakgrunn som enspråklige norske barn og unge vil derfor gi lite mening. Det er imidlertid en utfordring at det er så vanskelig å utvikle og normere gode språktester for barn og unge som vokser opp i en minoritetskontekst nettopp fordi variasjonen i språklige erfaringer er så stor.

En mulig tilnæringsmåte i møte med disse utfordringene, er å innta en mer pragmatisk holdning og inkludere resultater fra tester utviklet for enspråklige som en del av en helhetlig vurdering. Dersom man ikke ukritisk benytter disse testene, men i kombinasjon med en høy grad av etisk bevissthet, også vurderer språkferdighetene i lys av informasjon om det flerspråklige barnets bakgrunn og språklige erfaringer, deri språkbruksmønstre og sosioøkonomisk bakgrunn, kan man komme et skritt nærmere en mer rettferdig vurdering av språklig kompetanse. Det kan bidra til at man kan bekrefte eller avkrefte en hypotese om DLD med større sikkerhet.

For å ta hensyn til begrensninger når tester som er utviklet og normert for enspråklige blir benyttet i kartlegging av flerspråklige barn og unge, har det også vært foreslått noen alternative prosedyrer for skåring og tolkning. For eksempel har Thordardottir (2015) foreslått en alternativ bekymringsgrense på -1.75 standardavvik fremfor -1.50 , som er bekymringsgrensen som vanligvis brukes for enspråklige barn. Et annet eksempel er at tester på andrespråket skåres utfra eksponeringsalder for andrespråket og ikke utfra kronologisk alder (Paradis, 2019). Slike tilnæringer kan være nyttige fordi de kan gi et ytterligere referansepunkt som kan være med på å støtte eller avkrefte en hypotese om DLD. Samtidig er ikke de alternative måtene å skåre og tolke tester på undersøkt godt nok i forskning enda, og heller ikke prøvd ut i norsk klinisk praksis på en systematisk måte, slik at vi ikke med sikkerhet kan si hvor god informasjon det vil gi oss å bruke dem. Uansett vil det også her være nødvendig å sette informasjonen i en kontekst av barnets språklige erfaringer.

Å innhente informasjon om språklige erfaringer

For å få innsikt i flerspråklige barn og unges språklige erfaringer kan det være hensiktsmessig å strukturere

informasjonsinnhentingen ved å benytte standardiserte foreldreintervjuskjema som har fokus på flerspråklige barn og unges språkbruk og erfaringsbakgrunn (for eksempel Paradis et al., 2010; Tuller, 2015). Å innhente informasjon om språkbruk gjennom foreldreapportering har fungert godt også i en norsk kontekst (Rydland & Grøver, 2021).

Foreldreintervjuskjemaer inneholder også ofte spørsmål knyttet til barnets førstespråkutvikling. Det er ofte ikke mulig å gjennomføre kartlegging av førstespråket direkte, og informasjon fra foreldre om utviklingen av førstespråket vil derfor ofte være det beste alternativet for å kunne vurdere barnets førstespråkkompetanse. Erfaringsmessig er det ganske vanlig å benytte slike skjemaer i kartleggings-sammenheng, men ofte er dette lokalt utviklede verktøy som i varierende grad er forskningsbaserte, eller verktøy som er utviklet med tanke på enspråklige barn og unge og derfor ikke inkluderer særlige forhold av betydning for å forstå flerspråklige barn og unges språkutvikling (Abutbul-Oz & Armon-Lotem, 2022).

Et eksempel på et forskningsbasert foreldreintervjuskjema som kan bidra til å innhente sentral informasjon om førstespråkkompetanse mer systematisk, er ALDeQ (Alberta Language and Developmental Questionnaire; Paradis et al., 2010, Paradis 2019). En studie fra Canada har påvist at informasjon fra ALDeQ sammen med resultater fra språktester som kartlegger andrespråket (så som grammatikk, morfologi og syntaks), har vist seg å kunne skille flerspråklige uten DLD fra flerspråklige med DLD (Paradis et al, 2010). ALDeQ er foreløpig ikke standardisert, normert eller utprøvd i norsk kontekst. Skjemaet er imidlertid nylig tilpasset til norsk i regi av Statped, og er tilgjengelig på Statpeds hjemmesider. Det planlegges en oppfølgingsstudie for å vurdere hvordan dette verktøyet fungerer i norsk flerspråklig kontekst.

Som vi har belyst i denne artikkelen, er også informasjon om språkbruksmønstre i familien, kvaliteter ved språkmiljøet og sosioøkonomisk bakgrunn, sentralt å innhente ved bekymring for DLD hos flerspråklige barn og unge. Slike tema er ikke inkludert i ALDeQ, men ALDeQ er videreutviklet av en internasjonal forskergruppe fra COST Action IS0804, og har resultert i spørreskjemaet PABIQ (Questionnaire for Parents of Bilingual Children, 2011; Tuller 2015). PABIQ kan benyttes som et spørreskjema eller en intervjuguide for å innhente informasjon om språkbbruksmønstre i familien, språkbruk i fritiden både for første- og andrespråket, samt sosioøkonomiske forhold

herunder foreldres utdanning og deltagelse i arbeidslivet, på en systematisk måte. PABIQ er tilpasset til norsk av norske forskere som deltok i Cost Action prosjektet (Hansen og Gram Simonsen, 2016). Internasjonalt er flere andre spørreskjema og intervjuguider utviklet (se Kaščelan et al., 2022 for en oversikt), men så vidt vi kjenner til er bare ALDeQ og PABiQ tilpasset til norsk. Ingen av disse er imidlertid prøvd ut systematisk og validert i en norsk kontekst enda.

Å vurdere språkkompetansen til flerspråklige barn og unge er kompleks og kan være utfordrende. Med bakgrunn i kunnskapsstatusen på feltet og de store individuelle variasjonene i erfaringer er det vanskelig å lage en standardisert fremgangsmåte der det fremkommer hvordan man helt konkret bør ta hensyn til disse faktorene. Med kunnskap om kilder til den store variasjonen i flerspråklige barn og unges språkferdigheter, støtte i verktøy som systematiserer innhenting av informasjon om bakgrunnsfaktorer, og bruk av alternative prosedyrer for tester på andrespråket, kan en imidlertid tilstrebe en kartleggingspraksis der man større grad tar hensyn til noen av de komplekse faktorene som har betydning for å forstå språkferdigheter blant flerspråklige barn og unge. En slik helhetlig tilnærming kan bidra til å utvikle begrunnede hypoteser om årsak til usikre språk-

ferdigheter. Ut ifra hypotesene kan tiltak utvikles og prøves ut. Dersom tiltakene gjennomføres systematisk og intensivt nok vil en evaluering av tiltakene kunne bidra til å bekrefte eller avkrefte en hypotese om årsaken til usikre språkferdigheter.

Oppsummering

I denne artikkelen har vi belyst noen faktorer forskningen har vist oss at har betydning for å forstå variasjonen i flerspråklige barn og unges språkferdigheter. Vi har rettet et særlig søkelys mot betydningen av barnets språklige erfaringer som bakteppe for å forstå flerspråklige barns språkkompetanse. Vi har løftet frem hvordan tidspunktet for andrespråkstilegnelsen, språkbruksmønstre, kvaliteten på språkmiljø, sosioøkonomisk bakgrunn og holdninger til førstespråket, er relatert til flerspråklige barns språkutvikling, og at vi bør ta hensyn til disse forholdene ved bekymring for om flerspråklige barns språklige utvikling avviker fra en typisk flerspråklig utvikling. Informasjon om barnets språklige erfaringer og sosioøkonomiske bakgrunn, sammen med informasjon om språklig fungering på første- og andrespråket, vil gi et grunnlag for å danne bedre begrunnede hypoteser om mulige årsaker til en bekymring. På bakgrunn av det kan målrettede og systematiske tiltak utformes og prøves ut.

Informasjon om pågående prosjekter:

The Second Language Learners Plus Intervention (SL+; prosjektnummer fra Norges forskningsråd: 299197) utvikler og prøver ut virkningen et pedagogisk opplegg for barnehagebarn med norsk som andrespråk. Det digitale språktiltaket tar sikte på å styrke barnas ordforråd og samtidig øke barnehagepersonalets kompetanse om hvordan de kan styrke ordforrådet til flerspråklige barnehagebarn i en norsk barnehagekontekst. Prosjektleder er Kari-Anne Bottegård Næss. Les mer om prosjektet her: <https://www.uv.uio.no/isp/forskning/prosjekter/the-second-language-learners-plus-intervention/>

Språksterk 1-6 er et kompetanse- og samarbeidsprosjekt med fokus på hvordan barnehager i flerspråklige områder kan bli enda bedre til å støtte barns språkutvikling. Formålet er å videreutvikle, gjennomføre og evaluere effektene av et pedagogisk opplegg for barnehagebarn i alderen ett til seks år. Prosjekteier er Oslo kommune. Prosjektledere er Veslemøy Rydland og Ratib Lekhal ved institutt for pedagogikk, UiO (prosjektnummer fra Norges forskningsråd: 320258). Les mer om forskningsprosjektet her: <https://www.uv.uio.no/iped/forskning/prosjekter/rydland-lekhal-spraksterk/>

Referanseliste

- Abutbul-Oz, H. & Armon-Lotem, S. (2022). Parent Questionnaires in Screening for Developmental Language Disorder Among Bilingual Children in Speech and Language *Frontiers in Education* 7:846111. doi: 10.3389/feduc.2022.846111
- Arntzen, R. & Karlsen, J. (2019). Språkressurser, språkvalg og språkskifte: En studie av tospråklige barn fra fem- til tolvårs alder. *NOA-Norsk som andrespråk*, (1).
- Bedore, L., Peña, E., Summers, C., Boerger, K., Resendiz, M., Greene, K., . . . Gillam, R. (2012). The measure matters: Language dominance profiles across measures in Spanish-English bilingual children. *Bilingualism: Language and Cognition*, 15(3), 616-629. doi:10.1017/S1366728912000090
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & CATALISE consortium (2016). CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PLoS ONE* 11(7): e0158753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58: 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Bus, A. G., van Ijzendoorn, M. H., & Pellegrini, A. D. (1995). Joint Book Reading Makes for Success in Learning to Read: A Meta-Analysis on Intergenerational Transmission of Literacy. *Review of Educational Research*, 65(1), 1-21. <https://doi.org/10.3102/00346543065001001>
- Bratlie, S.S., Gustafsson, J.-E., & Torkildsen, J.V.K. (2021). Effectiveness of a Classroom-Implemented, App-Based Morphology Program for Language-Minority Students: Examining Latent Language-Literacy Profiles and Contextual Factors as Moderators. *Reading Research Quarterly*, 57(3), 805-829. <https://doi.org/10.1002/rrq.447>
- Bowers, E. P. & Marina, V. 2011. The relation between teacher input and lexical growth of preschoolers. *Applied Psycholinguistics* 32(1). 221-241. doi:10.1017/S0142716410000354
- Dickinson, D. K. & Tabors, P.O. (2001). *Beginning Literacy with Language: Young Children. Learning at Home and School*. London: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- COST Action IS0804. *Language Impairment in a Multilingual Society: Linguistic Patterns and the Road to Assessment*. LITMUS Network | BISLI Cost Action. www.bi-sli.org
- Fitton, L., McIlraith, A. L., & Wood, C. L. (2018). Shared Book Reading Interventions With English Learners: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 88(5), 712-751. <https://doi.org/10.3102/0034654318790909>
- Flack, Z. M., Field, A. P., & Horst, J. S. (2018). The effects of shared storybook reading on word learning: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 54(7), 1334-1346. <https://doi.org/10.1037/dev0000512>
- Fulland, H. (2016). *Language minority children's perspectives on being bilingual – On 'bilanguagers' and their sensitivity towards complexity*. Phd-avhandling. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo.
- Geva, E. & Herbert, K. (2013) Assessment and interventions for English language learners with learning disabilities. I (red) Wong, B & Butle, D.L. *Learning about Learning disabilities*. Elsevier.
- Grosjean, F. (2008). *Studying bilinguals*. Oxford University Press, USA.
- Grosjean, F. (2016). The complementary principle and its impact on processing, acquisition, and dominance. I *Language Dominance in Bilinguals: Issues of Measurement and Operationalization*. Red. C. Silvia-Corvalán & J. Treffers-Daller, 66-84. Cambridge. Cambridge University Press.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore: Paul Brookes.
- Hansen, P., & Simonsen, H. G. (2016). *PaBiQ norsk versjon: Spørreskjema om flerspråklige barn*. Universitetet i Oslo
- Hoff E. (2013). Interpreting the early language trajectories of children from low-SES and language minority homes: implications for closing achievement gaps. *Developmental Psychology*. 49(1):4-14. doi: 10.1037/a0027238.
- Jones, G. & Rowland, C.F. (2017). Diversity not quantity in caregiver speech: Using computational modeling to isolate the effects of the quantity and the diversity of the input on vocabulary growth. *Cognitive Psychology* 98. 1-21.
- Karlsen, J., Lyster, S-A. H. & Lervåg, A. (2017). Vocabulary development in Norwegian L1 and L2 learners in the kindergarten-school transition. *Journal of Child Language*, 44 (2), 402 – 426. <https://doi.org/10.1017/S0305000916000106>
- Karlsen, J., Røe-Indregård, H., Wold, A. H., Lykkenborg, M. & Hagtvet, B. E. (2018). Initiativ og responsmønstre i boklesingsdialoger mellom barnehagelærer og barn med minoritetsspråklig bakgrunn.. *NOA. Norsk som andrespråk* 1-2. 66- 92.
- Karlsen, J., Røe-Indregård, H., Wold, A. H., & Hagtvet, B. E. (2019). Amount, diversity and density of words in book reading dialogues with preschool teachers and children with Norwegian language-majority and -minority backgrounds. *RASK. Internasjonalt tidsskrift for språk og kommunikasjon*. 49.
- Kaščelan, D., Prévost, P., Serratrice, L., Tuller, L., Unsworth, S., & De Cat, C. (2022). A review of questionnaires quantifying bilingual experience in children: Do they document the same constructs? *Bilingualism: Language and Cognition*, 25(1), 29-41. doi:10.1017/S1366728921000390
- Kristoffersen, K. E., Rygvold, A.L., Klem, M., Valand, S.B., Asbjørnsen, A., & Næss, K.-A. (2021). Terminologi for vansker med språk hos barn og unge. En konsensusstudie. *Norsk tidsskrift for logopedi*. 3, 6-23.
- Loona, S. & Wennerholm, M. (2017). *Heritage language education in Norway and Sweden. I The Routledge Handbook of Heritage Language Education*. 1st ed. Routledge.
- Mancilla-Martinez, J., Oh, M. H., Luk, G., & Rollins, A. (2023). Special Education Representation Trends Vary by Language Status: Evidence of Underrepresentation in Tennessee. *Journal of Learning Disabilities*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00222194231178285>
- Mann, A. & de Bruin, A. (2021). Bilingual language use is context dependent: using the language and social background questionnaire to assess language experiences and test-retest reliability. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*. 25 (8), 2886-2901. <https://doi.org/10.1080/13670050.2021.1988049>
- Monsrud, M-B., Rydland, V., Geva, E., Thurmann-Moe, A-C & Lyster, S-A. H. (2019). The advantages of jointly considering first and second language vocabulary skills among emergent bilingual children <https://doi.org/10.1080/13670050.2019.1624685> .
- Monsrud, M-B. (2022a). «One size does not fit all». *En studie av språkerfardigheter blant flerspråklige barn og unge*. Phd-avhandling. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo.
- Monsrud, M-B., Rydland, V., Geva, E. & Lyster, S-A.H. (2022b) First and second language sentence repetition: a screening measure for dual language learners?, *Language and Education*, 36:4, 312-328, DOI: 10.1080/09500782.2022.2063059
- Montrul, S. (2022). Heritage Languages: Language Acquired, Language Lost, Language Regained. *Annual Review of Linguistics* 2023 9:1, 399-418. <https://doi.org/10.1146/annurev-linguistics-030521-050236>
- Noble, C., Sala, G., Peter, M., Lingwood, J., Rowland, C., Gobet, F. & Pine, J (2019) The impact of shared book reading on children's language skills: A meta-analysis, *Educational Research Review*, 28, <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2019.100290>
- Normann, T. M (2021). *Barna som vokser opp i lavinntekt*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/barna-som-vokser-opp-i-lavinntekt>
- OECD (2020a). *International Migration Outlook 2020*. Paris (France): OECD Publishing, 2020. x OECD.
- OECD (2020b). *Early Childhood Education and Care for Children Under Age 3: Results from the Starting Strong Survey 2018*, TALIS. Paris (France): OECD Publishing, 2020.
- Pace, A., Luo, R., Hirsh-Pasek, K. & Golinkoff, R. M. (2017). Identifying Pathways Between Socioeconomic Status and Language Development. *Annual Review of Linguistics* 2017 3:1, 285-308

- Palludan, C. (2005). *Børnehaven gør en forskel*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag
- Paradis, J., Emmerzal, K. & Duncan, S. T. (2010): Assessment of English language learners: Using parent report on first language development. *Journal of Communication Disorders*, 43 (474-497)
- Paradis, J. (2019). English second language acquisition from early childhood to adulthood: The role of age, first language, cognitive and input factors. *Proceedings of the 43rd Boston University Conference on Language Development*. Ed. Megan M. Brown and Brady Dailey Cascadilla Press Somerville, MA 2019
- Paradis, J. (2023). Sources of individual differences in the dual language development of heritage bilinguals. *Journal of Child Language*. 793 – 817. <https://doi.org/10.1017/S0305000922000708>
- Paul, R., Norbury, C. & Gosse, C. (2020) *Language Disorders From Infancy through Adolescence*. Elsevier, Fifth Edition
- Pearson, B.Z., Fernández, S.C. and Oller, D.K. (1993) Lexical Development in Bilingual Infants and Toddlers: Comparison to Monolingual Norms. *Language Learning*, 43: 93-120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-1770.1993.tb00174.x>
- Peña, E.D., Bedore, L.M., Lugo-Neris, M.J. & Albuodoor, N. (2020) Identifying Developmental Language Disorder in School Age Bilinguals: Semantics, Grammar, and Narratives, *Language Assessment Quarterly*, 17:5, 541-558, DOI: 10.1080/15434303.2020.1827258
- Pratt, A., Peña, E., & Bedore, L. (2021). Sentence repetition with bilinguals with and without DLD: Differential effects of memory, vocabulary, and exposure. *Bilingualism: Language and Cognition*, 24(2), 305-318. doi:10.1017/S1366728920000498
- Ribeiro, L.A, Zachrisson, H. D., Nærde, A., Wang, M. V., Brandlistuen, R. E. & Passaretta, G. (2023) Socioeconomic disparities in early language development in two Norwegian samples, *Applied Developmental Science*, 27:2, 172-188, DOI: 10.1080/10888691.2022.2051510
- Rowe, M.L. (2012), A Longitudinal Investigation of the Role of Quantity and Quality of Child-Directed Speech in Vocabulary Development. *Child Development*, 83: 1762-1774. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01805.x>
- Rydland, V., Grøver, V., & Lawrence, J. (2014). The second-language vocabulary trajectories of Turkish immigrant children in Norway from ages five to ten: The role of preschool talk exposure, maternal education, and co-ethnic concentration in the neighbourhood. *Journal of Child Language*, 41(2), 352-381. doi:10.1017/S0305000912000712
- Rydland, V. & Grøver, V. (2021). Language use, home literacy environment, and demography: Predicting vocabulary skills among diverse young dual language learners in Norway. *Journal of Child Language*, 48, 717-736. doi:10.1017/S0305000920000495
- Sevinç, Y., & Backus, A. (2017). Anxiety, language use and linguistic competence in an immigrant context: A vicious circle? *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*. <http://dx.doi.org/10.1080/13670050.2017.1306021>
- Snow, C. E. (2017). The role of vocabulary versus knowledge in children's language learning: a fifty-year perspective/El papel del vocabulario frente al conocimiento en el aprendizaje lingüístico de los niños: una perspectiva de cincuenta años. *Infancia y Aprendizaje*, 40(1), 1-18.
- Strand, O. & Schwippert, K. (2019). The impact of home language and home resources on reading achievement in ten-year-olds in Norway; PIRLS 2016. *Nordic Journal of Literacy Research*. 5 (1), 1-17. <https://doi.org/10.23865/njlr.v5.1260>
- Sorenson Duncan, T., & Paradis, J. (2020). Home language environment and children's second language acquisition: The special status of input from older siblings. *Journal of Child Language*, 47(5), 982-1005. doi:10.1017/S0305000919000977
- Thordardottir, E. (2015). Proposed diagnostic procedures for use in bilingual and cross-linguistic contexts. I (red) Arman Lotem, S. de Jong, J & Meir, N. *Assessing Multilingual Children: Disentangling Bilingualism from Language Impairment*. Multilingual Matters.
- Tsinivits, D., & Unsworth, S. (2021). The impact of older siblings on the language environment and language development of bilingual toddlers. *Applied Psycholinguistics*, 42(2), 325-344. doi:10.1017/S0142716420000570
- Tuller, L. (2015). Clinical use of Parental Questionnaires in Multilingual Contexts. *Assessing multilingual children: Disentangling bilingualism from language impairment*, 13, 301.
- Uljarević, M., Katsos, N., Hudry, K. and Gibson, J.L. (2016), Practitioner Review: Multilingualism and neurodevelopmental disorders – an overview of recent research and discussion of clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57: 1205-1217. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12596>
- Wold, Astri Heen (2004). Utvikling av ordforråd med fokus på norsk som andrespråk. I Selj, Elisabeth; Ryen, Else & Lindberg, Inger (Red.), *Med språklige minoriteter i klassen. Andrespråklæring og andrespråksundervisning*. Cappelen Damm Akademisk. ISSN 82-02-21772-5. s. 97–124.
- Øzerk, Kamil (2016). *Tospråklig oppvekst og læring*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.



Alltid
tilgjengelig
e-læring og løpende
sertifiseringskurs
i NRDLs

Utredning av barns forståelse og produksjon av språk

The New Reynell Developmental Language Scales, NRDLs. Norsk versjon

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

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

Les mer på www.hogrefe.no

 **hogrefe**



Ingvild Røste er logoped MNLL. Hun jobber på Lovisenberg diakonale sykehus og har privat logopedpraksis. Hun har tidligere jobbet blant annet i Statped og på Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo.

E-post: ingvildroste@hotmail.com



Jon-Vidar Gaustad er forsker ved klynge for vurdering av tiltak, FHI. Han arbeider med kunnskapsoppsummeringer og har en ph.d. fra Institutt for kreftforskning, Oslo Universitetssykehus.

E-post: jon-vidar.gaustad@fhi.no

TRANSKRANIELL LIKESTRØMSSTIMULERING SOM BEHANDLINGSMULIGHET FOR AFASI

Folkehelseinstituttet (FHI) har på oppdrag av Nye metoder utført en metodevurdering om transkraniell likestrømsstimulering (tDCS) i afasibehandling (Gaustad et al., 2022). Metodevurderingen førte til at Nye metoder vedtok å innføre metoden for behandling av slagindusert afasi, men ikke for primær progressiv afasi (Nye Metoder, 2022). I denne artikkelen beskriver vi tDCS som behandlingsmetode ved afasi, hovedfunnene og konklusjonene i rapporten, samt implikasjoner for praksis.

Bakgrunn

Flere studier har slått fast at språktrening ved afasi har virkning, først og fremst når det gjelder slagindusert afasi (se f.eks. Brady, 2016), men det kommer også stadig mer forskning på språktrening ved primær progressiv afasi (PPA, degenerativ hjernesykdom der afasi er det første fremtredende symptomet) (se f.eks. Taylor-Rubin et al., 2021). Effekten er imidlertid i de fleste tilfeller begrenset, og det er behov for å finne måter å gjøre behandlingen mer virkningsfull på. Transkraniell likestrømsstimulering (transcranial direct current stimulation, tDCS) er i senere tid blitt utforsket for å se om det kan forsterke effekten av tradisjonell afasibehandling (se f.eks. Holland & Crinion, 2012). Elsner og medarbeidere publiserte i 2019 en Cochrane-rapport om tDCS for slagindusert afasi som konkluderte med at tDCS kan forbedre pasienters språkfunksjon målt med tester for benevnning, men at det var behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom språklig bedring og tDCS. Det er også publisert systematiske oversikter om tDCS-behandling for PPA de siste årene (se f.eks. Byeon, 2020, Cotelli et al., 2020 og Nissim et al., 2020).

Hva er tDCS og hvordan kan det virke ved afasibehandling?

tDCS er en behandlingsmetode som innebærer mild elektrisk stimulering av hjernens kortikale områder. Den er ikke-invasiv, det vil si at elektrodene som brukes bare plasseres på hodebunnen til pasienten. Deretter gis en svak

elektrisk stimulering som påvirker hjernebarken under elektrodene. Elektrodene plasseres over den delen av korteks man ønsker å stimulere. Vanligvis gis 1–2 milliampere (mA) likestrøm i 10–30 minutter. Stimuleringen er enkel å administrere og er kun forbundet med milde forbigående bivirkninger (rødhet, kløe og lett prikking under elektroden). tDCS er ikke det samme som transkraniell magnetstimulering (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS). Den viktigste forskjellen er at TMS gir magnetiske impulser, mens tDCS gir likestrøm. TMS er dessuten mer komplisert å administrere (Holland & Crinion, 2012).

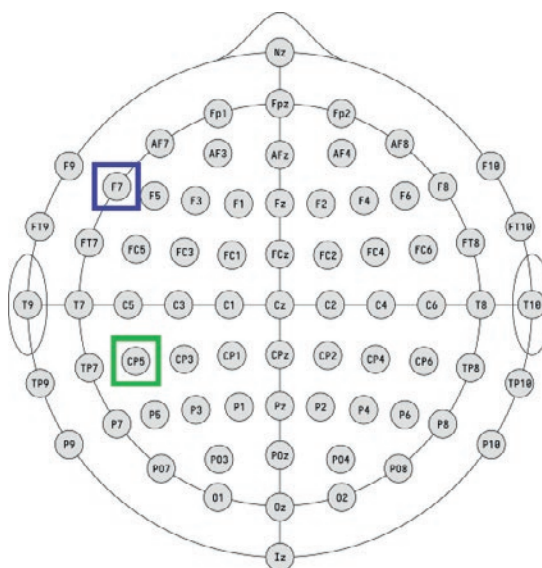
Holland og Crinion (2012) beskriver tDCS som «[...] a non-invasive tool to guide neuroplasticity and modulate cortical function» (s. 1170). Stimuleringen gjør at hvilemembranpotensialet polariseres (nevroner depolariseres og hyperpolariseres, det vil si at den elektriske spenningsforskjellen på inn- og utsiden av celleveggen henholdsvis utjevnes og økes.) Man bruker vanligvis to elektroder, en anode (positivt ladet) og en katode (negativt ladet). Plasseringen av elektrodene baserer seg på en modell om «rivalisering» mellom hjernehalvdelen. Etter et venstresidig slag er aktiviteten fra de skadede områdene på denne siden redusert. Man kan også se at den uskadede høyre hjernehalvdelen får økt aktivitet, og dermed potensielt kan inhibere aktivitet i venstre hjernehalvdel. Anoden, som oftest plasseres over det skadede språkområdet, er

ment å ha en aktiverende effekt ved at nevronene depolariseres, mens katoden, som oftest plasseres på høyre hjernehalvdel, er ment å minske aktivering herifra ved å skape en hyperpolarisering (Holland og Crinion, 2012).

Fridriksson og Hillis (2021) understreker at de underliggende mekanismene for hvordan tDCS virker på språkfunksjoner ikke er helt klarlagt. Polariseringen som skapes, er for svak til å generere aksjonspotensial (slik TMS gjør). Men den endrer eksitabilitet i det kortikale nettverket som blir stimulert av en samtidig språkaktivitet. Eksitabilitet betegner evnen til å reagere på en stimulus. I denne sammenhengen betyr det altså at nevronene blir mer sensitive for stimuli. Når stimuleringen gis gjentatte ganger, vil det akkumuleres endringer i eksitabilitet. Denne økte eksitabiliteten ser ut til å være oppgavespesifikk. Dermed kan tDCS støtte kortvarig og langvarig synaptisk plastisitet når det gis sammen med en språktreningsoppgave, men gir ikke effekt alene, ifølge Fridriksson og Hillis (2021 s. 192). På samme måte hevder Holland og Crinion (2012) at stimuleringen i seg selv ikke vil gi varige endringer av språkfunksjonen, men skaper en tilstand som kan optimalisere relæring og rehabilitering. Stimuleringen antas å bidra til bedret signaloverføring mellom nevroner gjennom langtidspotensiering, noe som kan være med å forklare langvarige effekter man ser i enkelte studier (Vestito et al., 2014).

Ved behandling av afasi plasseres anodeelektroden ofte over Brocas eller Wernickes område (henholdsvis posisjon F7 og CP5 i Figur 1), mens katoden plasseres over høyre hjernehalvdel. Det er også forsøkt å plassere katoden over området man ønsker å stimulere (denne behandlingen kalles katodal), og at både anoden og katoden plasseres over samme hjerneområder (dual stimulering). At plasseringen prøves ut på ulike måter forteller oss at man fortsatt ikke kjenner de underliggende mekanismene ved tDCS nøyaktig. Berube og Hillis (2019) gikk gjennom flere studier der tDCS ble brukt i afasibehandling, og som brukte fMRI for å observere aktivering på nevralt nivå. De mener at resultatene fra disse studiene antyder at den nøyaktige

plasseringen av elektrodene ikke er like viktig som at det språklige nettverket aktiveres gjennom språktrening mens stimuleringen pågår. Det ser altså likevel ut til at anodal stimulering forblir det mest vanlige.



Figur 1. Illustrasjon av elektrodeplassering i 10–10 EEG-systemet (Seeck et al., 2017). Illustrasjonen viser hodeskallen sett ovenfra. Ved behandling av afasi plasseres anodeelektroden ofte over Brocas område (posisjon F7) eller Wernickes område (posisjon CP5). Hentet fra Wikimedia Commons.

Beskrivelse av prosjektet

Folkehelseinstituttets (FHI) område for helse-tjenester leverer metodevurderinger av medisinsk utstyr på bestilling fra «Nye metoder», som er et system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten (se www.nyemetoder.no). En metodevurdering omfatter vanligvis en systematisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget for klinisk effekt og sikkerhet, og en helseøkonomisk evaluering. FHI har spisskompetanse på litteratursøk og utvelgelse og metaanalyser, men knytter til seg fageksperter som kan bidra med relevant kunnskap om de enkelte feltene. De fikk i mai 2021 i oppdrag av «Bestillerforum for nye metoder» å utføre en metodevurdering om transkraniell likestrømsstimulering (tDCS) ved både depresjon og afasi (Gaustad et al., 2022). Denne artik-



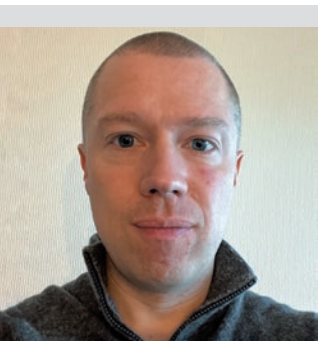
Linn Kleven er seniorrådgiver/helseøkonom i klynge for vurdering av tiltak, FHI. Hun jobber med helseøkonomiske analyser i vurdering av nye tiltak for spesialisthelsetjenesten (metodevurderinger) og for kommunehelsetjenesten (mini-metodevurderinger). Kleven har dessuten en Master of Philosophy i «Health Economics, Policy and Management» fra Universitetet i Oslo.

E-post: linn.kleven@fhi.no



Eivind Aakhus er spesialist i psykiatri med spesialområde alderspsykiatri, ph.d. fra 2017, og er fagsjef for psykingshelse ved Nasjonalt senter for aldring og helse. Han har deltatt i arbeidet med HelseDirektoratets ECT-retningslinje fra 2017 og Faglige råd «Psykiske lidelser hos eldre» fra 2019.

E-post: eivind.aakhus@aldringoghelse.no



Martin Bystad

er ph.d. og psykologspesialist. Han har forsket på transkraniell likestrømstimulering (tDCS) for friske eldre, ved Alzheimers demens og ved kroniske smerter. Bystad har tidligere vært redaktør for læreboken «Psykisk helse hos eldre» og er nå forskningsleder ved Psykisk helse og rusklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge.

E-post: martin.kragnes.bystad@unn.no



Hege Kornør

er tidligere forskningsleder ved Folkehelseinstituttet og ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Hun har i hovedsak arbeidet med oppsummert forskning om effekt av helse-, omsorgs- og velferdstiltak. Hege har hovedfag (cand. polit.) i psykologi fra NTNU og doktorgrad i avhengighetssmedisin fra Universitetet i Oslo.

E-post: hegekornor@gmail.com

kelen handler bare om metodevurderingen av tDCS i afasibehandling. Vi beskriver resultater for slagindusert afasi detaljert, mens vi for PPA kun gir en kort sammenfatning.

Metode

Vi identifiserte flere systematiske oversikter om tDCS for afasi med enkle søk i Ovid MEDLINE. Av disse inkluderte vi den beste og mest oppdaterte oversikten om slagindusert afasi (Elsner et al., 2019). Vi søkte også etter randomiserte studier publisert etter 2018, i databasene Ovid MEDLINE, Embase, APA PsycInfo, Epistemonikos og Cochrane CENTRAL, og med søkeverktøyet Microsoft Academic Graph (MAG). I tillegg søkte vi etter pågående studier i ClinicalTrials.gov og WHO ICTRP 8 (International Clinical Trials Registry Platform). Vi viser til rapporten (Gaustad et al., 2022) for detaljert søkestrategi.

Våre forhåndsbestemte inklusjonskriterier omfattet systematiske oversikter og randomiserte studier som undersøkte effekten av tDCS sammenlignet med sham-tDCS (placebo, altså at deltakerne bare tilsynelatende fikk tDCS), kun standard behandling eller ingen behandling, hos voksne med slagindusert afasi eller PPA. tDCS og sham-tDCS kunne gis alene eller i kombinasjon med standard behandling. Vårt hovedutfall var språkfunksjon, og som sekundærfall hadde vi bivirkninger/uønskede effekter, frafall, arbeidsdeltakelse og helserelatert livskvalitet.

Som effektestimater beregnet vi standardiserte gjennomsnittsforskjeller (SMD) med 95 % konfidensintervall. Dette tilsvarer Hedges g , som ofte tolkes slik: liten effektstørrelse = 0,2, medium effektstørrelse = 0,5 og stor effektstørrelse = 0,8. For å vurdere om antall deltakere som var inkludert i metaanalysene var tilstrekkelig høyt til å kunne oppdage klinisk relevante forskjeller og vurdere presisjon, beregnet vi optimal informasjonsstørrelse (OIS) for utvalgte utfallsmål. Vi benyttet standard statistisk styrkeberegning med $\alpha = 0,05$ og $\beta = 0,2$ for alle beregningene.

Vi gjorde undergruppeanalyser av stimuleringsstype (anodal tDCS / katodal tDCS / dual tDCS) for å se om effekten av tDCS var forskjellig avhengig av stimuleringsstype.

For enkelte utfall var det ikke mulig å sammenstille resultatene fra inkluderte studier i metaanalyser. Vi presenterte derfor resultatene for disse utfallene narrativt.

Tilliten til resultatene ble vurdert ved hjelp av GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, Guyatt et al., 2011). Det er en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser den «virkelige» effekten av tiltakene vi undersøker. Grad av tillit er delt inn i fire kategorier: høy, middels, lav og svært lav. Tilliten vurderes etter fem kriterier: risiko for systematiske skjevheter, grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene, sparsomme data/presisjon av data, direktet og formidlingskjevhet.

Kostnadsvurdering

Det ble gjort en forenklet kostnadsvurdering av tDCS-behandling for pasienter med slagindusert afasi og PPA i Norge.

Resultater – primær progressiv afasi

Vi fant ingen systematiske oversikter av akseptabel kvalitet om tDCS for PPA, men vi inkluderte to randomiserte studier med til sammen 40 deltakere (Ficek et al., 2018 og Cotelli et al., 2020). Resultatene viste en tendens til bedre funksjonell kommunikasjon og bedre benevnning av substantiv og verb med tDCS enn med sham-tDCS. Konfidensintervallene til effektestimaterne var imidlertid brede og inkluderte ingen, liten og stor effekt, eller effekt i begge retninger. Statistisk styrkeberegning viste at antallet deltakere var for lavt til å kunne avdekke klinisk relevante forskjeller. Kunnskapsgrunnlaget om tDCS-behandling for PPA var derfor svært usikkert, og vi kan ikke konkludere om effekten av tDCS for denne populasjonen.

Vi viser til rapporten (Gaustad et al., 2022) for detaljerte beskrivelser av de inkluderte studiene om tDCS for PPA, og presentasjon av (de usikre) resultatene.

Resultater – slagindusert afasi

Vi inkluderte én systematisk oversikt om tDCS for slagindusert afasi (Elsner et al., 2019) og seks randomiserte studier som var publisert etter den systematiske oversikten (Cherney et al., 2021, Feil et al., 2019, Kurfess et al., 2020, Sebastian et al., 2020, Soliman et al., 2021 og Zhao et al., 2021). Vi vurderte den metodiske kvaliteten til Elsner og medarbeidere (2019) som middels ved hjelp av sjekklisten AMSTAR 2 (Shea et al., 2017).

Populasjoner

Den systematiske oversikten (Elsner et al., 2019) inkluderte 21 studier med totalt 421 deltakere, og de 6 randomiserte studiene som ble funnet i oppdateringssøket inkluderte til sammen 101 deltakere (Tabell 1).

Deltakernes gjennomsnittsalder varierte fra 53 til 68 år, og kvinneandelen varierte fra 11 til 53 prosent. Tiden fra hjerneslag til inklusjon varierte fra tre uker til 48 måneder, med en klar overvekt av pasienter i kronisk fase. Alvorlighetsgraden av afasi varierte, og ble målt med forskjellige verktøy i studiene.

Transkraniell likestrømsstimulering

Bortsett fra en studie som undersøkte effekten av tDCS alene (Soliman et al., 2021), brukte samtlige studier tDCS i kombinasjon med språkerapi. Vi har lite kunnskap om hvordan språktreningen ble gjennomført i studiene.

De fleste studiene stimulerte venstre inferiore frontale gyrus (Brocas område) eller venstre posteriore superioere temporale gyrus (Wernickes område). Anodal, katodal og dual stimulering ble benyttet i studiene, anodal stimulering var mest vanlig. Flere detaljer om tDCS-behandlingen er oppgitt i Tabell 2.

Sham-tDCS

tDCS-behandling ble sammenlignet med sham-tDCS-behandling i alle studiene. Deltakere som ble randomisert til sham-tDCS fikk tilsynelatende den samme behandlingen som deltakerne som fikk aktiv tDCS, men med strøm kun tilført i veldig kort tid (typisk 30 sekunder). Anode- og katodeelektroder ble plassert på samme sted som ved aktiv tDCS, behandlingene varte like lenge og antall behandlinger var det samme.

Utfallsmål

Primærutfallet hos Elsner og medarbeidere (2019) var funksjonell kommunikasjon og ble målt med The Communicative Effectiveness Index (CETI, Lomas et al., 1989) eller Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT, Blomert et al., 1994). Bare tre av primærstudiene hos Elsner og medarbeidere (2019) brukte disse måleredskapene. Tre av studiene fra oppdateringssøket målte funksjonell kommunikasjon med henholdsvis CETI, ANELT og AFKS (tysk måleredskap: Kommunikationsverhalten von Schlaganfallpatienten, Arnold et al., 2009) (Tabell 3).

Til sammen 16 primærstudier målte benevnning av substantiv mens fire primærstudier målte benevnning av verb (Tabell 3).

Tabell 1. Beskrivelse av deltakere med slagindusert afasi i de inkluderte studiene

Studie	Antall deltakere	Alder (år)*	Kjønn (% kvinner)	Tid etter slag (måneder)**	Afasi alvorlighetsgrad
Elsner et al., 2019	421 (21 primærstudier)	60	36	36	Flere tester, varierende alvorlighet
Cherney et al., 2021	11	57	33	35	WAB-R AQ: 25–75
Feil et al., 2019	12	63	17	48	AAT: 199-230
Kurfess et al., 2020	15	68	53	22	NI
Sebastian et al., 2020	24	62	17	33	NI
Soliman et al., 2021	21	53	32	<1	BA: 37 % GA: 63 %
Zhao et al., 2021	18	56	11	3	WAB-AQ < 94

*, gjennomsnittlig alder; **, gjennomsnittlig tid fra hjerneslag til inklusjon; AAT, Aachen aphasia test (Huber et al., 1984); BA, deltakere med Brocas afasi; GA, deltakere med global afasi; NI, ikke oppgitt; WAB-AQ, Aphasia Quotient Western Aphasia Battery (Kertesz, 1982); WAB-R AQ, Aphasia Quotient Western Aphasia Battery-Revised (Kertesz, 2006). BA og GA er basert på Hemispheric Stroke Scale (Adams et al., 1987).

Tabell 2. Beskrivelse av tDCS for slagindusert afasi i de inkluderte studiene

Studie	Strøm (mA)	Behandlingstid (min/d)	Antall behandlinger	Polaritet*	Anodeplassering	Katodeplassering
Elsner et al., 2019	1 (57 %) ¹ 2 (38 %) NI (5 %)	10 (10 %) 15 (5 %) 20 (76 %) 30 (5 %) NI (5 %)	1 (24 %) 5 (19 %) 10 (33 %) >10 (10 %) NI (14 %)	A (76 %) K (29 %) D (10 %)	vIFG, (43 %) vSTG (19 %) hAkt (10 %) vSO (5 %) Annet (19 %) NI (5 %)	hSO (43 %) hIFG (14 %) hSTG (5 %) skulder (19 %) Annet (19 %) NI (5 %)
Cherney et al., 2021	1	13	30	A K	hAkt Motsatt side	Motsatt side hAkt
Feil et al., 2019	2	20	10	D	vIFG	hIFG
Kurfess et al., 2020	1	20	15	A	vIFG	hSO
Sebastian et al., 2020	2	20	15	A K	hCK skulder	skulder hCK
Soliman et al., 2021	2	20	10	D	vIFG	hIFG
Zhao et al., 2021	2	20	20	A	vIFG	Skulder

*, anodal (A), katodal (K) og dual (D) stimulering; ¹, prosent angir andel av de inkluderte primærstudiene; hAkt, hjerneområde med høy aktivitet under benevning (avbildet med funksjonell MR); hCK, høyre cerebellære korteks 1 cm under og 4 cm lateralt for nakkeknoten; hIFG, høyre inferiore frontale gyrus (høyre motpart til Brocas område); hSO, høyre supraorbitale område; hSTG, høyre posteriore superiøre temporale gyrus (høyre motpart til Wernickes område); mA, milliampere; min/d, minutter per dag; NI, ikke oppgitt; vIFG, venstre inferiore frontale gyrus (Brocas område); vSO, venstre supraorbitale område; vSTG, venstre posteriore superiøre temporale gyrus (Wernickes område).

Tabell 3. Beskrivelse av utfallsmål ved slagindusert afasi

Studie	Funksjonell kommunikasjon	Benevning	Frafall	Bivirkninger
Elsner et al., 2019	CETI ANELT	Substantiv Verb	Antall som ikke fullførte behandlingen Alvorlige bivirkninger	Selvrapportert med standardisert skjema, selvrapportert, NI
Cherney et al., 2021	CETI	NI	Alvorlige bivirkninger	Selvrapportert
Feil et al., 2019	ANELT	Substantiv Verb	Alvorlige bivirkninger	Selvrapportert
Kurfess et al., 2020	AFKS	Substantiv	Antall som ikke fullførte behandlingen	NI
Sebastian et al., 2020	NI	Substantiv	Alvorlige bivirkninger	Selvrapportert med standardisert skjema
Soliman et al., 2021	NI	Substantiv	Antall som ikke fullførte behandlingen	NI
Zhao et al., 2021	NI	Substantiv	Alvorlige bivirkninger	Selvrapportert

NI, ikke oppgitt.

De fleste studiene målte frafall fra behandling og/eller alvorlige bivirkninger. Mindre alvorlige bivirkninger ble rapportert av deltakerne, eller ble ikke oppgitt. Ingen av studiene rapporterte om arbeidsdeltagelse eller helse-relatert livskvalitet.

Utfallene ble målt rett etter behandlingen, og i noen studier også etter en oppfølgingstid på én til seks måneder.

Vurdering av risiko for skjevheter

Skjevheter (bias) betegner systematiske feil i forskning. Slike feil vil påvirke om man kan stole på resultatene. Vi benyttet vurderingene av risiko for skjevhet gjort av

Elsner og medarbeidere (2019) for primærstudiene i den systematiske oversikten, og gjorde våre egne vurderinger for studier fra oppdateringssøket. Til dette brukte vi sjekklisten Risk of Bias 1 (Rob 1, Higgins et al., 2011). Disse vurderingene ble brukt til å vurdere vår tillit til resultatene, og beskrives detaljert i rapporten (Gaustad et al., 2022). I korte trekk hadde bare én studie lav risiko for skjevhet i alle domener (Cherney et al., 2021). De øvrige studiene hadde uklar eller høy risiko for skjevhet i ett eller flere domener fordi randomisering, allokering, studieprotokoll, blinding ved registrering av utfall eller frafall fra behandling ikke var beskrevet tilstrekkelig detaljert.

Effekt av tDCS sammenlignet med sham-tDCS for slagindusert afasi

Funksjonell kommunikasjon

Effekttestimatene viste at skåre for funksjonell kommunikasjon var høyere i gruppen som fikk tDCS enn i gruppen som fikk sham-tDCS, men konfidensintervallene tilsier at skårene kan være like i de to gruppene (Figur 2). Dette gjaldt både målinger ved behandlingsslutt (SMD 0,25; 95 % KI -0,12 til 0,62) og målinger én til seks måneder etter (SMD 0,29; 95 % KI -0,11 til 0,69). GRADE-vurderingen vår ga middels tillit til effekttestimatene. Det som trakk tilliten noe ned var lav presisjon, først og fremst brede konfidensintervall.

Benevning av substantiv

Effekttestimatene viste at skåre for benevning av substantiv var høyere i gruppen som fikk tDCS enn i gruppen som fikk sham-tDCS (Figur 3). Dette gjaldt både målinger ved behandlingsslutt (SMD 0,47; 95 % KI 0,25 til 0,68) og målinger én–seks måneder etter (SMD 0,66; 95 % KI 0,21 til 1,12). GRADE-vurderingen ga middels tillit til effekttestimatene. Lav presisjon, først og fremst brede konfidensintervall, trakk tillitsvurderingen noe ned.

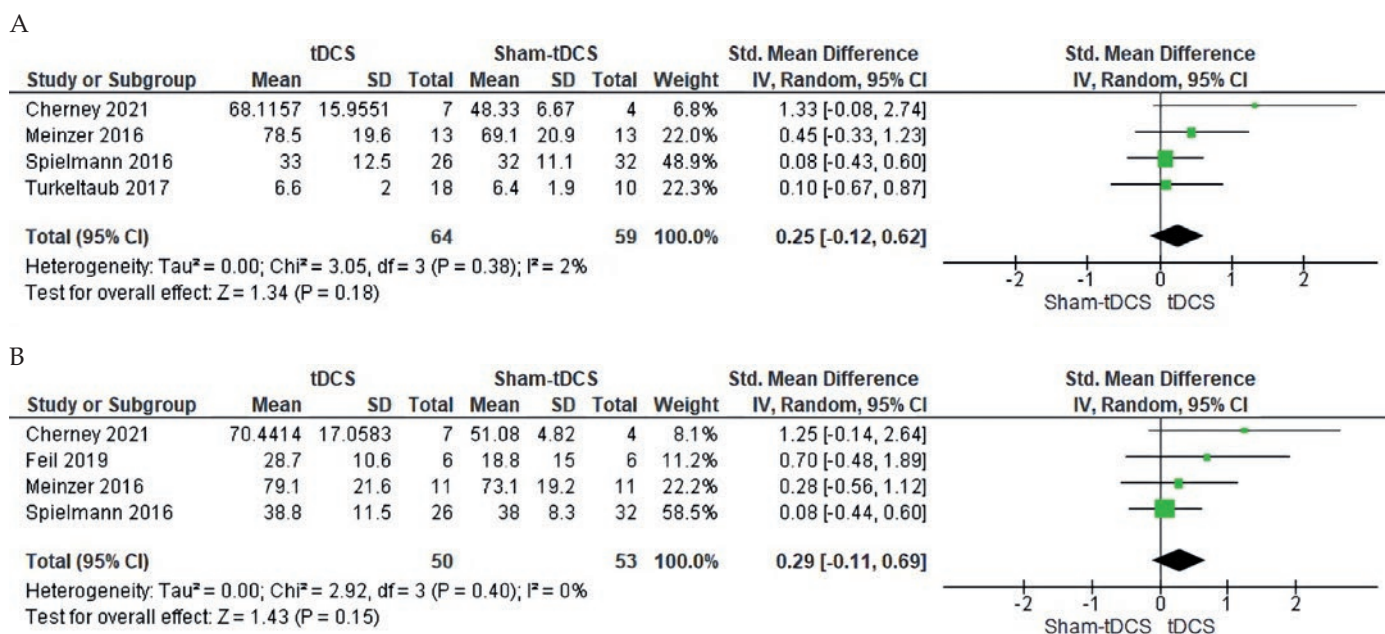
Benevning av verb

Effekttestimatene viste at skåre for benevning av verb var høyere i gruppen som fikk tDCS enn i gruppen som fikk

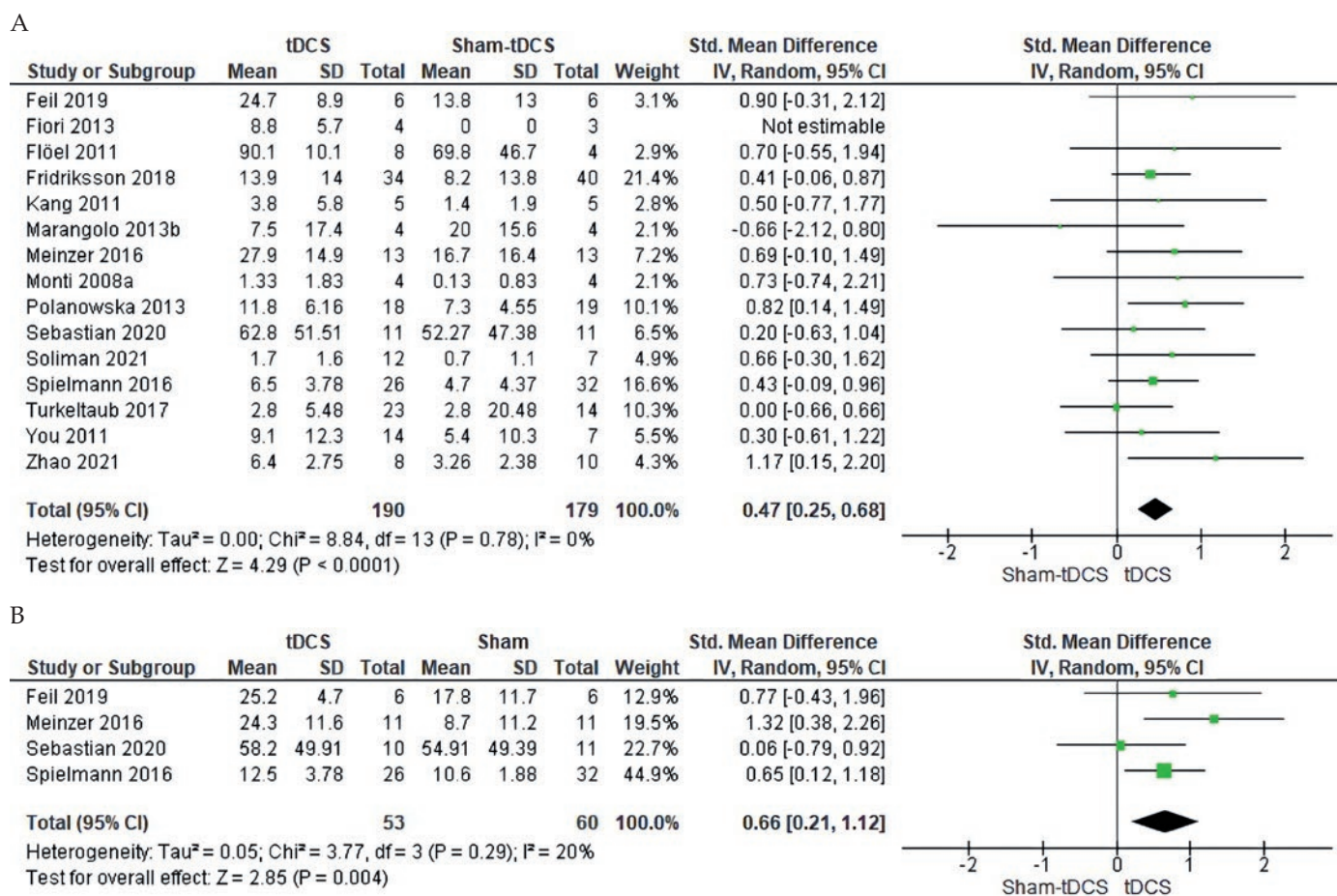
sham-tDCS, men konfidensintervallene tilsier at skårene kan være like store i de to gruppene (Figur 4). Dette gjaldt både målinger ved behandlingsslutt (SMD 0,37; 95 % KI -0,33 til 1,08) og målinger én til seks måneder etter (SMD 0,94; 95 % KI -0,28 til 2,16). GRADE-vurderingen ga lav tillit til effekttestimatene. Grunnen til det var lav presisjon, først og fremst brede konfidensintervall og få deltakere (lav statistisk styrke).

Bivirkninger og frafall fra behandling

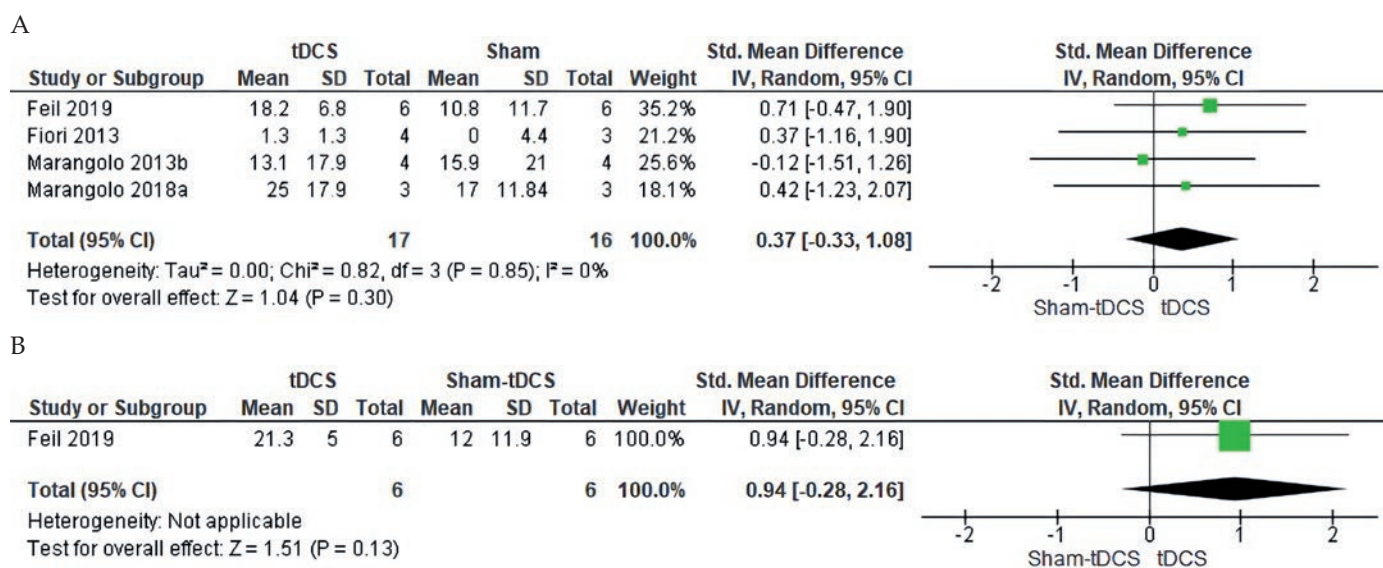
Frafall fra behandling ble brukt som mål for hvor godt deltakerne tålte behandlingen i flere av studiene. Bivirkninger og frafall fra behandling ble rapportert i 68 % av studiene. Ingen av studiene rapporterte om alvorlige bivirkninger. Effekttestimatet viste at risikoen for alvorlige bivirkninger og frafall fra behandling var lavere i gruppen som fikk tDCS sammenlignet med gruppen som fikk sham-tDCS, men konfidensintervallet tilsier at risikoen kan være like stor i begge grupper (RR 0,69; 95 % KI 0,35 til 1,35). Vår GRADE-vurdering ga middels tillit til effekttestimatene. Fire studier rapporterte om milde forbigående bivirkninger som prikking og kløe i huden under elektrodene, hodepine, svimmelhet og utmattelse. Forekomsten av disse bivirkningene var noe høyere blant deltakere som ble gitt tDCS enn hos deltakere som ble gitt sham-tDCS.



Figur 2. Funksjonell kommunikasjon hos deltakere med slagindusert afasi, målt ved behandlingsslutt (A) og en til seks måneder etter (B).



Figur 3. Benevning av substantiv hos deltakere med slagindusert afasi, målt ved behandlingsslutt (A) og én til seks måneder etter (B).



Figur 4. Benevning av verb hos deltakere med slagindusert afasi, målt ved behandlingsslutt (A) og en til seks måneder etter (B).

Undergruppeanalyse

Vi sammenlignet effektestimater for benevnning av substansiv i studier der anodal tDCS, katodal tDCS, eller dual tDCS ble benyttet. Effektestimaterne til undergruppene var ikke forskjellige (undergruppene hadde overlappende konfidensintervall og heterogenitet ble ikke påvist i statistiske tester).

Helseøkonomisk vurdering

En helseøkonomisk evaluering er viktig når man vurderer å innføre et tiltak. Hensikten er å veie kostnadene og helseeffektene ved tiltaket mot hverandre. Jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan man forsvare (Folkehelseinstituttet, 2022). Effektdataene vi fant i oppsummeringen av de inkluderte studiene gjorde ikke en fullstendig helseøkonomisk evaluering mulig. Vi utførte i stedet en forenklet kostnadsvurdering av hva en behandlingsserie med tDCS vil koste hvis det skal tilbys i poliklinikk eller som hjemmebehandling for pasienter med afasi. Det var ikke en del av oppdraget å beregne kostnaden for bruk av tDCS på rehabiliteringssentre der pasienten er innlagt i en periode. Kostnadsvurderingen knyttet til tDCS-behandling er basert på en del antakelser, der vi har definert kostnadskomponenter som kan inngå i et mulig behandlingsforløp med tDCS. Det er kun behandlingsserien ved slagindusert afasi som blir presentert siden vi ikke har tilstrekkelig informasjon om effekten av tDCS ved PPA. Kostnadsvurderingen er gjort i et helsetjenesteperspektiv og inkluderer kun de direkte kostnadene til helsevesenet.

Vi har regnet på hva det kan koste med én behandlingsserie med tDCS med samtidig språktrening. En behandlingsserie består av 20 behandlinger gitt i løpet av fire uker. Behandlingen utføres fem dager i uken med en time hver dag. Dette er i samsvar med de nasjonale retningslinjene for hjerneslag som anbefaler intensiv språktrening (Helsedirektoratet, 2017).

Hjemmebehandling med tDCS

Dersom logopeden får opplæring i bruk av tDCS, er det ikke behov for ytterligere personell som administrerer tDCS-behandlingen. Vi har antatt at en trent sykepleier gir én time opplæring i bruk av utstyret og to timer oppfølging i løpet av en behandlingsserie. Selve tDCS-behandlingen varer i 30 minutter, men beregnes som en konsultasjonstime som inkluderer forberedelse av behandlingen og vedlikehold av utstyr. Den daglige behandlingen kan gis av logoped og består av 30 minutter behandling med tDCS i

kombinasjon med individuell språktrening, deretter 30 minutter med kun språktrening.

Poliklinisk behandling med tDCS

For å beregne hva en tDCS-behandling utført på sykehus kan koste, har vi tatt utgangspunkt i DRG-taksten som benyttes ved en ordinær konsultasjon for slagindusert afasi. DRG (Diagnoserelaterte grupper) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper (Helsedirektoratet, 2020).

Tabell 4. Konsultasjonskostnader i poliklinikk og hjemmebehandling

tDCS i poliklinikk	Kostnad (NOK)	Referanse
Poliklinisk konsultasjon, sykepleier	3551	Helsedirektoratet (2020) ¹
tDCS i hjemmebehandling		
Språktrening, logoped	924	Statistisk sentralbyrå (2021) ²

¹ Regelverk for ISF, DRG 9010 (følgetilstander etter hjerneinfarkt)

² SSB, gjennomsnittslønn logoped

Behandlingsvolum og utstyrs-kostnader

Leasingkostnaden for et tDCS-apparat per behandlingsserie er beregnet ut fra hva vi antar kan være et mulig behandlingsserie i henholdsvis poliklinikk og i hjemmebehandling. Vi antar at behandlingsserien for afasipasienter i poliklinikk kan ligge på tre til seks pasienter per dag, men at behovet for tDCS-apparater vil variere avhengig av kapasitet og erfaring med tDCS ved den enkelte institusjon. Et behandlingsserie på seks pasienter daglig i poliklinikk vil utgjøre ca. 72 behandlingsserier per tDCS-apparat i året sammenlignet med 12 behandlingsserier i hjemmebehandling. Leasingkostnaden for et tDCS-apparat vil være noe lavere når behandlingen utføres i poliklinikk enn ved hjemmebehandling, siden flere pasienter kan benytte det samme apparatet i løpet av en dag (Tabell 6).

Kostnadene for tDCS-utstyr er presentert som anslåtte gjennomsnittspriser basert på en leasingavtale på ett år fra de utvalgte leverandørene Sooma Medical, Soterix og NeuroCare (Tabell 5). Til tDCS-behandlingen trengs det et tDCS-apparat og et «startsett» som inneholder nødvendig tilbehør som elektroder, hodesett, kabler og svampeputer. Det meste av tilbehøret kan brukes flere ganger og inngår hos noen leverandører som en del av leasingkostnaden.

Tabell 5. Kostnaden for leasing av tDCS-apparat og tilleggsutstyr

Utstyr	Kostnad (NOK)	Referanse
tDCS-apparat	2074	Sooma Medical og Soterix
Tilleggsutstyr (svampeputer)	2046	Sooma Medical, NeuroCare og Soterix
Kostnad for en behandlingsserie (20 behandlinger)	4120	

Kostnadsvurderingen

Basert på antakelsene vi la til grunn for beregningene, vil den første behandlingsserien med tDCS for slagindusert afasi i kombinasjon med språktrening koste 33 253 kr i hjemmebehandling, og 73 585 kr i poliklinikk. Påfølgende behandlingsserier vil ha en lavere kostnad, da det antas at behovet for opplæring og oppfølging ikke vil være like stort, og at svampeputer kan gjenbrukes hos samme pasient (Tabell 6).

Kostnaden for tDCS-utstyr utgjør ca. 2500 kr for en behandlingsserie gitt i poliklinikk og ca. 4000 kr ved hjemmebehandling. Dette inkluderer leasingkostnad og tilleggsutstyr (Tabell 6). Poliklinisk behandling med tDCS er det alternativet som koster mest, og konsultasjonskostnader utgjør den største forskjellen mellom de to alternativene.

Diskusjon

tDCS for slagindusert afasi

For utfall målt ved behandlingsslutt fant vi at tDCS sammenlignet med sham-tDCS sannsynligvis gir liten eller ingen forskjell i funksjonell kommunikasjon, sannsynligvis bedrer benevnning av substantiv og muligens gir en liten bedring i benevnning av verb.

For utfall målt én til seks måneder etter behandling fant vi at tDCS sammenlignet med sham-tDCS sannsynligvis bedrer funksjonell kommunikasjon og benevnning av substantiv, og muligens gir en liten bedring i benevnning av verb. Man ser altså bedring ved behandlingsslutt, og effekten ser ut til å være enda tydeligere etter en oppfølgingstid på én til seks måneder.

tDCS førte ikke til frafall fra behandling og alvorlige bivirkninger, men milde forbigående bivirkninger ble rapportert.

Deltakerne i de inkluderte studiene var noe yngre (gjennomsnittsalder <60 år) enn det som er vanlig alder for personer som får hjerneslag i Norge (median alder 75 år (Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerneslagregister, 2021)). Dermed vet vi ikke om effekten ville vært annerledes med eldre pasienter, noe som kan være verdt å merke seg når man vurderer å tilby denne metoden. Gjennomsnittstiden fra hjerneslag til inklusjon varierte fra tre uker til 48 måneder. Det betyr at effekten av tDCS ble undersøkt både i tidlig og sen fase etter hjerneslag, men de fleste deltakerne i studiene var i kronisk fase. Deltakerne i studiene hadde varierende alvorlighetsgrad av afasi, og vi vet ikke om alvorlighetsgrad spiller inn på effekten av tDCS-behandlingen. Videre ble tDCS-behandling kombinert med språktrening i 26 av 27 primærstudier, og vi vet ikke hva slags effekter tDCS-behandling alene ville hatt. Å kombinere tDCS med språktrening angis imidlertid i flere studier som en forutsetning (se f.eks. Holland & Crinion (2012) og Fridriksson & Hillis (2021)). De fleste studiene målte effekt av tDCS på benevnning av substantiv, og noen studier målte også funksjonell kommunikasjon og/eller benevnning av verb. Statistisk styrkeberegning viste at antallet deltakere

Tabell 6. Kostnaden for en behandlingsserie med tDCS med språktrening

Kostnadskomponenter	Poliklinikk (NOK)	Hjemmebehandling (NOK)	Referanse
Utstyrskostnader			
Leasingkostnad tDCS-apparat	519	2 074	Sooma Medical og Soterix
Tilleggsutstyr	2 046	2 046	Sooma Medical, Soterix, NeuroCare
Sum utstyrskostnader	2565	4120	
Konsultasjonskostnader			
Språktrening, logoped	71 020	18 480	Helsedirektoratet (2020) ¹ og Statistisk Sentralbyrå (2021) ²
Opplæring og oppfølging, sykepleier		10 653	Helsedirektoratet (2020)
Sum konsultasjonskostnader	71 020	29 133	
Kostnad for en behandlingsserie	73 585	33 253	

¹ Regelverk for ISF, DRG 901O (følgetilstander etter hjerneinfarkt)

² SSB, gjennomsnittslønn logoped

var tilstrekkelig stort til å finne klinisk relevante forskjeller for benevning av substantiv og funksjonell kommunikasjon, men ikke for benevning av verb. Funksjonell kommunikasjon antas å representere deltakernes språkfunksjon i hverdagslivet, mens det er mer usikkert i hvilken grad bedret benevning av ord representerer en reell endring i personens språklige fungering. Fremtidige studier bør i større grad undersøke tDCS-effekter på funksjonell kommunikasjon. Alle primærstudiene målte utfall umiddelbart etter behandlingsperioden, mens fem av studiene også målte relevante utfall etter en oppfølgingsperiode på én til seks måneder. Effektene av tDCS var mer fremtredende etter oppfølgingsperioden sammenlignet med målingene ved behandlingsslutt. Dette er i tråd med observasjonene som ble gjort ved tDCS-behandling for depresjon og kan tyde på at effekten av tDCS øker over tid, også etter at tDCS-behandlingen er avsluttet. Årsaken til dette er foreløpig ikke klarlagt. Cherney og medarbeidere fant en slik effekt i sin studie (2021) og antyder at tDCS kan bidra til økt plastisitet, mer robust læring over tid og mer effektiv reorganisering av nevralt kretsløp, men etterlyser videre forskning på de underliggende nevrofysiologiske mekanismene. Hvorvidt effekten av tDCS vil vedvare, øke eller reduseres etter denne tiden vet man ikke. Nye studier med lengre oppfølgingstid er derfor ønskelig.

Kostnadsvurderingen av tDCS-behandling for slagindusert afasi tok utgangspunkt i dagens konsultasjonstakster i poliklinikk ved følgetilstander etter hjerneslag. Dette gjør at konsultasjoner i poliklinikk blir mer kostbare enn hjemmebehandling, hvor kommunale lønntakster ble brukt. Andre faktorer, som transportkostnader til og fra poliklinikk, kunne økt kostnadene ytterligere. Antakelsene vi la til grunn for kostnadsberegningene er noe usikre, og ressursbruk og kostnader kan ha blitt både over- og underestimert.

tDCS for primær progressiv afasi

Bare to studier med til sammen 40 deltakere undersøkte effekten av tDCS for PPA. Statistisk styrkeberegning viste at antallet deltakere ikke var tilstrekkelig stort for å fange opp klinisk relevante forskjeller.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Vi har hovedsakelig middels tillit til effekttestimatene for språkfunksjon ved slagindusert afasi. Vi har generelt høyere tillit til effekttestimatene etter oppfølgingsperioden enn til effekttestimatene ved behandlingsslutt. Vi har middels tillit

til effekttestimatene for frafall fra behandling, og vi har svært lav tillit til alle effekttestimatene for PPA.

Den vanligste grunnen til at vi nedgraderte tilliten til effekt-estimer var lav presisjon. For flere effektestimater var konfidensintervallene brede og inkluderte små og store effekter, eller både effekt og ingen effekt. Dette betyr at vi er usikre på hvor sterk effekten av tDCS-behandling var, og om tDCS-behandling hadde effekt for enkelte utfallsmål. En årsak til lav presisjon kan være at forskjellige primærstudier fant ulik tDCS-effekt fordi de brukte forskjellige behandlingsprotokoller. Undergruppeanalyser tydet på at det hadde liten betydning om det ble brukt anodal, katodal eller dual tDCS, men vi kan ikke utelukke at variasjon i andre behandlingsparametere, som antall behandlinger, strømstyrke og behandlingsvarighet kan ha ført til heterogenitet i effekttestimatene. tDCS-behandlingen ble kombinert med språktrening (med ett unntak), men vi har lite kunnskap om hvordan språktreningen foregikk i de enkelte studiene. Det finnes foreløpig ingen konsensus om hva som er en optimal behandlingsprotokoll for tDCS ved afasi. Det er mulig at effekten av tDCS-behandling kan forbedres ved å optimalisere behandlingsparametere.

Begrensninger ved denne fullstendige metodevurderingen

Søket etter systematiske oversikter kan ikke kalles systematisk, men vi følte oss likevel nokså sikre på at vi har identifisert alle relevante randomiserte studier, særlig med tanke på de systematiske oppdateringssøkene. Vi søkte også etter pågående studier. I arbeidet med denne artikkelen har vi gått gjennom de pågående studiene vi fant under arbeidet med metodevurderingen på nytt (18. mars 2023). Ingen av disse har publisert resultater i tiden som har gått etter arbeidet med metodevurderingen vår.

Videre har vi basert oss på data og vurderinger av risiko for skjevheter fra den systematiske oversikten til Elsner og medarbeidere (2019). Ettersom særlig vurderinger av risiko for skjevheter innebærer bruk av skjønn, kan det tenkes at vi ville gjort andre vurderinger enn forfatterne av den systematiske oversikten. Men basert på metodebeskrivelsen har vi ingen grunn til å tro at vurderingene ikke er til å stole på.

Konklusjon

Resultatene viste at tDCS-behandling kombinert med språktrening sannsynligvis bedrer språkfunksjon for

pasienter med slagindusert afasi, sammenlignet med språktrening alene. Det ser ut til at bedring av tDCS fortsetter i tiden etter behandlingsslutt. Det er behov for nye studier med lengre oppfølgingstid for å avgjøre om tDCS-effekter vedvarer, øker eller reduseres utover én til seks måneder. tDCS øker ikke frafall fra behandling og gir ikke alvorlige bivirkninger, men milde forbigående bivirkninger må forventes.

Kunnskapsgrunnlaget for effekten av tDCS for PPA er svært usikkert. Det er behov for nye randomiserte studier som undersøker effekten av tDCS for PPA.

Basert på det eksisterende datagrunnlaget var det ikke mulig å beregne hvorvidt behandling med tDCS er kostnadseffektivt for slagindusert afasi. Det ble utført en kostnadsvurdering av tDCS-behandling gitt i poliklinikk eller i hjemmebehandling, hvor hjemmebehandling var det minst kostnadskrevende alternativet.

Metodevurderingen vår ble vurdert av Beslutningsforum for nye metoder. Deres konklusjon var slik:

- Transkraniell likestrømsstimulering (tDCS) innføres til behandling av slagindusert afasi. Behandlingen skal kun tilbys i kombinasjon med språktrening.
- Behandlingen skal, for [...] slagindusert afasi, initieres, følges opp og avsluttes i spesialisthelsetjenesten.
- Transkraniell likestrømsstimulering (tDCS) innføres ikke til behandling av primær progressiv afasi. Kunnskapsgrunnlaget om effekter av tDCS hos pasienter med primær progressiv afasi er for usikkert. (Nye Metoder, 2022)

Hva betyr dette for tilbudet til personer med afasi i Norge?

Beslutningsforums konklusjon var altså å innføre tDCS til behandling av slagindusert afasi. Det betyr ikke at det uten videre vil settes i gang noe tilbud om det, selv om Helse- og omsorgsdepartementet vanligvis forventes å koordinere slike beslutninger med nasjonale faglige retningslinjer (Nye Metoder, 2022). Om behandlingen blir tilgjengelig avhenger av faglig interesse og initiativ på egnede steder i spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering for slagindusert afasi i spesialisthelsetjenesten skjer i stor grad på rehabiliteringsinstitusjoner, og det er kanskje der det er mest aktuelt å prøve ut behandlingen i første omgang. Men det er en del forutsetninger som må være på plass. Det er for eksempel ennå ingen refusjonsordninger for behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Det betyr at de kliniske enhetene foreløpig må betale for utstyret selv. tDCS er blitt formelt registrert som aktivitetstype i Norsk klinisk prosedyrekodeverk (NKPK – NCMP), med koden AAGB20. Det kan være et steg mot å få på plass refusjonsordninger. En annen ting er at selv om logopedene kan gjennomføre behandlingen, må noen kunne gi tilstrekkelig opplæring i bruk av tDCS, og det må være en legespesialist eller psykologspesialist tilgjengelig som kan vurdere indikasjon og plassering av elektrodene. Det er videre foreløpig begrenset kunnskap å finne om hvilken type språktrening som egner seg best sammen med tDCS, hvilke pasienter det egner seg best for, og i hvilken fase. Men selv om mye fortsatt er usikkert, virker resultatene lovende. tDCS er nå vurdert grundig og tatt inn som behandlingsmulighet i Norge, og det kommer stadig nye studier som undersøker faktorer som påvirker effekten. Forhåpentligvis får vi etter hvert erfaringer med tDCS-behandling på afasifeltet i Norge, og ettersom kunnskapsgrunnlaget vokser, håper vi at det kan bli et tilskudd til rehabiliteringen for personer med afasi.

Vi ønsker å takke Ingrid Harboe ved FHI for bidrag med litteratursøk i prosjektet.

Referanser

- Adams, R.J., Meador, K.J., Sethi, K.D., Grotta, J.C., Thomson, D.S. (1987). Graded neurologic scale for use in acute hemispheric stroke treatment protocols. *Stroke*, (18), 665–669.
- Arnold, A., Übensee, H., Barasch, A., Haase, I., Schillikowski, E. & Pfeiffe, G. (2009). Fragenbogen zum Kommunikationsverhalten von Schlaganfallpatienten (AFKS). https://aphasie.org/wp-content/uploads/2021/01/steckbrief_5.pdf
- Berube, S. & Hillis, A. E. (2019). Advances and Innovations in Aphasia Treatment Trials. *Stroke*, 50(10), 2977–2984. doi: 10.1161/STROKEAHA.119.025290.
- Blomert, L., Kean, M.L., Koster, C. & Schokker, J. (1994). Amsterdam/Nijmegen Everyday Language Test: construction, reliability and validity. *Aphasiology*, 8(4), 381–407.
- Brady, M.C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby P. & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (6). doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub4.
- Byeon, H. (2020). Meta-analysis on the effects of transcranial direct current stimulation on naming of elderly with primary progressive aphasia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1095. doi: 10.3390/ijerph17031095.
- Cherney, L.R., Babbitt, E.M., Wang, X. & Pitts, L.L. (2021). Extended fMRI-Guided Anodal and Cathodal Transcranial Direct Current Stimulation Targeting Perilesional Areas in Post-Stroke Aphasia: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Brain Sciences*, 11(3), 306. doi: 10.3390/brainsci11030306.
- Cotelli, M., Manenti, R., Ferrari, C., Gobbi, E., Macis, A. & Cappa, S.F. (2020). Effectiveness of language training and non-invasive brain stimulation on oral and written naming performance in Primary Progressive Aphasia: A meta-analysis and systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 108,498–525. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.12.003.
- Elsner, B., Kugler, J., Pohl, M. & Mehrholz, J. (2019). Transcranial direct current stimulation (tDCS) for improving aphasia in adults with aphasia after stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD009760. doi: 10.1002/14651858.CD009760.pub4.
- Feil, S., Eisenhut, P., Strakeljahn, F., Müller, S., Nauer, C., Bansi, J., Weber, S., Liebs, A., Lefaucheur, J.P., Kesselring, J., Gonzenbach, R. & Mylius, V. (2019). Left Shifting of Language Related Activity Induced by Bihemispheric tDCS in Postacute Aphasia Following Stroke. *Frontiers in Neuroscience*. 13, 295. doi: 10.3389/fnins.2019.00295.
- Ficek, B.N., Wang, Z., Zhao, Y., Webster, K.T., Desmond, J.E., Hillis, A.E., Frangakis, C., Vasconcellos Faria, A., Caffo, B. & Tsapkini, K. (2018). The effect of tDCS on functional connectivity in primary progressive aphasia. *NeuroImage: Clinical*, 19, 703–715. doi: 10.1016/j.nicl.2018.05.023. Erratum in: *NeuroImage Clin*. 22:101734.
- Folkhelseinstituttet (2022) *Helseøkonomisk evaluering*. <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/metodevurdering/helseøkonomisk-evaluering/>
- Fridriksson, J. & Hillis, A.E. (2021). Current Approaches to the Treatment of Post-Stroke Aphasia. *Journal of Stroke*, 23(2), 183–201. doi: 10.5853/jos.2020.05015.
- Gaustad J.-V., Kleven L., Kornør H., Harboe I., Flatby A.V., Aakhus E., Bystad M. & Røste I. (2022). *Transkraniell likestrømsbehandling for depresjon og afasi: fullstendig metodevurdering*. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://nyemetoder.no/metoder/transkranielllikestrømsstimulering>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E.A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., DeBeer, H., Jaeschke, R., Rind, D., Meerpohl, J., Dahm, P. & Schünemann, H.J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
- Helseidrettoratet (2017). *Hjerneslag. Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helseidrettoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/behandlingskjeden-ved-hjerneslag>
- Helseidrettoratet (2020). *Innsatsstyrt finansiering 2021 (ISF-regelverket)*. <https://www.helseidrettoratet.no/tema/finansiering>
- Higgins J.P., Altman D.G., Gøtzsche P.C., Juni P., Moher D., Oxman A.D., Savovic J., Schulz K.F., Weeks L. & Sterne J.A. (2011). Cochrane Bias Methods Group; Cochrane Statistical Methods Group. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *British Medical Journal*, 343,d5928. doi: 10.1136/bmj.d5928.
- Holland, R. & Crinin, J. (2012). Can tDCS enhance treatment of aphasia after stroke? *Aphasiology*, 26(9), 1169–1191.
- Huber, W., Poeck, K., Willmes, K. & Weniger, D. (1983). *Aachener Aphasia Test (AAT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery*. Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Kertesz, A. (2006). *Western Aphasia Battery-Revised (WAB-R)* [Database record]. APA PsycTests. doi: 10.1037/t15168-000.
- Kurfess, C., Beushausen, U. & Grotzbach, H. (2020). Effekte der transkraniellen Gleichstromstimulation auf das Benennen und die Spontansprache von Aphasie-Patienten. *Neurologie und rehabilitation*, 26(2), 93–103. doi: 10.14624/NR2002003.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (1989). The communicative effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54(1), 113–124. doi: 10.1044/jshd.5401.113.
- Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerneslagregister (2021). *Årsrapport for 2020. Med plan for forbedringstiltak*. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-06/Hjerneslagregisteret%20%20C3%85rsrapport%202020.pdf>
- Nissim, N.R., Moberg, P.J. & Hamilton, R.H. (2020). Efficacy of Noninvasive Brain Stimulation (tDCS or TMS) Paired with Language Therapy in the Treatment of Primary Progressive Aphasia: An Exploratory Meta-Analysis. *Brain Sciences*, 10(9), 597 doi: 10.3390/brainsci10090597.
- Nye metoder (2022) *Transkraniell likestrømsstimulering*. <https://nyemetoder.no/metoder/transkraniell-likestrømsstimulering>
- Sebastian, R., Kim, J.H., Brenowitz, R., Tippett, D.C., Desmond, J.E., Celnik, P.A. & Hillis, A.E. (2020). Cerebellar neuromodulation improves naming in post-stroke aphasia. *Brain Communications*, 2(2):fcaa179. doi: 10.1093/braincomms/fcaa179.
- Seeck M., Koessler L., Bast T., Leijten F., Baumgartner C., He B. & Beniczky, S. (2017). The standardized EEG electrode array of the IFCN. *Clinical Neurophysiology*, 128(10), 2070–2077. doi: 10.1016/j.clinph.2017.06.254.
- Shea B.J., Reeves B.C., Wells G., Thuku M., Hamel C., Moran J., Moher D., Tugwell P., Welch V., Kristjansson E. & Henry D.A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal*, 358,j4008. doi: 10.1136/bmj.j4008.
- Soliman, R.K., Tax, C.M.W., Abo-Elfetoh, N., Karim, A.A., Youssef, A., Kamal, D. & Khedr, E.M. (2021). Effects of tDCS on Language Recovery in Post-Stroke Aphasia: A Pilot Study Investigating Clinical Parameters and White Matter Change with Diffusion Imaging. *Brain Sciences*, 11(10), 1277. doi: 10.3390/brainsci11101277.
- Statistisk sentralbyrå (2021). *Lønn*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-ogarbeidskraftkostnader/statistikk/lonn>
- Taylor-Rubin, C., Nickels, L. & Croot, K. (2021). Exploring the effects of verb and noun treatment on verb phrase production in primary progressive aphasia: A series of single case experimental design studies. *Neuropsychological Rehabilitation*, 32(6), 1121–1163. doi: 10.1080/09602011.2021.1879174.
- Vestito, L., Rosellini, S., Mantero, M. & Bandini F. (2014). Longterm effects of transcranial directcurrent stimulation in chronic post-stroke aphasia: a pilot study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14(8), 785. doi: 10.3389/fnhum.2014.00785.
- Zhao, Q., Wang, J., Li, Z., Song, L. & Li X. (2021). Effect of Anodic Transcranial Direct Current Stimulation Combined With Speech Language Therapy on Nonfluent Poststroke Aphasia. *Neuromodulation*, 24(5), 923–929. doi: 10.1111/ner.13337.

DISPUTAS MARIBETH C. RIVELSRUD



Fra venstre: Maribeth C. Rivelsrud, Mats Tullberg, Malin Nygren-Bonnier og Lisa Tuomi.



Fornøyd doktorand.

Onsdag 14. juni 2023 disputerte Maribeth C. Rivelsrud for graden Ph.d. ved Sahlgrenska Akademin, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, enheten för logopedi i Göteborg. Avhandlingen hennes har tittelen **Oropharyngeal Dysphagia in Adults – Prevalence, professional practices, patient perspectives, and treatment outcomes**.

Maribeth er for mange logopeder kjent som den personen som satte dysfagi, dvs. svelgevansker på det norske logopedkartet. Hun har jobbet i mange år som logoped på Sunnaas sykehus HF og har etablert dysfagi i både praksis og undervisning i Norge. Hun startet sin doktorgrad i 2017 i Göteborg, møtte to år med pandemi og endrede planer, og fullførte graden med glans 14. juni 2023. Doktorgraden er finansiert av Sunnas Sykehus HF, og eksterne midler fra Stiftelsen DAM for perioden 2017–2019 og et forskningsstipend fra Helse Sør-Øst for 2021–2023.

Professor Lena Hartelius, Sektionen för hälsa och rehabilitering, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet har vært hennes hovedveileder. Maribeth har hatt flere biveiledere – Professor Renée Speyer, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo og Professor Marianne Løvstad, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og fagsjef i psykologi, Sunnaas sykehus HF har fulgt henne gjennom hoveddelen av doktorgradstiden, mens førsteamanuensis Melanie Kirmess, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo var biveileder under

oppstarten og medforfatter av den første artikkelen. En svensk disputas skiller seg på noen områder fra norske disputaser. For det første måtte Maribeth levere fire artikler til en faglig vitenskapelig komité. Denne komitéen bestod av adjunkt professor Mats Tullberg, Sektionen för klinisk neurovetenskap, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet; dosent Lisa Tuomi, Sektionen för hälsa och rehabilitering, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet og dosent Malin Nygren-Bonnier, Avdelningen för fysioterapi, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet, Stockholm. Når denne komitéen hadde godkjent artiklene, leverte Maribeth avhandlingens kappe som binder sammen artiklene. Kappen danner utgangspunkt for selve disputasen med en egen oppnevnt opponent, dosent Hans Bogaardt fra School of Allied Health Science and Practice, Faculty of Health and Medical Sciences University of Adelaide i Australia.

Disputasen ble ledet av professor Christina Persson fra Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, ved Sahlgrenska akademien. Disputasen ble gjennomført som hybrid, til stor glede for kolleger, familie og venner i inn- og utland. Etter åpningsord fra disputasleder, presenterte opponenten først fagfeltet for å sette en ramme for dagens tema. Hans Bogaardt løftet frem både utfordringer og føringer fra dysfagifeltet internasjonalt på en lett forståelig måte, og belyste samtidig hvilket viktig stykke arbeide

Maribeth hadde gjort i sin doktorgrad og ikke minst for dysfagifeltet i Norge. Deretter presenterte Maribeth selv oversikt over sin avhandling som består av kappen og følgende fire artikler:

- Rivelsrud, M.C., Kirmess, M. & Hartelius, L. (2019). Cultural adaptation and validation of the Norwegian version of the swallowing quality of life questionnaire (SWAL-QOL). *Health and Quality of Life Outcomes* 17, 179. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1248-0>
- Rivelsrud, M.C., Hartelius, L., Bergström, L. et al. (2023). Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-analyses. *Dysphagia* 38, 76–121. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10465-x>
- Rivelsrud, M.C., Hartelius, L., Speyer, R. & Løvstad, M. (2023) Qualifications, professional roles and service practices of nurses, occupational therapists and speech-language pathologists in the management of adults with oropharyngeal dysphagia: a Nordic survey, *Logopedics Phoniatics Vocology*, <https://doi.org/10.1080/14015439.2023.2173288>
- Rivelsrud, M.C., Antonsson, M., Løvstad, M., Speyer, R., Johansson, K., & Hartelius, L. (Manuscript). Effects of expiratory muscle strength training on swallowing function in people with Parkinson's disease or multiple sclerosis as assessed by flexible endoscopic evaluation of swallowing.

Etter disse to innledningene fulgte den mer tradisjonelle opposisjonen, dvs. samtalen mellom opponent og doktorand. Opponent Hans Bogaardt gikk systematisk gjennom kappen, og stilte gode og kritiske spørsmål som Maribeth besvarte etter beste evne. En åpen tone, mye humor og rom for undringer bidro til at det som kan oppleves som utspørring ble en flott faglig samtale som også publikum hadde glede av. Blant annet ble det drøftet at jo eldre man blir, jo større fysiske vansker og også mer sykdom vil man oppleve, og i hvilken grad vil da dysfagi være en vanlig del av alderdommen eller fortsatt en spesifikk diagnose? Bogaardt løftet frem at Maribeth er en pionér i feltet og at doktorgradsarbeidet hennes dekker hele fagfeltet, fra forekomst til kartlegging og intervensjon. Et annet viktig diskusjonspunkt omfattet hvem som behandler pasienter med dysfagi i de ulike nordiske landene, og hvilken opplæring den faggruppen har fått. Det ble veldig tydelig at Norge trenger retningslinjer for behandling av dysfagi og også for utdanning av logopeder for å kunne ivareta disse oppgavene på en evidensbasert og forsvarlig måte. Som

Bogaardt sa – dysfagi er det område hvor feilbehandling faktisk kan drepe en person – selv om det heldigvis er svært sjelden.

Opponenten avsluttet med å gratulere Maribeth og bemerket at hun skrev historie – ved å være den første logopeden i Norge med doktorgrad innenfor dysfagi.

Selv om opponenten var ferdig, var dette likevel bare en del av disputasen. Nå kunne både den faglige komitéen og alle tilhørere (både i salen og de som deltok digitalt) stille spørsmål til kandidaten. Komitéen hadde flere runder med ulike spørsmål fra hver av dem, som belyste både metodiske spørsmål, videre veier for forskning og klinisk implementering. I motsetning til i Norge hvor det nærmest er en uskreven regel at publikum ikke stiller spørsmål, var dette helt forventet i Sverige og ble benyttet av både kolleger og familie i salen.

Hele disputasen varte i 2,5 time. Når den er ferdig, trekker komitéen, opponent og veiledere seg tilbake for å vurdere doktorandens presentasjon. Veiledere er med i starten av den vurderingen for å eventuelt kunne avklare spørsmål som måtte oppstå. Denne seansen tok sin tid, kanskje også fordi komiteen får servert lunsj! Så hva gjør doktoranden og alle gjestene imens de venter i spenning? De får også servert en lett mottakelse. Det føltes litt rart å starte på bobler før utfallet var klart – og det er en reell (om enn sjelden) mulighet å ikke få godkjent disputasen i Sverige – men heldigvis kunne leder av komiteen i strålende solskinn annonsere at doktoranden hadde bestått! Gratulerer så mye til dr. Maribeth C. Rivelsrud!

Takket være sommerværet ble den formelle delen med taler og gaver gjennomført utendørs rett etter disputasens avslutning. Den morsomste gaven og historien tilhører en «vandreokal» i form av en pyntegris som stipendiatene i logopedi innstiftet i 1993 og som nå skal sin første tur til Norge!

Dagen ble feiret med kolleger og familie med topputsikt over Gøteborg.

Vi gratulerer Maribeth så mye og ser frem til hennes fremtidige vitenskapelige og kliniske arbeid.

Silje Merethe Hansen Ingebretsen & Melanie Kirmess

NORDIC APHASIA CONFERENCE



Deler av den norske delegasjonen.

Mer enn 200 deltakere fra 23 forskjellige land deltok på den 8. Nordic Aphasia Conference i Reykjavik. Ved siden av den fascinerende islandske naturen, kunne deltagerne glede seg over et program som var fullpakket med 27 foredrag og 83 postere om afasi. Foredragsholderne var fra blant annet Skandinavia, Storbritannia, USA, og til og med Australia. Konferansens tema var *Comprehensive Aphasia Treatment: From theory to practice* – et spennende og lovende tema for både for klinikere og forskere.

«Aphasia therapy does work!»

Takket være Marian Brady og kollegaer har vi siden 2016 visst at afasiterapi har virkning. De gjennomgikk alle afasistudier av god (nok) kvalitet, og analyserte effekten av terapien som ble gitt. Videre forskning handler nå om å finne ut av hva det egentlig er som virker og hvorfor. Hva er de «aktive ingrediensene», hvem bør man behandle for hva, med hvilken intensitet og hvor lenge? Som Atharva Bhagwat fra Glasgow Caledonian University påpekte i sitt foredrag, er det per i dag veldig stor variasjon i hvordan «vanlig» oppfølging av personer med afasi ser ut. Dette gjelder både nasjonalt og internasjonalt. Man ser dessuten ofte bare på gruppeeffekter, men når man undersøker på individnivå oppdager man at bare en undergruppe av deltakerne faktisk har blitt bedre, ikke alle. Hadde man visst hvem som utgjør denne gruppen som opplever bedring, hadde man kunnet gi effektiv terapi til de som har nytte av det, og gitt et annet tilbud til resten. Så det er veldig flott å se at flere har ikke bare presentert grupperesultater, men også har gjort analyser på individnivå.

Internasjonal samarbeid: «CATs – Collaboration of Aphasia Trialists»

Når det er mye vi enda ikke vet og som må forskes mer på, er CATs en stor ressurs for alle forskere på afasifeltet. CATs står for *Collaboration of Aphasia Trialists* og er et stort nettverk av forskere fra mer enn 50 land og med ulik bakgrunn fra mer enn 50 land

som samarbeider om målet å forbedre og kvalitetssikre afasi-forskningent. Nettverket gir tilgang til nyttige ressurser og verktøy, og bistår med råd til forskere. Prosjektet startet i 2013 og har ført til et stort skifte i mentalitet, der man har gått fra å være konkurrerende forskere som «hver holder på med sitt» til et fellesskap som deler både kunnskap og data. I årene som kommer skal CATs fokusere mer på implementeringsvitenskap og -praksis, altså se på løsninger for hvordan forskningsresultater kan overføres til den kliniske hverdagen – fordi først der utgjør ny kunnskap en forskjell og kommer personene med afasi til nytte. Man kan bare håpe på at flere og flere fagfelt følger etter dette glimrende eksempelet! Du kan lese mer om CATs her: <https://www.aphasiatrials.org/>.

Hverdagsorientert trening av relevante aktiviteter

En god påminnelse om noe som vi egentlig vet, var dr. Jacqueline Hinckleys fra Nova Southeastern University i USA. Hun snakket om at man burde trene på akkurat det man ønsker å bli bedre på fordi «We want to do things in real life!». Hun presenterte en studie som sammenlignet trening på funksjonsnivå (benevning på ordnivå) med trening av en konkret aktivitet som man ønsket å bli bedre på (å bestille noe i en katalog). Begge gruppene ble bedre på å benevne relevante ord, men bare den gruppen som trente på aktivitetsnivå ble bedre til å utføre selve oppgaven. Det er kjent at eksekutive funksjoner ofte er påvirket ved afasi, og en positiv effekt av denne aktivitetsorienterte treningen var at deltakerne forbedret seg i en test som måler nettopp eksekutivfunksjon (Wisconsin Card Sorting Test).

«Comprehensive therapy» – forbedrer språk, livskvalitet og selvtilit

Syv foredrag ble viet konferansens titteltema: *Comprehensive Aphasia Treatment*. Disse handlet om en metode som heter ICAP.

ICAP står for *Intensive Comprehensive Aphasia Programme*. For en god oversikt over dette konseptet anbefales artikkelen til Rose et al. fra 2013. Metoden bør ha som minimumsstandard tre timer behandling per dag som gis fem dager i uken over to uker. Behandlingen skal dessuten omfatte:

- (1) både individuell behandling, gruppebehandling og kommunikasjonspartner trening, i tillegg til PC-basert terapi
- (2) fokus på de ulike ICF-områdene (funksjon, aktivitet og deltakelse)
- (3) informasjon og rådgivning til personen med afasi og deres pårørende

Denne holistiske metoden kan forbedre språk, livskvalitet og kommunikativ selvtilit, og er med sitt fokus på individuell

målsetting, kunnskapsbasert praksis og prinsippene for nevroplastisitet, et lovende konsept!

Hvordan ICAP ser ut i praksis er nokså varierende, påpekte Katie Anne Monnelly fra City, University of London. Hun presenterte ph.d.-prosjektet sitt med babyen sin i bæresele. Mange ulike metoder er i bruk, som for eksempel CIST, PACE, kompensatoriske strategier, rollespill, book clubs og skreddersydde tiltak.

Også i Australia forskes det på intensive comprehensive therapy. Professor Linda Worrall fra University of Queensland fortalte at konseptet deres opprinnelig het LIFT, men siden har endret navn til CHAT. I en randomisert kontrollert studie har hun sammenlignet ICAP med vanlig logopedisk oppfølging. Studien viser at ICAP-metoden gir bedre resultater enn vanlig logopedisk afasibehandling, også etter tre måneder. Det må dog sies at en utfordring med intensive programmer er at de ikke er godt egnet for mennesker med kognitive vansker, og at ikke alle kan motive-res til å delta i et såpass intensivt program. Worrall vektla likevel at de som ønsket å delta, fullførte programmet og hadde bedre resultater enn kontrollgruppen som fikk omtrent halvparten så mange behandlingstimer.

Akkurat som i Norge er det i noen deler av landet vanskelig å få tilgang til logopedhjelp og å få kontakt med andre mennesker med afasi. Dr. Anne Jane Hill fra University of Queensland & Metro North, Australia, presenterte derfor de første resultatene fra «teleCHAT», en digital versjon av CHAT-konseptet som gir lignende effekt som den klassiske ansikt til ansikt-metoden. Det går altså fint an å tilby ICAP-terapi digitalt! Det som var veldig lurt, var at deltakerne med afasi hadde et ekstra kamera som viste hånden deres. Slik kunne de skrive ned ord eller bokstaver, tegne eller peke, noe som vanligvis faller bort ved videomøter, og som igjen hindrer kommunikasjonen. Hill avsluttet med en inspirerende video av en deltaker som fortalte om effekten terapien hadde hatt: han hadde fått mye mer selvtillit og likte nå å slå av en prat med naboen, noe som han ikke hadde turt før.

Etter dette kom to foredrag fra Uppsala Universitet som har testet gjennomførbarheten av en modifisert ICAP i Sverige – et land med lignende utfordringer som Norge når det gjelder geografi og logopeddekning. Ellika Schalling presenterte logopedenes erfaringer, mens Marika Schütz gikk inn på pasientenes opplevelse. Programmet deres heter «MIRAA Multimodal Intensive Rehabilitation of Aphasia and AOS) og varte i seks uker (to timer pr dag fem ganger i uka). Både logopedene og pasientene så en positiv endring og var veldig fornøyde. Logopedene mente at det var vanskelig å sette individuelle mål sammen med pasienten, og at det å komme i gang med metoden i begynnelsen var krevende, men belønningen kom når de positive resultatene viste seg. Fatigue kan være en barriere for logopedene som sier at de har begrenset kunnskap om akkurat dette. Ifølge terapeutene kunne opplegget ha vært kortere. Pasientene derimot kunne ha ønsket

seg en enda lengre og mer krevende behandling. De mente at fatigue kunne være en negativ faktor, men ingen hindring, og de var veldig fornøyde med at målene ble formulert sammen med logopedene. Begge syntes at opplegget var gøy og effektivt. Intensiv trening passer nok best i kronisk og subakutt fase.

Mental helse

Det var en glede at flere foredrag og posterpresentasjoner ble viet det viktige temaet mental helse. Professor Katarina Hilari fra City, University of London holdt en keynote-forelesning om hvordan man kan jobbe for å fremme velvære for mennesker med afasi.

En tredjedel av de som har fått slag har også depresjon. Hele 29 % er fortsatt depressive ti år etter slaget. Ved afasi er prevalensen av depresjon enda høyere med 43 – 70 %. Angst er også ganske vanlig (44 %) som følge av slag og afasi. Samtidig får mennesker med afasi ofte ikke tilgang til psykologhjelp.

Hilari fortalte om potensialet i *peer-befriending*, altså kontakt med likepersoner. I studien ble likepersonene, etter å ha blitt kurset på forhånd, tildelt en annen person med afasi som de avtalte seks møter med over fire måneder. Etter disse fire månedene skåret deltakerne lavere på en depresjonsskala (GHQ-12) sammenlignet med gruppen som bare fikk vanlig logopedisk oppfølging. Effekten var enda større etter 10 måneder! De som fikk besøk av en likeperson, sa at dette var en stor inspirasjon og at de anbefalte dette konseptet. Å se «et levende bevis» på hvordan flott og aktivt livet kan være etter å ha overlevd hjerneslag, ga både mot og motivasjon til deltakerne.

City, University of London, har veldig mange spennende prosjekter rundt afasi, og Hilari anbefaler å registrere seg på <https://cityaccess.org/> der man får tilgang til (delvis) gratis ressurser, terapimateriale og lenker til mange prosjekter.

Norge var godt representert

Fra Norge presenterte overlege Hege Prag Øra fra Sunnaas sykehus om telelogopediprojektet sitt som nok er kjent for de fleste. I tillegg bidro Norge med hele ni posterpresentasjoner. En oversikt over alle posterpresentasjoner og sammendrag finnes her. Nettsiden er tilgjengelig utover året: <https://www.eventure-online.com/eventure/login.form?Uff43a1b6-6058-4a8b-b133-f525bb995103>

Save the date

Bli med på neste konferanse som skal være fra 11. til 13. juni 2025 i Uppsala!

Vanessa Seidler Krone

Litteratur:

- Brady, M.C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby P. & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (6). doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub4
- Miranda L. Rose, Leora R. Chorney & Linda E. Worrall (2013) Intensive Comprehensive Aphasia Programs: An International Survey of Practice, *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20:5, 379-387, DOI: 10.1310/tsr2005-379

SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY SUMMER SCHOOL 2023

11.–18. AUGUST I ANTWERPEN, BELGIA



Katedralen i Antwerpen.

Speech-Language Pathology International Network (SLP-IN) er et samarbeid mellom 19 logopedutdanninger over hele verden, og er viet til å fremme logopedprofesjonen ved å bygge nettverk gjennom utdanning, forskning og profesjonell praksis.

De overordnede målene er å stimulere til internasjonal utveksling av ekspertise og god praksis, samt å styrke samarbeid knyttet til forskning, utdanning og yrkesutøvelse. SLP-IN begynte som et Lifelong Learning Programme-Erasmus Intensive Programme støttet av EU-kommisjonen. Siden 2011 har nettverket imidlertid blitt omgjort til et selvfinansierende nettverk for å gjøre det mulig for ikke-europeiske partnere å bli med. I dag representerer SLP-IN 19 studieprogram fra 14 europeiske og ikke-europeiske land.

Hovedaktiviteten til SLP-IN er å arrangere en årlig sommerskole der studenter og ansatte deltar. Den arrangeres som en intensiv uke i august og består av en rekke kursdager med logopedirelaterte tema. Oppgaven som vertskap for sommerskolen går på omgang mellom de involverte institusjonene.

Universitetet i Bergen har nylig blitt medlem i nettverket, og 2023 var det første året der studenter og ansatte derfra deltok på sommerskolen. Vi var fire studenter som fikk anledning til å reise til Antwerpen i Belgia for å lære om alt fra logopediens plass i FNs bærekraftsmål til teknologi og evidensbasert praksis.

Tidligere arrangører:

- 1994 | RWTH Aachen University, Tyskland
- 1995 | Amsterdam University of Applied Sciences, Nederland
- 1996 | Wales-Institute Cardiff, Wales
- 1997 | Haute Ecole Léonard de Vinci, Belgia
- 1998 | Hanze University of Applied Sciences, Nederland
- 1999 | Universitetet i Göteborg, Sverige
- 2000 | Universitetet i Padova, Italia
- 2001 | University of Strathclyde Glasgow, Skottland
- 2002 | Trinity College Dublin, Irland
- 2003 | Universitetet i Valladolid, Spania
- 2004 | Universitetet i Malta, Malta
- 2005 | Universitetet i Oulu, Finland
- 2006 | Université Louis Pasteur Strasbourg, Frankrike
- 2007 | Fontys University of Applied Sciences, Nederland
- 2008 | Autonome Universitetet Barcelona, Spania
- 2009 | Karolinska Institutet, Sverige
- 2010 | Thomas More, Belgia
- 2011 | Vives, Belgia
- 2012 | FH Joanneum University of Applied Sciences, Østerrike
- 2013 | TEI Vest-Hellas, Hellas
- 2014 | Universitetet i Malta, Malta
- 2015 | RWTH Aachen University, Tyskland
- 2016 | Trinity College Dublin, Irland
- 2017 | Universitetet i Padova, Italia
- 2018 | Hanze University of Applied Sciences, Nederland
- 2019 | The National Taipei University of Nursing and Health Sciences, Taiwan

2020 | / (på grunn av korona-pandemi)
 2021 | Virtuell utgave
 2022 | Universitetet i Turku, Finland

Etter en uke på sommerskole sitter vi igjen med mye lærdom og mange nye erfaringer. Forelesningene og workshopene var interessante og givende, og vi fikk høre om temaer som vi ikke har vært innom hjemme i Norge. Blant annet ble det satt søkelys på digitalisering og kunstig intelligens (KI). Dette er temaer som var ukjente for oss, og dermed svært lærerike. Siden KI stadig tas i bruk i diagnostisering, behandling og oppfølging opplever vi det også som høyst aktuelt at vi som fremtidige logopeder vil måtte ta stilling til denne utviklingen og hvordan den kan og vil påvirke vårt yrke og praksis.

Vi startet uka med en dag om FNs bærekraftsmål. Her var det først mange spørsmål om disse hadde noe med logopedi å gjøre. Etter å ha arbeidet grundig med målene, så vi likevel at mange kunne knyttes opp mot logopedi. Det var spennende å få nye synspunkter og se at logopedi kan relateres til mye mer i samfunnet enn det man i utgangspunktet tenker.

Vi hadde i tillegg gode forelesninger om logopedisk arbeid i sammenheng med flerspråklighet og flyktningssituasjonen som er i verden i dag. Disse forelesningene opplevdes som veldig viktige og ikke minst aktuelle med tanke på dagens verdensbilde.

En forelesning som også gjorde sterkt inntrykk handlet om paradigmeskiftet i hvordan vi jobber med personer med autismespekterforstyrrelse. Denne forelesningen minte oss alle på hvor viktig det er å se selve mennesket, og at vi må lage rom for alle. Ingen er like, og vi trenger alle ulike tilpasning i hverdagen.

Vi hadde to dager med workshop der vi var delt inn i ulike grupper på tvers av land. Disse workshopene hadde ulike temaer. Favoritten vår var «playful communication» hvor det ble lagt vekt på hvordan man kan kommunisere på en leken og lett måte uten å trenge å bruke så mange ord. I tillegg lekte vi leker som kan bygge relasjon uten at vi nødvendigvis trengte å kommunisere med ord. Dette er leker og aktiviteter vi tar med oss videre.

Andre workshoper dreide seg om kliniske retningslinjer og apper. Det var veldig nyttig å lære om kliniske retningslinjer og se hvor forskjellig situasjonen er fra land til land.



De norske studentene. Fra venstre: Ingrid Berge Bekken, Susanne Straume Hylleseth, Iselin Kavli Paulsen og Tone Ulvedal.

Vår oppfatning er at Norge ikke legger like stor vekt på dette som andre land. Den viktigste fordelene med retningslinjer er at de kan forbedre kvaliteten på omsorgen pasientene mottar. Her har vi en jobb å gjøre!

Det var også veldig interessant å jobbe med apper. Her fikk vi tilgang til en veileder for hvordan vi kan rangere appene etter hvor gode de er å jobbe med.

En veldig lærerik side ved å dra på denne sommerskolen er utveksling av kunnskap på tvers av land og alle bekjentskapene som bidrar til økt kunnskap og erfaring. Vi satt veldig pris på å få andre perspektiver på logopedyrket og se hvordan utdanningene er i andre land. I tillegg møter man mange flotte mennesker med mye kunnskap og lærdom som vi er takknemlig for og tar med oss videre. Det er også verdt å nevne at dette er en arena hvor man kan knytte kontakter og stifte fine bekjentskap.

Tone Ulvedal, Ingrid Berge Bekken, Susanne Straume Hylleseth og Iselin Kavli Paulsen (Studenter ved masterprogrammet i logopedi ved Universitetet i Bergen)

ET ETISK DILEMMA



Logopedtilbudet i Norge er ikke tilstrekkelig. Det har det aldri vært – spesielt i mindre kommuner der det ofte ikke finnes logoped i det hele tatt. En etisk problemstilling blir det når ledelsen i en kommunal etat endelig finner en «logoped», men som ikke er ferdig utdannet og

som stadig er i en studiesituasjon. Studenten som selvfølgelig er tjent med både å søke en stilling som logoped og å takke ja til stillingen, slår til, kan jobbe deltid og fortsette studiene. Det er slett ikke sikkert at det er andre å rådføre seg med i faglige spørsmål, og det skal skrives en masteroppgave. Det blir en tøff tid, men kan gi fremtidig innpass i arbeidslivet, og det er jo bra.

Men – er dette greit? Det er forståelig at en kommunal leder med eller uten logopedbakgrunn, kan fristes til å ansette en student når ingen annen står på søkerlisten. Det er også forståelig sett fra studentens side som ønsker praksis og lønn (ikke minst). NLLs retningslinjer sier imidlertid:

«Et medlem som utøver logopedisk virksomhet, skal ha godkjent logopedutdanning i henhold til NLLs vedtekter.»

«Et medlem som ikke har avsluttet sin logopediske grunnutdanning, skal ikke utføre selvstendig logopedisk arbeid.»

Hvor lett er det så å håndheve våre egne regler? En kommunal leder som ansetter en student, er sannsynligvis helt ukjent med NLLs yrkesetiske regler og uvitende om at de i det hele tatt eksisterer. Studenten på sin side, er kanskje ikke engang studentmedlem i NLL. Med hvilken rett tar NLL tak i dette?

I marsnummeret av tidsskriftet var et tema logopeder MNLL som ansetter studenter til å gjøre selvstendige oppgaver mot betaling. Da har Yrkesetisk råd et klart mandat og informasjonsplikt.

Nok en gang er svaret autorisasjon. Da ville ikke denne type praksis kunne eksistere.

*Randi G. Fosser
for Yrkesetisk råd*



Rådet foran skrivebordet der Norges grunnlov ble undertegnet i 1814 (Eidsvoll)

BOKANMELDelse: ETT MINUTTS STILLHET AV CECILIE ENGER – MED AFASI SOM LITTERÆRT VIRKEMIDDEL



Cecilie Enger har flere ganger skildret konsekvenser av sykdom og ulykker i bøkene sine, for eksempel i boka «Mors gaver» (2013), der Alzheimer er tema. I år ga hun ut en bok der afasi er omdreiningspunktet.

«For snart ett år siden ble språket en fange i hodet mitt» sier hovedpersonen Åsta Cooper på første side. Åsta er gift med en engelsk diplomat. De har bodd i forskjellige land opp

gjennom årene, engelsk er hennes naturlige språk å bruke, og hun beskriver norsk som et språk hun har forlatt.

Når hun så får et hjerneslag, blir muligheten til å uttrykke seg på engelsk svært redusert. Det virker derimot som hun har ganske lett afasi på muntlig norsk, mens evnen til å skrive norsk er uvanlig godt bevart, noe som er et viktig grep for boka. Afasien er et viktig tema, men den store kontrasten mellom ferdigheten på de to språkene blir også et virkemiddel, på flere måter.

Etter noen logopedtimer på engelsk med lite utbytte, oppfordrer logopeden henne heller til å skrive tekster på norsk, som språkstimulering, for å se om engelsken kan komme «diltende etter». Det gjør den ikke. Men hun begynner å skrive om oppveksten og livet sitt, og det er paradoksalt nok takket være afasien at får vi lese denne fortellingen.

Gjennom grepet med at Åsta mister muligheten til å snakke på bruksspråket sitt, mens hun samtidig kan fortelle om hvordan dette føles (til leserne, på morsmålet) løses et stort dilemma: hun kan snakke om hvordan det er å ikke kunne snakke. Åsta beskriver godt hvordan «alt slår seg vrangt» når hun forsøker seg på engelsk, eller hvor ubekvemme andre blir når de er sammen med henne, og hvor kunstig og annerledes de kan oppføre seg.

Åsta framstilles ikke alltid så sympatisk. Anmelderne i VG og Dagbladet bruker ord som avmektig, hjelpeløs, bitter og slem når de beskriver henne. Afasien bidrar selvfølgelig til negative følelser, men fra fortellingen om livet hennes forstår vi at hun bærer med seg ting som preger henne. «Det kom ikke med slaget. Du var blitt sånn før», kommenterer mannen hennes et sted i boka.

Jeg har snakket med andre logopeder om boka, og vi klør litt etter å kommentere steder der fagbegrepene brukes litt oppstyltet, eller at noen av utfallene kanskje ikke er så sannsynlige. Men det ville være urettferdig å rette som kritikk mot boka. Cecilie Enger har åpenbart tatt det å sette seg inn i afasi som fag og fenomen på stort alvor, men hun har ikke skrevet en lærebok om afasi. Det viktigste forfatteren bidrar med, er en særegen evne til å forestille seg og formidle opplevelsen av å leve med afasi.

Jeg tror at alle som leser denne boka vil forstå mer av hva og hvordan afasi er – det gjelder også logopeder.

Ingvild Røste



Helene Killmer

Navn:

Helene Killmer

Ph.d.-prosjektet:

Participation in conversations by persons with aphasia – A study of everyday activities

Tilknytning:

Fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier, Spesialpedagogikk, OsloMet
Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo

Bakgrunn:

Master in Speech and Language Pathology, University of Groningen, Nederland

E-postadresse:

hekil7068@oslomet.no

Veilederne:

Jan Svennevig (Institutt for nordisk og mediefag, Universitetet i Agder & Senter for flerspråklighet/Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo)

Suzanne Beeke (Department of Language and Cognition, University College London, Storbritannia)

Kort beskrivelse av prosjektet:

Denne avhandlingen presenterer en undersøkelse av hvordan personer med afasi (PMA) deltar i samtaler under typiske hverdagslige sosiale aktiviteter. PMA er ofte misfornøyd med sin grad av deltakelse og møter utestengelse fra sosiale aktiviteter. De kan oppleve det vanskelig å delta i samtaler.

Det overordnede målet er å bruke samtaleanalyse (Conversation Analysis – CA) til å identifisere og beskrive interaksjonspraksiser og -strukturer som kan fremme eller hindre PMAs deltakelse i samtaler. Ved å undersøke aktiviteter som fortelling, planlegging og

anmodninger, får vi innsikt i hvordan PMAs deltakelse realiseres i virkeligheten. Dette bidrar til vår forståelse av PMAs samfunnsroller som partnere, venner og foreldre.

Samtaler mellom fire PMA (to med anomisk afasi, én med Wernickes afasi og én med global afasi) og deres partnere, barn og venner er analysert. Disse PMA deltar i aktiviteter ved å involvere seg i handling og samarbeide med samtalepartnerne sine. Et nytt fokus rettes mot strukturer i aktiviteter. Enkle strukturer, som for eksempel å be noen om å stoppe en handling, ser ut til å fremme PMAs deltakelse. Komplekse strukturer, som å be noen om å utføre en handling, ser ut til å hindre det. Rammen for deltakelse med afasi utvides for å inkludere begreper om autoritet. Til tross for begrensede språklige ressurser, viser PMA autoritet. Men afasi kan påvirke foreldreautoritet i samspill med små barn, og dermed påvirke deltakelse i familielivet.

Studien bidrar til en generell bevissthet om hvordan sosial deltakelse kan sikres på tvers av kontekster i hverdagsaktiviteter til tross for afasi. Funnene kan bidra til begreper rundt deltakelse med afasi og programmer for opplæring av PMA og deres kommunikasjonspartnere i hvordan deltakelse i aktiviteter kan oppnås og støttes.

Publikasjonsliste

- Killmer, H., Beeke, S., & Svennevig, J. (2021). Collaborative storytelling with a person with aphasia: Promoting agency in a multiparty interaction. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 27. 78–104. <https://doi.org/10.1558/jircd.20902>
- Killmer, H., Svennevig, J., & Beeke, S. (2022). Joint planning in conversations with a person with aphasia. *Journal of Pragmatics*, 187, 72–89. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2021.10.021>
- Killmer, H., Svennevig, J., & Beeke, S. (2023). Requests to children by parents with aphasia. *Aphasiology*, 37(9), 1363–1385. <https://doi.org/10.1080/02687038.2022.2094335>
- Killmer, H. (2023). How parents with aphasia deal with children's resistance to requests. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/02699206.2023.2226303>

Navn:

Helene Hallaråker

E-post:

helene.hallaraker@uib.no

Bakgrunn:

Mastergrad i logopedi (Universitetet i Bergen), arbeids-erfaring frå Avdeling PPT Sør, Bergen kommune

Tilknytta:

Institutt for pedagogikk ved Universitetet i Bergen, og Senter for spesialpedagogisk forskning og inkludering (SpedAims)

Tidsperiode:

2023–2026

Hovedrettleiar:

Elisabeth Hesjedal (UiB)

Birettleiar:

Christian Brandmo (UiO)

Tentativ tittel:

Interprofessional Collaboration in Educational Psychological Services: *What characterizes interprofessional collaboration in Educational Psychological Services?*

Pedagogisk-psykologisk teneste (PPT) spelar ei viktig rolle når det kjem til vurdering og oppfølging av barn og elevar med behov for spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning (Kolnes og Midthassel, 2022). For at barn og unge skal få rask og rett hjelp må støttesystemet kring dei fungere, og tverrfagleg samarbeid blir sett på som ein føresetnad for inkluderande praksis for barn med særskilde behov (Fukkink og van Verseveld, 2020). Dagens litteratur om tverrfagleg samarbeid er dominert av forskning knytt til tverrfaglege team i helsevesenet og forskning på tverrfagleg samarbeid har fokusert på helse- og sosial-tilnærmingar framfor pedagogiske (Hesjedal et al., 2013). Sjølv om tverrfagleg samarbeid tradisjonelt har sitt utspring i helsesektoren, har det i seinare tid vort vekst i forskning knytt til tverrfagleg samarbeid i utdanningskonteksten (Fenwick og Kelly, 2023). Det er ei aukande interesse for teamet rundt barnet i utdanningskonteksten (Fukkink & Lalihatu, 2020; Jakobsen & Filstad, 2020). Sjølv om tverrfagleg samarbeid vert rekna for å vera beste praksis, er det ofte vanskeleg å få til (Salm, 2017). Tidlegare studiar har vist at det er fleire faktorar som kan fremja og hindra tverrfagleg samarbeid (for eksempel, Cameron et al., 2014; Nootboom et al., 2021; Sloper, 2004). Dette ph.d.-prosjektet har sitt utspring i SpedAims ProCIP, der hovudmålet er å undersøkje kva som kjenneteiknar det tverrfaglege arbeidet som PPT er

involvert i. For å få innsikt i PPT sitt tverrfaglege samarbeid har ei nasjonal spørjeundersøking blitt sendt ut til alle PPT-kontor i Noreg. Studien er sett saman av tre artiklar. Den første studien vil undersøkje kva som kjenneteiknar tverrfagleg samarbeid i ein utdanningskontekst slik som PP-tenesta gjennom eit Scoping Review. Her vil både internasjonale og nasjonale studiar verta inkluderte. Den første artikkelen dannar grunnlaget for dei to neste, som begge skal baserast på data frå den nasjonale spørjeundersøkinga. Den andre artikkelen skal undersøkje korleis PP-rådgjevarar vurderer eigen samarbeidskompetanse, og utforske forholdet mellom samarbeidskompetanse og opplevd samarbeidskvalitet mellom PPT og deira samarbeidspartnarar skule, barnehage, helsevesenet, barnevernet, foreldre og barn. Den siste artikkelen skal undersøkje kva faktorar som predikerer samarbeidskvalitet mellom PPT og deira samarbeidspartnarar. Ph.d.-avhandlinga vil til slutt diskutere resultat frå dei tre studiane og peike på aktuelle områder som gjeld forskning og praksis framover.

Referansar

- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: A review of research literature. *Health & Social Care in the Community*, 22(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
- Fenwick, J., & Kelly, S. (2023). Right Here, Right Now: Effective Interprofessional Collaboration in Education from the Perspectives of Primary School Teachers in Aotearoa New Zealand. *New Zealand Journal of Educational Studies*, 58(1), 201–215. <https://doi.org/10.1007/s40841-023-00279-2>
- Fukkink, R. G., & van Verseveld, M. (2020). Inclusive early childhood education and care: A longitudinal study into the growth of interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 362–372. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1650731>
- Fukkink, R., & Lalihatu, E. (2020). A Realist Synthesis of Interprofessional Collaboration in the Early Years; Becoming Familiar with Other Professionals. *International journal of integrated care*, 20(3), 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5482>
- Hesjedal, E., Hetland, H., & Iversen, A. C. (2013). Interprofessional collaboration: Self-reported successful collaboration by teachers and social workers in multidisciplinary teams. *Child & Family Social Work*, 20(4), 437–445. <https://doi.org/10.1111/cfs.12093>
- Jakobsen, H. F., & Filstad, C. (2020). Crossing Knowledge Boundaries in Interprofessional Collaborations. *Nordic Journal of Studies in Policing*, 7(2), 121–136. <https://doi.org/10.18261/issn.2703-7045-2020-02-04>
- Kolnes, J., & Midthassel, U. V. (2022). Capturing students' needs through collaboration—Exploring challenges experienced by Norwegian educational-psychological advisers. *European Journal of Special Needs Education*, 37(3), 386–400. <https://doi.org/10.1080/08856257.2021.1885175>
- Nootboom, L. A., Mulder, E. A., Kuiper, C. H. Z., Colins, O. F., & Vermeiren, R. R. J. M. (2021). Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(1), 88–105. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01049-8>
- Salm, T. (2017). A School-Based Case Study: Developing Interprofessional Competencies to Support Students With Dual Diagnosis. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(3), 224–232. <https://doi.org/10.1111/jppi.12177>
- Sloper, P. (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child: Care, Health and Development*, 30(6), 571–580. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00468.x>



Helene Hallaråker



Prøv i dag og få
30 dagers fri bruk,
helt uten binding!

En enklere hverdag

Kom i gang med journalføringen i dag,
med et enkelt og effektivt system!

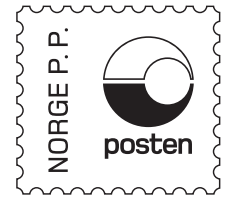


Journalprogrammet for
logopeder, med elektronisk
direkteoppgjør til HELFO.

Kontakt oss!
+47 57 72 70 20
firmapost@arko.no
www.arko.no

Redaksjonen gjør oppmerksom på at vi her kun gjengir informasjon om oppsatte kurs, vi har ikke mulighet til å kvalitetssikre kursene eller arrangørene. Ingen av arrangørene betaler for oppføring i kurskalenderen.

TIDSPUNKT	TEMA	STED	NETTADRESSE
11. – 12. oktober 2023	Grunnkurs ParkinsonNet Sørlandet	Sygna kulturhus	https://helse-stavanger.no/arrangementer/grunnkurs-parkinsonnet-sorlandet-2023
20. – 21. oktober 2023	Virtual Live LSVT LOUD for KIDS course (English)	webinar	https://www.lsvtglobal.com
25. – 26. oktober 2023	Kartlegging og treningsplan OPT/Talk Tools – Nivå 2	webinar	https://www.barnasspraksenter.no/kurs
27. oktober 2023	Fagdag i Trøndelag logopedlag: Jørgen Frost om tidlig lesing og skriving	Trondheim	https://arena360.no/events/6144/8440
01. november 2023	Stammen hos skolebørn fra 12 år til utskolingen	Jelling, Danmark	https://alf.dk/wp-content/uploads/2023/04/Kursusannoncering-for-stammekursus-i-november-2023.pdf
01. november 2023	Stabilitet og spising	webinar	https://www.barnasspraksenter.no/kurs
02. november 2023	Stammen hos skolebørn fra 12 år til utskolingen	Ishøj, Danmark	https://alf.dk/wp-content/uploads/2023/04/Kursusannoncering-for-stammekursus-i-november-2023.pdf
6. – 7. november 2023	ACT for logopedier	Oslo	https://www.centerlogopedi.no/kurs/
9. – 10. november 2023	Afasidagene	Oslo (digital deltakelse mulig)	www.statped.no/afasidagene
18. november 2023	ASK som språk – muligheter i fellesskapet. Digital fagdag	webinar	statped.no
20. – 24. november 2023	Grunnkurs i norsk tegnspråk, trinn 1	Stavanger	statped.no
23. – 24. november	TAKO-dagene	Lovisenberg diakonale sykehus, Oslo	https://www.deltager.no/register/425027/
27. november – 2. desember 2023	ESSD 2023 13 th Annual Congress Deglutition: what a junction!	Toulouse, Frankrike	https://essd2023.org/



Avsender: NLL v/Eli Irene Sandø Kjus, Roald Amundsens vei 13, 1463 Fjellhamar

INNHOOLD

Redaktøren <i>Frøydis Morken</i>	s. 3
Nytt fra styret <i>Katrine Kvoisgaard</i>	s. 4
Kognitive kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneskade <i>Tonje Yggeseth, Melanie Kirmess, Jan Stubberud</i> og <i>Silje Merethe Hansen Ingebretsen</i>	s. 8
Å vurdere flerspråklige barns språkkompetanse: Betydningen av språklige erfaringer <i>May-Britt Monsrud, Jannicke Karlsen, Marianne Klem</i> og <i>Siri Steffensen Bratlie</i>	s. 22
Transkranieell likestrømsstimulering som behandlingsmulighet for afasi <i>Ingvild Røste, Jon-Vidar Gaustad, Linn Kleven, Eivind Aakhus,</i> <i>Martin Kragnes Bystad og Hege Kornør</i>	s. 32
Referat: Disputas Maribeth Rivalsrud <i>Melanie Kirmess og Silje Merethe Hansen Ingebretsen</i>	s. 44
Referat: Nordic Aphasia Conference <i>Vanessa Seidler Krone</i>	s. 46
Referat: Speech-Language Pathology summer school 2023 i Antwerpen <i>Tone Ulvedal, Ingrid Berge Bekken, Susanne Straume Hylleseth</i> og <i>Iselin Kavli Paulsen</i>	s. 48
Yrkesetikk: Et etisk dilemma <i>Randi G. Fosser</i>	s. 50
Bokanmeldelse: Ett minutt stillhet av Cecilie Enger <i>Ingvild Røste</i>	s. 51
Presentasjon ph.d.-prosjekt <i>Helene Killmer</i>	s. 52
Presentasjon ph.d.-prosjekt <i>Helene Hallaråker</i>	s. 53
Kurs & konferanser	s. 55