

DANSK AUDIOLOGOPÆDI

FAGBLAD FOR AUDIOLOGOPÆDER



49. årgang • September 2013 • Nr. **3**

Kom godt i gang med dialogisk læsning

Dialogisk læsning er en af de bedste aktiviteter til at støtte den sproglige udvikling. Vejledning fuld af idéer til at udvikle ordførråd, lydlig opmærksomhed, dialogfærdigheder og bogstavkendskab.

kr 75,-



Stave-læsetræning med Apps til iPad & Android

De kendte opgaveæsker i alfamaterialet og På sporet af ordet kommer nu som Apps.

Du kan hente en gratis demo i App Store og Google Play

Indsatsbog

Så ka' de lære det – om naturen har over 100 aktiviteter med leg, udforskning, viden og udvikling inden for emner som dyr og planter, sanser, miljø, materialer, tal, farver og logisk tænkning.

kr 328,-



Få en snak om de store spørgsmål i livet

Alvin er en skøn knægt. Han er nysgerrig på livet. Han udforsker eksistentielle spørgsmål. Han grubler over mangt og meget. Der er vejledning i bøgerne og gratis metodedel på nettet.

kr 95,- pr bog hardback



En kuffert fuld af følelser

Der er store følelser i den lille kuffert. Et inspirerende materiale til arbejdet med de grundlæggende følelser i forskellige situationer. Udgangspunktet er følelserne *glad*, *bange*, *vred* og *ked af det*, som bor i hvert sit hus. Der er en omfattende vejledning med i bagagen.

Introduktionspris kr 1395,-



Taburetspillet

Det eneste, du behøver, er en taburet, to børn og de 25 kort i æsken. Et klassisk spil med tegninger til indlæring af forholdsordene.

(udkommer primo september)

PRISER EXCL MOMS
KIG FORBI WWW.SPF-HERNING.DK – HER KAN DU LÆSE MERE OM MATERIALERNE. VI SENDER GERNE TIL GENNEMSYN.

Special-pædagogisk forlag

Birk Centerpark 32 · 7400 Herning · Tlf 97 12 84 33 · forlag@spf-herning.dk · www.spf-herning.dk

Etik og fagetik

– retningslinjer, principper og/eller professionsidealer?



Vi har vel alle undertiden stillet os selv spørgsmålet – hvad er det rigtige at gøre i denne situation? - Gør jeg det så godt som jeg burde gøre?

Sådanne spørgsmål af etisk karakter er såvel relevante som provokerende. Relevante fordi vi påvirkes af verdenens foranderlighed og samspillet med denne, og dermed ændrer forudsætningerne sig for vores tilstedeværelse og ageren. Provokerende fordi vi med disse spørgsmål aldrig får lov til at hvile i nuet – aldrig kan læne os tilbage og 'bare være'. Etik handler om, hvordan vi bør handle overfor de mennesker, vi møder, og det er netop i mødet med andre mennesker, at de etiske udfordringer opstår.

Ligesom disse spørgsmål er uundgåelige i vores personlige liv, er de det også i vores professionelle liv. Hver dag foretager vi faglige skøn i udøvelsen af vores profession, og en faglig forening som ALF bør være en aktiv medspiller i forhold til 'at klæde medlemmerne på' til at varetage denne opgave.

Fagetik eller professionsetik er teorier og (overvejelser om) principper om, hvordan vi bør handle overfor de mennesker, vi møder i vores arbejdsliv. Og vi er i høj grad en profession, som generelt møder rigtig mange mennesker i vores arbejdsliv: elever/patienter/klienter, pårørende, fagfæller, tværfaglige samarbejdspartnere. Netop derfor bør vi diskutere de fagetiske udfordringer og dilemmaer, der kan være forbundet med vores arbejde – såvel konkret indenfor de respektive fagområder, men også overordnet i forhold til vores samlede profession, organisationen/arbejdspladsen og samfundet.

Audiologopædisk Forening har faktisk fagetiske retningslinjer¹ - men de har stået uberørt siden 1994, så det var en enig generalforsamling, der i

marts 2013 opfordrede bestyrelsen til at nedsætte et fagetisk udvalg bl.a. med henblik på en revision af retningslinjerne.

Når du læser dette, har det fagetiske udvalg haft sit første møde og er allerede godt i gang med arbejdet. Hvorvidt arbejdet vil resultere i et konkret forslag til generalforsamlingen 2014 er endnu for tidligt at sige. Udvalget har planlagt en række møder, hvor det vil gå i dybden med forskellige fagetiske problemstillinger. Men i de indledende drøftelser står det allerede nu klart, at vi bør diskutere de konkrete etiske retningslinjer sideløbende med mere grundlæggende etiske problemstillinger. Så handler det om retningslinjer for god opførelse - om audiologopædens grundlæggende syn på hvad god praksis er - eller andet?

Eller med andre ord: Skal vi udarbejde fagetiske retningslinjer i ALF, som handler om, hvad medlemmer bør eller skal? Har vi fx brug for retningslinjer, der evt. skal kunne sanktioneres, såfremt et medlem ikke overholder disse? Eller bevæger vi os mere i retning af at udarbejde en professionsetik, som beskriver de værdier og principper, professionen bygger på?

Hvilken bagvedliggende filosofi skal vi skal tage afsæt i – i det skriftlige dokument, der gerne skulle blive resultatet af udvalgets drøftelser?

Interessante spørgsmål, som jeg i skrivende stund ikke har et éntydigt svar på, men mit håb er, at det fagetiske udvalg får sat gang i en proces, hvor vi i foreningen til stadighed drøfter de fagetiske udfordringer og dilemmaer, der er en uundgåelig konsekvens af vores professions tætte samspil med andre mennesker.

*Bente Reimann Jensen
Formand*

¹ Se hjemmesiden <http://alf.dk/Fagligt-etiske-retningslinjer.33.aspx>

'Peg på noget, vis mig noget'

– en undersøgelse af danske pårørendes håndtering af kommunikationsvanskeligheder ved afasi

I denne artikel beskriver vi i hovedtræk de vigtigste pointer fra vores bachelorprojekt om pårørendes håndtering af kommunikationsvanskelighederne ved afasi. Med baggrund i ICF (WHO/Sundhedsstyrelsen, 2003) og viden om logopædiske interventionsformer vil vi argumentere for vigtigheden af at inddrage de pårørende i den logopædiske intervention overfor personer med afasi. Vi vil endvidere beskrive de gennemgående fund fra vores analyse af den internationale forskningslitteratur vedrørende pårørendes erfaringer og behov samt deres håndtering af de kommunikative vanskeligheder som følge af afasi efter apopleksi. I den forbindelse vil vi inddrage copingbegrebet, defineret af Lazarus og Folkman (1984). Slutteligt vil vi give en kort beskrivelse af vores kvalitative interviewundersøgelse og de vigtigste resultater af denne.



FREDERIK
GYBEL
JENSEN

er studerende på bacheloren i Audiologopædi ved Københavns Universitet, Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab. Han er desuden formand for de studerendes fagråd ved Audiologopædi, og ansat som studentermedhjælper på instituttet.



LENA
HAVTORN
JENSEN

er i 2013 blevet bachelor i Audiologopædi ved Københavns Universitet, Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab. Hun har tilbragt sit sidste semester i Sydney, Australien, hvor hun har læst sit tilvalg inden for bl.a. psykologi. Lena har indtil sin afrejse været et aktivt medlem af fagrådet på Audiologopædi.



LOUISE
MØLLER
JENSEN

er i 2013 blevet bachelor i Audiologopædi ved Københavns Universitet, Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab. Hun har tilbragt sit sidste semester i Montréal, Canada, hvor hun har læst sit tilvalg i psykologi. Louise er i september påbegyndt bacheloruddannelse i psykologi ved Københavns Universitet.

På baggrund af den fælles bacheloropgave, har de tre forfattere tidligere udarbejdet en artikel for Logos.

Det er inden for afasiområdet og inden for den logopædiske praksis generelt blevet alment kendt, at de pårørende spiller en betydelig rolle, når det kommer til intervention. Vigtigheden af at inddrage de nære pårørende i den logopædiske intervention kommer bl.a. til udtryk i den anerkendte klassifikationsguide 'International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand' (ICF), udviklet af ver-

denssundhedsorganisationen i 2001. ICF består af to hoveddele. Den ene del beskriver *funktionsevne*, bestående af delkomponenterne *kropens funktioner og anatomi* samt *aktivitet og deltagelse*. Den anden del beskriver *kontekstuelle faktorer*, nærmere betegnet ved delkomponenterne *personlige faktorer og omgivelsesfaktorer*. Delkomponenterne indgår i et interagerende samspil, hvor de indbyrdes påvirker hin-

anden og tilsammen har indflydelse på funktionsnedsættelsens betydning for patientens liv (WHO/Sundhedsstyrelsen, 2003).

En af fordelene ved ICF er, at den flytter fokus fra selve funktionsnedsættelsen til patienten, og den kan i praksis bruges til at fastholde den enkelte patients individuelle behov for aktivitet og deltagelse i samfundet, således at dette bliver udgangspunktet for logopædens valg af intervention (Kristensen & Andreassen, 2007). Delkomponenterne personlige faktorer og omgivel-sesfaktorer påvirker komponenterne under funktionsevne i den forstand, at de kan fungere enten faciliterende eller hæmmende for patientens aktivitet og deltagelse. For at sikre, at de kontekstuelle faktorer fungerer faciliterende i forhold til patientens aktivitet og deltagelse i hverdagen, er det bl.a. vigtigt at inddrage de pårørende. Når man har øje for de pårørende, har man fokus på at få det omkringværende miljø til at være så kommunikationsfremmende for personen med afasi som muligt. De pårørende kan være en ressource i forhold til at lette kommunikative vanskeligheder for patienten med afasi (Le Dorze & Signori, 2010). Det gælder især, hvis der er tale om svær afasi, hvor patienten har brug for alternative kommunikationsredskaber.

Interventionsformer, der opererer på aktivitet og deltagelsesniveau, fylder efterhånden mere og mere i forskningen. Selve indførelsen af ICF-terminologien er et godt eksempel på, hvordan logopæder tænker deres intervention i et mere holistisk perspektiv. Her er målet ikke længere at forbedre den beskadigede sprogprocessering, men derimod at forbedre kommunikationen mellem personen med afasi og dennes samtalepartnere i bredere forstand. Fokus er altså i højere grad på at øge klientens deltagelse ved at sikre en meningsfuld kommunikation og dermed øge forudsætningerne for et bedre liv (Holland, 1982, Lyon, Cariski, Keisler, Rosenbek, Levine, Kumpula, Ryff, Coyne & Blanc, 1997, Kagan, 1998, Lyon, 2004, Koenderman, 2004, Purdy & Hindenlang, 2005, Chapey et al. 2008). Dette pragmatiske syn på kommunikationsvanskeligheder hos personer med afasi lægger op til, at den logopædiske intervention strækker sig ud over den klassiske tankegang ved at fokusere på

den enkeltes behov i forhold til at opleve en forbedret funktionel kommunikation (Holland, 1982, Holland, 1991). Ved et logopædisk fokus på funktionel kommunikation er målet helliget midlet. Det vil sige, at det vigtigste er, at kommunikation lykkes, lige meget hvordan meningen formidles. Det kan blandt andet være ved brugen af totalkommunikation, gestik, fagter og lignende. Især pårørende oplever, at den funktionelle kommunikation forbedres, hvis logopæden træner brugen af totalkommunikation med både den pårørende og personen med afasi (Rautakoski, 2012).

Med udgangspunkt i ICF og den øgede opmærksomhed på vigtigheden af at inddrage de pårørende i den logopædiske intervention af personer med afasi, ønskede vi i vores bacheloropgave at undersøge, hvordan pårørende til personer med afasi håndterer eller »coper« med kommunikationsvanskeligheder i hverdagen, og hvilke behov for logopædisk hjælp de gav udtryk for at have. I den forbindelse udformede vi indledningsvis en gennemgang af den internationale forskningslitteratur vedrørende pårørende til personer med afasi. På baggrund af vores fund i denne gennemgang udformede vi dernæst et mindre empirisk studie, der havde til formål at undersøge copingstrategierne hos 4 nære pårørende til personer med moderat-svær afasi. Dette var både med henblik på kommunikationen mellem personen med afasi og den nære pårørende, og i forhold til den pårørendes oplevelse af kommunikationen mellem personen med afasi og andre generelt. Vi tog udgangspunkt i definitionen af copingstrategier, som beskrevet af Lazarus & Folkman (1984), og undersøgte helt præcist hvilke strategier de pårørende anvendte til at håndtere kommunikationsvanskelighederne i forbindelse med specifikke sammenbrud i samtalen med personer med afasi. Copingsstrategier inddeles i to hovedtyper af strategier: emotionsfokuserede copingstrategier og problemfokuserede copingstrategier. Emotionsfokuserede strategier defineres som kognitive strategier, hvor følelsesmæssige reaktioner på specifikke situationer reguleres, således at det følelsesmæssige stress minimeres hos personen, eksempelvis følelser som benægtelse eller

optimisme, der kan hjælpe personen til at bevare en følelse af håb. Problemfokuserede strategier defineres derimod som adfærdsmæssige strategier, hvor personen genererer handlinger for at håndtere eller kontrollere en stressfuld situation, eksempelvis ved at bede om hjælp eller selv finde på løsninger til det pågældende problem (Lazarus & Folkman, 1984).

Sammenbrud i kommunikationen definerede vi som enhver årsag til, at der ikke opnås forståelse imellem afsender og modtager, og budskabet dermed af den ene eller anden grund ikke er korrekt afkodet. Formålet med opgaven lød som følger:

Hvordan »coper« de nære pårørende til personer med afasi i Danmark med de kommunikative vanskeligheder i hverdagen? Hvilke behov har de i forhold til kommunikationen med deres nære pårørende med afasi, og hvad bør logopæder søge at gøre for bedst muligt at tage hånd om disse behov?

Gennemgang af forskningslitteraturen

Psykosociale faktorer

Af forskningslitteraturen fremgik det meget tydeligt, at de pårørende oplever mange psykosociale problemstillinger som følge af det øgede ansvar i hverdagen og afasiens konsekvenser. Der var en generel tendens til enighed om, at pårørende, der optræder som omsorgsgivere, oplever et øget niveau af stress og depression end den almene befolkning (Han & Haley, 1999, Low, Payne & Roderick, 1999, Pinquart & Sorensen, 2003, Rombough, Howse & Bartfay, 2006, Draper & Brocklehurst 2007). De pårørende til udskevne apopleksipatienter må ofte både cope med personens mobilitetsvanskeligheder og eventuelle kognitive og sproglige vanskeligheder. Disse vanskeligheder medfører store omvæltninger og rolleforandringer i hjemmet, hvor rollen som primær omsorgsperson medfører et øget pres på den pårørende (Wiwe & Øhlen-schlæger, 2009).

Studier viser også, at den pårørendes bekymringer for fremtiden og anvendelse af familiær støtte har en betydning for den pårørendes bedømmelse af livstilfredshed (Han & Haley, 1999, Adriaansen, van Leuwen, Visser-Meily, van den

Bos & Post, 2011). Konsekvenserne er ofte, at de pårørende i højere grad er udsatte for stress, depression, dårligt helbred og negative selvopfattelser, hvilket ofte resulterer i følelser af utilstrækkelighed (Han & Haley, 1999, Low et al., 1999, Pinquart & Sorensen, 2003, Öhman & Söderberg, 2004, Draper & Brocklehurst, 2007, Cameron & Gignac, 2008).

Det er værd at bemærke, at pårørende til personer med afasi ofte vurderer selve vanskelighederne ved kommunikation som værende de største problemer (Artes & Hoops 1976, Bakas et al. 2006). Kinsella og Duffy (1978 og 1979) finder desuden, at kommunikationsvanskelighederne samt følelsen af at have mistet partnerskabet til sin ægtefælle spiller en stor rolle i det ægteskabelige parforhold.

Samtlige studier fandt, at afasien medførte generelle forandringer i hjemmet. Disse forandringer forekommer især i forhold til roller i hjemmet (Christensen & Andersson 1989, Herrmann et al. 1995, Bakas et al. 2006), emotionelt velvære (Christensen & Andersson 1989, Bakas et al. 2006), social deltagelse og det interpersonelle forhold imellem ægtefæller (Artes & Hoops, 1976, Kinsella & duffy 1978, Kinsella & Duffy 1979, Christensen & Andersson 1976, Herrmann 1995, Bakas et al. 2006). Det er desuden fundet, at primære pårørende til personer med afasi i højere grad oplever social begrænsning og mindre tid til egne hobbyer (Artes & Hoops 1976, Kinsella & Duffy 1978, Kinsella & Duffy 1979, Herrmann et al. 1995, Bakas et al. 2006), samt at de oftere giver udtryk for følelser af isolation (Kinsella & Duffy 1978, Kinsella & Duffy 1979) og træthed (Bakas et al. 2006).

Udover disse forandringer har flere undersøgelser yderligere fundet et generelt fald i mængden i både den pårørendes og personen med afasis deltagelse i aktiviteter uden for hjemmet (Herrmann et al., 1995, Michallet et al., 2003, Visser-Meily et al., 2009). Michallet et al. (2003) forklarer dette med, at de kommunikative vanskeligheder hos personen med afasi giver en øget opfattelse af stresspåvirkning i fritidsaktiviteter, som især er baseret på kommunikation. Dette kan medføre, at familierne trækker sig mere tilbage i forhold til social kontakt, og at den pri-

mære pårørende kan have et nedsat niveau af social deltagelse.

Coping hos pårørende

Af gennemgangen af forskningslitteraturen fremgik det desuden som en vigtig pointe, at både opfattelsen af omsorgsbyrde og psykosociale følger varierer meget afhængigt af den enkeltes personlige ressourcer og den opfattede mængde af stress. Da coping er stærkt associeret med de aktuelle psykosociale konsekvenser, vil det derfor også være meget individuelt, hvordan pårørende håndterer de stressfulde hverdagsituationer (Visser-Meily et al., 2008, Michallet et al., 2003). Undersøgelser af McGurk et al. (2011) og Visser-Meily et al. (2008) viser, at vellykkede håndteringer både kan omfatte problemfokuserede og emotionsfokuserede copingstrategier.

Optimisme og realistiske forventninger (emotionsfokuseret coping) samt forskellige problemløsningsovervejelser, som f.eks. at gå ned i tid på arbejdet (problemfokuseret coping), er centrale emner. Michallet et al. (2003) viser desuden, at ægtefæller til personer med afasi benytter sig af konkrete problemfokuserede strategier ved de samtalespecifikke sammenbrud. Disse omhandler bl.a. at give personen med afasi tid til at tale, anvendelse af simple ordkonstruktioner, anvende ja/nej-spørgsmål m.m. McGurk et al. (2011) fremhæver, at ægtefæller til personer med afasi ikke kun copes med kommunikationsvanskelighederne, men også med de mange andre konsekvenser som følge af afasi. Forskerne påpeger, at de mange forskellige problemer interagerer med hinanden, og at de anvendte copingstrategier til håndteringen af disse muligvis ikke er rettet mod individuelle problemer, men nærmere mod flere samtidige stressfulde stimuli.

Forskerne rejser i deres artikel spørgsmålet om, hvorvidt pårørende er i stand til at skelne mellem deres forskellige copingstrategier og udelukkende berette om deres coping med kommunikationsvanskeligheder, hvilket kan gøre det vanskeligere for logopæder at identificere de copingstrategier, der vedrører kommunikationsvanskelighederne.

Pårørendes behov og logopædisk intervention

Der er forsket en del i de behov, pårørende til personer med afasi har, både i forhold til deres rolle som omsorgsgivere og i forhold til den logopædiske intervention overfor deres pårørende med afasi. Shewan & Cameron (1984) finder, at pårørende og personer med afasi ofte har forskellige opfattelser af afasiens omfang og kommunikationsvanskelighederne, og at de pårørende mangler viden om afasi. Dette understøttes af Johansson et al. (2012), der finder, at pårørende til personer med svær afasi prioriterer direkte sprogstimulering højere end undervisning i funktionel kommunikation. Dette antyder, at logopæderne bør være bedre til at give de pårørende realistisk information vedrørende afasi og dennes prognose og samtidig fokusere på at forklare fordelene ved at træne mere kommunikativt i stedet for rent sprogstimulerende.

Dog påpeger Johansson et al. (2012), at det er vigtigt, at man ikke tager håbet fra de pårørende, da dette kan være en hæmmende faktor for deres motivation for deltagelse i interventionen. Tidsfaktoren anses som værende af stor betydning for udviklingen af de pårørendes forventninger og håb for fremtiden.

Den pårørendes overgang til rollen som primær omsorgsgiver beskrives i forskningen i form af forskellige faser. Den pårørendes behov vil være skiftende, alt efter hvilken fase den pårørende og personen med afasi befinder sig i, og alt efter den pårørendes niveau af overskud og evne til at cope med de stressfulde situationer (Denman, 1998, Avent, Glista, Wallace, Jackson, Nishioka & Yip, 2005, Cameron & Gignac 2007). Behovet for forskellige former for information er beskrevet flere steder i litteraturen (Shewan & Cameron, 1984, Denman, 1998, Michallet, Le Dorze & Tétréault, 2001, Avent et al., 2005, Cameron & Gignac, 2007, Wiwe & Øhenschlæger, 2009, Le Dorze & Signori 2010, Mandes, Mariën & Jansen, 2011, Johansson et al. 2012).

Denman (1998) finder, at de fleste pårørende har været nødsaget til selv at søge den information, de føler behov for. Det være sig både information omkring afasi samt information om offentlige tilbud som f.eks. genoptræning af personen med afasi samt støttegrupper til den på-

rørende. Det er vigtigt, at den rigtige information gives på det rette tidspunkt, og at de pårørende ikke overøses med information på et tidspunkt, hvor de ikke er i stand til at bearbejde denne nye viden (Cameron & Gignac, 2007). Cameron & Gignac (2007) argumenterer for, at information om afasi samt tilstanden hos personen med afasi bør gives i de første faser, mens information om sociale muligheder for den pårørende først bør gives i den kroniske fase, når den pårørende har fået dannet sig rutiner og har fået tid og overskud til at tænke på egne behov.

Flere studier har desuden fundet, at behovet for emotionel støtte og behovet for praktisk træning til at forbedre kommunikationen, samt behovet for alene-tid væk fra personen med afasi og tid til restituering af egne kræfter er centrale temaer hos de pårørende (Denman 1998, Cameron & Gignac, 2007, Michallet et al., 2001, Le Dorze & Signori 2010, Mandes et al., 2011).

Ud over dette finder Cameron & Gignac (2007) yderligere, at de pårørende har et behov for at få løbende feedback og vejledning efter, at personen med afasi er færdig i logopædisk behandling. Dette behov for opfølgning er ifølge Cameron & Gignac (2007) udtryk for, at de har behov for ikke at føle sig efterladt af systemet efter endt intervention (Purdy & Hindenlang, 2005, Cameron & Gignac, 2007).

Vores empiriske studie

I vores analyse af forskningslitteraturen fandt vi, at der er mange individuelle faktorer, der spiller ind på de pårørendes situation og håndtering af problemstillingerne i hverdagen og i kommunikationen. Dette understøtter synet på, at den logopædiske intervention bør tilrettelægges individuelt. På baggrund af vores analyse og fund i litteraturen udarbejdede vi en mindre empirisk undersøgelse. Denne havde til formål at undersøge danske pårørendes copingstrategier i forhold til at opnå en vellykket kommunikation med personen med afasi, at identificere de pårørendes behov i forhold til kommunikationen og logopædens rolle i forhold til disse behov.

Metode

Vores empiriske undersøgelse blev udformet som et kvalitativt studie, bestående af semi-strukturerede interviews med 4 kvindelige pårørende. Data blev analyseret med både datadrevne og begrebsdrevne processer for at sikre, at al væsentlig information i deltageres udtalelser blev belyst (Kvale & Brinkmann, 2009).

Resultater

Resultaterne demonstrerede især, hvor engagerede og hårdtarbejdende de nære pårørende var i forhold til at sikre en vellykket kommunikation i hverdagen og i forhold til at lette kommunikationsvanskelighederne hos personen med afasi. Vi fandt, at deltagerne i vores studie benyttede sig af både emotions- og problemfokuserede copingstrategier i forbindelse med håndteringen af kommunikationsvanskelighederne.

Desuden viste det sig, at deltagerne overvejende brugte problemfokuserede copingstrategier, når det gjaldt håndtering af specifikke sammenbrud i kommunikationssituationer. Det var interessant, at de pårørende ofte på eget initiativ havde udviklet og afprøvet forskellige kommunikationsstrategier, og at disse ikke nødvendigvis var blevet introduceret af logoæderne. Det var ydermere interessant, at disse strategier faktisk fungerede kommunikationsfremmende, og at de pårørende således på eget initiativ havde fundet metoder til at gøre kommunikationen i hverdagen lettere.

Af selvopfundne tiltag kan nævnes gentagelser, fonologiske prompt, gestik, ja/nej-spørgsmål og omformuleringer. Desuden benyttede flere af deltagerne sig af humor for at overkomme både de specifikke samtalebrud, men også som redskab til at cope med det psykosociale pres i hverdagen.

Det var desuden et vigtigt resultat, at de pårørende generelt var glade for indholdet af den logopædiske undervisning og logopædens inddragelse af dem i interventionen. På trods af dette var det tydeligt, at de pårørende oplevede, at der var enkelte behov, der ikke var blevet opfyldt tilstrækkeligt af logopæderne. Disse behov dækkede over behovet for information, behovet for emotionel støtte, behovet for praktisk støtte

og behovet for opfølgning, både undervejs og efter endt intervention.

Det tyder altså på, at selvom logopæder i høj grad fokuserer på at inddrage de nære pårørende i interventionen af personer med afasi, er der stadig områder, hvorpå logopæderne i disse tilfælde kunne have gjort mere for at hjælpe med at afdække de pårørendes behov.

Vores deltagere gav alle udtryk for, at blandt de mange udfordringer i hverdagen, så var afasien det parameter, der gav anledning til størst frustration og bekymring.

Det var fremtrædende, at de kommunikative vanskeligheder havde adskillige konsekvenser for de pårørende og personerne med afasi. Disse konsekvenser afspejlede sig i form af forandringer i roller, det interpersonelle forhold samt de pårørendes opfattelse af personlighedsforandringer hos personerne med afasi. Herudover oplevede de pårørende negative følelser i forbindelse med kommunikationssammenbrudene.

Opsummering

Generelt fandt vi, at resultaterne af vores empiriske studie stemte godt overens med vores fund i gennemgangen af den internationale forskningslitteratur. Vores undersøgelse viser vigtigheden af at anerkende de pårørendes arbejde i forhold til at sikre en succesfuld kommunikation i hjemmet.

Ydermere indikerer vores fund vigtigheden af, at logopæderne tager højde for den enkelte pårørendes behov i forbindelse med interventionen af personen med afasi. Vores resultater har i høj grad bekræftet vigtigheden af at intervenere på baggrund af individuelle problemstillinger, behov og måder at cope på. I denne forbindelse kan tilgangen »Life-Participation Approach to Aphasia« (LPAA) nævnes. LPAA anbefaler bl.a., at logopæden arbejder målrettet med dualiteten i kommunikation mellem personen med afasi og dennes pårørende. Tilgangen vil gøre det lettere for logopæden også at se på de specifikke copingstrategier, som den pårørende og personen med afasi anvender (Chapey et al., 2008).

Med henblik på yderligere undersøgelser er det oplagt at indhente flere kvalitative data, der i

højere grad vil gøre det muligt at generalisere vores fund til den samlede gruppe af nærmeste pårørende til personer med afasi i Danmark. På baggrund af dette mere generelle billede, vil det give bedre mulighed for at evaluere og eventuelt optimere det logopædiske arbejde med personer med afasi og deres pårørende i Danmark.

Referencer

- Adriaansen, J.J.E., van Leeuwen, C.M.C., Visser-Meily, J.M.A. van den Bos, G.A.M. & Post, M.W.M. (2011) Course of social support and relationships between social support and life satisfaction in spouses of patients with stroke in the chronic phase. *Patient Education and Counselling*, 85, e48-e52.
- Artes, R. & Hoops, R. (1976) Problems of aphasic and nonaphasic stroke patients as identified and evaluated by patients' wives. In Y. Lebrun & R. Hoops (Eds.) *Neurolinguistics 4, Recovery in Aphasics*. Amsterdam, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, 31-45.
- Avent, J., Glista, S., Wallace, S. Jackson, J. Nishioka, J. & Yip, W. (2005). Family information needs about aphasia. *Aphasiology*, 19 (3/4/5), 365-375.
- Bakas, T. Kroenke, K. Plue, L.D., Perkins, S.M. & Williams, L.S. (2006) Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*, vol. 31 nr. 1, s. 33-42.
- Cameron, J.I. & Gignac, M.A.M. (2008) »Timing it right«: A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counselling*, 70, 305-314.
- Chapey, R., Duchan, J.F., Elman R.J., Garcia, L.J., Kagan, A., Lyon, J.G & Simmons-Mackie, N (LPAA Project Group) (2008) Life-Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders, fifth edition*. Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins, s. 279-289.
- Christensen, J.M. & Andersson, J.D. (1989) Spouse adjustment to stroke: aphasic versus nonaphasic partners. *Journal of Communication Disorders*, 22, 225-231.
- Denman, A. (1998) Determining the needs of spouses caring for aphasic partners. *Disability and Rehabilitation*, vol. 20, nr. 11, 411-423.
- Draper, P. & Brocklehurst, H. (2007) The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study. *Journal of clinical nursing*, 16, 264-271.
- Han, B. & Haley, W.E. (1999) Family caregiving for patients with stroke. *Journal of the American Heart Association*, 30, 1478-1485.
- Herrmann, M., Britz, A., Bartels, C. & Wallesch, C.W. (1995) The impact of aphasia on the patients and family in the first year poststroke. *Top Stroke Rehabilitation* 2 (3), 5-19.

- Holland, A.L. (1982) Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, vol. 47, 50-56.
- Holland, A.L. (1991). Pragmatic aspects of intervention i aphasia. *Journal of neurolinguistics*, vol. 6, nr. 2, 197-211.
- Johansson, M.B., Carlsson, M., Östberg, P. & Sonnander, K. (2012) Communication changes and SLP services according to significant others of persons with aphasia. *Aphasiology*, ifirst, 1-24.
- Kagan, A. (1998) Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12:9, 816-830.
- Kinsella, G. & Duffy, F.D. (1978) The spouse of the aphasic patient. In Y. Lebrun & R. Hoops (Eds.) *Neurolinguistics 8, The Management of Aphasia*. Amsterdam, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, kap. 3, 26-49.
- Kinsella, G. & Duffy, F.D. (1979) Psychosocial readjustment in the spouse of aphasic patients. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 11, 129-132.
- Koenderman, M.v.d.S. (2004) High-tech AAC and aphasia: Widening Horizons? *Aphasiology*, 18:3, 245-263.
- Kristensen, M.S. & Andreassen, A. (2007) ICF på det audiologopædiske område. *Dansk Audiologopædi*, 2, 13-16.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Interview, introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzel.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Le Dorze, G. & Signori, F.H. (2010) Needs, barriers and facilitators experiences by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32 (13), 1073-1087.
- Low, J.T.S., Payne, S. & Roderick, P. (1999) The impact of stroke on informal carers: a literature review. *Social Science & Medicine*, 49, 711-725.
- Lyon, J. (2004) A real-life example. (uddrag af Evolving treatment methods for coping with aphasia approaches that make a difference in everyday life (s. 66-71)). I Duchan, J.F. & Byng, S. *Challenging Aphasia Therapies: Broadening the Discourse and Extending the Boundaries*. Psychology Press, 2004, s. 54-81.
- Lyon, J.G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., Ryff, C., Coyne, S. & Blanc, M. (1997) Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11:7, 693-708.
- Manders, E., Mariën, A. & Janssen, V. (2011) Informing and supporting partners and children of people with aphasia: A comparison of supply and demand. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 36, 139-144.
- McGurk, R., Kneebone, I.I. & Pit ten Cate, I.M. (2011) Sometimes we get it wrong but we keep on trying: A cross-sectional study of coping with communication problems by informal carers of stroke survivors with aphasia. *Aphasiology*, 25:12, 1507-1522.
- Michallet, B., Le Dorze, G. & Tétréault, S. (2001) The needs of spouses caring for severely aphasic persons. *Aphasiology*, 15 (8), 731-747.
- Michallet, B., Tétréault, S. & Le Dorze, G. (2003) The consequences of severe aphasia on the spouses of aphasic people: A description of the adaptation process. *Aphasiology*, 17 (9), 835-859.
- Öhman, M. & Söderberg, S. (2004) The experiences of close relatives living with a person with serious chronic illness. *Qualitative Health Research*, 14, 396-410.
- Purdy, M. & Hindenlang, J. (2005) Educating and training caregivers of persons with aphasia. *Aphasiology*, 19 (3/4/5), 377-388.
- Rautakoski, P. (2012) Self-perceptions of functional communication performance during total communication intervention. *Aphasiology*, 26:6, 826-846.
- Rombough, R.E., Howse, E.L. & Bartfay, W.J. (2006) Caregiver strain and caregiver burden og primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. *Rehabilitation Nursing*, vol. 31, nr. 5, 199-209.
- Shewan, C.M. & Cameron, H. (1984) Communication and related problems as perceived by aphasic individuals and their spouses. *Journal of Communication Disorders*, 17, 175-187.
- Simmons-Mackie, N. & Kagan, A. (2007) Application of the ICF in aphasia. *Seminars in Speech and Language*, vol. 28, nr. 4, 244-253.
- WHO/Sundhedsstyrelsen (2003). International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF). Munksgaard, 11-29.
- Wiwe, L.B. & Øhenschläger, B. (2009) Familien efter hjerneskade. I Gade, A., Gerlach, J. Starrfelt, R. & Pedersen, P.M. (Red) *Klinisk Neuropsykologi*, København: Frydenlund, s. 510-515.
- Visser-Meily, A., Post, M. van de Port, I., Maas, C., Forstberg-Wärleby, G. & Lindeman, E. (2008) Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: Course and relations with coping strategies. *Journal of the American Heart Association*, 40, 1399-1404.

Tidlig identifikation af høretab og sprogudvikling:

Betydningen af sociodemografiske faktorer for deltagelse i den nationale neonatale hørescreening i Danmark

I Danmark har vi en neonatal hørescreeningstæthed på 85% procent. Det lyder måske af meget, men i internationale sammenligninger og i sammenligninger med andre screeningstilbud (fx PKU'testen) er det en overraskende lav screeningstæthed. I nærværende artikel beskrives et stort ph.d. projekt på Syddansk Universitet, børneaudiologopædi, der undersøger hvilke sociodemografiske, etniske og geografiske faktorer, der måske kendetegner de 15% af børn, der ikke hørescreenes. Da vi ikke ved, hvad der eventuelt karakteriserer gruppen, er undersøgelsen designet som et eksplorativt registerstudie, der inkluderer den første hørescreeningskohorte i perioden 2008-2012 inkluderende i alt 251.000 børn. Vores argumenter for en øget opmærksomhed på den tidlige børneaudiologiske indsats i Danmark baserer sig på en systematisk gennemgang af den internationale litteratur, der påviser hørelsens vitale betydning for barnets sociale, kognitive, emotionelle og ikke mindst sproglige udvikling. Her spiller talehørekonsulenternes specifikke kompetencer en særlig rolle i det tværfaglige arbejde med sundhedsplejersker, jordmødre og praktiserende læger.



CHRISTINA DEGN

er cand. mag. i audiologopædi med speciale i pædagogisk audiologi og ansat som ph.d.-stipendiat ved Institut for Sprog og Kommunikation på Syddansk Universitet. Hun har primært fokus på det børneaudiologiske felt, hvor hun pt. er i gang med

et forskningsprojekt omkring den danske neonatale hørescreeningsindsats. Projektet, som er finansieret af Oticon Fonden, blev påbegyndt i marts 2012 og forventes afsluttet i marts 2015. degn@sdu.dk



PIA THOMSEN

er børneforsker på Syddansk Universitet, Institut for Sprog og Kommunikation, lektor, ph.d. med fokus på sproglige og socialkognitive processer hos børn med typisk og atypisk sprogudvikling, herunder særligt med fokus på grammatiske og

semantisk-pragmatiske vanskeligheder samt hukommelsens betydning for sprogudviklingen. Hun har publiceret både nationalt og internationalt. Hun leder Forskergruppen *Børneaudiologopædi* Institut for Sprog og Kommunikation. Hun vejleder pt. tre ph.d. forskningsprojekter inden for det logopædiske og audiologiske område. Hun var studieleder for audiologi- og logopædiuddannelserne i 2008-2012, men er nu forsker og underviser sammensteds. piathomsen@sdu.dk

For nylig var forfatterne til denne artikel på en konference, hvor vi skulle præsentere et igangværende forskningsprojekt om den neonatale hørescreeningstæthed i Danmark. Efter præsentationen fik vi spørgsmålet: »Hvad nytter tidlig indsats på det børneaudiologiske område? Hvis

screeningstætheden højnes, hvor mange børn finder vi så yderligere?«. Spørgeren fortsatte: »Er det vigtigt i forhold til de økonomiske ressourcer, der anvendes på tilbuddet? For det koster dyrt«.

Vores svar indeholdt mange facetter. Det in-

deholdt argumenter, der fremhævede de samfundsøkonomiske fordele ved at finde børn med høretab tidligt, det indeholdt referencer til store internationale undersøgelser, der viser, at livsvilkårene og barnets trivsel forbedres markant, hvis der tilbydes tidlig audiologisk indsats, og det indeholdt vores faste overbevisning om, at barnets sproglige, kognitive og social-emotionelle udvikling styrkes betragteligt, hvis det tilbydes tidlig specialiseret høreteknisk og undervisningsmæssig indsats, der ikke blot fokuserer på tilegnelsen af det strukturelle sprogsystem, men også inkluderer kognitive og pragmatiske aspekter af sprogbrugen (Goberis et al., 2013; Thomsen, 2011; 2012). Hørelsen er afgørende for barnets muligheder og trivsel – i et livsperspektiv, og derfor er det så afgørende, at vi begynder at tale om hørelsen som én af barnets fem vigtige sanser med afgørende betydning for og indvirkning på barnets generelle udvikling.

Vi ved det godt, men er det sådan hørelsen italesættes, når vi taler med kommende forældre, praktiserende læger, jordmødre og sundhedsplejersker? Hørelsens betydning er uvurderlig for barnets udvikling, og bør ikke kun have fokus, når den svigter. At kunne høre – eller hjælpes til at høre så optimalt som muligt – er barnets iboende, grundlæggende ret, hvilket formuleres fint af de to canadiske forskere, Hyde og Riko (2000:104m), der opsummerer diskussionerne retrospektivt om hørescreeningstilbud og tidlige indsatser. De siger:

'There is, though, a simpler rationale for early detection and intervention that seems to have been largely overlooked. It starts with accepting that hearing is a normal and fundamental attribute of the human. Notwithstanding special perspectives within the deaf culture, these authors believe that a newborn child has an inherent right to hear, just as the child has a right to breathe.'

Hørelsen er af fundamental betydning for at kunne indgå på lige fod med andre børn og voksne i sociale, emotionelle og ikke mindst læringsmæssige kontekster. Netop derfor mener vi, at sundhedsplejersker og audiologopæder

spiller en afgørende rolle i at sikre, at alle børn, uanset etnicitet og socioøkonomisk status, tilbydes tidlig indsats, høretekniske hjælpemidler og specifik audiologopædisk intervention. Disse bør målrettes ikke blot barnets strukturelle sproglige kompetencer, men i lige så høj grad rettes mod de mentaliserings- og pragmatiske aspekter, der kendetegner komplekse kommunikationssituationer (Goberis et al., 2013).

Hvorfor bruge ressourcer på neonatal hørescreening?

Manglende auditiv stimulering tidligt i livet forringer barnets sproglige, kognitive og sociale indlæringsmuligheder, hvorfor tidlig høreteknisk og kommunikativ intervention er afgørende (Goberis et al., 2013) for barnets udviklings- og indlæringspotentiale. Screening af børns hørelse er ej heller et nyt fænomen. Faktisk har screening fundet sted i Danmark siden 70'erne, hvor BOEL-testen (Blik Orientering Efter Lyd) blev indført som en del af sundhedsplejerskens vurdering af barnets generelle udvikling ved 8 måneders alderen (Ravn & Bjerager, 2004). Efter anbefalinger fra den amerikanske interesseorganisation the Joint Committee of Infant Hearing (JCIH) i 1982 og igen i 1990, er der i Danmark også delvist blevet udført neonatal hørescreening af risikobørn, dvs. børn som ved fødslen udviste indikationer på forøget risiko for høretab (JCIH, 1990), heriblandt for tidligt fødte og børn med kranieformiteter samt børn med arvelig disposition (Sundhedsstyrelsen, 2004).

Risikoscreeningen har imidlertid vist sig utilstrækkelig, idet gennemsnitsalderen for identificering af høretab i Danmark har ligget på ca. 1½ år (Parving et al., 2003). Et tidspunkt, der ifølge den nationale og internationale børneaudiologiske forskning er alt for sent, idet effektiv intervention senest skal påbegyndes, når barnet er 6 måneder gammelt (JCIH, 2007). Dette betyder, at diagnosticeringen af et medfødt høretab af praktiske årsager skal finde sted indenfor barnets første 3 levemåneder (Sundhedsstyrelsen, 2004). Ved effektiv intervention forstås, at barnet og familien tilbydes de rette tekniske hjælpemidler, og at barnets omsorgspersoner tilbydes kvalificeret og kontinuert vejledning i etableringen af optimale kommunikative rammer (San-

Implementering af evidensbaseret praksis – i det logopædiske arbejdsfelt



Evidensbaseret praksis er en arbejdsform, hvor man løbende forholder sig kritisk reflekterende til ny forskningsviden i forhold til egen praksis for at sikre, at man konstant anvender de nyeste og mest effektive interventioner/behandlinger i forhold til den modtagergruppe, man arbejder med.

Fordelene ved at gøre sin praksis evidensbaseret er mange: Større arbejdsglæde, bedre organisatorisk støtte, mere effektive interventioner, nedbringelse af omkostninger og større faglig indsigt hos de professionelle.

Denne antologi rummer en lang række artikler, der forholder sig til alle hjørner af det evidensbaserede praksisfelt. Fra ledelse og organisering, over formulering af egne forskningsspørgsmål, kritisk vurdering af forskningsbaserede undersøgelser, evaluering og inddragelse af klientperspektivet.

Evidensbaseret praksis præsenteres gennem en række logopædiske eksempler, bl.a.:

- SLI/specifikke sprogforstyrrelser
- stemme- og stammevanskeligheder
- dysfagi
- dysartri
- afasi
- pragmatiske vanskeligheder
- autisme
- Downs syndrom
- læbe-ganespalte
- alternativ og supplerende kommunikation
- hørevanskeligheder
- flersprogethed.



Redaktørerne:

Dr. Hazel Roddam med mere end 25 års erfaring inden for logopædi og underviser på School of Public Health and Clinical Sciences i Lancashire, England.

Dr. Jemma Skeat fungerer som erfaren logopæd og forsker ved Murdoch Childrens Research Institute i Melbourne, Australia.

Bogen er oversat af Helle Iben Bylander MA i Sprogtilegnelse, tale-høre- & læselærer, lektor ved UCC og Trine Kjær Krogh cand. mag. adjunkt ved UCC.

Pris: 295 kr. inkl. moms. Forudbestil på info@hogrefe.dk eller 3538 1655.

HOGREFE
PSYKOLOGISK FORLAG



ford Koester & Lahti-Harper, 2010). Flere undersøgelser fremhæver eksempelvis, at den sproglige interaktion mellem omsorgspersoner og barnet reduceres, når barnet har et identificeret høretab, hvilket reelt er kontra-produktivt, men tilsyneladende umiddelbart intuitivt uden specifik kontinuerlig kommunikationsvejledning (Se opsummering i Sanford Koester & Lahti-Harper, 2010).

De historisk set sene identificeringer skyldes bl.a., at sensitiviteten hos BOEL-testen er for lav, at testen udføres for sent (Ravn & Bjerager, 2004), men også at risikoscreeninger ikke er adækvate, idet ca. 50% af børn, der fødes med høretab, *ikke tilhører* en risikogruppe og derfor ikke har umiddelbare indikationer på høretab (Vohr et al., 2000; Sundhedsstyrelsen, 2004). Retrospektivt har vi således i Danmark haft en gruppe af børn, der først er blevet identificeret, når den sproglige, kognitive og sociale udvikling er stagneret eller forsinket i en sådan grad, at der opstår mistanke om et høretab. På den baggrund blev det i 2004 politisk vedtaget at indføre neonatal hørescreening som et landsdækkende sundhedstilbud i Danmark.

Det danske neonatale hørescreeningsprogram: hvornår, hvem og hvordan?

Forskningen viser, at systematisk og optimal intervention ved høretab *skal* igangsættes, inden barnet er fyldt et halvt år for at opnå optimal sprogudvikling (Korver et al., 2010; Yoshinagatano, 1998). Det betyder, at barnet udvikler strukturelle (receptivt og produktivt) alderssvarende sproglige kompetencer og ikke udviser umiddelbare højere risici for en afvigende sprogudvikling end baggrundspopulationen (fx bearbejdningsrelaterede sprogvanskeligheder, Thomsen & Esbensen, 2013).

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen opsat følgende målsætninger for den neonatale hørescreeningsindsats i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2004):

- Der ønskes en screeningstæthed >90%
- Det samlede screeningsforløb skal være afsluttet inden 30 dage efter fødslen (eller 30 dage efter hjemsendelse fra neonatal afdeling)
- Den endelige diagnosticering skal være afsluttet senest 3 måneder efter fødslen

Hørescreeningsforløbet er regionalt set organiseret meget forskelligt, og selve screeningen varetages af en bred vifte af fagligt personale på forskelligt placerede screeningssteder: jordemødre, sygeplejersker, bioanalytikere og sosu-assistenten på barselsafdelinger, patienthoteller, jordemoderklinikker m.fl. (Degn & Gormsen, 2011).

Et screeningsforløb kan bestå af *op til tre screeninger*. Ovenstående faggrupper varetager de to første (primær-screening og om-screening), mens barnet henvises til en audiologisk afdeling for en tredje såkaldt re-screening, hvis de to første screeninger ikke passerer. Hvis et barn ikke passerer hverken primær-, om- eller re-screeningen, henvises der til udredning på en børneaudiologisk afdeling, der udfører den endelige diagnosticering af et eventuelt høretab (Sundhedsstyrelsen, 2004).

For at kunne efterkomme Sundhedsstyrelsens retningslinjer og gennemføre tre screeninger inden for tidsrammen på <30 dage anbefales det, at primær-screeningen udføres senest 10 dage efter fødslen og en evt. om-screening senest en uge efter primær-screeningen. Denne rigide tidsramme kan synes uhensigtsmæssig for en familie med et nyfødt barn, men skyldes vigtigheden i, at den audiologiske afdeling tidsmæssigt har mulighed for at gennemføre de nødvendige tests i forbindelse med diagnosticering af et evt. høretab inden barnet er fyldt 3 måneder. Bestilling af høreapparat og prop samt tilpasning og justering efter en diagnosticering kan nemlig ligeledes tage op til tre måneder, hvorfor fagprofessionelle og forældre bør være særlige opmærksomme på de anbefalede tidsintervaller, således at barnet får ideelle muligheder for optimalt lydligt input, inden han/hun er fyldt 6 måneder.

Hvilke faktorer kan forklare den lave screeningstæthed i Danmark?

Der er ingen tvivl om, at indførelsen af den neonatale hørescreening er en milepæl inden for børneaudiologien i Danmark, men der er stadig mange områder, hvor vi kun ved ganske lidt om børnenes udvikling, involverede metoder og betydningen af informationsniveauet vedrørende screeningstilbudet.

Sundhedsstyrelsen kunne i deres 2007-evaluering konkludere en stigning på 51 procent af diagnosticerede høretab senest tre måneder efter fødslen fra 2000 til 2005 (Degn & Gormsen, 2011; Sundhedsstyrelsen, 2007). Men der er aktuelt behov for en indsats i relation til selve screeningstætheden, dvs. antallet af børn i en fødselsårgang, som screenes. På trods af en regional variation, er Sundhedsstyrelsens målsætning på 90% som nationalt niveau ikke opfyldt, jf. tabel 1, hvilket betyder, at der i praksis er et betydeligt antal børn, hvis hørelse vi ikke har af dækket, og den udmeldte prævalens af høretab er således formentlig for lav.

Da screeningstætheden er interventionelt afgørende, er det væsentligt at kortlægge forklaringsfaktorer til manglende screeningsdeltagelse, således at en forebyggende indsats kan imødekomme eventuelle 'forhindringer'.

Netop deltagelsesidentifikation ud fra sociale, demografiske og etniske faktorer spiller en central rolle i et stort ph.d.-forskningsprojekt på Syddansk Universitet, Institut for Sprog og Kommunikation, Forskergruppen Børneaudiologopædi (Degn under forberedelse; Degn & Thomsen, under forberedelse). Der er tale om grundforskning, idet screeningskohorten 2008-2012 aldrig tidligere er blevet beskrevet, men projektet har ligeledes et anvendt perspektiv, idet resultaterne vil kunne spille en afgørende rolle for tilrettelæggelsen og udviklingen af børneaudiologien i Danmark og på sigt være med til at skabe fokus på forekomst og typer af høretab hos børn i Danmark.

Ph.d. projektet er registerbaseret og inkluderer samtlige nyfødte, ca. 251.000 børn, i perioden 2008-2012. Formålet er at undersøge, hvorvidt familiens 1) samlede ressourceniveau, 2) etnicitet og/eller 3) strukturelle afvigelser i fødsels-

og barselsforløbet kan have betydning for barnets/forældrenes deltagelse i screeningstilbudet, ved at sammenligne populationen af screenede børn med populationen af ikke-screenede børn.

Familiens samlede ressourceniveau

Nybagte forældre er dagligt udfordrede på deres organisatoriske evner og overskud, ikke mindst hvis der er større søskende, eller hvis der er tale om eneforsørgere. Derfor vil projektet belyse betydningen af morens civilstand og antallet af børn i husstanden.

I forhold til den neonatale hørescreening forstærkes ressourceudfordringerne af at antallet af ambulante fødsler stiger, hvorfor familien sendes hjem, inden en hørescreening kan udføres. Samtidigt bliver der længere og længere til hospitalerne pga. den øgede centralisering. Det kræver derfor både tid, overskud og vilje at få sit barn hørescreenet. Information om fødselshospital, afstand til familiens bopæl samt varighed af evt. indlæggelse i forbindelse med fødslen vil formentlig derfor vise sig at spille en væsentlig rolle for familiens valg. Eller vil det?

Endelig belyses til- og fravalg af hørescreeningen ud fra forældrenes socioøkonomiske status baseret på uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst.

Herkomst, etnicitet og kulturelle faktorer

Betydningen af familiens herkomst belyses ud fra en række hypoteser, der er formuleret i internationale undersøgelser, og som rapporterer om en generelt lavere deltagelsesrate ved screeningstilbud for minoritetsgrupper. (Diderichsen et al., 2011; Folsom et al., 2000). Dette fokus er centralt, da der kan forekomme en øget risiko for audiogenetiske medfødte høretab hos bestemte indvandrergupper (Smith et al., 2005).

Tabel 1: Oversigt over screeningstætheden i Danmark for perioden 2007-2009 (Sundhedsstyrelsen, 2010)

Årstal	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Hele Landet
2007	88%	90%	80%	83%	86%	85%
2008	88%	86%	86%	79%	88%	85%
2009	85%	82%	83%	84%	94%	85%



LIDER DU AF **TINNITUS?**

At have høretab kan være temmelig ressourcekrævende. Blot det at lytte kræver en stor indsats, og træthed eller udmattelse, koncentrationsproblemer og stress følger ofte med et høretab. Undersøgelser har vist, at stress er meget mere almindeligt hos mennesker med høretab end hos normalthørende.

En ret stor del af de mennesker, der har høretab, er også ramt af tinnitus, og er derfor dobbelt belastede.

Ikke blot skal de anstrenge sig for at høre, de bruger også en masse energi på at forsøge at ignorere den konstante lyd i deres ører. Effekten af dette kan være ret alvorlig eller endog invaliderende, med forstyrrelse af søvn, familierelationer og arbejdsevne til følge. Dette kan igen medføre stress, irritabilitet, mangel på koncentration og lav livskvalitet.

De stress-relaterede konsekvenser ved høretab og tinnitus har motiveret Widex til at lave en særlig funktion til afslapning og koncentration. Denne funktion kaldes Zen og er indeholdt i de nyeste høreapparatmodeller fra Widex.

Du kan bestille yderligere dokumentation og information om Zen-programmets gavnlige indvirkning på tinnitus samt om Widex høreapparater på 44 35 60 80 eller på www.widex.dk

I den forbindelse påpeger Degn og Gormsen (2011), at der i hovedparten af Danske Regioner ikke forefindes informationsfoldere vedrørende hørescreeningen på andre sprog end dansk. Ligeledes stilles der flere steder krav om, at nybagte forældre selv bestiller en screeningstid, hvilket forfordeler forældre med et andet modersmål end dansk, eller som har social-emotionelle udfordringer (Degn & Gormsen, 2011).

Strukturelle afvigelser i barsels- og fødselsforløb

Sidst, men ikke mindst, formulerer projektet den hypotese, at jo flere strukturelle afvigelser, der forekommer, sammenlignet med et »typisk« fødsels- og barselsforløb, jo lavere er screeningstætheden, dvs. at manglende deltagelse kan forklares ved organisatoriske forhold på indlæggelsesstedet. Til at belyse dette inddrages bl.a. information om fødselstype (hjemmefødsel vs. hospitalsfødsel), indlæggelse på en neonatal afdeling, flytning mellem flere afdelinger/sygehuse inden udskrivelse samt genindlæggelse af mor/barn indenfor barnets første levemåned.

Danske screeningsudfordringer i et internationalt perspektiv

Danmark er et lille og relativt homogent land, hvor tilstedeværelsen af et velfærdssundhedssystem (principielt) sikrer lige adgang til sundhedsydelser for befolkningen. Alligevel ligger vi i Danmark med en screeningstæthed på 85% langt efter det meste af udlandet, som rapporterer om screeningstætheder på over 95%, fx 97% i USA (Malphurs & Mustain, 2010), 98,3% i UK (NSC, 2011) og 99,2 i Australien (VIHSP, 2012). Selv i forhold til screeningsprogrammer i U-lande halter vi overraskende bagefter: 98,7% i Nigeria, 99,9% i Mexico, 98,9% i Hong Kong, og 91% i Brasilien (Olusanya et al., 2008).

Ud over en lang række faktorer, der knytter sig til vores sundhedsadfærd (Health Behavior) (Connor & Norman, 2005; Degn & Thomsen, under forberedelse 2), skal årsagen til disse forskelle formentlig findes i tilrettelæggelsen af screeningstilbuddene. Internationalt er den gennemgående screeningsmodel nemlig organiseret som en *inpatient-model* (Danhauer et al., 2008, Sundhedsstyrelsen, 2004) dvs. at barnet

primær-screenes inden familien udskrives fra fødegangen – hvilket i nogle tilfælde vil sige allerede få timer efter fødslen.

Fremgangsmåden er effektiv (jf. ovenstående screeningstætheder), men har den ulempe, at antallet af falske positive testresultater¹ er højt, hvorfor en stor andel af børn, efter udskrivelsen fra hospitalet, skal vende tilbage til en om-screening - som *outpatient* (Prieve & Stevens, 2000; Griz et al., 2009). Det har imidlertid vist sig meget vanskeligt at fastholde børn i screeningsprogrammerne efter de er blevet *outpatients*, hvilket man bl.a. oplever i USA, hvor op mod 54% af de ikke-passerede børn aldrig vender tilbage til den opfølgende screening (Malphurs & Mustain, 2010).

Den danske screeningsmodel adskiller sig fra den internationale model ved at fokusere på et lavt antal falske positive testresultater frem for en høj screeningstæthed (Degn & Gormsen, 2011; Sundhedsstyrelsen 2004). Det betyder, at børnene først primær-screenes, når de er to dage gamle, således at der med større sandsynlighed er fri passage i øregangene. Herved reduceres antallet af om-screeninger og deraf også unødigt uro hos forældrene (Poulakis et al., 2003). Ulempen er dog, at hovedparten af familierne allerede er udskrevet 2 dage efter fødslen, hvorfor hele screeningsforløbet primært udføres som et *outpatient* tilbud – hvilket gør forældrene til eneansvarlige for screeningsdeltagelsen.

En hurtig sammenligning af den internationale *inpatient*-model og den danske *outpatient*-model illustrerer, at det er i de forløbsovergange, hvor forældre selv skal foretage en motiveret, bevidst handling, at screeningstætheden reduceres. Der er formentlig tale om *risikovurderinger* (fx hvad er sandsynligheden for høretab, er det farligt for mit barn?) og *ubevidste motivationsfaktorer* i forbindelse med ikke-deltagelse, idet opgørelser fra England og Australien viser, at under 1% af forældrene besluttet frabeder sig hørescreeningen, når den bliver dem direkte tilbudt (NSC, 2011; VIHSP, 2012). Endvidere spiller retorikken omkring til- og fravalg af hørescreeningen formentlig også en rolle i forældres valg (Degn, under forberedelse).

Selv om screeningstæthed er afgørende for et succesfuldt screeningsprogram, er der blevet publiceret overraskende lidt om deltagerkarakteristika og -barrierer. En af de undersøgte faktorer er imidlertid socioøkonomisk status (SES), hvor publikationerne har undersøgt betydningen af eksempelvis uddannelses- og indkomstniveau og privat sygesikring (Cavalcanti & Guerra 2012; Christensen et al., 2008; Griz et al., 2009; Liu et al., 2008). Hvis man sammenholder disse resultater med screeningsmodellen, står det klart, at netop ressourcetsvage familier vil være særligt sårbare i en *outpatient*-model som den danske, eftersom modellen bygger på et stærkt personligt incitament og handlingsover-skud.

Ud over SES synes også lav fødselsvægt og lav APGAR score (undersøgelse af hudfarve, vejrtrækning, muskelspænding, hjerteslag og reflekser kort efter fødslen) hos barnet ligesom også rygning hos moderen relateret til lav screeningstæthed (Christensen et al., 2008; Liu et al., 2008).

Overraskende er det, at flere undersøgelser også fremhæver lavere screeningstæthed blandt børn på neonatale afdelinger (Christensen et al., 2008; Dauman et al., 2009). Det skyldes formentlig, at fokus her retter sig mod barnets helbreds-tilstand (liv-død), og i mindre grad mod risikoen for medfødt høretab, selv om den er væsentlig forøget hos netop denne gruppe af børn (Martines et al., 2013; JCIH, 2007; Vohr et al., 2000). Derfor bør fagpersonalet i alle screeningsprogrammer have øget fokus på at screene risikobørn, når deres tilstand tillader det.

Øget fokus på livslange sproglige, kognitive og sociale konsekvenser af et høretab

For det lille barn, der er i færd med at tilegne sig sproget, er det afgørende, hvilke lydige signaler han/hun har til rådighed for at identificere, segmentere og kategorisere sproglyde. Derfor har graden af høretab stor betydning, og der er fra vores perspektiv en række etiske overvejelser, som må tages i betragtning, vedrørende identifikation af høretab og tilbudte interventioner til børn med fx ensidigt høretab (Hyde & Riko, 2000). Rationalet bag en tidlig indsats er, at bar-

nets auditive system behøver stimuli for at udvikles, og at der uden stimulering sker fossilisering i en række af de naturlige biologiske og kognitive processer (Thomsen & Degn, 2013).

Fra et udviklingsperspektiv er pointen her, at selv den tidligste kurren og gradvise pludren spiller en central rolle for barnets gradvise sprogudviklingsproces. Det betyder samtidig, at hvis/når de kognitive processer, der er involveret i sprogtilegnelsen forstyrres (eller er dysfunktionelle), vil det have langvarige konsekvenser, som måske ikke umiddelbart afspejles i barnets strukturelle sprog, men først senere i barnets mentalisering og pragmatiske sprogbrug.

Selv børn med svære høretab eller døvfødte børn udvikler og anvender lyd, men eftersom de ikke modtager auditiv feedback, forløber udviklingsprocessen atypisk. Børn med lette og middelsvære høretab producerer oftest den indledende 'kurren' (karakteriseret ved manglende stavelsesstruktur og stor tonevariation) på samme måde som typiske børn. Det ses, at særligt nasale lyde vedvarer hos børn med svære høretab, da de ikke modtager den afgørende feedback til at etablere alternative lyd kategorier (Ertmer & Jung, 2012).

På samme måde er det karakteristisk for pludreudviklingen (ikke-kanonisk og kanonisk) og den tidlige ordtilegnelse, at det typiske barns produktive repertoire vokser markant og nuanceres i overensstemmelse med inputtet, mens det indskrænkes og fossiliserer hos barnet med høretab (Bleses et al., 2008; Thomsen, 2011). Konkret mindskes andelen af velære lyde, som produceres bagest i munden, mens andelen af labiale og alveolære lyde stiger (Vihman, 1996; Stoel-Gammon & Otomo, 1986; Ertmer & Jung, 2012).

Selv et let høretab kan medvirke til fonologiske vanskeligheder, enten fordi barnet ikke kan skelne/identificere lyde i inputtet, eller fordi de qua høretabet ikke får tilstrækkeligt feedback på egne produktioner (Marschark et al., 2009). Lignende forsinkelser gælder også ord- og konstruktionsudviklingen. Hvad er sammenhængen mellem nedsat hørelse og kognitive og sproglige vanskeligheder? Processen består i, at 'lydsigna-

let' transporteres gennem det auditive system, bearbejdes kognitivt i hukommelsen og kædes sammen med forståelsen og den sociale interaktion, typisk repræsenteret som sociale skemaer (Waxman & Goswami, 2012; Thomsen, 2011; Waxman & Makow, 1995;). Når det auditive input forringes, bliver også lydens 'aftryk' og 'fodspor' i hjernen forringet. Fodsporet, den fonologiske repræsentation, bliver flosset i kanten, upræcist og mister dermed en række informationer, som barnet har brug for. Konkret bevirker det forringede auditive signal, at barnet har sværere ved at bearbejde og genkalde den sproglige enhed (fx et ord) i arbejdshukommelsen og langtidshukommelsen (Ebert, Rentmeester-Disher & Kohnert, 2012).

Ustabil repræsentation og genkaldelse medvirker til, at barnet ikke udvikler aldersvarende sproglige kompetencer. En forsinkelse som *ikke* skyldes manglende eller dårligt sprogligt input fra forældrene, men derimod skyldes begrænsninger i den auditive og kognitive bearbejdning (processering) som kommer til udtryk som receptive (perception, identifikation og forståelse) og produktive vanskeligheder (brug af ord, sætninger, bøjningsendelser) hos barnet.

Betegnelsen *sproglige vanskeligheder* inkluderer såvel 1) en forsinket sprogtilegnelse, hvor barnet gør det samme som typiske børn, blot langsommere, som 2) en afvigende sprogtilegnelse, hvor barnet anvender (eller ej) mønstre, der afviger fra typiske børns mønstre. Et par eksempler kan være en konsekvent udeladelse af bøjningsendelser, forholdsord samt vanskeligheder ved at sætte ord sammen i den rigtige rækkefølge, selv i en sen alder.

Mens den konkrete leksikalske udvikling relativt enkelt kan understøttes ved hjælp af den sociale interaktion og konkrete sprogbrug, fx udpegning, konkretisering og visuel støtte, forbliver den morfo-syntaktiske udvikling en udfordring hos børn med middelsvære og svære høretab (Cutler et al., 2012; Figueras-Costa & Harris, 2001; Grimshaw et al., 1997). At lære kompleks grammatik fordrer, at barnet har relativt uhindret adgang til den grammatikaliserede information, der viderebringes ved hjælp af morfo-syntaks, præpositionelle og adverbelle led. Særligt

på dansk er denne information kendetegnet ved manglende transparens og en meget utydelig lydstruktur. Tænk blot på mængden af lydlig sammenfald ved verbale bøjningsendelser (Bleses et al., 2008; Thomsen, 2011).

Ud over de strukturelle udfordringer har børn med høretab ofte svært ved at udfolde sig sprogligt præcist, nuanceret og kognitivt fleksibelt, hvilket har konsekvenser for deres deltagelse i sociale og kulturelle fællesskaber og dermed betydning for deres livskvalitet (Wake et al., 2004). Et klassisk eksempel er, at jo højere de social-kognitive forventninger og krav er, jo vanskeligere har børnene ved at deltage, hvilket bliver tydeligst i kommunikationssituationer, hvor barnet skal mentalisere og internalisere andres og egne perspektiver for at opretholde deltagelse - eksempelvis i forestillingslege eller rollelege (Thomsen, under udarbejdelse).

En af forklaringerne på disse pragmatiske vanskeligheder er formentlig, at et tidligt høretab helt fra barnet er ganske lille har begrænset adgangen til 'overhørt' og kompleks kommunikation, eksempelvis samtaler mellem voksne, samt at børnene i ringere grad indgår i argumenterende, diskuterende dialoger om 'abstrakte' emner (Sanford Koester & Lahti-Harper, 2010). Eftersom deres primære adgangskilder til sproglig interaktion primært har bestået af tale-henvendt-til-børn, har de været afskåret fra værdifuld strukturelt og metalingvistisk input, der for typiske børn fungerer som afsæt for deres eget abstrakte sprogbrug (her defineret som forestillinger og sprogbrug om fænomener, der ikke optræder i her-og-nu-situationen).

Vi ved også, at hørelsen spiller en central rolle for frugtbar og præcis kommunikativ udveksling i sociale børnefællesskaber samt etablering og fastholdelse af venskaber (Wake et al. 2004). Parallelt med de sproglige og social-kognitive udfordringer oplever børn med ikke-tidligt diagnosticeret høretab også i højere grad livslange sociale og uddannelsesrelaterede udfordringer, som bl.a. kommer til udtryk gennem et lavere opnået uddannelsesniveau og en svagere arbejdsmarkedstilknytning (Capacent, 2009; Clausen, 2003).

Særligt de situationer, hvor børn for at deltage på lige fod skal forholde sig til hinandens tanker, forestillinger og ideer ved hjælp af sproget, udfordrer børn med (svære) høretab. De har svært ved ironi, metaforer og vendinger, hvis betydning ikke skal afkodes bogstaveligt, som fx 'Hvem har tisset på din sukkermad?' (Phelps-Terasaki & Phelps-Gunn, 1992). Udfordringerne kan blandt andet forklares ved udprægede vanskeligheder med at afkode og betydningsgive de suprasegmentale niveauer som sætningsmelodi, ord- og sætningstryk osv., hvorfor dette bør indgå som en eksplicit del af de interventionsforløb, børn med høretab tilbydes.

Tilsvarende viser studier, at børn med (svære) høretab udviser en anderledes ToM-udvikling (Theory of Mind), og dermed har brug for langt mere systematisk og eksplicit instruktion i, hvilke kommunikative signaler, der indikerer andres kommunikation, tanker og følelser (Thomsen, 2012; Peterson & Siegal, 2000; 2002). Børn med høretab kan sagtens udvikle et strukturelt tilstrækkeligt sprog, men forsat opleve hindringer i pragmatisk eller mentalt komplekse situationer, såvel receptivt som produktivt (Thomsen, 2012; Goberis et al., 2013)

Perspektiver på tidlig børneaudiologisk indsats: hvordan gør vi det endnu bedre?

Som motiveret i nærværende artikel er der gode argumenter for tidlig indsats på det børneaudiologiske område. Børn har ret til optimal hørelse. Artiklen kaster også lys på den langsigtede og kontinuerede intervention og diskuterer hørelsens betydning for barnets generelle udvikling, herunder også den sociale og emotionelle udvikling. Sproget hos barnet med høretab bør ikke reduceres til en række strukturelle komponenter, men inkludere mulighed for at kunne indgå på lige fod med typiske børn i mentale, abstrakte og komplekse kommunikationssituationer. Også det er en ret for alle børn.

Når man orienterer sig i den internationale litteratur med fokus på, hvordan børn med høretab klarer sig i skolen, og hvordan de trives, er der god grund til at være særligt opmærksom på den tidlige og den sene indsats.

Jo tidligere et høretab identificeres, jo bedre

muligheder har barnet for at udvikle sig på lige fod med andre børn. Her spiller sundhedsplejerskerne en meget central rolle, særligt i forhold til de grupper, som bevidst eller ubevidst fravælger at få hørescreenet deres nyfødte. Vi har brug for mere forskning omkring, hvilke indsatser, der virker motiverende for nybagte forældre, så de træffer et deltagelsesvalg. Her tænker vi, at audiologopæderne spiller en helt central rolle i det tværfaglige samarbejde. Mangler der informationsmateriale, hvem informerer kommende forældre om hørelsens betydning og centrale rolle for barnets generelle udvikling, skolegang og trivsel? Parallelt ved vi stadig kun ganske lidt om de ældre børn med høretab i Danmark – hvem er de, hvilke typer af høretab har børnene, og hvilke typer af interventioner tilbydes de regionalt og kommunalt?

Ligeledes har vi brug for at kortlægge børnenes pragmatiske, kognitive og sociale udvikling, for at sikre at de har mulighed for at udfolde deres ret til at høre - og til at lære så optimalt som overhovedet muligt! Vi når formentlig aldrig helt til en forståelse af de komplekse, dynamiske sammenhænge mellem barnets sanser, kognition og forståelse for det sociale samspil, men vi kan være aktive medspillere – og tilbyde tidlige indsatser til de børn og familier, der har udfordringer med at høre verdens mest komplicerede akustiske lyd, sproget.

Note

- 1 Et falsk positiv testresultat betyder, at barnet på trods af normal hørelse ikke passerer screeningen. Dette forekommer bl.a. da øregangene umiddelbart efter fødslen kan være tilstoppet af fosterfedt og fostervand, som obstruerer målingerne.

Referencer

- Bleses, D. et al. (2008). Early vocabulary development in Danish and other languages: a CDI-based comparison. *Journal of Child Language*, 35: 651-669
- Capacent (2009) Uddannelsesresultater og – mønstre for børn og unge med handicap
- Cavalcanti, H. G. & Guerra, R. O. (2012). The role of maternal socioeconomic factors in the commitment to universal newborn hearing screening in the Northeastern region of Brazil. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 76(11): 1661-1667

- Christensen, M. et al. (2008). Evaluating the Reach of Universal Newborn Hearing Screening in Colorado. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(6): 594-597
- Clausen, T. (2003). Når hørelsen svigter - Om konsekvenserne af hørenedsættelse i arbejdslivet, uddannelsessystemet og for den personlige velfærd. Socialforskningsinstituttet, København
- Connor, M. & Norman, P. (2005). Predicting Health Behaviour (2nd edition) GBR: McGraw-Hill Professional Publishing
- Cutler, A. et al. (2012). Phonologically determined asymmetries in vocabulary structure across languages. *Journal of the Acoustical Society of America*, 132(2)
- Danhauer et al. (2008) Parents' Compliance with and Impressions of a Maturing Community-Based Early Hearing Detection and Intervention Program: An Update. *Journal of the American Academy of Audiology*, 19 (8)
- Dauman, R., et al. (2009). Screening to detect permanent childhood hearing impairment in neonates transferred from the newborn nursery. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73 (3): 457-465
- Degn, C. & Gormsen, M. B. (2011). *Neonatal Hørescreening*. Upubliceret speciale afhandling, Institut for sprog og kommunikation, Syddansk Universitet
- Diderichsen, F. et al. (2011). Uligheder i sundhed – årsager og indsatser. København. Sundhedsstyrelsen
- Ebert, K.D. et al. (2012). Nonlinguistic cognitive treatment for bilingual children with primary language impairment. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 26(6):485-501
- Ertmer, D.J. & Jung, J. (2012). Monitoring progress in vocal development in young cochlear implant recipients: relationships between speech samples and scores from the Conditioned Assessment of Speech Production (CASP). *American Journal of Speech Language Pathology*, 21(4):313-28
- Figueras-Costa, D., & Harris, P.L., (2001). Theory of mind development in deaf children: A nonverbal test of false-belief understanding. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6: 92-102
- Folsom, R. C. et al. (2000). Identification of Neonatal Hearing Impairment: Recruitment and Follow-Up. *Ear & Hearing*, 21:462-470
- Goberis, D. et al. (2013). The Missing Link in Language Development of Deaf and Hard of Hearing Children: Pragmatic Language Development. *Seminars in speech and language*, 33, (4): 297-309
- Grimshaw, G. M. et al. (1997). First-language acquisition in adolescence: Evidence for a critical period for verbal language development. *Brain and Language*, 63, 237-255
- Griz, S., et al. (2009). Newborn hearing screening: An outpatient model. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 73(1): 1-7
- Hyde, M.L. & Riko, K. (2000). Design and Evaluation Issues in Universal Newborn Hearing Screenings Program. *La Revue d'Orthophonie et d'audiologie*, v. 24 (3): 102-118
- JCIH (Joint Committee of Infant Hearing) (2007). Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs, *American Academy of Pediatrics* 120(4): 898-921
- JCIH (Joint Committee of Infant Hearing) (1990). Joint Committee of Infant Hearing 1990 Position Statement. Rekvireret fra: <http://jcih.org/posstatemts.htm>
- Korver, A.M.H. et al. (2010). Newborn hearing screening vs. later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment. *JAMA*, 304 (15): 1701-1708
- Liu, C-L. et al. (2008). Evaluating Loss to Follow-up in Newborn Hearing Screening in Massachusetts. *American Academy of Pediatrics*, 121(2): e335-343
- Malphurs, O. & W. D. Mustain (2010). Improving loss to follow-up for newborn hearing screening. *ASHA* 15 (14)
- Marschark, M. et al. (2009). Are deaf students' reading challenges really about reading? *American Annals of the Deaf*, 154: 357-370
- Martines, M. et al. (2013). Prelingual sensorineural hearing loss and infants at risk: Western Sicily report, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77: 513-518
- NSC – UK National Screening Committee (2011). Annual Report UK National Screening Committee - Screening in England 2010-11
- Olusanya, B. O. et al. (2008). Hospital-based universal newborn hearing screening for early detection of permanent congenital hearing loss in Lagos, Nigeria. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72(7): 991-1001
- Parving, A. et al. (2003). Høretab hos børn – epidemiologi, identifikation og årsager gennem 30 år. *Ugeskrift for Læger*, 165 (5): 574-579
- Peterson, C.C., & Siegal, M. (2002). Mindreading and moral awareness in popular and rejected preschoolers. *British Journal of Developmental Psychology*, 20.
- Peterson, C.C. & Siegal, M. (2000). Insights into Theory of Mind from Deafness and Autism. *Mind & Language*, 15 (1): 123-145
- Phelps-Terasaki, D., & Phelps-Gunn, T. (1992). *Test of pragmatic language*. Austin, TX: PRO-ED
- Poulakis, Z. et al. (2003). Six month impact of false positives in an Australian infant hearing screening programme. *Arch Dis Child*, 88: 20-24
- Prieve, B. A. & Stevens, F. (2000). The New York State Universal Newborn Hearing Screening Demonstration Project: Introduction and Overview, *Ear and Hearing*, 21(2): 85-91
- Ravn, H. S. & Bjerager, O. M. (2004). BOEL-testen: en falsk tryghed. *Ugeskrift for Læger*, 166 (36): 3086-3088
- Sanford Koester, L. & E., Lahti-Harper (2010). Mother-infant hearing status and intuitive parenting behavior during the first 18 month. *American annals of the deaf*, 155(1)
- Smith, R. J.H. et al. (2005). Sensorineural hearing loss in children, *Lancet*, 365: 879-890
- Stoel-Gammon, C. & Otomo, K. (1986). Babbling development of hearing-impaired and normally hearing sub-

- jects. *Journal of Speech and Hearing Disorder*, 51 (1): 33-41
- Sundhedsstyrelsen (2010). Opfølgende evaluering af den neonatale hørescreeningsindsats. København. Sundhedsstyrelsen
 - Sundhedsstyrelsen (2007). *Evaluering af den neonatale hørescreeningsindsats*. København. Sundhedsstyrelsen
 - Sundhedsstyrelsen (2004). Sundhedsstyrelsens retningslinjer af 12. august 2004 for neonatale hørescreening. København. Sundhedsstyrelsen
 - Thomsen, P. (2012). Det fortællende barn – sådan gør du børnehavebørn til fantastiske fortællere. *Dafolo*, 130s.
 - Thomsen, P. (2011). *Verber: Broen mellem isoleret leksikon og kompleks grammatik: en longitudinel undersøgelse af fire danske børns verbaltilegnelse og grammatikaliseringsproces fra 1;01 til 2;05 år*. Upubliceret ph.d. afhandling. Institut for Sprog og Kommunikation, Syddansk Universitet, 501 sider
 - Thomsen, P. & Degn, C. (2013). Kan du hører mig? – Om hørelsens og hørescreeningens betydning for barnets sproglige og kognitive udvikling. *Sundhedsplejersken*, februar, 01: 14-22
 - Thomsen, P. & Esbensen, A. (2013). Forskellige typer af sprogvanskeligheder? – Fokus på betydningen af inputtet, arbejdshukommelse og eksekutive funktioner, *Dansk Audiologopædi*, juni, 49(2): 5-23.
 - Vihman, M.M. (1996): *Phonological Development: The Origins of Language in the Child*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers
 - VIHSP - Victorian Infant Hearing Screening Program (2012). Resultater for screeningsåret 2011 er udleveret via e-mail korrespondance d. 12.07.12 med Gabrielle Kavanagh, senior project officer for VIHSP på The Royal Children Hospital Melbourne, Australia
 - Vohr, B. R. et al. (2000). Neurodevelopmental and Functional Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants in the National Institute of Child Health and Human Development - Neonatal Research Network, 1993-1994. *American Academy of Pediatrics*, 105 (6): 1215-1226
 - Wake, M. et al. (2004). Parent-Reported Health-Related Quality of Life in Children With Congenital Hearing Loss: A Population Study. *Ambulatory Pediatrics*, 4: 411-417
 - Waxman, S.R., & Goswami, U. (2012). Learning about language and literacy. In S. Pauen & M. Bornstein (Eds.) *Early childhood development and later achievement*. London: Cambridge University Press
 - Waxman, S. R., & Markow, D. B. (1995). Words as invitations to form categories: Evidence from 12- to 13-month old infants. *Cognitive Psychology*, 29: 257-302
 - Yoshinaga-Itano, C. (1998). Language of early- and later-identified children with hearing loss, *American Academy of Pediatrics*, 102 (5): 1161-1171



Hører du ikke det hele på arbejdet? Helt unødvendigt!

Sommetider er høreapparaterne ikke nok.
Det synes vi er helt unødvendigt!

Det er her høreprodukter kan blive aktuelt. De kobles ganske enkelt til dine høreapparater eller streamer, så kan du bedre høre den der taler.

Er du nysgerrig på at høre mere?
Kontakt os allerede i dag!



www.comfortaudio.dk

Mette Bech

Sprogspil- bogstavmusikanterne

Samlet mappe kr. 1265,00 incl. moms (flere CD'er: sange og hørespil; Nodebog; Skrivebog; Bogstavkort, skriveunderlag, oversigt over familier, lærervejledning; Bogstavbog; Læs med bogstavmusikanterne; Brætspil. Bestilles enkeltvis på www.bogstavmusikanterne.dk

I 2010 blev CD'en med hørespil og sange tildelt læseinitiativprisen. Senere er de øvrige materialer kommet til. Samlet vil det kunne danne grundlag for begynderundervisning i bogstavindlæring.

Netop den indgangsvinkel er en af grundene til, at jeg ser med nogen skepsis på materialet. Der er en ensidig tilgang til læse- og skriveindlæring med fokus på de enkelte bogstavers form og lyd. Den indholdsmæssige side af læsning må, ifald man anvender dette materiale, hentes andetsteds. Den musiske tilgang i CD'en og nodebogen er tiltalende, men for at kunne udnytte det, tror jeg at læreren må have musikfaglig kompetence.

Jeg har drøftet materialets anvendelighed i forhold til sprog børn med klasselærer i taleklassen (0. klasstrin). Hun finder at sangens tekster er meget indholdstunge og teoretiske. Eleverne vil kunne lytte men ikke blive i stand til at synge med. Spillene finder hun til gengæld let tilgængelige og brugbare som supplement i den daglige undervisning. At der er fokus på artikulation af bogstavlydende er fint for taleklassens elever, og dertil kommer håndfonemer, som man vist nok skal på hjemmesiden for at finde. »Skrivevejen« som benyttes i Skrivebogen forekommer noget indviklet.

Materialets layout er holdt i ganske få farver og bliver derfor lidt kedeligt.

At finde rundt i de mange forskellige delmaterialer er lidt af en ud-

fordring. En lærervejledning er undervejs, hvilket burde lette tilgangen.

*Birthe Egelund Høier
Tale-hørekonsulent
Pia Havemann
Klasselærer i taleklassen,
Hærevejsskolen*

Lotte Salling

Aktive fortællinger - dialogisk læsning i børnehave og indskoling

*Dafolo 2013
173 sider 250,00 ekskl. moms
Illustrationer til download på
www.aktiveeventyr.dk*

Til det voksende antal udgivelser med fokus på dialogisk læsning følger Dafolo nu denne titel. Men derfor er bogen bestemt ikke overflødig. Lotte Salling indleder med en eksemplarisk kort og kontant beskrivelse af, hvad hun forstår ved dialogisk læsning. Derpå begrundes hun sit valg af eventyr som genre for sprogstimulerende aktiviteter, og straks efter følger 30 omskrevne eller gendigtede folkeeventyr og eventyr af H.C. Andersen og Brødrene Grim.

Eventyrene er alle forment, så de kan læses på ca. 10 minutter og indeholder rigtig mange rim og gentagelser. Til hvert eventyr er der inspiration og vejledning til den dialogiske proces med børnene. Strukturen i bogen vil gøre det let tilgængeligt for pædagoger og børnehaveklaseledere at gennemføre dialogisk læsning med en gruppe børn.

Tom Kristensens illustrationer udstråler energi og munterhed, så fortællingerne, der nogle gange er vældig drabelige, får et forsonligt skær. At illustrationerne kan hentes på bogens hjemmeside er en fin ide. Kun er det lidt ærgerligt, at nogle af billederne fylder mere end en skærmside, så der må scrolles. Tale-hørelærere, der arbejder i

sproggrupper, kan bestemt selv finde anvendelse for bogen, mens den for andre tale-hørelærere kan være til inspiration i det konsultative arbejde.

*Birthe Egelund Høier
Tale-hørekonsulent*

Pediatric, Audiologic Rehabilitation

*Thieme, Hardback, 225 sider
499,50 kr.*

Her er bogen udgivet i 2013 hos Thieme forlaget, der præsenterer evidensbaseret information om børne-høre-området samt kliniske og undervisningsmæssige tiltag for børn med høretab. Bogens forfatter beskriver det, man allerede ved om rehabilitering på høreområdet ud fra rigtig mange vigtige indfaldsvinkler, men de gør også opmærksom på, at der er megen viden om området, som ikke er tilgængelig på nuværende tidspunkt.

Bogen tager ikke kun udgangspunkt i teori, men henviser også til praktiske strategier, som den professionelle kan bruge til at guide forældre. Jeg vurderer, at meget af bogens stof vil være direkte relevant for forældregruppen, fordi bogen er skrevet i et relativt let tilgængeligt sprog.

Bogens to forfattere er begge, blandt meget andet, uddannet Cert. AVT terapeuter. De har sammensat bogen med hjælp fra et panel af meget vidende forfattere og forskere, der bruger »audition« som grundlag for talesprogsproduktion. Det forklares, hvad et høretab er, hvordan talelyd produceres, hvordan lyd forplanter sig og hvordan tale forstås ud fra at kunne optimere muligheden for at kunne høre lyd.

Efter at være behandlet med HA eller CI er det vigtigt med en evalu-

ring af udbyttet. Et helt kapitel handler om CI, og man beskriver, at der er opnået resultater, man ikke kunne drømme om for 20 år siden. Men det påpeges også, at der stadigvæk er en forskel på børn med CI og deres normalhørende kammerater.

Bogen går nu mere i detaljer og beskriver optimale lytte og læringsbetingelser i barnets første år med fokus på vigtigheden af forældrerollen. Det understreges, at forældre fortsat har brug for støtte og vejledning i førskoleårene. Bogen har et kapitel med praktiske eksempler og skemaer med den typiske udvikling hos børn fra 19 til 48 måneder. Dertil kommer forskellige cases med fokus på lytteadfærd, tale, sprog og kognition. Der er også fokus på børn med høretab og til lægsvanskeligheder og diagnoser. Naturligvis er der også beskrivelser af, hvordan man af teknisk vej kan optimere lyttesituationer ud over HA og CI hjemme, i skolen på legepladsen, i bilen og i fritidssituationer.

Barnet med høretab har nu nået skolealderen og igen understreges det, at barnet også kan have brug for hjælp i skoleårene. Der refereres til forskning, der viser, at inklusion af børn med høretab gør det lettere for børnene at opnå alderssvarende udvikling på mange områder, men igen understreges det, at der bør være et godt samarbejde mellem skole og forældre, for at inklusionen bliver optimal.

Mange børn med høretab opnår alderssvarende sprog, men ikke alle. At kunne forstå skrevne informationer, eller sagt på en anden måde: at være indholdslæser på et alderssvarende niveau, er et komplekst samspil mellem sprog, kognition og affektive faktorer. Igen henføres der til det arbejde, som forældre kan være med til at understøtte hos førskolebørnene, for at gøre læseprocessen lettere.

Bogens sidste kapitel inddrager audiologisk rehabilitering med eksempler fra hele verden, hvoraf en del af de navngivne forskere for-

mentlig også vil være kendte navne i Danmark.

Her er tale om en velskrevet bog med nyere forskningsresultater, altså ikke noget med forældede henvisninger. Den beskrevne gruppe børn spænder fra førskolebørn til ældre skolebørn. Målet er helt klart, at børn med høretab skal lære at tale, og i de forskellige kapitler beskrives det, hvordan man bedst støtter op omkring dette mål. Bogen er gennemsyret af AVT-tankegangen, hvor forældrene er de vigtigste personer omkring barnet med høretab. Dette kan ikke siges og skrives for tit.

Målgruppen for denne bog er bred, fordi den er skrevet i et let tilgængeligt sprog. Selv om den primære målgruppe er fagpersoner, mener jeg, at bogen vil være vigtig læsning for forældre. Den burde indgå i grundpensum på hørepædagoguddannelserne her i landet og have sin faste plads i biblioteket på PPR-kontorerne.

En grundig, praktisk, velskrevet bog, der varmt kan anbefales ud fra dens grundholdninger til talesprog og vigtigheden af forældreinvolvering. Gode, understøttende illustrationer. Dejligt med de mange referencer til ny forskning og de ekstremt mange litteraturhenvisninger. Gid den måtte blive oversat til dansk, så den kan blive læst af alle.

Birgitte Franck

bogen består af to dele: én målrettet mod børn og én med adresse til den voksne i børnehave, SFO eller indskoling, som har valgt at benytte bogen. Det er praktisk, at alt er samlet i én udgivelse, idet der er mange delelementer i materialet. Den børnerelaterede del indeholder en kort, illustreret fortælling om et livsforløb i det 19. århundrede efterfulgt af en faktuel del og en aktivitetsbog. Voksenfagbogen indeholder blandt andet en håndbog med aktivitetsforslag. Alt er grundigt gennemarbejdet, hvilket fremgår af litteraturhenvisningerne både i voksendelen og børnedelen. Børnedelen inspirerer til at bruge det udviklede læsebegreb, idet illustrationerne udgør en væsentlig del af denne.

Fortællingens tema er kulturlivet i Danmark i årene fra 1900 og en menneskealder frem. Den giver mulighed for at berøre alle temaer i både børnehavernes lærerplaner og skolernes obligatoriske temaer. Der er 17 delemner, som kan danne grundlag for videre studier og aktiviteter. Man vil vel ikke beskæftige sig med alle 17, men hvis den voksne har mod på det, kan man med dette materiale som udgangspunkt for alvor lade børnenes eget fokus og interesse være det, som bestemmer fordybelsen.

Logopædisk materiale er det ikke. Men som grundlag for sprogstimulering kan den varmt anbefales.

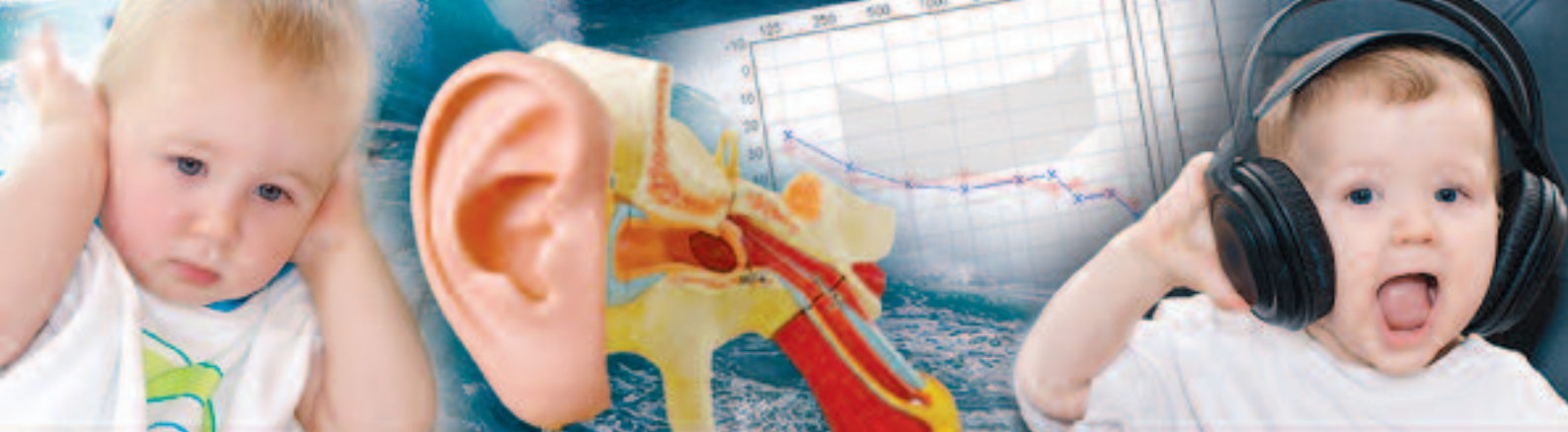
*Birthe Egelund Højer
Tale-hørekonsulent*

Anne Marie Marquardsen

Huset – dialogisk læsning i børnehave og skole

*Dansk Psykologisk Forlag 1013
110 og 80 sider
Kr. 358,40,- ekskl. moms*

Når sidetallet her er angivet som to tal, hænger det sammen med, at



Vil du skabe et
inkluderende miljø
- også for børn med høretab?

www.hoeretab-info.dk

Høretab
-info



Materialecentret

Kollegievej 1 · 9000 Aalborg

Telefon: 9764 7230 · E-mail: matcen@rn.dk · www.matcen.dk

Logopædens rolle i arbejdsalliancen

– refleksioner over et fordybelseskursus på KUA

I artiklen reflekterer jeg over et nyligt afholdt fordybelseskursus, som jeg underviste i på Københavns Universitet. Kurset havde fokus på logopædens rolle i arbejdsalliancen. På kurset var min tanke at skabe en syntese mellem den logopædiske og den terapeutiske praksis, som jeg mener kan berige hinanden. Det relativt nye forskningsfelt – neuroaffektiv psykologi – indeholder en stor og brugbar viden, som logopædien med stor fordel vil kunne bruge og derved optimere vores praksis.

Min pointe er, at vi ikke blot skal være kvalificerede på det specifikke logopædiske felt, men at det også er vigtigt under uddannelsen at forberede de studerende på, hvordan vi skaber et rum, der fremmer de forandringsprocesser, der er nødvendige for de mennesker vi ser i den logopædiske praksis.



LISE REITZ

er cand mag. i logopædi fra Københavns Universitet med bifag i idræt. Har 21 års erfaring som logopæd. Hun har arbejdet i Københavns kommune i alle årene, ansat på Center for Specialundervisning for Voksne, CSV. De første 6 år med afasi og dysartri og de sidste 15 med mennesker, der stammer, samt med stemmeforskeligheder. De sidste 3 år har Lise Reitz undervist i voksenstammen på Syddansk og på Københavns Universitet. Hun er derudover uddannet som psykoterapeut fra EFT-instituttet med særlig interesse for neuroaffektiv terapi. Mailadresse: lr@csv.kk.dk, hjemmeside: www.lisereitz.dk.

Publikationsliste: Taleåndedrættet, DA, 1999, Neurosemantik i stammeundervisningen, DA, 2003, Stammen og diafragma. McGuire kritisk set, DA, 2007, Svar på McGuires respons på Stammen og diafragma, DA, 2008.

I Logos, maj 2013, nr. 68 skriver tre audiologopædistuderende om deres fordybelsespraktik i voksenstammen på CSV. Denne artikel har været inspirationskilde for mig, dels fordi jeg har lyst til at kommentere på Line, Rikke og Cajas erfaringer, dels fordi jeg selv har gjort mig nogle erfaringer i mit 21-årige virke som logopæd og endelig på baggrund af erfaringer fra et netop overstået fordybelseskursus, som jeg kaldte psykologiske discipliner i den logopædiske praksis.

Sidste år blev jeg kontaktet af Line og Cajas ef-

ter overstået undervisning i voksenstammen på Københavns universitet. De spurgte om jeg ville lave et fordybelseskursus omhandlende den kognitive terapi i behandlingen af stammere.

Den kognitive terapibegrænsninger

På det tidspunkt havde jeg udvidet mit kendskab til forskellige terapeutiske tilgange qua min psykoterapeutiske uddannelse og var nået dertil i mine overvejelser omkring mit eget logopædiske virke, at den kognitive tilgang er vældig anvendelig, dog ikke tilstrækkelig. Jeg oplevede så ofte, at folk sagde til mig, at de *forstår* at ændre en negativ tanke til en alternativ mere hensigtsmæssig tanke, men de kunne ikke mærke ændringen *følelsesmæssigt*.

Deborah A. Lee beskriver dette som »the head-heart lag«: »*There seems to be a mismatch between implicit self-processing, which operate through automatic, affective and unconscious processing, and explicit self-processing, which operate through controlled and conscious self-processing.... This is an issue that, to date, cognitive therapy has not fully mastered*«. (Gilbert. P, 2005 s. 327)

Allan Schore har også peget på den kognitive tilgangs begrænsninger: »*After three decades of the dominance of cognitive approaches, motivational and emotional processes have roared back into the limelight. A large number of interdisciplinary studies are now converging upon the centrality of these implicit right brain moti-*

vational and emotional processes that are essential to adaptive functioning» (Schore, 2012, kap. 1).

I *The Science of the Art of Psychotherapy*, 2012, beskriver Schore i indledningskapitlet *Toward a New Paradigm of Psychotherapy*, skiftet fra den kognitive terapies dominans til den nye orientering mod mere emotionsfokuserede tilgange.

Paradigmeskift

Så da jeg sagde ja til kurset, var det med dette paradigmeskift i tankerne. Jeg ville gerne, at de studerende skulle få en indsigt i andre emotionsfokuserede tilgange foruden den kognitive. Som Line, Rikke og Caja beskriver, er vi på CSV begyndt at arbejde inspireret af den tredje bølge indenfor kognitiv terapi, bl.a. ACT (Acceptance and Commitment Therapy) og i min forberedelse til fordybelseskurset har jeg stiftet bekendtskab med forskere som Paul Gilbert og Kristin Neff, som forsker i Compassion – på dansk medfølelse - som jeg mener er et meget brugbart supplement til de kognitive teknikker, der er velkendte i det logopædiske arbejde.

I min forberedelse til kurset tog jeg udgangspunkt i bogen *Therapeutic Processes for Communication Disorders* redigeret af Robert Fourie. Fourie beskriver, at konsekvenserne af kommunikationsforstyrrelser ofte er fremmedgørelse og tab af samhørighed, og at vi som logopæder risikerer at bære ved til det bål, hvis vi har for stor fokus på testning, korrektion og diagnostik i vores møde med disse mennesker. Vi risikerer at se et kommunikationsramt menneske gennem de abstrakte begreber, vi anvender i vores bestræbelser på at analysere, beskrive og behandle lidelsen.

Fouries budskab er udtrykt i følgende citat: *»Perhaps this highlights that the ultimate goal of speech-language therapy is linked to helping clients live through and maybe resolve existential issues such as alienation and loneliness, which are often the inevitable resultants of the loss of communication....the reason for seeking or accepting help may not be so much the disorder itself, but because of the demoralization associated with the loss of social interconnec-*

tedness, cohesion, and the security inherent in group life.... Perhaps our job then is also to »re-moralize« and help restore connections and the well-being that is associated with gossiping, listening, laughing, and singing«. (Fourie, 2011, s. 16).

Min intension med kurset var primært at give de studerende en forståelse for, hvordan vi som logopæder kan bruge os selv og den relation, der opstår i mødet mellem den kommunikationshandicappede og logopæden. Det er jo netop det, der er den mest potente faktor i den forandringsproces, vi er med til at igangsætte i vores arbejde – eller kan være det, hvis vi er os det bevidst.

Syntese mellem psykoterapi og logopædi

Det var mit ønske at lave en syntese mellem elementer i det terapeutiske og det logopædiske felt, som jeg mener kan berige hinanden. Det terapeutiske arbejde går i sin essens ud på at skabe forandring. At ændre på den måde mennesker forholder sig til svære problematikker i livet. Det være sig eksempelvis tab, traume, følelsesmæssige reguleringsvanskeligheder eller kommunikationsvanskeligheder.

Som logopæder lærer vi under vores uddannelse mest om det specifikke kommunikative, dvs. tale/sprog/høreforstyrrelserne. Vi lærer om hvilke konkrete sproglige eller tale/høre-mæssige interventioner, der kan medvirke til at restituere kommunikationsevnen eller kompensere for manglende funktionsevne. Men vi lærer ikke så meget om det forandringspotentiale, der ligger i den relationelle dynamik. Altså i forhold til det der foregår mellem logopæden og de kommunikationsramte mennesker, vi ser.

Det synes jeg kunne være meget spændende at rette opmærksomheden mod under kurset. Jeg fandt derfor den litteratur og forskning frem, jeg kender til indenfor det terapeutiske område, som beskæftiger sig netop med transformati- ons- eller forandringspotentialet. Her trådte især navne som Diana Fosha og Leslie Greenberg frem, men også Daniel Siegel, Stephen Porges og Allan Schore og herhjemme Susan Hart og Marianne Bentzen. Alle er navne, der på den ene

eller anden måde knytter sig til det interdisciplinære neuroaffektive forskningsfelt, som har vundet stor udbredelse og anerkendelse det seneste årti.

Neuroaffektiv forskning

Diana Fosha citerer i en af sine artikler en af de store kvinder indenfor tilknytningsteoriene, Mary Main (som var tæt samarbejdspartner til Mary Ainsworth, John Bowlbys forskningskollega), som i sit afsluttende foredrag siger »*Effektive interventioner fører til forandring. Studér og dokumentér den proces*«. Fosha er helt enig og fortsætter: »*I den løbende dialog mellem klinikerne og affektive neuroforskere kan data om kliniske forandringsprocesser drive den næste bølge af landvindinger i neurovidenskaben, nemlig afdækningen af de psykobiologiske aspekter af plasticitet*« (Hart, 2012, s. 345).

Fosha interesserer sig for den dyadiske regulering, dvs. hvilke faktorer, der er fremmede for forandring i en dyadisk relation. En dyade er en relation mellem to mennesker. Fx moder og barn-dyaden eller logopæd og afatiker/dysfoniker/stammer/dysartriker-dyaden.

Greenberg interesserer sig som Fosha også for forandringsprocesser. Greenberg er fader til Emotion Focused Therapy, der er en af de få evidensbaserede terapiformer. Greenberg har studeret og bygget sin terapi på forskning omkring hvilke interventioner, der i det terapeutiske forløb gav det største forandringspotentiale.

Daniel Siegel er klinisk professor ved School of Medicine, UCLA, hvor han forsker ved Center for Culture, Brain and Development. Han er medstifter af Mindful Awareness Research Center og leder af Mindsight Institute, som er et uddannelsescenter med det formål at udbrede viden om indsigt, medfølelse og empati hos individet, familier, institutioner og samfund. Siegel interesserer sig især for integration af hjerneprocesser for opnåelse af psykisk fleksibilitet. Siegel er talsmand for netop den interdisciplinære tilgang til forståelse af vores psyke og psykisk sundhed.

Dette oplevede jeg meget konkret ved en netop afholdt verdenskongres for systemisk konstallationsarbejde, Connecting Fields, hvor bl.a

Siegel var keynote speaker. En anden hovedtaler på kongressen var Michel Bitbol, som er forsker i fænomenologisk neurovidenskab og videnskabsfilosofi med fokus på forholdet mellem fysikkens (kvantefysik især) og psykens filosofi. Søndag morgen under Siegels oplæg, ankommer Bitbol forsinket til Siegels tale, hvilket gør, at Siegel får øje på Bitbol. De to kender hinanden fra Mind and Life Institute, så Siegel inviterer Bitbol op på scenen til et improviseret intermezzo, hvor de bl.a diskuterer, hvad de som forskere i deres felt antager sker under det terapeutiske konstallationsarbejde, som begge har deltaget i på et tidligere tidspunkt.

Dette er et vidunderligt eksempel på, hvordan forskellige vidensområder – de teoretiske neurovidenskabelige felter repræsenteret af Siegel og Bitbol og det praktiske terapeutiske i form af systemisk konstallationsarbejde - kan berige hinanden, hvis der er vilje og åbenhed til stede.

Som en lille fodnote vil jeg lige indspærke en opfordring. I 2015 vil der ligeledes under mottoet Connecting Fields blive afholdt endnu en integrerende konference i København med titlen Compassion, som jeg hermed vil opfordre logopæder til at deltage i.

Common humanity

Logopædien er jo i sig selv et interdisciplinært fag, og vi er vant til at arbejde indenfor felterne pædagogik, psykologi, medicin og sprog/tale. Den faglige indstilling kan vi måske forfine og kultivere endnu mere ved at trække på den viden, der ligger i det terapeutiske felt. Der er en meget stor vidensbank om menneskelige forandringsprocesser, som vi som logopæder kan nyde godt af og bruge til at optimere vores arbejde med mennesker med kommunikationsvanskeligheder.

De tre studerende, som var i fordybelsespraktik hos os på CSV, oplevede i vores arbejde med stammegruppen og i vores tilgang til deres rolle i praktikken, hvilken betydning vi har som logopæder og som medmennesker. De oplevede, hvad det betyder, når vi som logopæder bringer os selv i spil i samarbejdet. Når vi ikke indtager den akademiske ekspertrolle, men i stedet er i

relationen ud fra bevidstheden om det, Kristin Neff definerer som en fælles menneskelighed (common humanity) i sin bog *Self-compassion* (2011). Og som alle tre studerende på hver sin vis beskriver.

»Change emotion with emotion«

På fordybelseskurset oplevede jeg ligeledes, hvor meget åbenhed betyder. Jeg var i tvivl fra start af, om rammerne for undervisningen kunne skabe det rum af tillid og tryghed, som jeg ønskede. Om jeg kunne gøre det nærværende og oplevelsesorienteret, hvilket er en forudsætning for forandringsprocesser. Når vi ønsker at ændre på forhold i vores liv, er det ikke nok at tale om det. En af grundlæsesætningerne i emotionsfokuseret terapi er: »change emotion with emotion«. Det er ikke nok at tale om følelser, du skal være i følelsen for at kunne ændre den.

Mit forbehold blev gjort til skamme. Jeg blev mødt med en meget stor åbenhed fra de studerende og en stor villighed og et stort mod til at bidrage med sig selv som udgangspunkt. Det kræver netop et stort mod, da det ikke lige er dét, den akademiske verden altid inviterer til. Det var meget berigende for mig som underviser at tage del i de studerendes delen med hinanden og at være vidne til styrkelse af samhørighedsfølelsen. Ikke at det var let for alle. Vi er alle underlagt den vestlige verdens konkurrenceprægede indstilling til livet og de kulturelle normer, der gælder i vores samfund.

I den forbindelse har jeg fundet det enormt frugtbart at vende mig til den buddhistiske psykologi med dens fokus på mindfulness, medfølelse og samhørighed.

Som supplement til de kognitive teknikker, vi allerede kender indenfor arbejdet med stammen, vil teknikker fra fx Kristin Neff og Christopher GERMERS *Mindful self-compassion* træning og Paul GILBERTS *Compassion Focused Therapy*, fx *compassion mind training*, være nye alternative måder at arbejde med stammen på.

Der er efterhånden forsket meget i mindfulness. Det er et meget brugbart redskab for identifikationsarbejdet og desensibiliseringsarbejdet, hvis vi nu bliver i den Van Ripperske terminologi. Det træner vores evne til opmærksomhed og

vores evne til den ikke-dømmende og ikke-vurderende indstilling.

For at arbejde med den ofte meget negative indre dialog og utilstrækkelighedsfølelse, måske endda skamfølelse, er træning i medfølelse for sig selv en meget anvendelig tilgang. CSV påtænker at tilbyde et gruppeforløb inspireret af *Compassionate Focused* terapi til stammere, der kæmper med skamfølelser og en negativ indre kritik.

Fremsynethed

Som det fremgår, har vi på CSV en fremsynet ledelse, der er åben for nye initiativer og som ser imødekommende på en logopædisk praksis, der er integrativ »logopeutisk«. Som underviser på voksenområdet i stammen på Københavns og Syddansk Universitet og som logopæd i mit daglige arbejde, er det en stor tilfredsstillelse at kunne bringe to vidensområder sammen til gensidig berigelse både for de mennesker, jeg ser i mit logopædiske arbejde, og for de logopædistuderende. Dette kan forhåbentlig være med til at få de studerende til at føle sig godt klædt på i det fremtidige arbejde med mennesker med kommunikationsvanskeligheder og med en forståelse for, hvordan de kan bruge sig selv for at opbygge den mest optimale relation og fremme den forandringsproces, folk kommer til os med og beder om hjælp til.

Jeg vil slutte med en opfordring til de studieansvarlige på universiteterne. Ligesom det er vigtigt, at de studerende fx arbejder med personlig stemmedannelse, er det også vigtigt, at de studerende arbejder med arbejdsalliancen eller det Fourie kalder »rapport«.

Jeg bliver ofte slået af, hvor stor modstand der ind imellem er blandt de studerende over, at vi som logopæder også skal forholde os til psykologiske problematikker. Det er ganske enkelt indbygget i vores felt. Det er ofte mennesker i dyb krise over tabet af deres kommunikations-evne, vi har med at gøre. Mennesker, der har fået rykket markant ved deres identitet og selvopfattelse og ofte også oplever tab af samhørighed på grund af tab eller ændring af kommunikationsevnen. Derfor er det så vigtigt at vi logo-

pæder, som står som en form for forbindelsesled mellem den kommunikationsramte og dennes omverden, er særligt tunet ind på, hvordan vi i vores relation til vedkommende hjælper med at genopbygge samhørighed. Samhørighed, som Brenè Brown har fundet i sin forskning, er »the essence of human existence«.

Nu i dag efter at have læst de studerendes eksamensopgave som afslutning på kurset, sidder jeg med en stor indre tilfredshed og dyb glæde over, hvad de studerende har taget med sig fra kurset. Den syntese, jeg tilstræbte mellem det terapeutiske felt og det logopædiske, afspejler sig så fint i de studerendes besvarelser. Adskillige af opgaverne vil jeg bede om lov til at måtte bruge i mit daglige arbejde og ligeledes i min undervisning på universiteterne. Det er bearbejdning af den anvendte litteratur, der i høj grad vil kunne komme de kommunikationsramte i mit daglige arbejde til gode.

Beskrivelser og betragtninger over brugen af mindfulness og compassion mind training, skam og ordblindhed, som jeg ved lige præcis hvem af de mennesker jeg ser i mit arbejde, skal læse - om de studerende giver lov. Fine refleksioner over logopædens rolle. Og også beretnin-

ger om den personlige transformation nogle af de studerende gennemgik under kurset.

Tak til de studerende for den berigelse det har været for mig at indgå i så gensidigt og nærende et samspil, vi havde i undervisningen, og som det er mit ønske, at I bringer videre med jer i jeres fremtidige arbejde.

Referencer

- Brown, B. (2010): *The gifts of Imperfection*. Hazelden.
- Brown, B. (2008): *I thought it was just me*. Penguin Group.
- Fourie, R.J. (2011): *Therapeutic Processes for Communication Disorders*.
- Gilbert, P., ed. (2005): *Compassion. Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*.
- Gilbert, P. (2009): *The Compassionate Mind*.
- Harris, R. (2009): *ACT made Simple*.
- Hart, S., ed. (2012): *Neuroaffektiv psykoterapi med voksne*.
- Neff, K. (2011): *Self-compassion*.
- Schore, A. N. (2012): *The Science of the Art of Psychotherapy*.
- Siegel, D. (2012): *The Developing Mind*.
- Siegel, D. (2010): *Mindsight*.
- Siegel, D. (2007): *The Mindful Brain*.

VRF Coblenzerkurser i 2014

VRF GRUNDKURSUS

afholdes i København i uge 11,
d. 10. - 14. marts 2014
Instruktør: Åse Ørsted
Deltagergebyr: 5.000 kr.
Tilmelding til: Åse Ørsted, senest 1. februar 2014.

VRF Fortsætterkursus I: STEMME

afholdes i København i uge 18,
d. 28. april – 2. maj 2014
Instruktør: Åse Ørsted
Deltagergebyr : 5.500 kr.
Tilmelding til: Åse Ørsted, senest 1. marts 2014.

VRF Coblenzer: Fortsætterkursus II: ARTIKULATION

afholdes i København i uge 38,
d. 15. – 19. september 2014
Instruktør: Åse Ørsted
Deltagergebyr: 5.500 kr.
Tilmelding til: Åse Ørsted, senest 15. juni 2014.

e-mail: orsted@coblenzer.net
eller: aase.orsted@get2net.dk
Hjemmeside: <http://coblenzer.net>
tlf.: 45 81 76 30

Den konsultative metode

Denne artikel er et sammendrag af min eksamensopgave: »Den konsultative metode« i modulet: »Pædagogisk viden og forskning« (Fisker, 2012).

Jeg er i forbindelse med mit studie på UCC i København samt praktik som logopæd, blevet bekendt med den konsultative metode. Jeg har erfaret, at ikke alle har samme opfattelse af, hvordan denne metode anvendes samt baggrunden for denne. Da udviklingen peger på et paradigmeskift i retning af en konsultativ logopædisk rolle (Nielsen, 2009), finder jeg det nødvendigt at kende til metodens muligheder og begrænsninger i forhold til et eventuelt kommende logopædisk arbejde med intervention i forhold til børn med sproglige vanskeligheder i et dagtilbud tilknyttet PPR.



METTE FISKER

Mette Fisker er uddannet lærer fra CVU Jelling i 2006. Hun er uddannet PD i logopædi fra UCC Titangade i 2013 med afgangspjækt i voksnes funktionelle stemmевanskeligheder og har certifikat i Meditation, Mindfulness og Anerkendende Metode (AI) ved Henning Daverne, Lotusheart Academy 2013. Hun har tidligere arbejdet som specialpædagog, undervist børn med autisme samt været sprogassistent i en folkeskole på Cypern.

Grundet strukturreformen og de økonomiske perspektiver sker der pt. en omstrukturering af, hvordan logopæden skal udføre sit arbejde. Dette har medført, at der ikke er nogen ensartethed i måden, hvorpå de enkelte logopæders job forvaltes i de forskellige kommuner (Svarre, 2010). I nogle kommuner arbejder logopæden i en konsultativ rolle. Dette giver ikke den samme direkte tid sammen med barnet og betyder blandt andet, at logopæden skal formidle interventionen til barnets nære omsorgspersoner såsom forældre og pædagogisk personale frem for at have primær kontakt til barnet.

Med den nye lov om inklusion fokuseres i højere grad på konteksten og de relationer, barnet i sproglige vanskeligheder indgår i. Mødet og samarbejdet med voksne omkring barnet bliver en stor del af logopædens arbejde. Logopæden får brug for kompetencer, der berører logopædi og specialpædagogik og for viden om konsultative praksisformer og formidling af egen viden,

almenpædagogik og inklusion (Hjort & Nielsen, 2012).

Inklusion og eksklusion

Det er en elementær forudsætning for læring i et multikulturelt og socialt pluralistisk samfund at gøre forskellighed til en ressource (Madsen, 2010). Problemet med eksklusion er, at der tilsyneladende opstår utilsigtede konsekvenser for børns identitetsudvikling, og at oplevelsen af specialinstitutioner ofte kan opfattes som social devaluering (Madsen, 2010). Dog rummer ethvert miljø kun en vis diversitet. Overskrides denne kan midlertidig eksklusion være et alternativ i et inklusionsparadigme. Der vil i inklusionen samtidig blive arbejdet på at kvalificere miljøet (Holm, 2011).

Der kan være tilfælde, hvor en tæt kontakt mellem voksen og barn er gavnlig for at skabe en forandring fx i forhold til nogle udtalevanskeligheder (Holm, 2011). Udfordringen ligger i at udføre en praksis, der forstås både i forhold til det enkelte barn med særlige behov og i forhold til fællesskabet. Logopædens specialviden bliver en ressource i almenpædagogikken (Holm, 2011).

Rammen sættes ovenfra, på policyniveau, men det er pædagogerne, der bliver ansvarlige for gennemførelsen. At arbejde inkluderende fordrer, at pædagogerne arbejder med hele fællesskabet, eftersom alle så vidt muligt skal gennemgå læreprocesserne sammen (Kornerup, 2010). Derfor må ressourcerne komme til barnet og dets lokale miljø (Schrøder, 2010), og der vil være brug for ekstra ressourcer rettet mod bør-

negruppens evne til samspil og innovation (Kornerup, 2010).

Dermed vil jeg påpege, at hvis politikerne har en økonomisk bagtanke med inklusion, får de en slem overraskelse, enten fordi foretagendet bliver dyrere end ventet, eller fordi det grundet mindre økonomisk indskud får en ringere effekt. Det er ikke nødvendigvis barnet, der er problemet, men organiseringen af de mulighedsbetingelser, der er for deltagelse i fællesskabet (Kornerup, 2010).

Intervention

Bekendtgørelse nr. 356 forpligter kommunerne til at give specialpædagogisk bistand til førskolebørn med sprogvanskeligheder (Svarre, 2010).

Ofte er direkte intervention individuelt, dvs. at logopæden og barnet arbejder sammen i fx fonologisk undervisning, da dette kræver ekspertviden (Nettelblatt, 2007). Desuden kan det give en tryggere situation for barnet. Overførslen fra undervisningen til barnets spontantale overtager barnet i hverdagen for det meste selv (Fox-Boyer & Clausen, 2011).

Ved indirekte intervention, også kaldt den konsultative metode, giver logopæden løbende vejledning til personer i barnets nærmeste omgivelser, især til barnets pædagoger, men også til forældrene. For at dette giver effekt, skal stimulansen foregå flere gange dagligt af en for barnet velkendt person (Nettelblatt, 2007). Dette kan efter min mening være en fordel, da det integreres i barnets hverdag. Indirekte intervention fordrer dog, at logopæden har god erfaring med, hvordan man udfører en direkte sproglig intervention (Nettelblatt, 2007). Denne erfaring vil jeg som nyuddannet logopæd ikke besidde, men som Nielsen (2009) fastslår, er der en tendens til, at logopæden bevæger sig fra primært at undervise barnet til i højere grad at yde konsultativ og superviserende bistand. Denne forskel i krav og færdigheder finder jeg anfægtelig. Logopæden er den fagligt kompetente på det talepædagogiske område, der løbende kan følge udviklingen hos barnet, samt den vejledende om, hvad der er næste mål i processen (Svarre, 2010). Interventionen skal tilpasses barnets dagligliv, så barnet føler sig integreret i den øvrige børnegruppe (Svarre, 2010). Men der er som

nævnt sproglige vanskeligheder, der medfører, at logopæden periodevis må arbejde med barnet. Under hele forløbet bør der være en dialog mellem forældre, personale og logopæd om, hvordan de kollektivt kan støtte barnets sproglige udvikling hjemme og i dagtilbuddet (Bylander, 2010).

Praksisændringer i relation til interventionen kan ofte formes, så det også kommer andre børn til gode end det enkelte barn med behov for en særlig indsats. Det betyder, at det særlige sproglige fokus også har en almenpædagogisk og social dimension (Bylander, 2010).

Traditionel logopædisk metode

Den logopædiske intervention har traditionelt været kendetegnet ved undervisning, rådgivning og vejledning. Således er vi autoriteter, der (via lineær tænkning) kan afdække og beskrive barnets sproglige vanskeligheder, og med vores indsats kan vi være med til at sætte en proces i gang hos barnet. I denne sammenhæng er vi eksperter eller fagkonsulenter, hvor konsultation forstås som en form for rådgivning (Hjort & Nielsen, 2006).

Logopæden bevæger sig mod i højere grad at have konsultative og superviserende opgaver for forældre og personalegrupper (Nielsen, 2009). Man kan drøfte hensigtsmæssigheden i, at logopæden dermed kun indirekte er talepædagog for barnet. Men at udviklingen går i den retning, er der ingen tvivl om (Nielsen, 2009).

Konsultativ metode

Teorien bag (faciliterende) konsultation er socialkonstruktionisme med udgangspunktet, at intet er virkeligt, før folk er enige om, at det er det (Hjort & Nielsen, 2006).

I den konsultative metode arbejder vi som logopæder med systemet »barn og voksne« og forsøger at være neutrale og oprigtigt nysgerrige og lyttende. Vi stiller (cirkulære og reflektive) spørgsmål til forældre og pædagoger, så deres kompetencer i forhold til at håndtere barnet udvikles, så de bedre kan fremme barnets sproglige udvikling. Som logopæder er vi i denne forbindelse først og fremmest proceskonsulenter (Hjort & Nielsen, 2006).

Personligt har jeg svært ved at se den logopædiske faglighed i dette. At være proceskonsulent og stille spørgsmål har vel ikke nødvendigvis noget med logopædi at gøre. Desuden lader Hjort & Nielsen sig inspirere af psykologisk praksis, som de mener, kan overføres til logopædien. Men når deres kilde, Nissen (2009) påpeger, at målet ikke er at udrydde problemet, men at give problemet mindre plads og magt i hverdagen (Nissen, 2009), samt at pædagoger, forældre og logopæd ikke behøver være enige i, hvad man samarbejder om (Nissen, 2009), mener jeg, det går stik imod logopædisk arbejde. Vi logopæder forsøger jo netop at identificere barnets specifikke, sproglige vanskeligheder samt at få dem til at forsvinde.

Strøier (2012) ser lidt mindre firkantet på konsultation og inddrager blandt andet direkte intervention. Hun siger, at al konsulentbistand handler om implementering af forandring. Konsulenternes opgave er at støtte menneskelig udvikling og forandring, og de har derfor brug for psykologisk viden om metoder til involvering og kommunikationsteknikker (Strøier, 2012). Logopæden skal ikke bare undervise barnet med talevanskeligheder, hun skal også lære barnets forældre selv at kunne bidrage til at udvikle barnets sprogforståelse og evner. Logopæden skal desuden udvikle personalet i barnets dagtilbud, så de bliver mere kompetente til at arbejde med udvikling af sprog hos alle børn (Strøier, 2012). Kendetegnende for konsulenters ydelser er, at de er en kombination af undervisning, rådgivning og ledelse af processer og derfor resulterer i ydelser, der er præget af høj kompleksitet (Strøier, 2012).

Ifølge Hjort & Nielsen (2012) kan de positioner, logopæden indtager som konsulent ved møder, illustreres som nedenstående:

Konsulent	Indhold	Proces
Ekspert	Styrende	Delvis støttende
Fagkonsulent		
Proceskonsulent	Delvis støttende	Styrende

Figur 4: Logopædens forskellige positioner ved møder, inspireret af Løw, Ole (2005) (Hjort & Nielsen, 2012).

Modellen kan illustrere, hvor kompleks logopædens situation kan være ved et møde med forældre, pædagoger og evt. andre tværfaglige samarbejdspartnere. Et vellykket møde rejser krav om, at logopæden kan indtage en position som styrende i processen samtidig med at være i stand til at skifte position til faglig ekspert, når dette bliver efterspurgt (Hjort & Nielsen, 2012).

Dette er i direkte modstrid med Nissen (2009), der mener, at de to positioner nærmest er hinandens modsætninger og ikke bør blandes, da sådan en blanding let kommer til at ligge tæt op ad magtmisbrug, og det derfor bliver svært fortsat at have en tillidsvækkende processtyrerposition (Nissen, 2009). Hjort & Nielsen (2012) mener da også, det er nødvendigt både at blive ved med at øve sig samt at reflektere over praksis og teori, fx gennem fagteams.

I proceskonsultationen, som den konsultative metode sidestilles med, er der tale om en vejledningssamtale, hvor konsulentens hovedsageligt bidrager med spørgsmål og forsøg på at lade den vejledte finde sin egen vej (Petersen, 2010).

Jeg tænker, at man ikke behøver at beslutte sig for at gennemføre en proceskonsultation. Hvad nu hvis situationen fordrer en faglig formidling eller kollegial intervention? Er dette så udelukket på grund af det fastlåste metodevalg af proceskonsultation? Det var præcis det, jeg oplevede i en praktik i en PPR, at undervisning kategorisk fra ledelsen blev afvist, men at logopæderne nærmest i smug lavede direkte intervention, da de vurderede, at det var en nødvendighed. Der er selvfølgelig den mulighed, at logopæderne ikke var omstillingsparate, eller at der havde været vanskeligheder ved implementeringen af metoden, og jeg derfor har mistolket situationen.

Hvis man tilbyder flere typer vejledning, kræver det viden om hvilke muligheder, der er for vejledning samt kendskab til disse af logopæden og de vejledte, da de kun kan efterspørge de typer vejledninger, de har kendskab til. Dette vil medføre, hvilket jeg synes er optimalt, at fokus er på at løse barnets sproglige vanskeligheder og ikke på metoden.

Et argument for den konsultative metode kun-

ne være, at der var evidens for, at metoden havde effekt, men inden for logopædien er metoden for ny til at sådanne foreligger. Så hvis man udelukkende arbejder ud fra, at logopæder er proceskonsulenter, mangler man det positivistiske paradigme og dermed videnskaben. Til gengæld kommer man bredt omkring barnet gennem dets forældre samt pædagoger. Logopæden må sætte sin lid til, at disses udsagn er korrekte, samt at hun har forstået disse udsagn, hvis logopæden ikke selv har direkte kontakt til barnet.

Pædagogens forudsætninger for den konsultative metode

Da sprog vurderinger kun skal iværksættes over for de børn, som pædagogerne mener, er i risikozonen for at udvikle sproglige vanskeligheder, er det afgørende, at pædagogerne dels ved, hvad de skal kigge efter, og dels ved, hvordan de kan sprogstimulere disse børn.

At arbejde med sprog vurderinger fordrer et kendskab til grundbegreber inden for sprogforståelse, som kun indgår i pensum på få steder for pædagoguddannelser (Krogh, 2010). Pædagogerne savner efteruddannelse inden for områderne sprogproblemer, sprogstimulering, sproglig udvikling, tosprogede børn og forældresamarbejde (Krogh, 2010), der alle er betydelige områder i arbejdet med børn i sproglige vanskeligheder. Dette er et problem i forhold til logopædens mulighed for at få kendskab til de børn, der måtte have sproglige vanskeligheder. Jeg har en mistanke om, at pædagogernes manglende faglige viden om og kendskab til betydningen af sprogstimulering medfører, at de ingen motivation eller forudsætning har for at identificere disse børn. Vi logopæder kan altså ikke udelukkende arbejde konsultativt, da pædagogernes faglighed i de fleste tilfælde ikke rækker, hverken til at identificere børn med sproglige vanskeligheder eller til at sprogstimulere disse børn. Dette, kan jeg forestille mig, har konsekvenser for nogle børns fremtidige evne til at gennemføre en uddannelse.

Det kræver i min, og som tidligere nævnt pædagogernes optik, efter- og videreuddannelse af pædagogerne samt et tæt samarbejde med logopæderne for at imødekomme førskolebørns

sproglige vanskeligheder. Indtil dette er nået, er mit forslag at genindføre obligatorisk sprog vurdering for alle børn. Dette for i større grad at kunne identificere børn med sproglige vanskeligheder. Om Sprogpakken kan løfte pædagogernes opgave indenfor omtalte område vil tiden vise, men jeg kan have min tvivl, især da langt fra alle pædagoger kommer på dette kursus.

Opsamling og konklusion

Udviklingen peger på et paradigmeskift i retning af en konsultativ logopædisk rolle. Logopæden er i metoden primært proceskonsulent, der forsøger at være oprigtigt nysgerrig og lyttende. Dette stiller krav til logopædens evner til både selv at iagttage og metareflektere samt at hjælpe forældre og pædagoger til det samme. Det hindrer i mine øjne validitet og reliabilitet i det logopædiske arbejde, da hovedparten af interventionen bliver subjektiv ved indirekte intervention. Samtidig fordrer indirekte intervention, at logopæden har god erfaring med dette, hvilket jeg som nyuddannet logopæd ikke vil have. Denne forskel i krav og færdigheder finder jeg anfægtelig.

At logopæden ved samme møde kan være proceskonsulent og ekspert, mener logopæderne Hjort & Nielsen (2012) godt kan lade sig gøre, men Nissen (2009) påpeger, at det tangerer til magtmisbrug, og at dette vækker mistillid hos de deltagende i mødet. Man kan altså ikke både lade de vejledte selv komme frem til et svar og samtidig give dem et svar. Enten er man proceskonsulent, eller også er man noget andet.

En del af den konsultative tilgang kommer fra inklusionstanken, hvor det ikke nødvendigvis er barnet, der er problemet, men organiseringen af de mulighedsbetingelser, der er for deltagelse i fællesskabet, der er problemet. Ressourcerne tilgår det miljø, barnet befinder sig i, og logopædens specialviden bliver dermed en ressource i almenpædagogikken. Dog rummer ethvert miljø kun en vis diversitet. Overskrides denne kan midlertidig eksklusion være et alternativ i et inklusionsparadigme.

Der mangler evidens for, at den konsultative metode har effekt i det logopædiske arbejde. Logopæderne Hjort & Nielsen henter inspiration i

psykologien, hvor målet for konsultationen er direkte modsat af, hvad jeg mener, er logopædisk praksis, nemlig at barnet bliver fri fra sine sproglige vanskeligheder.

Jeg forstår ikke, hvorfor man tilslutter sig inklusionsparadigmet samt den konsultative metode i stedet for at overveje, hvad der vil hjælpe barnet til at blive fri fra sine sproglige vanskeligheder, så barnet på sigt kan have gode muligheder for at gennemføre en uddannelse. Indser man, at børn er unikke, indser man også, at man ikke kan indpasse alle i samme overordnede metode, heller ikke i et fællesskabstænkende paradigme. Min antagelse er, at de beslutningstagerne, der udstikker retningslinjerne for arbejdet med børn med sproglige vanskeligheder, har fokus på andet end barnets vel, fx på økonomiske aspekter.

Litteraturliste

- Bylander, Helle Iben (2010): Den særlige sprogindsats. I: Månsson, Hans; Basse, Lena; Bylander, Helle Iben (red.): *Håndbog for sprogvejledere – teori og praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Fox-Boyer & Clausen (2011): Børns udtalevanskeligheder. I: *Dansk Audiologopædi*, nr. 4, 47. årg., s. 15-22
- Hjort, Aase & Nielsen, Østergaard Jannie (2006): Nye vinde – nye veje. I: *Dansk Audiologopædi*, nr. 4, 42. årg., s. 3-11
- Hjort, Aase & Nielsen, Østergaard Jannie (2012): Kompas, kort og kurs. I: *Dansk Audiologopædi*, nr. 3, 48. årg., s. 13-20
- Holm, Ida Marie (Specialpædagogisk master fra 2011) s. 52-53 <http://www.froda.dk/artikler/11.08.16-Masterprojekt.pdf> hentet d. 10.11.2012
- Kornerup, Ida (2010): Inklusion som begreb og styringsredskab. I: Pedersen, Carsten (red.): *Inklusionens pædagogik*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Krogh, Trine Kjær (2010): Børns sprog i pædagogers uddannelse. I: Månsson, Hans; Basse, Lena; Bylander, Helle Iben (red.): *Håndbog for sprogvejledere – teori og praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Madsen, Bent (2010): Inklusionens pædagogik – om at vide, hvad der ekskluderer, for at udvikle en pædagogik, der inkluderer. I: Pedersen, Carsten (red.): *Inklusionens pædagogik*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Mikkelsen, Margit (2010): Videnskabsteori i pædagogisk praksis. I: Månsson, Hans; Basse, Lena; Bylander, Helle Iben (red.): *Håndbog for sprogvejledere – teori og praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Nettelbladt, Ulrika; Salameh, Eva-Kristina (red.) (2007): *Språkutveckling och språkstörning hos barn*. Lund, Författarna och Studentlitteratur.
- Nielsen, Per (2009): Hvor er audiologopædien på vej hen? I: *Dansk Audiologopædi*, nr. 2, 45. årg., s. 3-4
- Nissen, Dorte (2009): Samarbejdsmoder som konsultativ praksisform. I: *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*, nr. 6, 46. årg.
- Petersen, Vibeke (2010): Kollegial vejledning og læringsledelse. I: Månsson, Hans; Basse, Lena; Bylander, Helle Iben (red.): *Håndbog for sprogvejledere – teori og praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Schrøder, Vibeke (2010): Inklusion og sprogarbejde i dagtilbuddet. I: Månsson, Hans; Basse, Lena; Bylander, Helle Iben (red.): *Håndbog for sprogvejledere – teori og praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Strøjer, Vibe (2012): Konsulentens grønspættebog – systemisk og eksistentiel tilgang til konsulentarbejdet. Dansk Psykologisk Forlag.
- Svarre, Birgit (2010): PPR's samarbejde med dagtilbuddene om sprogarbejdet. I: Månsson, Hans; Basse, Lena; Bylander, Helle Iben (red.): *Håndbog for sprogvejledere – teori og praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Thurén, Torsten (2010): *Videnskabsteori for begyndere*. Gylling, Rosinante.

Hjemmesider

- <http://pub.uvm.dk/2004/tidligindsats/hel.html#1.8> set d. 20.11.2012
- <http://www.innovativelearning.com/educational-psychology/development/zone-of-proximal-development.html> hentet d. 10.12.2012



ALF's bestyrelse

Formand:

Bente Reimann Jensen
Nordmarksvej 3, 4621 Gadstrup
Tlf. 5150 5815
Email: formand@alf.dk

Næstformand:

Rikke Simonsen
Bremersallé 14, 8700 Horsens
Tlf. 3113 1028
Email: rikke.simonsen.alf@gmail.com

Kasserer:

Helle Iben Bylander
Tjærebyvej 25, 4000 Roskilde
Tlf. 2180 3463
Email: kasserer@alf.dk

Sekretær:

Jane Sonne
Katrinedalsvej 45c, 2720 Vanløse
Tlf. 6126 7425
Email: jane.sonne@gmail.com

Mette Thomsen

2300 København S
Email: mette.thomsen.alf@gmail.com

Kirsten Skjødt

Rypevænget 258, 2980 Kokkedal
Tlf. 2271 9212
Email: kirsten56@msn.com

Webmaster:

Nicolai Østenlund
Stevnsvej 1, 1. tv., 2200 København N
Tlf. 2620 4716
Email: post@stemmedannelse.dk

Suppleanter:

Jakob Stenz
Mette Henriksen



Indhold

3	LEDER
4	<i>Frederik Gybel Jensen, Lena Havtorn Jensen og Louise Møller Jensen: 'Peg på noget, vis mig noget'</i>
11	<i>Christina Degn og Pia Thomsen: Tidlig identifikation af høretab og sprogudvikling</i>
23	ANMELDELSER
26	DEBAT • NYT: Logopædens rolle i arbejdsalliancen
31	DEBAT • NYT: Den konsultative metode

Forsiden: Afasiramt deltager i Kommunikationsafdelingen på CSU-Slagelse. Arkivfoto.

DANSK AUDIOLOGOPÆDI

49. årgang • September 2013 • Nr. 3

Fagblad for tale-, høre- og læsepædagoger. Udgives af Audiologopædisk Forening

Redaktør (ansv.): Natasha Epstein, Årslev Engvej 1, Sønderup, 4200 Slagelse.
Tlf. 2876 4727. E-mail: ne@csu-slagelse.dk

Redaktionsmedl.: Birthe Højer, Hjarupvej 17, 6200 Aabenraa. Tlf. 2332 9203
Anne Francis Berg, Munkevænget 21, 4300 Holbæk. Tlf. 5944 0307

Sats & tryk: AMH GRAFISK, 6823 Ansager

DANSK AUDIOLOGOPÆDI udkommer fire gange årligt - i marts, juni, september/oktober og december.
Manuskripter skal være redaktionen i hænde senest hhv. 1/2, 1/5, 15/8 og 1/11. Manuskriptvejl. på www.alf.dk

Priser pr. 1.10.2007: Institutionsabonnement: kr. 500,-. Privatabonnement: kr. 350,-.
Abonnement i udlandet: kr. 500,-. Løssalg: kr. 100,- pr. nr.

Annoncepriser pr. 1.9.2013, excl. moms: Omslagets s. 2: 5650,-. 1/1 side: 5350,-. 1/2 side: 3100,-.
Ved annoncering i samtlige numre i en årgang gives en rabat på 10%.

Annoncestyr.: 1/1 side til kant (3 mm besk.) 210x280 mm. 1/1 side 170x242 mm. 1/2 side 170x121 mm.

Oplag: 1300. © Forfatteren og Audiologopædisk Forening.

Synspunkter i artikler og indlæg deles ikke nødvendigvis af bestyrelse og redaktion.
Eftertryk - også i uddrag - kun med forfatterens og redaktionens skriftlige tilladelse.

Abonnement m.v.

ALF
Postboks 34
4130 Viby Sj.

Audiologopædisk Forening

v/ formand Bente Reimann Jensen
Nordmarksvej 3
4621 Gadstrup
Tlf. 5150 5815
Email: formand@alf.dk



ISSN 0105-7200