

# DANSK AUDIOLOGOPÆDI

FAGBLAD FOR AUDIOLOGOPÆDER



## Volapyk – sludder, vås eller øregas?

Spil med ordklasserne navneord, udsagnsord og tillægsord. Et glimrende oplæg til en samtale om små betydningsforskelle i synonymerne.

Synonymos kr 198,-



## Hurlumhej med årstidsaktiviteter

Hurlumhej er fuld af sjove aktiviteter til lege med krop og bevægelse. Ved at lege viden ind i børn lærer flest muligt mest muligt.

kr 135,-



## Læs lydret med gratis opgaver

Serien bliver ved og ved – til glæde for begynderlæserne. Denne gang tager Ib til en by og oplever drama på en sø, mens far og Hugo skyder til måls i haven.

Ib i en by og Ib i en sø, trin 0 og Piå, paf – en ulv! trin 2  
kr 69,- pr bog



## Hvad hedder gedens unge? Hønsens? Hestens?

Det er ikke bare sjovt og hyggeligt at quizze. Vi lærer også noget samtidig! De 1200 spørgsmål til forskellige emner øger den sproglige opmærksomhed og børnenes paratviden.

kr 78,-



## Hop rundt på tæppet og få styr på de 120 hyppige ord

Bevægelse, leg og spil motiverer eleverne til at træne de 120 ord. I den lille vejledning er der forslag til forskellige aktiviteter. 120 ords-tæppet, på sporet af ordet.

KUN kr 1190,-



LÆS MERE PÅ [WWW.SPF-HERNING.DK](http://WWW.SPF-HERNING.DK) · VI SENDER GERNE TIL GENNEMSYN · PRISER EXCL. MOMS

## Special-pædagogisk forlag

Birk Centerpark 32 · 7400 Herning · Tlf 97 12 84 33 · [forlag@spf-herning.dk](mailto:forlag@spf-herning.dk) · [www.spf-herning.dk](http://www.spf-herning.dk)

## Nyt bestyrelsesår – og nyt fast udvalg ☺



**Som formand for en bestyrelse skal man hvert år til den årlige generalforsamling gøre status over året, der gik. Denne status kan læses i den skriftlige beretning på foreningens hjemmeside. Følgende er lidt af det, jeg som formand sagde i den mundtlige beretning på generalforsamlingen den 24. marts 2014:**

Audiologopædisk Forening er en stor 'maskine' at navigere rundt med, og det er et stort arbejde bare at smøre hjulene, så 'maskinen' bliver holdt i gang. Der er rigtig meget, der skal gøres – bare for at opretholde den daglige drift, fx betaling af regninger, kontering af udgifter, besvarelse af henvendelser, vedligeholdelse af arkivet, vedligeholdelse af hjemmesiden – og af Facebook, udgivelse af Dansk Audiologopædi (DA), samarbejde med de danske og nordiske foreninger osv. For ikke at tale om det store arbejde, der er forbundet med at planlægge og gennemføre kurser – såvel de regionale kurser som det store efteruddannelseskursus på Nyborg Strand. Og hvad enten man er valgt til bestyrelsen eller 'bare' deltager i et udvalgsarbejde - så foregår alle aktiviteter i disse aktive menneskers fritid.

Ud over den daglige drift er der de uforudsete henvendelser til foreningen, som kan handle om specifikke høringsvar, henvendelser om samarbejde i f.m. specifikke projekter, informationsmøder fra ministerier osv. Her ser vi en stigende tendens til, at ALF bliver inddraget, hvilket er glædeligt, idet vi jo rigtig gerne vil bidrage til udviklingen af vores fag og profession. Men ud over dette 'daglige' arbejde er der så de initiativer, som bestyrelsen/generalforsamlingen gerne ser prioriteret i bestyrelsesåret. I 2013 blev der på denne baggrund nedsat et *fagetisk udvalg*. Udvalget udarbejdede et forslag til nye fagetiske retningslinjer, som blev vedtaget på generalforsamlingen og kan læses her i bladet.

Nogle medlemmer har udtrykt tvivl om, hvorvidt det overhovedet er nødvendigt med fagetiske retningslinjer? Og man kan jo hævde, at i den bedste af alle verdener ville det måske ikke være nødvendigt at sætte retningslinjer op for god fagetik. Men arbejdet i det fagetiske udvalg har gjort mig en lille smule klogere på, at der næsten dagligt kan opstå og opstår dilemmaer, som vi som professionelle bliver nødt til at forholde os til. Kan vi fx

- give råd og vejledning (eller konkludere) på personer, vi ikke selv har undersøgt?

- diagnosticere over Skype?
- udtale os om klientens prognose?
- give 'second opinion' – og på hvilken baggrund?
- selv bestemme, hvordan vi som privatpraktiserende logopæder skal forholde os til fx journalisering, tavshedspligt osv.

De færreste etiske problemstillinger kan besvares enkelt og entydigt – ofte karakteriserer vi dem i stedet som etiske dilemmaer. Disse dilemmaer bør vi fortsat debattere, ikke mindst for at styrke og skærpe vores professionelle og faglige identitet.

Medlemmer af Audiologopædisk Forening kan tilmelde sig foreningens hjemmeside som privatpraktiserende – og det er vores erfaring, at mange netop finder en privatpraktiserende (audio)logopæd via hjemmesiden. Derudover har vi bemærket, at mange privatpraktiserende fremhæver deres tilknytning til foreningen, samt at de overholder foreningens fagetiske retningslinjer - på deres egen hjemmeside. Det er vi selvfølgelig meget glade for, men vi ser det også som vores forpligtelse løbende at justere og forholde os til de problemstillinger og dilemmaer, der ofte opstår i mødet mellem den professionelle og klienten/barnet.

Derfor har bestyrelsen valgt, at arbejdet i det fagetiske udvalg bør fortsætte. Dels skal udvalget arbejde videre med løbende justeringer af de fagetiske retningslinjer og dels med selvvalgte etiske problemstillinger.

Det er rigtig dejligt at se, at der i foreningen bliver flere og flere medlemmer, der deltager i foreningens arbejde. Jeg vil hermed godt rette en STOR tak til alle medlemmer, der på den ene eller den anden måde bidrager til arbejdet i foreningen, hvad enten man deltager i 'smøringen af maskinen' eller i de nye initiativer, der sættes i gang.

*Bente Reimann Jensen  
Formand*



# Melodic Intonation Therapy:

## En metode til genoptræning af sprog/tale ved afasi og erhvervet verbalapraksi

**Personer med ikke-flydende afasi og erhvervet verbalapraksi (AOS) kan have svært ved at udtrykke selv simple ord og fraser. De kan dog ofte synge dele af kendte sange eller citere rim relativt flydende. Denne evne er blevet anvendt i sprog og taleundervisning for personer med ikke-flydende afasi og AOS. Det er mit indtryk, at det at anvende sang til genoptræning af sprog og tale ikke har været anvendt systematisk i logopædien i Danmark, hvorimod man i USA har anvendt dette mere systematisk i flere år i form af metoden Melodic Intonation Therapy (MIT). Kan metoden anvendes mere systematisk i Danmark?**



ALICE GACINGA. Talepædagogisk konsulent, Cand. Mag. i audiologopædi. Ansat ved Videnscenter for Specialpædagogik (ViSP) i Næstved, hvor hun beskæftiger sig med områderne afasi, dysartri og stemmevanskeligheder. Færdiguddannet i 2013. Var i 2012 i et praktikforløb på et amerikansk hospital for at se, hvordan de arbejder med genoptræning af sprog og tale. Medforfatter til »SpeechEasy – om personer, der stammers, egne erfaringer med hjælpemidlet« (Dansk Audiologopædi 5/09).  
Mail: [alicemortensen@hotmail.com](mailto:alicemortensen@hotmail.com)

I forbindelse med mit speciale ved audiologopædi ved Københavns Universitet tog jeg til USA for at undersøge, hvordan logopæder anvender MIT. Denne artikel er derfor baseret på mit speciale fra februar 2013 (Mortensen, 2013). Det kan rekvireres via det kongelige bibliotek eller via e-mail: [alicemortensen@hotmail.com](mailto:alicemortensen@hotmail.com).

Der vil først være en introduktion af metoden MIT, hvorefter der redegøres for metodens målgruppe. Resultaterne fra et review i specialet præsenteres for at afgøre, hvilken effekt MIT har på genoptræningen af personer med hhv. afasi, AOS, og når disse vanskeligheder optræder samtidigt. Det undersøges gennem mit empiri-

ske studie, hvordan logopæder i USA anvender MIT og dens komponenter i praksis og til hvilken målgruppe. Til sidst diskuteres litteraturen med logopæders erfaringer fra praksis.

### Introduktion til metoden MIT

I 1973 udviklede Albert, M. L., Sparks, R. W., & Helm, N. A. metoden Melodic Intonation Therapy (MIT) til personer med svær ikke-flydende afasi, hvor den bevarede evne til at synge udnyttes. Metoden anvender prosodiske elementer fra talen: melodi, rytme og tryk til at synge ord og fraser i melodier, der ligger tæt op ad taleprosodien. Metoden har til formål at forbedre de propositionelle sprogfærdigheder<sup>1</sup> hos personer med svær ikke-flydende afasi (Sparks & Holland, 1976). Et succesfuldt udbytte af MIT defineres derfor som en forbedring af de konversationelle talefærdigheder.

Der findes flere metodebeskrivelser med visse variationer fra de forskellige udviklere af MIT (Sparks & Holland, 1976; Helm-Estabrooks et al., 1989; Helm-Estabrooks & Albert, 2004; Sparks, 2008). Jeg refererer i det følgende til deres metodebeskrivelser som MIT-standardprotokollen. Før metoden anvendes i praksis anbefales det at anskaffe sig materialet af Helm-Estabrooks et al. (1989) eller at læse beskrivelsen i Helm-Estabrooks & Albert (2004).

### Metodebeskrivelse

I MIT synges ord/fraser på en melodi, som veks-

1) Propositionelt sprog er det voluntære sprog - modsat non-propositionelt sprog, som består af automatiske fraser og »recurring utterances«.

ler mellem to toner: stavelser med tryk får en høj tone, og ubetonede stavelser får en lav tone. Hvert ord/frase synges langsomt med en overdreven rytme i legato<sup>2</sup>. Samtidigt »tapper« logopæden elevens hånd for hver udtalt stavelse, således at elevens hånd klappes blidt mod bordet (Helm-Estabrooks et al., 1989). Melodi, rytme, tryk og »hånd-tapping« er vigtige bestanddele i metoden, som jeg her betegner som de fire komponenter i MIT. Flere af komponenterne hænger tæt sammen, idet tryk afgør melodien, mens rytmen støttes af hånd-tapping.

Det er vigtigt at skelne mellem almindelig sang og MIT. Almindelig sang består af tydelige melodier, mens ord/fraser, der synges i MIT, er baseret på taleprosodi alene (Sparks & Holland, 1976; Sparks, 2008). For at udføre MIT skal logopæden

være i stand til at afgøre hvilke ord, der er tryk på, og differentiere mellem høj og lav tone, hvorimod musikalske færdigheder ikke er en forudsætning (Sparks & Holland, 1976).

MIT er inddelt i tre forskellige niveauer med flere trin (se tabel 1). Eleven gøres gradvist mindre afhængig af logopæden og kommer gradvist tilbage til normal taleprosodi, idet man mindsker støtten fra den melodiske komponent og hånd-tapping (Sparks & Holland, 1976). Gentagelse er en vigtig del af metoden, men mindskes også gennem forløbet (Sparks, 2008).

For at gå fra et trin til et andet skal eleven opnå en score på 90% korrekte ord/fraser over 5 gentagne sessioner (Helm-Estabrooks et al. 1989). For hver session vælges 12-20 nye ord/fraser, da man netop ikke ønsker at overindlære enkelte

2) Med konstant fonation.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
<b>Trin 1</b>	L præsenterer målordet/-frasen ved at nynne melodien og derefter synges det med ord.	L præsenterer målordet/-frasen ved at synges det.	L præsenterer målordet/-frasen ved at synges det. Efter en pause på ca. 6 sekunder gentager E ordet/frasen.
<b>Trin 2</b>	L og E synger ordet/frasen sammen.	L og E synger ordet/frasen sammen, men E færdiggør selv ordet/frasen halvvejs i ordet/frasen.	L præsenterer ordet/frasen med en overdreven taleprosodi* (sprechgesang).
<b>Trin 3</b>	E færdiggør gradvist ordet/frasen alene.	L præsenterer ordet/frasen. Efter en pause på ca. 6 sekunder gentager E ordet/frasen.	L og E siger sammen ordet/frasen med overdreven taleprosodi (sprechgesang), men eleven fuldfører selv ordet/frasen. Hånd-tapping afbrydes gradvist.
<b>Trin 4</b>	L præsenterer ordet/frasen. E gentager umiddelbart efter.	Efter en pause på ca. 6 sekunder, stiller L et spørgsmål. E svarer ved at synges målordet/-frasen.	L præsenterer ordet/frasen i normal taleprosodi. Efter en pause på ca. 6 sekunder gentager eleven i normal taleprosodi. Der anvendes ingen hånd-tapping.
<b>Trin 5</b>	L stiller et spørgsmål, hvorefter E svarer ved at synges målordet/-frasen.		Efter en pause på ca. 6 sekunder stiller L et spørgsmål. E svarer med målordet/-frasen i almindelig taleprosodi uden at bruge håndtapping.

Tabel 1: En forenklet oversigt over de forskellige niveauer og trin i MIT med udgangspunkt i metodebeskrivelsen i Helm-Estabrooks et al., (1989). På et givent niveau gennemgås alle trin for hvert enkelt ord/frase, og flere af trinnene kan gentages efter retningslinjerne i standardprotokollen. Hånd-tapping anvendes på hvert trin, medmindre andet er angivet. I niveau 2 og 3 indføres »backup«, som gør det muligt at gå tilbage til det forrige trin, hvis eleven ikke er i stand til at opnå korrekt score i første forsøg.

L = logopæden; E = eleven, \*Overdreven taleprosodi (sprechgesang) er en slags overdreven tale, hvor man ikke længere synger ordet/frasen, men stadig overdriver tryk og rytme.

ord/fraser. Der tages højde for fonologisk sværhedsgrad, syntaktisk kompleksitet, semantisk indhold og personlig relevans. MIT er en intensiv metode, og det anbefales, at den anvendes i korte og hyppige sessioner (gerne dagligt) i en begrænset periode på 3-6 uger (American Academy of Neurology, Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee, 1994).

### Målgruppe

Metodens målgruppe er relativt snæver. En god kandidat vil ofte være en person med Broca afasi med svære ekspressive vanskeligheder; hvor sprogforståelsen er væsentligt bedre end sprogproduktionen, og der er dårlig gentagelseevne (Sparks & Holland, 1976). Det er senere blevet tilføjet, at eleven skal have en unilateral skade i venstre hemisfære (Helm-Estabrooks et al., 1989; Helm-Estabrooks & Albert, 2004). Der findes flere kriterier, som er nærmere beskrevet i standardprotokollen.

Kriterierne for, at en person kan modtage undervisning med MIT, er stort set de samme i dag, som dengang metoden blev udviklet. Disse kriterier er baseret på de to første undersøgelser af effekten af MIT (Albert et al., 1973; Sparks et al., 1974), hvor ni af 13 afasiramte, som ikke tidligere havde profiteret af traditionel logopædisk undervisning, profiterede af undervisning med metoden. Man baserede inklusionskriterierne for MIT ud fra de symptomer, man så hos de, der profiterede af undervisningen vs. de personer, der ikke profiterede af undervisningen.

Man tog i disse undersøgelser højde for dysartri, men det er ikke beskrevet, hvorvidt der også var et element af AOS. Det er muligt, at dette skyldes mindre fokus på AOS sammenlignet med i dag, men da der ikke er givet en dybdegående beskrivelse af den enkelte elevs sprog pre/post-MIT, er det heller ikke muligt at vurdere, om der kan have været AOS til stede hos nogle elever. Det er velkendt, at AOS, når den optræder, ofte optræder sammen med Broca afasi (Freed, 2000). Det kan være vanskeligt at skelne mellem AOS og Broca afasi, da det verbale output kan lyde meget ens (Duffy, 2005). Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at afasi skyldes sproglige vanskeligheder, mens

AOS skyldes problemer med at planlægge og sekvensere talen.

Selvom MIT blev udviklet til personer med ikke-flydende afasi, blev metoden på et tidligt tidspunkt anvendt i praksis til personer med motoriske talevanskeligheder (Sparks & Holland, 1976). Ifølge Sparks (2008) anvendes metoden stadig i dag i praksis til AOS (som er en motorisk talevanskelighed), hvor der ved uformelle observationer ses god effekt på denne målgruppe. Freed (2000) har også beskrevet MIT som en metode til genoptræning af tale ved AOS.

Resultaterne fra de første to undersøgelser af metoden (Albert et al., 1973; Sparks et al. 1974) indikerer, at nogle personer med afasi kan profitere af MIT. Det er dog ikke nærmere defineret, om de personer, som modtog undervisning med metoden, også havde AOS. Derfor er det uklart, i hvor høj grad undersøgelsesnes positive resultater er påvirket af en mulig positiv effekt af metoden på AOS. I de tidlige studier, hvor man forsøgte at finde inklusionskriterierne til MIT, udtrykte man, at der var brug for flere kontrollerede studier, hvor man undersøgte inklusionskriterierne nærmere (Albert et al., 1973). Dog ser inklusionskriterierne overraskende nok stort set ens ud i dag. Man kan også undre sig over, at antagelsen om, at MIT har en positiv effekt på AOS, stadig synes at være baseret på en hypotese.

### Effekten af MIT i genoptræning af forskellige målgrupper

For at få størst udbytte af MIT er det vigtigt at kende den målgruppe, der bedst kan profitere af metoden. Hvilken målgruppe, der kan profitere af metoden, er i de første undersøgelser uklart. For at afklare dette spørgsmål nærmere, har jeg i specialet lavet et review af 28 empiriske studier, som undersøger effekten af MIT og dens komponenter (melodi, rytme, tryk og hånd-tapping) i undervisningen af afasi, AOS, og når begge vanskeligheder optræder samtidigt. For en detaljeret gennemgang af resultaterne henvises til Mortensen (2013).

#### *Effekten af MIT i genoptræning af sprog ved afasi*

Ifølge empiriske studier, som undersøger effek-

ten af MIT i genoptræningen af personer med afasi, kan metoden signifikant forbedre det verbale output hos personer med afasi (Schlaug et al., 2008; 2009, Mortensen, 2013). I størstedelen af effektstudierne anvendes MIT-standardprotokollen med enkelte modifikationer, men den hierarkiske struktur og intensitet er bevaret. De fleste effektstudier fokuserer på kronisk afasi, men det tyder også på, at MIT og en modificeret udgave af MIT (MMIT) kan forbedre gentagelseevnen i den akutte fase af afasi (Conklyn et al., 2012; Popovici & Mihăilescu, 1992).

Ifølge forskning tyder det på, at den neurologiske forklaring på effekten af MIT er, at områder svarende til sprogområder i venstre hemisfære, aktiveres i højre hemisfære (Schlaug et al. 2008, 2009; Zipse et al., 2011). Den melodiske komponent og hånd-tapping af venstre hånd menes at kunne forklare den øgede inddragelse af højre hemisfære ved genoptræning med MIT (Schlaug et al., 2008). Det tyder også på, at den melodiske komponent i MIT hjælper til at sænke taletempo, forlænge stavelser og gøre det nemmere at opdele stavelser i klynger (Schlaug et al., 2008). Det er dog muligt, at der med mere fokus på den rytmiske komponent i MIT kan ske en genaktivering i venstre hemisfære. Dette er tilfældet i et studie af Belin et al. (1996), hvor man anvender en fransk udgave af metoden, som har mere fokus på rytme end den amerikanske MIT-standardprotokol.

*Effekten af MIT i genoptræning af tale ved AOS*  
Til trods for at Sparks & Holland (1976) og Sparks (2008) giver udtryk for, at MIT anvendes i praksis i genoptræningen af personer med AOS, er den direkte effekt af metoden til denne målgruppe aldrig blevet undersøgt (Mortensen, 2013). Dog er effekten af metoden med få modifikationer undersøgt i enkelte studier af børn med verbalapraksi (DAS), hvor bl.a. Helfich-Miller (1994) og Martikainen & Korpilahti (2011) har fundet positive resultater. Der findes studier, der har undersøgt effekten af »Rate/Rhythm Control Treatments« (RRCT), som anvender enkeltkomponenterne rytme og hånd-tapping i genoptræningen af personer med AOS. Metoderne adskiller sig primært fra MIT ved, at der ikke anvendes melodi og tryk. Personer med AOS har vist sig-

nifikante forbedringer i artikulation efter et forløb med RRCT (Southwood, 1987; Wambaugh & Martinez, 2000; Mauszycki & Wambaugh, 2008).

Selvom effekten af MIT ikke er undersøgt i genoptræningen af personer med AOS, er det sandsynligt, at metoden vil have en positiv effekt på denne målgruppe, idet enkelte komponenter fra metoden har givet signifikante positive resultater. Ligeledes tyder det på, at melodi kan hjælpe til at nedsætte taletempo (Wilson, 2006), hvilket også er gavnligt for personer med AOS (Wambaugh et al. 2006a).

#### *Effekten af MIT i genoptræning af sprog/tale, når afasi og AOS optræder samtidigt*

Få effektstudier, som undersøger effekten af MIT i genoptræningen af personer med afasi, nævner eksplicit, om deltagerne med afasi også har AOS (Marshall & Holtzapple; Springer et al., 1993; Baker, 2000; Wilson et al., 2006; Hough, 2010), men ingen af disse undersøgelser har anvendt tests eller kvalitative beskrivelser, der kan måle effekten på AOS særskilt efter et forløb med MIT. Derfor er det ikke muligt i disse studier at vide i hvor høj grad, MIT har haft positiv effekt på AOS vs. afasi.

Springer et al. (1993) fandt dog, at særligt personer med afasi samtidig med AOS i højere grad profiterede af et forløb med metoden. Det ville være interessant at undersøge, om personer med kombinationen afasi og AOS i højere grad kan profitere af metoden og ikke mindst, hvordan metoden anvendes af logopæder i praksis.

### **Empirisk studie**

#### *Metode*

Et kvalitativt empirisk studie blev indsamlet i det sydlige Californien i USA i forbindelse med specialet med det formål at undersøge brugen af MIT i praksis. Det foregik i USA, da der ikke er megen erfaring med metoden herhjemme, og det var vigtigt at finde personer, som var vant til at bruge metoden. Studiet består af 1) et case-studie med to dataindsamlinger, hvor én MIT-session observeres og en logopæd efterfølgende interviewes omkring den observerede session, og 2) fem semi-strukturerede interviews

med logopæder, som har erfaring med MIT.

### Resultater

Logopæderne anvender primært MIT med det formål at mindske AOS hos personer, som har afasi og AOS, som optræder samtidigt, men hvor AOS er den primære vanskelighed. De foretrækker ofte metoden i starten af et undervisningsforløb enten for at kickstarte sprog/tale eller for at få fat i automatiske fraser. Når AOS er minimeret, er der åbnet vej til at arbejde med afasien, hvor logopæderne foretrækker andre metoder til at varetage denne undervisning. En logopæd siger i interviewet: *»In general, I tend to see that this [method] opens the flood-gates, so that they start to get these sentences down, but then other things will start to pop up too, because it kind of gets them started«* (Interview med logopæd - i Mortensen, 2013 s. 79).

MIT bliver i praksis sjældent brugt til at generere propositionelt sprog ved afasi. Alle logopæder er enige om, at også faktorer, som ikke relaterer sig til diagnosen - såsom personlighed og attitude overfor metoden - er vigtige at tage med, når man overvejer, om metoden egner sig til den enkelte person. Flere oplever, at MIT giver en umiddelbar succesoplevelse hos eleven, hvilket virker motiverende.

En anden logopæd siger: *»I think the advantages [of the method] are that it definitely gets more fun for the patient. It breaks up the monotony. I think it helps their attitude, because they are saying words all of a sudden. Real words are coming out for the first time. It gives them hope«* (Interview med logopæd - i Mortensen 2013 s. 78).

MIT anvendes sjældent efter retningslinjerne i standardprotokollen. I stedet anvender flere logopæder enkelte komponenter i MIT mere frit, hvilket betyder, at MIT udøves på en mindre struktureret og intensiv måde. Komponenterne rytme og hånd-tapping anvendes oftere end de andre komponenter – især som en strategi til at fremme ordproduktion i den øvrige undervisning. Hånd-tapping bruges for at sænke tale tempo. Rytme og hånd-tapping er derfor tæt relateret hos logopæderne i praksis.

Flere logopæder giver udtryk for, at de udelader den melodiske komponent, fordi nogle elever synes, det er ubehageligt at skulle bruge stemmen på den måde. Ved at udelade melodien og i stedet fokusere på hånd-tapping og rytme oplever flere, at der er større sandsynlighed for, at eleven vil føle sig tryk. Hvis logopæderne anvender melodi, afviger den ofte noget fra almindelig taleprosodi.

### Diskussion

#### Målgruppe

Logopæderne i det aktuelle empiriske studie anvender MIT til undervisning af AOS, hvilket er en anden målgruppe end den, som metoden er udviklet til. Da forskningsstudier fokuserer på effekten af MIT i genoptræningen af personer med afasi og ikke AOS, betyder det, at den direkte effekt af metoden ikke er undersøgt på den målgruppe, som den faktisk anvendes til i praksis.

Da de færreste effektstudier af MIT har gjort det klart, om deltagerne med afasi også har AOS, er det ikke muligt at vurdere, om undersøgelsesresultaterne positive resultater i virkeligheden skyldes en mulig positiv effekt på AOS. Man kunne også overveje, om MIT har en positiv effekt på både afasi og AOS, så at personer, som har afasi og AOS som optræder samtidigt, i højere grad vil få udbytte af et forløb med metoden, end hvis de har vanskeligheden i dens rene form. Denne betragtning støttes i øvrigt af resultaterne fra undersøgelsen af Springer et al. (1993).

#### Anvendelse af metoden og dens fire komponenter

I praksis anvender logopæderne i højere grad enkeltkomponenter fra MIT og i en mindre struktureret og intensiv form end forskningsstudier og anbefalinger i MIT-standardprotokollen. Spørgsmålet er dog, om de anvender enkeltkomponenterne, fordi de finder større udbytte af det eller pga. manglende kendskab til standardprotokollen. Det er også muligt, at de ikke anvender standardprotokollen, fordi det er vanskeligt at efterkomme kravene om høj intensitet.

Logopæderne anvender primært metoden i starten af et undervisningsforløb for at sætte



sproget eller talen i gang. Enkeltkomponenterne hånd-tapping og rytme anvendes af logopæderne som en strategi til at sænke tale tempo. Netop disse to komponenter er særligt vigtige i RRCT-metoderne, som har vist signifikant positive resultater i genoptræningen af personer med AOS (Wambaugh, 2006a; Wambaugh 2006b). Hånd-tapping kan være med til at give fornemmelsen af rytme og give et auditivt cue til igangsætning, men menes også at kunne hjælpe til at aktivere artikulatoriske bevægelser (Schlaug et al., 2008). Logopæderne anvender ikke altid den melodiske komponent. Anvendes den, sker det ofte med væsentlige afvigelser fra taleprosodien. Dette kan være et problem, da grundlaget for, at den ramte senere hen kan overføre det lærte i MIT til propositionelt sprog, netop er, at melodien ligger tæt på taleprosodien.

Melodien menes at kunne øge aktiviteten af højre hemisfære og derved mindske afhængigheden af den ødelagte venstre hemisfære (Sparks et al., 1974; Schlaug et al., 2008; 2009; Zipse et al., 2011). Wilson (2006) fandt endvidere, at melodien i MIT er særlig brugbar for at nedsætte tale tempo hos personer med afasi. Da sænkning af tale tempo også er særlig vigtigt for personer med AOS (Wambaugh et al., 2006a; 2006b), er den melodiske komponent måske også vigtig at implementere i undervisningen af AOS. Det er dog stadig uvist, om komponenterne melodi og tryk har effekt i genoptræningen af personer med AOS.

Logopæderne anvender i praksis MIT særdeles anderledes end foreslået i MIT-standardprotokollen og til en anden målgruppe. Man kunne overveje, om logopæderne i højere grad ville finde gavn af at anvende MIT til personer med afasi, hvis de fulgte retningslinjerne i protokollen. Ud fra litteraturen og praksis tyder det på, at MIT har potentiale til at blive anvendt i genoptræningen af personer med AOS. Der er dog brug for studier, der undersøger metodens effekt mere specifikt på denne målgruppe.

### Konklusion og perspektivering

MIT er en evidensbaseret metode til genoptræning af sprog ved afasi, men effektstudier har ofte ikke taget højde for evt. tilstedeværelse af

AOS hos personer med afasi. Derfor kan der sættes spørgsmålstejn ved i hvor høj grad metodens positive udbytte i disse studier skyldes tilstedeværelse af afasi og/eller AOS. Der argumenteres for, at MIT har potentiale til genoptræning af personer med AOS, da anvendelse af enkeltkomponenterne rytme og hånd-tapping har vist signifikant positiv effekt i genoptræningen af denne målgruppe. Desuden er det sandsynligt, at melodien i MIT kan være med til at nedsætte tale tempo hos personer med AOS. Logopæder anvender i den aktuelle empiriske undersøgelse primært MIT til genoptræning af talen ved AOS. Enkeltkomponenterne anvendes i højere grad mere frit frem for den mere hierarkisk opbyggede standardprotokol. Ifølge resultaterne fra det empiriske studie, tyder det på, at MIT anvendes til en anden målgruppe i praksis end den, som den er udviklet til. Effekten af MIT, som den anvendes i praksis, er således ukendt, hvilket er et problem for evidensbaseret praksis. Fremtidige studier bør undersøge effekten af MIT i genoptræning af personer med AOS.

I min daglige logopædiske praksis anvender jeg MIT-standardprotokollen med stor glæde. Metoden er konkret, struktureret og ifølge min erfaring et særligt godt redskab til personer, hvor det ekspressive sprog er så sparsomt og besværet, at det kan være vanskeligt at anvende traditionelle logopædiske metoder. Jeg anvender ofte metoden til personer, hvor AOS i starten synes at være den primære vanskelighed, men som i øvrigt i forhold til deres afasi matcher de beskrevne inklusionskriterier i metoden.

I de situationer, hvor jeg anvender MIT med det primære formål at mindske AOS, er der også sket en bedring i afasien. Jeg har dog endnu ikke anvendt metoden alene kun til det formål at arbejde med afasien, da der også findes andre anvendelige logopædiske metoder, som fx MODAK (Lutz, 2013). Derimod er det mit indtryk, at der findes færre lettilgængelige metoder til genoptræning af personer med AOS.

Personer med svære ekspressive vanskeligheder, hvad enten det skyldes afasi eller AOS, oplever ofte store nederlag i forhold til deres sprog/tale. Ligesom logopæderne i den aktuelle

empiriske undersøgelser, er det min erfaring, at MIT kan give følelsen af succes, fordi den ofte har en umiddelbar effekt på sproget/talen. Dette er i sig selv motiverende. Ved screening på sygehuset i fase 1 har jeg desuden ofte undersøgt, om de personer, som umiddelbart fremtræder med relativt god sprogforståelse, men stort set uden verbalt sprog, er i stand til at eftersige sætninger efter MIT-princippet. I flere tilfælde har det været muligt, at mobilisere fraser eller navne vha. metodens fremgangsmåde. Det viser mig, at der er noget at bygge videre på, og samtidig får den ramte en succesoplevelse.

Det er muligt at anvende enkelte komponenter fra metoden, ligesom flere logopæder gør i den empiriske undersøgelse. Det er dog min erfaring, at MIT-standardprotokollen netop giver et mere struktureret undervisningsforløb, hvilket gør undervisningen gennemskuelig for eleven. MIT er baseret på gentagne repetitioner, hvilket er særligt væsentligt i genoptræningen af personer med AOS (Wambaugh et al., 2006a; 2006b). Samtidig er der indlagt pauser i gentagelsen af ord/fraser, som skaber ro i undervisningssituationen. Anvendelse af MIT-standardprotokollen udelukker dog ikke, at man samtidig kan lave variationer, som fx spontant at sætte melodi på de ting, eleven ser, eller synge ting, som eleven gerne vil give udtryk for. Det er muligt, at man ved at lave disse variationer netop fremmer overførselseffekten.

Da jeg primært anvender MIT-standardprotokollen til personer med AOS og i mindre grad afasi, har jeg fundet det nødvendigt at implementere brugen af prompting, i form af at vise mundstilling, netop fordi denne målgruppe har særligt vanskeligt ved at finde artikulationsstedet. Denne form for prompting gøres dog mindre og mindre igennem forløbet. MIT er en intensiv metode, som helst skal gives i daglige sessioner. Dette er dog sjældent muligt i praksis. For at bibeholde intensiteten har jeg gode erfaringer med at inddrage pårørende til selv at anvende metoden i hjemmet.

Afslutningsvis vil jeg takke for økonomisk støtte fra Vibeke og Victor Blochs Fond samt Lingvistisk-Logopædisk Studieleгат. Dette har gjort det muligt at indsamle empiri i USA til specialet og

derved også til at inspirere min praksis i Danmark.

## Referencer

- Albert, M. L., Sparks, R. W., & Helm, N. A. (1973). Melodic Intonation Therapy for Aphasia. *Archives of Neurology*, 29(2), 130-131.
- American Academy of Neurology, Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee (1994). Assessment: Melodic intonation therapy. *Neurology*, 44, 566-568.
- Baker, F. (2000). Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults With Severe Nonfluent Aphasia. *Music Therapy Perspectives*, 18(2), 110-114.
- Belin, P., Van Eeckhout, P., Zilbovicius, M., Remy, P., Francois, C., Guillaume, S., Chain, F., Rancurel, G., & Samson, Y. (1996). Recovery from nonfluent aphasia after melodic intonation therapy: a PET study. *Neurology*, 47(6), 1504-1511.
- Conklyn, D., Novak, E., Boissy, A., Bethoux, F., & Chemali, K. (2012). The Effects of Modified Melodic Intonation Therapy on Nonfluent Aphasia: A Pilot Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(5), 1463-1471.
- Duffy, J. R. (2005). *Motor speech disorders, substrates, differential diagnosis, and management* (2nd edn.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Freed, D. B. (2000). *Motor speech disorders, diagnosis and treatment*. San Diego: Singular.
- Helfrich-Miller, K. R. (1994). A clinical perspective: Melodic intonation therapy for developmental apraxia. *Clinics in Communication Disorders*, 4(3), 175-182.
- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2004). *Manual of Aphasia and Aphasia Therapy* (2nd edn.). Austin, Texas: Pro-Ed
- Helm-Estabrooks, N., Nicholas, M., & Morgan, A. R. (1989). *Melodic Intonation Therapy Manual*. Austin, Texas: Pro-Ed
- Hough, M. S. (2010). Melodic Intonation Therapy and aphasia: Another variation on a theme. *Aphasiology*, 24(6-8), 775-786.
- Lutz, L. (2013). *MODAK: Modalitetsaktivering i afasiundersøgelsen – et undervisningsprogram*. Udgivet af Videnscenter for Specialpædagogik (ViSP). Oversat og bearbejdet til dansk af Karina Lønborg
- Marshall, N., & Holtzapple, P. (1976). Melodic Intonation Therapy: variations on a theme. *Proceedings of the 6th Clinical Aphasiology Conference, 18-21 May 1976* (pp. 115-141). B. R. H. Minneapolis: BRK Publishers.
- Martikainen, A. L., & Korpilahti, P. (2011). Intervention for childhood apraxia of speech: A single-case study. *Child Language Teaching and Therapy*, 27(1), 9-20.
- Mauszycki, S. C., & Wambaugh, J. L. (2008). The effects of rate control treatment on consonant production accuracy in mild apraxia of speech. *Aphasiology*, 22(7-8), 906-920.
- Mortensen, A. (2013). *Melodic Intonation Therapy – How This Method Is Applied in the Rehabilitation of Patients with Aphasia and Acquired Apraxia of Speech*. Master's Thesis in Audiologopedics, Department of Scandinavian Studies and Linguistics, Faculty of Humanity, University of Copenhagen.

- Popovici, M., & Mihăilescu, L. (1992). Melodic Intonation in the rehabilitation of Romanian aphasics with bucco-lingual apraxia. *Romanian Journal of Neurology and Psychiatry*, 30(2), 99-113.
- Schlaug, G., Marchina, S., & Norton, A. (2008). From Singing to Speaking: Why Singing May Lead to Recovery of Expressive Language Function in Patients with Broca's Aphasia. *Music Perception*, 25(4), 315-323.
- Schlaug, G., Marchina, S., & Norton, A. (2009). Evidence for Plasticity in White-Matter Tracts of Patients with Chronic Broca's Aphasia Undergoing Intense Intonation-based Speech Therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169, 385-394.
- Southwood, H. (1987). The Use of Prolonged Speech in the Treatment of Apraxia of Speech. *Clinical Aphasiology Conference: Clinical Aphasiology Conference Proceedings, Lake of the Ozarks, MO, May 31-June 4, 1987* (Vol. 17, pp. 227-287). Minneapolis, Minn: BRK Publishers.
- Sparks, R., Helm, N., & Albert, M. (1974). Aphasia rehabilitation resulting from Melodic Intonation Therapy. *Cortex*, 10(4), 303-316.
- Sparks, R. W. (2008). Melodic Intonation Therapy. In: Chapoy, R. (Ed.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 837-851). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sparks, R. W., & Holland, A. L. (1976). Method: Melodic Intonation Therapy for aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 41(3), 287-297.
- Springer, L., Willmes, K., & Haag, E. (1993). Training in the use of wh-questions and prepositions in dialogues; a comparison of two different approaches in aphasia therapy. *Aphasiology*, 7, 251-270.
- van der Meulen, I., van de Sandt-Koenderman, M. E., & Ribbers, G. M. (2012). Melodic Intonation Therapy: Present Controversies and Future Opportunities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1 Suppl), S46-52.
- Wambaugh, J. L., Duffy, J. R., McNeil, M.R, Robin, D. A., & Rogers, M. A. (2006a). Treatment Guidelines for Acquired Apraxia of Speech: A Synthesis and Evaluation of the Evidence. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 14(2), xv-xxxiii.
- Wambaugh, J. L., Duffy, J. R., McNeil, M.R, Robin, D. A., & Rogers, M. A. (2006b). Treatment Guidelines for Acquired Apraxia of Speech: Treatment Descriptions and Recommendations. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 14(2), xxxv-lxvii.
- Wambaugh, J. L., & Martinez, A. L. (2000). Effects of rate and rhythm control treatment on consonant production accuracy in apraxia of speech. *Aphasiology*, 14(8), 851-871.
- Wilson, S. J., Parsons, K., & Reutens, D. C. (2006). Preserved Singing in Aphasia. *Music Perception*, 24(1), 23-36.
- Zipse, L., Norton, A., Marchina, S., & Schlaug, G. (2012). When right is all that is left: plasticity of right-hemisphere tracts in a young aphasic patient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1252(1), 237-245.



## 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](http://www.comfortaudio.dk)

# NYE LOGOPÆDISKE TEST

## LOGOFOVA

### Logopædisk udredning af Fonologiske Vanskeligheder

Af Marit C. Clausen

Et nyt dansk testmateriale udviklet til udredning af børn med udtalevanskeligheder i alderen 2;5-5;11 år med specielt fokus på fonologiske vanskeligheder. Udover fonologitesten indeholder testmaterialet også en inkonsistenstest.

Testen kan bruges til at vurdere, om et barn udvikler sig alderssvarende eller er forsinket eller afvigende i sin fonologiudvikling. Dette er ikke kun af betydning for barnet her og nu, men også for at sikre en god skolestart.

**LogoFoVa** bidrager med en grundig og systematisk udredning af børns udtale, da den tester alle danske fonemer, både konsonanter og vokaler, og en række udvalgte konsonantklynger i de forskellige positioner, de kan optræde i på dansk. Dette muliggør en grundig analyse af, hvilke fonologiske processer, der optræder i barnets sprog. Sammen med det normative datagrundlag muliggør LogoFoVa en klassificering af barnets udtalevanskelighed i fire grupper: artikulationsvanskelighed, fonologisk forsinkelse, konsistent fonologisk vanskelighed og inkonsistent fonologisk vanskelighed.

**LogoFoVa** henvender sig til professionelle, som arbejder med børn med sprog- og talevanskeligheder, dvs. logopæder, talepædagoger og tale-hørelærere.

#### MATERIALET BESTÅR AF:

- Vejledning
- Stimulushæfte 1 og 2 (inkonsistenstest)
- Registrerings-, opgørelses- og opsamlingsark (samlet sæt til 10 testninger)

Komplet sæt 1.375 kr.



LÆS MERE  
OG BESTIL PÅ  
DPF.DK

### Efterlyser du test til klinisk vurdering af henholdsvis det impressive og det ekspressive ordforråd? Nu foreligger de anerkendte Receptive og Expressive One-Word Picture Vocabulary Test på dansk

**ROWPVT-4** og **EOWPVT-4** er de nyeste udgaver af to klassiske test til vurdering af henholdsvis det impressive eller ekspressive ordforråd hos børn og voksne i alderen 2-80+ år. På mindre end 20 minutter gives en nem og præcis vurdering af mulige forsinkelser i eller afvigelser fra et normalt og alderssvarende ordforråd. Scoringen tager kun fem minutter.

**ROWPVT-4** og **EOWPVT-4** kan anvendes i specialpædagogiske sammenhænge på børn med formodede læringsvanskeligheder, og i kliniske sammenhænge i såvel diagnostiske som behandlingsmæssige sammenhænge i forbindelse med fysiske og psykiske handicaps.

**ROWPVT-4** og **EOWPVT-4** består begge af:

- Brugermanual (engelsk)
- Stimulushæfte med farvede illustrationer
- Registrerings- og opgørelsesark.

**ROWPVT-4** og **EOWPVT-4** henvender sig primært til logopæder, audiologopæder, tale-hørekonsulenter, sprogkonsulenter, lingvister m.fl., men kan også bruges af neuropsykologer og kliniske psykologer. En mindre dansk afprøvning af de to test er netop igangsat og forventes at være klar primo 2015.



RECEPTIVE ONE-WORD PICTURE  
VOCABULARY TEST – 4TH EDITION  
Af Nancy A. Martin og Rick Brownell



EXPRESSIVE ONE-WORD PICTURE  
VOCABULARY TEST – 4TH EDITION  
Af Nancy A. Martin og Rick Brownell

1.100 kr. pr. sæt/1.995 kr. for begge

Alle priser er ekskl. moms



# Velfærdsteknologi, kommunikation og Progredierende Dysartri

**Personer med talevanskeligheder har stor gavn af at bruge mobile enheder som smartphones og tablets i hverdagen. Et forsøg på CKHM i foråret 2013 gav gode erfaringer.**



KIRSTEN NIELSEN. Speciallærer og Master i Specialpædagogik. Ansat som talepædagog og IKT-konsulent i stemmeafdelingen på Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, CKHM Vejle.  
Email: [kirsten@roedmose.com](mailto:kirsten@roedmose.com)

»Velfærdsteknologi, læring og kommunikation« er titlen på mit Masterprojekt, som tager udgangspunkt i brug af smartphones og tablets i hverdagen for personer med progredierende dysartri, som f.eks. Parkinsons Sygdom (Nielsen 2013).

En mindre gruppe, som bestod både af personer ramt af sygdom og af pårørende til sygdomsramte, deltog i et undervisningsforløb, som havde til hensigt at gøre deltagerne fortrolige med de nye medier og platforme. Forløbet var tilrettelagt i samarbejde med min kollega Connie Tøndering og lagde vægt på at styrke deltagerens egne erfaringer ved brug af det nye udstyr, så de umiddelbart kunne anvende teknologien i hverdagen, dels kompenserende for nedsat kommunikationsevne, dels som træningsmedie. Målet var at understøtte kommunikationsevnen bedst muligt, både skriftligt og mundtligt.

Ud over fortroligheden med de nye platforme gav forløbet deltagerne indsigt i forskellige problemstillinger ved bl.a. Parkinsons Sygdom, og der blev skabt et forum med forståelse for kommunikationsvanskelighederne, udveksling af erfaringer og plads til, at alle kom til orde på forskellig vis.

## Nytænkning og anden tilgang til læring

Den logopædiske praksis lægger stor vægt på funktionstræning for at genetablere tabte færdigheder, vedligeholde funktioner, og hvis det ikke længere er muligt - f.eks. i forbindelse med progredierende sygdom - fokuserer undervisningen på at minimere funktionsevnedensættelsen ved at kompensere på forskellig vis.

Vores mål med at inddrage forskellige platforme var at støtte både de sygdomsramte og de pårørende i at blive mest muligt selvhjulpne og få stor fortrolighed og ejerskab til de nye medier med stort fokus på aktivitet og deltagelse i hverdagen.

Vi var som logopæder også meget interesserede i at undersøge, om de nye medier gav anledning til didaktisk at nytænke indsatsen og bruge andre veje eller måder til at organisere og tilrettelægge vores logopædiske tilbud på. Kan man ved at bruge hverdagsteknologien udvide indsatsen og omforme opgaver, så træning placeres så virkelighedsnært som muligt? Vi ved jo, at den største transfer og overførselsværdi ligger her.

Kan de nye medier udvide og uddybe undervisningen, så deltagerne får mere ud af det end tidligere, eller er det blot en anden måde at benytte og præsentere allerede kendte metoder?

Vi var selvfølgelig ikke interesserede i at kassere nyttige metoder og tilgange til funktionstræningen, men hvordan kunne vi kombinere forskellige metoder og arbejdsredskaber og placere indsatsen så virkelighedsnært som muligt?

## Velfærdsteknologi

Velfærdsteknologi (VFT) som begreb vækker mange forskellige associationer, afhængigt af hvilket perspektiv, man betragter begrebet ud fra. Nogen klar definition er vanskelig at opdri-

ve, og det ender ofte med en beskrivende indkredsning frem for en entydig definition. Fælles for beskrivelserne bl.a. fra Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2014) er, at vi taler om teknologiske løsninger, som både har et individuelt og samfundsmæssigt perspektiv, men også om teknologi, som giver øgede muligheder for aktivitet og deltagelse, selvhjulpethed og værdighed. (Digital velfærd 2014) En stor del af VFT beskæftiger sig med at lette hverdagen på sundhedsområdet med diverse robotter, men denne artikel fokuserer kun på den kommunikative del af VFT.

Den teoretiske baggrund for projektet bygger på teorier om:

- Inddragelse (Pedersen 2011)
- Self-efficacy (Villadsen 2013)
- Selvets Refleksivitet (Giddens 1996)
- Rehabilitering (Rehabilitering i Danmark 2004)

Disse begreber er holdt op mod Læringstyper, (Illeris 2011) og Læringsperspektiver (Lave 2003, Uljens 1997). Interesserede kan fordybe sig i litteraturen angivet i litteraturlisten.

Denne artikel vil omhandle praksis og en beskrivelse af, hvordan vi konkret planlagde undervisningsforløbet, fulgt af de involveredes og fagprofessionelles syn på de kommunikative muligheder i VFT, specifikt og generelt.

### Praktisk udformning

Vi var meget optaget af at overvinde den barriere, som teknikken kan fremkalde hos nogle borgere, ikke mindst borgere oppe i alderen, men vi blev meget overraskede over, at der på trods af nyligt udpakkede tablets ikke var stor teknikforskrækkelse, men derimod interesse og nysgerighed. I invitationen til at deltage i forsøget var der meget klart lagt op til, at det drejede sig om

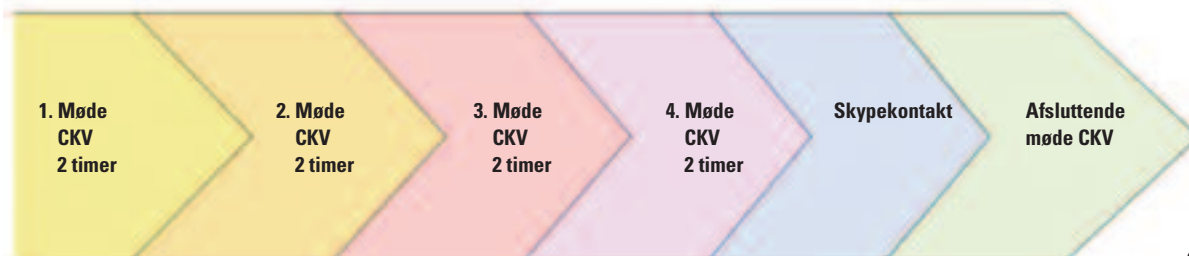
at bruge og udforske tablets, og forhåndsviden var ikke en forudsætning.

### Undervisningsforløbets opbygning

Som tidligere nævnt startede vi undervisningsforløbet i foråret 2013, og der var tilmeldt 5 deltagere med progredierende dysartri. Sammen med de dysartriramte var deres pårørende også indbudt til at deltage i forløbet, og 2 hustruer tog imod tilbuddet. Der var i tilrettelæggelsen af forløbet ikke skelet til deltagernes alder, som strakte sig fra 60 – 79 år, eller til erfaring med brug af mobil eller pc, men indlemmelseskriteriet var alene vurderet ud fra, om stadiet i sygdomsforløbet kunne hindre udbytte af deltagelse, og om der var lyst, interesse og motivation til at deltage i et forløb, hvor tablets og smartphones blev forsøgt inddraget i hverdagen.

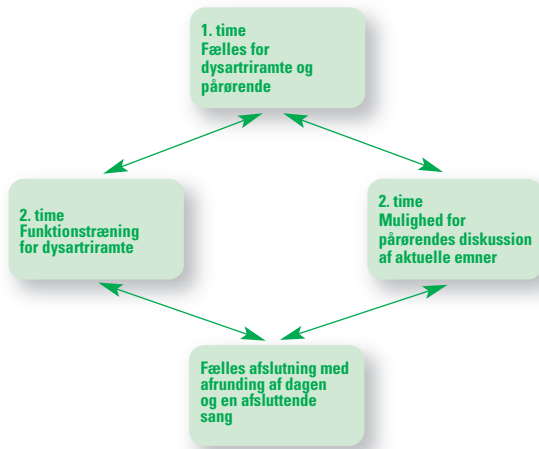
Vi valgte at bruge iPad med iOS styresystem som tablet-plattformen, sammen med forskellige smartphones med enten iOS eller Android styresystemer, da det var tilgængeligt og matchede en udvikling, som allerede var i gang på vores arbejdsplads Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, men kunne i princippet lige så godt have valgt tablets og smartphones med Android styresystem. Applikationerne findes stort set til begge former for tablets og smartphones. Andre tabletløsninger eller traditionelle PC løsninger indgik ikke i undervisningsforløbet.

Ud af 5 personer havde de 4 allerede en privat iPad, mens den 5. deltager havde en DUKA-tablet baseret på Windows styresystem. I undervisningen lånte hun en iPad fra undervisningsstedet. Forløbets struktur var, som det fremgår af nedenstående figur, 4 mødegange á 2 timer med en uges mellemrum. Derefter opfølgning med skype-kontakt, tilsending af elektronisk materiale med mulighed for hjælp til installation og afsluttende en mødegang efter ca. 2 mdr.



Figur 1:  
Forløbets  
opbygning

Hver undervisningsgang var delt op i et fællesmøde for både sygdomsramte og pårørende i første time, derefter en opsplittelse hvor der var plads til pårørendes indbyrdes samtale, mens der foregik funktionstræning for de sygdomsramte, inden vi samlede igen til fælles afslutning, illustreret i figur 2.



Figur 2: Opbygning af hver undervisningsgang.

Vi havde lagt stor vægt på »bordplanen«, så ægtefæller ikke kom til at sidde ved siden af hinanden, og indøvede mønstre med ordførerrolle dermed blev videreført. Vi planlagde ud fra, at der ikke var for stor forskel i kommunikationsevnen mellem de samarbejdspartnere, vi på forhånd havde sat sammen. Alle dysartriramte havde deltaget i individuelle forløb inden holdtilbuddet, så vi kendte deres kommunikationsniveau.

Didaktisk brugte vi i den første fælles time elementer fra Cooperative Learning, for at lægge mest mulig kommunikation ud til deltagerne. Emnet var hver gang at opnå større fortrolighed med især tablets, og opgaverne var stramt styret med et kort oplæg fra logopæder og derefter samarbejde med fast partner.

Læringsteoretisk læner CL sig op af den socialkonstruktivistiske læringsteori, hvor læringen finder sted i et samspil mellem individ og omgivelser og er derfor af social karakter. I forhold til ICF vil vi befinde os i den kontekstuelle del med vægt på aktivitet og deltagelse og omgivelsernes indvirkning på aktiviteten. Cooperativ Learning bygger på fire principper:

- Samtidig interaktion
- Positiv indbyrdes afhængighed
- Individuel ansvarlighed
- Lige deltagelse

(Kagan 2012)

Underviserens rolle skifter fra at være aktivt dommerende til at indtage en mere tilbagetrukket rolle som hjælpende og konsultativ person. Vi oplevede, at der opstod megen samtidig kommunikation i de små grupper, megen prøven sig frem, stort aktivitetsniveau - og megen latter.

### Undervisningens indhold

Undervisningens overordnede temaer i forhold til udforskning og implementering af velfærdsteknologi i form af tablets og smartphones var følgende:

- Kalenderfunktioner
- Strukturering af hverdagen
- Kompenserende kommunikation
- Spil
- Selvmonitorering af artikulations- og stemmestyrketræning

Inden for de forskellige temaer valgte vi at anvende en almindeligt brugt standardapplikation, som i mange tilfælde var den på iOS indbyggede app, og sammen med den en supplerende og udbyggende tilsvarende applikation, men i en udgave med ekstra tydelighed enten visuel, med bedre betjeningsmulighed i form af større tastefelter eller med multimodale funktioner for at optimere tydeligheden.

Mange havde betjeningsmæssigt udbytte af at bruge stylus – en lille pen - som kan fås i mange forskellige ergonomiske udformninger. En oversigt med benyttede apps så således ud:

#### Kalender:

MemoCal + iPads egen kalender synkroniseret op mod Googles kalender



Det letter hverdagen, når aftaler er noteret skriftligt evt. i synkroniserede kalendere med tilføjede mærkedage. Almindelig hverdagsteknologi,

som for nogle kan være en behagelig lettelse, for andre en nødvendighed.

### Strukturering:

Husketavlen



Sticky Notes



Noter på iPad og e-tilbudssavis



En oversigt med påmindelser og mulighed for pårørende at fjernstyre Husketavlen, hvis der er behov for at påminde om tilkomne begivenheder mv. Hvis mobiliteten er nedsat, kan planlægningen af en indkøbstur spare mange skridt, eller indkøb kan uddelegeres ud fra en udvælgelse hjemme. Sommerhuset kan reserveres fra lænestolen, og der er stadig indflydelse på egen hverdag. Igen hverdagsteknologi, som giver andet perspektiv set ud fra funktionsnedsættelser i forbindelse med Parkinsons Sygdom.

### Medicinhusker:

Pill Planer



og Sms-service fra apotek

Der findes mange forskellige apps til styring af medicin. Vi valgte PillPlaner, som har god oversigt og mange indstillingsmuligheder, men desværre er sproget hovedsagligt engelsk. Nogle af deltagerne havde allerede gode erfaringer med at bruge sms-service fra apoteket.

### Kompenserende kommunikation:

Skype



Easy VoiceMail



I den kompenserende kommunikation var skriftsproget selvfølgelig en oplagt måde, og overraskende var styringen trods tremor ikke uoverkommelig ved brug af en god stylus.

Skypekontakt lettede også kommunikation med familie og venner, men var for deltagerne vanskelig selv at sætte op.

Ved brug af EasyVoiceMail, som indeholder en mulighed for at høre det indtalte og kontrollere kvaliteten inden afsendelse, var målet både en kommunikationsmåde, men også en selvmonitoreringsmulighed, hvor der var kontant afregning og mulighed for at høre egen stemme, oven i købet en meget virkelighedsnær træning. For nogle af deltagerne virkelig en øjenåbner og samtidig meget rørende og personligt for familie og venner at få en talebesked fra en person, som opfattes tiltagende tavs i kommunikative sammenhænge.

### Spil:

Forskellige spil valgt ud fra tydelighed, opmærksomhed- og hukommelseskriterier kunne være:

Bugs and Buttons/Numbers/Bubbles



Vendespil, Flow, 7 kabale eller i den pjattede afdeling Plumbers Crack



Vi forsøgte med forskellige spil, hvor reaktionstiden var vigtig, men kasserede dem igen.

Tablets og smartphoneapplikationer er et meget dynamisk område, og måske ville vi i dag vælge andre apps, men i foråret 2013 så det således ud. Alle apps er i et meget rimeligt prisleje, og med vilje valgte vi ikke Predictable eller kommunikationsapps som GoTalkNow. Men ved opfølgning på undervisningsforløbet er de blevet aktuelle for de to af deltagerne med atypisk Parkinson, og vi kan nu drage nytte af, at det ikke er fremmed at bruge et medie som tablets, hvorefter de to apps kan introduceres ret nemt.

### Materiale til funktionstræning

Efter første time sørgede vi for en kaffekurv og



et roligt sted til de pårørende, hvor de kunne mødes og diskutere aktuelle temaer. Vi havde lagt op til forskellige problemstillinger, men det viste sig hurtigt, at de i den grad manglede netop sådan et rum, og at der ikke var behov for at strukturere noget, tværtimod. Her var der plads til netop at diskutere hverdagens aktivitet og deltagelse, og hvordan de skulle håndtere den store omvæltning, sygdommen medførte i deres tilværelse.

De dysartriramte deltog på samme tidspunkt i en ret traditionel logopædisk funktionsundervisning, hvor vi trænede områder som åndedræt, artikulation, tempo, styrke og ansigtsmassage. Vi brugte ikke Lee Silverman-metoden, hvor mødefrekvensen vanskeligt kan harmonere med 1 ugentlig mødegang, men funktionsmæssigt kunne man som logopæd i denne afdeling vælge sin egen metode eller undervisningsmateriale.

I forhold til ICF vil vi befinde os på kropsniveau med genoptræning eller vedligeholdelse af tale- og stemmemæssige funktioner. Som noget nyt brugte vi meget monitoreringsapps til styrkemåling, som spejl, videooptagelser af øvelser mv., som gennem de multimodale muligheder i teknologien virkelig tydeliggjorde - og af og til overraskede - deltagerne. Alt blev samlet i Book Creator og sendt via Dropbox til egen tablet, hvor deltagerne hver især kunne åbne det i iBooks og bruge det hjemme.



Dragon Dictation med talegenkendelse og SayHi med dansk til dansk indstilling var et forsøg og kun en mulighed for deltagerne med en let dysartri. Igen en mulighed for monitorering af artikulationen.



Undervisningen sluttede fælles med en sang, kort resume af undervisningen, opgaver til næste gang og farvel.

### Erfaringer fra forløbet set med forskelligt perspektiv

Hypotesen i forsøget tog sit udgangspunkt i, at personer ramt af progredierende dysartri som f. eks. Parkinsons Sygdom bliver meget afhængige af hjælp fra omgivelserne, hovedsaglig de pårørende, sundheds- og undervisningssystemet og plejepersonale; men ved hjælp af kommunikativ velfærdsteknologi vil de være i stand til at have en større grad af indflydelse på deres deltagelse i hverdagen. Forsøget omhandlede derfor spørgsmålet om, hvordan velfærdsteknologi i form af tablets og andre mobile devices kan anvendes i rehabiliterende kommunikationsundervisning af personer med progredierende dysartri med særligt henblik på Parkinsons sygdom.

Efter undervisningsforløbet interviewede jeg 2 deltagere ramt af progredierende dysartri, 2 pårørende og 3 logopæder med erfaring indenfor området, og ud fra de interviewedes udsagn kan jeg konkludere, at brug af tablets og smartphones med fordel kan anvendes på mange differentierede måder både til funktionstræning og til compensation for nedsat kommunikativ funktionsevne, og at anvendelse af VFT kvalificerer kommunikationsundervisningen og rummer udvidede og multimodale muligheder, som er mere end en erstatning for dedikerede hjælpemidler.

Deltagerne i undervisningsforløbet gav efterfølgende udtryk for, at forskellige kompenserende apps medførte bedre kommunikationsevne, både skriftligt og mundtligt og ikke mindst en tydeligere fornemmelse og større forståelse af egen kommunikation gennem selvmonitorering.

Kommunikationsevnen øges via forskellige mail-funktioner, mulighed for at skrive stikord eller bruge Skype. Strukturering af hverdagen gennem brug af synkroniserede kalendere lettes, og indkøb kan planlægges og evt. uddelegeres, så mange skridt spares. Kontakt til offentlige myndigheder eller tidsbestilling hos læge kan klares gennem VFT på lige fod med andre. VFT i form af tablets og smartphones er mainstream teknologi, og mange personer i omgivelserne kan hjælpe ved problemer med de forskellige devices, hvilket kan være vanskeligt ved

mere specialiserede hjælpemidler. Alle disse funktioner bidrager til en højere grad af selvhjulpethed, i nogle tilfælde gennem hjælp fra ægtefællen.

Forløbets struktur og opbygning og ikke mindst didaktiske overvejelser faciliterede en høj grad af fortrolighed med de nye platforme, og derved også en positiv indvirkning på den personlige self-efficacy. Det var tydeligt, at der krævedes et specielt tilrettelagt læringsrum med kendskab til dysartri-problematikken, for at denne gruppe kunne deltage og komme til orde.

Netop den praktiske udformning kan være en barriere for, at personer med progredierende dysartri sammen med pårørende melder sig til almene kurser i Ældresagen eller i aftenskoleregi. Andre barrierer blev set i forhold til, at anskaffelsesprisen for tablets og smartphones er forholdsvis høj og frustration over det øgede antal koder, der skal huskes ved brug af de nye devices.

Betjening af touchskærm kan pga. reduceret finmotorik give problemer, men blev afhjulpet i nogen grad ved hjælp af stylus. Enkelte programmer som Skype var vanskelige at få i gang, og kommunikationen var afhængig af, at ens egen generation også var interesseret og havde muligheder for Skype. I opvejningen af barrierer mod fordele i brug af kommunikativ VFT som beskrevet i projektet, gav deltagerne dog klart udtryk for, at fordelene var i overtal.

Inddragelsen af forskellige læringstyper og didaktiske strategier gav en høj grad af aktivitet og kommunikation i undervisningsforløbet, og sigtet med at mediere til så virkelighedsnær træning og kommunikation som muligt med dertil følgende højere grad af transfer til hverdagen, viste sig at indeholde mange positive aspekter og gav god effekt. Nytænkning i forhold til didaktiske strategier viste sig at have god virkning, da netop holdundervisningen, hvor et fælles tredje ofte er fokuspunktet - og ikke funktionsnedsættelsen, kan give et stemnings- og kommunikativt løft.

Holdundervisning gav mulighed for en eksperimenterende tilgang til VFT, kommunikation med ligesindede, men også refleksivitet i forhold til egen situation og vilkår og udsagn fra

pårørende pointerede dette som særdeles værdifuldt. Som en sideeffekt giver brugen af VFT ikke kun mulighed for at arbejde med kommunikationsevnen, men indeholder også mange muligheder for at påvirke de dagligdags gøremål gennem strukturering, overblik og planlægning af hverdagen. Holdundervisning blev set som en naturlig og kvalificeret fortsættelse af et individuelt forløb og ikke en erstatning.

Inddragelsesaspektet og erkendelsen af at leve med en kronisk og progredierende sygdom er meget væsentlig både for sygdomsramte og pårørende. Sundheds- og undervisningssektoren har et fælles mål i den opgave, og gennem fokusering på kommunikationsevnen og i samspil med funktionstræningen giver brugen af VFT udvidede muligheder for inddragelse, øget self-efficacy, deltagelse i netværk og mulighed for at søge viden.

Men en væsentlig pointe er, at selvtræning fortsat skal opfølges undervisningsmæssigt med justering og afpasses efter behov og formlen og ikke kan erstattes af instruktion i brug af VFT efter fastlagt metode eller program. VFT kan ikke erstatte individuel vurdering og undervisning, men kan supplere og intensivere rehabiliteringen.

I valget af relevante velfærdsteknologiske devices viste det sig tydeligt, at der var en betydelig finmotorisk udfordring i brug af smartphones til skriftlig kommunikation. Tablets var tastestørrelsesmæssigt langt mere hensigtsmæssigt udformet, og især ved brug af diverse stylus blev betjeningen lettere.

Samfundsøkonomiske perspektiver i form af intensivering af forløb, mulighed for superviseret fjernundervisning og deraf sparede transportressourcer for både bruger og underviser, samt brugernes fortrolighed med elektroniske medier i en stadig stigende digitaliseret hverdag er alle positive aspekter af øget brug af VFT i kommunikative sammenhænge. Der peges på, at en grundig undervisning i brugen af VFT er væsentlig for at opnå ejerskab og fortrolighed med VFT.

Fagprofessionelle peger på forskellige dilemmaer i implementeringen af VFT i forhold til

kommunikative funktionsnedsættelser. Det første er ejerskab til udviklingen både hos brugere og hos fagprofessionelle. Det andet dilemma er, at teknologien udvider mulighederne for total-kommunikation til grupper uden tale, og at det er vanskeligt at tale om økonomiske besparelser eller at blive mødt med krav om effektivisering i den sammenhæng, som mere kan betegnes som et kvalitativt løft og indebærer livslang justering af VFT i forhold til ændrede livsomstændigheder. Et tredje dilemma er mangelfuld integrering af VFT i bl.a. frontpersonalets uddannelser med bredt fokus på kommunikationsmuligheder, og et fjerde ses i organiseringen af den specialpædagogiske indsats og problemer med at klare højt specialiserede opgave i mindre enheder; mange logopæder oplever en udvikling bort fra specialistrollen over mod generalistrollen

Generelt tegner der sig et billede af et interessant spændingsfelt, hvor VFT indeholder udviklingspotentiale, som sammen med faglig viden kan nytænkes og positivt hjælpe kommunikationsevnen på mange planer.

## Litteraturliste

### Bøger:

- Giddens, Anthony (1996). *Modernitet og selvidentitet*. København, Hans Reitzels Forlag
- Illeris, Knud (2011). *Læring*. Roskilde, Universitetsforlag
- Kagan, Spencer; Stenlev, Jette (2012). *Cooperativ Learning*. København, Forlaget Alinea
- Lave, Jean (2003). *Situeret læring*. København, Hans Reitzels Forlag
- Pedersen, Lene (2011). *Patientinddragelse*, København, Hans Reitzels Forlag
- Rehabilitering i Danmark (2004). *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Aarhus, MarselisborgCentret
- Uljens, M. (1997). Grunddrag til en reflektiv skoldidaktisk teori. I: M. Uljens (red.), *Didaktik*. Lund Studentlitteratur
- Villadsen, B og Faurischou P (2003). *Evaluering af et præoperativt undervisningsprogram til patienter, der får indsat en ny hofte*. Institut for folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet 2003

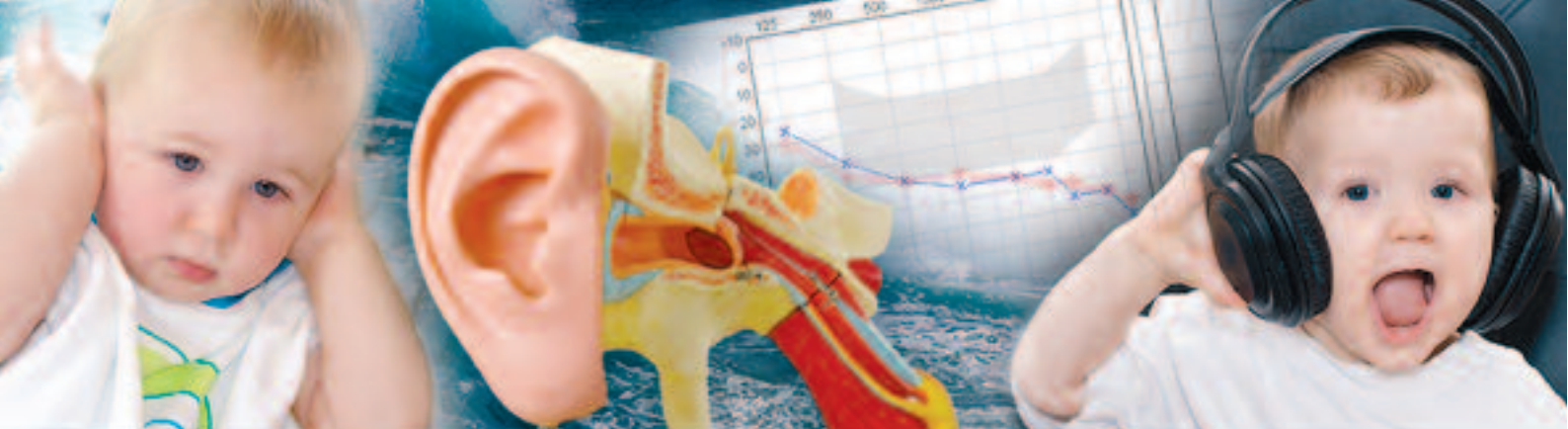
### Masterprojekt:

Nielsen, Kirsten: *Velfærdsteknologi, læring og kommunikation*, Aarhus Universitet 2013

### Internet:

Digital Velfærd (2014) Lokaliseret 21.04.2014  
[http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/~media/Files/Velf%C3%A6rdsteknologi/Strategi%20for%20digital%20velf%C3%A6rd/digital\\_velfaerd.pdf](http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/~media/Files/Velf%C3%A6rdsteknologi/Strategi%20for%20digital%20velf%C3%A6rd/digital_velfaerd.pdf)

Socialstyrelsen (2014) Lokaliseret 14.04.2014  
<http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/hjaelpemidler/temaer/velfaerdsteknologi/velfaerdsteknologi>



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

[www.hoeretab-info.dk](http://www.hoeretab-info.dk)



**Materialecentret**

Kollegievej 1 · 9000 Aalborg

Telefon: 9764 7230 · E-mail: [matcen@rn.dk](mailto:matcen@rn.dk) · [www.matcen.dk](http://www.matcen.dk)

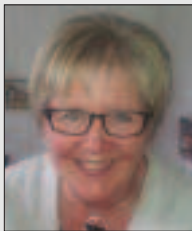


# APD er en audiologisk diagnose

**Auditory Processing Disorder (APD) har været en anerkendt audiologisk diagnose siden juni 2006.**

**APD-gruppen består af 12 medlemmer, som har til formål at sikre udbredelse og kendskab til den diagnostiske del samt behandlingsdelen i forbindelse med diagnosen APD. Gruppen er sammensat både af læger, teknikere, audiologopæder som arbejder på audiologiske afdelinger og kommunale tale/høre-pædagoger.**

**Der er udarbejdet korte kliniske retningslinjer, som netop ligger til godkendelse i sundhedsstyrelsen. Næste skridt for den danske APD-gruppe er at kigge på retningslinjer i forhold til behandlingsdelen.**



DORTHE MØLGAARD. Tale – høre-pædagog. Ansat som Børnehøre-konsulent i Høreafdelingen på Center for Hjælpemidler og Kommunikation i Padborg. Er desuden en del af CHK's tværfaglige børneteam. Har udgivet en del artikler omkring APD (se [apd.dk](http://apd.dk)). Medforfatter til

»APD – en håndbog«. Faglig konsulent på Norina Lauers bog om APD (dansk oversættelse).

Hjemmeside [www.apd.dk](http://www.apd.dk). Mail: [dm.chk@aabenaar.dk](mailto:dm.chk@aabenaar.dk)



ANNI MACKENHAUER. Sprog-tale-høre-læsepædagog, Tegnsprogs-tolk, Master i Lærereprocesser. Ansat som Sprog-tale-hørekonsulent v/ Pædagogisk Psykologisk Rådgivning Aalborg Kommune. Faglig koordinator og supervisor indenfor erhvervet hjerneskade, høretab og nedsat synsfunktion. Har i mange år arbejdet indenfor høreområdet v. Aalborgskolen og sprog-taleområdet på TI, Region Nordjylland.

Hjemmeside: [www.styrksproget.dk](http://www.styrksproget.dk)

Mail: [anni@mackenhauer.org](mailto:anni@mackenhauer.org)

Auditory Processing Disorder (APD) er ikke et nyt og ukendt begreb. Første gang, man støder på begrebet, er helt tilbage i 1953 i amerikansk litteratur.

I Danmark har vi kendt til symptomerne, som er karakteristisk for APD, og behandlet disse på forskellig vis - oftest med høreapparater. Ætiologien for disse symptomer har ikke været klart – det har ikke umiddelbart været muligt at udrede og give en forklaring på det symptombillede, som blev beskrevet af personen. I takt med udviklingen af videnskabelige undersøgelsesmetoder er beskrivelsen af processerne i den auditive modalitet blevet afdækket mere specifikt, og dermed er vi kommet nærmere en årsagsforklaring.

Den centrale auditive processering refererer til den effektivitet, hvormed centralnervesystemet udnytter den indkomne auditive information. Med andre ord handler det om, hvordan og hvor kvalificeret hjernen bearbejder auditiv information. Det forudsættes, at den neurobiologiske ak-

tivitet, der ligger til grund herfor, kan måles med audiologiske elektrofysiologiske metoder. Den auditive processering omfatter en række del-funktioner, som indgår i systemisk samspil og danner en sammenhængende auditiv funktion, og APD er forstyrrelser i udførelsen af disse processer ([www.apd.dk](http://www.apd.dk)).

Juni 2006 fik APD den medicinske diagnosekode DH933B af Sundhedsstyrelsen.

Februar 2014 indsendtes til godkendelse en kort klinisk retningslinje for APD, så der fremadrettet ikke bør herske tvivl om, hvordan og hvem der kan udrede og diagnosticere auditive processeringsvanskeligheder (APD). Retningslinjerne skal være med til at sikre, at udredning og diagnosticering er ensrettet, uanset hvor i landet, man henvender sig, for at få blive udredt for APD.

Aktuelt er det sådan, at der vil være audiologiske afdelinger, som henviser til andre audiologi-

ske afdelinger, såfremt de ikke selv har udstyr og kapacitet til en udredning.

I de kliniske retningslinjer er der taget højde for differentialdiagnoseproblematikken, som skal tages med i overvejelserne i forhold til udredning. Dette betyder, at der fortsat er behov for et tværfagligt samarbejde, når et barn/voksen skal udredes.

### Definition af APD

Den følgende definition af APD refererer til den tekniske rapport udgivet af ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) i 2005. Her defineres APD som:

Forstyrrelse i perception af et normalt auditivt input, som giver sig udslag i vanskeligheder på et eller flere af følgende områder:

- Lokalisation og lateralisation af lyd
- Auditiv diskrimination
- Auditiv mønstergenkendelse
- Temporale aspekter af hørelsen
- Talegenkendelse i baggrundsstøj
- Auditive færdigheder ved konkurrerende akustiske signaler (f.eks. dikotisk lytning)
- Auditive færdigheder ved forringede akustiske signaler

I praksis skal der være tale om vanskeligheder, der har en væsentlig indflydelse på deltagelse i kommunikation, samspil og forudsætningerne for læring.

Der er tidligere gjort forsøg på at afgrænse APD via konkrete tests ex. Jack Kats SSW-test, som er en dikotisk lyttetest. Jack Kats SSW-test er oversat til dansk og anvendt i forhold til undersøgelser af auditive perceptionsvanskeligheder. Denne test er sprogligt baseret, hvilket kan fremkalde tvivl om, hvorvidt det primært er den sproglige processering frem for den auditive processering, der testes.

Vurderingen er derfor, at denne sprogligt baserede test ikke besidder en tilstrækkelig sensitivitet og identifikationspotentiale til at kunne identificere APD.

I 2008 blev der udarbejdet et dansk APD-testbatteri. Baggrunden herfor var et behov for et

testbatteri, der ikke var lingvistisk baseret, til at indkredse APD. Målet var at udvikle et testbatteri, som i samspil med øvrige audiologiske tests kan undersøge den auditive modalitet med henblik på at identificere APD.

### Guidelines for udredning af APD

Proceduren anno 2014 er, at børn/voksne med anamnestisk/klinisk mistanke om APD henvises til udredning på en audiologisk afdeling. Inden henvisning til audiologisk afdeling bør der fra praktiserende ørelæge foreligge en normal hørekurve, samt ved børn under 18 år også en vurdering af sprog og auditiv adfærd.

### Audiologisk test

På audiologisk afdeling er de auditive undersøgelser delt over 2 undersøgelsesgange, da den samlede auditive undersøgelse har et omfang og en varighed, hvor det vil have indflydelse på testresultaterne, hvis undersøgelserne gennemføres samlet. De audiologiske tests består af følgende undersøgelser:

- Rentoneaudiometri
- Otoskopi
- UCL (ubehagstærskel)
- MCL (behagstærskel)
- DS i ro (skelneevne)
- DS i støj
- Ipsi-og kontralaterale reflekser
- Tympanometri
- Eventuelt ABR

Det er vigtigt at bestemme/undersøge personens mest behagelige lyttetærskel og ubehagstærskel, da begge dele kan have indflydelse på, hvordan personen oplever at færdes i støjende omgivelser.

### Det danske APD-testbatteri

I det danske APD-testbatteri er der ud af otte mulige auditive tests peget på fire tests, der kan frembringe de data, der gør det muligt at identificere auditive vanskeligheder, som er kendetegnende for APD.

I det følgende vil de fire tests blive præsenteret med forslag til fokuspunkter for intervention.

Der nævnes ikke under alle punkter modifikation af lyd miljøet og kompensationsstrategier, da dette vil medføre mange gentagelser.

*Filtered Words* – måler evnen til at forstå informationer ud af et dårligt signal.

Vanskelighederne relateres til auditive cortex.

For personen med APD vil vanskelighederne ofte give sig tilkende ved, at lydklangbilledet bliver sløret, og derfor skal der kigges på følgende:

Modifikation af lyd miljøet

- Afstand til lydkilden – max 3 meter
- Baggrundsstøj
- Høreapparat eller FM udstyr

I høretræningsdelen kan eksempelvis nævnes følgende områder:

- Auditory closer
- Lokalisationsøvelser – med fokus på lyd
- Diskriminationsøvelser

Kompensationsstrategier

- Placering
- Selvindsigt
- Kommunikationsstrategier
- Mentorordninger
- Notatteknikker

*Dichotic Digits 1+2* – måler evnen til at separere lyde i de to ører.

Vanskeligheder relateres til auditivt cortex og/eller corpus callosum.

I høretræningen kan blandt andet nævnes:

- Diskriminationsøvelser
- Hukommelsesøvelser – arbejde med flerleddede beskeder
- Analyse – afhænger af alder
- Dikotisk lyttetræning

*Gaps in Noise* – måler evnen til at høre meget hurtige ændringer i lyd.

Vanskeligheder i auditivt cortex (ve) eller hjernestammen – øvre del.

I høretræningen kan blandt andet nævnes:

- Hukommelse

- Sekvenser
- Prosodi
- Selektion
- Temporalle processer
- Musik

*Binaural Masking Level Difference* – måler integration mellem de to ører, har sandsynligvis betydning for at bestemme retning af lydkilden og dermed adskille en taler fra baggrundsstøjen.

Vanskeligheder relateres til hjernestammen.

I modifikation af omgivelser og kompensationsstrategier kan nævnes de samme punkter som under Filtered words.

I høretræningen kan blandt andet nævnes:

- Lokalisation
- Selektion
- Høreøvelser i støj

Øvrige parametre, som indgår i udredningen, er anamnesen, kombinationsvanskeligheder og adfærd under selve testningen. Eksempelvis hvis personen er påvirket af en uro fra kroppen, kan dette resultere i, at der fremkommer et usikkert mønster i resultaterne, så der ikke ud fra disse kan konkluderes, om der er tale om auditive vanskeligheder.

Ved givet diagnose er der behov for opfølgning. Barnet/den voksne indkaldes til gentagelse af tests efter ca. 1 år. Er behandlingen høreapparat, bør undersøgelserne gentages ½ år efter.

### Behandling af APD

APD er indgribende for en persons trivsel og hverdag. Stilles diagnosen, er der behov for en målrettet intervention. Personen skal trænes indenfor de auditive delområder, hvor der er nedsat funktion. Målet med træningen er dels at styrke den auditive modalitet, dels at tilegne sig kompenserende strategier således, at APD-generne minimeres. Viden og indsigt er fremmende faktorer for evnen til at forstå og håndtere de gener, APD kan give.

Af forskningslitteraturen fremgår det, at med den rette intervention vil 60% ikke mærke mere til deres auditive vanskeligheder, hvorimod 40%

fortsat vil have APD og derfor have behov for at anvende kompenserende strategier.

De audiologiske afdelinger har i samarbejde med PPR efterhånden opsamlet erfaringer med hensyn til, hvilke funktionsområder - ud fra aktuelle testresultater - der er vigtige at træne. Erfaringer viser bl.a., at ved tilrettelæggelse af et behandlingsforløb skal alle aspekter:

- Kombination af vanskeligheder
- Graden af vanskeligheder
- Personens kognitive evner
- Anamnese
- Resultaterne fra de audiologiske tests og APD-testbatteriet

vurderes enkeltvis og sammenholdes for at sikre et grundlag for behandlingen.

Der foreligger ikke en konkret og generel behandlingsplansplan for APD, som kan tages ned fra hylden, når en person testes til at have udslag i specifikke auditive delområder. I litteraturen henvises der til, at der i tilfælde af APD bør trænes både specifikt og bredt. Det vil sige, at hvis en person testes til at have vanskeligheder indenfor f.eks. filtered words, skal der findes øvelser indenfor dette felt, men også fra de andre auditive funktionsområder, da de enkelte funktionsområder understøtter hinanden i et systemisk samspil.

I behandlingen af APD bør der være fokus på:

- Modifikation af lydmiljøet
- Høretræning
- Kompensationsstrategier

Indenfor al høretræning sker der hele tiden ny vidensdannelse, der gør, at de professionelle med jævne mellemrum må evaluere og justere hypoteser og forklaringsrammer indenfor området – og som Spencer Johnson skriver i sin bog »Who moved my cheese«, så sker der ændringer hele tiden. Dem må vi tage, efterhånden som de dukker op.

Flere med APD kan have komorbiditet i form af sproglige og/eller adfærdsmæssige vanskelighe-

der. Når der er forskellige andre diagnoser samtidig med APD, kan det enten være et tilfælde, eller der kan være en sammenhæng mellem de forskellige diagnoser. Ved komorbiditet forstås tilstedeværelsen af en eller flere symptomer på diagnosetidspunktet. Det kan være vanskeligt at udrede årsag-virkning og samspillet mellem symptombillederne. I nogle tilfælde kan der være tale om dobbeltdiagnoser. Dobeltdiagnoser er ikke det samme som komorbiditet. En dobbeltdiagnose henviser til, at der eksempelvis både er tale om centralsproglige vanskeligheder og APD.

APD bør derfor anskues ud fra et bredt tværfagligt perspektiv. Er der en formodet mistanke om, at man sidder med en person, der har APD, rettes der henvendelse til egen praktiserende ørelæge, der efterfølgende henviser til en audiologisk afdeling. I samråd med forældrene er det en god ide at vedlægge oplysninger fra PPR eller andre instanser, som kan have indflydelse på udredning og diagnosticering af en eventuel APD-problematik.

Man kan altid rette henvendelse til APD-gruppens medlemmer ved tvivlsspørgsmål

*På vegne af APD gruppen (www.apd.dk)  
Anni Mackenhauer og Dorthe Mølgaard*



Bjarne Nilsen

### PPR Håndbogen

Dansk Psykologisk Forlag 2014  
Pris: 298,00 kr. m/moms

Håndbogen henvender sig til alle, der er involveret i pædagogisk-psykologisk arbejde, med udgangspunkt i den kommunale PPR-funktion. Forfatterens fokus er primært rettet mod psykologernes arbejde og ledelsen i PPR, men mange flere faggrupper kan med fordel læse bogen. Enhver, der påtænker at arbejde i PPR, allerede er ansat i en pædagogisk-psykologisk funktion eller som samarbejder med en sådan medarbejder, vil kunne drage nytte af denne bog.

Bogen er delt op i ti kapitler, med en meget udførlig indholdsfortegnelse. Dette betyder, at bogen kan anvendes både til at skabe et helhedsbillede af det pædagogisk-psykologiske arbejde og som opslagsværk, hvis man hurtigt har behov for at skabe sig et overblik over en given situation.

Bogen starter med et kort historisk omrids af PPR's historie, hvor forfatteren gør det klart, at selvom bogen henvender sig til PPR, er der stor forskel på placering af det pædagogisk-psykologiske personale i landets mange kommuner. Han lægger dog ikke skjul på, at en PPR med selvstændig ledelse er hans udgangspunkt.

Derefter følger et kapitel, som i et letforståeligt sprog beskriver den nyeste gældende lovgivning ift. ændringer i Folkeskoleloven pr. 1. maj 2012 (inklusionslovgivning), bekendtgørelse og vejledning om folkeskolens pædagogiske bistand.

I kapitel 2 gennemgås den øvrige lovgivning, som enhver PPR-medarbejder bør kende og forholde sig til. Det følgende kapitel drejer sig om de samfundsnormer, der er aktuelle lige nu, og forholder sig til de krav og forventninger, PPR's medarbejdere skal holde deres faglighed op imod. Der er især fokus på

det stigende antal af diagnoser og inklusion. Bogen er generelt skrevet meget neutralt, men i dette afsnit kan både forfatter og læser blive grebet af stemningen. Bl.a. skriver forfatteren, at før 1980 var det hele landets opgave at undervise de mest handicappede elever i folkeskolen. Fra 1980-2007 var amtet den samlede enhed. Fra 2007 var det de 98 kommuners opgave, og pt. er politikerne i gang med at udlægge opgaven til den enkelte skole. Dette afsnit indeholder rigtig mange udråbstegn og kan med fordel bruges i undervisningsøjemed og som udgangspunkt for en generel diskussion i PPR.

Kapitel 5 og 6 har fokus på det interne arbejde og ledelse i PPR, samt formelle forhold som aktindsigt, tavshedspligt, skriftlighed og etik.

Kapitel 7 og 8 har fokus på PPR's samarbejde med og arbejde i folkeskolen, mens kapitel 9 har fokus på tidlig indsats og arbejde i daginstitutionerne for småbørn. I sidstnævnte kapitel er talehørelærerne prioriteret højt, og det er i praksis måske også det mest relevante kapitel for vores faggruppe.

Det sidste kapitel handler om PPR som et kommunalt kompetencecenter og er en opsamling af pointer gennem bogen.

Det står klart, at der er mange områder, der har ændret sig og stadig ændrer sig i PPR-arbejdet både internt og samarbejdet med daginstitutioner og skoler. Forfatteren lægger ikke fingre imellem, er ikke blødsøden eller kritisk, men ligefrem og forholder sig til, hvordan praksis ser ud lige nu og her for en medarbejder i PPR:

*»Der er nu klare krav og forventninger til PPR's indsatsformer, der primært skal være med til at virkeliggøre de politiske ønsker og krav. Det er i høj grad lagt i hænderne på skolelederne at vurdere, om PPR leverer den indsats, som kan hjælpe dem med at udvikle den almene undervisning. I modsat fald er der*

*lagt op til, at skolelederen kan finde andre måder at udvikle skolens nødvendige faglige rådgivning og sparring« (s. 119).*

Så er det sagt!

Mette Thomsen  
Audiologopæd  
Lektor ved professionshøjskolen  
UCC

Janice Greenberg &  
Elaine Weitzman

### I'm ready How to Prepare Your Child for Reading Success

Hanen Centre 2014  
Pris 24,87\$

Denne bogs budskab om grundlaget for akademisk succes er en bog, der er skrevet til *forældre*. Der fokuseres på, hvordan man støtter op omkring aktiviteter, der er med til at understøtte den senere læse- og skriveindlæring. Bogen går direkte »i kødet« på forældre og understreger, at de er de bedste til at gøre forarbejdet til den senere læseindlæring.

I bogen fortælles om, hvordan man kan læse med barnet som en aktiv medspiller, og hvordan man kan bruge oplæsningen til en dialog med barnet. OWL (observér, vent og lyt) er begreber, som bruges meget i Hanen-programmerne. I bogen forklares, hvad der menes med disse begreber, og hvordan det drejer sig om at følge det, barnet er interesseret i, at læse den samme bog mange gange, og hvordan man udvælger bøger til netop sit barn.

Bogen gør meget ud af, at højt-læsning er en god måde at udvide barnets ordforråd på, og igen understreges det, hvor vigtig den aktive forældrerolle er. Som forældre bør man kunne forklare barnet,

hvad et ord betyder, relatere ordet til ting og oplevelser, barnet allerede kender, og få gentaget nye ord. Det fremhæves også, hvad det betyder på et senere tidspunkt at kunne læse selv, men det understreges, hvad det vil sige at læse med konkret forståelse og at kunne læse »mellem linjerne«. På et tidspunkt skal man også kunne analysere, hvem historien handler om, hvor den finder sted, hvilke problemer der skal løses, hvad der mon vil ske længere fremme i bogen mv.

Så én ting er at læse, noget andet er at tænke over det, man læser. Et helt kapitel handler om, hvordan man kan indføre små børn i, hvad skreven tekst er, læseretning, og at sætninger består af mange afsluttede ord. Eller hvordan man går på opdagelse omkring det skrevne ord på mælkekartoner, tandpastatuber mv., og hvordan man laver fotobøger, hvor barnet kan komme med forslag til tekst. I bogens sidste kapitel er der forslag til, hvordan man kan lege med bogstavlyd. Lyder det bekendt, så skulle det gerne være noget, der ligger i rygsækken hos tale-høre-læsepædagoger.

Den måde, bogen er bygget op på, med super fotos, der understreger det, der lige er beskrevet, er virkelig en appetitvækker. Efter hvert kapitel findes en opsummering, der handler om, hvordan man prøver de lige beskrevne tiltag, som gør det let for forældre at afprøve dem.

Bogen er lækker at se på, skrevet i et let forståeligt sprog, på en sjov og indbydende måde og med mange ideer til, hvordan forældre kan støtte deres børn til på et tidspunkt at komme i gang med læseindlæringen. Det handler om mere end læsning, den handler om, hvordan man bibringer børn værktøjer til at blive kulturelle og ansvarlige medborgere. Hvilket vel er fint i tråd med den nye skolereform.

I disse tider, hvor skoler står med mange udfordringer og børn med mange forskellige sproglige såvel som kulturelle baggrunde, kunne jeg drømme om, at man lavede

nogle førskoleindsatser med forældrekurser. Her ville bl.a. denne bog være genial at tage sit udgangspunkt i. Jeg drømmer om, at man kunne oversætte og uddele denne bog i forbindelse med sådanne forældrekurser.

I min begejstring mailede jeg til kulturminister Marianne Jelved, der kvitterede med et svar under en halv time efter at have modtaget min mail. Hvis man jamrer over mange ældre børns skoleresultater, så må man starte, der hvor grundlaget for læsning starter, og det er år før selve læseprocessen går i gang. Så måske er det undervisningsministeriet, der bør på banen.

Fra Auditory Verbal Therapy til børn med høretab ved man, hvordan man kan arbejde og motivere forældre, så de vokser med de pædagogiske opgaver. Der er en stor gruppe forældre i Danmark, der kunne beriges ved, at denne bog dannede grundlag for udvidet hjælp, støtte og undervisning, for at de kunne give deres børn et grundlag, der hvor samtale, bøger og fokus på begyndende læseindlæring ikke er så oplagt.

At præsentere mange års forskning om sprog og læsning på en så let forståelig måde er en kunst, og dette kunststykke bør udbredes.

*Birgitte Franck*

Michael Chissick  
Ill.: Sarah Peacock

**Evigglads eventyrlige afspænding - hvordan børn kan håndtere bekymring, sorg og mobning ved hjælp af yoga**

*Dansk Psykologisk Forlag, 2014  
Pris: 198 kr.*

Yoga bliver mere og mere populært blandt voksne. Men hvorfor ikke også bruge det til børn? Fra august

i år bliver skoledagene længere, samtidig med, at der er mere og mere fokus på manglende arbejdsro i mange klasser.

Vi har brug for værktøjer til at kunne give børn mulighed for selvberoligelse. Her kommer Mariehøneafspændingen ind. Bogen henvender sig til voksne, der arbejder med børn fra omkring 5-11 år.

Afspænding kan begrænse tanke-mylder, skabe ro i barnets sind, virke afslappende og skabe ny energi.

Hovedformålet med mariehøneafspændingen er at lære børnene en teknik, som de kan bruge i mange situationer. Bogens forfatter mener, at børn i en afslappet yogasituation får udholdenhed, selvtillid og mentalt overskud.

I bogen beskæftiger man sig med fire typer problemer, som mange børn kender:

- mobning
- sorg
- manglende selvtillid
- manglende evne til at overskue større opgaver

Der fokuseres på en lille enkel fortælling, der handler om frø, flamingo, hund og drage. Evigglad lytter til de 4 dyrs bekymringer og fortæller så, at han har en gave, som er noget, man kan mærke. I bogens historie bliver Hund prøvekanin, mens Evigglad flyver rundt og lander forskellige steder på Hund - i det virkelige liv kan Evigglad være en dukke på snor, der berører tå, næse mv.

Bagerst i bogen findes en undervisningsvejledning, der fokuserer dels på afslapning, dels på ånde-dræt og endelig på at se problemer lidt fra oven. Desuden er der et fuldt manuskript til selve afspændingen. Bogens tegninger er vidunderlige, så lad historien blive fortalt og billederne vist, før man går i gang med selve yogaøvelserne.

Jeg tror på, at der sker noget positivt med børnenes kroppe og sind, når de ligger ned og bliver guidet gennem mariehøneafspændingen. Flere og flere børn vil have brug for

at blive mødt på nye måder, hvor fokus på kroppen indgår på en positiv måde. Historiefortælling er en vej til at få børn til at tænke på egne problemstillinger, og ved hjælp af en guidet yogaøvelse kan man skabe afslappede kroppe og ro i sindet. En smuk bog, der varmt kan anbefales.

*Birgitte Franck*

Dorthe Nørgård

### Syng og bevæg din baby glad

*Forlaget Dansk Sang 2013  
Sangbog og DVD. Kr. 240,00*

Musik kan bruges over alt. Den understøtter på en god måde motorikken. Det er en god måde at være sammen på voksen og barn. Det er en måde, man kan berolige barnet på, og det skaber glæde og samhørighed. Musikken stimulerer flere områder i hjernen, og det at synge er en god måde at sprogstimulere på.

I bogens indledning beskrives mange gode grunde til at synge for eller sammen med sit lille barn, og hvordan musik og sprog har mange fællestræk, samt hvorledes tale- og sangudvikling hænger tæt sammen.

Bogens hovedbudskab er, hvorledes man kan stimulere det lille barn både med musik og sang, samtidig med at motorikken inddrages. Helt konkret peges der på, hvilke motoriske ting man kan gøre med barnet på forskellige alderstrin. Der udover er der et kapitel om barnets sansemotoriske udvikling, og hvordan man stimulerer de forskellige sanser hos det lille barn.

Det meste af bogen er fyldt med kendte sange samt noder og becifringer. Der følger en legebeskrivelse med til hver sang, og desuden beskrives, hvad legen stimulerer og udvikler. Hver sang bliver understøttet af et foto med børn og deres

forældre, hvor man visuelt får understøttet, hvordan man leger sammen. Der følger en DVD med, der gør det muligt at få et ekstra input til, hvordan man synger og leger med sit lille barn.

Jeg oplever et materiale, der dels har en teoretisk indfaldsvinkel, som er let læst, og så primært fokuserer på det praktiske. Med min indfaldsvinkel til små børn med høretab finder jeg, at bogen vil være meget velegnet i forbindelse med AVT undervisning. I og med de fleste sange nok er kendte, ellers kan man jo støtte sig til DVD'en, så er der ingen undskyldning for ikke at komme i gang - som forældre hjemme, for fædre- og mødregrupper, i dagplejer og vuggestuer, og som sagt er materialet egnet i audiologopædens værktøjskasse. For mig er det vigtigt, at børn lige fra fødslen møder sang og musik.

*Birgitte Franck*

### Flexbog

*Alinea 2014  
Forskellige priser alt efter hvilke bøger, der ønskes adgang til, antal elever mv.  
Læs mere på [www.flexbog.dk](http://www.flexbog.dk) eller [www.alinea.dk](http://www.alinea.dk)*

Forlaget Alinea har lanceret et nyt system: Flexbog. Det myldrer frem med nyt, smart materiale til elektroniske platforme, og det kan være svært at gennemskue markedet. Desuden har man som underviser måske et materiale, man synes er rigtig godt, og har egentlig ikke lyst til at gå over til noget andet. Med Flexbog er det muligt både at beholde det materiale, man er »hjemme i«, og samtidig forny sig og benytte de muligheder, der ligger i det elektroniske materiale. Her kan man nemlig hente et hav af eksisterende undervisningsmateriale digitalt til samtlige fag på 3.-10. klassetrin. Både grundbog, arbejdsbog og kopiark.

Det er en rigtig god udvikling og ligger godt i tråd med den tendens, der blev fremhævet flere gange på konferencen »it og ordblind« på DPU den 8.4.2014: Udviklingen går fra it-rygsække som hjælpemiddel til ordblind hen imod læse- og skriveteknologi for alle.

I Flexbog-systemet er der adgang for alle til digitale udgaver af underundervisningsmaterialer, som man ellers skulle scanne ind eller kun kunne se, hvis man havde adgang til Materialebasen eller Nota. Man skriver selvfølgelig direkte i materialet på sin pc, Mac eller Ipad. Hvis man har behov for oplæsning eller ordforslag, er det nemt at benytte dette. Den ordblind elev føler sig ikke udstillet, når han tager sin it-rygsæk frem – for det er slet ikke nødvendigt. Og alle har mulighed for at benytte hjælpeværktøjer, hvis de har behov for det - uanset om man har diagnosen »ordblind«.

Men Flexbog er ikke bare elektroniske udgaver af noget eksisterende: i bøgerne er der ind imellem lagt lydfiler ind, og der er henvisninger og links til kopiark, hjemmesider el.a. Ved siden af er det muligt at lægge individuelle lektier ind, så læreren kan differentiere undervisningen. Og der er et kommunikationsmodul, så læreren kan kommunikere med sine elever, og eleverne kan kommunikere med hinanden. Fx kan eleverne dele supplerende materiale, lægge links ind til relevante hjemmesider, videoer el.a. - og læreren kan supplere med andre opgaver end dem, der ligger der i forvejen. Ikke noget med pludselig at komme med en ekstra artikel eller et kopiark, som den ordblind elev ikke har mulighed for at nå at scanne ind og dermed få læst.

En anden fordel er, at alle bøger, kopiark mv. kan ligge i en samlet mappe på computeren, så man ikke behøver at pakke tasken med forskellige bøger hver dag – med risiko for at glemme noget. Man kan efterhånden stort set droppe bøger og papir og nøjes med en bærbar computer eller Ipad.

Flexbog er super, både for ordblind og for alle andre elever. Det er et skridt i den rigtige retning, så alle kan blive inkluderet og få de samme muligheder for at lære. Jeg håber virkelig, at det bliver mere reglen end undtagelsen, at man går over til denne form for materialer.

*Natasha Epstein  
CSU-Slagelse  
Læseafdelingen*

Henning W. Nielsen

### **Samarbejde mellem lærere og psykolog om inklusion**

- nogle værktøjer til PPR

*Dansk Psykologisk Forlag 2014  
Pris 358,00 kr.*

Bogens forfatter starter med at beskrive, at den støtte, som PPR vil kunne yde fremover, vil få et andet indhold og en anden form, end den man hidtil har kendt. Fra politisk hold er der desuden fokus på at gøre det specialpædagogiske område mere økonomisk effektivt. Tidligere så man meget på den enkelte elev og på mangler hos denne, bl.a. med henblik på at finde alternative placeringer. Nu har konsultative metoder vundet indpas, hvor psykologen ikke altid får mulighed for at bruge siden viden overfor de enkelte elever.

Der er heller ikke længere et sikkert regelgrundlag for PPR-virksomheden. Det er nu den enkelte skoleleder, der vurderer, i hvilket omfang han vil bruge PPR eller andre muligheder.

Psykologisk er der udviklet metoder, der lægger større vægt på barnets relationer og muligheder for at ændre på disse, idet man er blevet mere opmærksom på, at adfærd udspilles i sammenhæng. Samtidig er der fokus på inklusion af elever i de almindelige klasser. Det er ud fra den synsvinkel, at bogen er vinklet.

Hovedmaterialet i bogen består af dialogskemaer og 7 analyseskemaer, hvoraf nogle er tomme og andre udfyldte, for at vise eksempler på forskellige problematikker som f.eks. barnets selvvurdering, forvaltning af følelser, konflikter, sociale relationer i klassen (Skemaerne kan downloades gratis, af dem der køber bogen). Endelig beskrives der observationsmetoder med et relationelt udgangspunkt.

Der er således i materialet lagt vægt på sociale, relationelle og emotionelle forhold. Ud fra dialogskemaer lægges op til en samarbejdsproces, hvori der indgår problemafklang, målsætning, handleplan samt evaluering i skriftlig form, hvilket jeg finder uhyre vigtigt. Materialet er således tænkt som et værktøj bl.a. i forbindelse med inklusion.

Bogens sidste afsnit fokuserer på teoretiske kerneområder i forbindelse med inklusion på forskellige niveauer: socialkonstruktionisme, reflekterende praktikere, historiefortælling, teamfunktion, positiv psykologi, klasseledelse m.v. Hvert enkelt område er kort og præcist beskrevet med litteraturhenvisninger, som alle er af nyere dato.

Henning W. Nielsen bemærker selv, at materialet ikke peger tilstrækkeligt tydeligt på, at elev og forældre er aktive medspillere i problemløsningsprocessen, en indfaldsvinkel, som jeg savner.

Han skriver også, at observationer sjældent har væsentlig betydning for planlægning af interventioner, hvilket jeg kunne ønske, man opprioriterede. Jeg er helt enig med forfatteren i, at betingelserne for teamsamarbejde ikke altid er vægtet højt nok på den enkelte skole, og at effektiv klasseledelse i den grad bør understøttes.

Hvis inkludering skal lykkes, så handler det om et paradigmeskift på mange forskellige niveauer. Det er ikke noget, der sker fra den ene dag til den anden, men vil tage år og kræve en vedvarende indsats.

Det hele handler om, hvordan vi som medmennesker møder og behandler hinanden. Men jeg savner, at man ikke kun taler om barnet, men også med barnet og dets forældre.

*Birgitte Franck*



## Pressemøde med kulturminister Marianne Jelved tirsdag den 20. maj 2014

Kulturministeriet har udgivet 3 hæfter opdelt på småbørn, skolebørn og unge, i hvilke man peger på vigtigheden af at kommuner, dagtilbud og skoler kommer i kontakt med lokale kulturtilbud. Det er helt op til den enkelte kommune at bestemme, hvordan et sådant tilbud kan skabes.

Det gode ved tilbuddet er, at man i opstartsfasen har mulighed for at modtage *medfinansiering* fra kulturministeriet. Det drejer sig blandt andet om:

- Kulturtjenester, der skal binde dagtilbud, skoler og det lokale kunstner- kulturmiljø sammen
- Kulturkuffert til børn med udfordringer
- Filmkuffert, der kan stimulere børns fortællelyst og filmforståelse
- Samling af gode eksempler på kunst og kultur i førskolebørns hverdag
- Ungekulturområdet, hvor unge selv står for indholdet
- Pulje til projekter med fokus på initiativer i strategierne

I et samfund, der nok ikke bliver mindre individualiseret i tiden, der kommer, er det vigtigt at fokusere på, at fælleskab har stor betydning for den enkelte og for gruppen.

Jeg vil kun fokusere på indsatsområder for små børn og deres møde med kulturen i hverdagen:

- Kompetenceudvikling og gensidig læring blandt såvel pædagoger og andre voksne i dagtilbud i forhold til hvordan kunst og kultur kan indgå i små børns hverdag
- Alle små børn skal møde kunst og kultur - også dem, der ikke møder det i deres hverdag
- Viden om, hvilke tiltag der virker i forskellige sammenhæng

Jeg har en drøm, måske kunne ALF være med til at gøre den til virkelighed?? »I'm ready«, som jeg har anmeldt i dette nummer af DA, burde set med mine øjne kunne være et brobyggende projekt, hvis den blev oversat i økonomisk samarbejde mellem Audiologopædisk Forening og Kulturministeriet og blev et projekt på PPR kontorer, hvor man underviste kulturfremmede forældre i, hvordan man kan bruge bøger til mere end blot at læse op af.

Der er afsat 40 millioner over 4 år til det samlede projekt.  
Yderligere oplysninger på Kulturministeriets pressetelefon 22765116.

Birgitte Franck

## Coblenzer/Ørsted VRF kurser i 2014 og 2015

### **VRF Fortsætterkursus II: ARTIKULATION**

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

### **VRF Fortsætterkursus III: TALE**

afholdes i København i uge 49,  
d. 1. - 5. december 2014  
Instruktør: Åse Ørsted  
Deltagergebyr: 6.000 kr.  
Tilmeldingsfrist senest 15. september 2014.

### **VRF GRUNDKURSUS**

afholdes i København i uge 12,  
d. 16. - 20. marts 2015  
Instruktør: Åse Ørsted  
Deltagergebyr : 5.000 kr.  
Tilmeldingsfrist senest 1. januar 2015

### **VRF Fortsætterkursus I: STEMME**

afholdes i København i uge 19,  
d. 4. - 8. maj 2015  
Instruktør: Åse Ørsted  
Deltagergebyr: 5.500 kr.  
Tilmeldingsfrist senest 1. marts 2015

### **VRF Fortsætterkursus II: ARTIKULATION**

afholdes i København i uge 37,  
d. 7. - 11. september 2015  
Instruktør: Åse Ørsted  
Deltagergebyr: 5.500 kr.  
Tilmeldingsfrist senest 15. juni 2015

### **VRF Fortsætterkursus III: TALE**

afholdes i København i uge 49,  
d. 30. november - 4. december 2015  
Deltagergebyr: 6.000 kr.  
Tilmeldingsfrist senest 1. oktober 2015

**Alle tilmeldinger til: Åse Ørsted - Logopæd**  
**e-mail: [orsted@coblenzer.net](mailto:orsted@coblenzer.net) eller: [aase.orsted@get2net.dk](mailto:aase.orsted@get2net.dk)**  
**Hjemmeside: <http://coblenzer.net>**  
**Tlf.: 45 81 76 30**

# Fagetiske retningslinjer

## for medlemmer af Audiologopædisk Forening

**Disse retningslinjer er vedtaget på generalforsamlingen den 24. marts 2014 og gælder for alle medlemmer af ALF – uanset om man arbejder i privat eller offentligt regi.**

### Terminologi

- De professionelle inden for det tale-/høre-/læsefaglige område omtales som *medlemmer*.
- Klienter/patienter/elever/kunder/brugere/individer/kursister/deltagere omtales som *borgere*.
- Undervisning/træning/behandling/(re)habilitering omtales som *intervention*.
- Undersøgelse/screening/testning/afdækning/observation og vurdering/evaluering omtales samlet som *udredning*.
- Rådgivning/vejledning omtales som *rådgivning* – uagtet at disse begreber ikke dækker det samme.

### Referenceramme

Følgende tre dokumenter udgør den overordnede ramme for ALF's fagetiske principper:

- FN's konvention om rettigheder for personer med handicap
- Den europæiske menneskerettighedskonvention
- CPLOL's ramme for etisk praksis i udøvelsen af logopædisk arbejde

I øvrigt henvises til danske love, bekendtgørelser og ministerielle vejledninger.

### Grundlæggende etiske principper

ALF har fire grundlæggende etiske principper, som reflekterer foreningens menneskesyn. Disse fire principper tænkes anvendt som udgangspunkt for medlemmernes faglige ageren og danner grundlaget for foreningens fagetiske retningslinjer:

- Medlemmet handler med respekt for andres selvbestemmelse og værdighed.

- Medlemmet handler med henblik på at gavne andre og bidrage til at forbedre deres livskvalitet.
- Medlemmet handler således, at der på intet tidspunkt er risiko for andres fysiske eller psykiske helbred.
- Medlemmet handler retfærdigt og rimeligt under hensyntagen til både individet og samfundets normer og regler.

### Faglige kvalifikationer og kompetencer

- Medlemmet må tidligst begynde at praktisere inden for den faglige retning, som vedkommende har uddannet sig til, når uddannelsen er afsluttet på BA/PD-niveau eller tilsvarende. Tidligere praksisudøvelse finder kun sted i tilknytning til uddannelsespraktik og under tæt supervision af en færdiguddannet audiologopæd.
- Medlemmet udfører kun udredning og intervention, der reelt ligger inden for vedkommendes faglige kompetencer. Dette indebærer, at medlemmet enten opsøger professionel assistance eller henviser til kompetente professionelle ved de opgaver, der ligger uden for medlemmets kompetencer.
- Medlemmet opdaterer løbende sin faglige viden (på baggrund af national og international forskning) inden for de specifikke fagområder, som vedkommende arbejder med, samt inden for audiologopædisk praksis generelt.
- Medlemmet tilstræber gennem hele sit arbejdsliv at efteruddanne sig inden for de specifikke fagområder, som vedkommende arbejder med.
- Medlemmet bidrager så vidt muligt til udviklingen af de specifikke fagområder, som vedkommende arbejder med.

### Relationen til borgeren

- Medlemmet er ansvarlig for præcis og dækkende udredning af borgerens kommunikative kompetencer og udfordringer.

- Medlemmet er ansvarlig for præcis og relevant information og rådgivning om 1. borgere kommunikative kompetencer og udfordringer og 2. interventionens indhold og målsetting.
- Medlemmet fører en fortrolig journal, der er præcis og dækkende.
- Interventionen baseres så vidt muligt på videnskabelig evidens og international konsensus.
- Interventionen planlægges i samråd med borgeren (og/eller dennes pårørende) og med borgerens tarv for øje.
- Medlemmet giver ingen garantier for effekt af interventionen, hverken med hensyn til effektens omfang, eller hvor lang tid det vil tage at opnå effekt.
- Ved elektronisk kommunikation med borgere, pårørende og andre gælder samme etiske retningslinjer som ved kommunikation ansigt-til-ansigt.
- I forbindelse med elektronisk kommunikation håndterer medlemmet personlige informationer om borger og relaterede personer i henhold til lovgivningen.
- Medlemmet er særlig opmærksom på de interessekonflikter, der kan opstå ved kontakt med borgere via sociale medier.
- Medlemmet er opmærksom på de særlige udfordringer, der er forbundet med (uden selv at møde den pågældende borger) at stille en diagnose og/eller udarbejde et forslag til intervention på baggrund af en udredning, som andre professionelle har udarbejdet.
- Medlemmet er opmærksom på de særlige udfordringer, der er forbundet med at udarbejde en udredning og drage konklusioner efter udelukkende at have haft elektronisk kontakt med borgeren.
- Medlemmet superviserer audiologopædistuderende ved uddelegering af delelementer af udredning og intervention.

#### Særlige forhold for privat ansatte og privatpraktiserende medlemmer

- Et privatpraktiserende medlem må kun annoncere med og undervise inden for fagområder, som vedkommende er formelt kvalificeret i.
- Et privatpraktiserende medlem skal oplyse

borgeren om, at der også eksisterer et gratis, offentligt tilbud.

- Et privatpraktiserende medlem må i sine foranstaltningsforslag ikke lade sig påvirke af hensynet til egen faglig fordel eller egne økonomiske interesser.
- Et privatpraktiserende medlem skal være opmærksom på kravene til datasikkerhed. Pc'en eller tilsvarende må ikke være tilgængelig for andre end medlemmet selv.
- Et privatpraktiserende medlem skal være opmærksom på de særlige udfordringer, der er forbundet med en anmodning om second opinion i forbindelse med en udredning foretaget af en anden audiologopæd.

#### **Fagligt samarbejde**

- Medlemmet samarbejder i relevante situationer med andre professionelle både inden for og uden for eget fagfelt.
- Medlemmet formidler på opfordring sin faglige viden, erfaring og praktiske færdigheder til kollegaer.
- Medlemmet bidrager så vidt muligt med faglig erfaring og praktiske færdigheder i uddannelsen af fagets studerende.

#### **Efterlevelse af de fagetiske retningslinjer**

- Medlemmet bør så vidt muligt kontakte et andet medlem, der ikke efterlever de fagetiske retningslinjer, og indgå i en drøftelse af vedkommendes faglige dispositioner.
- Medlemmet er villig til at drøfte egne faglige dispositioner med fagkollegaer.
- Hvis den kollegiale dialog ikke fører til fælles forståelse, kan det fagetiske udvalg inddrages.

# Ryst posen og begynd på en frisk

## Inspiration til fremtidens rehabilitering af mennesker med hørenedsættelse

**Referat og kommentarer fra kursusdag den 21. februar 2014 arrangeret af Socialstyrelsen. Samtlige Power Points fra foredragene kan findes på ALF's hjemmeside. Ud over slides fra de refererede oplægsholdere er der et meget smukt powerpoint show af arkitekt Camilla Ryhl om universel design og arkitektonisk kvalitet. Enkelte af disse bringes som illustration i artiklen.**



**BIRGITTE FRANCK**

har arbejdet med børn med høretab i hele sit professionelle liv. Hun er fortsat med dette arbejde, efter at hun er gået på pension, dels som foredragsholder, debattør, som coach for forældre til børn med høretab, som

anmelder af den nyeste litteratur indenfor høreområdet og pædagogik i det hele taget. Hun har været en af initiativtagerne i Danmark til at sætte fokus på AVT. Hun er meget optaget af den løbende inklusionsdebat.

Ingen tvivl om, at denne meget spændende kursusdag blandt andet skal ses i lyset af følgende problematikker, som Steffen Bohni, afdelingschef i Socialstyrelsen bød velkommen med:

Der ligger mange udfordringer omkring afhjælpning af hørevanskeligheder, ikke mindst i relation til, at der bliver flere ældre, og at de lever længere. Man er således nødt til at se på, hvilke høreproblemer, der er, for hvor mange mennesker, hvornår problemerne opstår, hvad der virker bedst på afhjælpning af disse, og hvordan hørenedsættelsen indvirker socialt, psykisk og i forbindelse med arbejdsmarkedet. Man bør i den forbindelse også se på, hvordan man forsøger at afhjælpe problemerne i udlandet, og naturligvis handler det også om cost-benefit.

Dagen handlede om en helhedsorienteret indsats, hvor de mange involverede professionelle parter bør spille sammen på en ny måde til

større gavn for personen med høretab og for samfundet.

Der var en stram styring med indlagte pauser til gruppediskussioner, men ikke med megen tid til at stille uddybende spørgsmål til foredragsholderne.

### Steen Bengtsson

Dagens første foredragsholder var Steen Bengtsson, seniorforsker på Socialforskningsinstituttet. Han tog sit udgangspunkt i 2 nye undersøgelser (2013), der fokuserer på handicap i al almindelighed og mennesker næsten uden hørelse<sup>1</sup>. SB understregede selv, at han arbejder som forsker, men ikke med specielt kendskab til høretab.

Han startede med at fokusere på børn med CI. Her berettede han om, at det ikke havde været muligt at få fat i mere end ca. halvdelen af børnene. Man kan vel egentlig heller ikke fortænke nogle forældre i, at de efterhånden er trætte af alle mulige undersøgelser og test omkring deres børn?

SB har kun børn uden andre væsentlige handicap med i sin undersøgelse, men han estimerede, at ca. 33% af børn med CI har andre handicap. Det konkluderes ud fra de børn, der deltog i undersøgelsen, at:

- hos ca. 30% af børnene med CI er kompensatio- nen lykkedes
- andre 30% klarer sig middel godt
- de resterende 30% klarer sig mindre godt.

Af denne børnegruppe klarer 40% sig, som børn



gør i al almindelighed i skolen, hvorimod ca. 60% havner i den nederste ende rent fagligt.

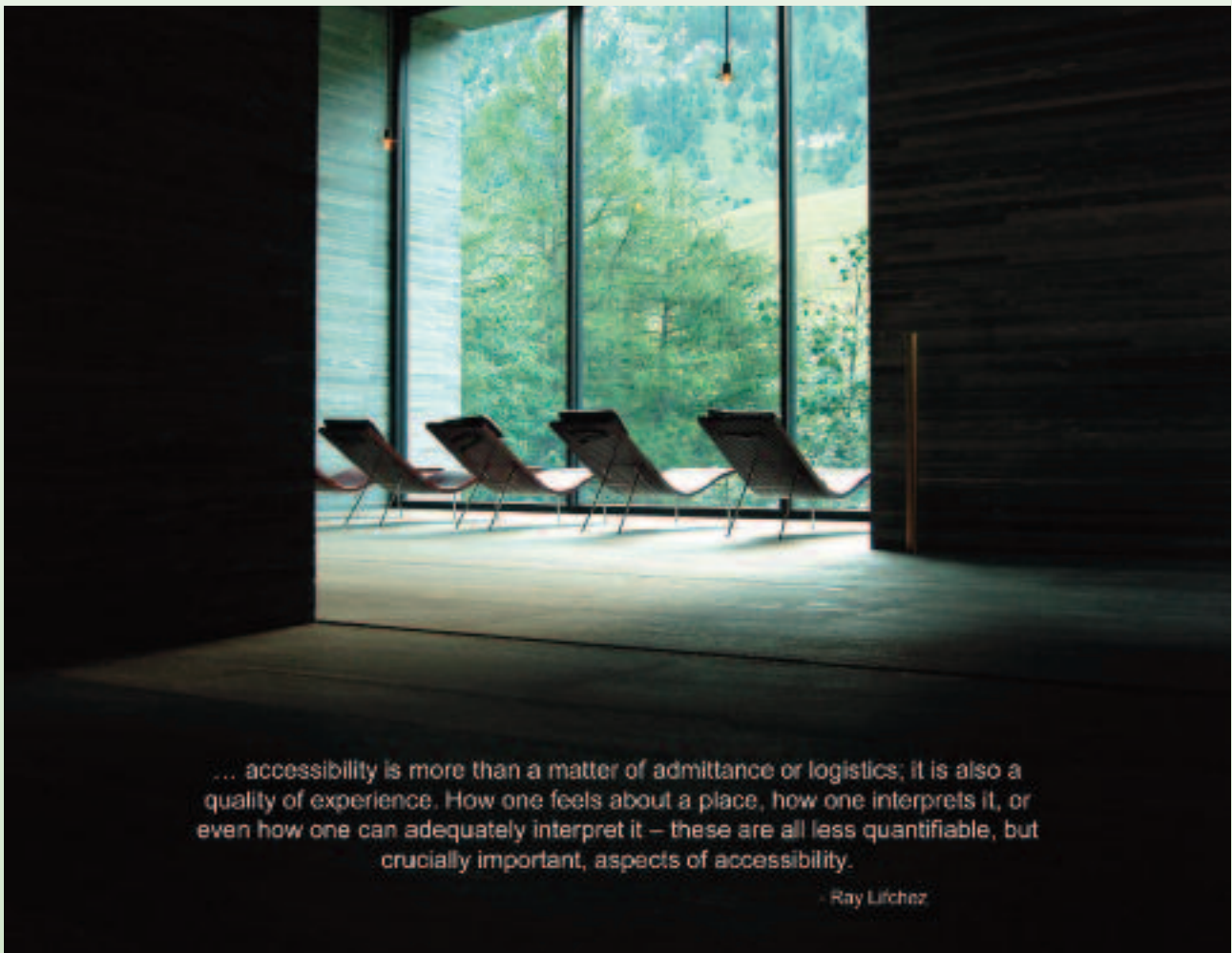
Her mangler jeg yderligere viden om børnegrupperne. Har man taget sent opererede døvfødte børn med eller børn, der fik CI i slutningen af 1990'erne, hvor deres nye hørelse ikke blev optimalt stimuleret?

Ud fra forskellige delspørgsmål: hvad snakker forældrene med deres børn om, hvordan leger børnene, hvornår var de fulde første gang, hvornår fik de deres første smøg med videre konkluderede SB, at gruppen af børn med CI mere minder om børn med »andre funktionsnedsættelser« end om deres hørende kammerater. Han karakteriserer gruppen af børn med CI som fysisk sunde og velopdragne børn med megen voksenkontakt. Børnene med CI klarer sig mar-

kant dårligere i skolen, skolearbejdet er svært, børnene keder sig i timerne<sup>2</sup>, og de har flere psykiske problemer end hørende.

Jeg hilser med tilfredshed, at en forsker udenfor CI-miljøet har undersøgt gruppen af børn med CI. Jeg har dog rigtig mange uddybende spørgsmål, som jeg håber, jeg kan få tilfredsstillet, når jeg læser rapporten. Der er lagt op til en spændende diskussion om, hvordan børn med CI klarer sig, og det er tiltrængt, at diskussionen er flyttet ud af medicinske og audiologopædiske kredse. Men for mig at se kommer rapporten til at fokusere på et *overgangsfænomen*, som ikke siger så meget om den fremtidige gruppe af børn med CI, og hvordan de kommer til at klare sig. Jeg tror bestemt, at de vil klare sig bedre end de børn og unge, som undersøgelsen bygger på.

Del af Power Point-showet »Universel design og arkitektonisk kvalitet«. Copyright: Camilla Ryhl.



... accessibility is more than a matter of admittance or logistics; it is also a quality of experience. How one feels about a place, how one interprets it, or even how one can adequately interpret it – these are all less quantifiable, but crucially important, aspects of accessibility.

– Ray Lifchez

Det var lettere at finde voksne døve og døvblevne, idet de blev opsporet via tolkemyndighederne. På spørgsmålet om: hvor tilfreds er du med dit liv lige for tiden? var svaret hos mange: »mindre tilfreds«.

Denne gruppe er mindre sammen dels med deres egne børn og dels med egne forældre<sup>3</sup>. De har større vanskeligheder, hvad angår beskæftigelse, men deltager dog mere i arbejdslivet end mange andre handicapgrupper. Døve bruger ofte andre fortrolige end deres partner.

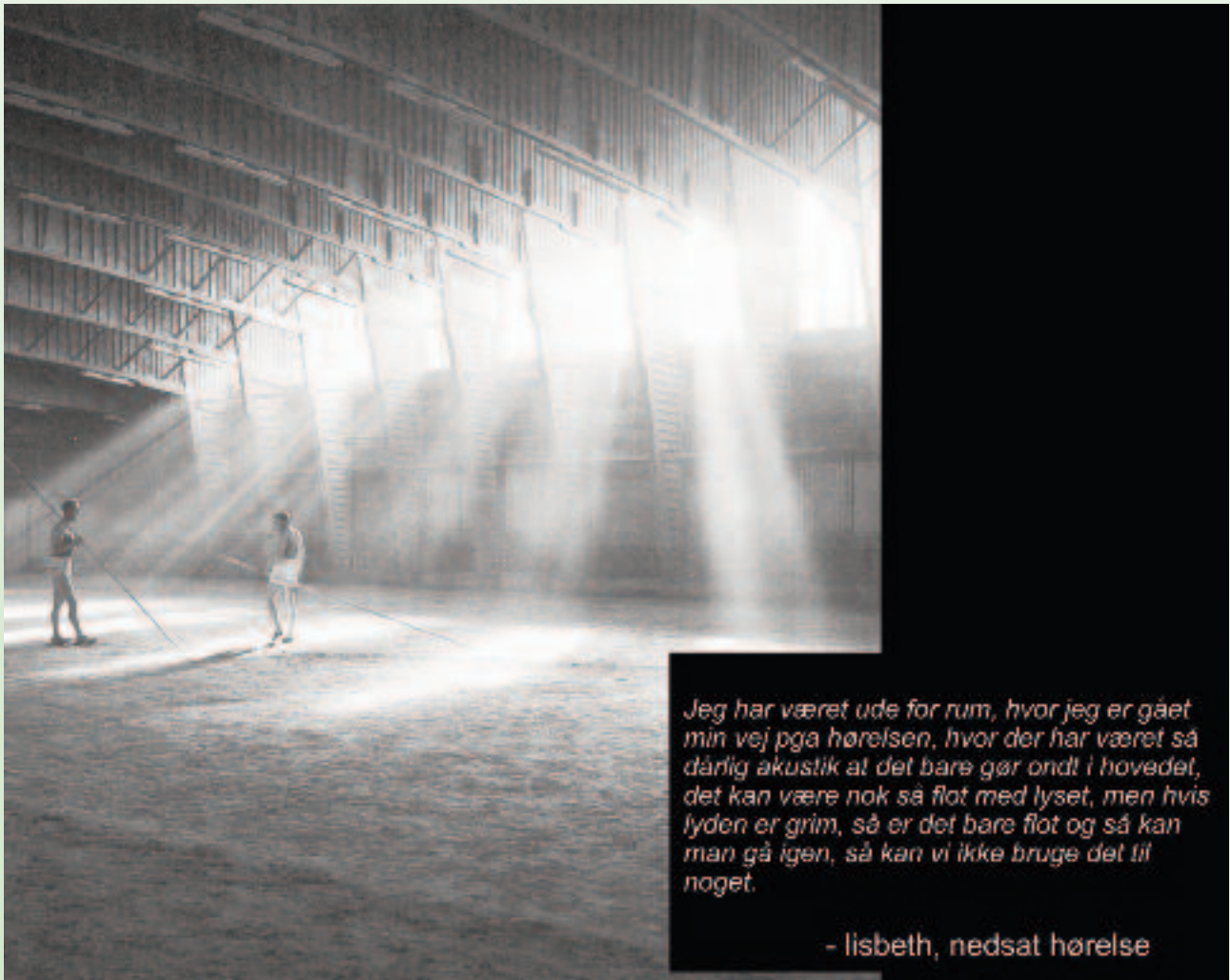
På et spørgsmål fra salen svarede SB, at han undervejs i sit arbejde var blevet klar over, at der gemte sig væsentlige problematikker omkring ensidig høretab.

Den samlede rapport udkommer omkring maj 2014.

### Anette Hindhede

Næste indlæg kom fra Anette Lykke Hindhede, forsker ved Steno Center for Sundhedsfremme. Hun fremlagde sit ph.d. projekt, som er et par år gammelt, og som må formodes at være kendt af de fleste, der arbejder med voksne med høretab. Hun interviewede 41 personer, lige før de skulle have HA, mens de var til første instruktion omkring HA og 6 uger efter HA<sup>4</sup>. Hun fandt frem til, at mange af de mennesker, der kom til en Høreklinik, slet ikke havde lyst til at være der.

- 22% af deltagerne i undersøgelsen havde et reelt høreproblem.
- 61% havde et lille høreproblem, som ikke var specielt akut.
- 17%, mente ikke, at de havde et høreproblem, men var nok kommet på grund af socialt pres fra andre.



*Jeg har været ude for rum, hvor jeg er gået min vej pga hørelsen, hvor der har været så dårlig akustik at det bare gør ondt i hovedet, det kan være nok så flot med lyset, men hvis lyden er grim, så er det bare flot og så kan man gå igen, så kan vi ikke bruge det til noget.*

- lisbeth, nedsat hørelse

ALH lavede videooptagelser af, hvad der skete i instruktionstiden på 45 minutter i brug af HA, hvilket ifølge hende var ganske forudsigeligt. Der blev stillet ret mange ja/nej spørgsmål til klienten, og skulle denne driste sig til at ville i en yderligere dialog, blev denne mødt med vigen- de øjenkontakt og ingen invitation til samtale.

Hendes konklusioner er, at det at få et høreapparat er langt mere end et teknologisk fix, og at nogle af problemerne vil kunne afhjælpes uden HA. Hun savner, at man på audiologisk afdeling gør reklame for muligheden af at henvende sig til et Kommunikationscenter for at få begynder- undervisning, yderligere støtte og oplysninger om hjælpemidler, efter at man har fået HA.

Der er ingen tvivl om, at de audiologiske afde- linger bliver målt på deres produktivitet i antal udleverede høreapparater. Men hvad nu, hvis der rent faktisk bliver udleveret for mange HA, fordi den nuværende struktur ikke giver tid til en samtale med audiologopæd/høreopædagog en- ten før høreprøve eller efter, for at udrede de konkrete problematikker, som ikke nødvendigvis bør ende med et HA?

Der var stor diskussionslyst ved mit bord om- kring, hvordan man uden de store problemer, kunne ændre strukturen til glæde for den enkel- te klient og samtidig formindske udgifterne til HA. Folk fra Fyn foreslog:

- Ryst posen og skab strukturer, hvor samtale opprioriteres både før og efter HA behandling. Giv HA til dem, der ønsker det og har brug for det her og nu. Man er altid velkommen til at vende tilbage til Høreklinikken på et senere tidspunkt, når høretabet giver større gener.
- Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen må op på beatet, hvad angår en lovgivning, der un- derstøtter ny struktur på høreapparatområdet.
- Det kan ikke gå for stærkt, at den eksisterende lovgivning lærer af de velunderbyggede forsk- ningsresultater fra ind-og udland med hensyn til, hvad borgeren med høretab har brug for - og rent faktisk, hvad de måske har mindre brug for.

Jeg må tro og håbe, at fremtidens ældre stiller så store krav til ligeværdig dialog, at brugerne og deres organisation også rejser sig som en

magtfuld sparingspartner, der kræver: »nye bol- ler på suppen nu«, lær at gå i dialog, dette kun- ne også medføre besparelser og formentlig me- get mere tilfredse kunder i »den audiologiske boks«.

Eksemplet er fint, hvad angår kontrol-Danmark og måling af produktivitet. Man er i stand til at måle antal udleverede høreapparater pr. klinik. Det er vanskeligere at tælle det antal apparater, som ikke måtte blive udleveret, fordi en samtale løser nogle af brugerens kommunikationspro- blemer. Denne type coaching kan da sagtens måles, hvis den form for vejledning må tælles op som noget værdifuldt.

Hvis der på en klinik skulle sidde en person, der kun går efter tal på udleverede HA pr. år, så op- står der en reel fare for, at mennesket med to ører bliver til en tingsliggjort person, hvor man ikke ser sig i stand til at lytte til de bagvedliggen- de problemer, personen måtte have. Eksemplet er ikke fri fantasi. Det er min tilføjelse til gen- gæld: Tænk, hvis brandmænd blev målt på antal brande, de rykkede ud til, og så satte ild til huse, for at få flere point på bundlinjen.

### Berth Danermark

Næste foredragsholder var den internationalt kendte forsker Berth Danermark fra Sverige med tilknytning til The Swedish Institute for Disability Reserach, Linköping og Örebro University samt Audiological Research Centre University Hospi- tal in Örebro. Hans udgangspunkt er, at offentli- ge sundhedssystemer bør sigte mod mere bor- gerorientering og mod at øge kvaliteten af ind- satser overfor et stigende antal patienter under restriktive ressourcer. Audiologer er nødt til at foretage betydelige ændringer i deres praksis for at kunne opfylde disse forventninger.

Han fokuserede på, at vi skal forvente en kraf- tig stigning i levealder, hvor mange af os i frem- tiden bliver op til 95 år, hvilket i sig selv siger, at antallet af borgere med høretab vil stige kraftigt. BD kom med en meget sigende cost-benefit analyse:

- høretab giver større isolering og en kognitiv overbelastning
- hørenedsættelser spiller en rolle i demens

- at spare på audiologien vil betyde flere demente, som er en meget omkostningstung byrde for samfundet og for den enkelte og dennes familie

Med udgangspunkt i ICD og ICF klassifikationer efterlyste BD et bredere perspektiv på rehabilitering og værktøjer at arbejde med. Det handler ikke om at lave alenlange lister med kategorier, men derimod om så få kategorier som muligt, hvor man tager udgangspunkt i holistiske perspektiver, delagtighed og kommunikation (forskning, brugeren, eksperterne, de kliniske perspektiver).

Her efterlyste BD bedre værktøjer til at analysere cost-benefit problematikker. Han kom med eksempler på, at 40% ikke bruger det HA, de har fået, samtidig med at vi ved, at høretab og dermed kommunikationsproblemer øger psykiske problemer og selvmordsforsøg. Han understregede, at hvis kommunikationen går i stykker, så er det ikke primært menneskenes skyld, men der er i højere grad tale om systemfejl.

BD gav eksempler på, hvordan man kan stille åbne spørgsmål omkring høretab og på denne måde give personen med høretab mulighed for selv at beskrive sin situation, en holdning, som kom til at gå som en rød tråd gennem hele dagen. Det handler om personlige ting, der gør forskellen i behandling hvilket BD sammenfattede med et ord: Tillid.

### Louise Hickson

Efter en velfortjent frokost bemærkede den udmærkede facilitator Lotte Hansen, at værktøjskasser og strategier såmænd også er brugbare materialer, når det for nogle deltagere var svært at komme tilbage i salen til det stramme program, fordi frokostpausen blev tilbragt ventende i en madkø.

Derefter kom professor Louise Hickson, leder af School of Health and Rehabilitation Science og medredaktør af The Communication Disability Center, University of Queensland, Australien, på talerstolen.

Hun startede med næsten ikke at kunne få hænderne ned, fordi hun få timer forinden hav-

de fået et beløb på 28 millioner australske pund til sine projekter, der handler om at forbedre resultaterne af audiologisk rehabilitering, med udgangspunkt i at ændre praksis på 2 måder. For det første bør adgangen til at vælge mellem forskellige rehabiliteringsmuligheder forbedres, og for det andet bør mennesker med hørenedsættelser inviteres til at deltage aktivt i egen rehabilitering.

Jeg tror på, at tiden er moden til, at 68-generationen, der nu er ved at komme ind i de ældres rækker og med muligt høretab og andre skavanker, har et ønske, måske nærmere et krav til, at de skal ind i et ordenligt patientforløb, hvor der ikke sidder en autoritet, der dikterer det ene eller det andet. Men hvor der klart, på dialogbasis, opstår en platform, hvor der er tid, indsigt, lyst og tillid til, at man lytter til den anden og hvor klienten får lov til at stille sine spørgsmål, får svar og der ud fra kan træffe valg omkring egen rehabilitering.

Så for mig handler denne respekt for den anden ikke kun om audiologi, det handler om måden, vi er sammen på, og hvordan fagpersonen med en bred viden ikke tromler klienten, men ud fra en dyb medmenneskelig respekt viser et ønske om at hjælpe den enkelte til at foretage de valg, der føles rigtige, og som de selv kan stå inde for og være aktivt medbestemmende omkring. Men jeg ved, at der sidder nogle »skrankepaver i systemerne«, som ikke magter at udvise denne respekt for medmennesket.

Louise Hickson henviste blandt andet til en undersøgelse, der viste, at 70% af befolkningen i Australien over 70 år har høreprøblemer, hvoraf 39% ikke har haft kontakt til ørelæge og 58% ikke bruger høreapparat (Laplante-Lévesque m.fl. 2013). Disse tal ønskede det australske senat at få forbedret.

Her tog LH udgangspunkt i »Evidence-Based Practical Audiologi« og i »Evidence about Hearing Aids Improve Activity Participation«. Der blev præsenteret en model med 5 trin:

- Definer et klinisk spørgsmål
- Vær på udkik efter forskningsresultater i forbindelse med det fremsatte spørgsmål



- Evaluer den evidens, der er til rådighed på området
- Relater denne viden til klienten
- Evaluer udbyttet af den evidensbaserede praksis

Ved den patient/klient-baserede praksis vil patienttilfredsheden stige, behandlingen vil lykkes bedre, den fagprofessionelle vil også føle sig mere tilfreds, og endelig får patienten med en kronisk lidelse en form for »værktøjskasse« hvor de bedre kan gå ind og blive ansvarlige for egen situation.

### Caitlin Grenness

Næste foredragsholder var Caitlin Grenness, der har skrevet sin ph.d. i Danmark på Erikholms

Forskningscenter. Jeg vil henvise til artiklen: Patient-centred care: A Review for Rehabilitative Audiologists (Grenness m.fl. 2014).

Kort sagt handler modellen for patientcentreret opmærksomhed i audiologien om at skabe et terapeutisk forhold mellem fagperson og klient/patient, der handler om:

- at individualisere
- at informere
- at involvere
- at være fælles om at tage beslutninger

Hvis jeg for egen regning skulle komme med en tilføjelse, så kan jeg forestille mig, at tidsforbruget er den største hindring på audiologiske afde-



*Et rum der runger meget, det er ubehageligt, og et rum du kommer ind i og skal orientere dig i, det må jo heller ikke være lyddæmpet, for så har du jo ligesom ikke noget der kommer tilbage, det er meget en balance.*

*- ole, nedsat syn*

linger, der skal producere og dokumentere mere og mere. Omvendt: lader man være, så vil man få mange patienter, der ikke er tilfredse med HA eller som slet ikke bruger det. Så man kunne vende spørgsmålet om og sige: har vi økonomi til ikke at arbejde patientcentreret, for det kan blive den dyre og dårlige løsning på sigt, når vi ikke fokuserer på det enkelte menneskes ønsker og behov og dermed livskvalitet.

### Gitte Englund

Steno Diabetescenter var repræsenteret af Gitte Englund, der har en fortid i audiologien. Hun arbejder nu indenfor sundhedsfremme og patientuddannelse med fokus på skabe handlekompetence og mestring af egen funktionsnedsættelse.

Det var helt klart, at de strategier, der blev arbejdet med hos patienter med sukkersyge, sagtens kunne omformes til at dække folk med høretab, så de blev i stand til at håndtere eget høretab på en bedre måde, ved at ændre adfærd, tænkemåde og relationer. Men der er nogle hurdler, der skal arbejdes med, idet mange patienter skal lære at tale om egne udfordringer og muligheder samtidig med, at den sundhedsprofessionelle skal lære at arbejde med og værdsætte den dialogcentrerede måde at forholde sig til hinanden på.

På Diabetescentret har man lavet en værktøjskasse med sundhedspædagogiske øvelser, hvor en overskrift kan være:

- min dag
- mine udfordringer
- mine muligheder
- mine relationer
- der ud fra at sætte mål op for hverdagen

Her henviser GE til nogle af de materialer, Ida Instituttet allerede har lavet til fagperson/klient. Jeg må give GE ret i, at i grunden er der mange ens problematikker i hørerehabilitering og andre kroniske lidelser.

### Rapport

Der er lige udkommet en rapport i Danmark, der er citeret i Ugebrevet Mandag Morgen (Rasmus-

sen 2014). Der fokuseres på forholdet mellem læge, sygeplejerske og patient, en rapport som jeg vil mene, man bør læse, hvis man vil ind og ændre på klientens rolle også indenfor de audiologiske tilbud. Jeg citerer: »At sætte patienten i centrum er en win-win-situation. Det handler ikke kun om at skabe et langt mere effektivt og velfungerende sundhedsvæsen, men om at bygge på værdier og holdninger, der burde være grundpillen i en sektor, der har som sin fornemste opgave at redde liv og give mennesker tryk og sikkerhed i deres vanskeligste stunder«. Og videre: »Såvel læger som sygeplejersker er enige om, at mindst hver femte patient har et udtalt behov for at blive involveret i deres behandling. Medtages gruppen, der »i nogen grad« ønsker det, drejer det sig om to tredjedele af alle patienter. Ikke desto mindre mener kun 11 pct. af lægerne, at patienterne har en viden, der kan kvalificere deres behandlinger. »Med andre ord bliver patienternes ønsker ikke taget alvorligt af lægerne«. Hvordan dette passer sammen med audiologiske tilbud, skal jeg ikke have nogen personlig mening om. Jeg tror blot, at man bør lytte meget intenst til de holdninger omkring patient og professionel, som lød mange gange fra talerstolen på dagens kursus.

### Kommentarer

Jeg er taknemmelig for, at jeg fik mulighed for at deltage på denne ret dyre konference, hvor jeg føler mig overbevist om, at prisen nok har holdt nogle potentielle kursister væk, og det er lidt synd.

Vi blev i dagens løb præsenteret for mange værktøjer, der alle peger i samme retning, nemlig at ikke alle personer nødvendigvis bør starte med at få et høreapparat, når de henvender sig på audiologisk afdeling. Og hvem siger i øvrigt, at det er det sted, man skal komme først, hvis man har et lille høretab, eller hvis andre omkring en synes, at nu er det på tide med et høreapparat. Især fordi det så tydeligt fremgår, at mange slet ikke har lyst og er parate til et høreapparat, og at en stor del, der så ender med et apparat, slet ikke er motiverede for at bruge det. Kommunikationscentrene sidder inde med en ekspertise, som de måske fremover kunne få lov

til at sætte mere i spil og på et tidligere tidspunkt i forhold til den voksne med høreproblemer?

Det er vigtigt, lød det igen og igen, at den nye model, man bør arbejde hen imod, vil og skal spare ressourcer til høreapparater, idet nogle mener, at det teknologiske »fix« med udlevering af høreapparater slet ikke har den succesrate, man kunne ønske. Der ses for meget på ører og lyd, der transporteres til hjernen, samtidig med at man i høj grad glemmer de mennesker, der gemmer sig bag ørerne. Det er ikke nok at registrere en hørekliniks effektivitet ud fra antal udleverede høreapparater pr. år. Det bør handle om i større grad at snakke med den enkelte patient, lytte og tage denne med på råd og sætte sig ind i, hvordan man bedst hjælper patienten.

Jeg vil foreslå bestyrelsen i ALF, at de nedsætter et udvalg med hørekonsulenter og audiologopæder fra Kommunikationscentrenes voksenarbejde, Høreforeningen samt - hvis det er muligt - et par progressive audiologiske overlæger og meget gerne repræsentanter fra Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Jeg tror, at en sådan arbejdsgruppe i fællesskab vil kunne udtænke en agenda, der er til gavn for den enkelte med høretab, når vi taler om værdig behandling og involvering.

Jeg tror og håber, at brug af mere tid til samtale

på den lange bane kan spare penge og samtidig gøre klienten mere tilfreds. Forskerne i ind- og udland har allerede gjort et værdifuldt forarbejde. Nu skal dette implementeres.

#### Noter

- 1) Dette var ikke nærmere defineret.
- 2) Mon det er fordi de ikke får fat i alt, hvad der bliver sagt og forstår indholdet?
- 3) Forklaringen kunne jo være sproglige barrierer?
- 4) Grunden til at hun fik interesse for emnet var, at hun havde erfaret at de 50-64 årige mistede 2,7 millioner kr. i tabt arbejdsproduktion på et år.

#### Referencer

- Laplante-Lévesque, Ariane; Hickson, Louise; Worrall, Linda: *Stages of Change in Adults With Acquired Hearing Impairment Seeking Help for the First Time: Application of the Transtheoretical Model in Audiologic Rehabilitation*. Ear and Hearing 2013, July/August 2013 Volume 34(4):447—457.
- Caitlin Grenness, Louise Hickson, Ariane Laplante-Lévesque, Bronwyn Davidson: *Patient-centred care: A review for rehabilitative audiologists*. I International Journal of Audiology Feb 2014, Vol. 53, No. S1, Pages S60-S67.
- Rasmussen, Erik: *Læger og sygeplejerskers forståelse for patientinddragelse*, Ugebladet Mandag morgen 10/2- 2014. Videnscenter for brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2014.



## ALF's bestyrelse

#### Formand:

Bente Reimann Jensen  
Nordmarksvej 3, 4621 Gadstrup  
Tlf. 5150 5815  
[Email: formand@alf.dk](mailto:formand@alf.dk)

#### Næstformand og webmaster:

Mette Thomsen, København S  
[Email: webmaster@alf.dk](mailto:webmaster@alf.dk)

#### Kasserer:

Helle Iben Bylander  
Tjærebyvej 25, 4000 Roskilde  
Tlf. 2180 3463

Medlemmers indmeldelse, udmeldelse, adresseændring, kontingentspørgsmål, kursusbetaling etc. varetages af Lone Aabye [alf@alf.dk](mailto:alf@alf.dk)

#### Sekretær:

Sarah Mengal, 2730 Herlev

#### Suppleanter:

Jakob Stenz  
Mette Henriksen

Returadresse: Postboks 34, 4130 Viby Sj.



## Indhold

3	LEDER
4	<i>Alice Gacinga</i> : Melodic Intonation Therapy
13	<i>Kirsten Nielsen</i> : Velfærdsteknologi, kommunikation og Progredierende Dysartri
21	<i>Dorthe Mølgaard og Anni Mackenhauer</i> : APD er en audiologisk diagnose
25	ANMELDELSER
30	MEDLEMS-NYT

Forsiden: Dysartriramte og pårørende udforsker nye medier på CKHM i Vejle. Foto: Kirsten Nielsen.

# DANSK AUDIOLOGOPÆDI

50. årgang • Juni 2014 • Nr. 2

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 Høier, 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](http://www.alf.dk)

Priser pr. 1.10.2007: Institutionsabonnement: kr. 500,-. Privat abonnement: 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%.

**Annoncest.**: 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](mailto:formand@alf.dk)



ISSN 0105-7200