

Medlemstidning för  Svenska Logopedförbundet

LOGOPEDNYTT

Nummer 7 september 2003

Monsterstudien

**Prioriteringsutredning
i logopediskt perspektiv**

Innehåll 7-03

- 5** DEBATT
Replik på Anders Durings inlägg
- 6** PRIORITERINGAR
Rapport från Arbetsgruppen för tolkning av prioriteringsutredningen ur logopediskt perspektiv.
- 10** LOGOPEDERNA I FINLAND
Synen på ökad specialisering.
- 13** KÅSERI
Och hur står det till i övrigt då...?
- 14** MONSTERSTUDIEN
Resumé av artikeln ”The Stuttering Doctor’s Monster Study”
- 15** SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER DEL III
- 16** PENSION
Information från DIK
- 18** RECENSION
Läsa och skriva fast man inte kan
- 19** STUDENTUELLT
Under galgen
- 20** INTYG OM DYSLEXI
Vad gäller egentligen?
- 24** LOGOPEDHISTORIA

Omslag: Hösten är här...

Ingrid Kongslöv
Ordförande
Arb: 040-683 07 15
Mob: 0733-42 99 47
ingrid.kongslöv@dik.se

Inger Gillholm
Kursansvarig
inger.afasi@telia.com
Tel 044-12 93 99

Ulrika Guldstrand
Sekreterare
ulrika.guldstrand@staffanstorp.se
Tel 046-25 11 37

Karin Huddenius
Kontaktpersonansvarig
karinhuddenius@hotmail.com
Tel 08-655 58 11

Åsa Mogren
Vice ordförande/Ledamot
asa.mogren@vgregion.se
Tel 031-50 26 30

Sanna Wennerfeldt
Kassör
sanna.wennerfeldt@orebroll.se
Tel 019-602 14 63

Raffaella Öckinger
Studentledamot
Tel: 08-549 045 01
Mobil: 070-567 45 01
raffaella.ockinger.510@student.ki.se

SLOF

Box 760, 131 24 Nacka
slof@dik.se

www.slof.org

ANSVARIG UTGIVARE

Britt Marie Häggström
DIK
Box 760, 131 24 Nacka
Tel: 08-466 24 00
Fax: 08-466 24 13

TRYCK

Nordisk Bokindustri Försäljnings AB

ARTIKLAR SÄNDESTILL REDAKTÖRERNA:

Camilla Björnram
Tel 031-342 56 64, Fax 031-49 19 41
Enheten för neurologopedi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Högsbo sjukhus, byggnad 1
400 43 Göteborg

Elvira Berg
Tel 031-775 86 19
Habiliteringen Centrum
Amerikaskjulet, uppg D, 3 tr
414 63 Göteborg

logopednytt@dik.se

Redaktionen förbehåller sig rätten att
språkligt ändra och förkorta bidrag.

ANNONSER SÄNDES TILL:

Caroline Kejnemar
DIK
Box 760, 131 24 Nacka
Tel: 08-466 24 11
Fax: 08-466 24 13
caroline.kejnemar@dik.se

UTGIVNINGSPLAN:

Nr	Manus- stopp	Annons stopp	Platsann stopp	Läsaren tillhanda
8	9/10	15/10	17/10	4/11
9	13/11	19/11	21/11	9/12

ANNONSPRISER (inkl. moms)

Annons storlek	Plats-/ Kursannons	Produkt- annons
1/1-sida	7 250:-	4 610:-
2/3-sida	6 380:-	3 730:-
1/2-sida	5 000:-	3 250:-
1/3-sida	4 390:-	2 850:-
1/4-sida	3 550:-	2 320:-
1/8-sida	2 830:-	1 900:-

Tillägg för begärd placering: 15%
Tillägg för dekorfärg: 10%

Prenumerationspris: 500:-/år
Lösnummerpris: 50:-
Temanummer: 50:-

skrivande stund är det 10 dagar kvar. När ni läser detta har svenska folket gått till val och givit sin röst. Blev det ja till EMU, till gemenskap, välfärd och ett bättre Sverige. Eller blev det nej, för bevarande av välfärd, trygg ekonomi och framtid, ett bättre Sverige. Från båda hållen haglar argumenten med löften om ökad välfärd och hot om välfärdens undergång. Löften om guld och framgång, om vi bara svarar ja. Lika kraftfullt argumenterar nejsidan, om dyrare varor, ökad arbetslöshet, sämre hälsa. Nyligen uttalade sig den finska riksbankschefen i frågan, ”- EMU skall ses i ett långtidsperspektiv, 20-30 år framåt i tiden, innan man kan utvärdera värdet av en gemensam valuta”. Ändå är de politiska argumenten vi hör idag kortsiktiga löften som ”30 000 mer i portmonnän, lägre räntor, högre inkomster, bättre liv”, allt inom en snar framtid.

Jag instämmer med Tomas Di Leva ”vem kan man tro på...när det är så här?”.

Längre ner i den politiska hierarkin är retoriken likartad. Vallöften ges om bättre skolor, omsorg och hälsa, till mindre kostnad.

Politiska löften om bättre, snabbare och billigare vård åt brukarna kontras med krav på ekonomisk åtstramning för landsting/kommun. Sjukvården drabbas ideligen av politiska kortsiktiga beslut. Som logoped arbetar man ofta i ett längre patientperspektiv men under ett politiskt kortsiktigt, ekonomiskt perspektiv. Vår kontakt med den enskilde individen sker under lång tid men med ständiga krav på snabba resultat. Resurserna ska räcka till fler patienter och kostnadseffektivare vård, samtidigt som man på många håll i landet drabbas av anställningsstopp, personalreduktioner eller andra sparåtgärder. Jag ställer upp på förändringar och omstruktureringar, de kan vara både behövliga och av godo, men precis som i EMU-frågan önskar man, att politikerna såg vården i ett längre perspektiv än landstingens/kommunernas budgetår. SLOF har som förbund ett ansvar att verka för vår yrkeskårs utveckling i framtiden, men även den enskilde medlemmen kan medverka i detta, allt efter egen kraft och förmåga. Läs slutdokumentet från arbetsgruppen för tolkning av prioriteringsutredningen i logopediskt perspektiv sjukvården (finns i sin helhet på vår webbsida) och vässa era argument för JA till fler logopeder, högre löner, bättre arbetsvillkor, vässa era argument för NEJ mot nedskärningar inom det logopediska området.



Sanna Wennerfelt

SLOFs kontaktpersoner

VERONICA BLIXT
Stockholms län
Tel: 08-555 441 42
veronica.blixt@frosunda.se

MARIA ANDERSSON
Stockholms län
maria.andersson@oron.ds.sll.se

GUNILLA BELING
Uppsala län
Tel: 018-611 53 20
gunilla.beling@logopedi.uas.lul.se

MAGDALENA YSANDER
Södermanlands län
Tel: 0155-24 51 32
magdalena.ysander@nl.n.dll.se

JAN-ERIK JOHANSSON
Östergötlands län
Tel: 011-22 33 74
jan-erik.johansson@lio.se

ANN FALCK
Jönköpings län
ann.falck@lj.kpg.se

NINNIE KARLSSON
Kronobergs län
Tel: 0372-58 51 47
ninnie.karlsson@ltkronoberg.se

SANNA HOLSTEIN
Gotlands län
sanna.holstein@hsf.gotland.se

PETRA WESTRIN
Blekinge län
Tel: 0454-73 26 21 eller
0454-73 31 48
petra.hagstrand-westrin@ltblekinge.se

CHRISTINA HOUGAARD
Region Skåne
Tel: 040-33 28 10
christina.hougaard@skane.se

KERSTIN JOHANSSON
Hallands län
Tel: 0300-556 51 40
kerstin.johansson@lthalland.se

KERSTIN JILLEFORS MELIN
Göteborgs och Bohus region
Tel: 031-733 61 26
kerstin.jillefors.melin@vgregion.se

CHARLOTTA WISING
Älvsborgs län
Tel: 0322-22 61 21
charlotta.wising@vgregion.se

SARA ENGSTRÖM
Skaraborgs län
Tel: 0500-44 45 63
sara.engstrom@telia.com

JENNY GUSTAVSON
Värmlands län
Tel: 0550-861 85
jenny.gustavsson@liv.se

ANNA DJURBERG
Örebro län
Tel: 019-602 22 38
anna.djurberg@orebro.se

KARIN GRANBERG
Västmanlands län
Tel: 021-17 50 23
karin.granberg@ltvastmanland.se

KRISTINA LARSSON
Dalarnas län
kristina.e.larsson@ltdalarna.se

ROSE-MARIE BLOM SVENSSON
Gävleborgs län
Tel: 026-15 47 80
rose-marie.blom.svensson@lg.se

KATARINA NYGREN
Västernorrlands län
Tel: 060-19 12 26
katarina.nygren@sundsvall.se

ANNIKA KARLBERG
Jämtlands län
Tel: 063-15 33 58
annika.k.karlberg@jll.se

KARIN BRUNNEGÅRD
Västerbottens län
karin.brunnegard.us@vll.se

ANNA-LENA DYNESIUS
Norrbottens län
Tel: 0970-195 50
anna-lena.dynesius@nll.se

DIK-förbundet

DIKs FÖRBUNDSSTYRELSE:

Britt Marie Häggström ordförande
Karin Åström lko vice ordförande
Sara Bengtzon
Carina Eskelin
Dicte Helmersson
Hanna Holmqvist
Daniel Häggström
Ingrid Höglind
Ola Kellgren
Karin Linder
Camilla Lundberg
Inga Maj Lundmark
Bibbi Olson

DELFÖRENINGSORDFÖRANDE:

ARK Karin Åström lko
BF Maj Eriksson
Kulturfacket Anna Sjöberg
Informatörsfacket Sara Bengtzon
SLOF Ingrid Kongslov
SMF: Karin Linder
Statliga chefsgruppen Stefan Boman

JOURHAVANDE OMBUDSMAN:

kopplas via växeln 08-466 24 00
mån-tors 09.00-15.00 (lunchstängt 12.15-13.00), fre 13.00-15.00

MEDLEMSÄRENDE:

Susanna Leijthoff 08-466 24 07
Lena Tiberg 08-466 24 08
Britta Westin 08-466 24 90

ANNONSER, DELFÖRENINGAR:

Caroline Kejnemar 08-466 24 11

FÖRBUNDSREKTÖR:

Åke Lindström 08-466 24 38

INFORMATION:

Karin Nørby chefredaktör DIK-forum 08-466 24 06
Jon Stenbeck informationsstrateg 08-466 24 17
Henrik Alfredsson webbredaktör 08-466 24 09

HANDLÄGGARE :

Sara Andersson tjänstledig
Linnéa Lilja studenter 08-466 24 10
Bo Westas utredning 08-466 24 05

OMBUDSMÄN:

Katarina Berkowitz förhandl. kommun, landsting, privat, 08-466 24 23
BD, N privat och kommun utom Halmstad, Laholm och Hylte kommuner,
O kommun, landsting och privat, X

TEL (ARB):

08-466 24 02
08-782 69 78
0708-22 38 76
0480-45 06 82
0431-45 65 53
070-799 84 93
070-575 43 79
0300-83 42 86
090-17 18 02
08-570 356 56
046-35 70 78
0736-25 45 84
08-519 264 00

OMBUDSMÄN forts:

Catharina Guthartz kommun, M-län utom Malmö, Lund 0431-873 55
Helsingborg, N-län Halmstad, Hylte
Laholm kommun
Gunilla Johannesson arbetsmarknad och förhandl. 08-466 24 03
Stockholms läns landsting
Lise-Lotte Klavebäck tjänstledig
Hans Kyrö förhandl. privat, kommun, landsting, 08-466 24 35
AB kommun, C
Mira Lavikko förhandl. privat, kommun, landsting, 08-466 24 16
AB-län privat, AC, Y, U
Sara Luthander-Hallström tjänstledig
Anders Regnell förhandl. statlig sektor hela landet, 08-466 24 27
endast kontaktyndigheter
Anna Steen förhandl, landsting, kommun, privat, 08-466 24 30
G, H, K, M-län kommun för Malmö,
Lund och Helsingborg, statlig sektor
hela landet, ej kontaktyndigheter
Lars-Erik Svelander förhandl. kommun, landsting, privat, 08-466 24 67
D, E, F, I, S, T, W, Z

TEL (ARB):

Kansliledning och övriga gemensamma resurser för DIK, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter & Naturvetareförbundet:

VD och FÖRHANDLINGSCHEF:

Åke Lindström 08-466 24 38
Maria Klingemo sekreterare 08-466 24 37

CENTRALA FÖRHANDLINGAR & UTVECKLINGSFRÅGOR:

Ulf Björkstrand chefsförhandlare 08-466 24 22
Ingrid Blomqvist sekreterare 08-466 24 25
Lars Fagerstedt direktör 08-466 24 29
Ulrika Larsson utvecklingschef 08-466 24 12
Helena Nicklasson projektledare 08-466 24 36
Lennart Sandström ombudsman 08-466 24 21

ADMINISTRATION:

Ing-Marie Enmalm redovisning 08-466 24 78
Bo Jernberg redovisning, personaladmin. 08-466 24 73
Per Lagerberg fastighet, inköp, vaktmästeri 08-466 24 14
Johan Lilja datatekniker 08-466 24 71
Elisabeth Lindgren redovisning 08-466 24 77
Annika Marshall reception 08-466 24 00
Marie Norin kanslist 08-466 24 19
Anneli Åberg datasupport, medlemsregister 08-466 24 72

POSTADRESS: Box 760, 131 24 Nacka • BESÖKSADRESS: Planiavägen 13, Nacka • E-Post: kansli@dik.se • www.dik.se

TELEFON vx1: 08-466 24 00 • TELEFAX: 08-466 24 13

E-POST TILL ANSTÄLLDA PÅ KANSLIET: fornamn.efternam@dik.se

Replik på Anders Durings inlägg i Logopednytt nr 5, 2003

Anders During tar i sin artikel i Logopednytt nr 5 upp frågan hur man ska bedöma talet vid nasaleringsproblematik. During vill väcka debatt kring vad det är man bedömer och vilken terminologi som används. I den grupp av logopedier som arbetar i regionsjukhusens team för vård av barn med läpp-käk-gomspalt och andra tillstånd som ger bristande velofarynxfunktion (VPI) är den här debatten alltid aktuell och vi vill gärna dela med oss av våra tankar och synpunkter.

I kliniska sammanhang bedöms de VPI-relaterade talavvikelserna (klang, ”tryck/flöde”, artikulation) genom en perceptuell bedömning och kompletteras med instrumentella metoder. Vanligen används en 5-gradig skala med definierade skalsteg vid den perceptuella bedömningen. En VAS-skala med definierade ändrar kan också komma att bli aktuell inom det nationella kvalitetsregistret för LKG-patienter dit alla LKG-logopedier på regionsjukhusen ska inrapportera taldata från 2004. Just nu pågår en såväl nationell som internationell diskussion om vilka talvariabler, definitioner samt skalor vi ska använda oss av för att vi ska kunna kommunicera världen över med varandra om vad och hur vi bedömer talavvikelser relaterade till VPI. Först då har vi en chans att kunna uppnå acceptabel enighet d v s inter- och intrabedömarreabilitet.

En person med bristande velofarynxfunktion kan ha flera olika symptom på detta i sitt tal. Den hypernasala klangen är som During konstaterar ett vanligt fenomen i denna grupp och för detta finns en egen diagnoskod i ICD 10. Hypernasal klang är mycket riktigt också en klangavvikelse som uppfattas och bedöms främst på vokalljuden. Vi ser detta som en viktig del i helhetsbedömningen av tal vid VPI.

I dialekter med mer nasal resonans än genomsnittet talar man ju inte heller om att de är hypernasala eller öppet nasala – de uttrycken används om patologiskt tal. Om en dialekt säger man bara att den är nasal. Det är alltså viktigt att inte säga att patienten är nasal när man menar hypernasal.

Hypernasal indikerar just att personen har mer nasalklang i talet än vad som är normalt. I den bedömningen vägs förstas alltid in vilken dialekt patienten talar. En dialekt med visst nasalt inslag skulle kunna bedömas inom den 5-gradiga skalans lägsta område för hypernasalering. Även den som talar en dialekt med mer nasalklang än genomsnittet kan vara hypernasal. Den hypernasala klangen hos en person med VPI är ofta associerad med andra symptom på bristande velofarynxfunktion, t ex trycksvaga konsonanter, velofaryngeala friktionsljud och nasala genomslag.

I nationella LKG-logopedgruppen har vi sedan något år tillbaka börjat använda uttrycket ”tryckreducerad artikulation” för att beskriva att talaren p g a bristande slutning mellan mun- och näshåla inte lyckas bygga upp det intraorala tryck som krävs för de tryckstarka konsonanterna. Detta ersätter alltså termen ”trycksvaga konsonanter”. Orsaken till det är att vi vill att termerna ska vara så korrekta och tydliga som möjligt. Eftersom det finns olika grader av tryckstyrka i konsonanterna i normalt tal kan termen ”trycksvag” missuppfattas.

Vi har också genom studier och erfarenhet lärt oss att det är väldigt svårt att avgöra vad som är velofaryngeala friktionsljud respektive nasala genomslag. Av den anledningen använder vi numera en gemensam term för dessa båda: ”nasalt luftflöde”. Tryckreducerad artikulation och nasalt luftflöde finns idag inte bland de diagnoser vi har att välja på. En del använder då velofarynxinsufficiens som diagnos. Vi ser dock velofarynxinsufficiens som en övergripande term som kan innefatta alla symptom på bristande velofarynxfunktion, d v s hypernasalering, reducerat tryck eller nasalt luftläckage.

Den engelska termen ”nasal emission” används med varierande betydelse i engelskspråkig litteratur men har ofta samma betydelse som vår term ”nasalt luftflöde”.

Om man skiljer på aktiva och passiva talavvikelser till följd av VPI så är de som

diskuterats ovan passiva talavvikelser d v s en direkt följd av att velofarynxfunktionen inte sluter som den bör i produktion av de orala fonemen. Kompensatorisk artikulation beror också på den bristande velofarynxfunktionen men är ett aktivt beteende som används för att kompensera för det som brister, t ex glottal artikulation för klusiler eller nasala frikativor som ersätter de orala frikativorna. Vi ser det som viktigt att skilja på de passiva och aktiva företeelserna. För kompensatorisk artikulation finns också en egen diagnos (R47.8C Kompensatoriskt artikulationssätt).

Att ändra på vilka diagnoser som finns i ICD 10 är ett långsiktigt arbete eftersom revideringar inte görs så ofta. Vi håller med Anders During om att de diagnoser man idag har att välja på inte täcker in de aspekter vi bedömer. Vi tycker däremot att en bedömning av nasalklang är lika viktig som bedömning av övriga passiva tecken på velofarynxinsufficiens och den aktiva kompensatoriska artikulationen.

Däremot är det bra om vi logopedier är överens om vilken terminologi vi använder i våra journaler och i samtal med varandra. Vi kommer att arbeta enligt vad vi beskrivit i artikeln och detta informerar vi om på regionala träffar med LKG-logopedier från länsjukhusen och vi undervisar också enligt detta på utbildningarna. Inom något år kommer SVenskt Artikulations- och NasalitetsTEst, SVANTE att ges ut. I den medföljande manualen kommer beskrivningar av den terminologi vi använder att finnas.

Nationella LKG-logopedgruppen genom
Karin Brunnegård
Norrlandsuniversitetssjukhus
Umeå universitet
Gunilla Henningson
Karolinska institutet
Jill Nyberg
Karolinska sjukhuset
Christina Persson
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Göteborgs universitet

Slutdokument från Arbetsgruppen för tolkning av prioriteringsutredningen i logopediskt perspektiv

Detta dokument utgör slutredovisningen av det arbete som utförts av Arbetsgruppen för tolkning av prioriteringsutredningen i logopediskt perspektiv. Gruppen fick detta uppdrag 1999 och träffades vid flera tillfällen fram till våren 2001, då slutdokumentet var i princip färdigställt. Under arbetets gång inhämtades synpunkter från logopedkåren, bl.a. via upprop i Logopednytt och personliga kontakter. I augusti 2002 hölls en kursdag om prioriteringar i SLOF:s regi, där bland andra riksdagsman Leif Carlson, som suttit med i både Prioriteringsutredningen och Prioriteringsdelegationen, medverkade. Detta kan ses som den avslutande aktiviteten för gruppens arbete. Fakta som framkom under kursdagen har påver-

kat den slutliga utformningen av dokumentet, i första hand vad gäller tolkningen av prioriteringsgrupp II.

Det råder stor aktivitet inom området prioriteringar inom hälso- och sjukvården och under den tid som gått sedan arbetsgruppen avslutade sitt arbete har mycket hänt. Sedan 2001 finns Linköping Prioriteringscentrum. De ska, på uppdrag från Nationella rådet för vårdpolitik, bidra till att öka kunskapsnivån i landet när det gäller prioriteringar. Det pågår också arbete inom olika kunskapscentra och nätverk i prioriteringsfrågor och inom Socialstyrelsen finns sedan årsskiftet 2003 en särskild enhet för medicinska riktlinjer och prioriteringar. Detta har givit nya infallsvinklar och ny kunskap i sättet att se på

prioriteringar; en fortlöpande utveckling som även påverkar de logopediska tolkningarna av prioriteringsbeslutet. Mot bakgrund av detta kan vi konstatera att det dokument som här presenteras bör vidareutvecklas. Att fortlöpande revidera riktlinjerna är nästa steg för prioriteringsarbetet inom SLOF, där detta dokument kan bilda utgångspunkt. Vi bedömer dock att det utgör ett bra redskap för prioriteringar redan nu och vår förhoppning är att det ska bidra till utvecklingen av nationella principer för prioriteringar inom den logopediska vården. Att vi måste fortsätta vårt arbete är helt klart, särskilt med tanke på att den nationella vårdgarantin efter årsskiftet 2003/2004 utvidgas till att även gälla behandling.

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården – allmän översikt

INLEDNING

I denna översikt sammanfattas de principer och tankegångar som genomsyrar det svenska prioriteringsbeslutet och som också varit vägledande för arbetet i SLOF:s prioriteringsgrupp. För var och en som vill förstå varför den logopediska prioriteringsordningen ser ut som den gör, är det viktigt att sätta sig in i denna bakgrundsinformation. Arbetsgruppens förslag är utformat med breda grupper, där utgångspunkten är konsekvenserna för patienten och inte tillståndet/sjukdomen i sig. Det har inte

varit aktuellt att utforma någon detaljerad prioriteringslista, som preciserar ett antal sjukdomstillstånd och rangordnar dem, bland annat eftersom sådana listor lätt blir rigida och inaktuella. Gruppen såg det som en uppgift för logopedverksamheterna runt om i landet att utifrån lokala förutsättningar utforma riktlinjer för den egna tillämpningen av prioriteringsordningen. På senare tid har man bland annat inom många medicinska specialiteter lyft fram tanken på att arbeta utifrån detaljerad poängsättning och rangordningssystem men vid tiden

för gruppens arbete var detta ännu inte aktuellt.

En viktig punkt att nämna är att inledande bedömning och diagnostik utgör det viktigaste underlaget för prioriteringar, men ligger i sig utanför prioriteringsgrupperna (mer om detta nedan under "Lagstiftning").

HISTORIK

Frågan om prioriteringar har stått högt upp på dagordningen för förändringsarbetet inom svensk hälso- och sjukvård under större de-

len av 1990-talet. Den parlamentariskt sammansatta Prioriteringsutredningen påbörjade sitt arbete 1992 och kom 1993 med ett betänkande "Vårdens svåra val" (SOU 1993:93) som gick ut på bred remiss. Utredningens slutbetänkande, med samma titel, kom 1995 (SOU 1995:5) och bildade utgångspunkt för regeringens proposition "Prioriteringar inom hälso- och sjukvården" (1996/97: 60). På denna baserades riksdagens beslut om prioriteringar. För att följa upp riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården tillsattes Prioriteringsdelegationen, som lämnade sitt slutbetänkande "Prioriteringar i vården" (SOU 2001:8) 2001. Socialstyrelsen inledde 1999 ett arbete med att utveckla metoder för tillämpning av beslutet om prioriteringar. Sedan januari 2003 finns en särskild enhet vid Socialstyrelsen för medicinska riktlinjer och prioriteringar.

LAGSTIFTNING

Rent lagstiftningsmässigt består prioriteringsbeslutet i tillägg till två paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Dels är det själva portalparagrafen (2§) "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" som har kompletterats med ytterligare mål, uttryckt på följande sätt: "Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."

Den andra paragrafen som också fått ett tillägg är 2a§, som innehåller ett antal krav på en god vård. Den nya texten är utformad enligt följande: "Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd."

Den medicinska bedömningen är alltså i sig en högt prioriterad åtgärd, som bör ges "snarast", och som är en förutsättning för att man skall kunna tillämpa de etiska principerna vid prioritering av själva vården.

ETISK PLATTFORM

I propositionen beskrivs också vissa nationellt fastlagda allmänna riktlinjer som bör vara vägledande när prioriteringar görs. Dessa skall utgå från en etisk plattform, som består av tre grundläggande principer:

- Människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

- Behovs-solidaritetsprincipen: resurserna bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. Att arbeta på ett kostnadseffektivt sätt är således ett *etiskt* ställningstagande för att vi ska kunna ge vård till så många som möjligt med hänsyn tagen till de två första principerna.

Principerna är rangordnade, så att människovärdesprincipen går före behovs-solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Kostnads-

"Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet."

effektivitetsprincipen är endast tänkt att tillämpas vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom. Här är det viktigt att notera betydelsen av utvärdering och användning av evidensbaserade metoder.

Människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen kommer lagstiftningsmässigt till uttryck i det ovan nämnda tillägget till 2§. Kostnadseffektivitetsprincipen tas upp i HSL:s 28§, som talar om att hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet, men detta avser vårdens verksamhet på ett övergripande plan, inte i det enskilda patientfallet.

RIKTLINJER

Med utgångspunkt från principerna har man lagt fast riktlinjer för prioriteringar,

indelade i fyra prioritetsgrupper efter angelägenhetsgrad. Dessa är:

Prioriteringsgrupp I

Vård av livshotande sjukdomar

Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död

Vård av svåra kroniska sjukdomar

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Vård av människor med nedsatt autonomi

Att livshotande tillstånd bryter all turordning och kräver omedelbart omhändertagande är ju en självklarhet, och det finns förmodligen inte heller tillstånd som obehandlade leder till invaliditet eller för tidig död räknas hit. Vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård samt vård av människor med nedsatt autonomi har utredningen speciellt velat lyfta fram. Som exempel på människor med nedsatt autonomi nämns människor som är medvetlösa, dementa, utvecklingsstörda eller drabbade av talsvårigheter. Även barn kan räknas hit.

Prioriteringsgrupp II

Prevention

Habilitering/rehabilitering

Denna grupp ingår inte som ett steg i någon naturlig prioriteringstrappa, från de allvarigaste tillstånden i grupp I till de mindre allvarliga i grupp III, utan ligger "i en egen fil". Vad gäller habilitering/rehabilitering finns grunden till detta i HSL:s 3b§, som tar upp ett antal verksamheter som huvudmännen skall bedriva, och som därför har ett speciellt uttalat lagstöd. Dessa verksamheter är nog preciserade i propositionstexten.

I fråga om prevention skiljer man i propositionen mellan befolkningsriktad och individriktad prevention. Den **befolkningsinriktade preventionen** avser insatser på övergripande nivå, som t.ex. mödra- och barnhälsovård, vaccinationsprogram och riktade hälsoundersökningar. Det är bara insatser med klart dokumenterade effekter eller där det råder allmän enighet om programmets värde som omfattas. Den **individriktade preventionen** följer som regel prioriteringsgrupperna, eftersom man i vården av en patient inte kan skilja på behandling av själva grundsjukdomen och de preventiva insatserna. Den individriktade preven-

Prioriteringar

tion som avses i prioriteringsgrupp II är hälsoråd som ges till enskilda eller grupper vid kontakter med hälso- och sjukvården och som kan förhindra eller fördröja insjuknande.

Även habilitering/rehabilitering ingår i de flesta medicinska verksamheter och följer prioriteringsgrupperna. Den habilitering/rehabilitering som placerats i grupp II gäller den verksamhet, hjälpmedelsförsörjning och tolktjänst för döva och dövblinda som bedrivs vid landstingens centraler för medicinsk rehabilitering, syncentraler, hörcentraler, samt verksamheten vid kunskapscentra för habilitering/rehabilitering. För kommunernas del gäller ansvaret rehabilitering av äldre.

Merparten av den prevention och habilitering/rehabilitering som bedrivs inom logopedin hör alltså inte hemma här, utan i den prioriteringsgrupp där respektive tillstånd placeras.

Prioriteringsgrupp III

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

Detta är antalsmässigt en stor grupp sjukdomar, där insatserna till stor del handlar om s.k. vardagssjukvård. Det kan gälla åtgärder som bot, symtomlindring, uppskjutet sjukdomsförlopp, förebyggande av komplikationer, hindrande av återinsjuknande

m.m. Hit hör också mindre svåra kroniska sjukdomar.

Prioriteringsgrupp IV

Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

Här har man valt att placera åtgärder som i och för sig kräver hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens, men som avser att tillgodose livskvalitetsrelaterade behov, snarare än hälsorelaterade sådana, hos personer som inte lider av skada eller sjukdom i hälso- och sjukvårdens mening. Exempel på sådana åtgärder är operation av närsynthet, kosmetiska operationer, vaccinationer inför utlandsresor m.m. För logopedins vidkommande kan det t.ex. gälla rent kosmetisk röstbehandling, förändring av dialekt och liknande.

NÅGRA GENERELLA KOMMENTARER

Generellt gäller för prioriteringarna att behovstäckningen skall vara högre i högre prioriteringsgrupper och lägre i lägre prioriteringsgrupper, men det fungerar alltså inte så att alla behov i grupp I måste vara täckta innan man kan ge några åtgärder i grupp II osv.

Diagnostik och bedömning är det viktigaste underlaget för prioritering och har därför lyfts fram särskilt genom det ovan nämnda tillägget till 2a§. Dessa moment omfattas därför inte av prioriterings-

grupperingen. Det prioriteringen avser är alla övriga insatser som kan behövas i vården, dvs. behandling, omvårdnad, habilitering/rehabilitering och prevention. För varje sjukdoms- eller diagnosgrupp gäller i princip att samtliga dessa åtgärder räknas till den aktuella prioriteringsgruppen och bör prioriteras utifrån den.

Eftersom en sjukdoms uttryck och svårighetsgrad kan variera över tid kan dock vården föranledd av en och samma sjukdom under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper.

Prioriteringar inom vården är av flera olika slag och görs på olika nivåer. På den **politiska nivån** är prioriteringsbesluten befolkningsinriktade och avser resursfördelningen mellan olika verksamhetsområden, t.ex. primärvård kontra slutenvård eller njursjukvård kontra ögonsjukvård. Dessa beslut om resursfördelning brukar betecknas som **horisontella**. På den **kliniska nivån** handlar det om att prioritera mellan enskilda patienter och patientgrupper, liksom mellan olika åtgärder i det enskilda fallet. Dessa beslut om resursfördelning brukar betecknas som **vertikala**.

Här är det viktigt att framhålla att logopedin generellt sett på den politiska nivån har hög prioritet. På den kliniska nivån måste dock ändå en intern prioritering göras mellan olika tillstånd inom det logopediska verksamhetsfältet.

Prioriteringsordning för logopedi

GRUPP 1: Dysfagi/ät- och sväljsvårigheter hos barn och vuxna på grund av mun/svalgmotoriska nedsättningar som isolerat eller i kombination med andra funktions-nedsättningar leder till betydande handikapp i den vardagliga livssituationen.

Nedsättning i förmågan att kunna kommunicera via tal hos barn och vuxna som isolerat eller i kombination med andra funktionsnedsättningar leder till betydande handikapp i den vardagliga livssituationen.

Nedsatt språklig förmåga hos barn och vuxna på grund av medfödd eller förvärvad hjärnskada som leder till betydande handikapp i talad och skriven vardaglig kommunikation.

Andra språkstörningar hos barn och vuxna som leder till allvarliga hinder i talad och skriven vardaglig kommunikation.

GRUPP 2: Logopedisk verksamhet inom hjälpmedelsförsörjning och vid särskilda kunskapscentra för habilitering/rehabilitering, enligt hälso- och sjukvårdslagen 3b§.

En mindre del av logopedisk habilitering/rehabilitering hör till denna grupp. Större delen av vår verksamhet hör dock hemma inom övriga prioriteringsgrupper. (Se slutdokumentet sidan 3 - 4)

GRUPP 3: Röst, tal och språkstörningar samt nedsättning av läs- och skrivförmågan som inte leder till allvarliga hinder i den vardagliga livsföringen.

GRUPP 4: Logopediska insatser av andra skäl än sjukdom eller skada.

Kommunicera mera.



Track-IR huvudmus

Något som gör människosläktet unikt är vår förmåga att kommunicera. När vi förstår och blir förstådda så är det i djupaste mening att vara människa.

Insikten är att alla har ett behov av att kommunicera. Därför har vi på Permobil tagit fram ett antal olika kommunikationshjälpmedel.

Det handlar om samtalsdatorer, fjärrkontroller, datortillbehör, fickminnen, programvaror, manöverkontakter och fästanordningar.

Ring 0920-28 12 67 eller besök oss på ID-dagarna i Stockholm 8-10 oktober.

Win King tangentbord

Win Mini tangentbord

Musersättare

Fingermus

Reläbox RB 200

ER-styrd nätlist RB 440

Compact-rolltalk

Alphasmart

Track-IR huvudmus

Dynamo

Octoflex tangentbordsskydd

T-50 IR-sändare

Talk-Out

Soothsayer Ordprediktion

Manöverkontakter



www.permobil.se

Logopederna i Finland

– synen på ökad specialisering

I den sociologiska undersökning om de finska logopedernas jurisdiktion och yrkeskultur som jag utförde våren 2002 (se Logopednytt 6-03) framgick att logopederna i Finland utgör en mycket homogen yrkesgrupp. Här redogör jag för de finska logopedernas syn på den nu aktuella ökade akademiseringen av yrkeskåren.

EN KORT HISTORIK

Utbildningen av människor som arbetar med att avhjälpa olika slag av tal- och röststörningar hos barn och vuxna har ett brokigt förflutet i Finland. Under 1950- och 1960-talen anordnades några korta kurser för utbildning till logoped. Ett krav för att få delta i en sådan kurs var studier vid tal- och röstterapeutiska linjen vid institutionen för fonetik vid Helsingfors universitet men i övrigt var kraven ospecificerade och de som utbildades via kurserna hade mycket varierande bakgrund. Akademisk slutexamen var inte ett krav. (Suomen Puheterapeuttiliiton 10-vuotishistoriikki 1976). År 1971 fastslogs kravet att logoped skulle ha lägre högskoleexamen (så kallad hum.kand.) och för dem som inledde sina studier år 1980 blev högre högskoleexamen, det vill säga avlagd magisterexamen inom utbildningsprogrammet för logopedi, ett grundkrav. Den ökade akademiseringen genom höjningen av utbildningsnivån var en fråga som logopederna under 1970-talet ansåg som synnerligen viktig och att den uppnåddes upplevdes som en stor framgång. Akademisering är en vanlig metod för att förstärka en yrkeskårs professionella status; utbildning och akademisering har setts som traditionella utslutningsstrategier i och med att de bidrar till att en yrkesgrupp får ensamrätt på att utföra de till yrket hörande uppgifterna (Brante 1987). En viss kontroll av logopedyrket från officiella myndigheter hade funnits sedan år 1972 men officiellt blev logopederna i Finland legitimerade först år 1994.

SPECIALISERINGSUTBILDNINGEN

Frågan om en systematisk specialiseringsutbildning för logoped och på vilket sätt

den skall förverkligas har dryftats i ett par decennier. I den senaste planen för specialiseringsutbildningen (Korpjääko-Huuhka 2002) påpekas att den vetenskapliga utvecklingen inom logopedi och dess närområden har framskridit och att logopederna behöver en specialiseringsutbildning som leder till forskarexamen för att kunna möta både yrkesmässiga och vetenskapliga utmaningar. Korpjääko-Huuhka hänvisar till OECD:s rekommendationer om yrkesstandard där det konstateras att fem till sex procent av en yrkeskår skall ha kompetens för vetenskaplig forskning och ägna sig åt det. Nu kommer specialiseringsutbildningen att förverkligas. Den kommer att innebära en ytterligare ökad akademisering eftersom den kommer att leda till licentiatexamen enligt följande modell (Korpjääko-Huuhka 2002, här fritt översatt till svenska):

- 1a. Magisterexamen inom utbildningsprogrammet för logopedi
- 1b. Magisterexamen eller annan avlagd högre högskoleexamen i vilken det ingår eller separat är avlagt fördjupade studier i logopedi eller
- 1c. Licentiat/doktorsexamen i logopedi samt vidare
- 2a. Minst två års arbetserfarenhet som logoped inom det område som man vill specialisera sig på eller
- 2b. Om arbetserfarenhet inom det speciella områden inte finns krävs minst fem års arbetserfarenhet som logoped
3. Möjlighet att arbeta inom det arbetsfält som specialiseringsutbildningen omfattar och att inom det fältet kunna handleda studeranden som genomgår grundutbildning i logopedi
4. Forskningsplan för licentiatavhandling

Av mina enkätfrågor hade fyra anknytning till ökad akademisering det vill säga till specialiseringsutbildningen av logoped. Eftersom en yrkeskår och dess jurisdiktion inte är statisk utan påverkas av förändringar ville jag med frågorna som gällde den planerade specialiseringsutbildningen få svar på om logopederna på individnivå såg en ökad akademisering som viktig och om de eventuellt upplevde att logopedernas yrkesidentitet skulle förändras i och med den.

LOGOPEDERNAS ÅSIKT

Svaren på frågan som gällde intresset för den planerade specialiseringsutbildningen för logoped visade att logopederna var mycket intresserade av specialiseringsutbildningen (tabell 1) och att 36 % har tänkt delta i den. Bara 10 % angav att de inte var intresserade.

TABELL 1

Intresse för specialiseringsutbildning (n=546)

	n	%
Den intresserar mig mycket, jag har tänkt delta i den	196	36
Den intresserar mig men jag har inte möjligheter att delta	296	54
Den intresserar mig inte	54	10

Majoriteten av logopederna det vill säga 78 % trodde att det kommer att grundas tjänster för specialiserade logoped. På frågan om vilka tjänster för specialiserade logoped som skulle kunna finnas eller vad



som skulle kunna ingå i de specialiserade logopedernas yrkesbeskrivning eller arbetsuppgifter svarade ungefär hälften av logopederna. Svaren skiljer sig till formen mycket från varandra, en del ansåg att specialisering behövs på alla områden inom logopedi, andra räknade upp ett antal olika områden. Majoriteten av dem som nämnde förslag på olika specialiseringsområden satte specialisering inom barnneurologi och/eller vuxenneurologi på första plats, andra områden som ofta nämndes var specialisering för behandling av patienter med röstrubbningar, hörselskador, autism och dysfagi. Vidare nämndes specialisering inom alternativa kommunikationsmetoder och datorstödd rehabilitering samt specialiseringsutbildning för handledning och konsultation. Vanliga tjänster som föreslogs var tjänster för ledande logopedier och tjänster vid universitetssjukhusen. Tio logopedier nämnde betydelsen av forskning medan två påpekade att det borde utbildas specialiserade logopedier som arbetar med olika former av behandling och inte enbart med forskning eller undervisning.

En specialiseringsutbildning som innebär ökad akademisering är enligt Abbot (1988) inte alltid nödvändigtvis positiv för en yrkeskår eftersom den kan leda till försvagad jurisdiktion genom att det inom kåren uppstår interna hierarkier och de specialiserade medlemmarna eller grupperna kan ha olika intressen. Med påståendet *jag tror att specialiseringsutbildningen av logopedier kommer att dela in logopederna i två 'klasser' och upplever detta som negativt* ville jag utreda om logopederna upplevde den ökade akademiseringen som positiv för yrkeskåren eller om de trodde att den kunde ha en splittrande effekt. Majoriteten, det vill säga 73% av logopederna ansåg att specialiseringsutbildningen inte innebär någon splittring av yrkeskåren och i svaren på den här frågan framkom inga nämnvärda skillnader mellan de logopedier som hade lägre eller högre högskoleexamen. Att specialiseringsutbildningen skulle kunna innebära en uppdelning av logopederna i två "klasser" och att detta skulle kunna innebära

något negativt ansåg bara 8% av dem som svarade på enkäten; 7% var delvis av samma åsikt och bara 1% var helt av samma åsikt (tabell 2).

TABELL 2

Svar på påståendet *jag tror att specialiseringsutbildningen av logopedier kommer att dela in logopederna i två 'klasser' och upplever detta som negativt* (n=559).

	n	%
Helt av annan åsikt	196	35
Ganska mycket av annan åsikt	210	38
Varken av samma åsikt eller av annan åsikt	109	20
Delvis av samma åsikt	39	7
Helt av samma åsikt	5	1

Flera logopedier hade skrivit kommentarer till hur de ansåg att specialiseringsutbildningen borde förverkligas. Tre ansåg att specialiseringen kunde förverkligas redan under grundutbildningen i stället för på den planerade utbildningen på licentiatnivå. Sju logopedier var emot att specialiseringen skulle ske på licentiatnivå eftersom det skulle innebära att de äldre logopederna med lägre högskoleexamen skulle vara utestängda från möjligheten att delta. En av logopederna formulerade sig ganska emotionellt när det gällde detta:

"De som planerar utbildningen har läst portarna! Med en logopedexamen från år 1981 kan man inte söka till specialiseringsutbildningen och det tycker jag att är FEL: varför kan man inte specialisera sig på det kliniska arbetet i stället för att göra alla till forskare"?

Tolv logopedier påpekade att arbetserfarenheten och inte den akademiska graden borde vara en avgörande faktor när det gäller antagningen till specialiseringsutbildningen. Många logopedier hade mera allmänt kommenterat frågorna som gällde

specialiseringsutbildningen. Den oftast upprepade kommentaren var att specialiseringsutbildningen främjar yrkeskårens utveckling vilket påpekades av nitton personer, här ett exempel:

"Det är möjligt att det kan uppstå en viss splittring. Men man måste ha en möjlighet att utveckla sin skicklighet och få ökad kunskap genom att specialisera sig och också att få en högre lön i och med att man är specialiserad. Yrkeskårens identitet kräver förstärkning; specialiseringsutbildningen bidrar till att höja uppskattningen av yrket både i ens egna och i andras ögon".

Att ökad akademisering och specialisering skulle tas emot enbart positivt av en yrkeskår är inte någon självklarhet (Melosh 1982). Trots att en viss kritik mot den planerade specialiseringsutbildningen framkom i en del av enkätsvaren är det i alla fall uppenbart att logopederna generellt är eniga om att en ökad akademisering är att se som något positivt och om att den inte kommer att innebära någon splittring av yrkeskåren. Resultatet av min undersökning visar att strävan efter ökad akademisering är gemensam för yrkeskåren oberoende av vilken form av examen de har. En bidragande orsak till detta kan eventuellt vara det faktum att tillgången på logopedisk behandling är så mycket mindre än efterfrågan. Någon tävling om tjänster eller patienter förekommer inte så länge bristen på logopedier är lika stor som i dag.

Enligt Abbot (1988) förstärker en hög abstraktionsnivå på den kunskap en yrkeskår har dess ställning gentemot andra yrkeskårer, i synnerhet om den är kopplad till en effektiv behandling. En bidragande orsak till strävan efter ökad akademisering bland logopederna är eventuellt den att logopederna, liksom också andra som arbetar med rehabilitering, är medvetna om att det från olika instanser kommer att framföras allt större krav på att yrkeskåren skall kunna bevisa att rehabiliteringen – när det gäller logopederna alltså den logopediska behandlingen – är till nytta. Att en yrkeskårs behandling är till nytta för ett definierat problem är enligt Abbot (1988) en av grundförutsättningarna för jurisdiktionen. Under det senaste årtiondet har forskningen inom logopedi internationellt allt mera haft som målsättning att vetenskapligt kunna bevisa att de metoder logopederna använder är effektiva.

I *Rehabiliteringsredogörelse 2002* (Social- och hälsovårdsministeriet i Finland 21.3.2002) påpekades att rehabilitering har stor betydelse för samhällsekonomin och att effekterna av välfärdstjänsterna och metoderna bör kartläggas och själva rehabiliteringen effektiviseras. Eftersom yrket logoped är ett välfärdssyrke spelar olika officiella instanser stor roll när det gäller jurisdiktionen och förändringar i lagstiftning kan ha långtgående följder för en yr-

keskår (Abbot 1988). Liksom andra yrkeskårer som har uppkommit i samband med välfärdssamhället kan logopedkårens jurisdiktion i framtiden påverkas av ekonomiska och politiska faktorer. Kommande utbildningsreformer och ny lagstiftning som hänger ihop med Finlands medlemskap i EU ger små antydningar om förändringar. Vilka följder detta kommer att ha på sikt för logopedernas jurisdiktion och yrkesidentitet är svårt att säga. En ökad akademisering innebär i alla fall en förstärkning av den egna kunskapsbasen och bidrar i och med det till att hålla kvar eller förstärka yrkeskårens jurisdiktion (Abbot 1988). En annan faktor som kan påverka logopedernas sätt att se på frågan om specialiseringsutbildningen och en eventuell splittring av yrkeskåren som en följd av den är den allmänt starka sammanhållningen inom kåren och det faktum att det av lektorer och professorer i logopedi inte bara krävs lämpliga akademiska meriter utan också att de är registrerade som legitimerade logopeder. Kontakterna mellan de institutioner där logopederna utbildas vid universiteten i Helsingfors och Uleåborg och logopederna som arbetar på fältet är ganska täta eftersom större delen av de olika praktikperioderna för dem som studerar till att bli logopeder sker på fältet och handleds av logopederna där. Det kanske ger

logopederna en allmän känsla av att yrkeskåren har kontroll över utbildningen. Ytterligare en orsak kan vara den som framkom i den här undersökningen det vill säga att logopederna allmänt sett är mycket nöjda med sin position på arbetsplatsen och med sin arbetsbeskrivning.

Logopedernas specialiseringsutbildning är alltså nu definierad och kommer att inledas år 2004. Det är i alla fall ännu inte säkert att specialiseringsutbildningen blir officiellt registrerad av Rättsskyddscentralen för hälsovården (den instans i Finland som övervakar registrering och legitimering). Lagstiftningen gällande registrering av specialiseringsutbildning berör för närvarande enbart läkare och tandläkare. Förhandlingar om en lagändring som skulle göra det möjligt också för andra yrkeskårer att kunna få sin specialiseringsutbildning registrerad av Rättsskyddscentralen pågår som bäst.

Det är i alla fall uppenbart att en ytterligare ökad akademisering upplevs som något positivt bland majoriteten av logopederna på fältet. På basen av resultaten i den här undersökningen verkar det inte som om det skulle uppstå någon brist på sökanden till specialiseringsutbildningen, snarare tvärtom!

Susanna Simberg
Finland

KALLOR:

Abbot, Andrew 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press, Chicago.

Brante, Thomas 1987. Sociologiska föreställningar om professioner. I *Den sociologiska fantasin – teorier om samhället*: 124-154. Bergrud, Ulla (red.). Rabén och Sjögren, Stockholm.

Korpajaako-Huuhka, Annu 2002. *Filosofian liseniaatin tutkinto puheterapeutin erikoiskoulutuksena*. Helsingin Yliopiston Fonetikan laitoksen monisteita N:o 24. Yliopistopaino, Helsinki.

Melosh, Barbara 1982. *"The Physicians Hand". Work Culture and Conflict in American Nursing*. Temple University Press, Philadelphia.

Rehabiliteringsredogörelse 2002. Social- och hälsovårdsministeriet 21.3.2002. Publikationer 2002:7 <http://www.vn.fi/stm/svenska/eho/publikat/ehoinneha30.htm>

Suomen puheterapeuttiliiton 10-vuotishistoriikki 1976 (Finlands Talterapeutförbunds 10-års historik 1976).

Språkträning – Iréne Johansson

Med *Språkträning* erbjuds olika möjligheter att lära känna den grammatiska grunden för satsbyggnad i svenska språket. De åtta böckerna, omslagen, satsplattan och kort-materialet är lätta att anpassa och finns även med teckenstöd och bliss.

Språkträning passar barn, ungdomar och vuxna med språkstörningar men också barn som lär sig svenska som andra eller tredje språk.

För mer information kontakta gärna AnnaCarin Nilsson tel: 090-171914 eller på e-post: annacarin.nilsson@sit.se



När tålamodsburken rinner över – om att ritprata



När tålamodsburken rinner över är en metodbok som beskriver ett sätt att arbeta med seriesamtal och sociala berättelser. Bl.a. beskrivs hur man kan gå tillväga vid datorprat, vad ett seriesamtal är, hur man kan utforma sociala berättelser och i vilka sammanhang man har nytta av dem. Boken innehåller många exempel på sociala berättelser, dagboksanteckningar samt förslag på tillvägagångssätt.

Best nr 7079 Pris: 220,- exkl. moms (233,- inkl. moms).

För mer information kontakta gärna Gerd Ivarsson tel: 031-739 80 11 eller på e-post: gerd.ivarsson@sit.se

"Och hur står det till i övrigt då...?" ...eller hur man bidrar till en splittrad syn på den sjuka människan

Ur Läkartidningen, Nr 30-31, 2003, Volym 100

En berättigad invändning mot dagens sjukvård är att den både på organisatorisk nivå och på individnivå skapar och upprätthåller en tudelad bild av den människa som söker hjälp. Officiellt anförs "helhetssynen" på patienten som eftersträvs. Men det finns rikligt med motkrafter mot den inriktningen, inte minst i vårt språkbruk avslöjar sig annat än en odelbar syn på den hjälpsökande. Vårt ordval speglar ocensurerat vad sinnet håller före.

Det klassiska framställningssättet att något är "psykiskt" och annat är "fysiskt" är ett betecknande exempel på hur vi särskiljer vad som i andra sammanhang beskrivs som odelbart. Uttrycket "den biten" har blivit vanligare. "Nu har vi klarat av den biten" är ett uttryck man kan höra när en analys är gjord för att förklara en sammansatt och svårtolkad sjukdomsbild. "Det är inget neurologiskt bakom yrseln", sägs ibland – vad menas? Yrsel är varken "neurologisk" eller något annat – yrsel är i första hand en totalupplevelse av rotation, obalans, ostadighet, risk/rädsla att falla mm – något som i sin tur har olika orsaker, men som är en självupplevelse.

DESSA SPRÅKLIGA BEGREPP har ett starkt och omedvetet inflytande på oss, och i det vardagliga medicinska samtalet finns många liknande uttryck och termer som bidrar till splittringen. Vi tar uttrycken för givna. De har odlats genom åren, blivit till jargong och del i ett slags yrkesspråk som bara undantagsvis ifrågasätts. Och det talade ordet styr vårt tänkande och hur vi förhåller oss till patienten.

Den österrikiske författaren Stefan Zweig skrev redan 1930 följande i förtalet till sin bok "Själslig läkekonst": "...På klinikerna, dessa jättevaruhus för mänskligt elände uppdelas sjukdomarna noga, liksom i dylika stora affärshus, på specialavdelningar med egna avdelningschefer, och alldeles på samma sätt uppdelas läkarna, ett slags ändlös rullande rem, som hastigt löper från säng till säng och undersöker de enskilda fallen", alltid blott det sjuka organet, mestadels utan att därvid kasta en blick i den människa ur vilken lidandet växer fram..."

Jag har erfarenhet av undervisning i kommunikation och har hört många samtal mellan studenter/läkare och patienter. Ett vanligt mönster i dessa dialoger är föl-



jande: Efter en stunds samtal och fördjupning kring vad som är patientens symtom/besvär kommer man till en kritisk punkt. Detaljerna i symtomet är utredda. Man har fått svar på frågorna: "Hur länge har du haft..." och "Hur ofta har det kommit på...". Ärtligheten ("Finns det något i släkten...?") är klarlagd och de tidigare sjukdomarna har gått igenom.

Man har då kommit till den punkt då man vill veta något om det som i journaltexten rubriceras som "det sociala". Hittills har samtalet rört sig i den medicinska domänen, men nu sker en perspektivförskjutning och mer personliga uppgifter ska inhämtas.

DENNA KRITISKA PUNKT eller övergång har kallats "spårbyte". Studentens/doktors ton och röstläge ställs då ofta om och får en nyans av försiktighet i ansatsen. En paus, ett varligt skrivande på stolen, ett byte av kroppsställning sker inte sällan och sedan kommer det: "Och hur står det till för övrigt då?". Man tänker sig då att få kännedom om arbete, familj, barn, rök- och alkoholvanor med mera.

Patientens reaktion på den vida och oprecisa frågan brukar vara svår att tolka. De uppgifter som ges i en efterföljande dialog tenderar att bli magra, diffusa, och ett drag av misstänksamhet från patientens sida är inte ovanligt. Vad vill studenten/doktor egentligen veta? Tror vederbö-

rande att det är något "psykiskt"?

Om den grundläggande utgångspunkten är helhet och symtomet/besväret skall ses ur ett odelat perspektiv så är det nödvändigt att ta med "besväret" hela tiden. Är personens besvär ryggont, yrsel, klåda eller trötthet blir huvudfrågan när detaljerna om hur länge, hur ofta, på vilket sätt etc är avklarade: "Vad betyder dessa besvär för dig i ditt övriga liv?"

Symtomet är inte något som lever ett eget liv – det berör vanligen hela det liv som levs. "Hur påverkas ditt liv av dina besvär?" skulle frågan kunna bli.

"Har du barn du måste kunna bära och lyfta upp ibland, och vad betyder detta för ryggen?" (Frågan ger en möjlighet att naturligt få med barnen/familjen i samtalet.)

"Har du ett arbete där yrselbesvär blir särskilt handikappande?" (I bästa fall blir arbetet, eller avsaknad av arbete, beskrivet.)

"Din trötthet, vad hindrar den dig från att göra på din fritid?" (Måhända ges en inblick i olika fritidsaktiviteter.)

MED FRÅGOR SOM RÖR FAMILJ, arbete och fritid, och där symtomet kopplas till dessa verksamheter framträder en fylligare bild av patienten. Ett "spårbyte" utan att symtomet ledsagar övergången gör att uppsplittring hotar.

Symtomet/besväret skall vara en följeslagare som man har med sig i den "rundvandring" man gör bland patientens aktiviteter. Själva huvudinriktningen i samtalet blir från "kroppen" mot "livet" utan att besvaren överges under vägen.

Det behöver då inte bli något onaturligt när familj- eller yrkesvillkoren läggs på bordet. Det uppstår en frihet för studenten/doktor att röra sig mellan symtomdetaljer och ett generellt perspektiv – öppenheten mot något okänt hålls levande och ingen hierarkisk ordning uppmuntras. Så bör det vara särskilt i upptakten av varje nytt patientmöte. Det är då inte viktigare med en aspekt framför en annan och patientcentreringen får den helhetsinriktning som sägs vara sjukvårdens målsättning.

Bengt Mattson
Professor, allmänläkare
Allmänmedicin
Göteborgs universitet

MONSTERSTUDIEN

- vad man gjort och vad man inte får

Sedan mer än ett år har jag hört om ”The Monster Study” via eldsjälens John Albach, som tipsat mig om en bok om det hela av Dr Jerry Halvorsson (”ABANDONED: Now Stutter My Orphan”) från 1999, och sedan jag fick tag på en artikel från The New York Time Magazine, en tidskrift med mycket vederhäftigt rykte, kan det vara dags att presentera en del av kunskapen från, men mer om studien för svensk publik. Vad jag skriver här är en resumé av en artikel med titeln *The Stuttering Doctor’s ’Monster Study’* och *Gretchen Reynolds* har författat den.

Studien var initierad och handledad av ingen mindre än Wendell Johnson, University of Iowa, och han var nog den person som blev mest känd av allmänheten när det gäller stamning och ibland betecknad som ”den som vände en hel kontinent”. Hans student var Mary Tudor, som skrev en Master’s Thesis om studien (vetenskapligt namn Tudor M; An Experimental Study of the Effect of Evaluative Labeling on Speech Fluency, Masters Thesis, Dep. of Speech Pathology, University of Iowa, 1939), och studiens fältfas genomfördes under vintern och våren 1939 på en grupp barnhemsbarn vid Soldiers and Sailors Orphans’ Home, Davenport, Iowa.

Innan jag går in på studiens syfte och design kan det passa med några ord om kunskaper och forskningsläge i USA på trettioalet, med speciellt fokus på Wendell Johnson. Både före och efter Tudors studie engagerade man sig i mycken forskning om stamning för man var verkligen fascinerad av fenomenet i sig själv, om positions-effekter i mening, om förväntan, om betingning och inte minst av att olika individer har sitt eget konsistenta mönster. Under början av trettioalet var det fysiologi som var det förnämsta förklaringsinstrumentet när det gällde stamning och man studerade vad man kunde om signaler från hjärnan, signaler från muskler, alkohols inverkan på stamning etc. För Wendell Johnson såg det annorlunda ut. Han hade själv erfarenhet hur han talade mycket väl tills han var fem eller sex år, då en lärare talade om för hans föräldrar att han började stamma. Gradvis växte en tvångsmässig fixering vid talet fram för honom. För honom var det klart; stamning satt inte i hans

hjärna eller neuromuskulära system, utan i hans inlärda beteende, vad han försökte låta bli att göra. Det var diagnosen som var det ursprungliga problemet och som skapade de kommande problemen. Men att stamning försvann genom om- eller avinläring var inte bevis nog; man behövde helt enkelt ett experiment med komplicerad design (skilda experimentgrupper, kontrollgrupper etc) för att kunna visa att man kan skapa stamning från det normala talet och skapa stammare ur normala barn. Skulle man kunna prata barn in i ett tillstånd där de fick en talstörning, skulle man kunna skapa ”monster”? Och skulle man kunna få ner stamning genom att positivt värdera stammande barns tal?

Mary Tudor gick in i detta problem och från hösten 1938 började hon sina mätningar avseende tal, hänthet (detta med hänthet och stamning kräver nog en egen artikel!) och stamning. Totalt valdes 22 barn ut varav 10 redan stammade. På barnhemmet bodde 600 barn, så antalet var tillräckligt för att man skulle finna en del stammande barn, normalt sett, så att säga.

Grupp IIA var den grupp med sex barn som talade normalt, men där man berättade för dem med en experts hela auktoritet att de visade symtom på att de börjat stamma och att de för allt i världen inte fick göra det mer (detta var i linje med vad man fann hos vanliga familjer ibland). Det var alltså här man försökte skapa det man kallar monster i dagens berättelser om studien. Jerry Halvorsson, han med boken, går t o m så långt att han jämför råden och anvisningarna som barnen fick med en del terapi idag; ”Now they call it therapy!” och läsaren får själv fundera vilka riktningar *det* kan syfta på!

Barnen i experimentgrupp IIA (åldrar 6 – 15) reagerade direkt från början. De tvekade, ville inte tala, någon satte händerna för ögonen hela tiden hon talade, en började direkt med att säga ”a” före orden eftersom hon blev rädd för att inte kunna säga önskade ord annars. Alla barnens skolprestationer sjönk och de blev ovilliga att berätta i klassen, berättade att orden stockade sig i halsen och vågade inte ens prata med sina bästa kompisar om att de stammade. En av dem som nu stämmer Iowa State och dess universitet berättar i hög ålder att hon aldrig kunnat berätta om sin stamning för sin man och att stamningen/experimentet helt förstört hennes liv.

Mary Tudor blev själv mycket rörd och förskräckt över vad man åstadkommit och försökte rätta till det hela. I ett brev till Johnson 1940 skriver hon ”Jag tror att de kommer att återhämta sig, men vi har avgjort gjort ett *klart* intryck på dem”. Kursiveringen är hennes, skriver Gretchen Reynolds.

Men man lyckades faktiskt inte få barnen att stamma någon längre period, även om man lyckades skjuta dem i sank självförtroendemässigt. Enligt Reynolds säger Ambrose och Yairi i en artikel i *American Journal of Speech-Language Pathology*, maj 2002*/ att ”skillnaderna för de flesta inte bara var insignifikanta (avseende också de stammande barn vars problem man försökte lindra med positiva responser och för ett par gick det klart bättre) utan dessutom i fel riktning”.

Man kan alltså inte skapa stammare på detta sätt, men man kan skapa människor som är kommunikativt påverkade i klart negativ riktning. Mary Tudor skriver ”alla

barnen visade yttre beteendemässiga förändringar. De såg ut som stammare (hon avsåg förstås inte utseendet som sådant utan utseendet på deras beteenden), men de talade bra”.

Studien talades det inte mer om och dess resultat visades inte upp. Johnson själv kunde dock i lektioner berätta om att han orsakat att ett barnhemsbarn börjat stamma och att detta därför stödde hans diagnosgenom teori. Hazel Potter, som det gällde i detta fall, bedömdes dock vara icke-stammmande i studien.

Tre av studiens kvarvarande har nu alltså

stämt staten och universitetet på miljontals dollars och en av advokaterna hävdar att ”även om deras tal inte förstördes, så förstördes deras liv”.

Vad som dock är mer upprörande än resultaten egentligen är förstås de etiska värderingar som själva idén, designen och genomförandet speglade. Också oavsett om man egentligen förstörde livet för någon, något domstolen förstås skall utröna, så utsatte man redan svaga för bedömanden och fördömanden som de inte kunde värja sig för. ”Jaaa, så har det väl alltid varit”, säger

man förstås och mycket oetiskt fortsätter nog att ske i namn av behandling och ”vilja väl”. Det är inte bättre, rättvisare eller enligt några konventioner för den saken skull. Men jag undrar om inte det vetenskapliga våldet är det kallaste och uslaste av allt, för där offerar man folk på vetenskapens altare. Vad tycker du?

** Jag har ännu inte läst deras originalartikel, men jag ska!*

Anders Lundberg
Göteborg

Socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvård III

Här följer fortsatt rapportering från Eva Sonered om arbetet med nya riktlinjer för strokesjukvård.

Den 20/8 träffades expertgruppen igen för att diskutera hur arbetet ska läggas upp med disposition av texten m.m. Två representanter från Socialstyrelsens ledningsgrupp för projektet deltog. Pga sjukdom kommer arbetet med texterna att fördelas om i gruppen och nya experter att tillkallas.

Deadline var 30/8 för texterna vilket har inneburit intensivt arbete de senaste

veckorna. Tack till de kollegor som tipsat, kritiserat konstruktivt och givit stöd vad gäller formuleringar!

Nästa steg är att det kunskapsdokument vi nu skrivit ska granskas av en referensgrupp som tillsätts under september. Referensgruppen består av fackliga representanter för expertgruppens yrkesföreträdare samt patient- och anhörigrepresentanter.

10 september ska hälsoekonomer möta ledningsgruppen för att utifrån texten bestämma vilka områden de ska fokusera på.

3 december träffas referensgrupp och expertgrupp första gången och den 14 januari äger det andra referensgruppsmötet rum med vissa personer i expertgruppen.

Vid ett av fikasamtalen den 20/8 framgick det att riktlinjer - 'guidelines' - i andra länder skrivs av professionen själv. I Sverige uppdrar Socialstyrelsen professionen att skriva riktlinjer...

Eva Sonered, logoped
Geriatrisk centrum
Akademiska sjukhuset

DIK-
KONG-
RESS
2003

Är det så smart egentligen?

- Nätverk för chefer?
- Skärpta kriterier för medlemskap?
- Begränsad utbyggnad av medie- och kommunikationsvetenskapliga utbildningar?
- Kontaktnät mellan yrkesverksamma och studenter?
- Mer praktik på utbildningarna?
- Bättre tillvaratagande av aktiva studentmedlemmars engagemang?
- Resursfördelningen mellan delföreningarna, inte bara en fråga om storlek?

Motionerna till DIKs kongress väcker många tankar och funderingar. Vad tycker du? Läs dem och säg din mening på www.dik.se/kongress.

www.dik.se/kongress

Majblommans forskningsanslag

Majblomman ger stöd till samhällsvetenskaplig och medicinsk forskning. Årligen utdelas 1 miljon kronor. Forskningen skall syfta till att förbättra livskvaliteten för barn och ungdom i Sverige genom att förebygga ohälsa eller bota och lindra sjukdom och funktionsstörning. Tvärvetenskaplig forskningsprogram och forskningsprogram under uppbyggnad ges hög prioritet. Vi välkomnar projekt där barn och ungdomar själva kommer till tals och projekt som inriktas på tillämpning av FN:s Konventionen om Barnets rättigheter. Blankett och mer information finns på www.majblomman.se fr.o.m. den 30 september. Ansökan poststämplad senast 2003-12-01.

För ytterligare information:
monica.nellis@majblomman.se
telefon 031-60 68 92



Då det har kommit lite frågor angående pensioner till SLOF publicerar vi här lite information från DIK.

Statlig delpension

Nu får statligt anställda åter möjlighet att gå i delpension. SACO-S har tillsammans med övriga parter enats om att alla statligt anställda som from 1 januari 2003 uppnått 61 års ålder kan ansöka om arbetstidsminskning med en ekonomisk kompensation för lönebortfallet - delpension.

Delpension kan utbetalas längst till månaden före den då arbetstagarren fyller 65 år. Det bör dock observeras att det inte finns någon ovillkorlig rätt till detta. Arbetsgivaren måste medge en minskning av arbetstiden för att delpension skall kunna erhållas.

Men det finns ett mycket positivt uttalande från parterna:

"Parterna rekommenderar arbetsgivaren att i största möjliga utsträckning tillmötesgå arbetstagarens önskemål om arbetstidsminskning för att kunna få delpension".

Ansökan om arbetstidsminskning skall prövas individuellt av arbetsgivaren. Det är inte i överensstämmelse med avtalet att en arbetsgivare på förhand eller generellt hävdar att en begäran om delpension inte kan prövas med hänvisning till brist på pengar. Parternas avsikt är att minskningen i första

hand skall ske genom minskad arbetstid i den egna anställningen. Skulle en arbetsgivare avslå en ansökan om arbetstidsminskning med delpension äger den lokala arbetstagarorganisationen rätt till information och förhandling under ärendets beredning hos myndigheten.

EKONOMIN KLAR

Det nya kollektivavtalet om delpension kommer i sin helhet att finansieras av den egna myndigheten. Pensionspremierna till den avtalsenliga avgiftsbestämda ålderspensionen tas ut genom en kollektiv sparpremie som är lika för alla myndigheter.

Hur många kommer då att utnyttja förmånen? Tittar man på Riksförsäkringsverkets statistik för 1995-99 var det 9 % av de anställda mellan 60-65 år som hade lagstadgad delpension. Om denna nivå ligger

kvar innebär det att det redan finns ett finansiellt utrymme för 2003 för att bevilja delpension i ungefär samma omfattning som enligt det gamla delpensionsystemet. Man räknar med i princip oförändrade kostnader. Det bör dock observeras att förutsättningarna kan variera mellan myndigheterna. Till detta kommer att även medel från den statliga Trygghetsstiftelsen kan användas för finansiering av delpension vilket gör att möjligheterna ökar att erhålla detta.

Det är mycket glädjande att de statligt anställda kan få denna möjlighet till en mjuk och flexibel övergång från arbetslivet till ålderspensionen. Det ger också möjlighet att i högre utsträckning behålla den kompetens som de äldre utgör, även om de inte längre arbetar heltid.

Harry Rågvik

Missgynnans ogifta i det nya kommunala pensionsavtalet?

1997 träffade parterna på den kommunala sektorn ett nytt pensionsavtal, som skulle träda i kraft den 1 januari 1998. Det handlade denna gång inte om att efter justeringar och tillägg fortsätta tillämpningen av ett tidigare avtal utan man gick över från ett bruttopensionssystem till ett nettoberäknat system. Skillnaderna är betydande.

GIFTA-OGIFTA

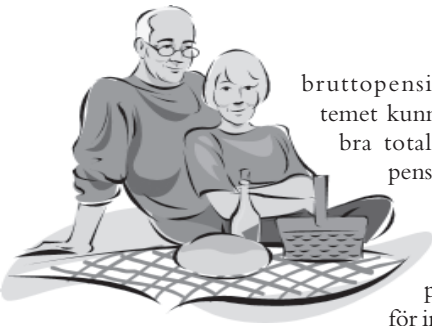
I det tidigare pensionsavtalet (PA-KL) garanterade den kommunala arbetsgivaren en total pensionsnivå *inklusive* allmän pension (folkpension och ATP), framhåller SACOs pensionsexpert Harald Mårtensson.. Den totala pensionsnivån utgjorde ca

73 % av den anställdes pensionsunderlag, som grundas på ett genomsnitt av arbetstagarens löner under de senaste nio åren före ålderspension (65 år). Det allmänna pensionssystemet skilde i folkpensionsdelen på gifta och ogifta, dvs den var högre för ogifta (96% av ett basbelopp) och lägre för

gifta (78,5% av ett basbelopp) Vid 65 års ålder kompengerade kompletteringspensionen från PA-KL de gifta för mellanskillnaden mellan de två beloppen.

INGEN SAMORDNING

- Parternas intentioner var att genom



bruttopensionssystemet kunna ge en bra total ålderspension oavsett om den allmänna pensionen för individen

var bra eller ej, fortsätter Harald Mårtensson. Framför allt var det fördelaktigt för kvinnor som oftare än män hade låg ATP. Och resultatet blev att pensionen i princip blev lika stor för båda kategorierna.

Den 1 januari 1998 infördes således ett nettobaserat pensionssystem. Det innebär att ingen samordning längre föreligger med det allmänna pensionssystemet. Arbetsgivaren har inga andra utfästelser än kompletteringspensionen.

Men bytet av pensionsplan var inte helt okomplicerat. Den pension som tjänats in enligt den tidigare gällande pensionsplanen måste bestämmas. Parterna kom överens

om att fastställa en fiktiv dag, 31 december 1997, som om man uppnådde pensionsåldern vid detta tillfälle, och räkna fram vilken ålderspension man tjänat in. Alla anställda som gick efter den gamla pensionsplanen omfattades

INGEN MISSGYNNAS

– Detta sätt att räkna fram ålderspensionen medför att den som var ogift 31 december 1997 får en lägre kompletteringspension från PA-KL än den som var gift, säger Harald Mårtensson. För de anställda som är något till åren är skillnaden ca 500 kronor per månad. Det valda beräknings sättet kan dock inte anses missgynna någon, i varje fall inte i förhållande till vad man skulle ha fått i ålderspension per 31 december 1997.

Det bör också tilläggas att den framtida lagstadgade pensionens storlek även i fortsättningen påverkas av civilståndet. Det innebär att den ogifte får en högre garanti-pension än den som är gift. Man kan också

hävda att de äldre ”kompenseras” i det allmänna pensionssystemet eftersom de får en större del av den gamla tilläggspensionen.

FÖRHANDLINGAR NÄSTA ÅR

SACO-förbunden har vid flera tillfällen tagit upp frågan med Kommunförbunden och yrkat på att de ogiftas intjänade pension skulle beräknas som om de var gifta den 31 december 1997. Detta har arbetsgivarna definitivt vägrat att gå med på. Kostnaden skulle bli mycket betydande för en sådan förändring.

– Vi har senare yrkat på att samordningen skulle ske först vid 65 års ålder – precis om i det gamla systemet, framhåller Harald Mårtensson. Då kan ingen påstå att det föreligger någon orättvisa. Om inte annat så har man god tid på sig att gifta sig! Jag ser det inte som uteslutet att arbetsgivaren kan gå med på detta. Men det lär inte bli några förhandlingar förrän i början av nästa år.

Harry Rågvik

Frågor och svar om ITPs ålderspension och inkomstbasbeloppet.

Vad är det som har ändrats i ITP-planen när det gäller basbeloppen?

ITP är en tilläggspension som privat anställda tjänstemän får utöver den allmänna pensionen från staten. ITP kompletterar och följer vanligtvis förändringar i den allmänna pensionen.

I maj 2002 träffades ett avtal mellan PTK och Svenskt Näringsliv om, att som huvudregel skulle inkomstbasbeloppet användas för att beräkna ITPs lönegränser. Förändringen trädde i kraft 1 januari 2003 och var en följd av att den allmänna pensionen beräknas på inkomster upp till 7,5 inkomstbasbelopp i stället för som tidigare 7,5 förhöjda prisbasbelopp. Flera pensionsavtal inom andra avtalsområden använde då redan inkomstbasbeloppet för att beräkna lönegränserna.

VAD INNEBÄR FÖRÄNDRINGEN?

Före år 2003 användes prisbasbeloppet respektive det förhöjda prisbasbeloppet för beräkningen av de olika lönegränserna inom ITP. Från och med årsskiftet används istället inkomstbasbeloppet. Detta får till följd att lönegränserna (inkomsttaken) 7,5, 20 och 30 basbelopp hamnar på en högre nivå än de hade gjort om man behållit prisbasbeloppet respektive det förhöjda pris-

basbeloppet som beräkningsgrund för lönegränserna i ITPs ålderspension.

VILKA KONSEKVENSER FÅR FÖRÄNDRINGEN?

Med övergången från att använda lönegränsen 7,5 förhöjda prisbasbelopp till 7,5 inkomstbasbelopp innebär det att ålderspensionen från ITP blir lägre för dem som år 2003 ligger i löneläget mellan 24.200 kronor/månad och cirka 65.000 kronor/månad. De som har inkomster över cirka 65.000 kronor/ månad får en högre pension jämfört med tidigare. För dem som har en månadslön som är lägre än 24.200 kronor i månaden sker ingen förändring.

HUR PÅVERKAS STORLEKEN PÅ ITPS ÅLDERSPENSION?

För att veta hur mycket ITP-pensionen på sikt påverkas måste man göra särskilda beräkningar för olika tjänstemän i olika lönelägen och med olika lång tjänstetid. Till grund för dessa beräkningar ligger antaganden om framtida inflation och framtida löneökningar. Beroende på vilka antaganden man gör får man fram olika uppgifter. Det går inte att göra några generella

beräkningar utan man måste göra en individuell beräkning för varje enskild person för att kunna se effekterna.

De som går i pension i år och nästa år har redan tjänat in en stor del av pensionen och är dessutom garanterade att få ut fribrevsvärdet (ålderspension beräknad på de premier som arbetsgivaren betalat in inklusive årlig uppräknings). Detta innebär att den försäkrade kan få en pension som är högre än vad han eller hon skulle ha fått enligt ITP-planens nya beräkningssätt.

Hur stort fribrevsvärdet är i förhållande till den beräknade pensionen beror bland annat på under hur många år premierna betalats in samt hur löneutvecklingen har varit. Den som har haft en jämn löneutveckling under sitt yrkesliv, och inte haft några reallöneökningar under senare år, har tjänat in en större andel av sin pension när han eller hon närmar sig pensionsåldern och kan därmed ha stor ”nytta” av fribrevsvärdet. Den som å andra sidan gör sen karriär tjänar in en större andel av sin pension under de sista åren, och har därmed inte lika stor ”nytta” av fribrevsvärdet.

Källa: ITP

En angelägen bok – men hur tänkte förlaget?

För tre år sedan kom logopederna Ulla Föhrer och Eva Magnusson med en betydelsefull bok om kompensatoriska hjälpmedel vid dyslexi (1), som skisserade konturerna för vilka faktorer som påverkar utprovning av hjälpmedel för elever med läs- och skrivsvårigheter. Av den framgick det bl a att lärarens egen kunskap om hjälpmedlens användningspotential är helt avgörande; tekniken i sig är rätt steril och bidrar i liten utsträckning till framgång.

Under de tre år som gått har mycket hänt på hjälpmedelsfronten. En rad nya produkter har antrarat marknaden, fler lärare har satt sig in i frågorna och allt fler forskningssinriktade studier har kommit. Detta är ett ytterst angeläget område. Trots specialundervisning kommer elever med läs- och skrivsvårigheter sällan ifatt sina normalpresterande kamrater (2) – glappet till dem fortsätter däremot inte att öka. För dessa elever är tillgången till hjälpmedel ofta avgörande för studieframgång och, i förlängningen, full delaktighet i samhället.

AMBITIÖST UPPLÄGG OCH DJUPA KUNSKAPER

I sin nya bok, *Läsa och skriva fast man inte kan*, går Föhrer och Magnusson vidare med ett ambitiöst upplägg. Ett omfattande avsnitt om den forskning som finns kring kompensatoriska hjälpmedel dominerar boken. Resumén ger en nyanserad bild av hjälpmedelsanvändning, där både för- och nackdelar beskrivs. Detta kapitel fyller också en mer praktisk funktion. I en tid när skolor knappt har budget till blyertspennor och hjälpmedelscentraler vanligtvis vägrar bestå dyslexihjälpmedel, kan det i diskussioner med dem som håller i plånboken vara en fördel att kunna hänvisa till forskningsbelagda vinster med hjälpmedelsanvändning. Boken bjuder också på såväl beskrivningar av hjälpmedel, som tips och råd kring användning och fallbeskrivningar. Varje avsnitt avslutas med en kort sammanfattning.

Boken tar upp många intressanta aspekter på hjälpmedelsanvändning vid läs- och skrivsvårigheter och ställer frågor som lockar till läsning. Vad sägs t ex om följande?

- Är det fusk att använda hjälpmedel vid prov?
- Blir man bättre på att läsa och stava om man använder taligenkänning?
- Vem kommer att ha läsproblem i framtiden?

Att hjälpmedel inte ersätter träning utan snarare *möjliggör* träning framgår tydligt:

”En framkomlig väg för elever med läs- och skrivsvårigheter är att låta dem använda den moderna teknologin för att få tillgång till det skrivna språket. I den redovisade forskningen om läs-, skriv- och studiehjälpmedel finns belägg både för kompensatoriska och pedagogiska effekter.” (s 172)

Författarnas egna djupa kunskaper om språk märks tydligt, t ex i beskrivningen av varför talsyntesstöd inte alltid är lösningen för elever som läser dåligt. Det är kunskaper som dessa som behövs för att utprovningar av hjälpmedel verkligen ska ske individuellt och falla väl ut.

Merparten av de kontrollerade studier författarna funnit kommer från utlandet, särskilt Storbritannien och USA, och detta poängterar bokens författare noga. Att generalisera forskningsfynd till andra länder är knepigt, eftersom kulturella skillnader, olika socioekonomiska strukturer etc alltid spelar in. Därför är jag tveksam till om t ex resultat från en kanadensisk studie om könsskillnader i datorhantering kan beskrivas som allmängiltiga. Författarna hävdar det inte explicit, men kommenterar det å andra sidan inte alls. Som läsare hade jag uppskattat en fundering kring detta.

EN SKÄRMDUMP KAN GÖRA UNDER

Datorprogram *läser* man sällan om, aha-upplevelsen får man genom att se dem i funktion – det ligger i mediets natur. Därför undrar jag hur utgivande förlag, Studentlitteratur, tänkt när planerna för utgivandet av Föhrers och Magnussons bok lades upp.

En läsare som är insatt i hjälpmedelsområdet och känner till ordprediktionsprogram, taligenkänningssystem och skannerpennor behöver inga ordrika förklaringar av hur dessa verktyg principiellt fungerar. Den som saknar bakgrundkunskap, är inte alltid behjälpt av utförliga förklaringar – många gånger kan en enkel skärmdump göra under för att förklara saker inom detta fält, där många känner sig trevande. I denna faktpäckade bok lyser dock illustrationer och tabeller helt med sin frånvaro. Varför? Är det tryckkostnadsskal som ligger bakom den underliga policyn? Tyvärr uppväger inte ett stort teckensnitt i luftig layout avsaknaden av bilder. Studentlitteratur – vakna upp! En bok om kompenserande hjälpmedel ska självfallet föregå



med gott exempel. Denna produktion, om någon, borde ha levererats även i digital form. ”Hur ska jag som mycket intresserad dyslektiker kunna ta till mig allt det du läser i böcker om hjälpmedel?”, sa en man ur publiken till mig i våras efter en föreläsning jag höll och satte därmed fingret på en mycket öm punkt. Att boken innehåller några felaktiga referenser och en hel del förargliga korrekturfel måste också lastas förlaget.

VISS UPSTRAMNING EN FÖRDEL

En viss uppstramning av innehållet hade varit till fördel för boken, som nu känns en smula spretig. Den hade vunnit på att ännu större fokus hade lagts på de forskningsbaserade fynden, att beskrivningar av hur program fungerar hade reducerats och i stället kompletterats med några förtydligande illustrationer (se ovan). Avsnittet med skildringen från studiebesök i England under researchfasen tycker jag platsat bättre som tidskriftsartikel. Rent textmässigt hade boken kunnat skäras ner med kanske en fjärdedel. Less is more. Delar av det som t ex sägs i avsnittet ”Beskrivning av kompenserande hjälpmedel” återkommer på ett lite omotiverat sätt i kapitlet med råd och stöd.

Boken innehåller också några onödiga sakfel, som drar ner helhetsintrycket. ”Det röda strecket” i Word markerar t ex inte alls felstavade ord. Det markerar ord som *inte finns* i programmets ordlista, vilket är något helt annat: även fullt korrekta ord som

saknas i ordlistan kan därmed få ett rött streck (ett exempel är ordet "dyslexihjälpmedel" i denna recension!). I klassrumsmiljön är detta en av de viktigaste sakerna att förklara för elever med läs- och skrivsvårigheter, som ofta har dåligt språkligt självförtroende och duckar för Words röda streck.

INTRESSEVÄCKANDE RESONEMANG

Bokens stora behållning är de intresseväckande och kloka resonemangen som förs kring arbetssätt, lärarnas kompetens och studieteknik. Som läsare får man stor lust att leta rätt på de källor som citeras för att få veta ännu mer. Författarna visar att frågan om hjälpmedel vid läs- och skrivsvår-

righeter inte alls bara handlar om svenskämnet och rättstavning utan om hela skol-situationen. För att vi ska komma framåt, krävs nu ett övergripande synsätt där man lyfter upp *lärandet* - och därmed lärarna - till samma nivå som tekniken i sig när det handlar om hjälpmedel. Det är på tiden.

Bodil Andersson
Leg logoped
Lund

"Läsa och skriva fast man inte kan"
Ulla Föhrer & Eva Magnusson
Studentlitteratur 2003
ISBN 91-44-04206-X
Recension: Bodil Andersson, leg logoped

1. Föhrer U & Magnusson E (2000). *Kompensatoriskt stöd vid studier för personer med betydande läs- och skrivsvårigheter*. Hjälpmedelsinstitutet och FMLS.

2. Torgesen J (2002). *Setting new goals for intervention with older children: Lessons from research*. Föreläsning vid Den tredje nordiska kongressen i dyslexipedagogik, Stockholm.

Studentuellt

Under galgen

SÅ HAR MAN kommit dithän att man haft sitt sista "sommarlov" under utbildningen. En första sommar då man har fått pröva vingarna som vikarierande logoped under handledning. Valde att söka mig till en allmänlogopedisk mottagning. Dels för att få hålla flera diagnoser och problemställningar "vid liv", dels för att jag personligen ännu inte kunnat bestämma mig för vid vilket skär på logopedins ömsom glittrande ömsom stormande hav jag först vill stranda. Eller gå på grund vid.

FÖR ATT FÖRSÖKA sig på att vara allmänlogoped känns stundtals som en parodi på logopedens signum: att kunna väldigt litet om väldigt mycket. "Jaha" sade en vän till mig, när jag försökte ge ord åt mina upplevelser, "du menar att såna som du kan och vet en hel del om det mesta men att det alltid finns någon som kan och vet mycket bättre?" - Ja ungefär så menar jag, pep jag fram, och tänkte på forskollärare och lärare, läkare och BVC-sköterskor, talpedagoger och specialpedagoger. "Låter som en skola i ödmjukhet!" sade min vän och skrattade. Inte utan viss belåtenhet.

HAN ÄR SJÄLV EXPERT på fastighetstaxering. Och han tycker det känns bra. Och jag tycker det låter fint. Och alla tycks ha respekt för experterna. Men tycker vi om dem? Litar vi på dem? Är det en expert vi

vill hålla i handen när marken gungar under våra fötter? För det gör den för en hel del av de människor jag möter denna sommar. Även för mig.

JAG TRODDE ALDRIG att "De tre svåra orden" skulle vara så svåra att säga. Jag syftar på de tre svåra orden "Jag", "vet" och "inte". Anders Lundberg, legendarisk stammingslogoped här i Göteborg, nämner dem i sin bok. Den som inte läst boken, men sett filmen "En fisk som heter Wanda", kanske förstår vad jag menar. John Cleese befinner sig plötsligt hängande upp och ner från ett fönster. Hans rival, den försmäddade och svartsjuka älskaren, håller honom i ett stadigt grepp om anklarna. Men bara på nåder. Villkoret för att rivalen inte ska släppa taget är att Cleese ber om ursäkt. Det handlar alltså även här om tre små ord: "I", "am" och "sorry". Trots det prekära läget är dessa tre små ord så svåra att säga, t.o.m. under galgen. Skulle man rent utav kunna tala om en blockering, en mental sådan?

JAG HAR DOCK HAFT TUREN att vara på en klinik där man vågar säga dem. Att mina handledare vågat har bidragit till att jag vågat. En annan sak som bidragit är att det finns en möjlig fortsättning på de svåra orden. Anders Lundbergs variant börjar, så smått, flyta ganska bra vid det här laget: "Jag vet inte men jag ska försöka ta reda

på så mycket det går om det tills vi ses nästa gång".

MENTYVÄRR blir det inte alltid någon "nästa gång". Till exempel inte för Herman, som länge sett fram emot sin pension, och nu får en *mycket* noggrant ställd afasidiagnos av mig, men ingen rehabilitering. Tyvärr griper stressen, sparkraven och effektivitetshetsen omkring sig med sina klor, även på en tills nyligen orörd holme i den förr (?) så skyddade logopediska skärgården.

OM JAG INTE VORE en av dem som lättast faller för denna stress, om jag inte vore en av dem som lättast låter sig fångas i dessa klor, skulle jag breda ut armarna som en präst och mumla något i stil med "Låt oss värna om rätten att vara lite långsammare och försiktigare rätten att inte bara räknas för hur *många* människor vi behandlat utan också för vad vi, med andras hjälp, kunnat göra för dem åtminstone medan vi fortfarande är studenter".

OCH DÄRMED lägger den opraktiske och överambitiöse vikarierande logopeden (eller var det studentprästen?) ner pennan och kurar skymning.

För SLOG, i all personlighet och i egen sak. Punkt.

Per-Anders Bringfelt
Göteborg

Intyg om dyslexi – vad gäller egentligen?

Om dyslexiintyg i allmänhet och om Högskoleverkets lista över intygsskrivare i synnerhet

Rätten att diagnostisera dyslexi är inte fastslagen i svensk författning. Det finns inte heller någon grupp som genom sin profession anses behörig. Detta hänger delvis samman med att det förekommer lite olika sätt att definiera dyslexi. Eftersom många människor frågar om intyg – inte minst föräldrar till barn med läs- och skrivproblem – kan det vara på plats att reda ut begreppen. Här görs det särskilt med tanke på den lista över intygsskrivare, som Högskoleverket låtit ta fram för sina behov.

Dyslexi, som det vanligen definieras¹, går oftast inte att kategoriskt avgränsa (som något man har eller inte har). I ett klassrum existerar ingen knivskarp gräns mellan dyslexi och ”normalt”. Tidigare utgick man vid diagnosättning ofta från en skiljelinje baserad definition, vilket innebär att ”läsförmågan” ställdes i relation till ”övriga förmågor” och därmed blev diagnosen begävningsrelaterad. Idag anses detta synsätt föråldrat², eftersom dyslexi förekommer på alla begävningsnivåer. Dessutom är naturligtvis ”läsförmåga” ett oerhört grovt mått. En persons läsförmåga består av många olika delkomponenter och en term som ”läsförståelse” är i själva verket en beteckning för resultatet av många underliggande och relaterade förmågor, t ex koncentrationsförmåga, avkodnings-hastighet och ordförråd.

När det gäller bedömning av läsproblem i vid bemärkelse är det viktigt att komma ihåg att man kan ha svårt att läsa av många orsaker, allt ifrån för lite träning eller utbildning till andraspråkproblem eller biologiskt betingade svårigheter. Det betyder att även personer som har svårt att läsa, men inte har dyslexi, kan vara

funktionshindrade och ha ett handikapp. Även de bör få adekvat stöd och hjälp. Utformningen av stödinsatserna kommer att variera kraftigt, beroende på läshandikappets natur. En grundlig utredning bör vara basen för åtgärdsförslag. Många gånger är teamutredningar en bra lösning, särskilt vid komplicerade fall.

SIJKVÅRD, SKOLA, ARBETSLIV

I Sverige är Socialstyrelsen tillsynsman inom hälso- och sjukvårdssektorn. Socialstyrelsen framhåller³ att diagnos inte får vara avgörande för om insatser ges eller inte. Den som har funktionshinder och därmed behov av insatser, skall erbjudas det han/hon har behov av – habilitering, rehabilitering, hjälpmedel eller tolk – i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. I sitt svar på ett brev från Uppsala universitet år 2002 om dyslexidiagnostik, uttrycker Socialstyrelsen att ”Den instans som behöver en diagnos...bör se till att diagnosen ställs av en person som har särskild kompetens inom området”.

Skollagen säger att ”elever i behov av särskilt stöd” ska få hjälp (4 kap.§1), utan att nämna något om diagnoser. I grundskolförordningen står också att det är rektors ansvar att se till att ett åtgärdsprogram utarbetas om en elev behöver särskilda stödåtgärder (5 kap.§1). Skolan måste självklart hjälpa alla elever som har svårt att läsa och skriva, oavsett orsak, men behöver basera sina insatser på en kartläggning av svårigheternas karaktär. Däremot ska inga dyslexiintyg krävas.

I arbetslivet är det i allmänhet arbetsgivaren som tar huvudansvaret om en anställd pga läs- och skrivsvårigheter behöver få en arbetsplatsanpassning. Här brukar

utredningar krävas, men det är en adekvat beskrivning av arbetshandikapp som är det centrala, inte diagnosen.

HÖGSKOLEVERKETS LISTA

Högskoleverket ger möjlighet för sökande med dyslexi att genomföra högskoleprovet med 50% längre tid. För detta krävs uppvisande av ett intyg från en person, som finns med på Högskoleverkets speciella lista över utredare. Kring denna lista har en del missförstånd uppstått och andra instanser refererar till listan i sammanhang som inte avsetts. Vi vill här förklara vad som föranlett Högskoleverkets lista.

1. Högskoleverkets intygsskrivare har som enda uppgift att avgöra vilka personer med lässvårigheter som bör få utföra högskoleprovet med förlängd tid. Den utredning som utförs i samband med intyget fokuserar helt och hållet på förmågan att göra högskoleprovet. Intyget är giltigt i fem år. Utredningen är inte en fullständig dyslexiutredning – exempelvis ingår ingen prövning av stavningsförmåga. Intygen från Högskoleverkets intygsgivare är inte avsedda att användas i andra sammanhang, t ex vid begäran om studiehjälpmedel eller liknande.
2. Listan är inte en officiell förteckning över alla som kan utreda läs- och skrivproblem. Det finns många erkänt kunniga personer, som valt att inte stå med. Skälet kan t ex vara arbetsbelastning (om man inte har tid att testa, vill man inte stå på listan). Det är mycket olyckligt om intyg från sådana personer inte godkänns i andra sammanhang än kring högskoleprovet, bara för att testarna inte finns på Högskoleverkets lista.

¹ Internationella dyslexiföreningen (IDA) enades i nov 2002 tillsammans med National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) om följande definition: Dyslexia is a specific learning disability that is neurological in origin. It is characterized by difficulties with accurate and / or fluent word recognition and by poor spelling and decoding abilities. These difficulties typically result from a deficit in the phonological component of language that is often unexpected in relation to other cognitive abilities and the provision of effective classroom instruction. Secondary consequences may include problems in reading comprehension and reduced reading experience that can impede growth of the vocabulary and background knowledge. (www.interdys.org)

² Se t ex en utförlig artikel med kritik mot skiljelinjebaserade definitioner på amerikanska utbildningsdepartementets sajt: www.ed.gov/inits/commissionsboards/whspecialeducation/reports/two.html

³ Telefonkontakt med tjänsteman på Socialstyrelsen 6 aug 2002, återgiven i ”Framtidens läromedel”, framtagen av FMLS och Hjälpmedelsinstitutet (2002), ISBN 91-88337-73-1.

Högskoleverket har en referensgrupp, utsedd av Svenska Dyslexistiftelsen, som hjälper till att granska ansökningar från personer som vill stå med på listan. Referensgruppen består idag av Bodil Andersson, leg logoped, Christer Jacobson, leg psykolog/fil dr, Birgitta Johnsen, leg logoped, Gunilla Löfgren Nisser, leg logoped/speciallärare, Åke Olofsson, professor i specialpedagogik, Stefan Samuelsson, professor i specialpedagogik, samt Ulrika Wolff, specialpedagog/doktorand i pedagogik.

Efter ett gemensamt möte på Högskoleverket 20 maj i år (där också Ingvar Lundberg, professor i psykologi, medverkade) fattades vissa principiella beslut, t ex att behörighet ges till individer, ej till team eller arbetsplatser, liksom att genomgången speciell kurs inte kan ge automatiskt rätt att skriva intyg för Högskoleprovet.

Kriterierna för att bli godkänd intygsskrivare på Högskoleverkets lista är följande:

1. Sökanden ska ha relevant akademisk grundutbildning (kan t ex vara pedagog, logoped, psykolog eller läkare).
2. Kortfattat CV och två aktuella utredningar på personer som är minst 14 år gamla ska bifogas. Utredningarna ska innefatta alla punkter på Högskoleverkets intygsmall och personerna ska vara helt anonymiserade, bortsett från kön och födelseår.
3. För att bli behörig, skall intygsskrivaren visa prov på förmåga att tolka och relatera delresultat till varandra. Att enbart redovisa testresultat är inte tillräckligt.

Mer information om högskoleprovet för dyslektiker finns på Högskoleverkets hemsida: <http://www.studera.nu/hogskoleprovet/>

Bodil Andersson

Leg logoped
Lund

Christer Jacobson

Leg psykolog
Fil dr
Växjö

Birgitta Johnsen

Leg logoped
Verksamhetschef
Gävle

Gunilla Nisser Löfgren

Leg logoped
Speciallärare
Stockholm

Åke Olofsson

Professor
Stavanger

Stefan Samuelsson

Professor
Stavanger och Linköping

Ulrika Wolff

Specialpedagog
Doktorand
Göteborg

KURSKALENDARIUM

- DARTs kursutbud november – december 2003:

4 & 5 november

– Symbol för Windows

7 november

– Clicker workshop

12 & 13 november

– Hur får man bildkommunikation att fungera i verkligheten?

Teori och workshop

18 & 19 november

– Flexiboard

21 november & 9 december

– Lexia

27 november

– Tecken som alternativ och kompletterande kommunikation

5 december

– Att göra dina hemsidor tillgängliga för funktionshindrade

För ytterligare information och anmälan kontakta DART

Kruthusgatan 17 • 411 04 Göteborg • Tel: 031 – 739 80 80 • Fax: 031 – 739 80 90

E-post: dart.su@vgregion.se • Hemsida: www.dart-gbg.org

- **Temadagar om Karlstadmodellen** med Iréne Johansson, Stockholm den **22-23 oktober**. För mer info: Anita Lindqvist Svenska Downföreningen, tel: +46-(0)704 200 136

- **Utredning av sväljningssvårigheter - fokus på barn, 6 november 2003**. Mun-H-Center Ågrenska, Göteborg. Anmälan till Pia Dornérus, tel: 031-7509200. Mer info på www.mun-h-center.se

ANSLAGSTAVLAN

Språktest

Vet du var jag kan inhämta samlad information om språktest? Finns det? Annars vore en professionell katalogisering med kommentar önskvärd. Ser fram emot feed-back!

Elisabet Mohammar

Leg logoped
ÖNH-LogopedCenter Lidingö
rok@algonet.se

STORT TEMANUMMER!

9 december är det dags för ett nytt temanummer: **LÖN!**

Är logopederna underbetalda? Är du nöjd med din lön? Eller missnöjd? Har du gjort något för att få upp din lön? Skriv om löneförmåner eller reda pengar! Skriv en artikel, ett kåseri, en presentation eller vad som helst på temat: **LÖN!**

Maila ditt bidrag till dina redaktörer, logopednytt@dik.se, senast 13 november!

Camilla & Elvira
redaktörer

Sök stipendium för att förkovra dig

Gäller alla som arbetar med cancerpatienter

För sista ansökningsdagar **1 mars, 1 maj och 1 oktober**
kan bl a följande aktiviteter gälla:

- studiebesök
- utbildningsdagar
- kurser (ej poängkurser)
- utomeuropeiska kongresser med cancersamband

För stipendier som går att söka **när som helst under året** gäller följande aktiviteter:

- nordiska och europeiska kongresser
med cancersamband

- hospitering på palliativ enhet

Följande kurser:

- Patientkommunikation för
cancerbehandlande läkare
- Lindring bortom boten
- Att möta döden

Besked om stipendier lämnas 6 veckor efter att
ansökan inkommit till Cancerfonden.

Mer info om Cancerfondens stipendier och aktuella
blanketter finns på vår hemsida www.cancerfonden.se
under rubriken "Forskare och vårdpersonal".

Det går även bra att ringa 08-677 10 00.



Cancerfonden

Annonsstopp för
Logopednytt nr 8-03
är den 17 oktober!

Kallelse till extra årsmöte för PLOG

med anledning av stadgeändringar.

Tid: 12 november 2003, kl. 18.00.

Plats: Åsö logopedgrupp
Åsögatan 148
Stockholm
Portkod 1063

Välkomna!

Lediga platser

Det föds barn i Jönköping!

Två av våra logopeders ska vara barnlediga och därför
behöver vi vikarier till Logopedmottagningen i Jönköping,
Länssjukhuset Ryhov. Vikariatet varar till och med
2004-12-31.

Logopedverksamheten befinner sig i ett skede där vi
försöker förbättra de logopediska insatserna och finna nya
lösningar.

Verksamheten präglas av ett öppet arbetsklimat och stora
möjligheter att själv utforma tjänstgöringen.

Din kompetens

Du ska vara leg logoped. Vi söker dig som i det vardagliga
patientarbetet även vill ta initiativ till förändringar och som
är intresserad av att tillsammans med oss övriga 13
logopeders och två sekreterare utveckla logopediska
instrument och metoder.

Frågor och ansökan

Upplysningar lämnas av cheflogoped Birgitta Henning, tel
036-32 17 39. Facklig företrädare är Ann Falck, tel 036-32
17 36.

Skicka din ansökan till Ref nr J110/03, Länssjukhuset Ryhov
F6, 551 85 Jönköping senast 14 oktober, 2003.

Läs mer på www.ltjkpg.se/jobb





Södertälje Sjukhus

Barnmedicinska enheten

LOGOPED

Heltidstjänst. Tillträde snarast.

Tjänsten innebär nära samarbete med barnhälsovården och inkluderar deltagande i fortbildnings- samt utvecklingsarbete.

Du blir anställd på Barnmedicinska enheten som tillhör Södertälje sjukhus och kommer att ha ett nära samarbete med barnmottagnings barnläkare som också tjänstgör som konsulter på alla BVC-mottagningar i Södertälje, Nykvarn och Salems kommun.

Kvalifikationer: Du som söker skall vara legitimerad logoped gärna med erfarenhet av arbete med målgruppen. Du får gärna ha erfarenhet inom barnlogopedi. Erfarenhet av utbildning inom barnlogopedi är meriterande. Stor vikt läggs vid personlig lämplighet.

Uppllysningar lämnas av:

Verksamhetschef Elisabeth Aldea tfn 08-550 252 65,
elisabeth.aldea@sts.sll.se
Logoped Susanna Gran tfn 08-550 252 82,
susanna.gran@sts.sll.se

Facklig kontaktperson:

Logoped Susanna Gran tfn 08-550 252 82

Lön enligt personlig överenskommelse med verksamhetschefen.

Välkommen med Din ansökan märkt med refnr:

STS 81/2003 **senast den 14 oktober 2003** till:

Barnmedicinska enheten
att; Päivi Määttä
Södertälje sjukhus
152 86 SÖDERTÄLJE

www.sll.se/sts



Logoped

Habiliteringscentrum i Jönköpings län, Barn- och ungdomshabiliteringen i Värnamo och Eksjö

Barn- och ungdomshabiliteringen är en samlad resurs för barn och ungdomar med funktionshinder i form av rörelsehinder och/eller utvecklingsstörning. I Barnhabiliteringen ingår också ett länsteam för autism.

Vi erbjuder

- Ett öppet och tillåtande klimat och möjligheter att själv utforma tjänstgöringen.
- Stöd av erfarna kollegor och regelbundna yrkesträffar.
- Goda fortbildnings- och utbildningsmöjligheter.
- Arbete i välfungerande tvärvetenskapliga team.
- Möjligheter till friskvård på betald arbetstid.

Din kompetens

Du ska vara leg logoped och inneha B-körkort. Stor vikt läggs vid personlig lämplighet och samarbetsförmåga.

Frågor och ansökan

Uppllysningar om tjänsterna lämnas av logoped Åsa Hultegård, tel 0381-373 34, enhetschef Yvonne Nilsson, tel 0370-69 79 19, enhetschef Pia Lindell, tel 0381-373 24 samt logoped Johanna Levin (facklig företrädare), tel 036-32 43 11.

Välkommen med din ansökan till Ref nr J112/03, Länssjukhuset Ryhov F6, 551 85 Jönköping senast den 14 oktober.

Läs mer på www.ltkpgg.se/jobb



KAROLINSKA INSTITUTET

Språk- och talutredningar vid demenssjukdomar/ D, 5 poäng, vt 2004

Kursens syfte och innehåll: Kliniska utredningar av demenssjukdomar ligger till grund för omhändertagande och behandling vid demens. Språk- och talutredningar efterfrågas allt mer i dessa sammanhang och ställer krav på ny kunskap. Kursen syftar till att öka förutsättningarna för, och utveckla förmågan att genomföra språk- och talutredningar av individer med demenssjukdomar.

Kurstid: vecka 11 och 12 2004.

Kontaktperson: Ing-Mari Tallberg, Inst för klinisk vetenskap, tel: 08-58587426, fax: 08-58581505
e-post: ing-mari.tallberg@klinvet.ki.se

Sista anmälningsdag: 15 oktober 2003.

Var god se Logopednytt's hemsida: www.slof.org eller KI:s hemsida: www.ki.se, utbildning, fristående kurser, logopedi.

KAROLINSKA INSTITUTET

Logopedi och specialpedagogik, 5 poäng, vt 2004

Kursens syfte och innehåll: Kursen syftar till att ge breda och fördjupade kunskaper i området skolbarn och språkstörning, hur språkstörningen inverkar på lärande processer. Kursen syftar också till att fördjupa kompetensen att utföra språkliga utredningar och bedömningar som skall ligga till grund för åtgärdsprogram i skolan.

Kurstid: vecka 12, vecka 14 samt två uppföljningsdagar VT-04.

Kontaktperson: Leg logoped Ylva Segnestam, Specialpedagogiska institutet, Resurscenter Tal och Språk, Sigtuna, tel: 08-5928125, fax: 08-59258197
e-post: ylva.segnestam@sit.se

Sista anmälningsdag: 15 oktober 2003.

Var god se Logopednytt's hemsida: www.slog.org eller KI:s hemsida: www.ki.se, utbildning, fristående kurser i logopedi. Kursen blev inställd HT-03 men ges VT-04 under förutsättning att medel beviljas.

Inloggning för medlemswebben:**Användarnamn:** Ditt medlemsnr (se adresetiketten)**Lösenord:** Ditt födelsedatum (ååååmmdd)

Njut av ännu en logopedhistoria...

I mitten av 70-talet, med två terminer kvar av utbildningen, hade jag mitt första sommarvikariat vid Kristianstads lasarett. Det gick bra, även om Göingedialekten hos äldre patienter kunde vara lite svår att hantera ibland. Centralblocket var alldeles nytt, och jag skulle gå över dit från logopedmottagningen för att göra en afasibedömning av en patient med stroke. När jag kom dit visade det sig att två arbetsterapeuter ville auskultera, vilket var smickrande men också lite nervöst, mina första auskultanter någonsin. Jag förberedde mig genom att gå igenom testet, ett ursprungligen amerikanskt test som inte var så avancerat. Detta test skulle inledas med lite allmänt småprat för att känna patienten på pulsen, om han eller hon kunde delta i samtal, uppvisade problem med språkförståelsen, fabulerade etc.

Nåväl, patienten anlände i rullstol; en 45-årig man med en tryckmätare stickande upp ur huvudet. Han gav ingen kontakt, utan tittade bara tomt framför sig. Med lite större erfarenhet hade jag insett att det inte var läge att testa denna patient med denna typ av test, inte just nu i alla fall. Jag stod dock inte att hejda utan drog raskt igång med det inledande småpratet. Redan när jag ställde min första fråga – ”och hur har du kommit hit idag? – insåg jag att den var ganska malplacerad i det här fallet, för att inte säga enfaldig. För att reparera skadan tog jag nya tag och försökte förenkla frågan och anpassa den mer till situationen. Till min förvåning hör jag mig själv säga: ”jag menar har du gått hit eller..?”

Arbetsterapeuterna bad aldrig att få auskultera hos mig mer.

Eva-Kristina Salameh
Logopedmottagningen
Universitetssjukhuset MAS