

BARNPLANTABLADET

En tidning från BARNPLANTORNA – Riksförbundet för Barn med Cochleaimplantat och Barn med Hörapparat

“Vi är en lösningsorienterad familj!”

**Olika synsätt inom
döv-/hörselområdet
krockar**

**Barnplantornas
statistik provocerar
landstingen**

**AG Bell skingrar
myterna runt dövhet**



Många barn behöver mer än CI, vi vet varför

Störande bakgrundsljud och långa avstånd gör det ofta svårt för barn med nedsatt hörsel att höra vad lärare och klasskamrater säger.

Låt barnen utnyttja sina CI på bästa sätt genom att komplettera dem med hörselprodukter som minskar störande bakgrundsljud och långa avstånd.

Alla barn ska ha samma chans i skolan och få möjlighet att ta del av undervisning och gemenskap på lika villkor.



Innehåll maj 2016

Styrelse 2015–2016	4
Ordföranden har ordet: Olika synsätt inom döv-/hörselområdet krockar! ...	5
Professionellt perspektiv utifrån barns behov i vardagen	8
Tages föräldrar: Vi är en lösningsorienterad familj!	10
Rapport från USA: AG Bell skingrar myterna runt dövhet	15
Barnplantorna samverkar med nätverket iCARE – europeisk forskning i tiden	16
Barnplantornas familjekurs i Skellefteå: Glöm att norrlänningar är tystlåtna! ..	19
iCARE Forskningsstudie: Språk, kognitiva färdigheter och hörsel – ett träningsprogram för barn med en hörselnedsättning	21
Barnplantornas statistik provocerar landstingen?	22
EURO-CIU samlas i Varesa i Italien: Nya tider med krav på förändrad rehabilitering och nya synsätt	26
Vad säger forskningen? Teckenspråk och talat språk till barn med hörselnedsättning: En systematisk översikt.	30
Svenska Läkarsällskapet bjöd in till nationellt initiativ: Samlad, trovärdig information kring vård & hälsa	38

Medlem i Barnplantorna

I egenskap av medlem, stödmedlem eller prenumerant erhåller du Barnplantabladet tre gånger om året. Medlemsavgift för år 2016 är 300 kronor (inkluderar hela familjen). Stödmedlemsavgiften är 50 kronor. Inbetalning sker till Barnplantornas bankgiro: 868-4052. Är du förälder till barn med CI, hörapparat eller Baha märk talongen "förälder". Är du stödmedlem märk talongen "stödmedlem". Glöm inte att i båda fallen uppge både namn och adress. Du kan även registrera dig som medlem eller stödmedlem via Barnplantornas hemsida www.barnplantorna.se.

Annonspriser, exempel:

1/4-sida i satsytan:	4 500:–
1/2-sida, utfallande:	8 000:–
1/1-sida, utfallande:	14 000:–
Mittuppslag, utfallande:	20 000:–

Fler annonsstorlekar finns, kontakta Barnplantorna för mer information eller hämta foldern med priser och annonsstorlekar på www.barnplantorna.se. (Barnplantorna är inte momspliktiga.)

Utgivningsplan

September 2016, december 2016, april 2017

Manusstopp: 15 augusti 2016, 15 november 2016, 15 mars 2017



AKTUELLT!

NCFIE 2016 – Årets konferens i Göteborg den 3–4 oktober

Barn med hörselnedsättning – från familjeintervention till ett livslångt lärande. Modeller, metoder och konkreta verktyg.

Tiden är inne för att ta steget från ord till handling. Vad gör skillnad för barn med hörselnedsättning? Vad finns det evidens för?

Konferensen NCFIE 2016 kommer att presentera modeller, metoder och konkreta verktyg för att stödja barnet att ta steget in i vuxenlivet. Både för dig som är förälder och professionellt verksam.

Anmäl dig nu – generös konferensavgift!

Mer information: www.ncfie.se

Barnplantabladets redaktion

Ansvarig utgivare:

Ann-Charlotte Gyllenram
ordforande@barnplantorna.se

Redaktör:

Ann-Charlotte Gyllenram

Grafisk produktion, layout och original:

Xtrovert Media
Bengt E Karlsson,
Jens Enström
info@xtrovertmedia.se
www.xtrovertmedia.se

Foto, framsida:

EURO-CIU/AGUAV

Tryck:

åtta.45 tryckeri AB

ISSN 1401-8543

Barnplantorna

Riksförbundet för Barn med Cochleaimplantat och Barn med Hörapparat

Lilla Bommen 1, vån. 12
411 04 Göteborg
Telefon: +46(0)31-29 34 72
E-post: info@barnplantorna.se
www.barnplantorna.se
Bankgiro: 868-4052
Organisationsnummer: 855100-7050
Medlemsavgift 2016: se sidan 3

Följ Barnplantorna på:



www.barnplantorna.se

Styrelse 2015–2016

Ordförande

Ann-Charlotte Gyllenram
telefon: 031-29 34 72
ordforande@barnplantorna.se

Vice ordförande

Simon Oud 031-16 18 77
simon.oud@hotmail.com

Vice ordförande

Johanna Stadmark 046-14 62 36
johannastadmark@yahoo.se

Sekreterare

Anna Oud 031-16 18 77
anna.oud@hotmail.com

Ledamot

Ran Hareide
hareidan@hotmail.com

Kansliansvarig

Johanna Ivarsson 031-29 34 72
johanna@barnplantorna.se

*Ordförandena i de regionala organisationerna är ledamöter i riksorganisationen i egenskap av distriktsrepresentanter.

Regionala organisationer:

Barnplantorna Öst

***Magnus Lindahl** 0706-86 85 22
magnus.lindahl@gmail.com

***Gudrun Hellström** 08-641 53 27
gudrunhellstrom@hotmail.com

Ola Rosling

ola.rosling@gmail.com

Helena Flyrin 0733-70 07 37
helenal234@live.se

Lotta Waller 08-643 97 32
waller.lotta@gmail.com

Barnplantorna Väst

***Simon Oud** 031-16 18 77
simon.oud@hotmail.com

Bo Sundestrand 0302-130 81
bo.sundestrand@glocalnet.net

Anna Oud 031-16 18 77
anna.oud@hotmail.com

Ran Hareide

hareidan@hotmail.com

Karina Falkevall

gtbrg41@hotmail.com

Barnplantorna Sydost

***Sandra Vogel**
sandra.e.vogel@gmail.com

Carola Nilsson 0454-616 12
carola@bwm.se

Jonas Petersson 0733-77 08 28
sanoj1965@gmail.com

Linda Nilsson

linda.nilsson@personal.tingsryd.se

Magnus Ivarsson

ivarsson-magnus@bredband.net

Barnplantorna Syd

***Johanna Stadmark** 046-14 62 36
johannastadmark@yahoo.se

Åsa Holmgren

holmgrens05@hotmail.com

Helene Lundahl 042-14 48 57
helene.lundahl@hjerta.se

Åsa Brandt

asa.brandt@outlook.com

Charlotte Enjin

charlotte@enjin.se

Fia Göth

fiagoth@hotmail.com

Barnplantorna Norr

***Ulf Lindahl** 0611-55 05 31
ulf.lindahl@kramnet.se

Maria Wahlberg

ok@bolibo.se

Eva Enoksson

eva.enoksson@hotmail.com

Helena Goude

helena.goude.hg@gmail.com

Emma Westling

emmawestling@gmail.com

Barnplantorna Linköping

***Jörgen Johansson**
jorgen.johansson8@comhem.se

Frida Rosén

rutfrida@telia.com

Jens Rosén

014-31 41 60

Rebecka Karlström

karlstromrebecka@hotmail.com

Eleonore Petersson

eleonore.petersson@sorman.com



Foto: Karim Hatoum

ORDFÖRANDEN HAR ORDET

Olika synsätt inom döv-/hörselområdet krockar!

Sedan tidigt 1990-tal har polariseringen inom döv-/hörselområdet avseende framförallt barn med hörselnedsättning väckt känslomässiga reaktioner. Det handlade framförallt om möjligheten för döva barn att utveckla hörsel och tala med CI. Detta minimerar rekryteringen till det så kallade döv-samhället. Man skulle kunna tro att CI på barn skulle välkomnas med öppna armar av döva eftersom det ger dagens döva barn helt andra möjligheter till utbildning och arbete i vårt gemensamma samhälle.

Tyvärr ser i varje fall inte deafhood-rörelsen dessa möjligheter. De tycks mer se det som de beskriver som "hörselnormen", det vill säga majoritetssamhället som en form av förtryck av döva. Aldrig har det varit viktigare att interventionsteam förser föräldrar med evidensbaserad individuell information och dessutom informerar om konsekvenser av olika val. De senaste årtiondena har interventionsteam istället försökt att utifrån diplomati inte förarga någon, väl medvetna om vilka aggressioner nyföddhetsscreening, AVT (Auditory Verbal Therapy) samt till exempel förespråkandet av heltidsanvändning av hörapparat/CI väcker.

När Barnplantornas digitala nyhetsbrev informerades om att interventionsteam bör presentera ett evidensbaserat smörgåsbord av verktyg som de ska erbjuda information till familj med barn med hörselnedsättning, så blev det omedelbart föremål för diskussioner i sociala medier. Vad var det som var kontroversiellt? Ingredienser på "smörgåsbordet" som nämndes var maternal sensitivity, hörhjälpmedelsanpassning, HA-/CI-användning, kommunikation, språk och språkutveckling, bebiskommunikation, Theory of Mind samt social kognition. En rad olika tolkningar gjordes. Den egna fantasin eller förståelsen värderade "ingredien- ➔

→ serna". Sociala medier svämmade över av aggressioner (inte från hörselvård men väl från representanter från dövsamhället). Vi påpekade att hörselvård/interventionsteam bör tydliggöra grunderna, det vill säga nedan vedertagna samband för föräldrarna:

- Maternal sensitivity – kommunikation – utveckling.
- Kommunikation – hörsel-/språkkognitionsutveckling
- Språk – Theory of Mind (ToM).
- Theory of Mind – social cognition – emotionell utveckling.

Det borde vara självklar kunskap. Interventionsteamet har ett stort ansvar i att bedriva evidensbaserad information till föräldrar samt dessutom informera om konsekvenser av olika val. Det kan handla om nyttan av en rik kommunikation med sitt barn på föräldrars *modersmål*, men även vilka konsekvenserna kan bli om barnet inte snabbt blir heltidsanvändare av sin hörapparat/CI.

Det är dags att hörselvård gör upp med det förflutna!

Barnplanta-föräldrar är synnerligen uppdaterade

Många föräldrar till barn med hörselnedsättning är synnerligen uppdaterade med information. De medlemsföräldrar som finns inom Barnplantornas organisation har genom erövrande av kunskap vid Barnplantornas kurser, konferenser och sommarläger blivit den (tyvärr) nödvändiga murbräcka som banar väg för förändring utifrån bred evidens rörande barnens behov och förutsättningar. Vi kan idag urskilja två grupper (som visserligen kan delas in i ytterligare grupper) nämligen:

- Barn med hörselnedsättning/dövhet till hörande föräldrar med auditivt språk som modersmål (oftast svenska men inte alltid).
- Barn med hörselnedsättning/dövhet till föräldrar med dövhet/hörselnedsättning och teckenspråk som modersmål.

Barn som inte har möjligheter att utöva ett språk kommer naturligtvis inte heller att utveckla ett flytande språk vare sig det är teckenspråk, kinesiska, tyska etc. Det handlar om motivation och behov. Det handlar inte om någon värdering av olika språk utan vilka språk du exponeras för. Tvåspråkiga barn med CI/HA (tal, teckenspråk) kommer vi att finna i gruppen där föräldrars modersmål är teckenspråk. I den första gruppen där föräldrars modersmål är ett auditivt språk (svenska m.fl.) är inte fullständigt teckenspråk en självklarhet. Detta ger med jämna mellanrum upphov till massor av känslor i sociala medier. Det är beklagligt.

Vid diskussioner på Facebook föregående vecka uttryckte en förälder i Barnplantornas styrelse sig väldigt klokt. Hon sa utifrån de argument som många möter, det vill säga "teckenspråk stärker språkinläring för barn" och "språk stärker varandra", att:

"Jo, så är det ju. Kan bara hålla med. Men det gäller ju hörande barn inte barn med CI.

Vi har en skyldighet att ta beslut med bästa och mesta möjliga informationsunderlag. Och då måste rön och kunskap om hjärnans möjligheter och begränsningar tas med i den kalkylen. Ett barn som fått CI behöver så att säga en ljud- och tal-språkdusch. Ett nytt sinne ska etablera sig. Hjärnan och hörselnerven ska hitta strategier och vägar för att ta emot, processa och tolka dessa nya signaler. Hjärnan har sina begränsningar och hänsyn behöver tas till det faktum att det också finns ett tidsfönster för dess plasticitet – möjlighet att förändra sig och skapa nya sätt att fungera.

Initialt är det vettigt att koncentrera sig på att utmana detta nya artificiella sinne. Sen, när auditiva strategier är mer etablerade, när sinnet är etablerat, då finns det mer utrymme för visuell kommunikation. Men till att börja med (under de första åren) är det rimligare att följa upp operationen och påkopplingen med en ordentlig intervention med ljud och talat språk."

Det är beklagligt att 2016 nödgas upprepa (utan värdering av något språk) att barn som inte har någon hörsel, eller barn med hörselnedsättning som av olika skäl inte använder sin hörsel, inte kommer att utveckla någon mognad av hörselsinnet. Hos dessa barn är det i första hand synsinnet som konkurrerar ut hörselbarkens mognad (se vidare information från forskare som t.ex. Anu Sharma). För de barnen är ett visuellt språk A och O. Det handlar om att erbjuda barn rikt språk och rika möjligheter att utveckla språk. Så länge aktörer blandar ihop möjligheter till språkutveckling, oberoende om det gäller auditivt språk eller visuellt språk, har neurologiska aspekter på språkutveckling fullständigt åsidosatts.

Hörselvården, CI-behandlande sjukhusen, SPSM (Specialpedagogiska Skolmyndigheten) med flera aktörer har en fortsatt stor uppgift för barnens skull. Tiden är för länge sedan borta när enskilda forskarrapporter eller studier kunde bekräfta kulturella eller ideologiska synsätt och vara vägledande för hörselvårdens, förskolas och skolas utvecklande arbete gällande barn med dövhet/hörselnedsättning. Idag finns det omfattande klinisk erfarenhet vid CI-klinikerna nationellt och internationellt. Longitudinella forskningsstudier, kvantitativa såväl som kvalitativa studier och fallstudier globalt måste fortsätta för att spegla utvecklingen. Klinisk erfarenhet på 100 000-tals individer med olika hörhjälpmedel samt forskning visar vägen i ett pågående utvecklingsarbete. Det är dags för professionella att sätta ned foten!

Barnplantorna efterlyser fortfarande nationella riktlinjer inom interventionsverksamheterna i Sverige anpassade efter barns individuella behov och förutsättningar antingen det handlar om talspråk eller teckenspråk. Riktlinjer ska anpassas efter evidens och kliniska erfarenheter och inte kulturella aspekter. ●

Ann-Charlotte Gyllenram



Professionellt perspektiv utifrån barns behov i vardagen

Mitt namn är Jan Andersén och jag arbetar som legitimerad psykolog vid Sahlgrenska Universitets-sjukhuset i Göteborg. Min arbetsplats är vid specialistteamet för Hörselimplantat. Jag har haft förmånen att få arbeta nära många av de barn som idag växer upp i Sverige med att ha fått inopererat ett eller två CI. Jag säger förmån, för att se dessa barn tillsammans med andra hoppa och studsa, leka och ibland bråka – med sitt talspråk som kommunikationsmedel, utan att omgivningen i stunden ens tänker på att de egentligen är döva! Med de förutsättningar som kan ges idag i Sverige med tidig implantation, och på sina håll gott stöd av habiliterande instanser, sker en talspråsutveckling man bara för ett årtionde sedan bara kunde drömma om.

Föräldrar möter attityder och brist på kunskap

Så varför skriver jag då? Jo, därför att det finns några saker som oroar mig i vad framförallt dessa fantastiska barns föräldrar möter när de berättar att deras barn har CI, eller när de är ute på olika sorts forum i den digitala världen. Men, och det är ännu mer oroande, de attityder och föreställningar kring barns språkutveckling som föräldrarna möter även bland professionella!

Det som ständigt kommer upp är barnens absoluta behov av teckenspråk och att föräldrarna behöver gå på teckenspråksundervisning med sikte på TUFF, helt utan individuella råd avseende det enskilda barnets behov eller förutsättningar. Föräldrar kan därmed tillbringa timmar varje månad för att ta sig fram och tillbaka till teckenspråksundervisning, istället för att använda samma tid till att utveckla sitt barns talspråsutveckling. Det senare är för de allra flesta grunden till att man implanterar från första början! Detta måste alltid vara

den enskilde förälderns beslut, och skall INTE kritiserar. Frågan är emellertid vilka råd de får som grund för sitt vägval?

Ja, teckenspråk efter behov och individuella förutsättningar

Det finns alltid undantag och särskilda, enskilda förutsättningar för att satsa på teckenspråk även efter en lyckad implantation. Det kan till exempel finnas teckenspråk som förstaval inom familjen. I vår tid är familjekonstellationerna mer rörliga. En part kan ha med ett tecknande barn in i en ny familjekonstellation. När så ett syskon kommer till världen kan både den andra parten och minstingen behöva professionell stöttning i att ta till sig teckenspråk parallellt med talspråket. Så att alla i framtiden kan kommunicera med alla i familjen. Dock är detta inte det vanliga scenariot. Det vanliga är att det är två normalhörande föräldrar, utan tidigare koppling till vare sig döv världen eller teckenspråket, som förutom en initial kris ställs inför beslut om implantation och eventualiteten att behöva snabbt lära sig ett helt nytt språk. Dessutom ett språk de initialt inte kan använda annat än till varandra och i gruppen för andra tecknande föräldrar hos teckenspråksläraren!

Vad händer då för dessa familjer? Jo, man får rådet att lära sig tecken, för att stimulera till kommunikation med sitt lilla barn. Hör barnet inte behöver man förutom närhet tecken! Detta är jag den förste att hålla med om, och det gör alla vi som arbetar på landet CI-kliniker. Sedan kommer familjen in i en CI-utredning. Det innebär att man på de flesta håll i landet dessutom får stifta bekantskap med ett nytt fenomen – AVT – Auditory Verbal Therapy (*se faktarutan*). Alla dessa besök hos pedagog eller logoped måste föräldrarna också få in i sin av sjukhusbesök välfyllda kalender. Månaderna går, och de

blir erbjudna att få ett eller två CI för sitt barn, utifrån den enskildes förutsättningar. Hur mycket tecken [-språk] varje enskild förälder har kunnat tillägna sig varierar, men jag vågar nog påstå att det är väldigt få som man kan säga äger ett nytt språk. Det man behäskar bygger mycket på ett ordförråd och att klara av vissa situationer och det man kallar ”babytecken”.

Hörselhabiliteringen behöver vara tydliga till föräldrarna

Vad händer nu? Hjälper landets hörselhabiliteringar till med att klargöra för föräldrarna att nu måste de lägga fokus på att stimulera det nyopererade barnets hörselcentra med talspråk och ljud i största allmänhet? Är man tydlig med att poängtera detta och kombinera det med att säga att det därför kan vara bra att i alla fall göra ett uppehåll med teckenspråksundervisningen, för att kunna fokusera på sitt barn och ge dem så mycket språkljud som möjligt? AVT-utbildning fortsätter. Märkligt nog fortsätter minst lika mycket undervisningen i teckenspråk. Tid som skulle kunnat användas till att praktisera det man lärt sig i AVT:n kanske två dagar innan. Att åka till Hörselhabiliteringen kanske kan ta en timme i anspråk, en timme i undervisning, och sedan en timme hem. Sammanlagt tre timmar av missad AVT-praktik med sitt barn. Hur tydliga är man med att belysa detta för föräldrar? Min erfarenhet är att det är man inte. Återigen, det är ett val varje förälder får göra själv, utan att man skall bli kritiserad för det. Men vi professionella behöver vara tydliga med att få igång barnets talspråk kräver en tydlig insats av föräldrarna.

Är hörselhabiliteringen språkligt medveten?

Föräldrar får veta att teckenspråket kan stimulera talspråkets utveckling, och se-

den jämför man med tvåspråkighet för t.ex. finlandssvenska barn. Dock bygger detta på några missförstånd. För det första är det lilla barnet i Åbolands skärgård normalhörande. Det barnet kan exponeras för och utveckla två språk eftersom både syn och hörsel intakta. Då kan språken också berika varandra. Låt oss säga att mamma har svenska som första språk, och pappa talar majoritetsspråket. Det uppväxande barnet får då möjligheten till två kompletta språk likvärdigt. Vilken rikedom! Men, det man ofta glömmer är att vår fiktive pojke på ”skäret” har ett **fungerande hörselsinne**. Det har inte det nyligen CI-opererade barnet. Barnet med CI behöver inte bara språkljud, utan språklig medvetenhet. För ett barn med CI kan det handla om att ett år försenat lära sig hur det talade språket är uppbyggt och parallellt börja använda det själv. Det föräldrarna då kan erbjuda sitt barn är oftast ett flytande eget talspråk, och ett mycket fragmentariskt teckenspråk eller variant av TSS (tecken som stöd). Om vi kort återvänder till skäret i Åbolands skärgård fick barnet där möjligheter till två likvärdiga språk. Ingen fragmentarisk finska på 50–100 ord; utifrån det skulle vår fiktive pojk aldrig bli tvåspråkig. En viktig aspekt till är att det nyopererade barnet exponeras för ett i bästa fall fragmentariskt teckenspråk, via ett sinne som är redan dominerande – synen. Men fortfarande behöver barnet träna upp och kunna lita på sitt hörselsinne, för att kunna utveckla talspråket. Jag tror alla förstår motsägelsen i detta.

Förskola med språklig medvetenhet – hur, när och varför

I förskolans värld är det idag mycket populärt att använda och lära ut tecken. Man tecknar i samlingar, man lär sig färgerna, barnen får persontecknen. Under mina frekventa skolbesök landet runt, ser jag ofta barnet som har CI glatt svara med ett tecken på frågan vilken färg hennes klänning har. Utan att använda sin röst. Barnet kan ha svårt att hänga med i sångerna (har

föräldrarna fått hem dem från förskolan för att få möjligheter att sjunga/öva hemma?), men det tecknar lika glatt när det inövat deltar när fröken stöd tecknar några gånger under sången. Dock med viss fördröjning, då det bygger på att barnet ser när de andra tecknar, inte för att de hänger med i själva sången. Jag frågar mig ofta – varför? Inte lär barnet sig språk på det här sättet. Sedan berättar fröken för barngruppen att nu skall man äta köttbullar med mos och lingon. Om man som lärare inte är snabb nog, är CI-barnet först i kön till maten. För fröken stödtecknade /nu/ och /äta/. Vad man skall äta, vet det först när det får sin tallrik. Här krävs tydlighet till var fokus skall vara för att hjälpa barnet. Min samlade erfarenhet är att förskolan är väldigt positiv till råd och stöd. Samtidigt säger man att man känner sig förvirrade för att man från annat håll får höra att **alla** barn med hörselnedsättningar har behov av tecken. Det sistnämnda får det inte höra av CI-teamen i Sverige. Här är det oerhört viktigt med tydlighet till stöd till förskole-/skolverksamheten, och framförallt att den är individanpassad.

Nationell samsyn saknas

Alla vi som arbetar med gruppen CI-implanterade barn behöver dra åt samma

håll. Det kräver föräldrar, och är något jag ständigt – till sorgs – får höra det finns brister i. Då får inte sårintressen som en missriktad önskan att inlemma **ALLA** dessa barn med familjer i en krympande döv kultur, med tillhörande teckenspråk gälla. Åter igen; **det är den enskildes val**. Men vad vi professionella säger och visar väger tungt. Det är inget fel i att lära sig ett nytt språk, allra minst teckenspråk. Men inte per automatik. En avslutande reflektion är att de facto krävs det generellt en eller flera medicinska diagnoser för att bli inskriven i en habiliteringsform. Den bygger på vetenskap. Att då som förälder möta en blandning av önsketänkande om teckenspråkets spridning, den nödvändiga kopplingen till en viss kultur och kravet att lära mig ett språk som jag i anblicken av mitt barns talspråkliga framsteg inte kan se någon nytta av, kan te sig minst sagt märklig. Framförallt inte byggd på vetenskap. ●

Jan Andersén
CI-teamet

Hörselimplantatmottagningen,
ÖNH-verksamheten
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg

AUDITORY VERBAL THERAPY

Auditory Verbal Therapy brukar förkortas AVT. Det är ett kontinuerligt stöd för föräldrarna att hjälpa sitt barn att utveckla talspråk genom att använda sin hörsel och förmåga att lyssna optimalt. AVT riktar sig i första hand till föräldrar med barn som har en måttlig–grav hörselnedsättning i åldern 0–3 år. Barnet använder konventionella hörapparater (HA), cochleaimplantat (CI) eller benförankrad hörapparat (Baha). Målet är att barnet på sikt ska komma i nivå med sin kronologiska ålder för att bli självständig som kommunikator i talspråkiga miljöer. AVT är ett viktigt led i samband med tidiga interventionsåtgärder efter diagnostisering vid nyföddhetscreening av hörsel.

Förälder eller annan vårdtagare är ”klienten” i AVT. Det handlar om att instruera föräldern i att utvecklas till en god kommunikator i samspel med sitt barn i vardagen. Det handlar om att utveckla barns hörsel och språk.

AVT introducerades i Sverige i början av milleniet av logopeder/specialpedagoger på Karolinska universitetssjukhuset, barn och ungdomshörselhabiliteringen.



Tages föräldrar:

Vi är en lösningsorienterad familj!

Tage bor med sina två syskon samt mamma och pappa lite norr om Göteborg i ett litet samhälle med en härlig närhet till havet och den bohuslänska kusten. Familjen var tidigt i kontakt med Barnplantorna och har också deltagit på Barnplantornas sommarläger utanför Helsingborg. Där passade det också bra att fråga dem om ett reportage i Barnplantabladet skulle vara aktuellt. Det

var aldrig någon tvekan, så strax före jul sågs vi hemma hos dem. De bjöd på kaffe och lussebullar. Huset var fullt med barn; förutom Tage och hans två syskon var grannens tre barn där för lek och stöj.

Vi vuxna får en egen pratstund innan kaffebordet med de inbjudande lussebullarna invaderas av alla barn. Tage är verkligen delaktig i både lek och samtal. Det är

svårt att notera några skillnader på honom och de andra barnen förutom att han har två CI-apparater bakom sina öron.

Cochleaimplantat är fantastiskt

Vi delar en gemensam syn vid kaffebordet på att CI är och förblir fantastiskt. Barn som varit döva och får höra med CI får idag helt andra möjligheter till att höra och tala.

Det handlar dessutom om att utveckla helt andra kognitiva förmågor än vad som är möjligt som döv. Malin och Andreas är väl pålästa om evidensen för detta. De pratar om hur tacksamma de är över det stöd de fått på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/SU, både på CI-teamet och hos hörselvården.

– Vi är inte så aktiva på sociala medier utan har istället försökt möta andra familjer och barn i liknande situation vilket känns viktigare för oss, understryker Andreas och Malin.

– Vi är väldigt positiva till att genom SU ge stöd till andra i samma situation som vi varit i.

Tage hör – det är så vi ser på honom

Innan kaffebordet invaderas av barnen pratar vi om familjens "resa" och då inte bara i hörsel. Äldsta sonen Aron har haft en tvillingbror som dog vid två månaders ålder i plötslig spädbarnsdöd. Det har format oss som individer och familj konstaterar Andreas och Malin samstämmigt.

Hur ser de då på Tage? Svaret kommer snabbt när Malin säger:

– Tage hör, men inte på samma sätt som oss andra, det är så vi ser på Tage.

Kanske har det ändå varit fördelar med att Tage är yngst i syskonskaran, resonerar de.

– Vi har tvingats till att prioritera vad vi hinner och kan lägga fokus på och då har vi med tiden valt att fokusera på talspråk, eftersom vi märker att tala och höra fungerar så bra. Tages syskon bidrar självklart också till att det aldrig är tyst i vårt hem!

Tage "badar" i språk

Tage badar bokstavligt i språk. Det är mycket tydligt att han befinner sig i en rik språklig miljö både med syskon och med kompisar. Han är populär i grannskapet och andra barn ser inte på Tage på något annorlunda sätt. De har väldigt snabbt anpassat sig till att Tage har en typ av hörapparater och har väldigt snabbt greppat att man

behöver vara nära om Tage ska höra bra samt att han kan ha vissa problem med riktningshörsel ibland. Barn lär sig snabbt vad som gäller.

Vi pratar om huruvida de gör några anpassningar i vardagen till Tage jämfört med hans båda syskon. Malin tänker efter och säger:

– Vi är noga med att minimera bakgrundsljud, till exempel när vi äter så har vi ingen TV eller musik på i bakgrunden. Vi är också måna om att vara närmre Tage när

vi pratar med honom, och att tala om var vi är när han ropar eller letar efter oss. Att svara på omgivningens frågor kring Tages CI är också vardag, vi vill att det skall kännas så naturligt som möjligt för de som finns i vår närhet. Annars är vi som vilken familj som helst.

Det fungerar bra på förskolan

Tage går i den förskola syskonen tidigare gått i. Planen är att han senare ska börja i den skola i grannskapet där syskonen →



→ går. Tage har inget extra stöd i förskolan i form av tekniska hjälpmedel eller assistent. Förskolepersonalen har ett bra stöd av hörselvården och CI-teamet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

– Vi har haft många samtal med personalen på förskolan om vad som fungerar och inte fungerar, berättar Malin.

– Personalen är väldigt positiva/lyhörda. De förstår CI-tekniken men vi som föräldrar ser till att det praktiska fungerar. Nu är Tage också så stor att han själv sätter på sig sina CI om de skulle trilla av, och talar om ifall det är något som är fel. De vet att Tage

bör sitta nära den som talar vid samlingar. De har dessutom deltagit i AVT (Auditory Verbal Therapy) på SU/hörselvården. Vi har faktiskt aldrig märkt att Tage skulle bli tröttare än andra barn, så som man hört från andra om barn med hörselnedsättning.

Tage har alltid sina CI på!

Många har frågat hur ofta Tage har sina CI på sig. Svaret är ALLTID! Det är ju också det som är grunden för en positiv utveckling för Tage.

– Vi har aldrig haft några problem med att han skulle vilja ta av sina CI:n. De har sut-

tit på från allra första början, vilket vi också är väldigt glada för, konstaterar Malin.

Tage sätter sig i soffan för att bli fotograferad och visar också att han kan slå fina kullerbyttor. Han ska börja i gymnastik efter jul får vi veta. Vi hinner också med en snabb tur upp till hans rum där han gladeligen berättar om allt.

Goda råd till andra föräldrar

Många nya föräldrar är naturligtvis osäkra och undrar hur det kommer att bli för barnet, vad är det som är bäst? Att vara förälder är ingen lätt uppgift och när det gäller CI finns det också en rad olika synsätt. Malin och Andreas är väl medvetna om detta, men de känner att de har gjort sin familjs val. När det gäller goda råd till andra föräldrar säger de:

– Våga lita på CI-tekniken och jobba aktivt och ihärdigt med språkträning. Prata mycket, läs böcker och var nära i kommunikationen. Våga lita på din egen magkänsla om vad som är bäst för ditt barn. Lyssna på evidens. Berätta för omgivningen, det är bra för dem att veta men gör ingen jättegrej av det. Vi som familj gör det vi vill, vi har inte ändrat vårt sätt att leva. Vi reser, seglar o.s.v. Vi är lösningsorienterade. För alla i grannskapet är Tage och hans CI helt naturligt. Han är en av alla de andra barnen.

Tage har många kompisar i grannskapet.

– Vi känner en social trygghet här, konstaterar Malin.

– Grannar och syskonens kompisar med familjer är införstådda med vår situation vilket gör det väldigt naturligt och avdramatiserat. Vi känner dessutom att Tage är i trygga händer med Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Tage pratar och sjunger jättebra och Malin understryker åter:

– Han HÖR. Det är så vi ser på Tage!

Vilka goda förebilder ni är för andra föräldrar. Tack för en trevlig eftermiddag! ●

Text: Ann-Charlotte Gyllenram



VARDA GSTIPS FRÅN COCHLEAR!

BAHA® 5 – STRÖMMAR LJUD DIREKT TILL DIN IPHONE

Baha 5 är första ljudprocessorn som strömmar ljud direkt från din iPhone. Du kan till exempel se ditt favoritprogram på tv, ta emot FaceTime-samtal, använda appar och lyssna på musik. Varje ljud, varje låt, varje ord – tydligare och klarare än någonsin tidigare.

FÖRBÄTTRA HÖRUPPLEVELSEN DIREKT FRÅN IPHONE MED BAHAS SMART APP

Ladda ner nya Baha 5 Smart app gratis från App Store. Med den kan du snabbt och enkelt byta program, starta strömning eller justera volym, diskant och bas i din ljudprocessor. Koppla anpassade inställningar till dina favoritställen med en enkel knapptryckning och få hjälp att hitta din ljudprocessor om du glömt var du lagt den!

Instruktioner om hur du parar Baha 5 med din iPhone finns på vår hemsida under Support.

VATTENTÅLIGA PROCESSORER

Med Nucleus-processorerna behöver du inte vara orolig för vattenstänk eller fukt. De är vattentåliga och kan användas exempelvis när du badar. Är du väldigt aktiv i badet och gärna dyker samt har huvudet lika mycket under som över vattenytan rekommenderar vi att du använder något av våra Aqua-skydd.

BYT MIKROFONFILTER

På Nucleus® 5 och Nucleus® 6 ljudprocessorn sitter filter som skyddar mikrofonerna från vatten och smuts. Dessa behöver du byta regelbundet, gärna så ofta som var tredje månad.

Tillbehör finns att beställa i vår webbshop. Om du inte redan är medlem i Cochlear Family rekommenderar vi dig att bli det, då får du dessutom rabatt på utvalda produkter.

För mer information kontakta oss på nordic@cochlear.com eller besök:

www.cochlear.se

Följ oss på:



Cochlear, Hear now. And always, and the elliptical logo are either trademarks or registered trademarks of Cochlear Limited. Baha is a registered trademark of Cochlear Bone Anchored Solutions AB.

Hear now. And always



Naish och Poppy är syskon. De skrattar, leker, spelar, lär och simmar tillsammans med den vattentäta Aqua Case™, en AquaMic™ headpiece och en Neptune ljudprocessor.

Naish og Poppy, AB-brukare



För ytterligare information - AdvancedBionics.com

Advanced Bionics

LJUD – NATURLIGT FÖR MIG

På stranden och i vattnet



©2016 Advanced Bionics AG

Rapport från USA:

AG Bell skingrar myterna runt dövhet

Sedan tidigt 1990-tal har Barnplantorna samverkat med organisationer internationellt inom området barn med hörselnedsättning/dövhet och då initialt organisationer för barn med cochleaimplantat. Senare har det handlat om hela gruppen barn oberoende av typ av hörapparat. Det handlar om organisationer och verksamheter som The Ear Foundation (UK), John Tracy Clinic (USA) samt AG Bell (USA) m.fl.

Tonläget i den s.k. deafhoodrörelsen har skruvats upp med "krav" på teckenspråk till alla nyfödda döva barn. I Sverige diskuteras deafhoodrörelsen i termer av "kulturmord", "dövkompetens i specialskolan viktigare än formella meriter vid anställning". Med rätta går nu organisationen AG Bell ut med ett ställningstagande för föräldrars rätt att fatta beslut å sina barns vägnar. Barnplantorna stöder AG Bell och publicerar därför AG Bells ställningstagande nedan.

I Washington Post uppmärksammades Nyle DiMarco, en döv modell och politisk dövaktivist, som har bildat the Nyle DiMarco Foundation med syfte att förespråka att döva barn ska ha tillgång till ASL (American Sign Language) från födseln.

The Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing (AG Bell) hyllar DiMarcos bedrifter och konstaterar att ASL är ett kommunikationsalternativ för döva barn. Men det är bara ett alternativ av många och användningen av ASL

minskar. Dagens verklighet är att de flesta döva barn – mer än 95 procent – föds till hörande föräldrar, och 90 procent av dessa familjer väljer att låta sina barn utveckla hörsel och tal.

För familjer som väljer hörsel och talspråk för sitt barn, så befäster DiMarcos uttalanden missuppfattningen att döva barn inte kan utveckla hörsel och tal. Döva barn som växer upp i dag har helt nya möjligheter att utveckla hörsel och talspråk, tack vare nyföddhetsscreening, tidig diagnos och intervention, samt den senaste hörseltekniken så som avancerade hörapparater och cochleaimplantat.

Vi lever i en tid då enorma framsteg i hörselteknologi ger döva barn möjligheter att utveckla talat språk genom att höra och lyssna. När diagnos och intervention med individanpassad teknik görs tidigt, utvecklar de flesta av dessa barn språk så som barn med normal hörsel gör. Nyligen genomförda studier visar att barn som enbart utnyttjar hörsel/lyssnande och talspråk, snarare än en kombination av hörsel och tal med ASL, visas bättre hörsel och taluppfattning än vad barn som följer en kombinationsstrategi (tal och ASL) gör. Barn som använder hörsel/lyssna och tal utvecklar ofta expressivt och receptivt språk i likhet med hörande kamrater.

Vid information till föräldrar om kommunikationsalternativ för sina döva barn, bör nuvarande och kommande evidens

övervägas. Tvåspråkighet (ASL och talat språk) kan vara till hjälp för döva barn som inte till fullo utvecklar talspråk. Barn vars familj har talat språk som målsättning (och modersmål) uppnår ofta bättre resultatet genom en fullständig exponering av det talade språket. Dessutom är det s.k. (neurologiska) fönstret för ett dövt barn att förvärva hörsel och talspråk mycket kortare än motsvarande fönster där ASL kan förvärfas.

Döva barn idag (med CI) kommunicerar ofta ganska bra genom att höra, lyssna och använda enbart talspråk. Antalet barn som har behov av ASL har minskat dramatiskt. När dagens föräldrar möter gamla "sanningar" som att deras döva barn bör eller måste lära ASL som en del av en döv kultur, svarar föräldrar ofta att deras barn faktiskt är en del av en hörande kultur bestående av familj, vänner och vår gemensamma värld. Dagens döva barn berättar själva i filmer på AG Bells YouTube-kanal. Där delar familjer och barn med sig av de fantastiska förmågor som dagens döva barn har, spelar musikinstrument, sjunger, deltar fullt ut i idrottsaktiviteter, teater och mycket annat med fantastiskt tal och helt enastående hörsel.

Det är vår förhoppning att skingra myterna om dövhet och sprida kunskapen om att döva barn kan höra och prata. Att vara "döv" har ändrats. Det är en annan tidsålder och ett annat sammanhang. ●

Fritt översatt, Barnplantorna

Barnplantorna samverkar med nätverket iCARE – europeisk forskning i tiden



Barnplantorna har tidigare (ledaren i Barnplantabladet maj 2015) beskrivit hur iCARE kan vägleda multidisciplinär samverkan. iCARE är ett europeiskt forskarnätverk. Samordnande funktion innehar professor Astrid van Wieringen från Belgien. En rad europeiska forskare, varav flera med decenniers erfarenhet av undervisning av döva, som professor Guido Lichtert deltar. Medverkande länder är Grekland, Belgien, Holland, Tyskland, Storbritannien och Sverige. Från Sverige är professor Björn Lyxell (Linköping) och professor Staffan Hygge, PhD Robert Ljung och PhD Patrik

Sörqvist representerade. Barnplantorna är representerade genom Ann-Charlotte Gyllenram. Även FEAPDA (European Federation of Associations of Teachers of The Deaf) i Luxemburg deltar.

Det är nya tider. Målgruppen barn med hörselnedsättning/dövhet är under fortsatt förändring. Det betyder att utmaningarna aldrig har varit större för verksamheter inom lärande och intervention att hänga med i förändringsprocessen och utvecklas med den. Det betyder också att olika lärosäten för professionella måste utveckla utbildningarna inom högskola till exempel. Det

är också angeläget att forskare från olika discipliner möts och samverkar. Kraven på tvärvetenskaplighet i tiden är stora.

Barnplantorna och undertecknad har aktivt deltagit vid en rad forskarmöten i iCARE under det senaste året (Thessaloniki, Leuven och Aachen). Mötena avser att skapa samverkansplattformar för forskare, men också att exploatera och se synergieffekter mellan olika vetenskapsområden med syfte att optimera utveckling av talspråkig kommunikation hos barn med hörselnedsättning. Ambitionen hos iCARE är också att använda den kunskap som genereras inom

iCARE till att stärka ("empower") barn/ungdomar med hörselnedsättning såväl som föräldrar och yrkesverksamma inom förskola/skola, intervention (habilitering) och sjukvård. Sannerligen höga ambitioner som Barnplantorna är stolta över att vara en verksam part i. Vid mötet i Aachen/Tyskland i februari höll Ann-Charlotte ett anförande under temat "Children with cochlear implant – How do you implement research into real life?".

iCARE om hörselnedsättning

iCARE fastslår vedertagna fakta som fortfarande diskuteras och ifrågasätts utifrån mer kulturellt ideologiska dövperspektiv. Det handlar om kommunikation genom språk och hur viktigt det är för oss alla – en livsavgörande grund och baserat på mänskliga rättigheter. Ett barn av 1 000 föds med en bilateral hörselnedsättning. Antalet barn ökar med åldern. Vid 15 års ålder har ungefär 5 av 1 000 barn någon typ av hörselnedsättning unilateralt eller

bilateralt, som påverkar kommunikation, inläring, psykosocial utveckling och akademiska prestationer.

Vidare fastslår iCARE att utan adekvat intervention och anpassningar kommer ett barn med hörselnedsättning att ligga efter jämnåriga i lärande och socioemotionell och psykosocial utveckling med konsekvenser för den enskilde individens sociala samspel med andra och möjligheter till framtida arbetsmöjligheter.

Om barn med hörselnedsättning ska bli fullt delaktiga i samhället måste de erövra ett bra tal (receptivt såväl som expressivt). Detta kommer också att leda till bättre läs- och skriftfärdigheter. Här finns en stor konsensus bland forskare.

Det är viktigt för oss alla att iCARE så tydligt poängterar att på grund av komplexiteten i diagnosen dövhet (heterogen grupp) krävs det ett omfattande tvärvetenskapligt arbete om barn ska uppnå sin egen optimala utvecklingspotential och delaktighet i vårt gemensamma samhälle.

För Barnplantorna känns det naturligtvis bra att ha både forskarens bakom sig när iCARE och EU är fullt eniga med Barnplantorna i det som iCARE framhåller nämligen:

Nuvarande utbildningsmodell där barn med hörselnedsättning får sin skolgång i en segregerad miljö är inte bara kostnadsineffektivt för samhället men det skolsystemet innebär inte heller att barn når sin individuellt fullständiga potential.

Det är samhällets ansvar att fördela medel för skola utifrån hur elevgruppen ser ut och var barnen får sin skolgång. Varför är de insikterna fortfarande så svåra att etablera i Sverige?

iCARE är sannerligen ett utvecklande samarbete. Utmaningen är att nå ut i verksamheterna (förskola/skola) med pedagogiska verktyg. Spännande! ●

Text: Ann-Charlotte Gyllenram



Skydda ditt hem och din familj.

Många möbelmateriel gör att elden tar sig snabbare och efter bara 5 minuter kan ett rum vara helt övertänt. Visit upptäcker rök och pyrande eld i ett tidigt skede och skickar vidare larmet till ditt sovrum.

Vetskapen om att du blir väckt i en nödsituation ger både dig och din familj en lugnare sömn. Läs mer om Visit:

bellman.com/smarthem

Bellman & Symfon
DESIGN FOR EARS

MED⁹EL

Made for Music

Våra CI-system ger dig naturligare hörsel. Tack vare Triformance-tekniken får du en bättre musikupplevelse med fylligare och rikare ljud.

Upplev skillnaden på medel.com/triformance



SYNCHRONY CI System



hearLIFE

medel.com



Barnplantornas familjekurs i Skellefteå: Glöm att norrlänningar är tystlåtna!

Engagerade medlemmar i styrelsen i Barnplantorna Norr har länge efterlyst att Barnplantorna anordnar en kurs i de norra delarna i vårt avlånga land. Avstånden är långa, men viljan är stor och envisheten i Barnplantorna Norr tog så småningom överhand. Det resulterade i en samverkanskurs Riks/Regional i Barnplantorna. Vilken utmaning för göteborgare att komma till Skellefteå mitt i vintern! Ja nåväl, helgen som vi besökte Skellefteå var det med Göteborgs-perspektiv mycket snö, men temperaturen var endast någon minusgrad.

Från intervention till skola

Programmet var interaktivt, det vill säga var menat att ge mycket utrymme för föräldrarna att både ställa frågor och samtala både

med varandra samt föreläsarna. Eventuella tankar från oss göteborgare om tystlåtna norrlänningar kom på skam. Norrlänningar är definitivt pratsamma och humoristiska. Det blev snabbt en god stämning i gruppen.

Föreläsare var Ann-Charlotte Gyllenram (ordförande Barnplantorna) samt Jan Andersén, välkänd psykolog vid CI-verksamheten på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Ann-Charlotte Gyllenram började med att stimulera till dialog genom frågor, som kunde vara som underlag för samtal under kursen. Det handlade om vilka förväntningar föräldrarna hade på kursen, vad de kan bidra med i kunskap och vad vi kan komma fram till gemensamt. Sedan diskuterades föräldrars nöjdhetsgrad med förskola, skola och intervention

(habilitering). Det blev bra för föräldrarna att samtala om detta, men samtidigt väldigt utvecklande när Gyllenram ställde frågorna:

- Hur vet du att du är nöjd?
- Hur vet du att du inte är nöjd?

Föräldrarna insåg snabbt att de behöver mer kunskap för att kunna ställa både fler frågor samt riktiga direkta krav till hörselvård/förskola/skola. Det blev också tydlig kritik mot hörselvården huruvida de erbjuder ett smörgåsbord med utbildningstillfällen samt stöd till familj och barn. Det kändes som om hörselvård i de norra regionerna fortfarande har mycket att jobba med för att stödja familjer och barn/ungdomar.

Ann-Charlotte tydliggjorde sambanden mellan:



- 1. Maternal sensitivity – kommunikation – utveckling
 2. Kommunikation – språk – hörsel – kognitionsutveckling
 3. Språk – theory of mind
 4. Theory of mind – social kognition – emotionell utveckling

Föräldrar var initialt nog överlag osäkra på begreppen. Positivt var att de hade fått boken "Grattis du har blivit förälder. Barn med hörselnedsättning – en handbok i modern familjeintervention" gratis på hörselvården. I boken är begreppen förtydligade. Hörselvård/familjeintervention har en stor uppgift att tydliggöra sambanden ovan för föräldrar kontinuerligt under barnets uppväxt och hur en hörselnedsättning kan inverka. Budskapet blev: ju mer du vet som förälder desto lättare har du att möta ditt barn i olika utvecklingsfaser.

Psykolog som rör sig från kliniken ut i barnets vardag

Visst testar Jan i likhet med många andra psykologer och logopeder barns hörsel och språkutveckling m.m. på kliniken, men han besöker också barnen ute i deras vardag och språkliga miljö. Det torde han vara relativt ensam om som psykolog och expert på döva och hörselskadade barn. Jan tog upp problemområden för barn med hörselnedsättning såväl som hur föräldrar kan stödja sitt barn att utveckla strategier i sin vardag. Han poängterade också det som vi ofta talar om nämligen att *en försenad språklig utveckling kan innebära att barnets mognadsprocess tar längre tid.*

Han tydliggjorde också konsekvenserna av bristen på språklig stimulans nämligen: sämre ordförråd, sämre grund för matematisk förståelse, sämre grund för förståelse av tid och brister i den språkliga rörligheten.

Med sin stora erfarenhet täckte Jan in så många viktiga områden som gav upphov till samtal och reflektioner. Det blev också tydligt för oss kursarrangörer och föreläsare att stödet till föräldrar i Norrland skiftar. Plötsligt kändes steget långt till gemensam-

ma nationella riktlinjer inom familjeintervention trots att vi vet att hörselvårdschefer har nationella möten. I Västernorrland till exempel, görs hörselmätningar på HA-barn vart tredje år. Visst blir det underligt när en förälder meddelar att barnets "CI-hörsel" kollar upp årligen, men HA-hörseln kollar bara vart tredje år! Det betyder om barnet har en progredierande hörselnedsättning kan detta passera obemärkt under flera år. Nästa fråga var varför förskola/skola inte får kännedom om barnens audiogram. Det kan stödja personal i bemötande av barnet det vill säga till exempel svagt/starkt öra avseende hörsel.

Det tycktes också vara dålig samverkan CI-klinik och lokal hörselvård (interventionsteam) gällande det enskilda barnet.

Det framkom också att lärare vid en hörselskola vägrade använda lärarmikrofonen och frågan blev om hon hade den valmöjligheten. *Svaret är naturligtvis nej!*

Det blev många härliga samtal lördag kväll när vi alla tittade på melodifestivalen på TV eller nej – samtalen tog över, TV:n stängdes nog av. Föräldrarna insåg att de behöver både mer kunskap och att peppa varandra. Ensam är inte stark!

Tack alla föräldrar för den dynamik och spänst som ni genom frågor och engagemang bidrog till vid en lyckad helg på Medlefors folkhögskola i Skellefteå. Tack Barnplantorna Norr för initiativet. ●

Text: Ann-Charlotte Gyllenram



iCARE Forskningsstudie:

Språk, kognitiva färdigheter och hörsel – ett träningsprogram för barn med en hörselnedsättning

En målsättning borde vara att alla barn har samma möjlighet att lära. För barn med en hörselnedsättning kan det ibland vara svårare än för barn med typiskt utvecklad hörsel. Detta kan bland annat bero på faktorer så som dålig akustik i klassrummet eller på att dessa barn behöver extra stöd med sin språkliga utveckling. Språket är inte bara viktigt för att lära sig att läsa utan det påverkar dessutom hur man samspelar och kommunicerar med andra barn och huruvida man kan höra och förstå vad läraren säger. Vi som jobbar i projektet iCARE vill hjälpa barn med en hörselnedsättning att få samma chans att lära som normalhörande barn.

Svensk representation i iCARE

iCARE är ett EU-finansierat forskningsprojekt med aktörer från sex olika länder. Från Sverige deltar Barnplantorna, Ecophon, Gävle högskola och Linköpings universitet. Projektets övergripande syfte är att från olika synvinklar bedriva en tvärvetenskaplig forskning på döva och hörselskadade barns utveckling. Linköpings medverkan handlar om att utveckla ett träningsprogram som kan förbättra och snabba på barns språkliga och kognitiva färdigheter. Kognitiva färdigheter är ett samlingsnamn för hur vi tolkar och tar emot information från omvärlden, hur vi uppmärksammar och minns, samt hur vi använder språk. Tidigare forskning har visat på samband mellan språkliga och kognitiva färdigheter. Om barn har språkliga svårigheter så påverkar det deras kognitiva färdigheter och vice versa. Ett mer specifikt syfte med vårt

deltagande i programmet är att studera vilka kognitiva och språkliga förmågor som påverkas av träning och vi vill även se om träningen dessutom påverkar barnens läsförmåga. Forskning inom området är i dagsläget begränsad varför det är särskilt viktigt att bygga upp en kunskapsbas inom området. För att kunna göra det behöver vi er och era barns hjälp. Vi vill därför bjuda in er till att delta i en studie som vi kommer att genomföra.

Träningsprogram för utveckling av språk och kognition

Det träningsprogram som vi kommer använda är ursprungligen från Tyskland och som har översatts till svenska. Det är anpassad för barn som är mellan 6 och 8 år gammal. Det finns flera tidigare studier som visat på att träningsprogrammet har en positiv effekt på de flesta barns språkliga och kognitiva utveckling. Träningsprogrammet är utformat som ett spel där barnen och deras vårdnadshavare (eller tillsammans med lärare i skolan) spelar på dator. Spelet går ut på att hjälpa två stycken älvor att lösa uppgifter på vägen till vishetens diamant. Uppgifterna (ofta olika typer av frågor) kräver att barnen använder sina språkliga och kognitiva förmågor. Till formen är träningsprogrammet uppbyggt som ett vanligt dataspel. De allra flesta barn som har genomfört träningen har tyckt att det varit roligt att spela.

Studiens upplägg är att vi, före själva träningsperioden, träffar barnen varpå de får göra ett antal test som undersöker olika aspekter av språklig och kognitiv förmåga.

Det är viktigt att poängtera att dessa test inte är begåvnings- eller intelligens-test, utan test på mer specifika kognitiva och språkliga förmågor. Efter testningen så startar träningsperioden med datorprogrammet. Därefter så upprepas den initiala testproceduren och ett par månader senare så infaller ett sista testtillfälle för att undersöka huruvida de förväntade effekterna från träningen finns kvar.

Träningen genomförs i hemmet tillsammans med vårdnadshavare och ni kommer att få instruktioner om hur programmet fungerar när det hela startar och har även möjlighet till att få hjälp under resans gång. Om ni inte har en dator eller av någon anledning en dator som inte fungerar tillsammans med träningsprogrammet får ni låna en dator av oss under tiden som träningen pågår.

Om ni är intresserade av att delta, kontakta oss! Ni är välkomna att ställa frågor om det är något som ni undrar över. Kontaktuppgifter finns nedan. ●

Projektet leds av professor **Björn Lyxell** vid Linköpings universitet
 E-post: bjorn.lyxell@liu.se
 Telefon: 013-28 21 06

Övriga medarbetare:
Michaela Socher (doktorand)
 E-post: michaela.socher@liu.se
 Telefon: 013-28 21 11

Barnplantornas statistik provocerar landstingen?

Sedan i slutet av 1980-talet har modern hörselteknologi utvecklats i en allt snabbare takt. Dagens barn med hörselnedsättning har därmed ökade möjligheter att inkluderas i vårt gemensamma samhälle. Det ger möjligheter för vuxna att fortsätta vara yrkesverksamma och för pensionärer att fortsätta ett aktivt liv på ålders höst.

Evidens finns att demens kan påskyndas vid hörselnedsättning samt att påverkan av tinnitus hos den enskilda individen kan bli mindre efter en CI-behandling.

Endast en smärre andel av vuxna med behov av dubbla implantat får det. Statistiken är tydlig. Så länge inte alla vuxna med behov av två implantat erbjuds det, framstår det som omöjligt att erbjuda ensidigt döva cochleaimplantat på det döva örat trots ökande evidens av nytta med hörsel på båda öronen samt möjligheterna att synkronisera och få ihop ljudbilden av normal och artificiell hörsel. Personer med hörselnedsättning får inte längre vara en lågprioriterad grupp inom vården.

Det finns en rad olika hörselimplantat ger individuella möjligheter till hörsel beroende på hörselskadans lokalisering och omfattning. Mellanöreimplantat, benförankrade hörapparater samt cochleaimplantat (CI) erbjuder möjligheter som för några decennier sedan var en utopi hos barn och vuxna med hörselnedsättning.

Barnplantornas statistik

Sedan mer än ett decennium tillbaka har Barnplantorna samlat in statistik avseende barn och vuxna, som genomgått CI-behandling med ett eller två CI. Vi för också statistik över operationsålder hos barn för att kunna se en utveckling på att CI operationsåldern sjunker, vilket den bör göra efter det att nationell hörselscreening av nyfödda infördes.

Fyra barn har CI-opererats under sex månaders ålder – alla vid Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm. Cirka 150 barn (av från starten 1991) har CI-opererats mellan sex månader till tolv månaders ålder. 237 av totalt 1 000 CI opererade barn har erhållit CI vid en ålder mellan ett till två år. Resterande är CI-opererade under 18 års ålder. Flera av dem har säkerligen CI behandlats efter en successivt försämrad hörselnedsättning efter att ha hört med konventionella hörapparater.

Statistik barn-CI-operationer

Under 2015 CI-opererades:

- 19 barn med ett CI
- 48 barn med dubbla CI

Totalt: 67 barn CI-opererades. Sedan starten 1991 har 1 000 barn fått CI unilateralt eller bilateralt.

Statistik vuxen-CI-operationer

Under 2015 CI-opererades:

- 215 vuxna med ett CI
- 34 vuxna erhöill två CI

Totalt: 2 497 vuxna har fått CI unilateralt eller bilateralt sedan starten.

CI lågprioriterat inom vården?

Den svenska modellen och välfärden är i gungning. Med krympande resurser inom vården ställs grupper mot varandra – något som Barnplantorna blev varse vid möte med ansvariga för hälso- och sjukvården i Västra Götaland. Ansvariga hänvisar ofta till cancerbehandling som högprioriterat. Underförstått hörselnedsättning och CI-behandling tycks lågprioriterat. I takt med krympande ekonomiska realiteter kommer makthavarna att ställas inför beslut om skattehöjningar, patientmedfinansiering och fortsatta ökningar av antalet privata försäkringar. Ideologiska värderingar

kommer att successivt läggas åt sidan när och om vi ska ha fortsatta ambitioner att förse den ökande gruppen personer (barn, vuxna) med hörselnedsättning/dövhet med behandling, successiv uppföljning och modern hörteknologi. Sjukvård och hörselhabilitering har ett livslångt ansvar för denna patientgrupp när det gäller rätten till jämlik och tillgänglig vård i samverkan med patienten.

Landstingen som är "sämst i klassen"

En bra spegling av CI-verksamheterna och landstingens engagemang för en grupp patienter och en behandlingsmetod som har ett mycket stort "cost benefit" ur sjukvårdens perspektiv erhålls genom Socialstyrelsens slutenvårdsdatabas som är offentlig.

Vid en närmare studie av till exempel Västra Götalands län ser vi en fördelning av antalet operationer med cochleaimplantat fördelat per 100 000 invånare i åldrarna 0–85+. Vid en närmare studie av det totala antalet CI-operationer under 2014 i Västra Götalands län ser vi att länet (en av de största regionerna i Sverige) tillhör de som är så att säga "sämst i klassen" nationellt. Tillsammans med länen för Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Skåne och Halland satsas det minst i Sverige på en behandling med ett mycket stort cost benefit.

En nationell utredning i Storbritannien "The real cost of not treating hearing loss", uppskattar kostnaden för CI-behandling av vuxna i Storbritannien till 255 miljoner pund årligen. Besparingen för brittisk välfärd att behandla vuxna med behov av CI beräknas emellertid till 30 miljarder pund årligen. En undersökning av National Family Opinion i USA visar på individuella inkomstminskningar vid obehandlad hörselnedsättning på upp till 12 000 USD per år beroende

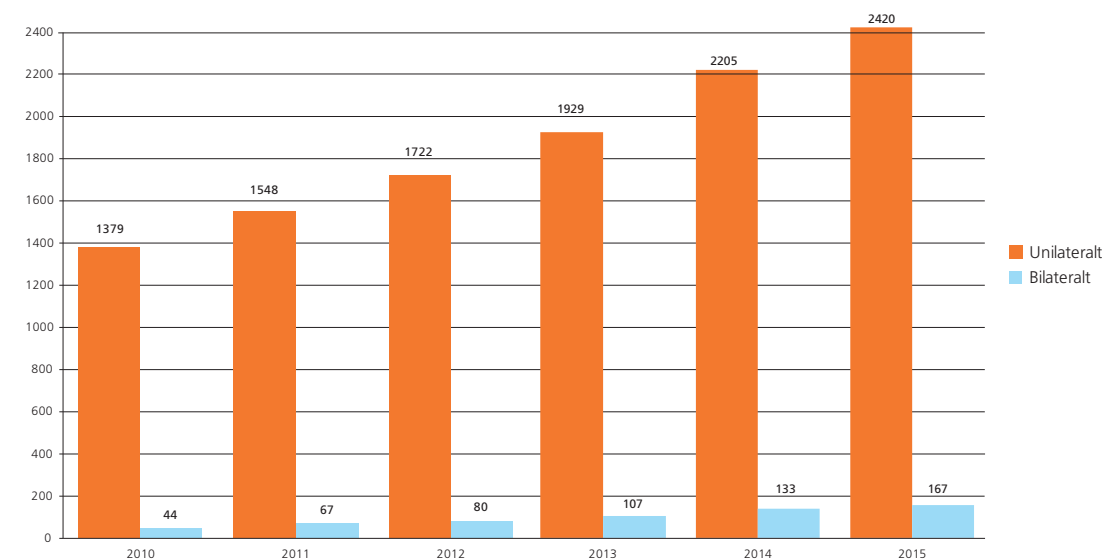
på grad av hörselnedsättning. Trots detta saknas en lyhördhet hos ansvariga för sjukvården nationellt i Sverige.

Det är möjligen dags för sjukvården och SKL (Sveriges Kommuner och Landsting)

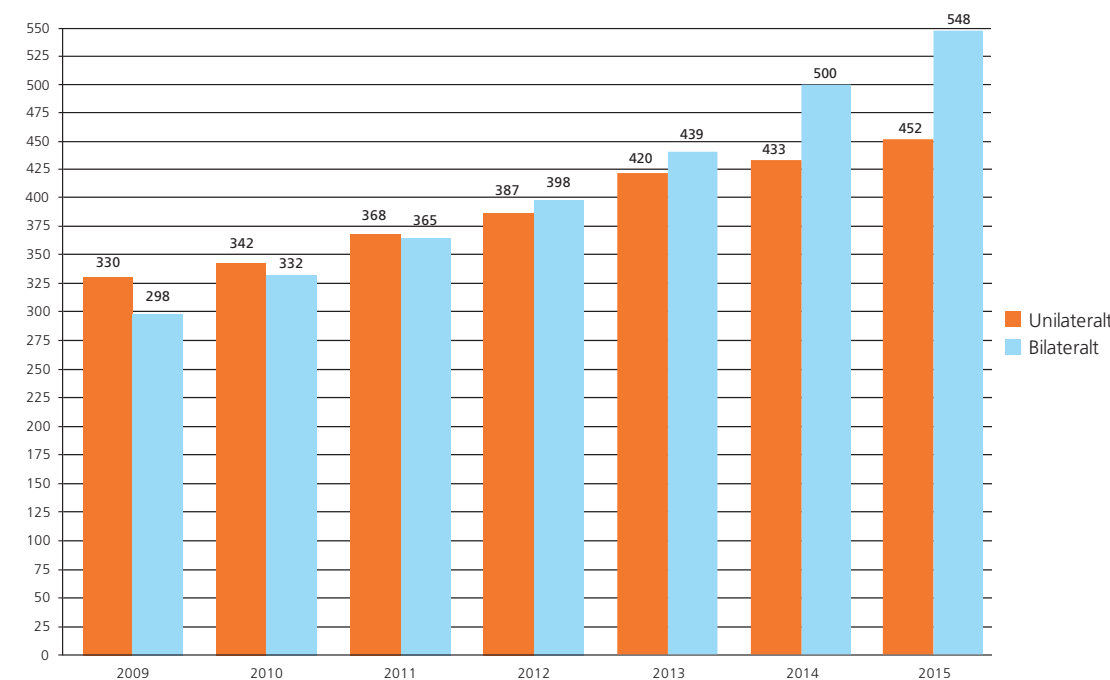
att visa större flexibilitet inför alternativa finansieringsformer där den enskilde individen har ett större inflytande. Ingen patient (barn, vuxna) med CI kommer att acceptera att höra med "gammal" teknik. Patienten

måste alltid vara i fokus! Frågan är hur mycket prioriteringar i vården får drabba patienten. ●

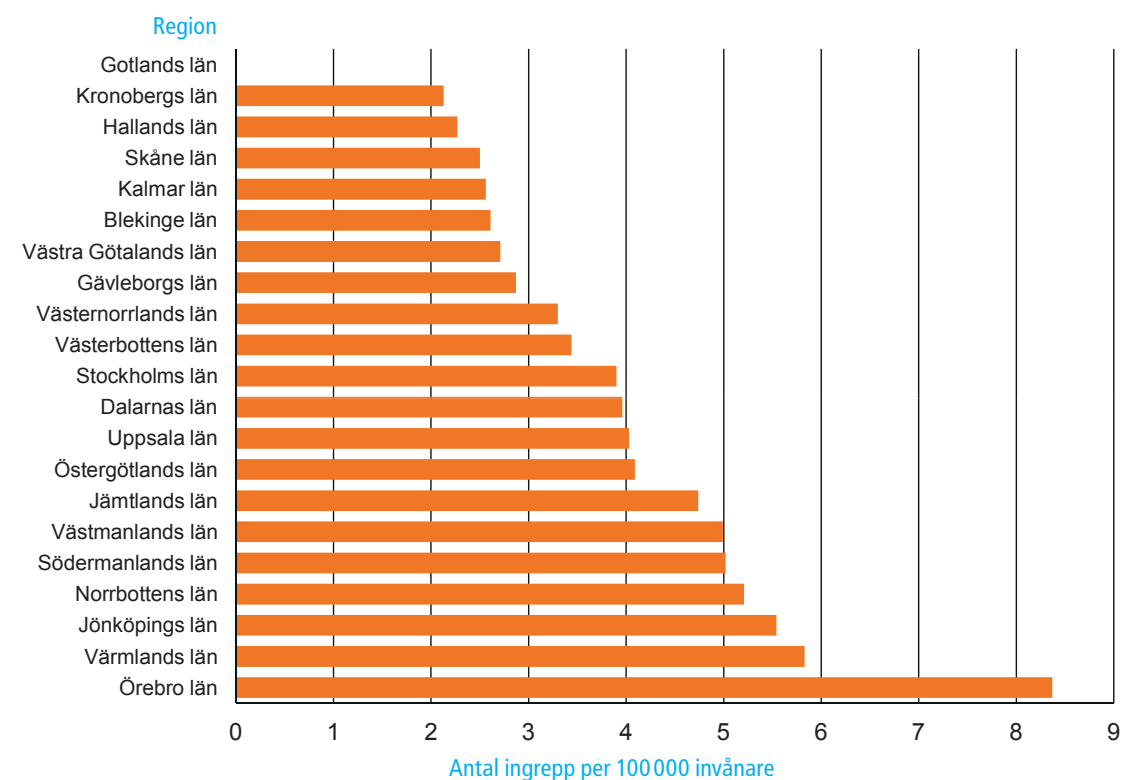
Text: Ann-Charlotte Gyllenram



Antal vuxna som erhållit CI (ackumulerat).

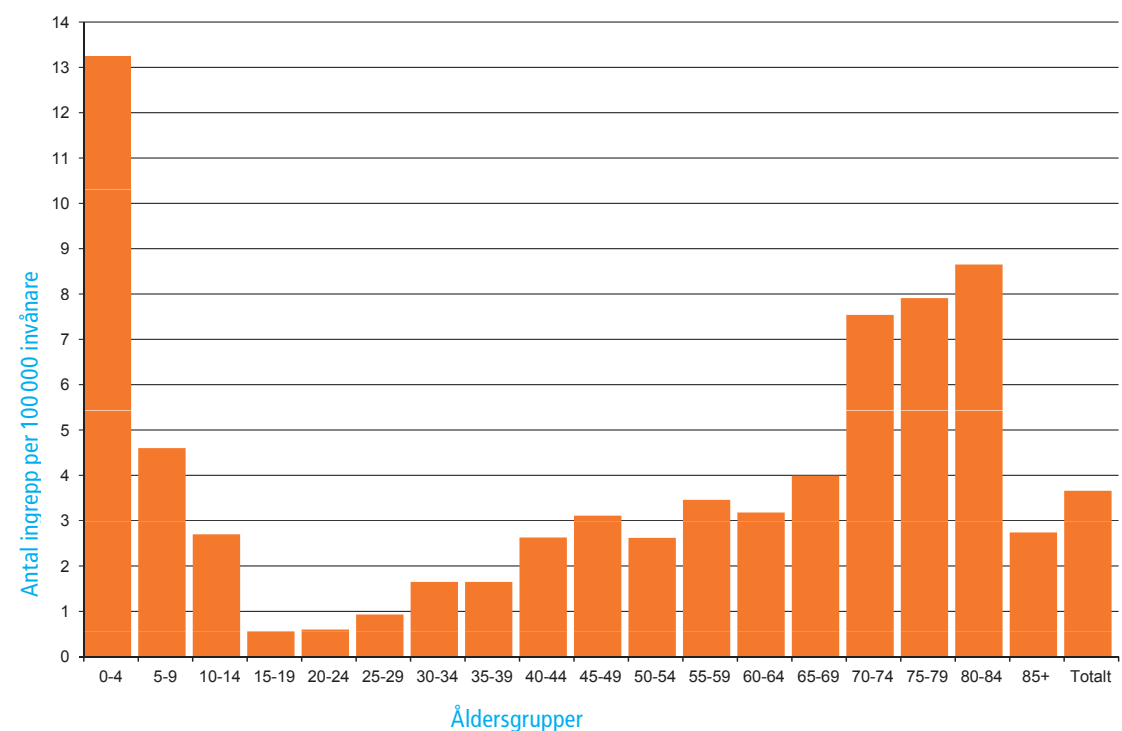


Antal barn (under 18 år vid operationstillfället) som erhållit CI sedan 1991 (ackumulerat).



Operationer i sluten vård.
Antal ingrepp/100 000
inv. DFE00 Anbringande
av kokleärt implantat.
Ålder: 0-85+. Båda
könen, 2014.

Källa: Socialstyrelsens
statistikdatabas
2016-05-11



Operationer i sluten vård.
Antal ingrepp/100 000
inv. DFE00 Anbringande
av kokleärt implantat.
Riket. Ålder: 0-85+.
Båda könen, 2014.

Källa: Socialstyrelsens
statistikdatabas
2016-05-11



Förstklassig hörsel.

Cochlear™ True Wireless™-tekniken tar ditt hörande till nya nivåer och blåser liv i dina intressen. Utforska en värld av ljud utan de kablar och klumpiga tillbehör som krävs av andra, mindre avancerade system.



Cochlear Wireless Mini Microphone 2+ (MiniMikrofon 2+) gör det lättare att förstå tal i svåra ljudmiljöer och på avstånd genom att den överbryggar gapet mellan talare och lyssnare. I utmanande miljöer, som i klassrummet, ger MiniMikrofon 2+ en mer fullständig hörupplevelse både i samtal med en person och i gruppkommunikation.

För mer information, kontakta oss på nordic@cochlear.com eller besök www.cochlear.se följ oss på:   

Cochlear, Hear now. And always, True Wireless, och den elliptiska loggan är varumärken eller registrerade varumärken som tillhör Cochlear Limited. D808056 ISS1 MAR16 Swedish translation



EURO-CIU samlas i Varesa i Italien:

Nya tider med krav på förändrad rehabilitering och nya synsätt

Sedan 1995 har EURO-CIU samlats i april. Ett nytt medlemsland har årligen innehaft värdskapet för mötet, vilket också givet värdlandet möjligheter att profilera sig avseende (re)habilitering/intervention inom CI-området. Deltagare i EURO-CIU har därmed fått möjligheter till ökade förståelser för olikheter (ojämlikheter) i sjukvårdssystem och välfärdssystem. Vi kämpar alla med samma frågor men har kommit olika långt i processen FRAMÅT. Det innebär att vi kan stödja varandra och dra lärdom av varandras eventuella misstag såväl som framgångskoncept.

EURO-CIU (European Cochlear Implant Users) har precis fått en ny styrelse, vilket har inneburit flera bra förändringar. Det handlar om större närvaro på sociala me-

dier och ökad närvaro i EU med möjligheter att lyfta frågor rörande CI-användare på den europeiska arenan. Det sistnämnda är ett viktigt argument för medlemskap i EURO-CIU såväl som medlemskap i nationella organisationer som Barnplantorna i Sverige. Ensam är inte stark!

2016 – Italien värdland för EURO-CIU mötet

2016 mötte alla delegater våren i Varese i närheten av Milano. Dagen före EURO-CIU:s möte bjöd den italienska organisationen Associazione Genitori ed Utenti Audiovestibologia Varese onlus (AGUAV) på konferens utifrån temat "Quality of Life and rehabilitation for cochlear implant users". Det var ingen tillfällighet att mötet

hölls just i Varese. Här finns en stor strävan att implementera familjeinterventionsprogram. Det innebär tidigt familjestöd inkluderande både prevention och att etablera nya modeller för ett tvärvetenskapligt arbete med nya riktlinjer.

AGUAV konstaterar, i enlighet med oss andra, att QoL (Quality of Life) kan förbättras avsevärt för personer med hörselnedsättning om tvärvetenskapligt synsätt på intervention och behandling används. Det handlar om det som vi i Barnplantorna benämner "tillsammansprojekt" eller multidisciplinärt förhållningssätt inom intervention.

Dr. Cristofari från Varesas CI-center inledde konferensen med att konstatera att vi har en ny generation döva med krav på ny

rehabilitering och förändrade synsätt, det vill säga det som tydligen i nuläget väcker starka reaktioner hos deafhood-rörelsen i Sverige. Cristofari konstaterar att:

– Om neurokognitiva funktioner kan förbättras innebär det förbättrad QoL för den enskilde. Hörselnedsättning kan få allvarliga konsekvenser för barns utveckling. Social isolering är en av dessa konsekvenser.

MD R. Bovo konstaterar vidare att CI och CI-hörseln har en stor påverkan på äldre personers sociala liv och självförtroende och att CI kan minska inverkan av tinnitus hos den som hör med CI. Det finns övertygande medicinsk evidens idag på nyttan av att CI-behandla personer även upp i hög ålder. När det gäller tonåringar är även möjligheterna till fritidsaktiviteter viktiga för deras utveckling av självkänsla.

Konsekvenser av hörselnedsättning/dövhet hos barn presenterades:

- Försening i tal- och språkutveckling.
- Språkproblem kan medföra inlärningsproblem.
- Social isolering.
- Begränsade möjligheter till yrkesval.

En stor enighet med Italien finns i Europa när det gäller att: **Regeringar måste tillse att det etableras audiologiska**

screeningprogram (inte bara neonatala hörselscreeningprogram) för både nyfödda och vuxna, tidig diagnos, fri tillgång till modern hörselteknologi samt nationella tvärvetenskapliga forskningscentra. Konsekvenserna är stora om inte så sker.

Sammanfattningsvis konstateras i introduktionen att slutsatserna av CI behandling hos barn såväl som vuxna uppvisar många likheter som till exempel positiva effekter på kognitiva funktioner. Det behövs dessutom fortsatt och utvidgad forskning inom prevention, evaluering och behandling av hörselnedsättning/dövhet (*Pichora-Fuller (2015) Cognitive decline and hearing health care for older adults. American Journal of Audiology 24:108-111*).

Gerry O'Donoghue välkänd läkare från Nottingham

Efter en grandios inledning från Italien som visade på problem men också ett stort engagemang i en utvecklingsprocess så tog Gerry O'Donoghue vid. Han är en högst ansedd läkare från Nottingham/UK, som funnits med och utvecklat CI-verksamheten inte bara vid Queens Medical Hospital i Nottingham utan också spridit kunskap globalt.

Även O'Donoghue insåg tidigt vikten av multidisciplinär samverkan vid CI-behandling och då särskilt på barn. Därav det tidiga samarbetet på 1990-talet mellan CI-kliniken i Nottingham och The Ear Foundation. O'Donoghues anföranden utmanar alltid eftersom han tenderar att ligga steget före i sina sätt att tänka.

Anförandet handlade om att ökad kunskap inom neurovetenskap har inneburit större förståelse för hörselnedsättningens konsekvenser inte bara på lärande och kognition utan också på hjärnans utveckling, som påverkar hjärnans förmåga att bearbeta information utöver själva hörselsystemet.

Men det intressanta konstaterandet som han gjorde, och som kommer att och måste ha stor genomslagskraft i Sverige bland forskare, läkare och Barnplantorna var:

– **Vi måste identifiera gapet i forskning så att allt fler som behöver CI kan få det. Sjukvårdspolitiker ser strikt på "health benefit".**

Det framstår som övertydligt att CI är verktyg för att nå hjärnan ("Brain access tools").

Pojke med cochleaimplantat spelade trumpet

Det var en intressant första dag med konferens som väckte tankar, reflektioner och många samtal hos oss alla på kvällen. Före middagen spelade en orkester i den vackra innegården i den klosterliknande Villa Cagnola, där konferens och generalförsamling gick av stapeln. Flera ungdomar med CI i AGUAV:s organisation jobbade hårt under dagarna med att fotografera och dokumentera både konferens, sociala aktiviteter och EURO-CIU:s generalförsamling. Stor uppmärksamhet fick den cirka 10-åriga pojken i orkestern som framförde ett trumpetsolo. Uppmärksamhet eftersom han hör med cochleaimplantat.

EURO-CIU generalförsamling

Med en ny styrelse och ordförande i EURO-CIU har organisationen fått en välbehövlig nytändning. Teresa Amat från den span-



→ ska organisationen AICE är ny ordförande i EUO-CIU sedan ett år tillbaka.

Sue Archbold pratade på eftermiddagens generalförsamling om nödvändigheten av att nu tänka framåt. Med detta menade hon att vi alla måste bedriva ett påverkansarbete så att fler får tillgång till modern hörselteknologi som cochleaimplantat. Hon konstaterade:

– Många av oss har varit involverade i implementeringen av hörselscreening av nyfödda, men nu är det hög tid att hörselscreena vuxna!

Som vi alla vet har CI, benförankrade hörapparater, mellanöreimplantat, hjärn-

stamsimplantat etc. inneburit en ny era av möjligheter för många men också en nödvändig utveckling av intervention (habilitering) för alla med hörselnedsättning. En nödvändig utveckling som Barnplantorna konstaterar går för sakta i Sverige.

Sue Archbold tydliggjorde det som behöver poängteras, nämligen att antalet personer med CI fortfarande är för få för att våra hälso- sjukvårdspolitiker ska bry sig. Vi måste fokusera på större frågor nämligen hörselnedsättning. Där har vi genast många fler som är berörda. Målsättningen är fullständigt klar: att minska och förhindra den inverkan hörselnedsättning har

genom tillgång till modern hörselteknologi och optimal intervention.

I Sverige behöver vi fortfarande enas om att påbörja detta arbete på flera nivåer i samhället. Kanske är övriga Europa på det utvecklingståget FRAMÅT medan vi fortfarande käbblar om andra historiska frågor.

Vi i Barnplantorna ser redan framemot nästa års EURO-CIU möte i Helsingfors. ●

Text: Ann-Charlotte Gyllenram

Bilder: EUO-CIU/AGUAV



Din tid är nu.

SONNET Audioprocessor tillåter stänk och plask.

Barn är barn - så vi har gjort SONNET både vattentålig och säker för lek.



Ingår i SYNCHRONY
Cochlear Implant systemet

hearLIFE

Möllerström Medical | MED-EL Representative Scandinavia
info@mollerstrommedical.com | www.mollerstrommedical.com

medel.com



Vad säger forskningen?

Teckenspråk och talat språk till barn med hörselnedsättning: En systematisk översikt.

Elizabeth M. Fitzpatrick, Candyce Hamel, Adrienne Stevens, Misty Pratt, David Moher, Suzanne P. Doucet, Deirdre Neuss, Anita Bernstein, Eunjung Na

Tidig upptäckt av hörselnedsättning hos barn genom neonatal hörselscreening har blivit standard i större delen av världen. Man förväntar sig att tidig intervention med tekniska hörhjälpmedel kommer förbättra möjligheten till talspråklig utveckling hos barn med hörselnedsättning.^(1,2)

Medfödd hörselnedsättning är en relativt vanlig åkomma som drabbar 1–3 per 1 000 födda^(3–5), vilket stör den naturliga talspråsutvecklingen och utgör en riskfaktor för att få en försenad språklig och social utveckling^(6–8). Det finns en stark samstämmighet för det faktum att tidig specialiserad intervention är nödvändig i kombination med tidig upptäckt för att hjälpa utveckla språkliga kommunikativa färdigheter hos dessa barn^(1,9).

Historiskt sett har en anseilig debatt förts om vilken intervention som bäst ger den optimala utvecklingen för barn med hörselnedsättning och det har resulterat i en mängd olika metoder som skalas ner till två breda men distinkta filosofier.

Den orala/muntliga inriktningen som syftar till att underlätta talat språk samt integrering med normalhörande jämnåriga och den manuella som fokuserar på visuella kommunikationssätt (teckenspråk) samt tillhörighet i dövulturen^(10,11).

Även om det finns en bred allmän inställning att flera alternativ bör erbjudas barnen och deras föräldrar så är det två händelser under de senaste 20 åren, (neonatal hörselscreening och utvecklingen av cochleaimplantat (CI)), som har möjlig-

gjort att även barn med grav hörselnedsättning/ dövhet har kunnat utveckla talat språk^(7,12–14). Epidemiologisk fakta bekräftar att >90 % av barn med medfödd hörselnedsättning har normalhörande föräldrar⁽¹⁵⁾.

Trots att det finns bevis för att barn med hörselnedsättning kan utveckla talspråkliga färdigheter^(7,14,16) så saknas det konsensus kring optimala behandlingsmetoder/intervention för detta⁽¹⁷⁾. Det finns en allmän uppfattning att barn som får enbart talspråklig stimulans skulle utveckla bättre språkliga färdigheter än de som även exponeras för teckenspråk, vilket eventuellt skulle kunna störa eller försena språkutvecklingen. En annan forskningsfalang föreslår att visuella språk som American Sign Language (ASL) processas i hjärnan på samma sätt som talspråk och är ett komplement till auditiv stimulans och därför ger en stark grund för inläring av talspråk^(18,19). Därför, anser man, om man lägger till teckenspråk kanske man utvecklar tvåspråkiga färdigheter och underlättar övergång till talspråkligt tillägnande.

Anekdotisk kunskap stöder olika typer av intervention men det finns inte mycket vetenskapligt baserad konsensus. Den här informationen är väsentlig för att:

1. man ska kunna guida föräldrarna i beslutet hur de ska besluta kring förhållnings-sätt för sina barn under småbarnsåren,
2. hur man ska informera vårdgivare så att de kan utforma behandlingsplaner för att uppnå önskad utveckling för barnet samt
3. informera de styrande så de kan ta beslut om lämpliga investeringar för tidig intervention.

Det primära syftet med den här översikten var att ta reda på vad det finns för

evidens för effekten av de olika metoderna som står tillbuds idag när man önskar utveckling av talat språk hos barn med tidigt identifierad, medfödd hörselnedsättning. Man ville ta reda på huruvida tillägg av teckenspråk till talat språk underlättade språkutveckling av talat språk.

Specifikt betonades frågan: Har barn med hörselnedsättning bättre talspråklig utveckling när de exponeras tidigt för tecken som stöd till det talade språket jämfört med enbart talspråklig stimulans utan tecken?

METOD

Översiktens protokoll och rapport följde "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Protocols"⁽²⁰⁾ och publicerades⁽²¹⁾ och registrerades i ett internationellt register⁽²²⁾ över systematiska översiktens protokoll. En omfattande litteratur- och databassökning, väl beskriven i artikeln, ägde rum.

Inklusionskriterier

Studiedesign: randomiserade kontrollerade studier, kontrollerade kliniska studier, annan kvasi-experimentell design inkluderande kontrollgrupp; prospektiva och retrospektiva kohortstudier (kohort = en grupp individer med vissa gemensamma drag eller egenskaper/en grupp patienter med gemensam karaktäristika).

Deltagare: tillämpliga studier var de som inkluderade barn (1) med tidig hörselnedsättning (före 3 år) som använde hörapparat och/eller cochleaimplantat; (2) som fått tidig intervention (≤ 3 år); (3) < 18 år vid bedömningen. Studier som rapporterade resultat för barn med hörselnedsättning

och utvecklingsstörning som påverkade språkutvecklingen exkluderades.

Intervention: studier som fokuserat på tidig intervention i syfte att stimulera talspråkutveckling, vilket involverade (1) talspråklig intervention (2) någon form av teckenspråk eller tecken som stöd. Studiernas relevans bedömdes baserat på beskriven interventions komponenter och inte på interventionsprogrammets titel. Kontrollgruppens intervention skulle vara talspråklig utan teckenspråk.

Effektmått: alla mätningar av talat språk inklusive auditiva, receptiva och expressiva språkfärdigheter (t.ex. ordförråd), talproduktion och förståelighet.

Tidsram: studier från 1995 och framåt inkluderades för att fånga upp studier efter den omfattande implementeringen av cochleaimplantat och neonatal screening. Äldre studier exkluderades eftersom tidigare generationer av barn troligen inte erhållit intervention och teknologi av samma standard som barn beskrivna i senare studier.

Språk: artiklar skrivna på engelska och franska inkluderades.

Bedömning av studiers kvalitet

Studiernas kvalitet bedömdes med hjälp av verktyget "Qualitative Assessment Tool for Quantitative Studies"^(36,37). En metodologisk skattning genomfördes baserad på en värdering av 8 områden; urvals bias (felkällor vid urvalet), studie design, confounders (påverkan av andra faktorer än själva interventionen), blindade bedömare, metoder för datainsamling, bortfall och avhopp, interventionens integritet, studie analys.

Gradering av evidensstyrka

Skattning av evidensnivå totalt för alla resultat genomfördes enligt the Grade of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) working

group⁽³⁸⁾. Det var inte möjligt att göra en meta-analys (där statistisk analys utförs genom en sammanslagning av alla studiers resultat) p.g.a. de stora skillnaderna i design, metod och effektmått i de olika studierna. Planerade subgruppsanalyser för att undersöka variabler relaterade till grad av hörselnedsättning, ålder vid diagnos, och hörselteknologi kunde inte genomföras p.g.a. för få studier.

RESULTAT

Sökningen utifrån inklusionskriterier ledde fram till 470 studier. Efter en screeningprocess kvarstod 11 studier. Skäl till exkludering var (1) ingen studiedesign (58 %) och (2) ingen i sammanhanget relevant intervention (32 %).

Studiers karaktäristika

Alla elva studier var prospektiva kohortstudier som publicerats mellan 1999 och 2013. Åtta av studierna var genomförda i USA^(32, 39–45), övriga var från Spanien⁽⁴⁶⁾, Storbritannien⁽⁴⁷⁾ och Danmark⁽⁴⁸⁾. Tre studier^(44,46,47) syftade specifikt till att undersöka om tecken som stöd till talat språk gav bättre effekt. Övriga studier utvärderade hörselteknologi eller tillhandahöll data om språkintervention som en av flera förklarande variabler i analysen som utförts.

Deltagare och interventioner: antal deltagare varierade från 13 till 90. Det är inte möjligt att utesluta överlappning av deltagare i några av studierna, t.ex. 3 studier^(39,42,43) inkluderade en grupp av barn från ett amerikanskt cochleaimplantat program. Författare använde en variation av beskrivningar och terminologi för att beskriva både interventionsgrupper (t.ex. tecken, tvåspråkig) och kontrollgrupper (oral, talat språk).

Bedömning av kvalitet: studiers kvalitet skattades som måttlig (4 studier) och svag (7 studier). Det är viktigt att notera att i dessa studier var det inte möjligt att ha

blindade bedömare (bedömare som ej är bekanta med interventionen och dess deltagare). Andra orsaker till svag kvalitet kom av att information om andra faktorer som kan ha påverkat resultatet (confounders) eller metod för datainsamling var begränsad. De flesta av studierna var inte heller specifikt designade för att svara på frågeställningarna i denna systematiska översikt. Studierna kan ha inkluderat färre detaljer om interventionsmetoderna eftersom det inte varit deras primära frågeställning. Deras olika fokus kan därför influerat hur kvaliteten kommit att skattas.

Resultat – effektmått

Tio av studierna rapporterade resultat från olika mätningar (ordförråd, receptivt respektive expressiv språkförmåga, talförståelighet, fonologi, talperception). En studie⁽⁴¹⁾ rapporterade enbart talperception. Olika mätmetoder hade använts (t.ex. standardpoäng, råpoäng, åldersekvivalens) och studierna rapporterade även variationer i hur olika test administrerats, t.ex. i några av studierna^(39,40,42,43) administrerades testen utifrån det språk barnet föredrog (tecken eller talspråk). De olika test som använts var standardiserade utifrån normalhörande barn. Olika justeringar i testproceduren kan ha påverkat testens måtegenskaper och tolkningen av resultat. Ingen studie rapporterade negativ effekt av interventionen.

Resultat språk – ordförråd: receptivt ordförråd rapporterades om i fyra studier som använt Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT)⁽⁴⁹⁾, ett normerat test för åldrarna 2,6 till 90+. Dessa fyra studier^(39,42,46,48) inkluderade enbart barn med cochleaimplantat. Två av dessa studier^(39,42), från USA, genomfördes 1999–2000 och inkluderade då barn som fått CI i början efter att det blivit tillgängligt. Dessa studier rapporterade ingen signifikant effekt av intervention. Den tredje studien⁽⁴⁶⁾ rapporterade standardpoäng från en spansk version ➔

→ av testet, med ingen statistisk skillnad mellan grupperna. Den fjärde studien⁽⁴⁸⁾, från Danmark, använde en översatt version av PPVT med amerikansk normering. Författarna rapporterade inga poäng från respektive grupp, men sammanfattade att en faktor som kan associeras med större chans till åldersekvivalent receptivt ordförråd skulle vara att inte använda "total communication".

Tre studier rapporterade även resultat gällande expressiv ordförråd. Den danska studien⁽⁴⁸⁾ använde här ett danskt normerat test, men fann ingen effekt beroende på typ av intervention. Den amerikanska förskolestudien⁽³²⁾ fann att resultaten gällande expressivt ordförråd var till förmån för oral intervention enbart vid sent diagnosticerade barn (> 12 månader) och visade inga signifikanta effekter av intervention hos tidigt diagnosticerade barn (> 6 månader). Gruppen med sent identifierade bestod av 12 barn som fått tecken och 26 barn som inte fått tecken (oral). En amerikansk CI-studie⁽⁴⁵⁾, vars primära mål var att undersöka läsförståelse, rapporterade även data gällande expressivt ordförråd före och efter cochleaimplantation. Författarna rapporterade att tecken + talintervention var signifikant associerat med bättre resultat vid mätning av ordförråd före CI. Emellertid svarade barnen i studien vid testningen med tecken och/eller talspråk; därför representerade inte resultatet en mätning av talat ordförråd. Efter CI var resultaten för båda grupperna under medelvärdet för hörande jämnåriga, med viss fördel för gruppen med tecken + tal. Emellertid delgav författarna inte huruvida skillnaden var signifikant eller ej.

Resultat språk – receptivt och expressivt språk: det mest vanliga rapporterade resultatet för receptivt och expressivt språk (5 studier) var från Reynell Developmental Language Scales, ett normerat test för åldrarna 1 till 6 år. Fyra studier^(39, 40, 42, 43) rapporterade resultat för amerikanska barn

som fått CI före 2002. Enligt författarna fanns det inte signifikanta effekter av intervention jämfört med kontrollgrupp. Endast den danska studien⁽⁴⁸⁾, som använde en dansk översättning av den receptiva delen i Reynell med amerikanska normer, rapporterade statistiskt signifikanta positiva resultat för intervention med talat språk gällande språkförståelse.

Samma fyra amerikanska CI studier rapporterade även liknande fynd vid expressivt språk mätt med Reynell. Den danska studien rapporterade inte expressivt språk. Endast en studie⁽³⁹⁾ med positiva resultat vid intervention med talat språk nådde statistisk signifikans.

Ytterligare tre studier^(32,46,47) tillhandahöll resultat från en variation av andra mätningar av receptivt och expressivt språk, alla ledande till olika resultat. En amerikansk förskolestudie⁽³²⁾ rapporterade inga signifikanta effekter av intervention till tidigt diagnosticerade barn vid 48 månaders ålder. Emellertid visade studien blandade fynd för sent diagnosticerade barn med positiva resultat för talspråksintervention utifrån två standardiserade mätningar (expressivt språk) och en mätning av språkförståelse, men ingen signifikant skillnad i ett annat språkförståelsetest.

Varierande resultat rapporterades även i studien med arton barn⁽⁴⁶⁾, där den spanska versionen av Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA) användes. Författarna rapporterade signifikant högre standardpoäng i auditiv perception, auditiv association och grammatisk helhet hos gruppen med enbart talat språk. Endast på subtest gällande verbal uttrycksförmåga var det signifikant högre medelvärde hos gruppen med tecken + tal. En annan studie, från Storbritannien⁽⁴⁷⁾ med tretton deltagare använde utvecklingsskalor för att mäta expressivt språk inom pragmatik, semantik och syntax. Författarna rapporterade förseningar mellan 6 till 24 månader i båda grupperna och sammanfattade att intervention inte påverkade resultatet.

Resultat språk – analys av spontantal: slutligen rapporterade två studier varierande aspekter av kommunikativ utveckling. En studie av Nicholas och Geers⁽⁴⁴⁾ rapporterade resultat från två åldersgrupper, 18 till 30 månader och 36 till 54 månader, för 38 barn som fått tecken + tal intervention. De jämförde resultaten med en historisk kohort bestående av 38 barn som deltagit i talspråklig intervention. Utifrån 12 olika mätresultat rapporterades statistisk signifikant skillnad vad gäller antal ord per yttrande (tecknade eller talade ord) där gruppen tecken + tal 18 till 30 månader presterade bättre; antal olika talade ord, där gruppen med enbart tal 36 till 54 månader presterade bättre; proportion av upplysande eller kunskapsförmedlande, där båda åldersgrupper med tecken + tal fick bättre resultat. Av 19 spontantalsresultat i Nittrouers studie⁽³²⁾ visade 18 ingen statistisk signifikant skillnad för tidigt diagnosticerade barn (18 av 51 hade tecken + tal), medan en mätning (mängden frågor barnet ställt) var till fördel för talspråklig intervention.

Författarna till denna översiktsartikel fick fram endast en studie som adresserade andra aspekter av språkfunktion. Jiménez m.fl. (46) använde the Inventory for Client and Agency Planning och rapporterade ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande social kommunikationsfärdighet.

Resultat tal: tre studier adresserade aspekter av talproduktion, två relaterade till talets förståelighet^(32,39) och en till fonologisk produktion⁽⁴⁶⁾. I två studier^(39,46) skattas grupperna med enbart talspråklig intervention signifikant bättre, medan det i den amerikanska förskolestudien⁽³²⁾ erhöles signifikant bättre resultat för talspråklig intervention i den sent diagnosticerade gruppen men inte i den tidigt diagnosticerade gruppen.

Talperception: fyra CI-studier^(39, 41–43, år 1999 till 2002) undersökte talperception specifikt och inkluderade tre closed-set mätningar (svaren väljs från givna ordalternativ) och

två open-set mätningar (inga givna alternativ). Alla poäng var högre i gruppen med enbart tal, förutom vid ett test (Mr Potato Head, words) i en⁽⁴¹⁾ av de fyra studierna, men det förelåg dock ingen signifikant skillnad. Emellertid, gällande open-set med enstaviga ord var det en liten klinisk skillnad trots statistisk signifikans. Inga talperceptionsmätningar fanns rapporterade för barn med hörapparat.

Sammanfattningsvis fanns det rapporterat 61 testresultat totalt, varav endast 4 visade statistiskt signifikanta resultat med fördel för intervention med tecken + tal och 36 för enbart talspråklig intervention (9 relaterade till talperception, 17 till sent diagnosticerade i den amerikanska förskolestudien).

DISKUSSION

Det föreligger fortsatt frågor kring fördelar och nackdelar med att lägga till teckenspråk till interventionsmetoder som fokuserar på utveckling av talspråk hos barn med hörselnedsättning. Den här översikten fann att få studier har undersökt frågan systematiskt. Vid åtta av de elva studierna inkluderades enbart barn med grav hörselnedsättning/dövhet som använde CI. Många barn erhöles teckenspråk som komplement till talat språk innan de fick CI, som följd av hörselskadans grava natur, speciellt på tidigt 1990-tal då CI var en ny valmöjlighet. Vad gäller barn med lättare hörselnedsättning saknas idag studier som belyser frågan. Den här översikten hittade enbart tre studier^(32,44,47) som inkluderade barn med hörselnedsättning som använde hörapparat.

Mätningar av språkutveckling som inkluderade receptivt ordförråd, samt receptiv och expressiv språkförmåga bidrog med mest information för den här studien. När man jämförde intervention med teckenspråk och talat språk med intervention med enbart talat språk visade studierna inga skillnader mellan grupperna för receptivt och expressivt ordförråd, med undantag för en studies⁽³²⁾ resultat som favoriserade enbart tal-

språk hos barn som identifierats sent (n=12 i teckengrupp). En mängd olika mätmetoder användes i studierna vilket begränsade möjligheten att generalisera resultaten.

Majoriteten av studierna hade en svag metod. När man räknade enligt GRADE-kriterierna var den övergripande kvaliteten av evidensen för utfallet mycket låg. Enligt GRADE, är kohortstudier ansedda att ha låg kvalitet redan innan man lägger till bedömningskriterier, eftersom de har en större risk för metodfel generellt. Den övergripande kvaliteten på evidensen för utfallet var även begränsad på grund av få antal inkluderade studier, vilket resulterade i låg värdering av precision vad gäller resultat och svårigheter att bedöma om resultaten var solida.

Det förelåg också en ansevärd variation av olika mätmetoder vilket försvårade jämförelser mellan studier. Dessutom saknades information om hela processen av omhändertagande från tidpunkt för diagnos, likaså om andra interventioner gavs parallellt. Därför finns behov av ytterligare studier på dagens barn för att komplettera den evidensbaserade kunskapen. De flesta av studierna gjordes före 2002 på barn med grav hörselnedsättning/dövhet och speglar därför inte dagens förhållanden, då barn med medfödd dövhet oftast identifieras och erhåller tidig intervention före ett års ålder. Ny information om effekterna av intervention på barn med olika grad av hörselnedsättning har potential att ändra tidigare slutsatser. Efter att denna översikt avslutats upptäcktes en nyligen gjord retrospektiv kohortstudie⁽⁵⁰⁾ genomförd i Australien på små barn som använde CI. Man jämförde en tecken- och talintervention grupp (n=10) med två talgrupper (auditory–oral, n=14 och auditory–verbal, n=18). Ingen signifikant skillnad hittades vad gällde receptivt ordförråd, språkförståelse för talat språk eller expressivt språk mellan någon av de tre grupperna. Detta resultat var i enlighet med den utförda översikten och ändrade inte slutsatserna.

Begränsningar

Trots den noggranna efterforskningen var det möjligt att några studier inte blev inkluderade. Det var ibland svårt att veta om det lagts lika mycket tryck på talspråklig intervention när man använde tecken. En annan viktig begränsning var att 8 av de 11 studierna, trots att de mötte inklusionskriterierna, inte var ursprungligt designade att svara på frågorna i denna översikt.

Fastän frågan om verkan av intervention och specifikt om effekten av tecken i kombination med talspråk har funnits sedan länge, är det slående hur få nya studier som gjorts inom området. Frågan om vad tecken i kombination med talspråklig träning tillför språkutvecklingen är fortsatt obesvarad och det pågår mycket lite forskning som innehåller jämförandegrupper^(51,52).

Trots starka slutsatser som dragits av experter inom området och interventionsstudier utan jämförelsegrupper så indikerar den här översikten att det finns väldigt lite och otillräcklig evidens för att bedöma om tillägg av teckenspråk till talat språk är mer effektivt för att utveckla talat språk än intervention med enbart talat språk utan tecken för att utveckla och tillägna sig talspråk.

SLUTSATSER

Den här översikten visade att det finns viktiga luckor i kunskapen om effekten av tecken- och talspråklig intervention, jämfört med enbart talspråklig intervention för barn med hörselnedsättning när talspråksutveckling är det man önskar. Till dags dato finns inget bevis för att tillförande av tecken underlättar tillägnandet av talspråk. Likväl fann denna översikt inga avgörande evidens för att tillförande av tecken skulle hindra talspråksutvecklingen. Generellt råder det brist på väl utformade studier av interventionsmetoder för barn med hörselnedsättning utförda på dagens generation av barn. Det är viktigt att mer forskning utförs för att komplettera och uppdatera den evidens som framkommit →

→ hittills. Genom den numera allmänt utbredda neonatala screeningen finns möjlighet att inhämta mer korrekt data efter tidig diagnos, som ger bättre information om debut, grad av hörselnedsättning och eventuella förändringar relaterade till olika interventionsmetoder, jämfört med vad som var möjligt för studiedeltagare i den här översikten.

Interventionsmetoder bör rapporteras i detalj och om definitioner kan utvecklas och anammas på en internationell nivå, skulle jämförelser mellan liknande program vara möjliga. Enhetliga mätmetoder skulle vara mycket värdefullt för att kunna jämföra framtida resultat från olika studier.

Det finns idag otillräckligt med information för att guida föräldrar utifrån resultat från grupper av barn som har dragit nytta av tidig upptäckt och tidig tillgång till hörhjälpmedel. Området skulle dra nytta av noggrant kontrollerade prospektiva studier av dagens barn. ●

Publicerad i *Pediatrics*, volume 137, number 1, January 2016.

Översättning och sammanfattning av:
Helena Löfhede & Marja Öller Darelid,
logoped i CI-teamet,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg

Fakta:

En systematisk översikt sammanfattar en konkret klinisk frågeställning där man försökt minska risken för metodfel (bias). Informationen bygger på analys av ett antal enskilda vetenskapliga studier (originalartiklar) som vetenskapligt granskats, varefter att man gjort en sammanfattande bedömning av de olika studiernas resultat. En systematisk översikt innebär att man har samlat all relevant information, kritiskt granskat och sum-

merat bevisen inom ett specifikt område. Vid insamlandet läggs stor vikt vid att få tag i all relevant information (såväl positiva som negativa resultat) från publicerade och opublicerade undersökningar. Vanligen används en på förhand uppgjord granskningsmall som ligger till grund för en kvalitetsbedömning av det insamlade materialet. (Ur Nordenström, J. (2004). Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår.) ●

REFERENSER

1. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120(4). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/4/e898
2. Nelson HD, Bougatsos C, Nygren P; 2001 US Preventive Services Task Force. Universal newborn hearing screening: systematic review to update the 2001 US Preventive Services Task Force Recommendation. *Pediatrics*. 2008;122(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/1/e266
3. Fortnum HM, Summerfield AQ, Marshall DH, Davis AC, Bamford JM. Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal hearing screening: questionnaire based ascertainment study. *BMJ*. 2001;323(7312):536–540
4. Prieve BA, Stevens F. The New York State universal newborn hearing screening demonstration project: introduction and overview. *Ear Hear*. 2000;21(2):85–91
5. Watkin PM, Baldwin M. Identifying deafness in early childhood: requirements after the newborn hearing screen. *Arch Dis Child*. 2011;96(1):62–66
6. Kennedy CR, McCann DC, Campbell MJ, et al. Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment. *N Engl J Med*. 2006;354(20):2131–2141
7. Ching TY, Dillon H, Marnane V, et al. Outcomes of early- and late-identified children at 3 years of age: findings from a prospective population-based study. *Ear Hear*. 2013;34(5):535–552
8. Wake M, Poulakis Z, Hughes EK, Carey-Sargeant C, Rickards FW. Hearing impairment: a population study of age at diagnosis, severity, and language outcomes at 7-8 years. *Arch Dis Child*. 2005;90(3):238–244
9. Moeller MP, Carr G, Seaver L, Stredler-Brown A, Holzinger D. Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: an international consensus statement. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2013;18(4):429–445
10. Marschark M, Spencer PE. Spoken language development of deaf and hard-of-hearing children: Historical and theoretical perspectives. In: Spencer PE, Marschark M, eds. *Advances in the spoken language development of deaf and hard-of-hearing children*. New York: Oxford University Press; 2006:3–21
11. Durieux-Smith A, Fitzpatrick EM. History of the management of hearing loss in children. In: Seewald R, Tharpe AM, eds. *Comprehensive handbook of pediatric audiology*. San Diego, CA: Plural Publishing; 2011:617–629
12. Thoutenhoofd ED, Archbold SM, Gregory S, Lutman ME, Nikolopoulos TP, Sach TH. *Paediatric cochlear implantation: Evaluating outcomes*. London: Whurr Publishers Ltd.; 2005
13. Geers AE, Moog JS, Biedenstein J, Brenner C, Hayes H. Spoken language scores of children using cochlear implants compared to hearing age-mates at school entry. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2009;14(3):371–385
14. Fitzpatrick EM, Crawford L, Ni A, Durieux-Smith A. A descriptive analysis of language and speech skills in 4- to 5-yr-old children with hearing loss. *Ear Hear*. 2011;32(5):605–616
15. Mitchell R, Karchmer M. Chasing the mythical ten percent: parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States. *Sign Lang Stud*. 2004;4(2):138–163
16. Niparko JK, Tobey EA, Thal DJ, et al; CDaCI Investigative Team. Spoken language development in children following cochlear implantation. *JAMA*. 2010;303(15):1498–1506
17. Spencer PE, Marschark M. *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. New York: Oxford University Press; 2010
18. Petitto LA, Katerelos M, Levy BG, Gauna K, Tetreault K, Ferraro V. Bilingual signed and spoken language acquisition from birth: implications for the mechanisms underlying early bilingual language acquisition. *J Child Lang*. 2001;28(2):453–496
19. Petitto LA, Zatorre RJ, Gauna K, Nikelski EJ, Dostie D, Evans AC. Speech-like cerebral activity in profoundly deaf people processing signed languages: implications for the neural basis of human language. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2000;97(25):13961–13966
20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535
21. Fitzpatrick EM, Stevens A, Garritty C, Moher D. The effects of sign language on spoken language acquisition in children with hearing loss: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2013;2:108
22. Fitzpatrick EM, Stevens A, Garritty C, et al. A systematic review of the effects of using sign language on spoken language acquisition in children with early-identified hearing loss. PROSPERO 2013:CRD42013005426 Available at: www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42013005426#.VWUaU-vqc6I. Accessed October 13, 2015
23. McGowan J, Sampson M, Lefebvre C. An evidence based checklist for the peer review of electronic search strategies (PRESS EBC). *Evid Based Libr Inf Pract*. 2010;5(1):149–154
24. Leclercq E, Leeflang MMG, van Dalen EC, Kremer LC. Validation of search filters for identifying pediatric studies in PubMed. *J Pediatr*. 2013;162(3):629–634.e2
25. Glanville JM, Lefebvre C, Miles JNV, Camosso-Stefinovic J. How to identify randomized controlled trials in MEDLINE: ten years on. *J Med Libr Assoc*. 2006;94(2):130–136
26. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Search filters. Available at: www.sign.ac.uk/methodology/filters.html. Accessed June 27, 2013
27. Spencer PE, Marschark M, eds. *Advances in spoken language development of deaf and hard-of-hearing children*. New York: Oxford University Press; 2006
28. Brisk ME, Harrington MM. *Literacy and bilingualism: a handbook for all teachers*, 2nd ed. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates; 2007
29. Schwartz RG. *Handbook of child language disorders*. New York: Psychology Press; 2009
30. Clark EV, editor. *The proceedings of the twenty-ninth annual child language research forum*. Chicago: University of Chicago Press; 1998.
31. Hughes E, Hughes M, Greenhill A, editors. BUCLD21: *Proceedings of the 21st annual Boston University Conference on Language Development*. Somerville, MA: Cascadia Press; 1997.
32. Nittrouer S. *Early development of children with hearing loss*. San Diego, CA: Singular Publishing; 2010
33. Fitzpatrick E, Durieux-Smith A, Eriks-Brophy A, Olds J, Gaines R. The impact of newborn hearing screening on communication development. *J Med Screen*. 2007;14(3):123–131
34. Tobey EA, Thal D, Niparko JK, Eisenberg LS, Quittner AL, Wang NY; CDaCI Investigative Team. Influence of implantation age on school-age language performance in pediatric cochlear implant users. *Int J Audiol*. 2013;52(4):219–229

- 35. Partners E. *Distiller SR* [computer program]. Ottawa, Canada: Evidence Partners; 2011.
36. Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2004;1(3):176–184
37. National Collaborating Centre for Methods and Tools. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. Hamilton, ON: McMaster University; 2008. Available at: www.ephpp.ca/tools.html. Accessed October 13, 2015
38. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–406
39. Miyamoto RT, Kirk KI, Svirsky MA, Sehgal ST. Communication skills in pediatric cochlear implant recipients. *Acta Otolaryngol*. 1999;119(2):219–224
40. Robbins AM, Bollard PM, Green J. Language development in children implanted with the CLARION cochlear implant. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1999;177(Supplement):113–118
41. Osberger MJ, Zimmerman-Phillips S, Barker M, Geier L. Clinical trial of the CLARION cochlear implant in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1999;177:88–92
42. Kirk KI, Miyamoto RT, Ying EA, et al. Cochlear implantation in young children: effects of age at implantation and communication mode. *Volta Rev*. 2000;102(4):127–144
43. Kirk KI, Miyamoto RT, Lento CL, Ying E, O'Neill T, Fears B. Effects of age at implantation in young children. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 2002;189:69–73
44. Nicholas JG, Geers AE. Hearing status, language modality, and young children's communicative and linguistic behavior. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2003;8(4):422–437
45. Connor CM, Zwolan TA. Examining multiple sources of influence on the reading comprehension skills of children who use cochlear implants. *J Speech Lang Hear Res*. 2004;47(3):509–526
46. Jiménez MS, Pino MJ, Herruzo J. A comparative study of speech development between deaf children with cochlear implants who have been educated with spoken or spoken+sign language. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009;73(1):109–114
47. Janjua F, Woll B, Kyle J. Effects of parental style of interaction on language development in very young severe and profound deaf children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2002;64(3):193–205
48. Percy-Smith L, Busch G, Sandahl M, et al. Language understanding and vocabulary of early cochlear implanted children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013;77(2):184–188
49. Dunn LM, Dunn LM. *Peabody Picture Vocabulary Test—4*. Circle Pines, MN: American Guidance Service; 2006
50. Yanbay E, Hickson L, Scarinci N, Constantinescu G, Dettman SJ. Language outcomes for children with cochlear implants enrolled in different communication programs. *Cochlear Implants Int*. 2014;15(3):121–135
51. Schachter HM, Clifford TJ, Fitzpatrick E, et al. *Systematic review of interventions for hearing loss in children*. Ottawa, Canada: Health Canada; 2002
52. Kumar S, Young G, James DGH. Communication outcomes of children with permanent hearing loss developing speaking and signing concurrently: a review. *Int J Speech- Lang Pathol*. 2009;11(2):135–146 ●

Samma krav – större möjligheter

Hög pedagogisk kompetens

Unik miljö när det gäller ljud, ljus och teknik

Värdegrund, utbildning, och hörselmedvetenhet

- **Belägen i Hässelholm**
- **Regionalt upptagningsområde (Skåne, Blekinge, Kalmar, Kronoberg)**
- **Vårt undervisningsspråk är svenska**
- **Eleverna lär sig teckenspråk**

www.hasselholm.se/silvia

Silviaskolan

en grundskola för elever med hörselnedsättning

Vill du veta mer om Silviaskolan eller komma på ett besök?

Rektor: Christian Örn

Tel: 0451-26 84 33

E-post: christian.orn@hasselholm.se

Samordnare studiebesök

Tel: 0709-81 84 32

E-post: silviaskolan@hasselholm.se

HJÄLP SYRIEN!

Swisha valfri gåva till **123 000 46 48** eller sms:a **AKUT SYRIEN** till **72 900** och skänk 100 kr.

Genom att sms:a eller swisha godkänner du att bli kontaktad av Röda Korset. Dina personuppgifter hanteras enligt PUL.



90 SVENSK
INSÄMLINGS
KONTROLL

**Svenska Läkarsällskapet
bjöd in till nationellt initiativ:**

Samlad, trovärdig information kring vård & hälsa

Svenska Läkarsällskapet (SLS) är en ideell, politiskt och fackligt obunden förening. Ungefär 12 000 av Sveriges läkare är medlemmar. SLS i likhet med många av oss andra som är verksamma inom hälso- och sjukvården, ser ett stort samhällsbehov av obunden information inom området vård och hälsa.

Ett femtiotal aktörer inom patientorganisationer och myndigheter var i mars inbjudna till SLS lokaler i Stockholms city för att diskutera SLS initiativ till en nationell informationskanal avsedd för allmänheten.

Hur sovrar allmänheten i all information på nätet?

Det är naturligtvis inte bristen på information inom vård och hälsa som diskuteras. Det handlar snarare om den ofantliga mängd information som finns inom området via hemsidor, tidningsbilagor och sociala medier. Alla är eniga om att ambitionen säkerligen är god men det är ofta svårt att kritiskt granska information och huruvida den baseras på evidens. Ofta är det inte heller tydligt vem som är avsändare till information på nätet. Det är värt att nämna att det bara på App Store finns 100 000 hälso-appar! Det är en djungel med information.

Svenska Läkarsällskapet pekar på sitt samhällsansvar att tillsammans med huvudmän, myndigheter, universitet, patient- och branschorganisationer, ta ett ägaransvar genom att skapa en nationell evidensbaserad informationskanal till allmänheten.

Fyra kärnvärden – vetenskap, utbildning, kvalitet och etik

SLS visar på fyra kärnvärden:

Vetenskap där forskning är en stor del i att skapa goda förutsättningar för morgondagens medborgare, våra barn, är ett av de fyra kärnvärdena.

Nästa kärnvärde är **utbildning**. Det handlar om läkarens utbildning och fortbildning som naturligtvis SLS bevakar och då hela tiden utifrån behoven hos samhället och patienterna.

Kvalitet är det tredje kärnvärdet som SLS belyser och det handlar om övergripande frågor som rör kvalitet och säkerhet i vården.

Etik, det fjärde kärnvärdet har blivit alltmer betydelsefullt genom de ökade möjligheter som modern medicin ger. Det ger nämligen också upphov till delvis nya etiska frågor. Det handlar också om klyftan mellan vad samhället kan och har råd att göra inom hälso- och sjukvården. Denna klyfta har ökat.

Vad vill SLS informationskanal om hälsa och sjukvård?

Vid mötet presenterade SLS ett utkast till riktlinjer som lät lovande. Riktlinjerna visades med hjälp av åtta punkter:

- Ge allmänheten tro på framtiden genom att tydliggöra konkreta exempel, framsteg och möjligheter som ger utmärkt omhändertagande om patienten och skapar tillfredsställelse hos denna.
- Värna om patienten och samverkar med intresse/patientföreningar

- Tydliggöra sambanden mellan levnadsvanor, psykisk och fysisk hälsa
- Bevaka utvecklingen av nationella riktlinjer samt vara positiv till öppna jämförelser och kvalitetsregister
- Se på människan utifrån ett individperspektiv.
- Uppmärksamma banbrytande forskning samt betona vikten av forskning i Sverige
- Följa utvecklingen av teknologin inom välfärden (vård och omsorg)
- Tro på mångfald och att beskriva lyckade modeller och initiativ både inom den offentliga och privata sektorn

Det var ett intressant möte och vi i Barnplantorna hoppas att SLS kan realisera och sprida nationell evidensbaserad information till allmänheten inom vård & hälsa. Det känns både angeläget och rätt i tiden. ●

Text: Ann-Charlotte Gyllenram



Dags för mässa eller event?

Vi hjälper er med allt från profilreklam och giveaways till hela mässmontrar.



Prisexempel:

(Ord. priser exkl. moms & frakt.)

RollUps från 835:–
Mässdiskar från 2395:–
PopUp-väggar från 9 125:–
Prisexemplen är **inklusive tryck!**

20% rabatt:

Ska ni ställa ut på något av Barnplantornas arrangemang, t.ex. NCFIE 2016? Ange "Barnplantorna" vid beställning så får ni dessutom 20% rabatt på mässmaterialet.

031-8251 51 | www.xtrovertmedia.se



GRATTIS DU HAR BLIVIT FÖRÄLDER!

Barn med hörselnedsättning – en handbok i modern familjeintervention

Boken är lämplig som fortbildning för professionerna inom barnhörselteam, förskola och skola. För familjer till barn med hörselnedsättning är boken ett stöd under barnets uppväxt.

INDELAD I FYRA RIKT ILLUSTRERADE BLOCK:

1. Inför diagnos
2. Tidig familjeintervention
3. Förskola
4. Skola

Handboken är ett resultat av ännu ett samverkansprojekt mellan Radi Jönsson och Ann-Charlotte Gyllenram, efter att tidigare ha producerat informationsfilmer om cochleaimplantat och benförankrad hörapparat.

Läs mer och köp via www.interquest.se



INTERQUEST AB



Etikett

B



Adressändring:

Namn:

Adress:

Postadress:

Telefon:

Returnera till:

Barnplantorna
Lilla Bommen 1, vån. 12
411 04 Göteborg

**Generösa
konferensavgifter!**

Nordisk Konferens – NCFIE 2016

Barn med hörselnedsättning – från familjeintervention till ett livslångt lärande
Modeller, metoder och konkreta verktyg.

Konferenscentrum Wallenberg, Göteborg, 3–4 oktober 2016.

www.ncfie.se