BETÆNKNING

VEDRØRENDE

FORSORGEN FOR TALELIDENDE

AFGIVET AF EN AF SOCIALMINISTERIET UNDER 12. MAJ 1949 NEDSAT KOMMISSION ANGÅENDE OMORGANISATION AF FORSORGEN FOR TALELIDENDE

J. H. SCHULTZ A/S
UNIVERSITETS-BOGTRYKKERI
KØBENHAVN
19 54

Socialministeriets
bibliotek

38.7/59 ex.3

INDHOLDSFORTEGNELSE

Side

Indledning . . . 5

Kapitel 1.

Beskrivelse af grundlaget for forsorgen for talelidende . . . 8

A. *Talelidelserne* . . . 8

B. *De gældende regler for det offentliges støtte til behandling af talelidende* . . . 9
1. Folkeskoleloven . . . 9
2. Forsorgsloven og folkeforsikringsloven . . . 10

Kapitel 2.

Statistiske oplysninger . . . 13

1. Talelidelsernes udbredelse . . . 13
2. Oplysninger vedrørende talelidende under forsorg . . . 14

Kapitel 3.

Kommissionens forslag vedrørende talelidende . . . 15

Indledning . . . 15

I. *Forslag vedrørende indberetningsvæsenet og grundlaget iøvrigt for henvisning til taleundervisning* . . . 17

II. *Forslag til en udvidet ambulant behandling udenfor taleinstitutterne* . . . 19
1. Uddannelse af flere talelærere . . . 19
2. Betalingen for undervisningen . . . 19
3. Tilsyn med undervisningen samt forældrevejledning . . . 20
4. Særlige foranstaltninger vedrørende børn i børnehavealderen . . . 21
5. Afgrænsning i forhold til skolevæsenet . . . 23
6. Talelærere ved større hospitaler . . . 25

III. *Forslag vedrørende taleinstitutterne* . . . 26

A. *Ændringer i organisationen af behandlingen og undervisningen* . . . 26
1. Lægeordningen, herunder plastiske operationer, tandregulering og protesekontrol . . . 26
2. Undervisningen og fagpædagogisk tilsyn . . . 27
3. Betalingen for behandling og undervisning m. m. . . . 28

B. *Forbedring af taleinstitutternes lokaleforhold* . . . 29

C. *Andre foranstaltninger vedrørende taleinstitutterne* . . . 31
1. Det fonetiske laboratorium. Efterundersøgelser . . . 31
2. Lærernes pligtige timetal og avancementsforhold . . . 31

Side

D. *Forskellige organisatoriske spørgsmål i forbindelse med oprettelse af et nyt institut for talelidende i Århus og med talelidendeforsorgens decentralisering* . . . 32

IV. *Kontrol med taleundervisningens effektivitet* . . . 33

V. *Uddannelsesspørgsmål (talelærere, plejepersonale)* . . . 34
Uddannelsen af talelærerne . . . 34
A. Den gældende ordning . . . 34
B. Talelæreruddannelsen i forskellige andre lande . . . 34
C. Forslag til talelæreruddannelsen . . . 35
Uddannelsen af plejepersonalet . . . 38

Kapitel 4.

Læsesvaghed og ordblindhed . . . 39

A. *Begreberne læsesvaghed og ordblindhed. Lidelsernes udbredelse* . . . 39

B. *De gældende regler for det offentliges støtte til behandling af læsesvaghed og ordblindhed* . . . 40

C. *Kritik af den gældende ordning. Kommissionens forslag til ændring* . . . 42

Bilag.

1. Forslag til lov om ændringer i forsorgslovens § 257 vedrørende talelidende . . . 46
2. De forskellige former for talelidelser og deres behandling . . . 50
3. Statistiske oversigter . . . 58
   a. Behandlede patienter på statens institut for talelidende i finansårene 1950—51, 1951—52 og 1952—53 . . . 58
   b. Behandlede patienter hos privat praktiserende talelærere og ordblindelærere i året 1952 fordelt på alder, køn og amt . . . 60
   c. Patienter opført på venteliste pr. 1. oktober 1952 fordelt på alder, køn, amt og lidelsens art . . 62
   d. Indberetning fra skolelægerne om skolebørn med udtalte talefejl i skoleåret 1951—52 . . . 64
4. Redegørelse for forsøg med taleundervisning i børnehaver . . . 65
5. Redegørelse for en efterundersøgelse af stammende patienter og patienter med stemmelidelser behandlet på statens institut for talelidende i finansåret 1946—47 . . . 70
6. Redegørelse for en undersøgelse af læsesvage børn i folkeskolen i København . . . 79
7. Fortegnelse over apparater til det fonetiske laboratorium . . . 83
8. Uddannelsen af talelærerne. Fagfordelingsplan . . . 84
9. Talelidende på de jydske åndssvageanstalters skoler . . . 87

Indledning.

Under 12. maj 1949 nedsatte socialministeren kommissionen vedrørende omorganisation af forsorgen for talelidende. Som begrundelse for kommissionens nedsættelse anførtes følgende:

„Efter at den af socialministeriet nedsatte døvekommission den 8. februar 1949 har afsluttet sit arbejde ved afgivelse af en betænkning, der bl. a. indeholder forslag til lov om foranstaltninger vedrørende døve og tunghøre, hvilket forslag er tiltrådt af socialministeriet og under 17. marts 1949 fremsat i folketinget, har socialministeriet fra fællesrådet for lærerforeninger ved statens institutter for blinde, døve og talelidende modtaget henstilling om, at der nedsættes en kommission, som på tilsvarende måde som døvekommissionen skal foretage en gennemgang af de bestående forhold indenfor talelidendeforsorgen, herunder spørgsmålet om en forbedret uddannelse af lærerne ved statens institut for talelidende.

Socialministeriet er med fællesrådet enigt i, at det må anses for hensigtsmæssigt, at hele talelidendeforsorgen gøres til genstand for en indgående undersøgelse i lighed med den, der for døveforsorgens vedkommende er sket ved døvekommissionens betænkning, og som nu ved nedsættelsen af blindekommissionen under 7. april 1949 er påtænkt med hensyn til blindeforsorgen. Man har derfor besluttet at nedsætte en kommission til nærmere overvejelse af spørgsmålet om undervisning og behandling af talelidende, uddannelsen af lærere ved statens institut for talelidende, de byggeforanstaltninger, der må anses for påkrævede, herunder eventuelt opførelsen af et nyt taleinstitut i Århus, samt i det hele de spørgsmål, der kan opstå vedrørende forsorgen for talelidende."

Ministeriet udtalte endvidere, at kommissionen er bemyndiget til i fornødent omfang at forhandle med og tilforordne til deltagelse i kommissionens møder særlige sagkyndige, herunder navnlig overlæge V. Fogh-Andersen samt tandlæge ved instituttets afdeling i Hellerup Aage Bloch.

Kommissionen fik følgende sammensætning:

Direktør *E. Leuning,* socialministeriet, formand, udpeget af socialministeriet,

kontorchef i socialministeriet *F. M. Hartmann,* udpeget af socialministeriet,

kst. forstander for statens institut for talelidende, dr. phil. *E. Forchhammer,* udpeget af socialministeriet,

overlærer ved statens institut for talelidende, Århus-afdelingen, dr. phil. *H. Abrahams,* udpeget af socialministeriet,

fuldmægtig i socialministeriet *W. Johannsen,* udpeget af socialministeriet,

retsformand *P. Ryyd,* invalideforsikringsretten, udpeget af socialministeriet,

formanden for fællesrådet for lærerforeninger ved statens institutter for blinde, døve og talelidende, overlærer *Peter Knudsen,* statens kostskole for døve, Nyborg, udpeget af socialministeriet,

statskonsulenten for folkeskolen *A. Andreassen,* udpeget af undervisningsministeriet,

øre-, næse- og halslæge ved statens institut for talelidende, Hellerup-afdelingen, dr. med. *Erik Jerlang,* udpeget af sundhedsstyrelsen,

lærer, nu overlærer ved statens institut for talelidende, Hellerup-afdelingen, cand. mag. fru *Rigmor Knudsen,* udpeget af lærerkollegiet ved taleinstituttets Hellerup-afdeling,

lærer ved statens institut for talelidende, Århus-afdelingen, cand. mag. *Johs. Dalsgård,* udpeget af lærerkollegiet ved taleinstituttets Århus-afdeling.

Kommissionens sekretariat:

Kontorchef i socialministeriet *F. M. Hartmann,* leder af sekretariatet,

fg. fuldmægtig, nu fuldmægtig i socialministeriet *E. Arntzen.*

I oktober måned 1950 indtrådte kst. overlærer, nu overlærer ved statens institut for talelidende, dr. phil. *Sv. Smith,* i kommissionen, da fru *Rigmor Knudsen* på grund af studieophold i U. S. A. var forhindret i at deltage i kommissionens møder. Efter fru *Rigmor Knudsens* hjemkomst har begge deltaget som medlemmer af kommissionen.

Kommissionen har forhandlet med nedennævnte personer som særligt sagkyndige indenfor hver sit område:

Læger og tandlæger ved statens institut for talelidende: Overkirurg ved Diakonissestiftelsen *V. Fogh-Andersen,* 1. reservelæge ved rigshospitalet *M. Hertel Wulff,* 1. reservelæge ved Frederiksberg hospital, dr. med. *Kai Schmidt,* øre-, næse- og halslæge *Paul Petersen,* Århus, reservelæge ved sindssygehospitalet i Risskov *Anker Østergaard,* tandlæge *Aage Bloch,* København, tandlæge *Axel Bloch,* Århus.

Læge, dr. med. *Sv. Brandt,* København.

Om de spørgsmål, der angår talelidende børn i børnehaver, har kommissionen forhandlet med kontorchef i socialministeriet *H. Horsten, o*verinspektøren for børneforsorgen *Oluf J. Skjerbæk* og daværende sanitetslæge under Københavns sundhedskommission *Grete Gørtz.*

Problemer vedrørende ordblinde personer har kommissionen forhandlet med viceskoledirektør *Kr. Thomsen Jensen,* København, skoleinspektør *Mogens Ellehammer,* København, professor ved Københavns Universitet, dr. med. *Mogens Fog,* overlæge, dr. med. *Knud Hermann,* København, klinikchef ved de kgl. blindeinstitutter, øjenlæge, dr. med. *H. Skydsgaard,* samt med repræsentanter for Landsforeningen for ordblindesagen i Danmark: nu afdøde kaptajn, palæforvalter *C. O. Schlichtkrull,* landsretssagfører *Cai Berg,* skoleinspektør *Vagn Pedersen* og magister *S. A. Tordrwp.*

Repræsentanter for taleskolen i Rysensteensgade i København og for Talepædagogisk Forening har haft lejlighed til at fremføre deres ønsker overfor kommissionen.

I overensstemmelse med kommissionens indstilling til socialministeren er der gennemført et forsøg med behandling af talelidende børn i 4 børnehaver i perioden 1. september 1950—1. april 1951. En redegørelse for forsøget gives i bilag 4 til nærværende betænkning. Forsøget har haft til resultat, at socialministeriet har stillet de fornødne midler til rådighed til gennemførelse af ambulant taleundervisning i 8 børnehaver i et helt børnehaveår, begyndende 1. september 1952 samt i 10 børnehaver i børnehaveåret 1953—54. Videre har kommissionen ladet foretage en efterundersøgelse af behandlede stammende patienter og patienter med stemmelidelser samt en undersøgelse af talelidelser hos åndssvage på de jydske åndssvageanstalter. I bilag 5 er redegjort for resultaterne af førstnævnte undersøgelse, og redegørelsen for åndssvageundersøgelsen, der er aftrykt som bilag 9, er tidligere afgivet til socialministeren til brug for åndssvageforsorgen. Endelig er der efter indstilling fra kommissionen af socialministeriet og Københavns skoledirektion i forening stillet midler til rådighed til foretagelse af en undersøgelse vedrørende børn med læsevanskeligheder i folkeskolen i København; i bilag 6 er der redegjort herfor.

Under kommissionens arbejde har der været nedsat et underudvalg til behandling af spørgsmålet vedrørende talelæreruddannelsen med kontorchef *F. M. Hartmann* som formand og som medlemmer kst. forstander *E. Forchhammer,* overlærerne *H. Abrahams, Peter Knudsen, Rigmor Knudsen, Sv. Smith* og lærer *Johs. Dalsgård.* Fuldmægtig *E. Arntzen* har varetaget hvervet som underudvalgets sekretær. Underudvalget har forhandlet med det af Den almindelige danske Lægeforening nedsatte tale-

lærerudvalg, det af undervisningsministeriet nedsatte særklasseudvalg, formanden for Talepædagogisk Forening, autoriseret talelærer *Poul Nilsson,* Hillerød, samt forstander for statens aflæseskole i København *0. Alberts.*

Repræsentanter for foreningen af aflæselærere har haft lejlighed til at fremføre deres ønsker overfor underudvalget.

Kommissionen har afholdt 30 møder, medens underudvalget har afholdt 10 møder. Endvidere har kommissionen aflagt besøg på taleinstituttets afdelinger i Hellerup og Århus, på Det kgl. Blindeinstitut på Befsnæs, det af Landsforeningen for ordblindesagen i Danmark drevne ordblindeinstitut, Københavns kommunes optagelseshjem Emdrupgård samt Bispebjerg skole.

Ved kommissionens afsluttende møder er der opnået enighed om betænkningen, herunder om det i bilag 1 gengivne forslag til lov om ændringer i forsorgsloven om foranstaltninger vedrørende talelidende.

Kapitel 1.

Beskrivelse af grundlaget for forsorgen for talelidende.

A. Talelidelserne.

Forsorgen for talelidende har til opgave at behandle en række unormale forhold ved 1) *syroget,* 2) *talen* og 3) *stemmen,* tre områder, der set fra et talepædagogisk synspunkt er principielt forskellige, omend de ofte griber over i hinanden.

1) *Sproglige lidelser* er abnormiteter, der griber forstyrrende ind på sprogfunktionen i videre forstand. Forstyrrelserne rammer opfattelsen, forståelsen, bearbejdelsen, formuleringen og produktionen af sprog.

Man taler om *afasi,* når en beskadigelse af de sprogbefordrende dele af hjernebarken medfører nedsættelse eller bortfald af evnen til at forstå, forarbejde eller mundtligt udtrykke sproget. De hyppigste årsager er hjerneblødning og hjernesvulster, hvorfor lidelsen fortrinsvis optræder hos voksne. Man taler om afasi hos børn, hvor tilsvarende beskadigelser hindrer den normale indlæring af de sproglige funktioner. Bl. a. optræder sådanne afatiske symptomer hos børn i en del tilfælde af cerebral parese, navnlig hvor denne ytrer sig som spastisk lammelse.

I svære tilfælde af afasi hos voksne er udsigterne for helbredelse små, men lidelsen betyder et så omfattende handicap, at behandling bør forsøges i alle tilfælde, hvor ikke alder eller stærk forkalkning bevirker, at muligheden for en væsentlig bedring på forhånd kan udelukkes. Behandlingen kan i svære tilfælde vare helt op til 2 til 3 år.

Hørstumhed (konstitutionel afasi) er en medfødt, konstitutionelt betinget mangel på evne til tilegnelse af de sproglige funktioner. I tilfælde, hvor der er svære mangler ved sprogforståelsen, kan det være nødvendigt at oplære barnet, som om det var uegentlig døvt. I andre tilfælde bør den talepædagogiske behandling påbegyndes i 4-års alderen. Behandlingen kan vare fra y_2 til 2 år og vanskeliggøres ofte af svære adfærds- og tilpasningsvanskeligheder. Hvor der foreligger normal intelligens og normal hørelse, er udsigterne for at opnå et tilfredsstillende resultat gode.

Konstitutionelle udtalefejl består i en konstitutionelt betinget mangel på evne til at producere de rigtige sproglyd og sproglydforbindelser på de rigtige steder. Lidelsen bunder ofte i utilstrækkelig differentiering af de sproglige, herunder også de grammatiske enheder og er ofte udviklet fra en hørstumhed, hvor de typiske, svære hørstummesymptomer er overvundet. Der er i de fleste tilfælde udsigt til et godt resultat efter en behandlingstid på ½ til 2 år.

2) *Talelidelser* i snævrere forstand består i, at der, til trods for normal tilegnelse af sprogsystemet, består mangler i produktionen af sproglyd og sproglydforbindelser.

Ved *simple udtalefejl* forstås manglende evne til korrekt artikulation af enkelte sproglyd og sproglydforbindelser. Disse udtalefejl kan være funktionelt betingede, d. v. s. at der foreligger en mangelfuld beherskelse af artikulationsorganernes bevægelser, uden at det skyldes nogen organisk defekt, og de kan være organisk betingede, d. v. s. at de f. eks. kan skyldes lammelse eller parese i taleorganernes muskler, polypdannelser, adenoide vegetationer, unormal mundbygning og tandstilling o. s. v. I en del tilfælde kan udtalefejlene skyldes lidelser i centralnervesystemet, således f. eks. ved cerebral parese, navnlig athetose, hvor beherskelsen af taleorganernes funktion er

så ringe, at der optræder udtalefejl af indtil sværeste art. En særlig omtale kræver den medfødte *gane- ogjeller læbespalte,*)* der afgiver så ringe betingelser for normal sproglydproduktion, at forsorgen for talelidende foruden taleundervisningen må påtage sig såvel operativ som protetisk behandling af disse lidelser. Bortset fra de sidstnævnte specielle tilfælde kan den pædagogiske behandling af de simple udtalefejl som. regel tilendebringes med godt resultat i løbet af 1 til 4 måneder.

Ved *stammen* hindres den normale sproglydproduktion af krampelignende sammentrækninger i taleorganernes muskulatur. Lidelsen er ikke knyttet til bestemte sproglyd, men optræder under påvirkning af visse talesituationer. Årsagerne til stammen er lidet kendt. En fuldstændig helbredelse af lidelsen er efter de foretagne undersøgelser kun konstateret i ret få tilfælde, men betydelig bedring kan i de fleste tilfælde opnås ved behandling gennem 4—6 mdr.

3) *Stemmelidelser* kan være symptom på en lidelse i centralnervesystemet. Ofte er de en følge af sygelige tilstande i stemmeorganerne og svinder med behandlingen af disse. En del stemmelidelser kræver dog talepædagogisk behandling. Disse stemmelidelser kan skyldes organiske beskadigelser, eller de kan være funktionelt betingede. De optræder fortrinsvis hos voksne.

Af *organisk betingede stemmelidelser* skal nævnes stemmelæbelammelse, der oftest opstår som følge af beskadigelse af stemmelæbens bevægenerve under strumaoperation. I de fleste tilfælde kan der opnås god stemme efter 1—2 måneders behandling. Endvidere skal nævnes stemmetab ved fjernelse af strubehovedet. I disse tilfælde må der oparbejdes en erstatningsstemme, eller der må benyttes strubevibrator. Anvendelig stemme kan på en af disse måder praktisk talt opnås i alle tilfælde efter behandling fra et par uger til et par måneder.

De *funktionelle stemmelidelser* består i utilstrækkelig ydeevne i visse strubemuskler og kan ytre sig som stemme/træthed (fonasteni). Der er som regel udsigt til helbredelse af lidelsen ved 3—4 måneders behandling.

I bilag 2 er de enkelte lidelser nærmere beskrevet.

B. De gældende regler for det offentliges støtte til behandling af talelidende.

Den af det offentlige støttede behandling for talelidelser gives dels i skolerne, dels i henhold til forsorgslovens, eventuelt efter folkeforsikringslovens regler.

1. Folkeskoleloven.

I § 2, stk. 5, i lov nr. 160 af 18. maj 1937 om folkeskolen er det bestemt, at der for børn, der ikke kan følge den almindelige folkeskoleundervisning, hvis forholdene tillader det, skal oprettes en særskilt undervisning. De nærmere regler om lovens gennemførelse findes i undervisningsministeriets cirkulære af 26. juni 1943. Efter dette cirkulære skal der foretages en taleprøve for alle nyoptagne børn i det første skoleårs sidste måneder. Samtidig undersøges også børn på andre alderstrin, der har talevanskeligheder. Undersøgelsen foretages af klasselæreren. Børn med udtalefejl undersøges årligt, indtil fejlene er rettet. Ved disse taleprøver følges et særligt udarbejdet skema over de ord, som skal udtales, og forekommende talefejl påføres skemaet.

For børn i folkeskolen, der har sådanne talefejl, at de ikke kan rettes under den almindelige undervisning, indrettes der taleundervisning ved en særlig talelærer. Denne undervisning skal gives børnene enkeltvis eller i mindre hold på i reglen ikke over 6 børn og så vidt muligt gives indenfor barnets normale daglige skoletid. Der bør sigtes imod en ordning, hvorefter der ved alle skoler, hvor der er mulighed derfor, er beskæftiget en særlig talelærer. Da dette ikke kan forventes gennemført ved landsby-

*) Kommissionen har foretrukket udtrykket læbespalte i stedet for hareskår, da patienterne ofte føler sig ilde berørt ved den hidtidige benævnelse.

skoler, anbefales det, at sådanne skoler slutter sig sammen om dannelse af skoleforbund til antagelse af talelærer. I så fald vil skolerådet, for så vidt betingelserne for statstilskud efter reglerne i lærerlønningsloven ikke er til stede, kunne give skoleforbundet tilskud, der henregnes til den del af skolefondens udgifter, af hvilke staten betaler halvdelen.

Alle børn, hvis talevanskelighed antages at hidrøre fra unormale forhold i næse, mund, svælg eller strube, henvises til skolelægen.

Endelig udtales det i cirkulæret af 26. juni 1943, at børn, hvis talevanskeligheder skyldes læbespalte, ganespalte, hørstumhed, funktionelle stemmelidelser eller stammen, ikke kan behandles ved taleundervisning i den almindelige folkeskole eller i folkeskolens særklasser, men ved skolekommissionens beslutning må henvises til behandling på statens institut for talelidende eller efter dettes henvisning til ambulant behandling.

2. Forsorgsloven og folkefor sikring sloven.

For at behandling efter forsorgsloven kan finde sted, må der foreligge en indberetning til statens institut for talelidende. Udover den indberetningsregel, der er omtalt i afsnittet ovenfor om skolevæsenet, findes følgende bestemmelser:

Forsorgslovens § 257, stk. 1, bestemmer, at det sociale udvalg i vedkommende kommune i trangstilfælde, når det modtager henvendelse om at tage sig af en talelidende, eller når udvalget selv skønner, at en talelidende som følge af sin lidelse er eller vil blive væsentlig indskrænket i sin erhvervsevne, snarest muligt drager omsorg for, at det ved lægelig undersøgelse afgøres, om pågældende tiltrænger behandling for ganespalte, stammen eller andre talefejl. I bekræftende fald skal udvalget foretage henvendelse til statens institut for talelidende. Forinden skal udvalget dog i medfør af forsorgslovens § 257, stk. 3, have indhentet en udtalelse fra invalideforsikringsretten om, hvorvidt den pågældende kan hjælpes i henhold til folkeforsikringsloven.

Endvidere er det i folkeforsikringslovens § 63 som en almindelig pligt pålagt læger og skoler at afgive indberetning til invalideforsikringsretten af lidelser, der skønnes i overskuelig fremtid at ville medføre en væsentlig nedsættelse af erhvervsevnen. Da tilfælde af ganespalte og læbespalte ofte vil medføre en sådan nedsættelse af erhvervsevnen, har socialministeriet senest i en vejledning af 26. august 1948 pålagt læger, jordemødre og sygeplejersker straks at indberette tilfælde af læbespalte og ganespalte hos nyfødte til invalideforsikringsretten, der underretter statens institut for talelidende om, hvorvidt udgiften til en eventuel behandling kan afholdes af invalideforsikringsfondens midler.

På grundlag af de indkomne indberetninger træffer instituttet afgørelse om, hvorvidt patienterne skal behandles på instituttet eller skal behandles ambulant udenfor instituttet.

Statens institut for talelidende.

I henhold til forsorgslovens § 66 drager staten omsorg for opdragelse, underhold, forsørgelse, kur og pleje af talelidende, for så vidt de skal undergives anstaltsbehandling. Efter § 69 i samme lov afholder staten direkte og endeligt udgifterne ved denne forsorg, for så vidt den talelidende må anses for trængende. Kan pågældende, eller for personer under 18 år forsørgeren, ikke overkomme at udrede hele den fastsatte betaling, fastsætter det sociale udvalg, hvilket bidrag pågældende eller hans forsørger skal udrede, jfr. forsorgslovens § 69, stk. 3.

Ifølge lov nr. 77 af 14. marts 1934, § 1, fastsættes betalingen (kontingentet for selvbetalere) for ophold på særforsorgsanstalter hvert år inden udgangen af februar måned for det følgende finansår, og ved den i henhold hertil udfærdigede bekendtgørelse af 28. februar 1953 er betalingstaksten (kontingentet) for talelidende under anstaltsforsorg på statens institut for talelidende for finansåret 1953—54 fastsat til 17,85 kr. ugentlig. De elever, der ikke bor på instituttet*), betaler intet for undervisningen, men for så vidt de i undtagelsestilfælde helt eller delvis får kost på insti-

*) I overensstemmelse med taleinstituttets sprogbrug kaldes disse elever i denne betænkning eksterne elever.

tuttet i undervisningstiden, betaler de herfor, hvad enten pågældende er trængende eller ej, et beløb, der i henhold til den ovennævnte bekendtgørelse for tiden udgør indtil 1 kr. daglig. I trangstilfælde ydes sporvognskort til eksterne elever.

Af statsanstalter findes kun statens institut for talelidende. Dette institut blev oprettet den 1. april 1898, da der på Det kgl. Døvstummeinstitut i København blev oprettet nogle klasser for talelidende. Der blev oprettet en afdeling for stammende og en afdeling for patienter med udtalefejl, og i 1903 udvidedes undervisningen til også at omfatte ganespaltepatienter, der skulle have protese. 1. april 1916 oprettedes et selvstændigt institut med egen forstander i en mindre villa i Rosenvænget, og i 1917 knyttedes der en ganespaltekirurg til instituttet, således at ganespaltepatienterne herefter både kunne opereres og blive behandlet med protese. Operationerne fandt sted på Dr. Louises Børnehospital. I forbindelse med en reorganisation af forsorgen for de talelidende blev instituttet senere væsentligt udvidet ved, at staten overlod dette en staten tilhørende, på Rosen vængets Hovedvej beliggende villa. I 1932 skete en omfattende udvidelse, da instituttet overtog den tidligere jernbaneskole i Hellerup, Ry gårdsallé 45, hvor instituttet nu har til huse. I 1937 blev instituttet endelig udvidet med en afdeling i Århus, der for tiden er indrettet i en villa og en barak under meget primitive former, medens eleverne spiser i et nærliggende pensionat. Instituttets ledelse varetages af instituttets forstander, dog således, at den daglige ledelse af afdelingen i Århus varetages af en overlærer under forstanderens tilsyn. Endvidere bistås forstanderen i juridiske og administrative spørgsmål af en fuldmægtig i socialministeriet, der udfører arbejdet som formiddagsbeskæftigelse.

På instituttet i Hellerup er der plads til 55 elever, der kan bo på skolen*), samt fornødent plejepersonale. Eleverne er fordelt på 6 afdelinger (stammen, udtalefejl, hørstumhed, ganespalte, stemmelidelser og ordblindhed). Instituttet modtager desuden til samtlige afdelinger eksterne elever, der gennemgående får y_2 times daglig undervisning. Den operative behandling af patienter med læbespalte og ganespalte er centraliseret derved, at der mellem instituttet og Diakonissestiftelsen på Frederiksberg er oprettet overenskomst om indlæggelse til operation på Diakonissestiftelsen.

Der er til instituttet knyttet en klinik med tandlæge og en tandtekniker. Foruden almindelig tandpleje udføres her det særlige protesearbejde, som behandlingen af patienter med ganespaltelidelser nødvendiggør, medens tandreguleringer på grund af deres langvarighed kun kan foretages i ganske enkelte tilfælde. Af lægelig bistand disponerer instituttet desuden over en huslæge samt en øre-, næse- og halslæge, der undersøger alle patienter på selve instituttet. Endvidere har man truffet aftale med en psykiater og en øjenlæge, der undersøger patienterne i de tilfælde, hvor psykiatrisk eller oftalmologisk undersøgelse skønnes påkrævet.

På instituttet i Århus disponerer man over 5 afdelinger (stammen, udtalefejl, stemmelidelser, ganespalte og ordblindhed). Der kan bo ca. 40 elever på instituttet. løvrigt er der til Århus-afdelingen knyttet en tandklinik, en huslæge, en øre-, næse- og halslæge, en psykiater og en øjenlæge på samme måde som til afdelingen i Hellerup, medens operativ behandling af læbespalte og ganespalte kun finder sted i Hellerup.

Behandlingstiden på instituttets afdelinger er individuel, idet undervisningen fortsættes, sålænge det anses for påkrævet; gennemgående varer undervisningen 3 å 4 måneder, men der må dog i visse tilfælde og ikke mindst i afdelingerne for hørstumme og ordblinde regnes med betydelig længere tid, undertiden op til 2 år, undtagelsesvis helt op til 3 år. De interne elever modtager 5 timers taleundervisning daglig. Almindelig skoleundervisning for børn i undervisningspligtig alder gives derimod ikke.

Reglerne om ambulant behandling udenfor taleinstituttet.

Reglerne herom findes i forsorgslovens § 257, stk. 2. En sådan behandling finder sted efter henvisning fra statens institut for talelidende. Behandlingen, der gennem-

*) Disse elever kaldes i det følgende interne elever i overensstemmelse med taleinstituttets sprogbrug.

føres i tilfælde, hvor instituttet ikke anser egentlig institutbehandling for påkrævet, foretages af talepædagoger, autoriseret af Den alm. danske Lægeforening. Udgifterne ved ambulant behandling uden for instituttet afholdes i trangstilfælde af vedkommende kommune, medens staten ikke deltager i disse udgifter. Af kommunernes udgifter bærer vedkommende kommune endeligt kun 3/10 af udgifterne, medens de resterende 7/10 refunderes af henholdsvis det mellemkommunale refusionsforbund (4/10) og af den fælleskommunale udligningsfond (3/10) efter de almindelige regler i forsorgslovens § 75. Ikke-trængende talelidende, der henvises til ambulant behandling udenfor instituttet, må derimod selv afholde de med behandlingen forbundne udgifter.

Hjælp i henhold til folkeforsikringsloven.

Som ovenfor nævnt skal det sociale udvalg, forinden det retter henvendelse til statens institut for talelidende, indhente en udtalelse fra invalideforsikringsretten om, hvorvidt den talelidende kan få hjælp i henhold til folkeforsikringsloven.

Efter folkeforsikringslovens § 60 er forsikrede, rentemodtagere, børn under 15 år og personer i alderen 15—18 år, der på grund af helbredsbetingelserne ikke har kunnet optages i forsikringen, forpligtet til efter forlangende af invalideforsikringsretten at underkaste sig oplæring eller kur og pleje, herunder modtagelse og opøvelse i brugen af bandager, kunstige lemmer, briller, sygevogne og andre hjælpemidler, såfremt der efter invalideforsikringsrettens skøn er fare for, at en væsentlig og ikke blot forbigående nedsættelse af erhvervsevnen, vil indtræde i en overskuelig fremtid, hvis nævnte foranstaltning undlades, eller såfremt en sådan nedsættelse af erhvervsevnen ved disse foranstaltninger vil kunne bedres betydeligt.

Efter invalideforsikringsrettens praksis, skønnes betingelserne for at yde hjælp at være til stede i alle tilfælde af ganespalte, hvad enten denne er kombineret med læbespalte eller foreligger rent, samt i alle tilfælde af dobbeltsidig læbespalte. Den hjælp, der ydes, indskrænker sig dog til operativ behandling af læbespalte og operativ eller protetisk behandling af ganespalte. Endvidere ydes der hjælp i visse tilfælde af funktionelle stemmelidelser og af hørstumhed. Til disse patienter yder invalideforsikringsretten hjælp til taleundervisning og til ophold på statens institut for talelidende, dersom et sådant ophold er nødvendigt. Til en særlig gruppe stemmelidende patienter, de laryngectomerede (strubeløse efter operation) ydes yderligere hjælp til anskaffelse af strubevibrator. Ved andre talelidelser yder invalideforsikringsretten normalt ikke hjælp.

Kapitel 2.

Statistiske oplysninger.

1. Talelidelsernes udbredelse.

Officielle statistikker om talelidelsernes forekomst i den samlede befolkning mangler. Derimod haves både her og i udlandet oplysninger om lidelsernes forekomst hos børn i skolealderen.

I *Finland* har „Vård-kommittén för anormala barn" ladet foretage en omfattende undersøgelse, for hvilken der redegøres i Kommitté-Betänkande nr. 2 af 1947. Undersøgelsen, der omfattede ca. 409 000 skolebørn, resulterede i, at 3 pct. af eleverne i de svensksprogede skoler og 3,07 pct. af eleverne i de finsk-sprogede skoler havde talelidelser. Omtrent $^1/_3$ var stammere, 64,1 pct. var drenge.

I *Norge* viser en tilsvarende statistik fra 1948, at 1,36 pct. eller ialt 8 054 skolebørn havde talelidelser.

I *Sverige* antages på grundlag af forskellige stikprøver samt oplysninger fra udenlandske undersøgelser 3 pct. af børnene i folkeskolen at være talelidende, heraf $^1/_3$ stammere. Endvidere antages lidelserne at forekomme 3 gange så hyppigt hos drenge som hos piger.

I *England* foreligger ikke nogen almindelig statistik for hele landet, men undersøgelser foretaget i forskellige dele af landet fremviser procentsatser varierende fra 1 op til 3. Antallet af talelidende drenge anslås at være 3—5 gange så stort som talelidende piger.

Herhjemme er foretaget forskellige undersøgelser, af hvilke særligt skal nævnes en af statistisk departement udarbejdet statistik fra 1930, omfattende hele landet og ialt 451 344 *skolebørn*. Heraf var 5 619 eller 1,24 pct. talelidende, fordelt på 5 promille stammere, 0,9 promille børn med gane- og (eller) læbespalte og 6,5 promille børn med andre talefejl. Ifølge statistikken forekommer stammen ca. 4 gange så hyppigt hos drenge som hos piger, medens gruppen „andre talefejl" kun forekommer dobbelt så hyppigt hos drenge som hos piger. Gane- og læbespalte er kun lidt hyppigere hos drenge end hos piger. Endelig fremgår det af statistikken, at antallet af stammere er tiltagende med alderen, medens gruppen „andre talefejl" er stærkt aftagende. Samtlige talelidelser under eet aftager med alderen (fra 1,35 pct. i 1. klasse til ca. 1 pct. i ældste klasse).

I bilag , 3 d gives på grundlag af indberetningerne fra skolelægerne for skoleåret 1951—52 nogle oplysninger vedrørende forekomsten af *udtalte taleforstyrrelser* hos skolebørnene. Indberetningerne omfatter hele landet bortset fra København, Tønder amt og skolerne i landdistrikterne i Odense amt. I det pågældende år indberettedes 2 112 skolebørn med udtalte taleforstyrrelser eller 5 promille af skolebørnene. I skolerne i byerne havde 1 403 børn eller 6,9 promille af skolebørnene udtalte taleforstyrrelser, i skolerne på landet 709 børn eller 3,3 promille. — en forskel, der kan skyldes, at lægerne i landdistrikterne har fortolket begrebet udtalte taleforstyrrelser snævrere end lægerne i byerne. Fra 1. klasse til 7. klasse faldt antallet af udtalte talelidelser fra 488 til 149 eller til ca. en trediedel, for drengenes vedkommende fra

354 til 90 eller til ca. en fjerdedel og for pigernes fra 134 til 59 eller til ca. halvdelen.

På kommissionens tilskyndelse er der foretaget en undersøgelse af talelidelsernes udbredelse blandt de under åndssvageforsorg inddragne, *lettere åndssvage* børn i skolealderen med henblik på spørgsmålet, om der bør iværksættes taleundervisning af sådanne børn, jfr. bilag 9. Undersøgelsen omfatter 648 lettere åndssvage børn fra de jydske åndssvageanstalters internat- og eksternatskoler. Af rapporten om undersøgelsen fremgår, at 300 eller ialt ca. 46 pct. af de undersøgte børn havde talefejl. Materialet er af kommissionen afgivet til åndssvageforsorgen, der på grundlag heraf har etableret taleundervisning i eksternatskolen i Ålborg og børnehaven ved åndssvageanstalten i Ribe. Endvidere har undersøgelsen givet anledning til, at der nu foretages en tilsvarende undersøgelse af talelidende børn på Østifternes Åndssvageanstalts skoler.

Kommissionen går ud fra, at organisationen af taleundervisningen ved åndssvageanstalterne sker gennem åndssvageforsorgen, men foregår i samråd med talelidendeforsorgen. Når dette er gennemført, vil talelidendeforsorgen med bedre samvittighed kunne henvise de ret talrige tilfælde af åndssvage børn med talelidelser til åndssvageforsorgen.

2. Oplysninger vedrørende talelidende under forsorg.

Medens der således råder betydelig uklarhed med hensyn til talelidelsernes udbredelse, er det muligt at give nøjagtige oplysninger om antallet af talelidende, der er blevet behandlet på statens institut for talelidende eller hos privat praktiserende, autoriserede talelærere efter henvisning fra instituttet.

I årene 1950—51, 1951—52 og 1952—53 blev der på instituttet behandlet henholdsvis 745, 817 og 871 patienter.

Til belysning af, hvorledes patienterne har fordelt sig på instituttets afdelinger i Hellerup og Århus og på interne og eksterne patienter, henvises til nedenstående oversigt.

	1950—51			1951—52			1952—53		
	int.	ekst.	ialt	int.	ekst.	ialt	int.	ekst.	ialt
Hellerup	279	303	582	306	344	650	308	368	676
Århus	98	65	163	82	85	167	89	106	195
Ialt	377	368	745	388	429	817	397	474	871

Med hensyn til patienternes fordeling på alder, køn og lidelsens art i de samme 3 år henvises til de som bilag 3 a aftrykte skemaer.

I den samme periode har instituttet til behandling udenfor instituttet i medfør af forsorgslovens § 257, stk. 2, henvist: i 1950 150 patienter, i 1951 272 patienter og i 1952 283 patienter. Af de i 1952 henviste 283 patienter var 156 talelidende og 127 ordblinde. I bilag 3 b er givet en oversigt over patienternes fordeling på alder, køn og bopæl.

I de her betragtede år har antallet af talelidende patienter, som ikke har kunnet henvises til behandling udenfor taleinstituttet, og som på grund af pladsmangel ikke har kunnet modtages på instituttet, og som derfor har måttet opføres på venteliste, været følgende:

	1/4 1950		1/4 1951		1/4 1952		1/10 1952		1/10 1953	
	int.	ekst.	int.	ekst.	int.	ekst.	int.	ekst.	int.	ekst.
Hellerup .	189	359	248	541	271	535	269	464	298	506
Århus ...	210	62	252	57	249	108	299	115	306	94
Ialt	399	421	500	598	520	643	568	579	604	600
int.+ekst.	820		1098		1163		1147		1204	

Med hensyn til de på ventelisten pr. 1. oktober 1952 opførte patienters fordeling på alder, køn, lidelsens art samt bopæl henvises til bilag 3 c.

Det vil af de foran meddelte oplysninger fremgå, at antallet af de på ventelisten opførte personer år for år er steget, således at tallet pr. 1. oktober 1953 er henimod halvanden gang så stort som tallet pr. 1. april 1950. Det vil endvidere ses, at denne udvikling er sket, uanset at instituttet har kunnet forøge antallet af henvisninger af patienter til behandling udenfor instituttet fra 150 i 1950 til 283 i 1952.

Kapitel 3.

Kommissionens forslag vedrørende talelidende.

Indledning.

Det er foran i kapitel 1, afsnit B. 2 omtalt, at statens forsorg for talelidende gennem statens institut for talelidende kan føres tilbage til 1898. Derimod kunne der ikke oprindeligt gives taleundervisning lokalt i nævneværdigt omfang, idet der ikke fandtes privat praktiserende talelærere med en betryggende uddannelse, ligesom der heller ikke i tilslutning til undervisningen i normalskolen meddeltes særundervisning af talelidende børn. Senere skabte Talepædagogisk Forening en talelæreruddannelse, der dog dels omfattede for lidt, dels savnede en praktisk pædagogisk uddannelse. Først i begyndelsen af 1930erne nåede udviklingen så vidt, at der ved et samarbejde mellem Talepædagogisk Forening og Den alm. danske Lægeforening kunne tilrettelægges en betryggende talelæreruddannelse med afsluttende eksamen, og hermed var betingelserne skabt for en forsvarlig talebehandling i større omfang udenfor taleinstituttet.

Indenfor skolevæsenet var det hovedstadens skolemyndigheder, der startede særundervisning af talelidende børn. De første taleklasser blev oprettet i 1921. Det er imidlertid først med folkeskoleloven af 1937 og med undervisningsministeriets cirkulære af 26. juni 1943 vedrørende gennemførelse af særundervisning i folkeskolen, at skolevæsenet er nået frem til almindelige regler om etablering af særundervisning af talelidende børn, og der er endnu lang vej, førend taleundervisningen i skolerne har nået et tilfredsstillende omfang.

Uanset den ovenfor skitserede udvikling henimod lokal talebehandling indtager behandlingen på taleinstituttet dog stadig en dominerende plads indenfor talelidendeforsorgen, og instituttets 2 afdelinger er meget stærkt belastede, jfr. foran kapitel 2, afsnit 2, om det stadigt stigende antal patienter på ventelisten. Denne omfattede pr. 1. april 1950 820 talelidende og pr. 1. oktober 1953 1 204 talelidende. Til sammenligning kan anføres, at det samlede antal patienter på begge afdelinger af taleinstituttet i finansåret 1950—51 udgjorde 745, heraf 160 på Diakonissestiftelsen, og i finansåret 1952—53 871, heraf 167 på Diakonissestiftelsen. Ventelisten, der kun omfatter patienter, der skal behandles på selve instituttet, ikke på Diakonissestiftelsen, har altså et omfang, der på det nærmeste svarer til det antal patienter, der på 2 år behandles på instituttets afdelinger i Hellerup og Århus.

For kommissionen har det derfor været et *centralt spørgsmål,* hvorledes man kan udbygge talelidendeforsorgen således, at den samtidig med at være effektiv giver adgang til behandling uden unødig forsinkelse. Man har her valget imellem enten at søge instituttets kapacitet meget betydeligt forøget eller at søge gennemført en udvidelse af den ambulante behandling hos de private autoriserede talelærere.

Kommissionen har i erkendelse af, at taleinstituttets dominerende rolle i talebehandlingen for en stor del har den historiske for-

klaring, at det oprettedes på et tidspunkt, hvor tiden ikke var inde til gennemførelse af talebehandling ude i landet, i første række overvejet, om det er *sagligt forsvarligt* i højere grad end hidtil at lægge behandlingen ud til privat praktiserende, autoriserede talelærere. En udvikling i denne retning har allerede været igang, efterhånden som der er uddannet flere talelærere.

Man har bl. a. til belysning af spørgsmålet iværksat den i bilag 5 omtalte efterundersøgelse af patienter med stammelidelser og med stemmelidelser, som har været behandlet på taleinstituttet i 1946—47. Det havde været ønskeligt, om man havde ladet foretage en tilsvarende efterundersøgelse af de hos de private talelærere behandlede patienter af samme kategori, men man har ment at måtte afstå herfra, da en sådan undersøgelse måtte foretages af vedkommende talelærer selv på grundlag af dennes journalmateriale, og en sammenligning mellem de to materialer ville derfor være blevet usikker.

For at danne sig et skøn over mulighederne for lokal talebehandling af talelidende børn under skolealderen og for at skabe større klarhed over værdien af en tidlig behandling, har kommissionen endvidere foranlediget iværksat et forsøg med ambulant behandling af børn i tilslutning til deres ophold i de almindelige børnehaver. En redegørelse for resultatet af dette forsøg er givet i bilag 4.

Kommissionen skal som resultat af sine overvejelser og på basis, dels af den omtalte efterundersøgelse af institutbehandlede talelidende, dels af det nævnte børnehaveforsøg, udtale, at det ud fra et talepædagogisk hensyn vil være hensigtsmæssigt i betydeligt videre omfang end hidtil at gennemføre ambulant talebehandling hos privat praktiserende talelærere. Der vil imidlertid til stadighed være forskellige grupper af talelidende, der ikke vil kunne undergives sådan behandling, men må behandles på instituttet. Dette gælder således behandlingen af talelidelser hos patienter, der trænger til at komme bort fra deres sædvanlige milieu og patienter med sværere adfærdsforstyrrelser. Til institutbehandling bør også henvises patienter med talelidelser, som må undergives en undersøgelse og eventuelt behandling af instituttets forskellige specialister: talepædagog, læge, tandlæge og psykolog. Endvidere patienter med meget svære talelidelser, hørstumme samt de læbe- og ganespaltepatienter, der skal opereres eller behandles med protese. Endelig patienter, der bor så fjernt fra talepædagoger, at de ikke kan behandles lokalt.

Alle andre talelidende patienter vil derimod normalt kunne behandles lokalt hos de praktiserende talelærere. Herved vil behandlingen kunne spredes udover landet, og en række alvorlige ulemper for patienterne vil kunne undgås; navnlig vil patienterne i vidt omfang kunne blive boende i deres naturlige hjem samtidig med, at behandlingen står på, og for børnenes vedkommende undgår man den fare for internatspræg, som er til stede ved længere tids ophold på institut.

For børn i undervisningspligtig alder betyder det yderligere, at forbindelsen til skolen og kammeraterne kan bevares. En fjernelse af det skolesøgende barn er særlig uheldig, når barnet — som under den gældende ordning — ikke modtager almindelig skoleundervisning under opholdet på taleinstituttet; men selv om man fremtidig vil søge at tilrettelægge en eller anden form for skoleundervisning, vil denne vanskeligt kunne fortsætte kontinuerligt fra det punkt, barnet er nået til i normalskolen, og aldrig kunne blive så omfattende som undervisningen der. Ved udskrivningen fra instituttet vil barnet derfor i almindelighed være distanceret af sine kammerater i normalskolen, og hvor talelidelsen er nervøst betinget, som det ofte vil være tilfældet og ikke mindst ved stammen, kan det pres, barnet udsættes for under sit forsøg på at indhente kammeraterne, i visse tilfælde resultere i, at barnet får tilbagefald.

Endvidere ønsker kommissionen at fremhæve, at også tungtvejende økonomiske hensyn taler til fordel for i videst muligt omfang at lægge talebehandlingen ud til de privat praktiserende talepædagoger. For blot at få den ovenfor omtalte venteliste elimineret måtte man, efter en ordning med talebehandling hovedsageligt baseret på institutter, bygge et nyt institut med mindst samme kapacitet som det nuværende instituts samlede kapacitet på begge afdelinger. Udover de hertil fornødne meget betydelige etableringsomkostninger må herved driftsudgifterne tages i betragtning.

Ved det bestående institut er udgifterne for hver patient, der bor på instituttet (interne patienter), ca. 7 500 kr. årligt eller gennemsnitligt pr. behandlet, intern patient ca. 3 000 kr.

Kommissionen ønsker endelig at pege på, at man i sine bestræbelser for at søge talebehandling gennemført lokalt er på linie med udviklingen i andre lande, hvor man, foruden at give de centrale institutioner, hvortil knyttes speciallæger og talepædagoger, passende rammer, navnlig refcter bestræbelserne imod at uddanne flere og bedre kvalificerede talelærere til at tage sig af talebehandlingen ude i landet.

Forinden man går over til nærmere at omtale kommissionens forslag, skal der gives følgende *oversigt* over disse:

/ *afsnit I* stilles forslag om en ny indberetningsregel og en forbedring af det grundlag, på hvilket afgørelse om behandling træffes.

7 *afsnit II* stilles forslag om de forholdsregler, der bør træffes med henblik på en udvidet ambulant behandling, herunder 1. uddannelse af flere talelærere, 2. statens overtagelse af udgifterne, 3. tilsynet. Videre behandles spørgsmålet om, hvorvidt og i hvilket omfang behandling for talelidelser kan gennemføres i 4. børnehaverne, 5. skolerne og 6. hospitalerne.

I afsnit III stilles forskellige forslag vedrørende taleinstituttet, hvis 2 afdelinger henholdsvis i Hellerup og Århus foreslås omdannet til selvstændige taleinstitutter. De vigtigste er A. 2. omlægning af undervisningsforholdene, B. forbedring af de bygningsmæssige forhold ved institutterne, C. 1. forbedring af det fonetiske laboratorium og foretagelse af efterundersøgelser.

7 *afsnit IV* stilles forslag om kontrol med behandlede talelidende.

7 *afsnit V* stilles forslag vedrørende talelæreruddannelsen.

I. Forslag vedrørende indberetningsvæsenet og grundlaget iøvrigt for henvisning til taleundervisning.

Grundlaget for iværksættelse af taleundervisning er en henvendelse til statens institut for talelidende i Hellerup. I henhold til de gældende *indberetningsregler,* hvorom henvises til fremstillingen side 10, kommer indberetningerne fra det sociale udvalg (forsorgslovens § 257, stk. 1), eller fra læger m. fl. eller fra skoler (folkeforsikringslovens § 63, stk. 1 og 2, og undervisningsministeriets cirkulære af 26. juni 1943) og indgår til instituttet, dels direkte, dels indirekte via invalideforsikringsretten eller vedkommende skolekommission. I praksis er det imidlertid overvejende patienten selv eller dennes forældre, der henvender sig til instituttet, i mindre grad patientens læge eller skolevæsenet og kun undtagelsesvis det sociale udvalg.

Da statens institutter for talelidende efter kommissionens forslag i endnu højere grad end nu kommer til at være det centrale led i talebehandlingen, er det nødvendigt, at indberetninger fra myndigheder og andre *samles* her. Samtidig må indberetningsordningen tilrettelægges tilstrækkelig smidigt, så man til enhver tid efter de skiftende behov kan drage nytte af de myndigheder og enkeltpersoner, der under deres arbejde kommer i forbindelse med talelidende, og derved skabe mulighed for den tidligste og mest effektive behandling af talelidelserne. F. eks. har forsøget med talebehandling af børn i børnehaver vist, at en række talelidelser effektivt kan behandles, medens børnene er små og under deres ophold i børnehave, og kommissionen har derfor, jfr. nærmere afsnit II. 4 stillet forslag om en indberetningspligt også for børnehavelederе.

Det er ikke muligt at overse, hvilke myndigheder og personer der bør have indberetningspligt. Kommissionen foreslår derfor, at den nuværende bestemmelse i forsorgslovens § 257, stk. 1, erstattes af en bemyndigelse for socialministeren til at fastsætte reglerne for indberetning af talelidelser til statens institutter for talelidende efter forudgående forhandling med undervisningsministeren, for så vidt angår indberetninger fra skolevæsenets område, og med indenrigs-

ministeren, for så vidt angår indberetninger fra sundhedsvæsenets område.

Kommissionen har yderligere drøftet, om *indberetningsmaterialet* er tilstrækkeligt fyldestgørende til, at institutterne med sikkerhed kan afgøre, om talebehandling er påkrævet og i bekræftende fald, om behandling i det enkelte tilfælde bør foregå på taleinstitut eller ambulant udenfor institut.

Spørgsmålet har ikke blot en talepædagogisk, men også en lægelig side. Dette er forlængst almindeligt anerkendt, og det er også i konsekvens heraf, at der til taleinstituttet foruden talepædagoger er knyttet speciallæger, i første række en læbe- og ganespaltekirurg og en øre-, næse- og halslæge, men også — omend mere løst — en psykiater, jfr. nærmere nedenfor under III. A. 1. Dog har speciallæger i almindelighed ikke medvirket, når der for instituttet har været spørgsmål om at henvise en talelidende til ambulant behandling udenfor instituttet.

Indberetningerne er ofte ledsaget af erklæring fra vedkommende patients egen læge og for skolebørn yderligere af erklæring fra skolen. Lægeerklæringen, der afgives på en til formålet indrettet, temmelig omfattende blanket, er imidlertid efter det for kommissionen oplyste ofte ufyldestgørende og indeholder ikke så sjældent forkerte oplysninger. Undertiden har instituttet foranlediget, at patienten er blevet undersøgt af specialist, men som oftest er patienten på det allerede foreliggende grundlag blevet indkaldt til undersøgelse (og behandling) på instituttet. Det utilfredsstillende indberetningsmateriale har i visse tilfælde været en medvirkende årsag til, at instituttet ikke har ment at kunne lægge behandlingen ud til privat praktiserende talelærere.

Det er for kommissionen klart, at det hidtidige grundlag for sagernes rejsning må ændres, og ikke mindst hvis den af kommissionen ønskede mere decentraliserede talebehandling skal kunne gennemføres.

Kommissionen har været inde på den tanke helt at gå bort fra erklæringen fra vedkommende patients egen læge og i stedet stille krav om en speciallægeerklæring fra en øre-, næse- og halslæge, eventuelt suppleret med erklæring fra psykiater. En sådan ordning vil imidlertid for det første støde på den vanskelighed, at landet ikke er dækket med de omhandlede speciallæger, men dertil kommer, at adskillige tilfælde vil være så oplagte, at speciallægeerklæring er unødvendig. Endelig har speciallægeerklæringerne den mangel, at de ikke vil give institutterne nogen virkelig vejledning med hensyn til de pædagogiske muligheder for talelidelsens behandling.

Under hensyn hertil har kommissionen ment at måtte foretrække en ordning, der går ud på, at det pågældende institut, når det modtager indberetning om en talelidelse, lader foretage en undersøgelse i vedkommende patients eget hjem ved en af instituttets erfarne talelærere; det vil hertil være naturligt at benytte den nedenfor under afsnit II. 3 nævnte rejseinspektør. Under besøget vil det herefter være talelærerens opgave at danne sig et skøn over patientens talelidelse og af det milieu, hvori han lever, og på grundlag af sine iagttagelser at afgive fornøden meddelelse til instituttet om, hvorvidt tilfældet er så alvorligt, at det bør behandles, herunder om det er egnet til behandling udenfor institut, eller om patienten bør indkaldes til nærmere undersøgelse af instituttets specialister. Den endelige afgørelse træffes af vedkommende instituts ledelse på grundlag af talelærerens indstilling og •— om fornødent — efter, at spørgsmålet har været drøftet med instituttets specialister (øre-, næse- og halslæge, psykiater og psykolog), jfr. fremstillingen nedenfor under afsnit III. A. 1.

Dette ændrede grundlag, der sikrer, at såvel den lægelige som den talepædagogiske sagkundskab kommer til at medvirke også ved henvisningsspørgsmålet, indebærer, at den nuværende omfattende lægeerklæring fra patientens egen læge vil kunne begrænses til en anmeldelse fra lægen.

II. Forslag til en udvidet ambulant behandling udenfor taleinstitutterne.

1. Uddannelse af ftei'e talelærere.

Det er en forudsætning for at gennemføre den ønskelige udvidelse af ambulant talebehandling hos privatpraktiserende talepædagoger, at der er et tilstrækkeligt antal talelærere til rådighed.

Den ringe tilgang til uddannelsen skyldes, at lærerkandidaterne ikke blot må afse de fornødne midler til kost og logi i uddannelsestiden, men også må bekoste selve undervisningen, hvortil udgifterne andrager 1 500—2 000 kr.

Kommissionen foreslår derfor, at talelæreruddannelsen, der hidtil har henhørt under Den almindelige danske Lægeforening, henlægges til staten, og at de med *selve undervisningen af talelærerkandidaterne og den afsluttende talelærer eksamen forbundne udgifter* afholdes af staten. Der henvises herom og om kornmissionens forslag til talelæreruddannelsen iøvrigt til fremstillingen under afsnit V.

2. Betalingen for undervisningen.

Ved talebehandling udenfor taleinstitut i medfør af forsorgslovens § 257, stk. 2, påhviler det i det omfang, invalideforsikringsretten ikke betaler, vedkommende kommune at afholde udgifterne. Forudsætningen herfor er dog, at den talelidende af taleinstituttet er henvist til behandling, og at patienten er trængende i forsorgslovens forstand. Udenfor trangstilfælde betaler patienten selv for behandlingen. Taksten er for tiden 7 kr. pr. lektion å 30 minutter (grundtakst 4 kr. + dyrtidstillæg 75 pct.). I modsætning hertil er den behandling, der gives på taleinstituttet, gratis, uanset om vedkommende patient er trængende, idet udgifterne til selve behandlingen altid afholdes af staten.

Denne forskel har i mange tilfælde lagt ßig hindrende i vejen for at gennemføre ambulant talebehandling udenfor instituttet. Betalingsreglerne har gjort det særlig vanskeligt gennemførligt at henvise patienter til behandling hos private talelærere i København og Århus, hvor instituttets afdelinger er beliggende, idet disse kommuner i almindelighed kun vil medvirke ved etablering af talebehandling udenfor instituttet, når det drejer sig om patienter, der på grund af svagelighed ikke kan give møde på instituttet. Det kan heller ikke udelukkes, at de gældende betalingsregler har medvirket til, at kornmunerne ikke i fornødent omfang har indberettet talelidende til instituttet, men har ligget under for den almindeligt forekommende tilbøjelighed til at undervurdere det handicap, som talelidelser i mange tilfælde er, og at slå sig til tåls med, at lidelsen nok forsvinder med årene.

Det er ligeledes utilfredsstillende, at ikketrængende patienter, der bor i så lang afstand fra instituttets afdelinger i Hellerup og Århus, at de ikke kan behandles ambulant på instituttet, selv må betale for behandlingen ved talelærer samtidig med, at den samme kategori af patienter, der tilfældigvis bor i nærheden af instituttet, behandles vederlagsfrit på instituttet.

Da det i henhold til de almindelige regler i §§ 66 og 69 i forsorgsloven er staten, der skal afholde udgifterne til driften af særforsorgsinstitutioner, følger endvidere heraf, at staten, hvis den nuværende betalingsordning opretholdes, vil blive aflastet for udgifter i det omfang, behandlingen kan gives udenfor taleinstitut. Kommissionen mener derfor, at den overensstemmelse i betalingsreglerne ved institutbehandling og ved ambulant behandling udenfor institut, som vil være nødvendig for, at talebehandlingen i større omfang kan lægges ud til de privat praktiserende talepædagoger, bør gennemføres ved, at staten overtager udgifterne til selve behandlingen hos private talelærere, således at behandlingen på samme måde som behandlingen på institut bliver gratis for patienterne, hvad enten disse er trængende eller ej.

Indenfor et beslægtet område er man allerede gået denne vej. Det gælder således indenfor tunghøreforsorgen med hensyn til undervisning i mundaflæsning og undervisningen i høretræning (oplæring i brugen af høreapparater). Denne undervisning er henlagt dels til statens aflæseskoler i København og Fredericia, dels til lokale kur-

ser rundt om i landet. Medens kommunerne tidligere deltog i udgifterne til driften af mundaflæsningskurserne (bortset fra skolen i København), har staten nu ved § 22 i loven af 27. januar 1950 om foranstaltninger vedrørende døve og tunghøre overtaget udgifterne fuldtud. Den til forsorgslovens § 257, stk. 2, svarende bestemmelse i forsorgslovens § 260, stk. 1, om kommunernes forpligtelse til at afholde udgifterne ved undervisningen af døve og tunghøre, for så vidt undervisningen efter døveskolens anvisning skal finde sted udenfor døveskolerne, er herefter bortfaldet.

Under hensyn til det ovenfor anførte foreslår kommissionen derfor forsorgslovens § 257, stk. 2, ændret således, at udgifter til behandling udenfor statens institutter for talelidende fremtidig afholdes af staten i alle tilfælde, hvor en patient er henvist af et statsinstitut for talelidende til ambulant behandling. Samtidig bør reglen i forsorgslovens § 257, stk. 3, hvorefter det sociale udvalg først skal indhente en udtalelse fra invalideforsikringsretten. ophæves, da retten ifølge praksis kun undtagelsesvis betaler for taleundervisning. Reglen har efter det for kommissionen oplyste bevirket, at retten er blevet besværet med en mængde sager, hvor det på forhånd er udelukket, at udgifterne kan afholdes efter folkeforsikringslovens § 60. Dette medfører en unødvendig forsinkelse af sagernes ekspedition, og det formål, som reglen tilsigter, kan lige så godt opnås ved, at vedkommende taleinstitut søger kontakt med invalideforsikringsretten i tilfælde, der skønnes at falde ind under de grupper, hvor retten betaler behandlingen.

Det må forudses, at patienterne ofte vil være nødsaget til at foretage *rejser* for at komme til behandling hos den nærmeste talepædagog. Når patienten er trængende, er der ingen tvivl om, at det offentlige må træde hjælpende til og således, at det ligesom ved betalingen for selve undervisningen bliver statskassen, der afholder rejseudgifterne. Men også når patienten ikke er trængende, foreslår kommissionen, at staten betaler rejseudgifterne. Som det væsentligste argument for dette forslag henvises til det ovenfor anførte, at det er staten, der aflastes for udgifter ved, at talebehandlingen søges lagt ud til de private talelærere, og at det derfor vil være mindre rimeligt, at de udgifter til rejser, som vil være en følge af nyordningen, skal bæres af patienterne. Det bemærkes i denne forbindelse, at rejserne, efterhånden som landet bliver dækket af talelærere, vil aftage i omfang. Yderligere kan anføres, at det heller ikke iøvrigt er ukendt, at det offentlige afholder befordringsudgifter til ikke-trængende talelidende eller til andre kategorier af ikke-trængende særforsorgspatienter. Talelidende kan således i et vist omfang - - som tidligere omtalt — modtage hjælp i henhold til folke- I forsikringsloven, og i disse tilfælde ydes hjælp såvel til selve taleundervisningen som i til nødvendige rejseudgifter og uafhængigt af, om der foreligger trang. Også indenfor døve- og tunghøreforsorgen har man tilsvarende regler; således betaler staten **i alle** ! tilfælde døve børns rejseudgifter til de for | disse oprettede eksternatskoler, og på sam- I me måde betaler staten rejseudgifterne i forbindelse med tunghøres deltagelse i de ovennævnte høretræningskurser.

For så vidt det undtagelsesvis måtte vise sig nødvendigt at indkvartere patienten i nærheden af undervisningsstedet, må udgifterne hertil afholdes i overensstemmelse med de for særforsorgens kontrollerede familiepleje gældende regler, jfr. forsorgslovens § 66 samt socialministeriets årlige takstbekendtgørelser, for finansåret 1953—54 arbejds- og socialministeriets takstbekendtgørelse af 28. februar 1953.

3. Tilsyn med undervisningen samt forældrevejledning.

Da udgifterne ved den lokale talebehandling foreslås afholdt af staten, vil det være nødvendigt, at der føres tilsyn med behandlingen.

Tilsynet må have til opgave at bistå de private talelærere med råd og vejledning. Dernæst må det påhvile tilsynet at overvåge, at behandlingen er effektiv, og at føre kontrol med, at behandlingen ikke udstrækkes længere end påkrævet. I tilfælde, hvor tilsynet skønner, at behandlingen er virkningsløs eller kun fremviser små resultater, må tilsynet have opmærksomheden henledt på, om der kan være særlige grunde hertil; specielt må opmærksomheden være rettet

imod, om der vil være anledning til at lade patienten undersøge lokalt hos speciallæger eller at indkalde patienten til undersøgelse og behandling på taleinstitut.

For alle grupper af handicappede børn gælder det, at erfaringerne har vist, at de forhold, hvorunder barnet lever, er af stor betydning, idet urigtig pleje, manglende interesse for barnet eller manglende forståelse af dets psyke kan medføre skadelige følger for barnet. Indenfor døveforsorgen har man derfor med hjemmel i døvelovens § 5, stk. 1 og 2, oprettet en undersøgelses- og vej ledningsklinik i København, hvortil er knyttet en gruppe af specialister (speciallæger, psykolog og audiolog). Arbejdet er tilrettelagt således, at døvelærere aflægger besøg i hjem med døve og tunghøre børn under skolealderen, undersøger børnene og vejleder forældrene. Endvidere er en skriftlig vejledning udsendt til hjemmene. På selve klinikken undersøges alle døve og tunghøre børn i København samt børn fra provinsen, når det skønnes nødvendigt.

Også indenfor talelidendeforsorgen må det anses for vigtigt, at der i fornødent omfang gives forældrene råd og vejledning, der i en række tilfælde vil kunne bevirke, at særlige foranstaltninger helt kan undgås, i særdeleshed når det drejer sig om børn i børnehavealderen. Urigtig pleje og manglende forståelse af barnet kan begrænse udbyttet af taleundervisningen, enten således, at selve behandlingen kun opviser et ringe resultat, eller således, at en opnået forbedring af taleevnen fortager sig, efter at behandlingen er afsluttet. På den anden side kan forældre — rigtigt vejledet — selv i et vist omfang fortsætte behandlingen og bidrage til at fastholde resultaterne. Det må naturligvis, når talebehandlingen sker lokalt ved privat praktiserende talelærer, i første række blive dennes sag at vejlede forældrene med hensyn til barnets lidelse og de reaktioner hos barnet, som denne kan fremkalde, således at forældrene sættes i stand til at forstå barnet og give det den rette pleje. Men også tilsynet må i høj grad være opmærksom på dette forhold, og hvis tilsynet skønner, at barnet lever i et milieu, der antages at forringe udsigterne for et godt behandlingsresultat, må tilsynet overveje, om barnet bør indkaldes til behandling på taleinstitut.

Det her beskrevne tilsyn bør ligge hos den myndighed, der træffer bestemmelse, om henvisning til en autoriseret talepædagog skal finde sted, altså hos vedkommende taleinstitut. For at skabe den fornødne kontakt mellem den behandlende talelærer og vedkommende institut må talelæreren for hver enkelt patient med mellemrum indsende indberetninger til instituttet indeholdende de fornødne oplysninger til bedømmelse af patientens talelidelse og behandlingens effektivitet.

Til gennemførelse af institutternes tilsyn foreslår kommissionen, at der foreløbig til hvert af institutterne knyttes en talepædagog, der skal gøre tjeneste som rejseinspektør, således at rejseinspektøren ved instituttet i Hellerup fører tilsyn med talepædagogerne på øerne øst for Storebælt og rejseinspektøren ved instituttet i Århus med talepædagogerne i den øvrige del af landet.

Kommissionen ser sig ikke i stand til at udtale sig om, hvorvidt det vil være nødvendigt at ansætte talelærere, der alene skal have til opgave at fungere som rejseinspektører, eller om dette inspektionsarbejde vil kunne kombineres med arbejdet som talelærer med nedsat timetal på vedkommende institut, idet dette må afhænge af de erfaringer, der indhostes i praksis, derunder hvilket omfang den ambulante talebehandling vil få i fremtiden. Man skal dog fremhæve, at rejseinspektørerne skal være erfarne talelærere.

4. Særlige foranstaltninger vedrørende børn i børnehavealderen.

Kommissionen har gjort den i bilag 4 omhandlede rapport vedrørende et forsøg med gennemførelse af behandling af talelidende børn i de almindelige børnehaver til genstand for overvejelse og har herved særlig hæftet sig ved den betydning, det tillægges, at barnet så tidligt som muligt behandles i sit sædvanlige milieu, og at forældrene modtager fornøden vejledning. Man har endvidere bemærket, *at* resultaterne angives at have været bedst i de tilfælde, hvor selve talebehandlingen er foregået gruppevis, *at* det anses for bedst, at barnet i den periode, det modtager taleundervisning, helt overflyttes til vedkommende børnehave, og

at der ikke har været vanskelighed forbundet med at have talelidende børn og andre børn sammen i børnehaverne. Endvidere har man mærket sig, at der jævnligt er forekommet andre lidelser i forbindelse med talelidelserne, derunder bl. a. hørelidelser, samt at talelidelserne ofte kan diagnosticere« fra det fyldte 4. år.

Da der kun har været inddraget et begrænset antal børn under forsøget, har kommissionen ikke ment at have tilstrækkelig erfaringsbasis til i enkeltheder at kunne stille et almindeligt forslag om tilrettelæggelse af ambulant talebehandling af børnehavebørn, derunder navnlig om, i hvilket omfang medicinsk og psykologisk sagkundskab bør være knyttet til behandlingen. Kommissionen anser det imidlertid for utvivlsomt, at det langt overvejende antal talelidende småbørn vil kunne behandles i børnehaverne, og socialministeren har derfor i overensstemmelse med kommissionens indstilling godkendt, at forsøget gentages i det dobbelte antal børnehaver og gennem et helt børnehaveår, begyndende den 1. september 1952. Der foreligger endnu ikke rapporter om resultatet. I børnehaveåret 1953—54 gennemføres taleundervisningen i 10 børnehaver.

Da der ikke efter de gældende regler i forsorgsloven er hjemmel til, at staten afholder udgifterne til disse forsøg som særforsorgsudgifter, er forsøgene blevet financieret af socialministerens særlige rådighedssum i henhold til forsorgslovens § 127, stk. 4, til de forebyggende børneforsorgsinstitutioner. På længere sigt kan det imidlertid ikke anses for rimeligt, at det er børneforsorgen, der afholder udgifterne til talebehandling af børnehavebørn, idet talebehandlingen er en særforsorgsopgave, og de dermed forbundne merudgifter bør derfor afholdes af staten som særforsorgsudgift på linie med udgifterne til ambulant talebehandling iøvrigt. Efter forslaget skulle fremtidig selve talebehandlingen blive gratis for forældrene. For yderligere at animere forældrene til at lade deres talelidende børn få undervisning i børnehaverne og i betragtning af det offentliges interesse i, at den tidlige undervisning gennemføres, mener kommissionen, at forældrene, så længe taleundervisningen står på, bør fritages for at yde nogen betaling for barnets ophold i børnehaven. Såfremt dette anses for hensigtsmæssigt, kan vedkommende taleinstitut eventuelt bemyndiges til som særforsorgsudgift at refundere den pågældende børnehave den takstmæssige betaling for det talelidende barn.

Da det fremgår af den fornævnte rapport, at talelidelser ofte kan diagnosticeres i 4-årsalderen, og da det endvidere er almindeligt anerkendt, at talelidelser behandles med størst effektivitet, når barnet kommer under behandling så tidligt, at lidelsen ikke har nået at sætte sig fast, foreslår kommissionen yderligere, at der i henhold til den foreslåede nye indberetningsregel, jfr. foran under afsnit I, pålægges lederne af børnehaver pligt til at indberette alle tilfælde af læbespalte, ganespalte, hørstumhed, stammen eller udtalefejl hos børn over 4 år til vedkommende statsinstitut for talelidende, der herefter på sædvanlig måde skønner over, om og i bekræftende fald hvor talebehandling skal finde sted.

I tilfælde, hvor barnet kan undergives behandling i børnehave, og lidelsen har en sådan karakter, at det skønnes påkrævet, at behandlingen gives ved autoriseret talepædagog, må vedkommende taleinstitut herefter på sædvanlig måde henvise barnet til en børnehave, hvor der gives talebehandling.

Tilsynet med vedkommende privat praktiserende talepædagogs virksomhed i børnehaven bør gennemføres ved de tidligere omtalte rejseinspektører.

For så vidt angår spørgsmålet om *forældrevejledning* bemærkes, at der vil være særlig let lejlighed til at opnå kontakt med forældrene til børnehavebørn, når de bringer eller henter barnet, og at man bør udnytte den fordel, der ligger heri. Forældrevejledningen vil her naturligt i første række kunne gives af den talepædagog og de specialister, som iøvrigt måtte være knyttet til vedkommende børnehave, og af børnehavens leder. I særlige tilfælde vil vedkommende tilsynsførende kunne bistå forældrene.

Imidlertid skulle nogle talefejl kunne rettes i børnehaven af børnehavelærerinden uden sagkyndig talepædagogisk bistand, såfremt lærerinden har fået en kort instruktion. Dette gælder en del udtalefejl og en del tilfælde af forsinket sprogudvikling. Kom-

missionen skal derfor henlede opmærksomheden på det ønskelige i, at der som et led i den almindelige uddannelse af børnehavelærerinder indgår undervisning i børns normale sprogudvikling og i de almindeligst forekommende afvigelser herfra, taleorganernes bygning og funktioner samt den specielle pædagogik, der knytter sig til afhjælpningen af de her nævnte tale- og sprogforstyrrelser.

Det skal dog betones, at det er vedkommende statsinstitut for talelidende, der afgør, om særlig talebehandling i det enkelte tilfælde er påkrævet, og at børnehavelederen derfor, selv om hun mener at kunne behandle en talefejl hos et barn, har pligt til at indberette tilfældet til instituttet.

5. Afgrænsning i forhold til skolevæsenet.

Det er tidligere omtalt, at der med hjemmel i folkeskoleloven i et cirkulære af 26. juni 1943 fra undervisningsministeriet er fastsat nærmere regler for iværksættelsen af særundervisning i folkeskolen bl. a. for talelidende børn. Til gennemførelse af denne særundervisning anbefales det i cirkulæret at ansætte særligt uddannede talelærere. Endvidere er det i cirkulæret udtalt, at børn, hvis talevanskeligheder skyldes læbespalte, ganespalte, hørstumhed, funktionelle stemmelidelser eller stammen, ikke kan behandles ved taleundervisning indenfor skolevæsenet. Cirkulæret giver derfor anvisning på, at tilfælde som de nævnte ved skolekommissionens beslutning må henvises til behandling på statens institut for talelidende i Hellerup eller efter dettes henvisning til ambulant behandling.

Reglen er herefter i øjeblikket den, at alle talelidelser bortset fra udtalefejl må indberettes til taleinstituttet, idet lom dette er i stand til på forsvarlig måde at skønne over, hvorledes behandlingen skal iværksættes. Udtalefejl vil derimod i almindelighed kunne behandles i folkeskolen, enten i normalklasserne eller ved særundervisning.

Kommissionen har nærmere overvejet, hvilke ændringer der bør ske med hensyn til fordelingen af talebehandlingen mellem skolevæsenet og særforsorgen som følge af den foreslåede udvidede ambulante talebehandling.

I de skoler, hvor der, som undervisningsministeriets cirkulære giver anvisning på, er ansat *autoriserede talelærere,* vil disse kunne behandle alle de talelidelser hos skolebørn, som anses for tilgængelige for ambulant behandling udenfor taleinstitut. Nogle skoler har allerede knyttet autoriserede talelærere til særundervisningen, og det må håbes, at denne udvikling, efterhånden som der i højere grad end nu uddannes sådanne talelærere, må fortsætte i forøget takt ved et samarbejde mellem undervisningsministeriet og socialministeriet bl. a. igennem det uddannelsesudvalg, der foreslås nedsat, jfr. afsnit V.

Ved en sådan udvikling vil det være muligt med tiden at nå frem til en ordning, hvorunder talebehandlingen i almindelighed vil kunne lægges ud til skolerne.

Kommissionen er imidlertid klar over, at det, som forholdene er i dag, er vanskeligt at lægge talebehandlingen ud i skolerne, da skolevæsenet — navnlig i de mindre samfund i landkommunerne •— ikke har kunnet indrette særundervisning for talelidende skolebørn. Dette medfører, at særforsorgen ofte må påtage sig også at sørge for talebehandling af skolebørn med talelidelser, som i og for sig skulle kunne klares af skolevæsenet, såfremt cirkulærets regler var gennemført.

Når særundervisningen ikke er slået igennem i fornødent omfang i folkeskolen, skyldes det, at det ikke hidtil har været praktisk muligt at gøre etableringen af denne undervisning i folkeskolen obligatorisk. For det første er der efter folkeskolelovens § 2, stk. 5, kun pligt til at indrette særundervisning, „hvor forholdene tillader det". For det andet er der selv i denne begrænsede form endnu ikke gennemført en pligt for kommunerne til etablering af særundervisning, idet gennemførelsen af den omhandlede bestemmelse i folkeskoleloven er udskudt flere gange og senest til 1. april 1958. Grunden hertil er, at det efter de gældende regler i princippet er kommunerne, der må betale særundervisningen, ligesom al anden undervisning i folkeskolen, og at staten alene bidrager med tilskud til de med særundervisningen forbundne udgifter efter de gældende regler i lov nr. 414 af 12. juli 1946 om lønninger m. m. til folkeskolens lærere og i lov

nr. 200 af 12. april 1949 om det kommunale skolevæsens styrelse og tilsyn.

I de større samfund, navnlig købstæder, hvor der er tilstrækkelig basis for oprettelse af egentlige særklasser, yder staten således tilskud efter lærerlønningslovens sædvanlige regler. Efter § 44 i denne lov yder staten et tilskud til lærerlønnen på $^1/_5$ af grundlønnen, $^3/_5$ af det pensionsgivende tillæg, $^4/_5$ af reguleringstillægget og refunderer alderstillægget fuldtud. På landet må særundervisningen imidlertid — bortset fra landkommuner med et større skolevæsen og kommuner, der har sluttet sig sammen i skoleforbund til drift af særklasser, hvorved tilskud efter lærerlønningsloven muliggøres — gives som særlige timer udenfor skoletiden. Statstilskuddet til den sidstnævnte form for særundervisning kan imidlertid kun gives efter reglerne i § 32 i skoletilsynsloven. Efter denne lovbestemmelse kan skolerådet for vedkommende kreds efter indhentet samtykke fra undervisningsministeriet i hvert enkelt tilfælde af skolefondens midler yde tilskud til foranstaltninger, der er af betydning for kredsens skolevæsen, hvortil efter praksis nu henregnes særundervisning, der ikke kan financieres efter reglerne i lærerlønningsloven, og staten afholder da halvdelen af skolefondens tilskud.

Allerede det af undervisningsministeriet nedsatte udvalg vedrørende oprettelsen af særklasser i folkeskolen for de børn, der ikke kan følge den almindelige undervisning, gav i sin i november måned 1942 afgivne betænkning udtryk for, at der først kunne komme rigtig gang i særundervisningen, hvis de dermed forbundne udgifter i det væsentlige bæres af staten, og udvalget udarbejdede derfor et herpå sigtende lovforslag, der imidlertid aldrig er blevet ophøjet til lov. Efter lovforslaget skulle staten bl. a. betale den fulde lønning med alle tillæg til lærere, der udelukkende ansættes til særundervisning, ligesom staten skulle betale fuldtud for enkelte timer, som en lærer læser i en særklasse.

Problemet er her i virkeligheden det samme som det, der møder talelidendeforsorgen ved spørgsmålet om betalingen for ambulant behandling hos en autoriseret talelærer. Ligesom kommissionen mener, at denne behandling må bekostes fuldtud af staten, er det kommissionens opfattelse, at en særundervisning i folkeskolen ikke vil kunne gennemføres fuldtud, med mindre refusionsreglerne ændres, således at staten afholder den fulde udgift til særundervisningen, d. v. s. navnlig lønningen til talelæreren, og det hvad enten særundervisningen gives i særklasser eller som særlige timer udenfor skoletiden.

Da talelidendeforsorgen ofte må tage sig af talelidende skolebørn, hvis behandling skulle kunne gives i normalskolen, har kommissionen overvejet, om man ikke i disse tilfælde burde gøre behandlingen af skolebørn ved talelidendeforsorgens foranstaltning afhængig af, at vedkommende kommune deltager i udgifterne til barnets talebehandling. Betragtningen har været den, at man, såfremt staten betaler udgifterne, vil fratage kommunerne tilskyndelsen til at indrette særundervisning i folkeskolen for talelidende børn.

Kommissionen har dog ikke ment at burde stille forslag om betalingsregler for talelidende skolebørn, der afviger fra de af kommissionen foreslåede betalingsregler for behandlingen af andre talelidende. Hvis en særregel med hel eller delvis betalingspligt for kommunerne blev gennemført, måtte det efter de erfaringer, der er gjort under den nuværende ordning, hvor kommunerne betaler for ambulant talebehandling udenfor taleinstitut, befrygtes, at et betydeligt antal talelidende ikke ville blive indberettet til institutterne. Skolebørnenes muligheder for at få talebehandling ville derved blive væsentlig ringere end andre talelidendes, et højst beklageligt resultat ikke mindst i betragtning af, at udsigterne for helbredelse er bedst, når behandlingen påbegyndes i de yngre år. Det måtte dernæst forventes, at adskillige af de talelidende ville henvende sig til talelidendeforsorgen om hjælp på et eller andet tidspunkt, efter at skolegangen var afsluttet, og hvor det efter de regler, kommissionen har foreslået, ville påhvile staten at bekoste behandlingen. Lidelsen ville da muligvis have sat sig fast, således at der måtte kræves en væsentlig længere og derfor også mere bekostelig behandling. Kommissionen er iøvrigt bekendt med, at man i skolekredse har den opfattelse, at de gældende refusionsregler for folkeskolens særundervisning ikke har fundet sin endelige form, og at det er under overvejelse, når man har indhø-

stet erfaringer gennem den virksomhed, der udøves af folkeskolens særklassekonsulenter, at søge refusionsreglerne ændret i retning af, at staten skal dække merudgifterne ved etablering af særundervisning.

Under hensyn til det anførte mener kommissionen derfor, at talebehandlingen af skolebørn ved *særforsorgens foranstaltning* bør betales af staten på samme måde som foreslået for så vidt angår talelidende i andre aldersklasser. For at imødegå faren for, at kommunernes interesse i at etablere særundervisning i skolerne derved svækkes, foreslås det, at socialministeriet i samarbejde med undervisningsministeriet drager omsorg for, at det i hvert enkelt tilfælde, når der opstår spørgsmål om talebehandling af et skolebarn, undersøges, om det ikke vil være muligt i stedet at lade uddanne en af vedkommende kommunes lærere til at varetage behandlingen.

Hvad angår spørgsmålet om, i hvilket omfang skolevæsenet fremtidig bør indberette talelidelser til taleinstitutterne, skal kommissionen i tilknytning til det foran under afsnit I stillede forslag om gennemførelse af en ny indberetningsregel bemærke følgende:

Når der er tale om skoler med *autoriserede talelærere* mener kommissionen, at det må kunne overlades til vedkommende skole selv at skønne over, hvornår det er påkrævet at foretage indberetning til taleinstitut., idet det ikke er særforsorgens opgave at føre tilsyn med skolernes særundervisning.

I de tilfælde, hvor særundervisning ved autoriseret talelærer derimod ikke er gennemført, må der fortsat ske indberetning til taleinstitut i det omfang, det nu er forudsat i undervisningsministeriets cirkulære, d. v. s. at alle talelidende bortset fra børn med udtalefejl, indberettes til institut.

6. Talelærere ved større hospitaler.

Der er for kommissionen rejst spørgsmål om at knytte talepædagoger til enkelte større hospitaler. Man har her særlig tænkt på hospitaler, hvor der findes samlet de specielle afdelinger, der særlig berører talelidendeforsorgen, nemlig afdelinger for øre-, næse- og halssygdomme, psykiatrisk afdeling, neurologisk afdeling og pædiatrisk afdeling. Man har herved henvist til den fordel, der er forbundet med også udenfor taleinstitutterne at have nær kontakt mellem speciallæger og talelærere.

Talelærerens virksomhed på hospitalet vil være den dobbelte: at foretage undersøgelser af patienter, der henvises til talelæreren af hospitalets læger, og at iværksætte talebehandling, når dette efter stedfunden undersøgelse skønnes påkrævet.

Talebehandling på hospitalerne vil have sin betydning derved, at behandlingen kan påbegyndes samtidig med, at patienten iøvrigt behandles på hospitalet. I praksis vil talebehandling formodentlig hyppigst blive iværksat samtidig med, at patienten går til lægebehandling på hospitalets poliklinik, men det vil også have sin værdi, dersom talelæreren i egnede tilfælde sættes i stand til at påbegynde behandlingen, medens patienten er sengeliggende eller oppegående på hospitalet. Når lægebehandlingen på hospitalet er ophørt, synes der derimod ikke at kunne anføres særlig vægtige grunde til, at den talelidende behandles på hospitalet i stedet for f. eks. i vedkommende talelærers eget hjem.

Organiseringen af dette samarbejde mellem læger og talelærere på større hospitaler må i første række være et hospitalsadministrativt spørgsmål, således at vedkommende hospital træffer aftale med en praktiserende autoriseret talelærer om at være til rådighed for hospitalet i det antal timer ugentligt, som skønnes fornødent.

For at udgifterne ved behandlingen skal kunne dækkes af staten som særforsorgsudgift, vil det efter den foran under 2 og 3 givne fremstilling være en betingelse, at et statsinstitut for talelidende har henvist patienterne til talebehandling, og at instituttet får lejlighed til at føre tilsyn med den talepædagogiske behandling af patienterne, derunder at påse, at behandlingen ikke udstrækkes over længere tid, end instituttet anser for påkrævet.

Med disse forbehold kan kommissionen tiltræde, at større hospitaler træffer aftale med autoriserede talelærere om talebehandling på hospital af patienter, så længe patienterne modtager lægebehandling på hospitalet.

III. Forslag vedrørende taleinstitutterne.

A. Ændringer i organisationen af behandlingen og undervisningen.

1. Lægeordningen, derttnder plastiske operationer, tandregulering og protesekontrol.

Som foran i kap. 1, afsnit B. 2 anført er der til taleinstituttet i Hellerup og afdelingen i Århus knyttet huslæge, tandlæge, øre-, næse- og halslæge samt -- efter særlig tilkaldelse i det enkelte tilfælde — øjenlæge og psykiater. Endvidere er der til instituttet i Hellerup knyttet en læbe- og ganespaltekirurg, der foretager operationer på Diakonissestiftelsen.

Det har i det daglige arbejde været følt som en mangel, at psykiaterne ikke har en fastere tilknytning til de to institutafdelinger. Det er ligeledes utilfredsstillende, at man ikke disponerer over psykologer. Der har således i praksis hyppigt været behov for psykiatrisk og psykologisk undersøgelse af patienterne, ikke mindst af hørstumme og af stammere. Undertiden vil det være tilstrækkeligt med en enkelt undersøgelse, men i mange tilfælde vil en forsvarlig undersøgelse kræve længere tids observation. Navnlig kræver undersøgelsen af børn megen tid. Undersøgelse af sværere stammetilfælde er ligeledes langvarig, ligesom psykiatrisk og psykologisk behandling vil være ønskelig, når den talepædagogiske behandling kun kan opvise ringe eller måske slet ingen effekt.

Kommissionen foreslår derfor, at der på honorarbasis knyttes både en psykiater og en terapeutisk uddannet psykolog fast til hvert af de to institutter på samme måde, som øre-, næse- og halslægen er det i øjeblikket. Andre specialister må kunne tilkaldes om fornødent.

Foruden at undersøge og behandle eleverne på institutterne vil det, forsåvidt kommissionens forslag under afsnit I gennemføres, også påhvile specialisterne at medvirke ved afgørelsen af, om en patient skal søges henvist til ambulant behandling hos privat praktiserende talelærer, eller om patienten først må indkaldes til nærmere undersøgelse.

I det følgende skal berøres forskellige spørgsmål, der alene har relation til *læbe- og ganespaltepatienterne.*

Disse patienter opereres almindeligvis for læbespalte i 2-mdr.s alderen og for ganespalte i 2-års alderen. De patienter, der lider af ganespalte, bliver, uanset om de i 2-års alderen er opereret, indkaldt til institut i 7—8-års alderen. Har operation fundet sted, kontrolleres operationsresultatet, i modsat fald, eller hvis operationen ikke har været tilfredsstillende, fremstilles en obturatorprotese (en speciel kunstig gane).

Reoperation foretages, når der er medicinsk eller talemæssig indikation herfor. I en del tilfælde har man også reopereret navnlig læbespalte på kosmetisk indikation, altså udelukkende for at forbedre patientens udseende. Efter kommissionens opfattelse bør de sidstnævnte reoperationer kunne foretages i videre omfang end hidtil, idet navnlig en læbespalteoperation ikke sjældent vil være så skæmmende, at patienten lider psykisk stærkt derunder og vil være væsentlig handicappet ved valg af erhverv.

En jævnligt forekommende følge af operativ behandling af ganespalte er unormal tandstilling, som kan afhjælpes ved tandregulering. Også her gælder det, at den unormale tandstilling i sværere tilfælde, således når tænderne bryder frem i flere rækker eller ganske unormale steder som f. eks. midt i ganen, vil kunne hæmme talen eller alvorligt skæmme patientens udseende med det resultat, at patientens erhvervsmuligheder alvorligt begrænses.

Kommissionen skal foreslå, at plastiske operationer og tandregulering foretages, når det i det enkelte tilfælde skønnes at have afgørende betydning for patienternes muligheder, navnlig i erhvervsmæssig henseende. Endvidere bør protesekontrol foretages ved regelmæssige indkaldelser til vedkommende institut med 2 til 4 års mellemrum, indtil patienten er blevet voksen.

Udgifterne ved de nævnte foranstaltninger må afholdes som et led i forsorgen jfr. afsnit 3.

2. *Undervisningen og fagfcedagogisk tilsyn.*

a. Undervisningen af taleinstitutternes eksterne elever.

En forholdsvis stor del af patienterne, der søger taleinstituttet i Hellerup, er bosiddende i hovedstadsområdet, idet der kun ganske undtagelsesvis er tale om at henvise dem til behandling ved privat praktiserende talepædagog. Disse patienter optages som eksterne elever. Endvidere optages som eksterne elever navnlig voksne patienter fra provinsen (fortrinsvis stemmelidende), der, så længe behandlingen varer, selv sørger for kost og logi i København. Også på afdelingen i Århus modtages eksterne elever, men her væsentligst elever fra Århus med nærmeste opland, og antallet af eksterne elever er langt mindre i Århus end ved instituttet i Hellerup.

Den taleundervisning, som de eksterne elever modtager, gives så godt som altid enten som enkeltmandsundervisning eller på små hold, bestående af 2 eller 3 elever med samme talelidelse. Undervisningstiden er i almindelighed y_2 time daglig.

I enkelte tilfælde, hvor eksterne elever trænger til længere daglig behandling, undervises de dog sammen med de interne elever, jfr. om undervisningen af disse nedenfor.

Kommissionen har ikke fundet anledning til kritik af den måde, hvorpå undervisningen af de eksterne elever er tilrettelagt. Med hensyn til spørgsmålet om fremskaffelse af lokaler til undervisning af eksterne patienter til aflastning af taleinstituttet i Hellerup henvises til afsnit B.

b. Undervisningen aftaleinstitutternes interne elever.

De elever, der bor på taleinstitut, har hidtil modtaget undervisning under to forskellige former, dels egentlig taleundervisning, dels en undervisning, der først og fremmest har til formål at beskæftige eleverne, i det følgende benævnt beskæftigelsesundervisning.

Taleundervisningen er hidtil givet de interne elever som klasseundervisning. Der behandles normalt 10 elever i hver klasse, og der undervises 5 timer daglig. Undervisningen tager sigte på talens tekniske side og er væsentlig af fonetisk art i form af taleøvelser. For at kunne gennemføre denne undervisningsform fordeles eleverne i klasserne efter deres talelidelses art, og kun forså vidt der er flere klasser indenfor en kategori af talelidelser, foretages en fordeling efter alder og modenhed. Under den nuværende undervisningsform kan der kun rent perifert tages hensyn til elevernes åndelige udvikling og skolemæssige oplæring.

Foruden de 5 timers taleundervisning i klasserne gives beskæftigelsesundervisning 2 timer daglig. Denne undervisning tog oprindeligt sigte på at beskæftige eleverne i deres fritid med gymnastik, sløjd og håndgerning. I de senere år er beskæftigelsesundervisningen tilrettelagt mere efter fritidshjemmenes mønster, idet man i forbindelse med frivillighed i emnevalg lægger vægt på at udvikle elevernes aktivitet og produktivitet således, at beskæftigelsesundervisningen får en særlig betydning ved på bredere basis at virke terapeutisk og personlighedsudviklende. Ved instituttet i Hellerup har man desuden i de senere år gennemført almindelig børnehaveundervisning for de hørstumme børn.

Medens instituttet på eget initiativ har omlagt beskæftigelsesundervisningen og indført børnehaveundervisning, har instituttet ikke hidtil ment at kunne forlade den nuværende ordnings egentlige fundament, den talepædagogiske gruppebehandling i klasserne. Instituttet mener, at der bør gøres *forsøg* med udvidet enkeltmandsundervisning kombineret med skolepræget undervisning for elever i og over skolealderen efter følgende retningslinier:

Elever i undervisningspligtig alder opdeles efter udviklingstrin i klasser med indtil 15 elever i hver. Hver klasse undervises nogle timer daglig i dansk og regning suppleret med andre skolefag, således at undervisningen så vidt muligt tilrettelægges som en fortsættelse af den afbrudte skoleundervisning i hvert enkelt tilfælde. I undervisningen, der ledes af en fuldt uddannet talelærer, for at den kan ledsages af en effektiv talekorrektion, lægges der i videst mulig udstrækning vægt på mundtlig fremstilling.

Den egentlige talebehandling gives som eneundervisning ½ time daglig til hver elev.

Eleverne deltager udenfor den tid, der undervises i klassen, i beskæftigelsesundervisningen, jfr. nedenfor.

For elever over undervisningspligtig alder foregår taleundervisningen ligeledes som eneundervisning ½ time daglig, og i det omfang, det er ønskeligt, deltager eleverne i beskæftigelsesundervisningen. For denne gruppe elever åbnes gennem anskaffelse af et håndbibliotek mulighed for selvstudium, og på grundlag heraf organiseres fri mundtlig fremstilling i form af studiekredse, elevforedrag og diskussioner.

Beskæftigelsesundervisningen udvides og tilrettelægges således, at den rummer mulighed for forskellige former for produktiv virksomhed, hvortil kommer rytmik, gymnastik og boldspil.

For børn i børnehavealderen mener instituttet på grundlag af de forsøg, der allerede er foretaget med undervisning i og udenfor instituttet, at måtte foreslå, at der i tilknytning til institutterne oprettes heldagsbørnehaver med 1 børnehavelærerinde pr. 10 elever. Der afsættes til direkte taleundervisning desuden et timetal svarende til ½ time daglig pr. elev.

Kommissionen kan tiltræde, at der gøres et forsøg i den angivne retning på omlægning af undervisningen af eleverne i og over skolealderen, der bl. a. forudsætter, at antallet af talelærere forøges. Kommissionen er enig i instituttets forslag vedrørende børnehaverne.

c. Fagpædagogisk tilsyn.

Såfremt det fornævnte forslag til omlægning af undervisningen gennemføres, således at der fremtidig gives undervisning i de almindelige skolefag, rejser der sig spørgsmål om etablering af et fagpædagogisk tilsyn med denne undervisning. Et tilsyn på de fagpædagogiske områder såsom dansk, regning o. s. v. vil efter kommissionens opfattelse kunne yde værdifuld vejledning, og det samme gælder med hensyn til indretning af tidssvarende undervisningslokaler, oprettelse af samlinger samt med hensyn til anskaffelse af undervisningsmidler m. m. Kommissionen vil for sit vedkommende finde det mest nærliggende, at dette tilsyn udøves af statens inspektører for de pågældende fagområder. Indenfor døveforsorgen er det ved § 9 i døveloven af 27. januar 1950 fastsat, at undervisningen på døvekostskolerne er underkastet det tilsyn, socialministeriet efter indstilling af døvenævnet og efter forhandling med undervisningsministeriet måtte beskikke. Indenfor talelidendeforsorgen må der kunne gennemføres en tilsvarende tilsynsordning som døveforsorgens.

3. Betalingen for behandling og undervisning m. m.

Det er tidligere omtalt, at opholdet på taleinstitut er gratis for patienter, der er trængende, medens ikke-trængende patienter for opholdet betaler et beløb, der for tiden andrager 17,85 kr. ugentlig. Selve taleundervisningen er imidlertid i alle tilfælde gratis, og det samme gælder hospitalsbehandling, når dette er påkrævet (operativ behandling af læbe- og ganespalte) samt den tandlægebehandling, som gives på instituttet (protese, protesekontrol og tandregulering).

Den del af udgifterne, som patienten ikke selv afholder, dækkes i almindelighed af staten i henhold til forsorgslovens regler. I visse tilfælde afholdes imidlertid udgifterne i henhold til folkeforsikringsloven, dels af invalideforsikringsfondens midler, dels i henhold til vedtægterne for vedkommende patients sygekasse, og i så fald betaler forsikringen, uanset om vedkommende patient er trængende eller ej. Ordningen er i disse tilfælde den, at særforsorgen forlods udreder de faktiske udgifter til ophold og behandling, derunder eventuel hospitalsbehandling, og derefter fra invalideforsikringsfonden får refunderet den for selve opholdet fastsatte b etalin gstakst på for tiden 17,85 kr. ugentlig (selvbetalertaksten) og fra vedkommende sygekasse - - alt efter vedtægtens bestemmelser — får refunderet eventuelle udgifter til operativ behandling af læbe- og ganespaltepatienter og udgifter til behandling med protese m. v.

Stillingen for patienterne er herefter den, at de højst kommer til at betale for udgifterne til selve opholdet under behandlingen og dette kun, når de ikke er trængende. I de tilfælde, hvor invalideforsikringsretten træder til, slipper patienterne helt for udgifter i forbindelse med ophold og behandling.

Kommissionen finder ingen anledning til at foreslå ændringer i denne ordning.

Et særligt spørgsmål rejser sig derimod med hensyn til betaling af *rejseudgifter* til og fra taleinstitut i forbindelse med talebehandlingen. Efter forsorgslovens § 70, stk. 2, sammenholdt med reglerne i forsorgslovens § 69, stk. 1, henregnes rejseudgifter i forbindelse med behandling på særforsorgsinstitution også til de udgifter, som afholdes af staten, *forsåvidt patienten er trængende.*

Kommissionen er opmærksom på, at reglerne i forsorgslovens § 70, stk. 2, og § 69, stk. 1, har karakter af *almindelige* regler, der gælder for alle særforsorgsgrene; men for de patienter, der vil kunne behandles *eksternt* på taleinstitut eller på den særlige afdeling under instituttet i Hellerup, som kommissionen foreslår etableret i København, jfr. nedenfor under afsnit B, gælder det, at disse tilfælde reelt ganske må ligestilles med ambulant behandling hos privat praktiserende talelærer, hvor kommissionen har stillet forslag om, at staten, *uanset om patienten er trængende eller ej,* betaler rejseudgifterne. Kommissionen mener derfor, at der med hensyn til rejseudgifter for de her nævnte eksterne elever må indføres samme regel.

Når det drejer sig om patienter, der indkaldes til behandling og ophold på taleinstitut som interne patienter, ville kommissionen forsåvidt finde det rimeligt, om rejseudgifterne kunne afholdes af staten også udenfor trangstilfælde, idet udgifterne er direkte forårsaget af behandlingen og ikke som udgifterne til kost og logi på institut modsvares af nogen besparelse i patientens private økonomi. Hertil kommer, at udgiften kan være meget forskellig fra person **til** person alt efter afstanden fra bopælen til instituttet. Da dette imidlertid ligger helt på linie med forholdene indenfor andre særforsorgsgrene, har kommissionen dog ikke ment at kunne stille et sådant forslag specielt for talelidendeforsorgen, men man ønsker at fremhæve, at spørgsmålet om betalingen af rejseudgifter til og fra særforsorgsinstitution ved lejlighed bør tages op **til** overvejelse under eet for alle særforsorgsgrene.

B. Forbedring af taleinstitutternes lokaleforhold.

Kommissionens forslag om en mere decentraliseret taleundervisning forudsætter, at taleinstituttets afdeling i Århus ikke blot bibeholdes, men også, at afdelingen udbygges til at blive et selvstændigt institut, for at det på nærmere hold kan give støtte til den ambulante undervisning, der gives i oplandsområdet. Da det på indeværende tidspunkt ikke er muligt at forudsige, i hvilket omfang og hvor hurtigt den decentraliserede undervisningsform vil kunne realiseres, er det vanskeligt for kommissionen nu at fremsætte konkrete forslag til indretningen af instituttet i Århus. Usikkerheden med hensyn til virkningen af den foreslåede decentralisering taler måske også for, at man venter med at tage endelig stilling til Århus-instituttets indretning på langt sigt, og at man i stedet benytter de første par år til som et forsøg at indrette undervisnings- og kliniklokalerne for sig i centralt beliggende lokaler, dersom sådanne kan skaffes tilveje.

Afdelingen i Århus blev oprettet i 1937 i nogle lokaler i byens kommunehospital, hvor afdelingen havde til huse, indtil tysk beslaglæggelse i 1943 tvang afdelingen til flytning til den nuværende ejendom, en gammel villa, som staten har lejet af Århus kommune. Da villaen var for lille til at kunne modtage patienter, der kunne bo på stedet, måtte man leje en barak. Barakken, der er anbragt på grunden, har soveplads til 40 elever, der må spise i et nærliggende pensionat. Fra første færd har dette arrangement været tænkt som en *rent midlertidig* foranstaltning.

Kommissionen har haft lejlighed til at besigtige instituttets afdeling i Århus og er enig om, at de nuværende bygninger er så primitive, at det ikke vil være muligt ved køb af ejendommen med ombygning og udvidelse for øje at indrette et i bygningsmæssig henseende forsvarligt institut på stedet. *Kommissionen vil derfor anse det for bydende nødvendigt, at der snarest skaffes nye lokaler.*

Som tidligere nævnt har instituttet i Århus afdelinger for stammen, udtalefejl, stemmelidelser, ganespalte og ordblindhed, medens der med den nuværende normering på 40 elever ikke har kunnet oprettes en af de-

ling forhørstumme i Århus. Disse har derfor i alle tilfælde måttet indkaldes til behandling på instituttet i Hellerup, hvorved et stort antal af disse patienter, der aldeles overvejende er mindre børn, og hvis behandling er langvarig, har måttet fjernes så langt fra deres hjem, at kontakten til hjemmet er blevet vanskeliggjort. Hertil kommer, at instituttet i Hellerup ikke selv disponerer over det fornødne antal pladser til disse børn, hvis lidelser er så alvorlige, at de i de fleste tilfælde bør undergives institutbehandling. Efter de for kommissionen foreliggende oplysninger er tallet på de på ventelisten pr. 1. oktober 1953 opførte hørstumme, hvis lidelse er så alvorlig, at de må behandles som interne patienter, 49 og dermed så stort, at der alene heri er tilstrækkelig begrundelse for en udvidelse af kapaciteten for det nye institut i Århus fra 40 til 50 elever.

Såfremt det ikke skulle vise sig muligt at gennemføre en foreløbig forbedring af lokaleforholdene, der er sagligt og økonomisk forsvarlig, f. eks. ved leje af egnede lokaler, mener kommissionen, at man bør bygge et nyt institut. Kommissionen har under besøg i Århus orienteret sig hos Århus kommune om mulighederne for køb af egnet grund.

Det nye institut i Århus må indrettes med en afdeling for hver af de forskellige grupper af talelidelser og med plads til 50 interne elever. Man går herved ud fra, at instituttet indrettes således, at instituttet i overgangstiden, indtil de praktiske muligheder for en udvidet lokal talebehandling foreligger, kan tage nogen overbelægning. Man går endvidere ud fra, at man ved oprettelsen af instituttet er opmærksom på, at det kan blive nødvendigt senere at foretage udvidelse, dersom det skulle vise sig vanskeligere gennemførligt end antaget at henvise til ambulant behandling, og at instituttet derfor opføres således, at tilbygningsarbejder uden ulemper kan gennemføres. Instituttet bør opføres på en grund, der har en sådan størrelse, at eleverne frit kan udfolde sig udendørs i fritiden, og der må søges skabt så hjemlige forhold som muligt derved, at elevernes soverum og opholdsrum indrettes i et antal mindre bygninger (pavilloner), adskilt fra det øvrige institut. Med en sådan byggeform vil det formentlig også være lettere at gennemføre eventuelle udvidelser af instituttet.

Man foreslår, at Århus-instituttet kommer til at modtage elever fra *Jylland* og *Fyn*, medens instituttet i Hellerup modtager elever med bopæl i den øvrige del af landet. Man er klar over, at en geografisk afgrænsning af de to institutters områder med Storebælt som grænselinie i overgangsperioden vil frembyde forskellige praktiske vanskeligheder, indtil en udvidet ambulant behandling hos privat praktiserende talelærere fuldtud er trængt igennem. Sålænge delingen ikke kan gennemføres i praksis, må institutterne være indstillet på i givet fald at modtage patienter med bopæl i det andet instituts område og at etablere et samarbejde med hensyn til elevindkaldelserne, så ventetiden for patienter med bopæl i det ene område ikke bliver længere end ventetiden for patienter, der bor i det andet område.

Det forudsættes, at den nuværende ordning, hvorefter en overlærer som inspektør varetager det daglige pædagogiske arbejde under tilsyn af forstanderen for instituttet i Hellerup, ophører, og at der straks oprettes en stilling som forstander for instituttet i Århus.

Også på *instituttet i Hellerup* tiltrænges lokalemæssige forbedringer. De eksterne elever på instituttet i Hellerup udgjorde ultimo marts i hvert af årene 1950, 1951, 1952 og 1953 henholdsvis 119, 149, 151 og 184. Dette antal er så stort, at undervisningen af disse elever er ved at sprænge instituttets rammer og griber forstyrrende ind i undervisningen af de elever, der bor på instituttet.

Kommissionen foreslår derfor, at undervisningen af de eksterne elever i det omfang, det måtte vise sig hensigtsmæssigt, udskilles fra instituttet i Hellerup og henlægges til en *særlig afdeling* i lejede og for trafikmidlerne centralt beliggende lokaler i København.

Man er klar over, at den overvejende del af disse patienter sagligt set lige så vel vil kunne behandles af privat praktiserende talelærere i hovedstadsområdet, og at de praktiske muligheder for patienternes henvisning til sådan behandling vil være til stede, såfremt man gennemfører kommissionens forslag om, at staten skal betale de hermed forbundne udgifter. Kommissionen

mener dog, at *såvel administrative som økonomiske hensyn* taler for, at der for hovedstadsområdet •— uanset den af kommissionen foreslåede decentralisering af talelidendeforsorgen — fortsat under en eller anden form opretholdes en afdeling under instituttet i Hellerup for patienter, der ikke bor på instituttet.

Den administrative fordel ved denne ordning ligger deri, at man sparer tilsynet med de privat praktiserende talelærere.

Videre må kommissionen anse det for nødvendigt, at instituttets *børnehaveafdeling* for interne småbørn indrettes i en selvstændig bygning, såvidt muligt i en villa i nærheden af instituttet.

C. Andre foranstaltninger vedrorende taleinstitutterne.

1. Det fonetiske laboratorium. Efterundersøgelser.

Det fonetiske laboratorium ved taleinstituttet i Hellerup er først og fremmest til støtte for institutterne i deres daglige arbejde. På båndoptagere optages elevernes tale, inden behandlingen påbegyndes og ved dens afslutning, dette sidste for at kunne kontrollere resultatet og for ved senere lejlighed at kunne fastslå, om resultatet har holdt sig. Også medens behandlingen står på, foretager man lydoptagelser, navnlig for at præsentere eleverne for deres fejl. Disse lydoptagelser kan analyseres ved særligt apparatur (spektrograf), hvorved man får et objektivt udtryk for ændringer i talen.

Laboratoriet deltager yderligere i uddannelsen af talepædagoger, idet lærerkandidaterne gennem det særlige apparatur (films, sløjfeoscillograf, almindeligt stroboskop), får kendskab til talens fysiologi (åndedræt, stemmelæbers og mundens bevægelser) og akustik. Laboratoriet står tillige til rådighed for andre særforsorgsgrene.

Udenfor særforsorgens område yder laboratoriet sin medvirken ved uddannelsen af universitetsstuderende (navnlig sprog- og medicinstuderende) ved afholdelse af øvelser. Med radiumstationen er der et nært samarbejde, idet man foretager undersøgelser af de røntgenbehandlede strubekræftpatienter før og efter behandlingen.

For at kunne varetage disse opgaver er det en forudsætning, at det fonetiske laboratorium råder over et helt moderne apparatur. I bilag 7 findes der en fortegnelse over det apparatur, som ønskes anskaffet. Kommissionen skal anbefale, at der stilles de fornødne midler til rådighed til supplering af apparatur til laboratoriet. Det foreslås endvidere, at der oprettes en stilling som leder af laboratoriet svarende til den betydning, der må tillægges arbejdet på laboratoriet.

Kommissionen ønsker at understrege betydningen af, at der fra tid til anden foretages *efterundersøgelser* af talelidende, der har fået behandling.

Der er nedenfor redegjort for den betydning, sådanne efterundersøgelser har for patienten selv. Et andet formål med efterundersøgelserne er at konstatere, hvordan en bestemt behandlingsform har virket, for at afgøre, på hvilke punkter og på hvilken måde der bør sættes ind med forbedringer af undervisningen. Som eksempel herpå kan nævnes efterundersøgelsen af tidligere behandlede patienter med stammelidelser og stemmelidelser (bilag 5), som kommissionen har taget initiativet til, og som har skaffet værdifulde oplysninger.

Kommissionen stiller forslag om, at der på de årlige budgetter for talelidendeforsorgen afsættes midler til at foretage efterundersøgelser i nødvendigt omfang.

Kommissionen ønsker iøvrigt at fremhæve den store betydning, det har, at det videnskabelige arbejde indenfor talelidendeforsorgen fremmes, så udviklingen herhjemme på fonetikkens og talebehandlingens område ikke sakker agterud i forhold til andre lande. Uden gode betingelser for forskning af talelidelsernes årsager og de metoder, der anvendes i taleterapien, vil arbejdet stagnere, og det vil i det lange løb være vanskeligt at knytte de lærerkræfter til sig, der har lyst og evner til at vise vejen frem. Omvendt vil gode betingelser for et videnskabeligt arbejde efter kommissionens opfattelse være et virksomt middel til at knytte de bedst egnede medarbejdere til forsorgen.

2. Lærernes pligtige timetal og avancementsforhold.

Talepædagogerne i kommissionen har under forhandlingerne rejst spørgsmål om nedsættelse af talelærernes pligtige timetal fra

30 til 27 ugentlige timer. For lærere på 55 år og derover, der nu har adgang til nedsættelse til 27 timer ugentlig, foreslås en adgang til nedsættelse til 24 ugentlige timer. Til støtte for dette forslag henvises der **til,** at statsskolernes lektorer og adjunkter, som talelærerne lønningsmæssigt nærmest må sidestilles med, i henhold til tjenestemandslovens § 872 har den ønskede nedsættelse. Endvidere peges der på arbejdets specielle og vanskelige karakter og på, at lærerne til stadighed ikke blot må holde sig å jour med udviklingen indenfor taleundervisningen, men også selv udarbejde undervisningsmateriale.

Talepædagogerne har endvidere foreslået, at der bliver fastsat et bestemt forhold imellem antallet af overlærere og antallet af timelærere sammenholdt med antallet af fast ansatte lærere i det hele taget. Det foreslås, at overlærerprocenten fastsættes til 40, svarende til statsskolernes avancementsprocent, og at timelærerprocenten maksimalt bliver 15 (i folkeskolen normalt 10) i lighed med den ordning, der praktiseres indenfor døveforsorgen.

Kommissionen kan i princippet tilslutte sig de af talepædagogerne således fremsatte forslag.

D. Forskellige organisatoriske spørgsmål i forbindelse med oprettelsen af et nyt institut for talelidende i Århus og med talelidendeforsorgens decentralisering.

Den pædagogiske og administrative ledelse har hidtil været centraliseret hos taleinstituttets forstander i Hellerup, dog således, at en overlærer som inspektør har ledet det daglige pædagogiske arbejde ved instituttets afdeling i Århus under forstanderens tilsyn. Kommissionen foreslår som tidligere anført, at der oprettes et *selvstændigt* institut for talelidende i Århus med egen forstander således, at de to forstandere fremtidig ligestilles.

Oprettelsen af 2 selvstændige institutter indebærer, at hvert af institutterne på egen hånd foretager de fornødne undersøgelser af patienterne, enten ved den til vedkommende institut knyttede rejseinspektør eller - efter indkaldelse af patienterne -- ved instituttets kreds af specialister. Hvert af institutterne må afgøre, hvorvidt patienterne skal behandles i eller udenfor institut, og henholdsvis indkalde patienten til institutbehandling eller henvise den pågældende til en privat praktiserende talelærer. På samme måde må hvert af institutterne selvstændigt træffe bestemmelse om, hvornår en iværksat talebehandling kan ophøre. Ordningen forudsætter, at indberetninger vedrørende talelidende fremtidig må indsendes til det institut, under hvis oplandsområde patienten hører.

Kommissionen har drøftet, om det vil være hensigtsmæssigt fuldtud at *dele det administrative arbejde* på tilsvarende måde, således at de to institutter hvert indenfor sit geografiske område og uafhængigt af hinanden fuldtud varetager de administrative forretninger.

Hidtil har de administrative forretninger ligget under forstanderen ved instituttet i Hellerup, der udover det fornødne kontorpersonale har været bistået nogle timer dagligt af en administrativt uddannet embedsmand (fuldmægtig i socialministeriet) med særlig indsigt på dette felt. Som eksempler på det arbejde af administrativ art, som forstanderen ved denne ordning er blevet aflastet for, kan anføres budgetlægningen og regnskabsvæsenet, derunder efterkontrol af regninger, indkøb, statistik og forhandlinger om lønningsspørgsmål i tilfælde, hvor lønnen ikke er generelt fastsat. Endvidere kan nævnes vedrørende de enkelte patientsager korrespondance med socialministeriet vedrørende spørgsmålet om bidragspålæggelse, indkassering af betaling for eleverne, dels fra sygekassen, dels fra vedkommende elev selv o. s. fr.

Denne ordning af de administrative **for**retninger, der altså har omfattet begge institutafdelinger, har i praksis virket særdeles tilfredsstillende, hvilket bl. a. har givet sig det udslag, at det kun har været et fåtal af sager, som det har været nødvendigt at forelægge for socialministeriet. Der er derfor efter de hidtil indhøstede erfaringer ingen saglig motivering for at dele det administrative arbejde. Dertil kommer, at en deling af administrationen — rent bortset fra en forøgelse af administrationsudgifterne — vil bevirke, at man ikke uden noget koordinerende administrativt led vil have det samme overblik som under den hidtidige ordning.

Kommissionen mener herefter ikke, at der bør foretages andre ændringer i den administrative forretningsgang end sådanne, der måtte vise sig at være en naturlig og hensigtsmæssig følge af oprettelsen af det nye institut eller af den decentralisering af forsorgen, som tilsigtes ved kommissionens forslag om udvidet ambulant behandling udenfor taleinstitutterne.

I forbindelse med decentralisering af forsorgen og statens overtagelse af udgifterne rejser der sig bl. a. spørgsmålet om kontrol med de i denne anledning indkomne regningskrav.

Den vigtigste form for kontrol vil formentlig foregå igennem rejseinspektørens personlige kontakt med talelærerne. Kommissionen har iøvrigt haft opmærksomheden henledt på den ordning, der indenfor tunghøreforsorgen er gennemført ved etableringen rundt om i landet af de tidligere omtalte kurser i mundaflæsning samt i høretræning (oplæring i brugen af høreapparater), hvor udgifterne dækkes af staten på samme måde som foreslået for den lokale taleundervisning. Ordningen er her den, at aflæse]ærernes honorarer og befordringsudgifter i henhold til månedlige opgørelser på dertil indrettede blanketter forlods afholdes af kommunerne, og at kommunerne derefter hvert kvartal samlet indsender de indkomne regninger til lederne af aflæseskolerne henholdsvis i København og Fredericia, der fører tilsyn med de nævnte kurser. Kontrollen med regningerne foretages af aflæseskolernes ledere og i socialministeriet, der anviser beløbene. Kommissionen anser det for ønskeligt, om denne enkle ordning med de fornødne lempelser kan gennemføres indenfor talelidendeforsorgen. Kommunernes regningskrav bør i så fald via vedkommende institut indsendes til administrationen, der så foretager kontrollen, med og anvisningen af regningerne.

IV. Kontrol med taleundervisningens effektivitet.

I afsnit III. C. 1 er omtalt spørgsmålet om foretagelse af efterundersøgelser af patienter, der er blevet behandlet på taleinstitutterne, med det videregående formål at få spørgsmål af interesse for forsorgen for talelidende videnskabeligt belyst. Et andet formål med sådanne undersøgelser er kontrol med den enkelte patients talelidelse for at få konstateret, om der er grund til efterbehandling. I afsnit **III.** A. 1 er dette spørgsmål berørt i forbindelse med behandlingen af ganespaltepatienter, hvor kontrolforanstaltningerne går såvel på lægens, tandlægens som talelærerens arbejde. Også for patienter med andre talelidelser vil efterbehandling undertiden være påkrævet. Der skal herved henvises til den i bilag 5 omtalte redegørelse for efterundersøgelsen, hvoraf det fremgår, at 29 pct. af behandlede stammere og 30 pct. af behandlede patienter med stemmelidelser havde helt eller delvist tilbagefald efter behandlingen.

De fremkomne talmæssige oplysninger giver dog efter kommissionens opfattelse ikke anledning til, at der etableres *generelle* kontrolforanstaltninger for talelidende. Derimod mener man, at tilbagefald indenfor de nævnte grupper af talelidelser er forekommet i et sådant omfang, at det bør pålægges taleinstitutterne og de privat praktiserende talelærere ved en behandlings afslutning at henlede opmærksomheden på, at den pågældende, når han fremsætter ønske derom, kan få lejlighed til at få sin talefærdighed efterprøvet ved henvendelse til et taleinstitut og *i givet fald få efterbehandling.* Udgifter til befordring, der måtte være nødvendige for at få talefærdigheden efterprøvet, bør på samme måde som udgifterne til befordring til behandlingsstedet, når talebehandling foregår ambulant, dækkes af staten. Tilsvarende fremgangsmåde kan anvendes i andre tilfælde, hvor det er sandsynligt, at en efterbehandling senere bliver aktuel.

Kommissionen går ud fra, at efterundersøgelse i det langt overvejende antal tilfælde vil kunne foretages af de tidligere omtalte rejseinspektører.

V. Uddannelsesspørgsmål (talelærere, plejepersonale).

Uddannelsen af talelærerne.

A. Den gældende ordning.

Undervisningen af talelidende meddeles af talelærere, der er autoriserede af Den almindelige danske Lægeforening. Den særlige uddannelse af talepædagogerne er, hvad enten disse er ansat ved statens institut for talelidende eller praktiserer privat rundt om i landet, fælles for alle talelærere og er fastsat senest i 1945 i „Den af Den almindelige danske Lægeforening vedtagne ordning med hensyn til autorisation af talelærere". Ordningen varetages af lægeforeningens talelærerudvalg bestående af tre af Den almindelige danske Lægeforenings repræsentantskab blandt foreningens medlemmer valgte repræsentanter, af forstanderen for statens institut for talelidende og af en — efter indstilling fra Talepædagogisk Forening — af lægeforeningen valgt autoriseret talelærer.

Af hovedpunkterne i ordningen skal fremhæves, at det i almindelighed er en betingelse for at kunne indstilles til autorisation, at vedkommende har bestået skoleembedseksamen med pædagogikum eller afgangseksamen fra et seminarium, og at pågældende derudover har gennemgået en særlig talelæreruddannelse, der omfatter følgende discipliner:

1. Talemetodik, stemme- og sprogbehandling samt diktion.
2. Taleorganernes anatomi og fysiologi, akustik og fonetik.
3. Logopædi.
4. Praktisk pædagogik.

Uddannelsen i de 3 førstnævnte discipliner skal ifølge ordningen strække sig over mindst 6 måneder med regelmæssig undervisning og med et samlet antal lektioner på mindst 150. Undervisningen kan gives af autoriserede talelærere.

Uddannelsen i praktisk pædagogik omfatter 180 timers hospitering, herunder undervisning på statens institut for talelidende, samt en uges hospitering i en kommunal tale- eller læseklasse.

Uddannelsen afsluttes med en eksamen, der overvåges af talelærerudvalget.

Ret til at indstille til eksamen har enhver autoriseret talelærer. Indstilling afgives til talelærerudvalget, der ligeledes efter bestået eksamen meddeler kandidaten lægeforeningens autorisation.

Eksamen falder i to dele, en teoretisk og talemetodisk del og en praktisk del.

Første del omfatter en skriftlig prøve og en mundtlig prøve. Den skriftlige prøve afholdes på statens institut for talelidende. Hertil er også henlagt anden del af eksamen, der består i diagnosticering af en talelidelse samt planlægning og påbegyndelse af behandlingen af lidelseisen.

B. Talelæreruddannelsen i forskellige andre lande.

Der er mange steder i udlandet tilrettelagt korte kurser i stemmedannelse og artikulation som led i uddannelsen af lærere ved normalskolen. Derimod er det kun i begrænset omfang, at der i udlandet er tilrettelagt en egentlig talelæreruddannelse.

I *Sverige* har i de senere år et antal talelærere fået en specialuddannelse på Karolinska Sjukhusets poliklinik for stemme- og talelidelser. Uddannelsen omfatter i almindelighed kursus på 3—6 måneder med en daglig undervisningstid på 6 timer og består i teoretisk undervisning, kliniske studier og hospitering ved talefejls behandling. Kurset strækker sig over 1 eller 2 somre.

I en af skolöverstyrelsen i 1948 afgivet betænkning er det imidlertid nu foreslået at lægge uddannelsen af talelærere ind i mere faste rammer. Efter forslaget skal uddannelsen fortsat knyttes til Karolinska Sjukhuset, men med tiden også til andre medicinske phoniatriske poliklinikker.

I almindelighed kræves efter forslaget lærer embedseksamen som betingelse for at påbegynde uddannelsen, men også andre j egnede med interesse for talepædagogisk virksomhed skal kunne komme i betragtning.

Uddannelsen, der efter forslaget har en varighed på ½ år °g afsluttes med en eksa-

men bestående i en skriftlig og en praktisk prøve, omfatter:

Psykologi	35 timer
psykopatologi	25 —
stemme-, tale- og høreorganernes anatomi og fysiologi	10 —
akustik og fonetik	15 —
stemme- og talebehandling	30 —
stemme- og talelidelser	455 —
arbejdsorganisation	5 —
	ialt 575 timer

I *Norge* er uddannelsen af talepædagoger 1-årig og henlagt til »Grannhaug offentlige skole for barn og ungdom med talefeil", der siden 1946 med statsstøtte har etableret talelærerkursus, der afsluttes med „norsk logopedisk eksamen". Uddannelsen er baseret på tidligere opnået lærerskoleeksamen.

I 1949 har et af kirke- og undervisningsdepartementet nedsat nævn afgivet betænkning angående udbygningen af talelidendeforsorgen i Norge og har deri stillet forslag om gennemførelse af en 2-årig uddannelse, der tænkes knyttet til den centrale skole for talelidende op til det 25. år, som foreslås oprettet. Uddannelsen tilrettelægges som et 2-årigt kursus fordelt over 4 semestre med en effektiv arbejdstid på 15 uger pr. semester og afsluttes med eksamen i teori og praktisk logopædi samt en skriftlig specialopgave.

I *England* findes en særlig taleterapeutuddannelse, der er 3-årig. For at påbegynde studiet forudsættes, at kandidaten har afgangseksamen fra den højere skole (omtrent svarende til studentereksamen), og at han eller hun er fyldt 18 år, hvorimod der ikke stilles krav om nogen forudgående pædagogisk uddannelse. Uddannelsen finder sted på 5 „Speech Therapy Training Schools", der er knyttet til hospitalerne. Uddannelsen er delt i en teoretisk og talemetodisk uddannelse og en hospiterende uddannelse og afsluttes med en eksamen omfattende en skriftlig, en mundtlig og en praktisk prøve. Efter endt eksamen arbejder taleterapeuten i direkte tilknytning til hospitalerne og indenfor skolevæsenets „Medical Service".

I England og Amerika er uddannelsen tilrettelagt på en sådan måde, at talelærerne også kan fungere som aflæselærere (lærere for tunghøre), idet fagene om ørets fysiologi og patologi, aflæsning og audiometri indtager en fremtrædende plads.

C. Forslag til talelæreruddannelsen.

Selv om den af Den almindelige danske Lægeforening kontrollerede uddannelse af talelærere i det hele og store har været hensigtsmæssig og ved sin indførelse i 1945 betød et vigtigt fremskridt, vil det være naturligt at undersøge, hvilke forbedringer der i årene, siden denne uddannelse blev fastlagt, har vist sig at være ønskelige. Der har således manglet en lærebog i det teoretiske stof, som hidtil har måttet læses i spredte særartikler. For at afhjælpe denne mangel har Talepædagogisk Forening for en række år siden sat et arbejde i gang for at fremskaffe en lærebog, hvis indhold bliver af væsentlig større omfang end det nu krævede teoretiske pensum. Denne lærebog vil derfor ved sin fremkomst kræve en forøgelse af uddannelsestiden, der med sine 6 måneder allerede med det nuværende pensum har vist sig temmelig knap. Men også den del af stoffet, der vedrører praktikken, bør forøges, og dette gælder ikke mindst den tid, der afsættes til hospitering på taleinstitutternes forske]]lige afdelinger og i folkeskolens særklasser.

Dernæst bør kandidaterne i form af en skriftlig specialopgave dokumentere deres evner for et selvstændigt arbejde med stoffet.

Endvidere bør uddannelsen tilrettelægges således, at kandidaterne efter endt eksamen kan gøre fyldest ikke blot som talelærere, men også som ordblindelærere, som lærere i mundaflæsning og lærere i høretræning ved brugen af høreapparater. Herved vil det lettere blive praktisk muligt med tiden at nå til en ønskelig decentralisering af forsorgen på disse områder, idet der næppe i de mindre byer vil være mulighed for fuld beskæftigelse af en lærer indenfor hvert af disse specialer. I forslaget til talelæreruddannelsen er den gældende kursusplan for uddannelsen af aflæselærere indarbejdet. Man er bekendt med, at der er fremsat forslag til en revision af aflæselæreruddannelsen. Dersom denne ændres, bør ændringerne indarbejdes i planen for talelæreruddannelsen.

Under overvejelserne om talelæreruddannelsen har man været inde på spørgsmålet om en mindre vidtgående uddannelse af talelærere, der agter at praktisere udenfor

taleinstitutterne i Hellerup og Århus, end af talelærere, der ønsker at søge ind på institutterne, fordi de privat praktiserende talelærere kommer til at beskæftige sig med mindre vanskelige tilfælde. Imidlertid har repræsentanter for de privat praktiserende talepædagoger udtalt sig imod en mindre vidtgående uddannelse af disse talelærere. Der er herved henvist til betydningen af, at undervisningen af talelidende også uden for institutterne bliver så god som mulig, ikke mindst når det tilstræbes at decentralisere talelidendeforsorgen, samt til, at de privat praktiserende talelærere ikke som lærerne ved taleinstitutterne har et bibliotek til rådighed eller samme lette adgang til at j søge bistand hos fagfæller.

Det foreslås derfor, at uddannelsen tilrettelægges på samme måde for de to grupper af talelærere.

Ud fra disse synspunkter har et af kommissionen nedsat underudvalg stillet nedenstående forslag til uddannelsen af talelærere. Forslaget er i sin helhed tiltrådt af kommissionen.

1. Betingelserne for at påbegynde uddannelsen.

For at påbegynde uddannelsen bør der stilles krav om, at pågældende har afsluttende læreruddannelse fra seminarium eller har bestået skoleembedseksamen eller magisterkonferens med såvel teoretisk som praktisk pædagogikum eller har dokumenteret en anden fyldestgørende almindelig og pædagogisk uddannelse.

Det bør være en betingelse for at påbegynde uddannelsen, at det ved en undersøgelse hos en øre-, næse- og halslæge er konstateret, at pågældendes hørelse er normal, og at taleorganerne er sunde.

2. Tidspunktet for uddannelsen og omkostningerne derved.

Undervisningen af lærerkandidaterne bør være gratis.

Uddannelsen af kandidater, der ønsker at søge ind ved taleinstitutterne, bør foregå i de år, i hvilke vedkommende er ansat som aspirant eller som timelærer ved institutterne, på samme måde som det for døvelærerne er fastsat i § 15 i lov nr. 21 af 27. januar 1950 om foranstaltninger vedrørende døve og tunghøre. Det foreslås yderligere, at aspiranter og timelærere i uddannelsestiden får nedsat timetal til 24 undervisningstimer ugentlig.

Forsåvidt angår kandidater, der ikke agter at søge ind som lærere ved taleinstitutterne, henleder man opmærksomheden på den adgang, der i medfør af § 7, stk. 3, i lov nr. 414 af 12. juli 1946 om lønninger m. m. til folkeskolens lærere, jfr. undervisningsministeriets bekendtgørelse af 30. september 1946, er for lærere i folkeskolen, der agter at gennemgå yderligere uddannelse, til at få halvdelen af vikarudgifterne afholdt af skolefonden, når den pågældende har virket mindst 3 år ved samme skole eller skolevæsen. Det bemærkes i denne forbindelse, at en del større kommuner i praksis dækker den anden halvdel af vikarudgifterne. Da det er en betingelse for at opnå denne offentlige støtte, at kurset er godkendt af undervisningsministeriet, har kommissionens forslag været forelagt for undervisningsministeriet, som intet har haft at erindre imod forslaget.

For at fremme tilgangen til faget vil det være ønskeligt, om der i samarbejde med undervisningsministeriet kan tilvejebringes en tilsvarende vikarordning, evt. en stipendieordning for gymnasielærere og andre, som måtte ønske at uddanne sig som talelærere.

3. Uddannelsens omfang.

Uddannelsen bør omfatte teori og praktik.

Den *teoretiske* del af uddannelsen tager sigte på at give lærerkandidaten det teoretiske kendskab til de for taleundervisningen betydningsfulde discipliner, som kandidaten enten slet ikke eller kun i utilstrækkeligt omfang har lært under sin seminarie- eller universitetsuddannelse.

Under *praktikken* foreslås henlagt den del af uddannelsen, der tager særligt sigte på at give lærerkandidaten de for undervisningen af talelidende fornødne praktiske færdigheder og bibringe kandidaten kendskab til de særlige hjælpemidler, der er nødvendige eller fremmende for undervisningen.

Den omtalte skriftlige *specialopgave* skal have karakter af en faglig selvstændighedsprøve og hvile på selvstudium.

Angående det nærmere indhold af uddannelsen henvises til bilag 8 til nærværende betænkning. Efter forslaget er der afsat 420 timer til teori og 750 timer til praktik eller ialt 1170 timer, hvorved er bortset fra den tid, der medgår til specialopgaven.

Talelæreruddannelsen må derfor påregnes at ville strække sig over 1 år under forudsætning af, at kandidaten ikke har anden beskæftigelse. For kandidater, der agter at søge ind som lærere ved taleinstitutterne, og som i uddannelsestiden gør tjeneste som aspiranter eller timelærere på et taleinstitut, må uddannelsen påregnes at ville vare 2 år.

Det pointeres imidlertid, at *forslaget til uddannelsesplanen alene er tænkt som vejledende.* Kommissionen foreslår, at der nedsættes et uddannelsesudvalg, i hvilket foruden socialministeriet og undervisningsministeriet bør være repræsenteret den fornødne talepædagogiske og medicinske sagkundskab, og at det overdrages dette udvalg til socialministeriet at afgive indstilling om den nærmere gennemførelse af uddannelsesplanen samt at forestå uddannelsen m. v. Det forudsættes, at udvalget i fornødent omfang forhandler med andre sagkyndige.

4. Uddannelsesstedet.

Der henvises til de i døvekommissionens betænkning af 8. februar 1949 anførte muligheder med hensyn til uddannelsesstedet, jfr. betænkningens side 51, idet det af døvekommissionen herom fremsatte forslag også bør lægges til grund ved talelæreruddannelsen, således at uddannelsen i princippet knyttes til taleinstitutterne.

Den teoretiske undervisning i aflæselære og i mund-hånd-systemet bør henlægges til aflæseskolen i København, og undervisningen i de forskellige høreapparattyper m. v. bør gives på en hørecentral.

For de discipliners vedkommende, hvor den fornødne fagkundskab til undervisningen skal hentes udefra, f. eks. sociallovgivningen og psykologien o. a., foreslås, at uddannelsen foregår på særlige kurser, der såvidt muligt bør lægges udenfor ferietiden. Det vil være ønskeligt til nedbringelse af udgifterne, om disse kurser i videst muligt omfang tilrettelægges som fælleskurser for pædagogerne ved flere særforsorgsgrene.

Afgørelsen af, i hvilket omfang uddannelsen skal ske ved taleinstitutterne og da ved begge eller et enkelt eller ved særlige kurser, træffes efter socialministeriets nærmere bestemmelse.

5. Uddannelsens afslutning.

For at skabe det nødvendige grundlag for bedømmelsen af de enkelte lærerkandidaters kvalifikationer samt for at sikre sig, at lærerkandidaten har fulgt undervisningen i tilstrækkeligt omfang og med det fornødne udbytte, bør uddannelsen afsluttes med en eksamen. Denne, der er såvel skriftlig som mundtlig, foregår under ledelse af det under 3 nævnte uddannelsesudvalg, som også bestemmer, hvilke kandidater der kan indstilles til eksamen. Der bør åbnes adgang til at meddele dispensation for visse af eksamensfågene, dersom ansøgeren allerede andetsteds har aflagt tilstrækkelig og betryggende eksamen i disse fag.

Efter afsluttet eksamen udfærdiges eksamensbevis. Samtidig udstedes et autorisationsbevis, der giver den pågældende ret til at betegne sig som statsautoriseret talelærer, og hvori det bl. a. udtales, at den autoriserede talelærer ikke må påbegynde behandling af en stemmelidelse, forinden det ved lægeattest er godtgjort, at der ikke i elevens taleorganer findes lidelser, der contraindicerer behandlingen.

De nærmere regler om eksamen, eksamensbevis og om meddelelse og fratagelse af autorisation fastsættes af socialministeriet efter indstilling fra uddannelsesudvalget.

Da den planlagte uddannelse og autorisation ligger på linie med og i direkte fortsættelse af lægeforeningens uddannelse og eksamen, foreslås det, at de af Den almindelige danske Lægeforening autoriserede talelærere uden yderligere prøve kan erholde statsautorisation som talelærere, hvis de inden en nærmere angivet frist indgiver ansøgning herom med vedføjelse af deres autorisationsbevis.

Uddannelsen af plejepersonalet.

Det plejepersonale, som hidtil har været anvendt på statens institut for talelidende, har haft en uensartet og ret tilfældig uddannelse. Ganske vist har man rettet bestræbelserne imod at ansætte plejepersonale med barneplejeuddannelse eller anden lignende uddannelse, men i praksis har det været vanskelig gennemførligt at få tilstrækkelig tilgang af sådant personale. Dertil kommer, at uddannelsen af barneplejersker, der tager sigte på oplæring i pasning af spædbørn og småbørn under børnehavealderen, ikke er en fyldestgørende uddannelse for plejepersonalet på et taleinstitut allerede af den grund, at de yngste aldersklasser, der er repræsenteret på et taleinstitut, er børn i børnehavealderen.

Plejepersonalet har til opgave den daglige pasning af eleverne og at beskæftige eleverne i fritiden. For at opfylde disse opgaver fuldt tilfredsstillende må der udover de selvfølgelige krav til grundigt kendskab til hygiejne og sundhedslære også kræves, at plejepersonalet har nogen pædagogisk og psykologisk baggrund med systematisk kendskab til organisering af lege, spil og anden fritidsbeskæftigelse.

Et elementært kendskab til pædagogik og psykologi har plejepersonalet imidlertid hidtil savnet, og der har derfor vanskeligt kunnet komme den rette vekselvirkning i stand mellem plejepersonalet og de til institutterne knyttede talelærere og læger.

Kommissionen vil anse det for særdeles ønskeligt, at plejepersonalets uddannelse forbedres. Da plejepersonalet ved taleinstitutterne i antal er meget begrænset, og da det indenfor talelidendeforsorgen fremover især gælder om at gennemføre taleundervisningen ambulant og lokalt hos privat praktiserende talelærere, skal kommissionen stille forslag om, at spørgsmålet om uddannelse af plejepersonalet tages op i en større sammenhæng, idet de problemer, der knytter sig til dette personales uddannelse, er fælles for en række særforsorgsgrene og forså vidt gør sig gældende med større styrke på andre områder af særforsorgen, hvor forsorgen i videre omfang er knyttet til institutioner beregnet for patienter, der bor på institutionerne.

Kapitel 4.

Læsesvaglied **og ordblindhed.**

De sværere tilfælde af læsesvaghed og ordblindhed har hidtil ifølge administrativ praksis fået hjælp i henhold til forsorgsloven efter de i denne lov for talelidende fastsatte regler. Når læsesvaghed og ordblindhed her omtales i et særligt kapitel, skyldes det, at disse lidelser er af en anden karakter end talelidelserne, og at man derfor har fundet grund til særskilt at overveje, om de forslag, som kommissionen har fremsat i kap. 3 vedrørende de talelidende, uden videre bør bringes i anvendelse også på svært ordblinde og andre svært læsesvage.

A. Begreberne læsesvaghed og ordblindhed. Lidelsernes udbredelse.

Læsesvaghed foreligger, når en person har særlige vanskeligheder ved at tilegne sig læsefærdighed under de undervisningsvilkår, som svarer til hans evner iøvrigt. De almindelige læsevanskeligheder, der kan forekomme såvel hos børn som voksne, skyldes ofte f. eks. psykiske hæmninger eller en for den pågældende elev uhensigtsmæssig undervisningsteknik (pædagogisk dyslexi).

En undergruppe af de læsesvage personer udgør de ordblinde. Den egentlige (medfødte) ordblindhed skyldes en specifik funktionsforstyrrelse i hjernen, almindeligt begrænset til læse- og skriveevnen, og uden at denne funktionsforstyrrelse i sig selv er udtryk for nedsat intelligens. Ved den medfødte ordblindhed er de anlæg, der er en forudsætning for evnen til at opfatte det skrevne (trykte) ord og omsætte lydbilledet i skrift, mangelfuldt udviklede, og dermed er betingelsen for den normale tilegnelse af disse færdigheder ikke eller kun utilstrækkeligt til stede.

Nogen skarp afgrænsning mellem læsesvage og ikke-læsesvage findes ikke, og dette afspejler sig også i de iøvrigt sparsomme statistiske oplysninger om emnet, som findes. Almindelige statistiske oplysninger om antallet af læsesvage personer findes ikke.

v Derimod har Landsforeningen for ordblindesagen i Danmark på grundlag af et rundspørge til skolerne tilvejebragt oplysninger om, i hvilket omfang *skolebørn* får særundervisning som følge af læsevanskeligheder.

Resultatet af undersøgelsen, for hvilken der er redegjort i „Folkeskolen" i bladets nr. 5 af 29. januar 1953, fremgår af følgende tabel:

Børn, der for tiden får særundervisning i dansk, beregnet i pct. af antal undervisningspligtige i de kommuner, hvor sådan undervisning gives	I antal købstæder		I antal bymæssige bebyggelser	I antal kommuner i Københavns omegn	I Storkøbenhavn (København, Frederiksberg og Gentofte)	løvrigt (i antal amter)
	under 10 000 indb.	over 10 000 indb.				
0— 1 pct.		5				9
1—2 -	10	9	3	1		3
2—3 -	7	9	4	1		1
3—5 -	9	6	11	3	2	3
5—10 -	5	1	3	6	1	
lait.	31	30	21	11	3	16

De meget betydelige variationer i de anførte procenttal kan for de mindre procenttals vedkommende forklares med, at man ikke har fået alle læsesvage med, f. eks. fordi særundervisningen i de pågældende skoler først er gennemført for nylig, for de store procenttals vedkommende med, at man har behandlet også de letteste tilfælde med særundervisning udenfor normalklasserne.

I Københavns kommune, der har en på mangeårig erfaring udbygget særundervisning i folkeskolen, har man for tiden 146 læseklasser med ca. 2 500 børn svarende til 3,4 pct. af det samlede antal børn i folkeskolen i København. I denne kommune behandler man de letteste tilfælde i skolens normalklasser. De anførte talmæssige oplysninger vedrører et givet tidspunkt, og da mange efter nogen tids særundervisning kan udskrives af særundervisningen, er antallet af de børn, der på et eller andet tidspunkt under skolegangen har haft læsevanskeligheder ud over det normale, betydeligt større.

Om antallet af egentlig ordblinde personer haves ikke oplysninger, men det er den almindelige antagelse, at denne lidelse er temmelig sjælden.

B. De gældende regler for det offentliges støtte til behandling af læsesvaghed og ordblindhed.

1. Behandlingen af læsesvaghed og ordblindhed i folkeskolen og efter aftenskoleloven.

I undervisningsministeriets cirkulære af 26. juni 1943 angående gennemførelse af de i folkeskoleloven af 18. maj 1937, § 2, stk. 5, givne bestemmelser om indretning af særundervisning af *børn*, der ikke kan følge den almindelige undervisning, er der fastsat særlige regler for særundervisning af børn med læsevanskeligheder, herunder ordblinde børn. Ifølge disse regler skal de læsesvage børn, såfremt de ikke er i stand til at følge den daglige undervisning i samme omfang som de øvrige børn, have særundervisning i faget dansk på særlige læsehold, eller når der er tale om sværere tilfælde, gennem længere tid have en særlig undervisning af dertil uddannede lærere, eventuelt i særlige læseklasser. De sværeste tilfælde må dog ifølge de af undervisningsministeriet fastsatte retningslinier anmeldes for og behandles på statens institut for talelidende.

Den foran beskrevne særundervisning i folkeskolen har dog endnu ikke kunnet gennemføres for landet som helhed. Ifølge den foran omtalte af Landsforeningen for ordblindesagen iværksatte undersøgelse har i hvert fald 10 købstæder endnu ikke iværksat særundervisning af læsesvage. Videre fremgår det af undersøgelsen, at sådan undervisning i 2 amter endnu ikke er etableret, og at der i 13 amter, der har

besvaret spørgsmålet om, i hvor mange af amtets kommuner der er etableret særundervisning, gennemsnitlig kun er særundervisning i hver 5. kommune. Kommunernes pligt til at gennemføre særundervisning i henhold til undervisningsministeriets fornævnte cirkulære af 26. juni 1943 er som tidligere omtalt foreløbig udsat til 1. april 1958.

For *voksne* er der adgang til at modtage læseundervisning på kursus oprettet i overensstemmelse med aftenskolelovens regler. Herefter kan kommunerne eller private kredse etablere kursus for læsesvage, således at staten efter nærmere fastsatte regler yder tilskud til kurserne. Det forudsættes dog herved, at kurserne omfatter gennemsnitlig mindst 10 personer.

2. Reglerne for det offentliges støtte i medfør af forsorgsloven.

Læsesvage eller ordblinde er intetsteds i forsorgsloven udtrykkeligt omtalt. Ifølge mangeårig praksis er forsorgslovens regler angående støtte til behandlingen af talelidende, jfr. §§ 66 og 69 samt 257, imidlertid anvendt analogt, således at læsesvage kan få hjælp til behandling under de samme betingelser, som er gældende for talelidende, jfr. nærmere herom i kap. 1, B. 2. Det er dog ikke alle læsesvage, der vil kunne behandles efter forsorgsloven, idet denne lov kun er bragt i anvendelse i tilfælde, hvor lidelsen har en alvorligere karakter.

Behandlingen gives undertiden på statens institut for talelidende, der på hver af afdelingerne i Hellerup og Århus har oprettet en ordblindeklasse normeret til 10 elever. Da behandlingen på instituttet kan vare op til 3 år, før det kan anses for forsvarligt at hjemsende eleven, kan instituttet imidlertid med det antal pladser, der står til rådighed, kun påtage sig at behandle et meget begrænset antal tilfælde.

Det har derfor i praksis været nødvendigt for taleinstituttet i vidt omfang i medfør af forsorgslovens § 257, stk. 2, at henvise svært ordblinde og andre svært læsesvage til behandling udenfor instituttet hos privat praktiserende talelærere eller ordblindelærere. Nogle lærere har oprettet såkaldte ordblindeinstitutter i særlige til formålet lejede lokaler. Ordblindeinstitutter findes såvel i hovedstadsområdet som andre steder i landet.

En særlig ordning er fastsat for *det af Landsforeningen for ordblindesagen i Danmark drevne ordblindeinstitut i Hellerup.* Dette institut, der har sine rødder i den af frk. Norrie i København i 1939 påbegyndte ordblindeundervisning, blev reorganiseret i 1948. Indtil dette tidspunkt blev det pågældende institut drevet på rent privat basis på samme måde som de øvrige ordblindeinstitutter. En væsentlig del af eleverne var henvist fra læger, hospitaler og skoler. De øvrige elever blev optaget efter deres egen eller deres forældres anmodning. Eleverne betalte et honorar, fastsat af lederen, og overskudet, der iøvrigt var beskedent, udgjorde lederens vederlag.

Da det blev anset for nødvendigt at reorganisere instituttet, nedsatte socialministeriet i 1947 et udvalg med den opgave overfor ministeriet at fremkomme med forslag, dels om den øjeblikkeligt fornødne støtte til driften af instituttet, dels om de fremtidige retningslinier for undervisning af ordblinde børn og eventuel statsstøtte til en sådan undervisning. I sin betænkning af 16. juni 1948 fremBatte udvalget sine forslag, der blev gennemført af socialministeriet. Ordblindeinstituttet, der herefter drives af Landsforeningen for ordblindesagen i Danmark med frk. Norrie som leder, kan i modsætning til tidligere nu kun modtage ordblinde samt alvorligere tilfælde af læsesvaghed iøvrigt. For at sikre at tilgangen til instituttet begrænses til de nævnte grupper, er der til instituttet knyttet en neurolog, der sammen med instituttets leder afgør, om eleven kan optages. For at kommunen skal betale for undervisningen, jfr. forsorgslovens § 257, stk. 2, kræves der, at henvisningen er sket fra taleinstituttet. Af de øvrige elever opkræver instituttet betaling efter en nærmere fastsat skala, der varierer med de pågældendes skattepligtige indkomst. Endelig er der fastsat særlige regler for aflønningen af lærerne. Der ydes et årligt statstilskud, der svarer til instituttets driftsunderskud indenfor nærmere fastsatte grænser.

For *de 3 hovedstadskommuner*, der har iværksat særundervisning for skolebørn med læsevanskeligheder, er gennemført den ord-

ning, at børn fra disse kommuner kun kan optages på det af Landsforeningen drevne ordblindeinstitut, såfremt de henvises gennem vedkommende skolepsykolog (evt. henvises gennem statens institut for talelidende, jfr. forsorgslovens § 257, stk. 2), medmindre barnets forsørger betaler den *fulde* takst for undervisningen.

C. Kritik af den gældende ordning. Kommissionens forslag til ændring.

Om *de fremtidige retningslinier* for undervisning af ordblinde og andre læsesvage og eventuel statsstøtte til denne undervisning udtalte det foran under afsnit B. 2. nævnte udvalg, at der udover den undervisning, der gives på statens institut for talelidende, utvivlsomt er brug for et institut, der kan tage sig af undervisning af læsesvage, derunder ordblinde børn, hvis lidelse er af så svær grad, at den nødvendige undervisning ikke kan gives indenfor folkeskolens rammer, selv hvor den under afsnit B. 1. omhandlede særundervisning gives. Hertil kommer overgangsmæssigt undervisning af børn, der er ordblinde eller læsesvage iøvrigt i svær grad, såvel fra folkeskolerne i kommuner, der endnu ikke har iværksat særundervisning af sådanne børn, som fra privatskolerne, samt af voksne personer, der ikke har fået en sådan særlig undervisning i anledning af deres ordblindhed i barnealderen. På den anden side var der i udvalget enighed om, at det måtte anses for mest hensigtsmæssigt at vente med at fastlægge de endelige retningslinier for ordblindeundervisningen her i landet, indtil man havde set, hvorledes folkeskolens særundervisning i dennes fulde omfang ville komme til at virke. Specielt udtalte udvalget, at man var opmærksom på, at forslaget om statsstøtte til Landsforeningens ordblindeinstitut muligvis kunne få konsekvenser i form af anmodninger om støtte til andre tilsvarende institutter. Udvalget var imidlertid enigt i indtil videre kun at stille forslag om en reorganisation af frk. Norries institut, idet de herved indvundne erfaringer burde danne grundlag for eventuelle fremtidige indstillinger angående ordningen af forholdene ved andre ordblindeinstitutter. I den tid, der er forløbet siden denne udvalgsbetænkning, har — som forudset — flere ordblindeinstitutter søgt om at få støtte. Andragenderne herom har man imidlertid ment at måtte stille i bero indtil afslutningen af kommissionens arbejde.

Som nævnt er der endnu ikke fastsat nogen forpligtelse for kommunerne til at gennemføre særundervisningen indenfor skolevæsenets rammer, selv om der i den forløbne tid er gjort betydelige fremskridt. Hvordan folkeskolens særundervisning vil forme sig, når den er fuldt udbygget, er det derfor stadig ikke muligt at udtale sig om.

Hovedsvaghederne ved den nugældende ordning er fortsat —• ligesom for talelidende — at der er for *få under visning smuligheder*, og at der er en betydelig *forskelsbehandling* af de læsesvage.

Angående spørgsmålet om *udvidede undervisning smuligheder* mener kommissionen, at behandlingen af læsesvage bortset fra enkelte ekstremt svære tilfælde ikke behøver at foregå på statens institutter for talelidende, og at man må rette bestræbelserne imod at forøge mulighederne for lokal undervisning; den erfaringsmæssigt lange behandlingstid gør dette særlig påkrævet. Der må lægges den allerstørste vægt på uddannelse af det nødvendige antal ordblindelærere, derunder også til skolevæsenet, der ved en passende tilrettelæggelse af særundervisning vil kunne behandle det langt overvejende antal tilfælde af læsevanskeligheder hos skolebørn.

Til belysning af effektiviteten af den ordblindeundervisning, der gives indenfor folkeskolens rammer, har kommissionen i samarbejde med Københavns kommunes skolevæsen ladet foretage en undersøgelse for at få klarlagt, om de børn, der går i læseklasse, virkelig gør fremskridt med hensyn til læsning og stavning, om den opnåede læse- og stavefærdighed holder sig efter udgangen af skolen, og endelig, hvorledes de læsesvage har placeret sig i erhvervslivet. Om undersøgelsens resultat henvises til den som bilag 6 til nærværende betænkning aftrykte redegørelse. Resultatet synes at kunne opgøres derhen, at undervisningen af de læsesvage børn i alminde-

lighed kan gennemføres fuldt forsvarligt i ekolesamfund med en udbygget særundervisning.

I praksis har det københavnske skolevæsen da også med ganske enkelte undtagelser helt på egen hånd behandlet selv de sværeste tilfælde.

Den *økonomiske ulighed*, som hersker efter den nuværende ordning, kan føres tilbage til, at der ikke i øjeblikket overalt i forbindelse med folkeskolens almindelige og *vederlagsfrie* undervisning kan gives en hensigtsmæssig undervisning af læsesvage, eller — for de ældre aldersklasser — til, at undervisningen evt. tidligere har været forsømt. Ambulant behandling med støtte efter forsorgsloven støder på de samme vanskeligheder som for talelidende på grund af reglen i forsorgslovens § 257, stk. 2. Det må her betænkes, at det i en række tilfælde er nødvendigt for den læsesvage, når undervisningen ikke kan gives lokalt, at indlogere eig i nærheden af et ordblindeinstitut, således at der foruden udgiften til undervisningen kommer ekstraudgifter til kost og logi. Hvad angår mulighederne for støtte til undervisning efter folkeforsikringsloven, jfr. kap. 1, afsnit B. 2 har invalideforsikringsretten ifølge praksis skønnet, at læsevanskeligheder ikke har en så væsentlig betydning for erhvervsevnen at hjælp til undervisning kan afholdes efter folkeforsikringslovens § 60.

For at råde bod på dette misforhold foreslår kommissionen — på linie med den foreslåede ordning for talelidende — at forsorgsloven ændres, således at undervisningen i *sværere tilfælde* af ordblindhed og læsesvaghed både for voksne og børn gøres gratis, uden at der tages hensyn til, om den pågældende eller dennes forsørger er i trang eller ej, og at udgifterne afholdes fuldt ud af staten som særforsorg. Bliver der tale om indkvartering uden for taleinstitutterne i forbindelse med behandlingen, må betalingen herfor afholdes efter de gældende regler om særforsorgens kontrollerede familiepleje, jfr. forsorgslovens § 66 samt socialministeriets årlige takstbekendtgørelser, for finansåret 1953—54 arbejds- og socialministeriets takstbekendtgørelse af 28. februar 1953.

Idet der iøvrigt henvises til, hvad der foran under kap. 3, afsnit II. 2 er sagt til fordel for gratis ambulant behandling af talelidende for statskassens regning, ønsker kommissionen yderligere at tilføje, at det at kunne læse (og stave) er en så fundamental færdighed, at alvorligere mangler i så henseende må betragtes som et meget stort handicap. Det er en kendsgerning, at alvorligere tilfælde af læsesvaghed og ordblindhed i sig selv er stærkt erhvervsbegrænsende, og hertil kommer, at de sværeste tilfælde er ledsaget af en almindelig underlegenhedsfølelse i forholdet til arbejdskammeraterne, der kan give sig udslag i alvorlige vanskeligheder på arbejdspladserne, også hvor arbejdet fortrinsvis er af manuel art. Man har i det hele taget ikke set få eksempler på sociale tilpasningsvanskeligheder hos personer med ikke afhjulpne læsevanskeligheder. Det er derfor både rimeligt overfor den enkelte og samfundsmæssigt betydningsfuldt, at adgangen til ordblindeundervisning lettes.

Kommissionen ønsker iøvrigt også her at pege på, at de nugældende regler for tilskud til kommunernes særundervisning af skolebørn er en hæmsko for gennemførelse af ordblindeundervisning i skolerne. Det bør imidlertid ikke gå ud over de børn, der lider af ordblindhed eller anden læsesvaghed, at undervisningsmulighederne ikke i øjeblikket er tilstrækkelige, og at de gældende refusionsregler er utilfredsstillende og medfører uensartet behandling, et moment der selvsagt har været afgørende under kommissionens overvejelser om en ændret tilskudsordning. Faren for at svække kommunernes interesse i at etablere ordblindeundervisning for skolebørn — når staten overtager udgifterne — må imødegås på samme måde som nævnt ovenfor i kap. 3, afsnit II. 5 for talelidelsernes vedkommende.

Det er i det foregående forudsat, at det som hidtil kun er *sværere tilfælde af læsesvaghed*, der skal kunne afhjælpes efter forsorgslovens regler og kun, for så vidt fornøden undervisning ikke kan gives i folkeskolen eller efter aftenskoleloven.

Kommissionen har drøftet, hvorledes afgrænsningen af de alvorligere tilfælde af læsesvaghed kan foretages. Man har således overvejet, om man med udgangspunkt i de standardiserede testskemaer, som forefindes, og som gør det muligt at bestemme

et barns læseretardation i forhold til dets jævnaldrende, skulle stille krav om en læseretardation på et vist antal år eller på en bestemt procent for at karakterisere barnet som så svært læsesvagt, at det i givet fald skulle kunne hjælpes efter bestemmelserne i forsorgsloven. Man har imidlertid ikke fundet sådanne almindelige kriterier for velegnede og skal derfor indskrænke sig til at fremsætte et par rent vejledende synspunkter. Når det drejer sig om *yngre skolebørn*, kan man i almindelighed betragte læsesvagheden som svær, når barnet til trods for normal intelligens ikke kan læse en let tekst efter 3 års skolegang. Med hensyn til *ældre skolebørn* vil læsesvaghed i så svær grad, at der er grund til at sætte ind med hjælp efter forsorgslovens regler, foreligge, dersom barnets læsefærdighed er så ringe, at det af denne grund ikke kan klare sig i skolen. For de *voksnes* vedkommende må hovedvægten lægges på, om den pågældende faktisk læser væsentlig dårligere, end man kunne vente i betragtning af hans intelligens og milieu, og om den ringe læsefærdighed lægger hindringer i vejen for den pågældendes erhverv.

Man skal nedenfor fremkomme med nogle supplerende bemærkninger om, hvordan *henvisningen til ordblindeundervisning* efter nyordningen bør tilrettelægges, og om *ordblindelærernes uddannelse*, idet spørgsmålet om taleinstitutternes tilsyn med den lokale undervisning, herunder kontrollen med regningskravene, foreslås løst på samme måde som for talelidende.

Grundlaget for henvisningen til ordblindeundervisning. Efter de gældende regler i forsorgslovens § 257, stk. 2, er det som nævnt en betingelse for at opnå hjælp efter forsorgsloven til behandling udenfor taleinstitut, at den pågældende er henvist til behandling fra instituttet. For de talelidende er denne regel om henvisning fra taleinstitut foreslået opretholdt, og det samme bør efter kommissionens opfattelse gælde for ordblinde og læsesvage iøvrigt.

Det er under kommissionens drøftelser fremhævet, at det grundlag, på hvilket instituttet træffer sin afgørelse, er alt for usikkert, idet det i de i praksis hyppigst forekommende tilfælde er begrænset til en indstilling fra en læge eller eventuelt en lærer, i nogle tilfælde ledsaget af en skriveprøve. Kommissionen har overvejet, om man på lignende måde som for de talelidende kan tilvejebringe et bedre grundlag ved at lade taleinstitutternes rejseinspektører danne sig et skøn over tilfældet ved en undersøgelse i den pågældendes hjem og på grundlag heraf afgive indstilling til vedkommende institut om, hvorvidt tilfældet har en så alvorlig karakter, at der bør ydes hjælp til undervisning. En forudsætning for en sådan ordning måtte det imidlertid være, at man i det overvejende antal tilfælde ved en enkelt undersøgelse er i stand til at konstatere, om ordblindhed eller læsesvaghed foreligger. Dette er imidlertid ikke tilfældet. Tværtimod kan en solid diagnose ikke stilles uden en omfattende undersøgelse af den formodede læsesvages udviklingshistorie, milieu samt kendskab til hans synsevne, høreevne og intelligensudvikling. Diagnostikeren må have et omfattende kendskab til de læsesvages reaktioner og svarformer i intelligensprøverne, så prøveresultatet kan vurderes ud fra hele prøven og ikke blot ud fra intelligenskvotienten. Den rette diagnose forudsætter således foruden lægelig undersøgelse af syn og hørelse en generel psykologisk vurdering, intelligensprøve og standpunktsprøve i læsning og stavning. Diagnostikeren må derfor være specielt uddannet på disse områder. Indenfor skolevæsenet anser man Danmarks Lærerhøjskoles fulde årskursus i psykologi for at være mindstefordringen, der kvalificerer til at foretage undersøgelser på dette område og at udlede en diagnose.

Når det drejer sig om *børn* i undervisningspligtig alder, skal kommissionen derfor foreslå, at der som grundlag for taleinstitutternes beslutning om henvisning til behandling under særforsorgen så vidt muligt tilvejebringes en erklæring fra en skolepsykolog ved det pågældende eller eventuelt et nærliggende skolevæsen. Erklæringen bør sendes til vedkommende taleinstitut gennem konsulenten for særundervisningen for det område (amt eller by), hvortil det pågældende skolevæsen henhører. Kan sådan erklæring ikke fremskaffes, og kan særklassekonsulenten i amtet ikke påtage sig opgaven, må det bero på vedkommende taleinstitut, om henvisning kan finde sted på det foreliggende grundlag, eller om den på-

gældende må indkaldes til observation på instituttet.

Med hensyn til *voksne* foreligger der i almindelighed ikke i dag muligheder for en grundig diagnosticering på stedet. Dette er imidlertid også af mindre betydning, fordi det afgørende kriterium for, om hjælp til undervisning skal ydes, som ovenfor nævnt bør være, om den pågældende faktisk læser væsentlig dårligere, end man kunne vente i betragtning af hans intelligens og milieu, og om den ringe læsefærdighed lægger hindringer i vejen for den pågældendes erhvervsudøvelse. Kommissionen mener derfor, at man her kan nøjes med stave- og læseprøver foretaget for lokale tale- eller ordblindelærere i forbindelse med oplysninger om den pågældendes personlige forhold og erhvervsforhold.

Ordblindelærernes uddannelse. Denne gives for tiden på kortvarige kurser i København og i provinsen efter en af undervisningsministeriets særklasseudvalg godkendt kursusplan. Også på Danmarks Lærerhøjskole gennemføres nu tilsvarende kurser. Endvidere har Københavns kommune og enkelte andre større kommuner etableret kortvarige kurser. Ved den af skolevæsenet etablerede uddannelse sættes de pågældende lærere i stand til at gennemføre det praktiske pædagogiske arbejde ved undervisningen af læsesvage børn, men kurserne sætter sig ikke som mål at kvalificere lærerne til at diagnosticere læsesvaghed eller ordblindhed.

Endvidere har Landsforeningen for ordblindesagen i Danmark i 1953 udarbejdet en uddannelsesplan for ordblindelærere. Uddannelsen omfatter ca. 50 timers teoretisk undervisning, mindst 180 timers praktik samt ca. 30 timers studiebesøg, hvorunder pågældende får lejlighed til at følge læseundervisning af børn og voksne i læseklasse og på læsehold. Uddannelsen afsluttes med en eksamen.

Endelig er en hel del autoriserede talelærere også uddannet i ordblindeundervisning.

I praksis har taleinstituttet henvist ordblinde til behandling hos lærere, der har fået uddannelse på en af de ovenfor anførte måder, og det er kommissionens opfattelse, at henvisning efter forsorgsloven også fremover bør kunne finde sted til lærere med en sådan uddannelse. I det forslag til talelæreruddannelsen, som er omtalt i kap. 3, afsnit V, er kravene udvidet, også for så vidt angår talelærernes uddannelse til undervisning af ordblinde.

Såfremt de ovenfor stillede forslag til ændring af ordblindeforsorgen gennemføres, således at staten fremtidig betaler for undervisningen, er der ikke grund til længere at opretholde den særordning, som er gennemført for Landsforeningens ordblindeinstitut, hvorefter staten dækker instituttets underskud indenfor nærmere fastsatte grænser.

København, i februar 1954.

Henrik Abrahams.	Alfred Andreassen.	J. Dalsgård.
Egil Forchhammer.	M. Hartmann.	E. Jerlang.
W. Johannsen.	Peter Knudsen.	Rigmor Knudsen.
Erik Leuning, formand.	P. Ryyd.	Svend Smith.

E. Arntzen.

Forslag til lov

om ændringer i forsorgslovens § 257 vedrørende talelidende.

I lov om offentlig forsorg, jfr. bekendtgørelse nr. 475 af 31. august 1946 foretages følgende ændringer:

§ 257 affattes således:

„*Stk. 1.* Socialministeren bemyndiges til at fastsætte regler for, i hvilket omfang offentlige myndigheder, læger, lærere eller andre, der i deres virksomhed kommer i forbindelse med talelidende, skal indberette tilfælde af talelidelse til et statsinstitut for talelidende. Reglerne om indberetning fra læger og lærere fastsættes efter forhandling henholdsvis med indenrigsministeren og undervisningsministeren.

Stk. 2. Staten afholder udgifterne ved behandling af talelidende udenfor et statsinstitut for talelidende, når sådan behandling sker efter henvisning fra vedkommende institut.

Stk. 3. Socialministeren fastsætter de nærmere bestemmelser om gennemførelsen af den i stk. 2 nævnte behandling, for så vidt angår børn i skolealderen efter forhandling med undervisningsministeren.

Stk. 4. De i stk. 1—3 fastsatte regler finder tilsvarende anvendelse på sværere tilfælde af ordblindhed og læsesvaghed."

§ 2.

Denne lov træder i kraft den . . . . . .

Bemærkninger til lovforslaget.

Den 12. maj 1949 nedsatte socialministeren en kommission med den opgave nærmere at overveje eventuelle ændringer i forsorgen for talelidende i henhold til forsorgsloven.

I februar måned 1954 har kommissionen til socialministeren afgivet betænkning vedrørende omorganisation af forsorgen for talelidende samt ordblinde og andre læsesvage. Kommissionen har endvidere udarbejdet nærværende lovforslag med bemærkninger, som socialministeriet har kunnet tiltræde.

I henhold til forsorgslovens § 69, jfr. § 66, afholder staten direkte og endeligt udgifterne ved behandling for talelidende på statens institut for talelidende i Hellerup eller på instituttets afdeling i Århus. *Selve undervisningen* er i alle tilfælde gratis uanset trang. For opholdet (kost og logi) på instituttet betales der en nærmere fastsat takst. Kan pågældende — eventuelt forsørgeren — ikke udrede hele betalingen, fastsætter vedkommende sociale udvalg, hvor stort et bidrag der skal betales, jfr. § 69, stk. 3. Foregår behandlingen *udenfor* statens institut for talelidende ved privat praktiserende talelærer efter henvisning fra instituttet, afholdes udgifterne til selve undervisningen af vedkommende kommune i henhold til forsorgslovens § 257, stk. 2, og kun i trangstilfælde.

Reglerne om hjælp efter forsorgsloven til talelidende finder anvendelse, når talelidelsen er af en så alvorlig art, at den pågældende er eller må befrygtes at blive væsentlig indskrænket i sin erhvervsevne, og *kun,* for så vidt den talelidende ikke kan få behandling med støtte af invalideforsikringsfondens midler i henhold til folkeforsikringslovens § 60, jfr. forsorgslovens § 257, stk. 3, eller gennem

skolevæsenets undervisning, jfr. herved undervisningsministeriets cirkulære af 26. juni 1943 angående gennemførelsen af de i folkeskoleloven af 18. maj 1937, § 2, stk. 5, givne bestemmelser om indretning af særundervisning af børn, der ikke kan følge den almindelige undervisning.

Forsorgslovens regler om talelidende anvendes analogt på sværere tilfælde af *ordblindhed* og *læsesvaghed,* for så vidt undervisningen ikke kan gives i form af den ovennævnte særundervisning i skolerne eller eventuelt på kursus oprettet i henhold til aftenskoleloven, hvortil dog kræves, at der kan samles mindst 10 på et hold.

Behandlingen for talelidelser i henhold til reglerne i forsorgsloven foregår aldeles overvejende på statens institut for talelidende; således blev i finansårene 1950—51, 1951—52 og 1952—53 henholdsvis 745, 817 og 871 patienter behandlet på taleinstituttets to afdelinger, medens instituttet til behandling hos privat praktiserende talelærere eller ordblindelærere i henhold til forsorgslovens § 257, stk. 2, i 1950 henviste 150 patienter, i 1951 272 patienter og i 1952 283 patienter. I de samme år var antallet af patienter, som på grund af pladsmangel ikke har kunnet modtages på instituttet, pr. 1. april 1950 820, pr. 1. april 1951 1098, pr. 1. april 1952 1163 og pr. 1. oktober 1953 1 204. Ventetiden er ofte 2 år eller mere, hvilket er særlig uheldigt, da talelidelser, som får tid til at sætte sig fast, erfaringsmæssigt ofte kræver længere og derfor mere kostbar behandling.

Kommissionen mener, at et effektivt middel til at bringe ventetiden ud af verden vil være en større decentralisering af talelidendeforsorgen, der tillige vil være billigere sammenlignet med forsorg på taleinstitut. Man stiler imod, at der som almindelig regel fremtidig på de to fuldt selvstændige taleinstitutter i Hellerup og Århus, som forudsættes efter lovforslaget, jfr. de særlige bemærkninger til § 1, alene behandles talelidende med milieuskader eller sværere adfærdsforstyrrelser, hørstumme patienter, læbe- og ganespaltepatienter, der skal opereres eller behandles med protese, patienter med meget svære talelidelser samt patienter med talelidelser, som må nærmere diagnosticeres af taleinstitutternes forskellige specialister, talelærere, læger og psykolog.

For at kunne gennemføre ambulant behandling uden for taleinstitut i videre omfang er det en forudsætning, at der ved en ændring af forsorgslovens § 257, stk. 2, gennemføres ensartede betalingsregler for behandling af patienterne, således at staten fra kommunerne *overtager udgifterne til undervisning af talelidende og sværere tilfælde af ordblindhed og læsesvaghed iøvrigt,* når undervisningen gives af privat praktiserende talelærere eller ordblindelærere efter henvisning fra taleinstitut, og at selve undervisningen for disse patienter ligesom for patienterne på statens institut for talelidende bliver gratis uanset trang.

Den gældende ordning virker vilkårlig derved, at patienter, der ikke er bosat i nærheden af statens institut for talelidende i Hellerup eller afdelingen i Århus, ofte kommer til at betale for selve undervisningen helt eller delvis, afhængigt af den enkelte kommunes trangsbedømmelse, ligesom der fremkommer en urimelig forskelsbehandling af skolebørn og ikke mindst de ordblinde og læsesvage, alt eftersom vedkommende kommune har etableret særundervisning for børnene efter reglerne i undervisningsministeriets cirkulære af 26. juni 1943 (uden udgift for forældrene), eller om de må behandles hos privat praktiserende lærere, fordi der ikke er gennemført særundervisning i vedkommende skole.

Til støtte for, at staten overtager udgifterne ved ambulant behandling, taler iøvrigt, at det er staten, der aflastes for udgifter ved, at talelidendeforsorgen søges lagt ud fra taleinstitutterne. En tilsvarende ordning er også ved lov nr. 21 af 27. januar 1950 om foranstaltninger vedrørende døve og tunghøre indført for et beslægtet område, nemlig for den undervisning, der af de stedlige aflæselærere gives voksne tunghøre i mundaflæsning og i brugen af høreapparater.

Efter forslaget kommer staten — i hvert fald indtil særundervisningen i folkeskolen er trængt igennem — til at afholde udgifterne ved behandlingen af et betydeligt antal skolebørn. For at imødegå faren for, at kommunernes interesse i at etablere særundervisning i skolerne derved svækkes, vil socialministeriet i samarbejde med undervisningsministeriet drage omsorg for, at det i hvert enkelt tilfælde, når der søges om støtte efter forsorgsloven til behandling af børn, undersøges, om det ikke er muligt i stedet at få uddannet en af vedkommende kommunes lærere til at varetage særundervisningen.

Bestemmelsen i lovforslaget om statens overtagelse af *udgifterne* ved ambulant behandling udenfor taleinstitut antages det første år efter nyordningen at ville medføre en merudgift for staten på ca. 700 000 kr. incl. patienternes nødvendige rejseudgifter og udgifter til tilsynet med undervisningen. Der er herved regnet med 300 patienter svarende til det antal, som for tiden behandles udenfor institut, og derudover — ekstraordinært — med 400 af de på instituttets venteliste opførte patienter.

De påkrævede eengangsudgifter til forbedring af institutternes lokaleforhold m. v. kan ikke beregnes, idet udgifterne til byggeforanstaltninger vil afhænge af de erfaringer, der indhøstes under nyordningen, og de foreliggende praktiske muligheder med hensyn til fremskaffelse af egnede lokaler.

Til §].

Til forsorgslovens § 257.

Til stk. 1. Efter den nugældende bestemmelse i forsorgslovens § 257, stk. 1, drager det sociale udvalg i trangstilfælde, når det modtager henvendelse om at tage sig af en talelidende, omsorg for, at det ved lægeundersøgelse afgøres, om pågældende tiltrænger behandling for lidelsen, og skal i så fald foretage henvendelse til statens institut for talelidende.

Udover denne indberetningsregel findes i § 63, stk. 1 og 2, i lov om folkeforsikring, jfr. bekendtgørelse nr. 218 af 11. juli 1953, regler om indberetning til invalideforsikringsretten fra læger og skoler af personer med lidelser, der skønnes at have medført eller ville medføre en væsentlig og ikke blot forbigående nedsættelse af erhvervsevnen.

Da statens institutter for talelidende efter lovforslaget i endnu højere grad end nu bliver det centrale led i talebehandlingen, er det nødvendigt, at indberetningerne *sarnies* hos taleinstitutterne; endvidere må indberetningsvæsenet tilrettelægges tilstrækkelig smidigt efter de skiftende tiders behov, så man til enhver tid kan drage nytte af de myndigheder og enkeltpersoner, der under deres arbejde kommer i forbindelse med talelidende, og derved skabe mulighed for den tidligste og mest effektive behandling af talelidelserne. F. eks. har det nu vist sig, at en række talelidelser effektivt kan behandles, medens børnene er små og under deres ophold i børnehave, og kommissionen har derfor foreslået indberetningspligt for børnehaveledere.

Den nuværende bestemmelse i § 257, stk. 1, der ud fra disse synspunkter er for snæver, foreslås derfor erstattet af en bemyndigelse for socialministeren til at fastsætte reglerne for indberetning af talelidelser til statens institutter for talelidende efter forudgående forhandling med henholdsvis indenrigsministeren og undervisningsministeren for så vidt angår indberetninger fra sundhedsvæsenets og skolevæsenets område.

Samtidig foreslås den nuværende bestemmelse i forsorgslovens § 257, stk. 3, hvorefter det sociale udvalg, forinden det træder til, skal have indhentet en udtalelse fra invalideforsikringsretten, ophævet, da retten ifølge praksis kun yder hjælp for ganske få grupper af talelidende. Statens institutter for talelidende vil fremtidig for invalideforsikringsretten forelægge sådanne tilfælde, der falder ind under de grupper af talelidelser, hvor retten ifølge praksis betaler for behandlingen.

Til stk. 2. Bestemmelsen omfatter *alene* udgifterne i anledning af undervisning af talelidende udenfor et statsinstitut for talelidende. I tilfælde af ophold på taleinstitut gælder som hidtil de almindelige regler i forsorgslovens §§ 66 og 69. Det samme gælder med hensyn til udgifter ved indkvartering udenfor taleinstitut i forbindelse med ambulant behandling, hvor sådan indkvartering undtagelsesvis måtte være påkrævet. I så fald anvendes forsorgslovens regler om kontrolleret familiepleje.

For at undgå at patienter, der bor længere fra behandlingsstedet, bliver ugunstigt stillet, og i betragtning af at staten aflastes for udgifter gennem den udvidede ambulante behandling, foreslås det, at staten også dækker udgifterne til nødvendig befordring til og fra undervisningsstedet efter samme regler som selve undervisningsudgiften. Heraf følger, at de patienter, der behandles *ambulant på et taleinstitut,* eller som indkaldes af vedkommende institut til kontrol med en tidligere iværksat talebehandling, herunder protesebehandling og tandregulering i forbindelse hermed — i modsætning til nu — fremtidig også bør have nødvendige befordringsudgifter dækket af staten uden hensyn til trang.

Til stk. 3. Statens overtagelse af udgifterne ved den ambulante talebehandling forudsætter navnlig, at der af socialministeriet fastsættes nærmere bestemmelser om kontrollen og tilsynet med denne behandling. Tilsynet forudsættes at ligge hos statens institut for talelidende. Bl. a. for at tilsynet skal kunne vedligeholde direkte kontakt med talelærerne, og disse omvendt skal have nem adgang til at opnå forbindelse med et taleinstitut, er det nødvendigt, at den nuværende ordning med et hovedinstitut i Hellerup med en underafdeling i Århus ændres således, at der fremtidig bliver *to fuldt selvstændige institutter* med hvert sit opland.

Nyordningen forudsætter tillige, at der i overensstemmelse med de af kommissionen stillede forslag fastsættes nye regler for uddannelse af talelærere med det formål at gøre uddannelsen mere effektiv og at stimulere tilgangen af talelærere derved, at staten afholder udgifterne ved *selve undervisningen.*

Ved gennemførelsen af nyordningen for så vidt angår børn i skolealderen foreslås det, at socialministeriet forinden forhandler med undervisningsministeriet, idet man her bevæger sig i et grænseområde mellem de to ministerier, hvor socialministeriet, indtil folkeskolens taleundervisning er fuldt gennemført, som særforsorg i henhold til forsorgsloven må drage omsorg for sådan undervisning.

Til stk. 4. Bestemmelsen lovfæster den hidtidige praksis, hvorefter forsorgslovens regler om talelidende er anvendt analogt på ordblindhed og sværere tilfælde af læsesvaghed iøvrigt.

For at undervisning med støtte efter forsorgslovens regler kan etableres, kræves det herefter, at et statsinstitut for talelidende har skønnet, at tilfældet er svært, og har henvist den pågældende til behandling. Med hensyn til hvilke grupper, der faldet ind under bestemmelsen, har kommissionen fremsat nogle vejledende synspunkter. Når det drejer sig om yngre skolebørn, kan læsesvaghed i almindelighed betragtes som svær, når barnet til trods for normal intelligens ikke kan læse en let tekst efter 3 års skolegang. Med hensyn til ældre skolebørn vil læsesvaghed i så svær grad, at der er grund til at sætte ind med hjælp efter forsorgslovens regler, foreligge, dersom barnets læsefærdighed er så ringe, at det af denne grund ikke kan klare sig i skolen. For de voksnes vedkommende må hovedvægten lægges på, om den pågældende faktisk læser væsentlig dårligere, end man kunne vente i betragtning af hans intelligens og milieu, og om den ringe læsefærdighed lægger hindringer i vejen for den pågældendes erhverv.

De forskellige former for talelidelser og deres behandling.

Forsorgen for talelidende har til formål at behandle en række unormale forhold på sprogets, talens og stemmens områder.

Der skal i det følgende gives en oversigt over de vigtigste af disse unormale forhold og deres behandling.

1. Afasi.

Afasi foreligger, når evnen til at forstå eller udtrykke sproget er beskadiget, og beskadigelsen kan henføres til de sprogbefordrende dele af hjernebarken. Det er de intellektuelle sproglige funktioner, der er ramt, medens såvel hørelsen som taleorganernes bevægelighed er uberørt. Man skelner mellem „orddøvhed" *(impressiv afasi),* hvor det fortrinsvis er evnen til at forstå det talte ord, der er forstyrret, og „ordstumhed" *(ekspressiv afasi),* hvor det fortrinsvis er evnen til at udtrykke sig, der er forstyrret. Den orddøve hører ordene, men har „glemt", hvad de betyder; den ordstumme ved, hvad han vil sige, men kan ikke finde ordene, eller han har „glemt", hvordan de udtales. De to former for afasi forekommer som oftest blandet, men med overvejende impressive eller •— hvad der er langt det hyppigste •— ekspressive symptomer.

De almindeligste årsager til afasi er hjerneblødning og hjernesvulst. Også ydre vold imod hjernen (skudsår, kraniebrud o. s. v.) kan medføre afasi. Lidelsen, og navnlig den ekspressive form, er sædvanligvis ledsaget af lammelser i højre sides ekstremiteter, særlig hånd og fingre. Det er endvidere almindeligt, at taleforstyrrelserne ledsages af tilsvarende forstyrrelser af læseevnen (alexi) og skriveevnen (agrafi).

Da de sproglige funktioner er et led i individets samlede intellektuelle virksomhed, vil afasien som regel virke nedsættende på den intellektuelle helhed og såvel intellektuelt som følelsesmæssigt hensætte patienten til et mere primitivt og ubehjælpsomt stade, end han stod på før sin sygdom. Hos afatikeren træffes således ikke blot en ringe klarhed i tænkningen, men også en stor labilitet i følelseslivet, hyppige grådanfald og depressiv sindsstemning.

Afatiske symptomer optræder hyppigt hos ældre mennesker; dog træffer man en del tilfælde i alderen mellem 40 og 60 år. Hos de ældste afatikere, hvor en udpræget forkalkning gør sig gældende, er muligheden for en genopbygning af de sproglige funktioner yderst ringe. For de andre tilfældes vedkommende er det meget forskelligt, hvad der kan nås, afhængigt af, hvor dybtgående beskadigelsen er, og hvor svære og omfattende taleforstyrrelserne er.

Der hersker nogen uenighed om, hvorvidt man kan tale om afasi hos hjernebeskadigede børn, der endnu ikke har tilegnet sig sproget og derfor heller ikke kan miste det. Disse børn har de for afasi karakteristiske ledsagesymptomer i form af bevægelsesforstyrrelser og koordinationsbesværligheder, men ligner iøvrigt symptomatisk meget de hørstumme børn, hvis lidelse dog er rent konstitutionelt betinget, jfr. det følgende afsnit. Er den af hjernebeskadigelsen fremkaldte lidelse af impressiv karakter, må barnet i mange tilfælde oplæres som uegentlig døvt og tilegne sig sproget efter døveundervisningens principper.

Hos en del hjernelammede børn, navnlig blandt dem, der har spastisk lammelse med bevægelsesstivhed, ligevægtsforstyrrelser o. s. v., træffes i større eller mindre grad afatiske symptomer, og den talepædagogiske behandling af disse må indgå som et led i den samlede behandling af deres handicap iøvrigt.

Den talepædagogiske behandling af afatikere, der består i en genopbygning af de tabte sproglige funktioner, er som regel langvarig. Man må foretage et systematisk opbygningsarbejde på grundlag af de sprogrester, der er bevarede, og det er ofte nødvendigt at genopbygge sproget i tilknytning til situationsoplevelser. For den impressive forms vedkommende må man knytte de sproglige funktioner til synsbilleder, f. eks. gennem mundaflæsning, og senere oparbejde lydbillederne som hørende til synsbillederne. Ved den ekspressive form for afasi må man dels arbejde med artikulationsbevægelser, dels med større sproglige helheder. Forsøgene på den sproglige genopbygning støder i de svære tilfælde på store vanskeligheder, der yderligere forstærkes af de psykiske forandringer, der følger af de ændrede levebetingelser. Det sker ikke sjældent, at en afatiker henfalder i en depressiv sløvhedstilstand, som umuliggør enhver behandling.

I de tilfælde, hvor afasi væsentligst giver sig til kende som en talelidelse, der egner sig til ambulant behandling, enten på statens institut for talelidende eller lokalt hos privat praktiserende talelærere, frembyder der sig ikke specielle problemer af forsorgsmæssig art.

Imidlertid er afasi ofte ledsaget af andre, alvorligere defekter, således at der foruden med talepædagogisk behandling må sættes ind med anden specialbehandling, eksempelvis med neurologisk behandling og med fysioterapi eller med almindelig pleje og bistand. Som statens institut for talelidende er indrettet, kan det ikke i disse tilfælde give den fornødne behandling, der bedst foregår på et mindre behandlings- og hvilehjem. Disse tilfælde adskiller sig herved behandlingsmæssigt så væsentligt fra andre tilfælde af talelidelser, at det er mest hensigtsmæssigt, at vanføreforsorgen, der i forvejen er indstillet på opgaver af tilsvarende art, tager sig af de fornævnte afatikere med bistand af talelærere, på samme måde som vanføreforsorgen tager sig af hjernelammede patienter.

2. Hørstumhed (konstitutionel afasi).

Man kalder et barn hørstumt, når det mangler evnen til at lære at forstå eller tale sit modersmål på normal måde og i normal tid, skønt barnets intelligens og hørelse er normal, og der ikke foreligger nogen organisk hjernedefekt. Hørstumhedens årsager må søges i en overhåndtagende lokal udviklingstræghed af de partier af hjernebarken, hvis opgave det er at befordre sprogindlæring og sprogudvikling. Hørstumheden skyldes altså ikke sygdom, men beror på en egenart i det pågældende barns konstitution. Da symptomerne imidlertid er de samme som ved afasi, betegnes hørstumhed også som konstitutionel afasi.

Hørstumhed træffes ligesom afasi i to forskellige hovedformer, *en impressiv og en ekspressiv form.* Den impressive form beror på svigtende evne til at fæstne og bevare erindringen om, hvordan ordene lyder. Når der udtales et ord, kan barnet vel høre selve lyden, men evner ikke at erkende den som lyd af sproglig værdi, fordi der ikke i dets hjerne dukker nogen erindring op om, at den tidligere har gjort sig gældende i fast tilknytning til noget begreb. Lyden af ordet har for barnet ingen symbol værdi og dermed ingen sproglig værdi. Medens hørelsen overfor lyd er normal, må barnet i sproglig henseende sidestilles med det døve barn. Den impressive konstitutionelle afasi ytrer sig altså i sin mest udprægede form som en total „orddøvhed".

De tilfælde, der i praksis falder ind under begrebet *impressiv* konstitutionel afasi viser som regel en vis evne til sprogopfattelse; denne evne er blot væsentlig ringere end hos børn i almindelighed. Den giver sig tilkende som dårlig hukommelse for, hvordan ordene lyder.

Ved den *ekspressive* konstitutionelle afasi forstår barnet, hvad der siges, men det taler ikke eller kun uforståeligt. Der er et tydeligt misforhold mellem sprogforståelse og taleevne. Medens sprogforståelsen nærmest svarer til alderen, fortsætter barnet med at benytte sig af et næsten uforståeligt børnesprog.

At sætte skarpt skel mellem de to former for konstitutionel afasi er i praksis næsten ugørligt. Som oftest er de antageligt også stærkt sammenblandede, således at der foreligger udviklingshæmninger på hele det sproglige område, men ligesom ved afasien kan vanskelighederne på et af områderne være særlig dominerende.

Hørstumhed er som oftest ledsaget af al-

vorligere adfærdsforstyrrelser, idet det er karakteristisk for børn med denne lidelse, at de er uligevægtige, trodsige, larmende, stridige og aggressive.

Førend og samtidig med behandlingen af de sproglige forstyrrelser finder sted, er det derfor som regel nødvendigt at trænge ind i børnenes adfærdsforstyrrelser, og her kan psykiatrisk-psykologiske undersøgelser være en stor støtte. Behandlingen må tage sigte på en generel opdragelse foruden det specielle sproglige arbejde, heri indbefattet læsning, skrivning og artikulation. Den talepædagogiske behandling af den impressive form for hørstumhed fører dog ofte ikke til noget resultat. I disse tilfælde har man hidtil betragtet barnet som uegentlig døvt og overført det til døveforsorg. Derimod fører behandlingen af de ekspressive tilfælde som oftest til normal tale. Behandlingen er dog langvarig og strækker sig ofte over 1½—2 år. Når barnet når frem til en normal og rolig sprogudvikling, forsvinder som regel de psykiske forstyrrelser, således at det er nærliggende at antage, at adfærdsforstyrrelserne er forårsaget af de sproglige vanskeligheder.

3. *Udtalefejl.*

Patienter med såkaldte udtalefejl kan deles i to hovedgrupper.

Den *ene hovedgruppe* omfatter børn, der lider af en *sproglig retardation.* Det vil sige, at den pågældende ikke tilegner sig sprogets system af regler til normal tid. Hos disse børn er visse af de distinktioner, sproget er opbygget af, bortfaldet. Der siges f. eks. *t* og *d* i stedet for *k* og *g,* hvorved sproget fremtræder således, at de fire elementer, der normalt skelnes imellem: *t, d, k, g,* er reduceret til to, *t* og *d.* Det behøver dog ikke at være som her visse sproglyd, der ikke skelnes mellem på den af sprogvedtægterne fastsatte måde. Det kan også være visse grammatiske distinktioner, som ikke beherskes, f. eks. forskellen mellem retvendt ordstilling og omvendt ordstilling. „Kommer du" udtrykkes således „du kommer". Eller der siges „mig" i stedet for -jeg", fordi forskellen mellem nævnefald (nominativ) og afhængighedsfald (akkusativ) i de personlige stedord ikke er lært. I disse sidste tilfælde taler man om *agrammatisme.*

Behandlingen går ud på at lære eleverne at benytte de lyd, de ikke har lært. Først må man lære dem at kende de distinktioner i sproget, de ikke hidtil har været opmærksomme på. Så må man lære dem at sige de manglende lyd, k eller g, eller hvad det nu kan være, og endelig må man lære dem at bruge det lærte i det daglige sprog på de pladser, hvor hvert sprogligt element hører hjemme. Man anvender her i udstrakt grad øvelser med meningsløse stavelser, øvelser, som går ud på, at eleverne eftersiger ord og sætninger efter talelæreren, og endelig øvelser, hvor eleverne genfortæller historier, som bliver oplæst for dem. Endelig benytter man billeder, hvis indhold eleven gør rede for.

Bortset fra de meget lette tilfælde, hvor der kun er tale om bortfald af ganske enkelte distinktioner i sproget, kræver behandlingen længere tid, varierende fra y_2 til 2 år. Med normal intelligens er udsigten til helbredelse gunstig.

Den *anden hovedgruppe* omfatter personer, som til trods for at de har tilegnet sig sprogsystemet, alligevel udtrykker sig på en fra sædvanlig tale afvigende måde. Disse personer lider af *egentlige udtalefejl.*

Lidelsen består i en mangelfuld artikulation. Det unormale ved artikulationen kan bestå i, at f. eks. *s* og/eller andre sproglyd, som skal artikuleres med tungespidsen mod gummeranden, *d, t, n* og *l,* artikuleres med tungespidsen mod fortændernes bagflade, således at tungespidsen endog viser sig i mellemrummet mellem fortænderne i over- og undermunden. I så fald foreligger *læspen.* Består fejlen i ukorrekt funktion af ganesejlet, opstår *snøvl.*

Fejlfunktioner kan forekomme ved alle sproglyd, også som følge af organiske mangler, der er blevet rettet (adenoide vegetationer og lign.).

For så vidt årsagen ikke er af organisk natur, indskrænker behandlingen sig til en opøvelse af den normale artikulation og derefter en gennemført kontrol af talen over en længere periode, idet det ofte ikke er selve de nye artikulationsbevægelser, der volder vanskeligheder, men disses overførelse til ubevidst vane i det daglige liv. Behandlingen varer fra 14 dage til et par måneder, alt efter fejlenes antal, patientens større eller mindre motoriske evne og hans større eller mindre evne til at rette sin opmærksomhed på den daglige udøvelse af talen.

En del børn med *cerebral parese* (hjernelammelse), navnlig de såkaldte athetotikere, der er præget af uvilkårlige, vridende bevægelser og grimaceren, har også en ringe beherskelse af deres taleorganers bevægelser og får derved udtalefejl i indtil sværeste grad. For disse børn må talepædagogisk behandling indgå som led i den samlede behandling af deres handicap.

Af organiske årsager til udtalefejl skal endvidere nævnes *gane- og læbespalte*, der imidlertid på grund af deres specielle placering indenfor forsorgen for de talelidende skal omtales udførligere i det følgende.

4. Ganespalte og læbespalte.

Ganespalte kan enten være medfødt eller erhvervet. Ved *medfødt ganespalte* forstår man en mangelfuld sammenvoksning af højre og venstre overkæbehalvdel. Spaltens bredde kan variere stærkt fra tilfælde til tilfælde, længden ligeså. Ofte er det kun den bløde gane, i visse tilfælde kun drøbelen, der er spaltet, men hyppigst går spalten helt frem gennem den hårde gane og fortsætter igennem læben (venstre-, højre- eller dobbeltsidig læbespalte). Der foreligger da kombineret læbe- og ganespalte. *Erhvervet ganespalte* forekommer ret sjældent og da som følge af læsioner i ganen eller af nødvendige operative indgreb, eventuelt forårsaget af syfilis.

Om årsagerne til de medfødte misdannelser, der vistnok opstår på et meget tidligt tidspunkt af fosterudviklingen, ved man endnu intet positivt. Der er dog efterhånden blevet almindelig enighed om, at et arveligt anlæg må være den væsentligste årsag. Hverken geografisk eller social fordeling af ganespaltepatienterne, forældrenes alder, patientens nummer i søskenderækken eller forhold ved svangerskab og fødsel synes at spille nogen rolle*).

Alle børn, der her i landet fødes med gane- og/eller læbespalte, skal som spæde fremstilles for et sagkyndigt udvalg,' der hver måned giver konsultationer på statens institut for talelidende i Hellerup. Dette udvalg, der består af instituttets kirurg, tandlæge, øre-, næse- og halslæge og forstander, tager sammen med vedkommende barns forældre bestemmelse om, hvorvidt barnet skal opereres eller behandles med protese. Læbespaltepatienter bør altid opereres, i almindelighed ikke senere end 2 måneder efter fødslen. Patienter med ganespalte, der egner sig til operativ behandling, opereres med bedst resultat i slutningen af 2. leveår. For at sikre det bedst mulige operationsresultat indenfor dette meget specielle område udføres alle operationer af instituttets kirurg. Operationsteknikken har som følge af denne centralisering været i stærk udvikling, og på grund af den forbedrede teknik opereres der nu langt flere tilfælde end tidligere. Spørgsmålet tandregulering har delvis som en følge heraf trængt sig mere og mere på i de seneste år og bliver nu i en del tilfælde udført på instituttets tandklinikker i Hellerup og Århus.

En af fordelene ved at operere er, at de hyppige indkaldelser til taleinstituttet, der er nødvendige ved protesebehandling til kontrol af protesen, jfr. nedenfor, herved kan undgås. Medens opererede læbespaltepatienter slet ikke indkaldes senere, er det nødvendigt at indkalde opererede ganespaltepatienter i 7—8 års alderen til undersøgelse af operationsresultatet, hvoraf talefærdigheden afhænger. I visse tilfælde er nogen tids taleundervisning nødvendig, men herudover behandles patienterne normalt ikke yderligere på instituttet, medmindre det i særlige tilfælde skønnes påkrævet.

De ganespalter, som det ikke anses for tilrådeligt at operere, fordi ganesejlsresterne er for små, behandles med *protese* første gang omkring barnets 7. år, når de endelige kindtænder er vokset ud. En sådan protese består af en forplade, som den kendes fra tandproteser og udført af samme materialer. Spalten i den hårde gane dækkes af denne plade, fra hvilken der skråt bagud nedad, sigtende mod svælgets bagvæg, rager en lidt tykkere plade, obturatoren, i spaltens omtrentlige bredde. Når resterne af ganesejlsmuskulaturen spændes, lægger de sig på begge sider op mod obturatoren, der skal indstilles og udformes meget omhyggeligt og samtidig skyder musklerne i svælgets bag, væg sig frem mod obturatorens bageste kant; der dannes på denne måde efter længere tids muskeltræning et fuldstændigt lukke mellem

*) Jfr. Poul Fogh-Andersen: Inheritance of Harelip and Cleft Palate. Disputats, København 1942.

mund- og næsehulen ved synkning og ved de sproglyd, hvor det er nødvendigt. Tilpasningen af barnets første protese og obturator samt den nødvendige taleundervisning varer 2—3 måneder, medens de følgende behandlinger, der bør finde sted hvert 2.—4. år, alt efter barnets vækst, kan gøres stadig kortere. En voksen elev, der har fået sin protese fornyet regelmæssigt som barn, kan som regel udskrives fra instituttet efter 12—14 dages ophold. Mange bliver normalttalende ved 2. behandling.

Taleundervisningen tager først og fremmest sigte på en optræning af ganesejlet (resp. ganesejlsresterne), så der kan dannes effektivt lukke mellem næse- og mundhulen, hvorved elevens snøvlede stemmeklang gøres normal. Samme undervisningsterapi tages også i brug overfor de elever, der har lammet ganesejl, men iøvrigt normal gane.

- Dernæst møder den ganespaltelidende ofte op med en del forkert dannede sproglyd, som må rettes. K, g samt undertiden d, der normalt artikuleres af tungen mod ganen og kræver en sammenstuvning af luft i mundhulen, erstattes med det såkaldte stemmebåndslukke, der kommer i stand på den måde, at luften stuves sammen under den lukkede stemmeridse, som dernæst pludselig åbnes, hvorved den pågældende lukkelyd kan efterlignes. løvrigt er det oftest s, der dannes fejlagtigt. Disse samt en del andre specielle fejl rettes først og fremmest, men ved siden heraf er en almindelig artikulationsundervisning ofte nødvendig.

Af og til opnår de opererede elever kun en vis bedring gennem undervisningen og ikke normal tale. Årsagerne hertil kan f. eks. være nedsat intelligens, små motoriske evner, nedsat hørelse eller et ganesejl, der enten er for kort eller for stramt til at kunne trænes op til at nå svælgets bagvæg. I sidstnævnte tilfælde kan elevens tale ofte forbedres enten ved indsættelse af en særlig protese eller ved en speciel plastisk operation.

5. Stammen.

Stammen består i en afbrydelse af talestrømmen enten af en række gentagelser af ord, stavelser eller lyde — de såkaldte kloniske spasmer, (ekspl. 1. jeg kommer-kommer-kommer i morgen, 2. jeg ko-ko-ko-ko-kommer imorgen, 3. jeg k-k-k-k-kommer imorgen), eller i en pressen i taleorganerne af kortere eller længere varighed—de såkaldte toniske spasmer, (ekspl. jeg k———ommer imorgen), der undertiden helt kan afskære talen. Symptomerne benævnes spasmer på grund af deres krampelignende natur, men det må understreges, at de kun forekommer i forbindelse med tale, og at patienterne ikke iøvrigt frembyder kramper. I de fleste sværere stammetilfælde vil der forekomme en kombination af disse symptomer. Der vil endvidere i almindelighed forekomme forstyrrelser i åndedrætsrytmen og ofte såkaldte emboliske ord eller lyde d. v. s. indflettede overflødige sprogforekomster, der nærmest fungerer som mere eller mindre bevidste hjælpeforanstaltninger, (ekspl. 1. jeg hm kommer imorgen, 2. jeg altså kommer altså imorgen, 3. jegøue kommer imorgen o.m.a.). Beslægtet med embolierne er de såkaldte medbevægelser, der også til at begynde med er bevidste hjælpemidler, men senere kan blive mere eller mindre automatiserede. Disse medbevægelser varierer fra en næsten umærkelig blinken med øjnene, kast med hovedet eller knipsen med fingrene til stampen med fødderne og armbevægelser, der leder tanken hen på Sct-Veitsdans. Man kan også finde „indre stammen", et stadium, der er karakteristisk ved, at der byttes om på ordene, endnu inden man forsøger at tale for herved at undgå det vanskelige ord.

I de sværeste tilfælde er stammen invaliderende, men selv i dens lettere former er lidelsen i høj grad hæmmende og forhindrer ofte patienterne i at vælge de erhverv, de ifølge lyst og evner skulle være skikket til, ligesom den hindrer dem i at avancere i deres erhverv.

Karakteristisk for stammesymptomerne iøvrigt er det, at de næsten aldrig forekommer under sang, eller når patienten taler eller læser i enrum. Symptomerne kan aftage eller helt forsvinde i et givet tidsrum for derefter at vende tilbage enten gradvis eller pludselig. Der kan ingen regler gives hverken med hensyn til, hvad der forstærker symptomerne, eller hvad der bringer dem til at forsvinde. Nogle stammere taler bedst i deres nærmeste kreds, andre med fremmede. Nogle stammer konstant, medens andre kun stammer overfor visse personer. Nogle læser normalt op og stammer under samtale, hos andre er det omvendt. Der er næppe to

stammetilfælde, der ytrer sig på samme måde.

Stammetilfældene synes i hovedsagen at kunne deles i to hovedgrupper: *stammen som følge af chok* og den såkaldte *udvikling s stammen*. Som en tredie gruppe kunne nævnes stammen som følge af efterligning eller psykisk smitte, men denne gruppe er så lille, at den kan lades ude af betragtning. Ved chokstammen forstås den stammen, der opstår efter voldsomme oplevelser af forskellig art. Således vil soldater efter oplevelser ved fronten undertiden opvise en heftig stammen. Karakteristisk for chokstammen i modsætning til udviklingsstammen er det, at der undertiden forekommer en stumhedsperiode, inden de egentlige stammesymptomer viser sig, samt at disse ofte er toniske og voldsomme. Den under og efter sidste krig udviklede narkoanalyse skal med held være anvendt i sådanne —• iøvrigt ikke hyppigt forekommende — tilfælde.

I de fleste af de tilfælde, hvor febersygdomme eller fald angives som årsag til stammen, vil man finde, at det drejer sig om en forværring, men at symptomerne forefandtes inden begivenheden. Det samme gælder i de tilfælde, hvor skolegangens begyndelse angives som årsag.

Nogle mener, at lidelsen har en organisk årsag, andre at den er af funktionel eller psykisk oprindelse.

Denne usikkerhed med hensyn til årsagsforholdet afspejler sig også i behandlingsmetoderne. Den talepædagogiske behandling tager snart sigte på at få patienten til at beherske sin stammen ved at *koncentrere* sin opmærksomhed om talen, snart på at *aflede* opmærksomheden fra talen, snart på en kombination af begge metoder med støtte af afspændingsteknik, rytmik og åndedrætsteknik, undertiden også af hypnose og narkoanalyse. Med disse metoder kan man helbrede enkelte og hjælpe en del.

Bestræbelserne retter sig bl. a. imod foranstaltninger af forebyggende art gennem forældrevejledning og imod iværksættelse af behandling på et tidligt stadium, hvor symptomerne er ubevidste og ikke indgroede og lidelsen derfor måske lettere tilgængelig for behandling.

6. Stemmelidelser.

Stemmelidelser, der er egnet til pædagogisk behandling falder i 2 hovedgrupper: de lidelser, hvor der kan påvises en organiskmekanisk beskadigelse af stemmeapparatet, og de lidelser, hvor en sådan beskadigelse ikke kan påvises.

Den første hovedgruppe omfatter navnlig stemmelæbelammelse og stemmetab efter operativ fjernelse af strubehovedet.

Stemmelæbelammelsen beror på en beskadigelse af strubehovedmusklernes bevægenerve (nervus recurrens). Lidelsen har til følge, at stemmelæben mister evnen til at bevæge sig. Stemmelæberanden bliver som oftest efterhånden konkav, idet stemmelæbemusklen slappes og efterhånden atrofierer. Lidelsen kan ramme bevægenerven til en af stemmelæberne eller til dem begge, altså være enkeltsidig eller dobbeltsidig. I de fleste tilfælde er den venstresidig, hvilket skyldes, at nerven til venstre stemmelæbe har et længere og mere indviklet forløb og derfor er mere udsat end nerven til højre stemmelæbe.

Lidelsen forekommer i en række tilfælde efter operation for struma. Den kan dog også have andre, derunder rheumatiske årsager. Endelig kan venstresidig stemmelæbelammelse være en følge af hjertesygdom, idet hjertepulsåren, når den svulmer op, kan komme til at øve et tryk på nerven.

I en del tilfælde af stemmelæbelammelse indtræder der i løbet af kort tid en brugelig stemme, enten ved at den lammede stemmelæbe spontant kommer i funktion igen, eller ved at den raske stemmelæbe af sig selv går ind over midterstillingen og lægger sig op til den syge under stemmegivningen. I de tilfælde dette ikke sker, består behandlingen i at opøve den raske stemmelæbe til den nødvendige overfunktion ved kraftige øvelser, understøttet af fingertryk på skjoldbruskpladerne, evt. tillige af en svag elektrisk strøm. Ved denne behandling når man til at erstatte den for recurrensparesen karakteristiske svage og „flagrende“ ofte tillige hæse stemme med en helt naturlig talestemme, og de generende åndedrætsbesværligheder, der ofte er en følge af lidelsen, forsvinder som oftest helt. Udsigterne til at opnå et fuldt tilfredsstillende behandlingsresultat er særdeles gode, navnlig hvis patienten kommer under behandling hurtigt efter lidelsens indtræden. Ved tilfælde, der kommer senere under behandling, vanskeliggøres behandlingen betydeligt. Det kan i sådanne tilfælde ofte være en støtte at indsprøjte paraffin i

den syge stemmelæbe, navnlig hvis den har antaget en stærkt konkav form.

Operativ fjernelse af strubehovedet, foretages i visse tilfælde af strubekræft. Ved et operativt indgreb af denne art ødelægges enhver mulighed for at frembringe normal stemme, og den talepædagogiske opgave bliver derfor at opøve en erstatningsstemme. Dette kan kun opnås ved, at man lader en luftstrøm passere et eller andet sted, hvor der kan ydes en modstand mod den, således at de organer, der yder modstanden, bliver sat i svingninger. Da operationen medfører, at der lukkes af for forbindelsen mellem svælget og luftrøret (patienten trækker vejret gennem en åbning i halsen over brystbenet), kan den almindelige udåndingsluft ikke bruges til dannelsen af erstatningsstemmen. Man vil som regel benytte den fremgangsmåde at lære ham at sluge luft og derefter presse den op igennem den øverste del af spiserøret og danne modstanden ved dettes munding i svælget. Man får herved fremkaldt en tone, som gennem de almindelige bevægelser af mundhulens organer kan artikuleres til sproglyd. Den opnåede erstatningsstemme er hverken smuk eller kraftig, men den sætter patienten i stand til at frembringe en tale, der er forståelig på kortere afstande. Dersom ingen af disse metoder viser sig effektive, kan patienten komme til at tale ved hjælp af en strubevibrator, en elektrisk anordning, der frembringer svingninger i luften i svælget.

Den anden hovedgruppe, de lidelser, der ikke har nogen organisk-mekanisk årsag, omfatter de funktionelle strubepareser, fonasteni og børnehæshed.

De funktionelle strubepareser består i en nedsat funktionsevne i en eller flere af strubehovedets muskler, således at den funktionsbalance, der er en betingelse for dannelsen af en god stemme, ikke længere er tilstede. Alt efter hvilken del af muskulaturen, der fungerer for svagt, og i hvilken grad svækkelsen er tilstede, indvirker disse pareser forskelligt på stemmen. Den kan blive svag, tynd, pibende, knækkende, tung, grødet og hæs, og den kan i visse tilfælde være tilbøjelig til helt at forsvinde.

Den pædagogiske behandling består i gennem stemmeøvelser at optræne den svage muskulatur til normal ydeevne og derved indarbejde funktionsbalancen i den daglige tale. Såfremt den paretiske tilstand ikke har bestået i en altfor lang årrække, er udsigterne for opnåelse af en normal stemme særdeles gode.

De funktionelle strubepareser indgår ofte som led i, hvad der kaldes fonastenien.

Fonasteni (præstesyge) er en kronisk, med den stemmelige ydelse tiltagende træthedsfornemmelse i stemmeorganerne. Lidelsen ytrer sig som regel ved en svigtende funktionsbalance i strubehovedets muskler, og patienten forsøger på at kompensere de dermed følgende akustiske virkninger: hæshed, manglende bæreevne, for højt eller for dybt stemmeleje o. s. v. gennem mere eller mindre stærk aktivitet i strubehovedets ydre muskler, svælgets og artikulationsorganernes muskulatur, der derved trættes, ofte så der opstår smerter. Årsagen til denne lidelse er, at der stilles større krav til stemmen, end den kan honorere, hvad enten dette skyldes, at kravene er unormalt store, eller at stemmens ydeevne er unormalt ringe. Almindelige svækkelsestilstande (f. eks. anæmi, rekonvalescens, neurasteni) såvel som lokale lidelser i stemmeorganerne (f. eks. kronisk katarr) afgiver en gunstig jordbund for udviklingen af fonasteni. Lidelsen ledsages ofte af generel træthed og stærk depression.

Den pædagogiske behandling, der ofte i nogen tid må gå hånd i hånd med lægelig behandling, består i afspændingsøvelser og opøvning af en bedre funktionsbalance i strubemusklerne. Der kan i almindelighed opnås et godt behandlingsresultat i løbet af et par måneder. I en del tilfælde, hvor lidelsen hurtigt er kommet under behandling, kan et positivt resultat dog opnås væsentlig hurtigere.

I forbindelse med stemmelidelser kan man ofte træffe små knuder på stemmelæberanden, de såkaldte „*sangerknuder*“. Sådanne knuder, der hindrer den gode stemmelæbefunktion, kan opstå meget hurtigt, f. eks. kan de ofte konstateres umiddelbart efter en momentan overanstrengelse af stemmen. Konstateres de tidligt, kan de bringes til at svinde gennem tavshedskur. Selv gamle sangerknuder forsvinder ofte ved pædagogisk stemmebehandling. I tilfælde, hvor dette ikke lykkes, kan knuderne fjernes operativt, men de er tilbøjelige til at komme igen, såfremt stemmen ikke opøves til bedre funktion.

Børnehæshed er meget hyppigt forekommende, særlig blandt drenge. Den skyldes, at stemmen er blevet overanstrengt ved forskrigning, således at der er opstået en funktionel strubeparese. Hos et stort antal hæse børn vil man kunne finde sangerknuder.

Den pædagogiske behandling af børnehæshed kan i nogle tilfælde opvise resultat, men da et væsentligt led i behandlingen består i at skåne stemmen, kan tilbagefald opstå. Når stemmen går i overgang vil Stemmefunktionen i en del tilfælde rette sig op af sig selv og knuderne forsvinde. Er dette ikke tilfældet, må behandling i hvert fald iværksættes på dette tidspunkt.

Bilag 3 a.

Patienter på statens institut for talelidende

i finansårene **1950—51, 1951**—52 og **1952**—53 fordelt på alder, køn og lidelsens art.

Statens institut for talelidende, Århus.

	Stam-men	Ud-tale-fejl	Hør-stum-hed	Gane-spalte	Ord-blind-hed	Fon-asteni	Strube-løse	Læbesp. Ganesp. (Diako-nissest.)	Ialt
	M.[1])K.[2])	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.
Antal behandlede elever 1/4 1950—31/3 1951									
Under 7 år	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
7—14 -	17 2	23 4	— —	15 6	5 —	— —	— —	— —	60 12
15—20 -	10 3	3 1	— —	10 5	5 —	— —	— —	— —	28 9
21—60 -	— —	3 —	— —	25 13	— —	3 3	— —	— —	31 16
over 60 -	— —	— —	— —	2 2	— —	— —	3 —	— —	5 2
Ialt...	27 5	29 5	— —	52 26	10 —	3 3	3 —	— —	124 39
M. + K.....	32	34	—	78	10	6	3	—	163[3])
Antal behandlede elever 1/4 1951—31/3 1952									
Under 7 år.....	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
7—14 -	18 4	16 8	— —	15 11	5 1	— —	— —	— —	54 24
15—20 -	10 1	1 —	— —	7 3	6 —	— —	— —	— —	24 4
21—60 -	4 —	2 2	— —	12 15	— —	10 6	2 —	— —	30 23
over 60 -	— —	— —	— —	5 1	— —	— —	2 —	— —	7 1
Ialt...	32 5	19 10	— —	39 30	11 1	10 6	4 —	— —	115 52
M. + K.....	37	29	—	69	12	16	4	—	167[4])
Antal behandlede elever 1/4 1952—31/3 1953									
Under 7 år.....	— —	1 1	— —	1 2	— —	— —	— —	— —	2 3
7—14 -	41 8	23 8	— —	8 9	5 2	— —	— —	— —	77 27
15—20 -	7 —	3 —	— —	6 9	5 1	2 —	— —	— —	23 10
21—60 -	4 1	2 —	— —	23 10	— —	6 5	— —	— —	35 16
over 60 -	— —	— —	— —	1 —	— —	— 1	— —	— —	1 1
Ialt...	52 9	29 9	— —	39 30	10 3	8 6	— —	— —	138 57
M. + K.....	61	38	—	69	13	14	—	—	195[5])

[1]) M. = mænd
[2]) K. = kvinder
[3]) heraf 98 interne og 65 externe
[4]) • 82 — —85
[5]) - 89 — - **106**

Bilag 3 a.

Patienter på statens institut for talelidende

i finansårene 1950—51, 1951—52 og 1952—53 fordelt på alder, køn og lidelsens art.

Statens institut for talelidende, Hellerup.

	Stam-men	Ud-tale-fejl	Hør-stum-hed	Gane-spalte	Ord-blind-hed	Fon-asteni	Strube-løse	Læbesp. Ganesp. (Diako-nissest.)	Ialt
	M.[1])K.[2])	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.	M. K.
Antal behandlede elever 1/4 1950—31/3 1951									
Under 7 år	1 1	6 6	4 9	— 1	— —	— —	— —	91 51	102 68
7—14	66 15	29 11	11 3	8 5	7 1	3 —	— —	10 3	134 38
15—20	29 2	3 5	— —	10 10	5 2	3 9	— —	2 —	52 28
21—60	24 4	6 3	— —	14 12	1 —	41 44	1 1	1 2	88 66
over 60	— —	1 1	— —	— —	— —	— —	3 1	— —	4 2
Ialt	120 22	45 26	15 12	32 28	13 3	47 53	4 2	104 56	380 202
M. + K.	142	71	27	60	16	100	6	160	582[3])
Antal behandlede elever 1/4 1951—31/3 1952									
Under 7 år	— —	5 2	13 5	— —	— —	— —	— —	106 58	124 65
7—14	56 10	39 22	23 10	11 15	9 —	1 6	— —	13 6	152 69
15—20	17 3	6 3	— —	4 1	6 2	— 3	— —	2 3	35 15
21—60	24 5	9 8	— —	15 12	— —	39 56	5 —	2 1	94 82
over 60	— —	— 4	— —	2 2	— —	— 1	4 1	— —	6 8
Ialt	97 18	59 39	36 15	32 30	15 2	40 66	9 1	123 68	411 239
M. + K.	115	98	51	62	17	106	10	191	650[4])
Antal behandlede elever 1/4 1952—31/3 1953									
Under 7 år	7 —	30 15	23 19	— —	— —	— —	— —	92 61	152 95
7—14	68 14	47 17	13 3	6 17	11 2	9 3	— —	8 3	162 59
15—20	30 4	2 7	— —	5 9	4 —	5 9	— —	— —	46 29
21—60	18 6	16 9	— —	15 7	1 —	20 24	5 —	— 3	75 49
over 60	— —	2 —	— —	1 1	— —	— —	5 —	— —	8 1
Ialt	123 24	97 48	36 22	27 34	16 2	34 36	10	100 67	443 233
M. + K.	147	145	58	61	18	70	10	167	676[5])

[1]) M. = mænd
[2]) K. = kvinder
[3]) heraf 119 interne, 303 eksterne og 160 på Diakonissestiftelsen
[4]) — 115 — 344 — - 191 - —
[5]) — 141 — 368 — - 167 - —

Behandlede patienter hos privat praktiserende talelærere og ordblindelærere i året 1952 fordelt på alder, køn og amt.

Amt	Taleundervisning									Ordblindeundervisning								
	under 7 år		7—14 år		15—20 år		21—60 år		Ialt	7—14 år		15—20 år		21—60 år		Ialt
	M.[1])K.[2])		N.	K.	M.	K.	M.	K.		M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Københavns			4	1	2			1	8	3		11	3	6	1	24
Frederiksborg	1		4	2		1			8	1		3	1	2		7
Holbæk										2	1	2		1		6
Sorø	2		3	1	1				7	1		1		2		4
Præstø		1	3	3	1	1			9	1		4	1	4		10
Maribo			3			1			4	2		1	1			4
Bornholm																
Odense	5	1	3	3	3		1	2	18	4		2	3	1		10
Svendborg				1	1	1			3	4		4	1	1	1	11
Hjørring	2		3	2	2		2		11	1						1
Ålborg	3		6		5	1	1	2	18	3	1	1	1	2		8
Thisted																
Randers			12	2			1	1	16	1						1
Viborg	2		2						4	2		2				4
Århus			1		1		2	2	6			2		1		3
Skanderborg	1							2	3		1	6		1		8
Ringkøbing	1		1	1	1				4	1		2	2			5
Ribe	3		2	1	2	3		3	14			3	1			4
Vejle	2		4	1	1			2	10		1	2	1	1		5
Haderslev			5	2	1		1		9	2		1	1		1	5
Åbenrå					1				1	1			1			2
Tønder			1				1	1	3			2				2
Sønderborg											1	1		1		3
	22	2	57	20	22	8	9	16	156	29	5	50	17	23	3	127

[1]) M. = mænd
[2]) K. = kvinder

Bilag 3 c.

Patienter opført på venteliste pr. 1. oktober 1952 fordelt på alder, køn, amt og lidelsens art.

Amt:	Stammen									Udtalefejl								
	u. 7 år		7-14 år		15-20 år		21-60 år		Ialt	u- 7 år		7-14 år		15-20 år		21-60 år		Ialt
	M.[1]	K.[2]	M.	K.	M.	K.	M.	K.		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Københavns:																		
interne 52	1		12	2		1			16	2	2	10	5					19
eksterne 464	16	3	119	21	10	9	13	4	195	23	9	23	10	3	2	8	5	83
Frederiksborg:																		
interne 29			9	2	1				12	1		5	2					8
Holbæk:																		
interne 46	2		9	4			1		16	3	3	4	4					14
Sorø:																		
interne 20			4	1					5	1		4	2					7
Præstø:																		
interne 38			10	6	1				17	3	1	1	4	1				10
Maribo:																		
interne 15			5						5	1	1	1	1					4
Bornholm:																		
interne 10	1		4	1					6		1							1
Odense:																		
interne 26			2						2			2						2
Svendborg:																		
interne 33		1	7	2					10			4	2					6
Hjørring:																		
interne 17							1		1		1	1	1					3
Ålborg:																		
interne 30			8	3	3	1			15	1			1					2
Thisted:																		
interne 21			8		2		1		11			2	1					3
Randers:																		
interne 23			6	2					8			4	3					7
Viborg:																		
interne 21			3	2	2		2		9	1		1			1			3
Århus:																		
interne 9			1		1				2				1					1
eksterne 115			50	8	6	3	3		70		3	13	5	1		1		23
Skanderborg:																		
interne 22			5	2	1		1		9			2	2					4
Ringkøbing:																		
interne 44			12	4	1		2		19	1		5	1					7
Ribe:																		
interne 22			4		2				6		1	4		1				6
Vejle:																		
interne 33			9		2		1		12			2	3					5
Haderslev:																		
interne 20	1		4		1				6			2						2
Åbenrå:																		
interne 10			2			1			3									
Tønder:																		
interne 6			2		1				3	1								1
Sønderborg:																		
interne 6	1		3					1	5	1								1
Sydslesvig:																		
interne 15			6	2	2				10			2		1				3
Ialt ..... 3) 1147	22	4	304	62	36	15	25	5	473	39	22	92	48	7	3	9	5	225

1) M. = mænd, 2) K. = kvinder, 3) heraf 568 interne og 579 eksterne

Hørstumhed				Ordblindhed				Ganespalte				Fonasteni			
u. 7 år	7-14 år	Ialt		7-14 år	15-20 år	21-60 år	Ialt	7-14 år	15-20 år	Ialt		7-14 år	15-20 år	21-60 år	Ialt
M. K.	M. K.			M. K.	M. K.	M. K.		M. K.	M. K.			M. K.	M. K.	M. K.	
9 4		13						3 1		4					
16 11		27						21 15		36		9 11	6 5	39 53	123
3 1		4						3 2		5					
1 2		3		4			4	3 6		9					
2 1		3						5		5					
1		1		1 1			2	8		8					
1 2	1	4			1		1	1		1					
								2 1		3					
5 1	1	7		2	1	1	4	7 4		11					
3 1		4		2 1	1		4	3 5	1	9					
2	2	4						5 2	1 1	9					
	1	1			1		1	7 2	1 1	11					
				1			1	3 3		6					
								8		8					
	1 1	2		3	1		4	2 1		3					
1		1		1			1	2 2		4					
				1	8	1	10	3		3			1 1	3 4	9
1 1		2			1		1	3 1	2	6					
	1	1		2	2	2	6	8 3		11					
1		1			1		1	4 3	1	8					
1		1		2	1		3	9 3		12					
				1 1			2	4 4	1 1	10					
					1		1	2 3	1	6					
								1 1		2					
1		1			1		1								
47 25	7 1	80		17 6	19 1	3 1	47	104 75	5 6	190		9 11	7 6	42 57	132

Indberetning fra skolelægerne om skolebørn med udtalte talefejl i skoleåret 1951—52 fordelt efter køn og klassetrin.

(Oversigten omfatter ikke København by, Tønder amt og landskoler i Odense amt).

Klassetrin	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Ialt	
													d. *)	e. **)
Drenge														
Byskoler	230	160	132	122	87	64	57	30	14	8	—	2	906	102 387
Landskoler	124	88	88	63	48	34	33	4	2	6	—	—	490	109 951
By- og landskoler.	354	248	220	185	135	98	90	34	16	14	—	2	1396	212 338
Piger														
Byskoler	82	99	65	52	50	53	49	26	13	8	—	—	497	100 900
Landskoler	52	49	38	21	28	20	10	1	—	—	—	—	219	105 740
By- og landskoler.	134	148	103	73	78	73	59	27	13	8	—	—	716	206 640
Drenge og piger														
Byskoler	312	259	197	174	137	117	106	56	27	16	—	2	1403	203 287
Landskoler	176	137	126	84	76	54	43	5	2	6	—	—	709	215 691
By- og landskoler.	488	396	323	258	213	171	149	61	29	22	—	2	2112	418 978

*) d = antal udtalt talelidende
**) e = antal elever

Redegørelse for forsøg med taleundervisning i børnehaver.

Kommissionen har under sit arbejde modtaget en henvendelse fra Københavns magistrat, ledsaget af et forslag fra daværende sanitetslæge Grete Gørtz om oprettelse af børnehaver for talelidende børn. For at skabe klarhed over i hvilket omfang børnehavebørn vil kunne behandles for talelidelser udenfor taleinstitut og for at få større erfaring med hensyn til værdien af tidlig talebehandling, indstillede kommissionen i foråret 1950 til socialministeren, at der blev gjort forsøg med gennemførelse af taleundervisning ved autoriserede talelærere af talelidende børn i tilslutning til deres ophold i de almindelige børnehaver. Ministeren bifaldt kommissionens indstilling, og forsøget etableredes herefter i 4 børnehaver (2 i København, 1 i Århus og 1 i Ålborg) i perioden 1. september 1950 til 1. april 1951.

Fra statens institut for talelidende har man om forsøget modtaget nedenstående rapport:

„Forsøgene, der tog deres begyndelse den 1. september 1950 og afsluttedes den 1. april 1951, etableredes på ialt 4 børnehaver, nemlig 2 i København (Ringertoften og Prinsesse Charlottesgade), 1 i Ålborg (Jyllandsgade) og 1 i Århus (Falstersgade).

I forsøgene har følgende personer deltaget:

Børnehaveledere: Ragnhild Løvendahl Trojaborg og Anna Olsen (København), Gerda Schwahn og Bodil Willemoes (Ålborg) og Else Novrup (Århus).

Talepædagoger: Inger Fischer (København), Eva Ørum Henriksen (Ålborg) og Vibeke Bloch (Århus).

Psykologer: Lise Østergaard (København), Kirsten Strunge og Karen Nygaard (Ålborg).

Læger: Børnelæge Grete Gørtz, børnenervelæge Svend Brandt, skoleørelæge J. Falbe-Hansen (København) samt psykiaterne G. Wad (Ålborg) og Anker Østergaard (Århus).

Ved organiseringen og den praktiske gennemførelse af forsøgene har endvidere overinspektionen for børneforsorgen, socialdirektør Orla Jensen (Århus) og socialinspektør W. Simonsen (Ålborg) samt statens institut for talelidendes Hellerup- og Århusafdeling medvirket.

Redegørelsen bygger dels på det journalmateriale, der er fremkommet vedrørende hvert enkelt barn, der har været inddraget i forsøget, dels på følgende specielle redegørelser:

Fra København: "Om behandlingen af talelidende småbørn i talebørnehaver". „Den psykologiske undersøgelse" (Lise Østergaard). "Neurologisk undersøgelse og elektroencefalografi." (Sv. Brandt). „Ørelægens rapport" (J. Falbe-Hansen). „Arvelige og sociale faktorers indflydelse på taleudviklingen" (Grete Gørtz). „Talepædagogens rapport" (Inger Fischer).

Fra Ålborg: „Korte bemærkninger" (Eva Ørum Henriksen og Bodil Willemoës).

Fra Århus: „Børnehaveforsøget i Århus" (Vibeke Bloch). „Oversigt over talelidende børn i Århus børnehaver". „Pædagogisk-psykiatriske bemærkninger" (Else Novrup og Anker Østergaard).

Forsøgenes organisering og gennemførelse.

Da de ydre betingelser for forsøgenes gennemførelse såvel som mulighederne for at skaffe sagkyndig assistance på forskellige områder har været meget forskellige i de

byer, hvor forsøgene er foretaget, har forsøget måttet organiseres og gennemføres på forskellig måde.

I *København* har taleundervisning været etableret på to børnehaver. De børn, der har været inddraget i forsøget, er for en stor dels vedkommende hentet fra de børnehaver, hvor undervisningen fandt sted, medens et antal efter henvisning fra børnehavelægen er blevet anbragt i de pågældende børnehaver. I begge børnehaver foregik taleundervisningen i et særligt lokale, dog således, at lokaleforholdene på den ene børnehave (Ringertoften) nødvendiggjorde, at børnene blev undervist enkeltvis, medens de i den anden (Charlottesgade) kunne undervises i små grupper.

Foruden at børnene observeredes af talelærer og børnehaveleder, blev de alle undersøgt af psykolog, børnelæge, øre-, næse-, halsspecialist og neurolog, og der blev foretaget elektroencefalografi.

I *Ålborg* etableredes taleundervisningen på en enkelt børnehave (Jyllandsgade), blandt hvis børn der kun fandtes et utilstrækkeligt antal talelidende til forsøgets gennemførelse. Børn til forsøgene måtte derfor hentes fra andre børnehaver (fortrinsvis børnehaven „Tusindfryd") således, at de har måttet forlade deres børnehave på visse tider af dagen for at få taleundervisning et andet sted. Dette forhold har skabt tydelige vanskeligheder og været medvirkende til, at børnenes forældre viste en uvillig indstilling overfor forsøget, hvilken dog blev overvundet derved, at man sammenkaldte til et forældremøde, hvor man redegjorde for sagens betydning.

Børnene undervistes i et særligt lokale, dels enkeltvis, dels i små grupper og observeredes af talelærer og børnehaveleder. Alle børnene undersøgtes af psykolog, et enkelt barn tillige af psykiater.

I *Århus* foregik taleundervisningen på en enkelt børnehave (Falstersgade). Man var her i samme vanskeligheder som i Ålborg, da de fleste børn måtte hentes fra andre børnehaver. Foruden modvilje fra forældrenes side mødte man tillige en afvisende holdning fra en række børnehavelederes side. En del af børnene måtte derfor bringes til veje ved henvisning fra statens institut for talelidende, og forsøget måtte gennemføres med et væsentligt ringere antal børn end planlagt.

Undervisningen foregik derved, at talelæreren beskæftigede sig med de pågældende børn i selve børnehavelokalet, hvor de ikketalelidende børn samtidig var til stede.

Foruden talelærerens journalisering har børnehavelederen ført en meget omfattende journal over børnene. Alle børnene var undersøgt af psykiater.

Ved *udvælgelsen af børn* til forsøget har man i alle 3 byer bestræbt sig på at få et så repræsentativt materiale som muligt, idet man i første omgang har taget alle de talelidende småbørn, der var indenfor rækkevidde, i betragtning. Derefter har man frasorteret de mest atypiske tilfælde, fortrinsvis sådanne tilfælde, der aldersmæssigt falder udenfor den gruppe, forsøget interesserer sig for, og sådanne tilfælde, hvor talelidelsen erkendtes som sekundær i forhold til andre defekter. Der er derefter i forsøgene ialt indgået 56 børn, nemlig 26 i København, 21 i Ålborg og 9 i Århus.

Tale journalerne.

Ved bearbejdelsen af taleresultaterne er der bortset fra 5 børn — 1 med formentlig organisk betinget lukket snøvl, 1 der ikke kunne undervises på grund af manglende kontaktevne, 2 der var udtalt åndssvage og 1 stammer, hvor man undlod at iværksætte undervisning, da talelidelsen var på et stadium, hvor den skønnedes eventuelt at ville fortage sig af sig selv således, at undervisning på dette tidspunkt muligvis ville skade barnet.

De resterende 51 børn fordeler sig således:

Stammen: 7 tilfælde, alle middelsvær grad.

Udtalefejl (herunder såvel simple som konstitutionelle tilfælde med eller uden agrammatisme): 32 tilfælde, heraf 8 svære, 14 middelsvære og 10 lette tilfælde.

Stammen + udtalefejl: 12 tilfælde, dels med dominerende udtalefejl og lettere stammen, dels med lettere udtalefejl og dominerende stammen.

Behandlingsresuitaterne fordeler sig således, at der ikke sporedes bedring i 3 tilfælde (alle stammen), medens der var

tydelig bedring i 48 tilfælde, skønsmæssigt fordelt således:

Ret ringe bedring: 11 tilfælde (2 stammen, 4 udtalefejl, 5 stammen + udtalefejl), ret god bedring: 27 tilfælde (2 stammen, 21 udtalefejl, 4 stammen + udtalefejl); særdeles god bedring: 10 tilfælde (7 udtalefejl, 3 stammen + udtalefejl). Af den sidste gruppe betragtedes halvdelen som helbredt.

I betragtning af tilfældenes forskellige sværhedsgrad, børnenes forskellige konstitution og psyke, længere sygdomsperioder hos nogle af dem og lignende forhold, der fremgår af journalerne, kan man ikke undre sig over, at der indenfor den begrænsede behandlingstid viser sig store variationer med hensyn til fremskridt. Det, der er af principiel interesse, er: af 51 talelidende børn har kun 3 vist sig uimodtagelige for undervisning. Journalerne over disse 3 tilfælde viser, at særlige forhold har gjort sig gældende, idet der hos den ene konstateredes organisk hjernelidelse, for den andens vedkommende blev behandlingen afbrudt af en mellemørebetændelse, der resulterede, dels i en forværring af stammesymptomerne, dels i en modvilje mod børnehaven i det hele taget, og den tredie var under sin opvækst blevet i den grad psykisk afsporet, at man efter psykiaterens erklæring „må formode, at hans lyst og mulighed for at tage fat på de talemæssige problemer først vil kunne mobiliseres efter længere tids pædagogisk behandling af hans specielle problemer".

Det foreliggende materiale viser således med al ønskelig tydelighed, at *talelidende børn i børnehavealderen er modtagelige for taleterapi*. Herfra må dog undtages de grupper af udtalefejl, der betegnes som læspen og snøvl, der synes først at være tilgængelige for behandling i en senere alder.

Det fremgår af alle tre talelærerinders journaler, at behandlingstiden på nogle enkelte undtagelser nær har været for kort. Meget tyder på, at de små talelidende børn dels skal behandles gennem temmelig lang tid, dels efter fuldført behandling bør holdes under observation. Af Københavnerbørnene overførtes 4 til fortsat behandling på statens institut for talelidende, et par af børnene fra Århus er ligeledes tilmeldt instituttet, og for enkelte Ålborgbørns vedkommende bemærkes det, at en overføring til instituttet ville have været ønskelig. Om de 4 tilfælde, der overførtes til instituttet, kan følgende bemærkes:

1. 414 år. Meget svær udtalefejl, løbsk tale, agrammatisme. God fremgang i børnehaven, stadig fortsat fremgang på instituttet, men undervisningen måtte afbrydes 17. september 1951 på grund af hjernerystelse.

2. 6 år. Udtalefejl + let stammen. Ret ringe fremgang i børnehaven. God fremgang på instituttet, hvor talen efter $2\frac{1}{2}$ måned var næsten normal.

3. 4 år. Svær udtalefejl, talen næsten uforståelig. God fremgang i børnehaven, men 1 måneds undervisning på instituttet viser, at hun ikke kan undervises under instituttets arbejdsform (jævnfør nærmere nedenfor).

4. 414 år. Svær udtalefejl. Tilfredsstillende fremgang i børnehaven. $2\ y_2$ måneds undervisning på instituttet giver yderligere en væsentlig forbedring, hvorefter videre arbejde opgives, da hun ikke længere interesserer sig for undervisningen.

Dette lille materiale viser ikke blot,, at fortsat undervisning giver fortsat fremgang, men det viser tillige betydningen af undervisningen i den specielle børnehaveform, idet de små børn har svært ved at falde til under anden arbejdsform, uagtet instituttet søgte at byde børnene så gode forhold som muligt og gav dem den samme lærerinde, som de havde haft i børnehaven. Fortsat taleundervisning i børnehaven ville i hvert tilfælde for 3. og 4. have været af langt større værdi end overflytningen til instituttet.

Vedrørende undervisningsformen er der enighed om, at det er uheldigt, at børnene går i en børnehave og får taleundervisning i en anden. Børnene bør behandles indenfor deres almindelige børnehavemilieu. Der er derimod intet i materialet, der taler for det betimelige i at samle de talelidende børn i særlige børnehaver, hvor der kun er talelidende børn, idet de talelidende børns færden mellem normalttalende børn i børnehaven ikke har budt på problemer af nogen art.

Der har været forsøgt 3 forskellige former for taleundervisning, nemlig undervisning af børnene enkeltvis i særligt lokale, undervisning i små grupper i særligt lokale og undervisning af de enkelte børn i selve

børnehavelokalet. Alt i alt synes undervisningen i små grupper i særligt lokale at byde på de største fordele rent undervisnings - mæssigt set, og man har ikke i noget tilfælde haft indtryk af, at det har generet børnene, at undervisningen er foregået i et særligt lokale. De har betragtet taleundervisningen som en kærkommen afveksling indenfor deres almindelige børnehavemilieu og ikke som nogen overflytning til andet milieu, således som det har været tilfældet med de børn, der har måttet overføres til en fremmed børnehave for at få taleundervisning.

Psykologiske, psykiatriske og pædagogiske rapporter.

Alle de i forsøgene inddragne børn har været observeret af børnehavelederne og er blevet undersøgt af psykolog eller psykiater. En sammenholden af disse medarbejderes journaler giver et indtryk af børnenes evner, adfærd og milieuforhold. Intelligenstestning af samtlige børn viser, at de ikke i intellektuel henseende afviger fra normalttalende børnehavebørn. Gennemgående synes de talelidende børn i motorisk henseende at være noget mere usikre end børn i almindelighed.

Det betones, at alle de talelidende børn også har andre vanskeligheder, der ytrer sig i form af adfærdsforstyrrelser, tilpasningsvanskeligheder, manglende koncentrations- og beskæftigelsesevne, passivitet, splittethed, frygtsomhed o. s. v. De talelidende børn kræver derved en særlig pædagogisk pleje og betyder ofte en stor belastning af børnehavens personale.

De talelidende børn har i næsten alle tilfælde været under ugunstig milieupåvirkning. Nogle af børnene er institutionsprægede og er kun under ringe indflydelse fra hjemmet, andre kommer fra hjem, hvor den naturlige ligevægt er forstyrret af økonomiske vanskeligheder eller ægteskabelige uoverensstemmelser. En stor del af børnene er der blevet pylret for meget om, og de er derved blevet gjort usikre og uselvstændige, og en del er forsømte ved, at forældrene kun er hjemme kort tid af dagen. For adskillige børns vedkommende var der desuden talelidelser i den nærmeste familie (forældre og søskende). Et varigt resultat af taleundervisningen skønnes i en del tilfælde at være afhængig af en ret-ledning af hjemmet.

Oto-laryngologisk undersøgelse.

I København er børnene blevet undersøgt af øre-, næse- og halsspecialist, der tillige har forsøgt at foretage høreprøve. Undersøgelsen viser, at påfaldende mange af de taledefekte børn har organiske lidelser i de øvre luftveje. Det viste sig således, at over halvdelen havde tegn på ørelidelse, over en trediedel havde „polyper", ca. 17 pct. kæbehulebetændelse og ca. 10 pct. dårlige mandler. I forbindelse med disse lidelser fandtes nedsat hørelse i adskillige tilfælde.

Neurologisk undersøgelse.

I København er der foretaget neurologisk undersøgelse, herunder elektroencefalografi, af 26 talelidende børn. Der fandtes i 4 tilfælde objektive tegn på organisk nervelidelse. I yderligere 6 tilfælde gav encefalogrammet udtryk for en fysiologisk umodenhed, der dog ikke giver grund til formodning om noget organisk grundlag for talelidelsen.

Det er en nærliggende tanke at forsøge i tale journalerne at finde frem **til,** hvordan det er gået de 4 med organisk nervelidelse. En, der havde udtalefejl i middelsvær grad, er udgået af forsøget på grund af åndssvaghed (I.K.72). En, lidende af stærk stammen, er som tidligere bemærket behandlet uden resultat. En med svær udtalefejl, agrammatisme og stammen og en med agrammatisme, lettere udtalefejl og tilløb til stammen behandledes begge med ret god fremgang. Der er således kun det fælles træk, at de alle, undtagen den åndssvage, stammede, og det kan konstateres, at organisk nervelidelse hos et talelidende barn vel kan, men ikke behøver at contraindicere talepædogogisk behandling og ikke nødvendigvis vil influere på en sådan behandlings resultat, omend det bringer et usikkerhedsmoment ind i prognosen.

De tilfælde, hvor encefalogrammet gav udtryk for en fysiologisk umodenhed, synes ikke behandlingsmæssigt at adskille sig fra det øvrige materiale.

Arvelighed.

Der er i København foretaget en undersøgelse af forekomsten af talelidelser i talelidende børns familie. I en gruppe på 30 talelidende børn fandtes 33 tilfælde af talelidelser i familien, 3 tilfælde af sen taleudvikling og 1 tilfælde med sen taleudvikling i „hele faderens familie". Samme undersøgelse, foretaget på en kontrolgruppe på 20 normalttalende børn, viste talelidelse i familien i 1 tilfælde. En eventuel formodning om, at talelidelsen hos børnene ikke så meget er nedarvet som efterlignet, synes at modsiges af undersøgelsen, idet den familiære talelidelse kun i 10 tilfælde var i nærmeste familie (forældre og søskende), medens den i 23 tilfælde var i fjernere familie (forældres søskende, fætre, kusiner o.s.v.). Det synes således at kunne fastslås, at anlæg for talelidelser er arveligt.

Opdeles materialet i de 3 grupper: 1) stammen, 2) stammen + udtalefejl og 3) udtalefejl, viser det sig, at der i gruppe 1) kun er familiære anlæg for stammen, i gruppe 2) anlæg for såvel stammen som udtalefejl og i gruppe 3) kun i 1 tilfælde begge anlæg, ellers kun anlæg for udtalefejl. Materialet er dog for lille til, at man i denne henseende kan drage sikre slutninger.

En undersøgelse af familiær forekomst af kejthåndethed viser, at der ikke er nogen forskel på gruppen talelidende og gruppen normalttalende børn i denne henseende.

Konklusion.

Forsøg med behandling af talelidende småbørn i børnehaver og de i forbindelse hermed foretagne undersøgelser synes, idet hensyn må tages til det begrænsede materiale, at vise følgende:

Talelidelser synes at hvile på et nedarvet anlæg.

Talelidelser medfører i en tidlig alder psykisk fejludvikling og deraf følgende adfærdsforstyrrelser, der virker forstyrrende på det talelidende barns udviklings- og sociale tilpasningsevne.

Talelidende børn synes ikke at adskille sig intellektuelt fra andre børn.

Af disse grunde bør talelidelser behandles på et så tidligt tidspunkt som muligt, d. v. s., så snart de er tilstrækkeligt klart konstaterbare og tilgængelige for behandling.

De fleste talelidelser kan med sikkerhed diagnosticeres i 4 års alderen, muligvis allerede noget før.

Talelidelserne: stammen og udtalefejl (simple som konstitutionelle, med eller uden agrammatisme) er, bortset fra udtalefejlene læspen og snøvl, tilgængelige for behandling fra samme alderstrin.

Talelidelser hos småbørn optræder i overvejende grad i forbindelse med lidelser i luftveje og hørelse.

Talelidelser hos småbørn kan optræde i forbindelse med organisk nervelidelse.

Af disse grunde bør talelidende børn så tidligt som muligt underkastes såvel neurologisk som oto-rhino-laryngologisk undersøgelse.

Talelidende småbørn kommer i overvejende grad fra et milieu, hvor der enten er blevet pylret om dem, eller de direkte er blevet forsømt eller på anden måde psykisk fejlbelastede.

Det er derfor vigtigt, at forældre med talelidende småbørn vejledes i opdragelsesspørgsmål.

Behandlingen af talelidelser hos småbørn er efter omstændighederne ret langvarig og kræver længere tids efterkontrol.

Behandlingen foretages lettest i små grupper, hvor der er mulighed for at kombinere behandlingen med leg og anden beskæftigelse.

Behandlingen bør så vidt muligt indpasses i barnets tilvante milieu på en naturlig måde.

En opøvelse af barnets motoriske sikkerhed og en udvikling af dets produktivitet og selvbeskæftigelsesevne bør være et fast led i behandlingen."

Redegørelse for efterundersøgelse af stammende patienter og patienter med stemmelidelser

behandlet på statens institut for talelidende i finansåret 1946—47.

For at kunne danne sig et skøn over holdbarheden af de ved statens institut for talelidende opnåede behandlingsresultater og for at få et indblik i, hvorledes de behandlede talelidende klarer sig i social henseende, har kommissionen fundet det hensigtsmæssigt at lade foretage efterundersøgelse af en række talelidende, der har været behandlede på instituttet.

Imidlertid må behandlingen af en del talelidelser betragtes som et led i en større udviklingssammenhæng, hvorfor man kan gå ud fra, at der for disse grupper af talelidendes vedkommende ikke kan påregnes nogen recidiveringstendens lige så lidt, som man kan tænke sig, at normale børn, der har lært at tale eller i skolen har lært at læse og skrive, igen skulle miste disse færdigheder. Ud fra sådanne betragtninger har man afstået fra at foretage efterundersøgelse af børn, der har været behandlede for udtalefejl, ganespalte, hørstumhed og læsevanskeligheder.

Den foretagne efterundersøgelse rummer således kun kategorierne *stammen* og *stemmelidelser,* og man har valgt indenfor disse kategorier at efterundersøge alle tilfælde, der har været behandlede i finansåret 1946—47, dels for at få tilfælde, der ligger langt nok tilbage i tiden **til,** at udviklingen efter behandlingens afslutning kan bedømmes, dels for ikke at gå så langt tilbage, at mulighederne for at få forbindelse med de pågældende reduceres mere end nødvendigt.

Ved denne efterundersøgelse har undersøgerne haft personlig kontakt med alle undersøgte, idet de enten har været indkaldt til instituttet, eller undersøgeren har opsøgt dem i deres hjem. For at bedømmelserne kunne blive så ensartede som muligt, har man kun benyttet to undersøgere, og disse har bestræbt sig på at benytte ensartede bedømmelsesprincipper bl. a. ved at benytte ensartede undersøgelsesskemaer. Alle bedømmelser er foretaget på grundlag af de undersøgtes udtalelser og undersøgerens iagttagelser sammenholdt med instituttets journal over de undersøgte. På grundlag heraf har undersøgeren dannet sig et skøn over tilstanden ved behandlingens begyndelse og ved dens afslutning og rubriceret behandlingsresultatet indenfor flg. rubrikker: „helbredt", „væsentlig bedret", „noget bedret", „uforandret". Tilstanden på det tidspunkt, efterundersøgelsen fandt sted, rubriceredes i relation til tilstanden ved behandlingens afslutning som: „helbredt", „bedret", „uforandret", „ringere" eller „fuldstændigt tilbagefald". Ved bedømmelsen har undersøgerne bestræbt sig på ikke at vise nogen form for optimisme for derved at sikre sig, at bedømmelsen af de enkelte resultater holder stik.

Ved indsamlingen af materialet har patienterne i København og Århus og disse byers nærmeste omegn været indkaldt til instituttet. Hvis de ikke er mødt, er der foretaget hjemmebesøg. I det øvrige land har patienterne været stillet overfor valget mellem at modtage hjemmebesøg eller at møde undersøgeren udenfor hjemmet. Kun et fåtal har ikke ønsket undersøgerens besøg i hjemmet.

Erfaringerne har vist, forekommer det os, at det navnlig for de stammendes ved-

kommende er en meget betydelig fordel at besøge patienterne i deres hjem fremfor at lade dem møde til efterundersøgelse på instituttet eller et andet sted udenfor hjemmet. For det første er patienterne mere fri og åbenhjertige i hjemmet. Den samtale, som undersøgelsen altid har været indledet med, kommer lettere i gang og lader sig bedre uddybe, når patienten så at sige er vært i sit hjem. For det andet er det af betydning, at pårørende ofte under hjemmebesøgene er tilstede ved en del af undersøgelsen. De giver nemlig ofte oplysninger af meget høj kvalitet og er gerne mere objektive i deres bedømmelse end patienten. Det er vor overbevisning, at man gennem hjemmebesøg får et både sandere og rigere billede frem af patienten og hans forhold.

Såvel indsamlingen af materialet som bearbejdelsen af dette har været delt mellem de to undersøgere: kst. forstander Egil Forchhammer og inspektør Henrik Abrahams. Forchhammer har foretaget størsteparten af undersøgelserne i København, i Nordsjælland og på Bornholm, mens Abrahams har berejst det øvrige land.

Efter at materialet var samlet, har undersøgerne i forening tilrettelagt principperne for bearbejdelsen af stoffet. Detailbearbejdelsen har været fordelt således, at Forchhammer har bearbejdet materialet vedrørende stemmelidelser og skrevet det rapportafsnit, der vedrører disse lidelser, mens Abrahams har bearbejdet materialet vedrørende stammen og skrevet rapportafsnittet herom.

Efter at materialet var fordelt mellem undersøgerne, tilkom det Abrahams at undersøge 132 patienter. Af disse har 7 ikke kunnet undersøges, idet 6 havde ophold i udlandet, 1 på Færøerne. Det tilkom Forchhammer at undersøge 137 patienter, hvoraf 17 ikke kunne undersøges på grund af ophold i udlandet.

Efterundersøgelse af stammende.

En efterundersøgelse af en gruppe behandlede stammere vil på en række punkter hvile på et skøn. Der findes ikke nogen mulighed for at måle en stammelidelses intensitet, og der gives ikke nogen størrelse, der gør det muligt at udtrykke denne intensitet i tal, således som det er muligt at måle graden af ordblindhed.

Ved bedømmelsen af behandlingsresultater er man derfor gået frem efter visse grove inddelinger, som så at sige påtvinger sig, når man bedømmer en stammers evne til at færdes i samfundet.

Disse grove inddelinger tiltrænger imidlertid en definition. Selv begrebet helbredelse er ikke entydigt og kan give anledning til forskellig opfattelse selv mellem fagfolk. Hvis en stammende gennem behandling eller spontant er kommet til den tilstand, at hans stammen ikke mere giver ydre symptomer af betydning, men kun mærkes af ham selv og eventuelt kan konstateres af en fagmand, men ikke af en læg iagttager, betragter vi ikke den pågældende som helbredt. Helbredt er kun den, der spontant eller gennem behandling er nået til den tilstand, at han hverken har subjektive eller objektive symptomer, at hans tale er symptomfri set fra enhver iagttager, og at han ikke, for at den skal være det, behøver at iagttage særlige forholdsregler.

Ved væsentlig bedring forstår vi i denne undersøgelse en bedring, som resulterer i en tilstand, hvor patienten har enten ydre eller indre symptomer på stammen eller begge dele, uden dog at tilstanden er sådan, at den betyder noget handicap skolemæssigt eller erhvervsmæssigt eller i almindelig omgang med andre mennesker.

Ved nogen bedring forstår vi en bedring, som resulterer i en tilstand, hvor en oprindeligt stammende ikke har så stærke eller så hyppige symptomer, som han havde, inden behandling eller inden spontan bedring, men hvor der ikke som følge af den skete bedring i tilstanden kan siges at være opnået nogen væsentlig ændring i patientens muligheder for skolemæssig eller erhvervsmæssig udfoldelse.

Ved fuldt recidiv forstår vi en forværring i tilstanden, der er så betydelig, at der ikke for patienten skønnes at være nogen forskel mellem tilstanden før behandlingen og den dag, da efterundersøgelsen blev foretaget.

Ved delvis recidiv forstår vi en forværring af tilstanden, således at talen ved efterundersøgelsen er ringere end ved be-

handlingens ophør, men bedre end før behandlingen begyndte.

Disse sidste distinktioner beror i meget væsentlig grad på patientens skøn, idet kun han kan foretage den sammenligning mellem de to tilstande, klassifikationen bygger på.

Den inddeling i helbredte, væsentlig bedre og noget bedre, der har været grundlæggende for bedømmelsen af den øjeblikkelige virkning af instituttets undervisning, har det ikke været muligt at foretage med hensyn til den bedring, der er sket mellem behandlingens ophør og efterundersøgelsen. Undersøgerne har måttet indskrænke sig til at inddele i grupperne „helbredt", „bedret". Distinktionen mellem væsentlig bedring og nogen bedring falder således bort. En sådan distinktion ville i det væsentlige hvile på patientens skøn, hvorved ensartetheden i bedømmelsen ville bortfalde, og desuden egner instituttets journalmateriale sig ikke til at danne udgangspunkt for en sådan sammenligning.

Der er ikke nogen større forskel på de to undersøgeres tal. Billedet tegner sig måske hos Abrahams en nuance mørkere end hos Forchhammer, men denne forskel er i betragtning af talstørrelserne ikke noget, der påkalder opmærksomheden, og afgjort ikke noget, der tiltrænger fortolkning. Der skal i denne forbindelse dog gøres opmærksom på, at der mellem de to grupper er 1° den forskel, at Forchhammer i det store og hele har undersøgt elever, der har været behandlet som eksterne og derfor ved eneundervisning, mens Abrahams niest har undersøgt interne, som har fået klasseundervisning, og 2° den forskel, at Forchhammer væsentlig har undersøgt elever i København, altså sådanne, der ikke har måttet overvinde større vanskeligheder for at komme til behandling, mens Abrahams mest har undersøgt elever udenfor København, som alle har måttet overvinde praktiske vanskeligheder for at få behandlingen gennemført. Man kan formentlig deraf slutte, at der i Københavner-materialet har været et større antal lettere tilfælde end i provinsmaterialet.

Der kan således ikke være noget til hinder for at behandle de to undersøgeres tal under eet. Man opnår herved at komme op på talstørrelser, der er statistisk holdbare forsåvidt angår de grovere inddelinger, mens man for de finere inddelinger næppe kan lægge mere i tallene, end at de kan betragtes som retningsvisere.

Vi søger besvarelse af to spørgsmål:

1° Hvordan har undervisningen virket den dag, patienten blev udskrevet fra instituttet?

2° Hvilke ændringer har talen undergået mellem udskrivelsesdagen og efterundersøgelsesdagen?

Vi søger det første spørgsmål besvaret først og separat:

For at undersøge, om der er nogen divergens mellem de to undersøgeres tal, har vi opstillet disse hver for sig for derefter at slå dem sammen.

lait undersøgte stammere:

	Forch-hammer	Abra-hams	j „
Antal undersøgte	60	84	144
Ved behandlingen:			
Helbredt	8	9	17
Væsentlig bedre	30	41	71
Noget bedre	15	29	44
Uforandret	7	5	12

Når man betragter behandlingsresultatet, som det bedømmes af læreren ved udskrivelsen og af patienten selv ved efterundersøgelsen, vil man se, at et overvældende antal af patienterne indgår i grupperne „væsentlig bedre" og „noget bedre", mens kategorierne „helbredt" og „uforandret" udviser meget små tal. 49 pct. falder på gruppen „væsentlig bedre", 31 pct. på gruppen „noget bedre". 12 pct. betegnes som helbredt, medens 8 pct. ikke har opnået noget resultat af behandlingen.

Opgørelsen af disse resultater af efterundersøgelsen hviler på en sammenligning mellem taleresultatet, som det forelå ved patientens udskrivelse fra instituttet og talens kvalitet ved efterundersøgelsen. I begge tilfælde har undersøgelserne støttet sig til en dobbelt bedømmelse. Talen ved udskrivelsen er beskrevet i instituttets journal, og man har ved efterundersøgelsen anmodet patienten om selv at meddele sit indtryk af taleresultatet ved undervisningens ophør. Disse to bedømmelser, talepædagogens og patientens egen, divergerer i et betragteligt antal tilfælde, nemlig 22, altså hos 15 pct. af samtlige undersøgte stammere. Nu angi-

ves det i adskillige journaler ikke udtrykkeligt, hvordan patienten talte udenfor timerne ved undervisningens ophør, og det må da betragtes som sandsynligt, at talepædagogen ikke har kunnet skaffe sig oplysninger om talens kvalitet udenfor instituttet, og denne omstændighed betegner allerede en sandsynlig fejlkilde. Dertil kommer, at patientens bedømmelse af talen ved udskrivningen hviler på hukommelsen, således at man må forudsætte, at forholdene kan have forskudt sig i erindringen gennem de 5 år, der er hengået. Det må imidlertid betragtes som væsentligt, at divergensen i 19 af de 22 tilfælde er karakteriseret ved, at talepædagogen anser taleresultatet for bedre end patienten. Da divergenserne i denne retning ikke indskrænker sig til at forefindes i tilfælde, hvor patienterne har recidiveret og derfor har en vis interesse i at tegne et mørkt billede af behandlingens resultat, men også i adskillige tilfælde, hvor resultatet efter behandlingen er bedret, må man formentlig heraf slutte, at talepædagogerne •— selv i betragtning af ovennævnte forhold •— er tilbøjelige til at bedømme taleresultaterne for optimistisk.

Det har været undersøgt, om disse divergenser i bedømmelsen falder på enkelte talepædagoger, som har særlige svagheder i bedømmelsen. Tallene er for små til at sige noget sikkert herom. De fleste af de behandlende pædagoger er kun repræsenteret i materialet med 1—10 tilfælde og kun to med over 20. De divergerende bedømmelser optræder hos næsten alle pædagogerne. Det er i betragtning af talstørrelserne ikke muligt at udpege særligt optimistiske bedømmere. Den omstændighed, at en af de talepædagoger, der har haft det største antal behandlede tilfælde, nemlig 21, kun i et tilfælde afviger i sin bedømmelse fra patientens, tyder dog på, at en præcis bedømmelse er mulig.

Medvirkende til den omtalte divergens mellem de forskellige bedømmelser af taleresultater kan også være usikkerheden i definitionen af begrebet „helbredt". Ved fuld helbredelse forstår undersøgerne, som det indledningsvis er sagt, at der aldrig forekommer krampagtig tale, og at den for lidelsen helbredte person ikke har nødig under talen at iagttage særlige forholdsregler for at undgå stammen. En sådan form for helbredelse er sikkert meget sjælden, og der er derfor ingen grund til at undre sig over det her fremkomne resultat.

Bedømmelsen af talens tilstand ved efterundersøgelsen beror ligeledes på en sammenligning mellem patientens eget udsagn og undersøgerens. Det væsentlige må her altid bero på patientens skøn, da der kræves en meget lang observationstid, for at man kan foretage en sikker og detaljeret bedømmelse af en stammer, en observationsform, som det ikke har været rimeligt at tilsigte ved nærværende undersøgelse.

Vurderingen af taleresultatet ved udskrivelsen har været meget vanskelig for undersøgerne at foretage i de tilfælde, hvor patientens eget udsagn og talepædagogens journal ikke har været i overensstemmelse. Det har været nødvendigt at skære igennem ved at foretage et skøn over, hvad der var sandsynligt. Undertiden har det været muligt at dementere den ene af parternes udsagn gennem foreliggende realiteter, breve, refererende udsagn m. v. Man har dog valgt at lægge den mest pessimistiske bedømmelse til grund i tilfælde, hvor det var vanskeligt at skønne på grundlag af sikre kriterier, og dette kan naturligvis have været medvirkende til — omend i meget ubetydelig grad — at accentuere det billede, der viser, at et så ringe antal som 12 pct. ansås for at være eller anså sig for at være helbredt den dag, da taleundervisningen ophørte.

Det er en kendsgerning, at behandlede stammere i ret stort tal recidiverer, hvilket blandt andet kan ses af, at instituttets stammende patienter oftere kommer til fornyet behandling end andre kategorier af talelidende. Man har imidlertid ikke hidtil haft holdepunkter for bedømmelsen af, i hvor stort et antal tilfælde disse recidiver finder sted, og når de finder sted.

Også her anbringer vi de to undersøgeres tal først hver for sig for derefter at slå dem sammen. Man kan her mere end andetsteds gøre den iagttagelse, som vi indledningsvis har påpeget, at Forchhammers tal tegner sig noget lysere end Abrahams' og vi vil blot henvise til, hvad der ovenfor er sagt om forskellighederne i de to grupper af materialet.

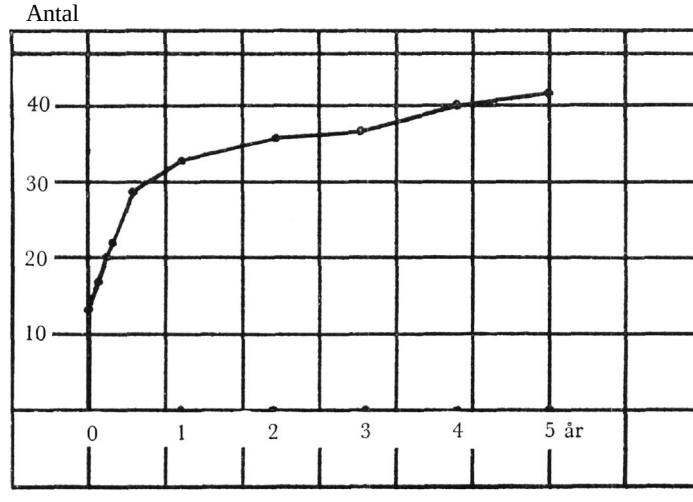
	Forch-hammer	Abra-hams	lait
Delvis recidiv:			
Helbredte	4	6	10
Væsentlig bedrede	4	12	16
Noget bedrede	0	4	4
	8	22	30
Fuldt recidiv:			
Helbredte	1	2	3
Væsentlig bedrede	1	3	4
Noget bedrede	1	4	5
	3	9	12
	11	31	42

Den lier foranstaltede undersøgelse viser, at fuldt recidiv, altså et tilbagefald til tilstanden før behandlingen, finder sted i 8 pct. af tilfældene, og at delvis recidiv finder sted i 21 pct. af tilfældene. lait 29 pct. af behandlede stammere recidiverer således mere eller mindre. Journalmaterialet egner sig ikke til sikre oplysninger om, hvilke kategorier af behandlede stammere der recidiverer.

Derimod er det meget oplysende at undersøge, når recidivet finder sted. Til denne undersøgelse har vi foruden de recidiverede tilfælde, der nævnes i skemaet ovenfor, også medtaget 2 patienter, som er recidiveret, men som senere har overvundet virkningerne af recidivet. Antallet af recidiverede patienter, der kommer i betragtning, er således 44.

Det har været vanskeligt at bestemme, på hvilket tidspunkt recidivet er begyndt. Her hviler undersøgelsen udelukkende på patientens udsagn. Patienterne har i reglen kunnet angive, at recidivet er begyndt eet, to eller flere år efter behandlingens ophør. Dette gælder dog ikke for de personer, der er recidiveret indenfor det første år efter udskrivelsen fra instituttet. De har ofte kunnet præstere større nøjagtighed. De har nemlig en mere mærkbar relation mellem de to begivenheder, udskrivelsen og recidivets begyndelse, og de har ofte været i stand til at angive, om recidivet er sket straks efter, et par uger eller måneder efter eller et halvt til et helt år efter udskrivelsen.

Af disse er 22 recidiveret i løbet af de første 5 måneder efter behandlingens ophør, 7 recidiverede efter ½ års forløb, 4 efter eet år, 3 efter to år, 1 efter tre år, 3 efter fire år, 2 efter fem år, 2 erindrer ikke, hvornår recidivet satte ind. Som det fremgår af hosstående kurve, finder recidiv sted efter meget kort tids forløb, alleroftest inden der er gået y_2 år efter behandlingen. Selv om ikke et ringe antal recidiverer efter et halvt til et år efter behandlingen, må man dog — efter det ved efterundersøgelsen fundne —• betragte det første halve år efter behandlingens ophør som i særlig grad kritisk.



Kurven angiver recidivforløbet. Abscissen er tidsakse, ordinaten angiver antallet af de til enhver tid recidiverede tilfælde. Man ser, at kurven først stiger meget stejlt svarende til det store antal recidiverede tilfælde straks efter behandlingens afslutning, hvorefter den afflades, efterhånden som et stadig ringere antal nye tilfælde recidiverer.

Det er påfaldende, at et overvejende antal recidiver falder på patienter, der var internerede på instituttet i behandlingstiden. Ikke mindre end 21 tilfælde af de 42 recidiverede er interne patienter, altså nøjagtig halvdelen. Dette er bemærkelsesværdigt, fordi de interne patienter kun udgør 50 af de 144 undersøgte. Det totale antal af interne patienter udgør altså kun lidt over en trediedel af det samlede antal patienter.

Forklaringen på dette foruroligende forhold kan formentlig sammenfattes i tre punkter. For det første må man, som det tidligere er nævnt, regne med, at et større antal lettere tilfælde indgår i gruppen externe elever end i gruppen interne elever, fordi en så indgribende foranstaltning som en midlertidig fjernelse fra hjem og skole eller erhverv må forudsætte tilstedeværelsen af en virkelig alvorlig gene hos patienten, hvorimod en mindre alvorlig lidelse er grund nok til at søge undervisning som extern, en undervisning, som ikke behøver at gribe ind i skole eller erhverv. For det andet er det af betydning, at eleven bliver i sit milieu, mens undervisningen finder sted, fordi der bl. a. gennem milieuinstruktion kan øves stadig kontrol med undervisningens virkning i de situationer, som er af betydning for elevens fremtidige liv. For det tredie består der ikke den fare for recidiv for de externe, som ligger i, at eleven skifter milieu samtidig med undervisningens ophør, netop på det kritiske tidspunkt, hvor der er allermest fare for recidiv.

For at undersøge, hvorfor der så ofte finder recidiv sted efter en stammebehandling, har man forsøgt at udspørge patienterne om deres syn på dette forhold. I halvdelen af tilfældene gav patienterne op over for spørgsmålet, medens de i den anden halvdel af tilfældene kom med mere eller mindre hypotetiske forklaringer, hvoraf en del forekommer ret sandsynlige, i hvert fald hvis man betragter dem som medvirkende årsager.

4 angiver som sandsynlig årsag nervøsitet, en enkelt nervøsitet i forbindelse med en mave-tarmlidelse. Alle de øvrige patienter, der har nogen forklaring på recidivet parat, angiver forhold, der hidrører fra milieuet. I 10 tilfælde nævnes forhold, der står i forbindelse med skolegang, eksamen, dårligt standpunkt, frygt for en autoritær lærer eller for et enkelt fag, i 4 tilfælde nævnes erhvervsmæssige forhold, travlhed, frygt for en arbejdsgiver, i 2 tilfælde angives vanskeligheden ved at skifte sprogligt milieu ved hjemkomsten fra instituttets rigssprogprægede milieu til hjemmets dialektprægede. I andre tilfælde nævnes særlige forhold til ægtefælle eller kammerater og andre milieubetingede faktorer.

Det ville være fristende at undersøge, om man på grundlag af dette materiale var i stand til at bedømme, hvilken undervisningsmetode der kan betragtes som den virksomste overfor stammere. En sådan undersøgelse måtte — for at operere med forhold, der er sikkert sammenlignelige — gå ud på at opgøre de enkelte læreres resultater. Imidlertid fremviser ingen enkelt lærer et så stort antal behandlede patienter, at det lader sig statistisk behandle. Ingen enkelt lærer har behandlet flere end 29 tilfælde, og de fleste af de behandlende talepædagoger findes i materialet kun repræsenteret med meget små tal, gennemsnitlig med 10 behandlede tilfælde. Man har derfor måttet afstå fra en sådan undersøgelse.

Studiet af recidivisternes forhold henviser således til særlig hensyntagen til patienternes forhold ved hjemkomsten. Dette, at der recidiveres så stærkt i den første tid, henviser til, at man fremtidig fra instituttets side i højere grad end nu tilrettelægger de interne elevers forhold, når de vender tilbage til milieuet, at man højst et halvt år efter hjemkomsten ved en efterundersøgelse sikrer sig, at der ikke er ved at opstå recidiv, og i de tilfælde, hvor der viser sig fare herfor, sørger for, at patienten kommer til en kortvarig behandling til stabilisering af det indvundne resultat. Der kan eventuelt også i mindre graverende tilfælde være tale om at foretage en vejledning af pati-

enten og milieuet i tilknytning til efterundersøgelsen.

I modsætning til recidivisterne står den gruppe af stammende, hvis tilstand har undergået en bedring i den tid, der er forløbet mellem undervisningens afslutning og efterundersøgelsen.

Man har altid vidst, at der for stammere, når de er nået en vis alder, oftest indtræder en bedring i tilstanden. Dette synes også at være tilfældet med behandlede stammende. 0g antallet af sådanne tilfælde er endda overraskende stort.

3 er blevet helt helbredte, 58 har opnået en større eller mindre bedring af tilstanden. lait 42 pct. af det samlede materiale indgår i disse to kategorier. Tallene for de to undersøgeres materiale fremgår af nedenstående skema:

Efter behandlingen:

	Forch-hammer	Abra-hams	j „
Helbredelse:			
Væsentlig bedrede	2	0	2
Noget bedrede.	0	0	0
Ikke bedrede.	1	0	1
			3
Yderligere bedring:			
Væsentlig bedrede	9	17	26
Noget bedrede.	12	16	28
Ikke bedrede.	3	1	4
			58

Det er påfaldende, når man, som det er gjort på skemaet, fordeler tilfældene af yderligere bedring på de tre kategorier af patienter klassificeret efter den virkning, instituttets behandling har haft på dem, at gruppen „noget bedre" forholdsvis fremviser et betydeligt større antal end gruppen „væsentlig bedre". Grunden hertil må måske søges i den omstændighed, at de, der har opnået et godt resultat af instituttets undervisning, har mindre chancer for yderligere at opnå spontan bedring, end de, hvis lidelse var mindre påvirkelig på det tidspunkt, da de fik undervisning.

Resultatet af den her foretagne efterundersøgelse af en årgang behandlede stammende, hos hvem behandlingens effekt på længere sigt kan eftervises, synes således at kunne samles i følgende punkter:

1° Meget få behandlede stammere kommer sig helt.

2° Den meget store majoritet opnår en betydelig bedring.

3° Resultaterne er ikke holdbare i 29 pct. af tilfældene.

4° Recidiverne sker indenfor det første halve år efter behandlingens ophør, og grunden til dem er overvejende af social karakter.

5° De interne elever recidiverer i større tal end de externe.

6° Spontan bedring efter behandlingen sker i 42 pct. af tilfældene.

Det anbefales kommissionen at foreslå regelmæssige efterundersøgelser iværksat som et værn mod recidiv umiddelbart efter behandlingens ophør. Efterundersøgelserne bør formentlig finde sted ca. et halvt år efter udskrivelsen fra instituttet. En sådan efterundersøgelse vil, når tilstrækkeligt materiale er indsamlet, være af betydelig værdi for forskningen af de forskelligartede behandlingsmåders effekt og af spørgsmålet om de forskellige kategorier af stammendes helbredelsesprocent.

Det anbefales endelig kommissionen at søge tilvejebragt sådanne forhold, at det størst mulige antal stammende kan få forsvarlig behandling uden at forlade deres milieu, da milieuskifte umiddelbart efter behandlingens ophør synes at være en alvorlig fare for en stammebehandlings holdbarhed.

Efterundersøgelse af stemmelidende.

Undersøgelsen omfattede 104 tilfælde af stemmelidende. Af det udtagne materiale kunne 8 tilfælde ikke efterundersøges på grund af flytning til udlandet el. lign. Den egentlige undersøgelse har således omfattet ialt 96 tilfælde, heraf 52 kvindelige og 44 mandlige. Bortset fra enkelte undtagelser drejede det sig om voksne mennesker.

Da betegnelsen „stemmelidelser" dækker en række forskellige lidelser, kan hele gruppen ikke behandles under eet. Den egentlige hovedgruppe, der omfatter de funktionelle strubepareser og fonastenier, udgjorde ialt 83 tilfælde. De resterende 13 tilfælde fordeler sig således:

Stemmelidelse	Kvinder	Mænd	lait
Recurrensparese	4	4	8
Mutationsfistel	0	3	3
Lommelæbestemme	1	0	1
Spastisk afoni	1	0	1
lait	6	7	13

Gruppen „recurrensparese" repræsenterer indenfor materialet de eneste tilfælde, hvor stemmelidelsen er organisk betinget, idet den beror på en organisk beskadigelse af stemmelæbens bevægenerve og deraf følgende lammelse af den ene stemmelæbe. Af de 8, som denne gruppe indeholder, opnåede de 6 en væsentlig bedring (tilnærmelsesvis eller helt normal talestemme) ved behandlingen, og i 5 af disse tilfælde var der efter behandlingens ophør sket yderligere bedring, medens det sjette tilfælde var forblevet uforandret. De 2 tilfælde opnåede ved behandlingen nogen bedring, der i det ene tilfælde var yderligere bedret, i det andet bevaret uforandret efter behandlingens afslutning.

Selv om der næppe kan bygges på dette lille materiale, kan man dog måske tage det som et udtryk for, at de ved talepædagogisk behandling af recurrensparese opnåede resultater er af ret stabil natur, endda måske med stadig bedringstendens. Det kan anføres, at en af de i denne gruppe undersøgte til trods for, at den ene stemmelæbe stadig var lammet, ikke blot passede sin gerning som landsbylærer uden besvær, men tilmed var begyndt at virke som kirkesanger.

Af de 3 tilfælde af mutationsfistel opnåede 1 helbredelse ved behandlingen med varigt resultat. De to andre opnåede nogen bedring ved behandlingen. Den ene var siden behandlingens afslutning yderligere bedret, den anden totalt recidiveret.

Det eneste tilfælde af lommelæbestemme opnåede væsentlig bedring ved behandlingen og yderligere bedring efter, medens det ene tilfælde af spastisk afoni var upåvirket af behandlingen, men senere væsentlig bedret, efter eget sigende „fordi hun var blevet bedstemor", hvilket i betragtning af denne lidelses psykogene natur virker troværdigt. Materialet indenfor de sidstnævnte 3 grupper må betegnes som alt for lille til at kunne danne grundlag for generelle slutninger.

Ved udskillelsen af de ovennævnte 4 grupper er materialet indenfor den store hovedgruppe blevet mere ensartet, omend det på mange måder må betegnes som meget inhomogent. Gruppen rummer alle tilfælde af funktionelle strubepareser og fonasteni i alle sværhedsgrader. Resultaterne kan for denne gruppes vedkommende opstilles i følgende skema:

Ved behandlingens afslutning:	Ialt	Heraf var ved efterundersøgelsen: Helbredt	Bedret	Uforandret	Ringere	Tilbageg.
Helbredt	19	0	0	10	8	1
Væsentlig bedret	43	5	15	11	9	3
Noget bedret	17	0	8	6	1	2
Uforandret	4	0	1	2	1	0
Ialt	83	5	24	29	19	6

Opdeler vi yderligere dette materiale i to grupper, nemlig en gruppe indeholdende de tilfælde, hvor der ikke i tilknytning til den uhensigtsmæssige stemmebehandling knytter sig subjektivt ubehag, og en indeholdende de tilfælde, hvor en subjektiv træthedsfornemmelse eller smertefornemmelse ved stemmebrugen (fonasteni) gør sig gældende, fordeler materialet sig således:

Gruppe 1

intet subjektivt ubehag (18 tilf., heraf 10 kvindel. og 8 mandl.)

Ved behandlingens afslutning:	Ialt	Heraf var ved efterundersøgelsen: Helbredt	Bedret	Uforandr.	Ringere	Tilbageg.
Helbredt	3	0	0	2	1	0
Væsentlig bedret	6	2	2	1	1	0
Noget bedre	5	0	1	4	0	0
Uforandret	4	0	1	2	1	0
Ialt	18	2	4	9	3	0

Gruppe 2

subjektivt ubehag (65 tilf., heraf 36 kvindel., og 29 mandl.)

Ved behandlingens afslutning:	Ialt	Heraf var ved efterundersøgelsen: Helbredt	Bedret	Uforandr.	Ringere	Tilbageg.
Helbredt	16	0	0	8	7	1
Væsentlig bedret	37	3	13	10	8	3
Noget bedret	12	0	7	2	1	2
Uforandret	0	0	0	0	0	0
Ialt	65	3	20	20	16	6

Af gruppe 1 ser vi, at der af 18 tilfælde er 4, der har været upåvirkede af behandlingen. Af disse 4 har de 3 afbrudt behandlingen efter kort tids undervisning, heraf var den ene et 6 års barn, der ikke var behandlingsmodent. Den 4. havde generelt svag stemme, der ikke har ladet sig styrke, men som siden har bedret sig noget. Af de resterende 14 tilfælde er 2 blevet ringere efter behandlingens afslutning, dog uden totalt recidiv. Det skal betones, at det i begge tilfælde drejer sig om små forringelser, og at begge (den ene er præst) klarer sig godt socialt.

I gruppe 2 finder vi, at alle 65 tilfælde har været påvirkelige af undervisningen. Efter behandlingens ophør er 6 fuldstændig recidiveret, medens 16 er blevet ringere. Det vil være af værdi at danne sig et billede af årsagerne til tilbagegangen for disse tilfældes vedkommende. Af de 6, der var totalt recidiverede, angiver 2, at det skyldes generelt svigtende helbred, medens 1 i journalen karakteriseres som „neurastenisk hypochonder", 2 har organiske abnormiteter i struben (fortykkede, ujævne, katarrhalske stemmelæber), medens den 6. har en konstitutionelt svag stemme, der udsættes for dagligt misbrug (fritidshjemslærerinde). Af de 16, der er blevet noget ringere efter behandlingens afslutning, angiver 2 som årsag, at behandlingen måtte afbrydes for tidligt, 5 angiver generel træthed, nervøsitet, private bekymringer o. lign., 4 mærker kun vanskeligheder ved særligt krævende stemmearbejde (gymnastikundervisning, sang o. lign.), men klarer sig ellers godt, 1 har kronisk katarrh, og 4 synes, stemmen er blevet lidt ringere, uden at de kan angive nogen årsag, men de hævder alle at klare sig godt.

Betragter vi påny gruppe 1 og 2 samlet, kan flg. skema opstilles for de forringede tilfælde:

Årsagerne til forringelsen	Antal
For tidligt afbrudt behandling	3
Generel sygdom el. svaghed, nervøsitet, depression o. lign.	8
Lokale lidelser eller abnormiteter i struben	3
Kvantitativt misbrug (og kun gener derved)	5
Usikker (klarer sig godt)	6
Ialt	25

For de to nederste gruppers vedkommende (11 tilf.) gælder det, at de, omend de har lejlighedsvise vanskeligheder, socialt set klarer sig godt i stemmekrævende arbejde. For de øvrige gruppers vedkommende (14 tilf.) må de angivne årsager til tilbagegangen betragtes som fyldestgørende. Generelt kan man uddrage den konsekvens, at udsigterne for en væsentlig og varig bedring ved talepædagogisk behandling af funktionelle stemmelidelser nedsættes, hvis der foreligger universelle svaghedstilstande af fysisk eller psykisk art eller lokale organiske lidelser i struben. Det kunne synes karakteristisk, at tilbagegang i tilstanden af disse årsager kun er fundet i den egentlig fonasteniske gruppe, hvor det subjektive ubehag ved stemmebrugen har været afgørende for, at de pågældende har søgt behandling.

II. Abrahams. E. Forchhammer.

Redegørelse for en undersøgelse af læsesvage børn i folkeskolen i København.

Efter indstilling fra kommissionen har socialministeriet og Københavns skoledirektion i forening stillet midler til rådighed **til** foretagelse af en undersøgelse vedrørende børn med læsevanskeligheder i folkeskolen i København. Det blev overdraget skoleinspektør Mogens Ellehammer, seminarielærer, cand. psych. Carl Aage Larsen og statistisk konsulent, dr. phil. G. Rasch at foreståundersøgelsen, for hvilken kommissionen har modtaget en redegørelse bestående af 33 sider rapport (afsnit A) og 147 sider dokumentarisk del (afsnit B) samt et meget stort antal figurer og tabeller.

Fra rapporten skal anføres følgende:

Ved læsesvage børn forstår undersøgerne normalt begavede børn, der har særligstore vanskeligheder ved at lære at læse og skrive dansk med de undervisningsmidler, som er tilstrækkelige for de allerfleste normalt begavede. Rapporten indleder med at omtale, at de første 2 læseklasser i København blev oprettet i 1935, og at der nu 1 København er 146 læseklasser med ca. 2 500 børn, svarende til 3,4 pct. af de undervisningspligtige. Hvert år udskrives en del af børnene fra læseklasse til normalklasse. Med hensyn til anbringelse i læseklasse sker dette almindeligst efter 2 års skolegang i normalklasse. Optagelse i læseklasse forudsætter, at forældre eller lærere giver indstilling herom til skolepsykologisk kontor, der efter en foretagen intelligensprøve og en læseprøve med standardiseret tekst træfrer bestemmelse om anbringelsen.

Kun de allersværeste læsedefekter behandles i særklasser, hvor man har gjort den erfaring, at stort set alle læseklassebørnene har et godt udbytte af læseklasseundervisningen.

Det var opgaven at belyse følgende spørgsmål:

1) om de børn, der går i læseklasse, virkelig gør særlige fremskridt med hensyn til læsning og stavning,
2) om den i læseklassen opnåede læse- og stavefærdighed eventuelt forringes efter udgangen af skolen,
3) om de har kunnet klare sig i erhvervslivet, og om læsevanskelighederne har været en hindring ved erhvervsuddannelsen.

Til klaring af disse spørgsmål har man undersøgt to grupper af læsesvage, nemlig børn født 1. august 1937—31. juli 1938, som går eller har gået i læseklasse (spm. 1) og voksne født 1930, som tidligere har gået i læseklasse (spm. 2 og 3).

Ad spm. 1.

For at vurdere udbyttet af læseklasseundervisningen har man benyttet det *forhåndenværende skriftlige materiale* på skolepsykologisk kontor (barnets skolegangsforhold, intelligenskvotient, præstationer ved forskellige læseundersøgelser, specielt præstationer ved indgang og ved udgang af læseklasse).

Derudover har det været nødvendigt at indsamle *materiale fra normalklasserne* for at få et indtryk af de forskellige klassetrins normalpræstationer, og man har derved kunnet vurdere de læsesvages præstationer i forhold hertil. Normalklasseundersøgelsen har omfattet 4 børn på hvert klassetrin fra 2. grundklasse til 2. fri mellem på ialt 24 forskellige skoler, således at ialt 96

normalklassebørn på hvert klassetrin er prøvet. Der er benyttet 5 læseprøver af forskellig sværhedsgrad for at konstatere læsehastigheden og antal læsefejl. Der er endvidere benyttet to mundtlige staveprøver af forskellig sværhedsgrad.

Gennem en omfattende statistisk bearbejdelse af det indkomne materiale er man nået til en eksakt bestemmelse af de anvendte prøvers indbyrdes sværhedsgrad samt til en fastsættelse af præstationsniveauernes ændring fra klassetrin til klassetrin indenfor normalskolen. Herved kan en bestemt elevs standpunkt karakteriseres i forhold til et bestemt klassetrin i normalskolen, uanset hvilke læse- og staveprøver eleven er undersøgt med. Der er udarbejdet tabeller til dette formål, der kan benyttes ved vurderingen af læseklasseelevens standpunkt ved indgang og ved udgang af læseklasse, således at læseklasseelevens absolutte fremgang under opholdet i læseklasserne umiddelbart kan sammenlignes. Også elevens relative fremgang, d. v. s. fremgang i forhold til den niveauændring, der finder sted fra klassetrin til klassetrin indenfor normalskolen, kan bestemmes på grundlag af det indsamlede materiale.

Den undersøgte årgang *læseklasseelever* er som nævnt børn af årgang 1937—38. Årgangen omfatter ialt 434 børn, heraf 70 pct. drenge og 30 pct. piger. Af de 434 børn vendte 230 tilbage til normalskolen, og 204 er forblevet i læseklasserne, d. v. s. 53 pct. vender tilbage til normalklasse (drenge 50 pct., piger 61 pct.).

Standpunktet ved indgang til læseklasse og ved udgangen.

Absolutte fremskridt. Ved indgangen til læseklasse er standpunktet yderst ringe, og de, der indgår i 3. læseklasse, kan praktisk talt slet ikke læse, men kun langsomt og usikkert stave sig igennem en let tekst. Elever, der er forblevet i læseklasserne til skolegangens ophør, placerer sig ved ophøret på et stadium mellem 3. og 4. klassetrin i normalskolen, d. v. s. at de uden større besvær kan læse almindeligt forekommende læsestof (ugeblade, aviser etc.). Ca. 10 pct. når dog kun til 2. normalklassetrins gennemsnit, d. v. s. de læser meget ringe, men kan dog læse. Ved bedømmelsen af resultatet må det erindres, at de læseklasseelever, der opnår god læsefærdighed i læseklasserne, vender tilbage til normalskolen, de foran nævnte 53 pct.

Elever, der føres tilbage til normalskolen, placerer sig stort set lidt under gennemsnittet på det klassetrin, de føres tilbage til, og *fortsætter deres fremskridt i normalskolen.*

Det absolutte fremskridt i henseende til stavning er gennemgående noget ringere.

Relative fremskridt. Herved forstås fremgang udover de fremskridt, normalklasseeleverne gør ved at passere de samme klassetrin, og fremskridtet måles ved at sætte den enkelte læseklasseelevs standpunkt såvel ved indgangen som ved udgangen af læseklasse i relation til normalklassegennemsnittet på de samme alderstrin.

Elever, der forbliver i læseklasse, har et massivt relativt fremskridt for gruppen som helhed med hensyn til *læsehastighed.* Kun 3—4 elever er faldet tilbage relativt set (har altså gjort mindre fremskridt end normalklasseeleverne i samme periode), og ca. 20 har netop holdt stillingen relativt set.

Med hensyn til *læsesikkerheden* er billedet stort set det samme, altså en markant relativ fremgang for gruppen som helhed. Der er dog lidt flere, der synes at være gået noget tilbage relativt set, og knapt så mange, der er kommet helt på niveau med det gennemsnitlige for deres klassetrin. Det nævnes i denne forbindelse, at man også på andre punkter har konstateret, at de læsesvage har vanskeligere ved at rette læsesikkerheden op end læsehastigheden.

Med hensyn til *stavefærdigheden* gør der sig også en relativ fremgang gældende for gruppen som helhed, men ikke slet så udpræget, og der er flere, der opviser relativ tilbagegang.

De læseklasseelever, der er ført tilbage til normalskolen, har haft en relativ fremgang, der har været endnu mere påfaldende både med hensyn til læsehastighed og læsesikkerhed. Efter tilbagevenden til normalskolen sker der kun yderligere relativ fremgang med hensyn til læsehastigheden. Positionen for læsesikkerheden holdes lige akkurat.

I rapporten peges der endvidere på, at det foreliggende materiale giver grundlag for at formode, at det ud fra en læseklasseelevs

intelligenskvotient i forbindelse med læse- og stavestandpunktet ved indgang til læseklasse er muligt at bedømme udsigterne for nans tilbagevenden til normalskolen.

Ad spm. 2 og 3.

Efterundersøgelsen giver bidrag til klaring af de ovennævnte spørgsmål 2 og 3.

Undersøgelsen angår læsesvage af årgang 1930 og er foretaget på den måde, at de pågældende i almindelighed er blevet opsøgt på deres bopæl. I nogle tilfælde er undersøgelsen dog foregået på skolepsykologisk kontor. Ved undersøgelsen optog man dels et interview med de undersøgte, dels foretog man en prøve i højtlæsning og udenadsstavning. Prøverne er foretaget med bistand af nogle særligt udpegede seminarieelever.

Årgangen omfatter ialt 126 læsesvage (84 mænd og 42 kvinder), men det er kun lykkedes at komme i kontakt med 72 af årgangen. De 54, der ikke er blevet interviewet, omfatter 41 mænd og 13 kvinder, og den altovervejende del af de pågældende er undsluppet på grund af værnepligt, fraflytning o. lign., altså af grunde, som næppe har noget med deres læsesvaghed at gøre. Undersøgerne tager dog forbehold med hensyn til 9 personer, der enten ikke har overholdt aftale om at møde (2), er på opdragelseshjem (1), nægter (1), ikke fundet i folkeregistret (4) og i fængsel (1).

En sammenligning af de ikke interviewede med de interviewede med hensyn til forældres erhverv og eget erhverv opviser ingen forskel. Læsestandpunktet ved de ikke interviewedes udgang af læseklasse peger i retning af, at det er de bedste læsere, der ikke er blevet efterundersøgt. Alt i alt antages de 72 interviewede at være et tilfældigt og repræsentativt udsnit af læseklasseeleverne af årgang 1930.

De undersøgtes erhvervsmæssige og sociale forhold.

3 pot. stammer fra „højere samfundslag", 30 pct. fra hjem, hvor faderen er ufaglært arbejder, (det anføres dog i rapporten, at tallene er for små til, at man kan slutte noget af de pågældende oplysninger). Boligmæssigt stammer mange fra hjem, der er ringe stillet. Boligstandarden for de efterundersøgte er ikke ringere end forældrenes og på linie med forholdene i København som helhed. De ugifte har eget værelse i et omfang, der svarer til ungdomskommissionens oplysninger vedrørende de unge i almindelighed. I erhvervsmæssig henseende placerer de efterundersøgte sig omtrent som deres forældre.

Uddannelse.

Ingen af de efterundersøgte 126 har teoretisk boglig uddannelse. Halvdelen (40 af 76 mænd) er faglærte, yderligere 19 er tillærte, kun 1 angiver at have opgivet faguddannelse på grund af læsesvagheden.

Indtjening.

Halvdelen af de interviewede mænd oppebærer en indtægt på 175 kr. ugentlig eller derover, og kun 3 har under 75 kr. ugentlig, og de er under uddannelse.

Skolegangsforhold.

¾ af de interviewede har erklæret at have haft udbytte af læseklasseundervisningen. De, der ikke mener at have haft udbytte, findes særlig blandt dem, der er overflyttet til normalskolen. De må altså netop antages at have haft særligt udbytte af undervisningen, og deres negative syn på denne beror formentlig på, at de efter tilbageflytningen til normalskolen påny har mærket deres handicap i forhold til kammeraterne.

Den aktuelle læsefærdighed ligger på linie med 6. normalklasse, der næsten ligger på samme niveau som 7. normalklasse. 9 af de 72 interviewede læser absolut godt, d. v. s. at de står helt på højde med den bedste fjerdedel af fri-mellem-eleverne ved skolegangens ophør.

33 læser som gennemsnittet blandt frimellem-eleverne ved skolegangens ophør.

19 læser noget langsommere eller/og noget usikrere, men læser i det hele ret tilfredsstillende.

6 læser langsomt og usikkert, men læser dog faktisk både avis- og ugebladsstof.

3 har meget ringe læsefærdighed, 1 af disse blev dog i sin tid overflyttet til hjælpeklasse.

2 blev ikke læseprøvet.

Som *resultat* af læseprøven af de efterundersøgte fastslås, at *læsefærdigheden i*

li

perioden fra udgangsprøven af læseklasse til efterundersøgelsen er gået *tydeligt frem*, særligt læsehastigheden, men også læsesikkerheden.

Stavefærdigheden er derimod *gået tilbage.* Halvdelen stavede ikke så godt som gennemsnitselever i 3. normalklasse, og en del af denne halvdel kan ikke stå mål med 2. normalklasses gennemsnit. Det kan ikke bedømmes, hvor dårligt dette resultat er i forhold til stavefærdigheden hos den almindelige befolkning, men der peges på, at man også blandt de ikke læsesvage må regne med en tilbagegang efter skolegangens ophør.

Behov for læsning i erhvervet og under uddannelsen.

Kun 6 af de interviewede har virkelig brug for at læse under erhvervsudøvelsen. Halvdelen har blot brug for at læse adresser o. lign. Under selve uddannelsen angiver halvdelen at have haft brug for at læse. Det kan dog ikke nærmere dokumenteres, om det ringe behov for læsning skyldes, at de pågældende har valgt erhverv, hvor der ikke stilles krav til læsefærdighed.

Fritidslæsning.

$^2/_3$ læser skøn- eller faglitteratur. Ifølge ungdomskommissionens undersøgelse læser 75 pct. af de unge. De læsesvage læser altså kun lidt mindre i fritiden end de unge i almindelighed.

Langt de fleste læser dag- og ugeblade, og kun 3 oplyser, at de praktisk talt aldrig læser. Konklusionen er, at det er læsefærdigheden, der er altafgørende for fritidslæsningen.

Til slut fremsættes forskellige bemærkninger om årgang 1930 ud fra journaloplysningerne fra skoletiden, uden at de problemer, der derved melder sig, er søgt nærmere opklaret.

Årgangen omfattede som nævnt 126 læsesvage:

I 34 tilfælde var der læsevanskeligheder hos de nærmeste slægtninge.

23 lærte at tale meget sent eller havde direkte udtalefejl helt op i skolealderen.

15 karakteriseres som dovne, passive o. lign., men havde efter indgang i læseklasse fået lyst til skolearbejdet.

49 betegnes som nervøse.

36 havde haft hjernerystelse eller havde været hæmmet af anden sygelighed.

15 betegnes som urolige, rastløse eller trodsige.

47 levede som børn i uheldigt milieu (skilsmisse, ufredelige familieforhold, fattigdom m. m.).

Fortegnelse over apparater, der ønskes anskaffet til det fonetiske laboratorium på statens institut for talelidende i Hellerup.

Lånte apparater, der ønskes erhvervet:

Elektron-stroboskop (tilhører A/S Philips)	10 000	kr.
Terts-filter (tilhører A/S Automatic)	4 500	-
Tonehøj demåler (tilhører lektor Poul Andersen)	1 000	-
Sound level meter (tilhører firmaet Radiometer)	6 400	-
Frekvensanalysator (tilhører firmaet Radiometer)	3 200	-
Tonegenerator (tilhører firmaet Radiometer)	4 900	-

Erhvervelse af nyt materiel m. m.:

Kondensatormikrofon	2 000	kr.
Kraftforstærker	1 500	-
1 højttaler	500	kr.
Oscilloskop og attenuator	4 000	-
16 mm kamera med konstant spejlreflex	9 000	-
Fotografiapparat med tilbehør.	5 000	-
2 båndfilmapparater til klasserne	1 200	-
Lydfilmsapparatur	6 000	-
Målemikrofon	1400	-
„White noise" generator	1000	-
Beyers dynamiske øretelefoner (2stk.)	550	-
High-Speed Motion kamera. ca.	25 000	-
Monteringsudgifter	5 000	-
Repetitionsapparat til båndoptager	2 000	-
	94 150	kr.

Uddannelsen af talelærerne.

Fagfordelingsplan.

A. Teori.

1. Sociallovgivning (5 timer).

Lærerkandidaten bør have kendskab til sociallovgivningen i hovedtræk — herunder den historiske udvikling — og specielt til den del heraf, der vedrører særforsorgen og børneforsorgen. Dette kendskab bør meddeles i form af forelæsninger.

2. Akustik (20 timer).

Læren om lydens opståen og fysiske forhold, om tonefrembringelse, resonans og akustik i det hele taget er af elementær betydning for arbejdet med tale og stemme, og lærer kandidaten må derfor have et vist kendskab hertil.

Kursus på Hellerup-instituttets laboratorium.

3. Alm. anatomi og fysiologi (50 timer).

Et vist alment kendskab til menneskelegemets bygning og den menneskelige organismes funktioner er forudsætningen for forståelsen af stemme- og taleorganernes bygning.

Evt. kursus 2 timer ugentlig på gymnastikhøj skolen.

4. Speciel anatomi og fysiologi (40 timer).

Undervisningen under denne disciplin må tage særligt sigte på at give kendskab til stemme- og taleorganernes samt ørets bygning og funktioner, herunder stemmedannelse.

Kursus på Hellerup-instituttets laboratorium.

5. Øre-, næse- og hals sygdomme (35 timer).

Da talelæreren arbejder med abnorme funktioner i de øvre luftveje, er det af betydning for ham at have et almindeligt kendskab til de organiske lidelser, der kan forekomme i disse organer, ofte i forbindelse med funktionsforstyrrelser.

Kursus hos det pågældende instituts ørelæge.

6. Arvelighedslære (5 timer).

Da der såvel for læbe- og ganespalte som for de konstitutionelt betingede talelidelser gør sig arvelige funktioner gældende, bør lærerkandidaten have et vist kendskab til arvelighedens love.

7. Psykologi, psykiatri og neurologi (75 timer)

Det forudsættes, at lærerkandidaten har et elementært kendskab til den almindelige psykologi og børnepsykologi. Endvidere er det af betydning, at lærerkandidaten har kendskab til de nervesygdomme, som kan medføre talelidelser.

Det er nødvendigt for lærerkandidaten at have kendskab til de sjælelige abnormiteter og karakterejendommeligheder, der forekommer blandt talelidende, ordblinde og tunghøre samt til andre sanse- og intelligensdefekter.

8. Normalsproget (75 timer).

Da sproget er lærerkandidatens virkefelt, er det af betydning, at han har kendskab til sprogets teori og behandling, ganske særlig er viden om barnesprogets normale og unormale udvikling af vigtighed.

a. Almindelig fonetik.
   Kursus på taleinstitut.
b. Dansk fonetik og lydskrift (rigssprog og dialekter).
   Forelæsninger på taleinstitut eller universitetet.
c. Barnesproget.
   Forelæsninger på taleinstitut.
d. Foredragslære.

9. Logopædi (75 timer).

Herved forstås læren om talelidelserne og deres behandling.

10. Døvhed og tunghørhed (40 timer).

Lærerkandidaten må have kendskab til de forskellige hørelidelser. Da han som aflæselærer kommer til at arbejde med svagthørende elever eller elever, der har svært ved at opfatte det talte sprog, må han have indgående kendskab til døvhed og tunghørhed, aflæsning på munden, mund-hånd-systemet og til høreapparattyper m. v.

a. Døvhed (10 timer).
b. Aflæsningslære (10 timer).
c. Mund-hånd-systemet (12 timer).
d. Høreapparattyper, audiogrammer og høreprøver (8 timer).

B. Praktik.

1. Talemetodik (75 timer).

Under denne disciplin må det gennem træning tilsigtes, at talelæreren når **til** dels at beherske sine egne stemme- og taleorganer, dels at være inde i det øvelsesstof, han skal benytte ved behandlingen af lidelserne.

2. Diktion (25 timer).

Gennem oplæsningsøvelser må lærerkandidaten nå til at kunne opfylde de krav, læsningen af forskellige tiders og stilarters litteratur stiller.

Oplæsningsøvelserne må mindst have et omfang, svarende til det nuværende ved lægeforeningens eksamen.

3. Foredrag over fagligt emne (indgår i teoriundervisningen).

4. Praktisk pædagogik (595 timer).

Det er vigtigt for lærerkandidaten under uddannelsen at have oplevet så mange forskellige tilfælde af talelidelser og hørelidelser som muligt og at have opnået færdighed i at skelne mellem de forskellige lidelsers karakteristiske symptomer og være fortrolig med deres behandling. Derfor bør der under denne disciplin gennemføres:

a. Hospitering på institutafdelingerne. (425 timer, heraf 70 timer i ordblindeklassen samt til diagnosticeringsøvelser og journalskrivn. vedr. ordblinde).
b. Undervisning i samtlige afdelinger, såvel under vejledning som selvstændigt.
c. Diagnosticeringsøvelser og journalskrivning.
d. Undervisning på statens aflæseskole i København, såvel under vejledning som selvstændigt (50 timer).
e. Hospitering på statens kostskole for døve i Nyborg (35 timer).
f. Hospitering på statens aflæseskole i Fredericia (35 timer).
g. Institutionsbesøg på andre særforsorgsinstitutioner samt folkeskolens særklasser (50 timer, heraf 25 timer på ordblindeinstitutter og i folkeskolens læseklasser og læsehold).
h. Materialeudarbejdelser (1 ugentlig aften under vejledning).

5. Afspænding steknik og rytmik (40 timer).

En vis afspændingsteknik indgår som et naturligt led i lærerens arbejde, idet afspændingen er forudsætning for organfornemmelse og opøvelse af nye muskelfunktioner. Rytmiske bevægelser udvikler kropsfornemmelsen og giver beherskelse af legemets funktioner i det hele taget, foruden at de i forbindelse med hørelære styrker sansen for sprogets rytme, der ofte er meget svagt udviklet.

6. Leg, fritidsbeskæftigelse af børn, herunder ordnede lege og boldspil m. v. (15 timer).

Da institutlærerne ofte i beskæftigelsestimer o. lign. kommer ud for at skulle orga-

nisere leg og boldspil m. m., bør kandidaten liave praktisk kendskab til disse fornier for beskæftigelse og underholdning.

C. Specialopgaven.

Efter tilsvarende regler som ved skoleembedseksamen udarbejder kandidaten en specialopgave indenfor et centralt, ikke for snævert område.

Man går ud fra, at „Nordisk Lærebog for Talepædagoger"', der er ved at udkomme, vil indeholde det teoretiske grundlag for undervisningen. Heri findes også fortegnelse over supplerende litteratur. Redaktionen af lærebogen har taget under overvejelse at supplere denne med afsnit vedrørende mundaflæsning og høretræning m. v., der ikke efter de hidtidige planer er tænkt medtaget. Kendskab til sociallovgivning meddeles udelukkende i form af forelæsninger.

Efter uddannelsesplanen er der afsat:

til teori	420 timer,
til praktik	750
ialt	1170 timer

Hertil kommer den tid, der medgår til specialopgaven.

Talelidende på de jydske åndssvageanstalters skoler.

Undersøgelse foretaget for talelidendekommissionen.

Nærværende undersøgelse omfatter samtlige elever ved de jydske åndssvageanstalters skoler og tager sigte på 1) at opgøre, i hvilket omfang der hos denne gruppe af lettere åndssvage forekommer stemme-, tale- og sproglidelser, og 2) at overveje hvilke foranstaltninger det herefter kan synes rimeligt at træffe. Antallet af undersøgte alumner er 648. De fordeler sig med 390 på internaterne og 258 på eksternatskolerne.

Antallet er således fordelt på de enkelte skoler:

Internatskolerne Brej ning (217), Vodskov (141) og Ribe (32). Selvom Eibegruppen ikke er en egentlig skole, samler den dog i sine to iagttagelsesklasser et elevmateriale, der ikke afviger væsentligt fra elevmaterialet i de egentlige skoler.

I eksternatskolerne er fordelingen af antallet således:

Ålborg (27), Randers (33), Århus (94), Horsens (34), Vejle (22) og Odense (48). Tallene repræsenterer det antal elever, der på undersøgelsesdagen var disponibelt, og materialet er relativt homogent. De eneste grupper, der kan siges at indtage særstillinger, er 1) børnehaverne og andre grupper, der kan betragtes som iagttagelsestilfælde, og 2) et enkelt beskæftigelseshold i Vodskov, som hører under skolen, men som dog indeholder et antal elever, der afviger noget fra de egentlige skolebørn i henseende til intelligens. Disse grupper er imidlertid ikke talrige, afvigelsen fra det samlede antal på institutionerne er en „quantité négligeable" og forrykker næppe det samlede resultat betydeligt, idet det store flertal af disse grupper klart er på linie med det øvrige materiale. Der kan formentlig ikke på forhånd siges noget afgørende om forskelligheder mellem eksternatbørn og internatbørn. Vi har i denne undersøgelse opgjort tallet af talelidende af de forskellige kategorier først for eksternatbørn og internatbørn for sig og forsøgt at give en forklaring på, hvorfor der er ikke ubetydelige forskelle mellem den hyppighed, hvormed de enkelte talelidelser optræder hos de to grupper af børn, for derefter at give en samlet opgørelse, som kan danne grundlag for en sammenligning mellem debile og normale børns taleevne. En sådan karakteristik af forholdene på talens område for eksternatbørn i modsætning til internatbørn kan formentlig bidrage til at belyse forholdet mellem disse to forsorgsformer, som i de senere år drives jævnsides.

Dels fordi talelidelser kan være vanskelige at erkende og klassificere for en ikke-fagmand, og dels for at skaffe et objektivt grundlag for bedømmelsen, har alle børn på åndssvageforsorgens jydsk-fynske skoler været genstand for en bedømmelse, også sådanne, som af forsorgens folk mentes at kunne udpeges som på talens område ganske normale. Undersøgelsen er foretaget på følgende måde:

Undersøgeren har været i enrum med barnet. Til at begynde med førtes en almindelig samtale med barnet, en samtale, som almindeligvis drejede sig om barnets forhold til hjemmet, besøg i ferier, søskende, barnets beskæftigelse på anstalten uden for undervisningstiden og lignende, hvilken samtale dannede grundlag for en almindelig bedømmelse af barnets standpunkt på talens område. Under en sådan samtale kunne det

f. eks. erkendes, om barnet var stammer, og om der var stemmelidelser, læspen eller ganespalte til stede. Herunder var det imidlertid kun delvis muligt at danne sig en forestilling om barnets sproglige evner, det vil sige, om barnet med et populært udtryk „talte rent". En samtale kan nemlig i det store og hele føre til en bedømmelse af, om det grammatiske system er tilegnet, men ikke om der foreligger fuldstændig tilegnelse af det lydlige stof med dets talrige kombinationer af konsonanter, som erfaringsmæssigt læres relativt sent, særlig forsåvidt angår de konsonantgrupper, der er placeret i stavelsens sidste del.

Til undersøgelsen af tilegnelsen af det lydlige stof er benyttet et af undersøgeren udarbejdet testskema, som er gennemprøvet på statens institut for talelidendes Århus-afdeling gennem en del år, og som tillige er prøvet i en engelsk og en fransk udgave på engelske og franske børn med sproglige retardationer.

Man har kunnet drage nytte af de gennem disse undersøgelser indvundne erfaringer, som fastslår, i hvilken rækkefølge de forskellige lyd og lydkonstellationer tilegnes. Herved har undersøgelserne vundet i sikkerhed samtidig med, at de har kunnet tilendebringes på en rimelig tid. Efter at der nemlig var opnået kontakt med barnet, gennemgik man testskemaet, ved at eleven gentog en række foresagte ord. Det forsøgtes først, om de lydkombinationer, som erfaringsmæssigt sidst tilegnedes, beherskedes. Var dette tilfældet, kunne undersøgelsen sluttes, og det kunne fastslås, at barnets sprogtilegnelse var normal. Var det derimod ikke tilfældet, fortsattes undersøgelsen i modsat rækkefølge af den normale sprogtilegnelse, til det kunne fastslås, på hvilket trin af udviklingen barnet befandt sig.

Såfremt det kunne konstateres, at kun et meget ringe antal kombinationer af sproglyd manglede i elevens sprog, udfærdigedes intet særligt testskema, men manglerne noteredes på en liste. Testskema udfyldtes derimod, hvis blot mere end nogle ganske enkelte konsonantgrupper manglede i barnets sprog, idet det skønnedes at være af værdi, at der overalt forelå dokumentation for undersøgelsen, ligesom materialet skønnedes ikke at være uden videnskabelig værdi.

Eleverne undersøgtes klassevis. Efter undersøgelsen af hver klasse blev materialet gennemgået med den lærer, der kendte klassen bedst. Herved kunne tilfældigheder ved undersøgelsen straks elimineres, ligesom der i ganske enkelte tilfælde viste sig at være anomalier til stede, som ikke var kommet for dagen gennem undersøgelsen.

Ved samtale med forsorgens folk viser det sig, at det, der umiddelbart springer i øjnene for en ikke logopædisk uddannet pædagog, er, at denne gruppe åndssvage er ringere talende end et tilsvarende normalt materiale, og at forskellen skulle bestå deri, at et overvældende stort antal af disse patienter taler utydeligt, fordi deres artikulation er påfaldende upræcis og kraftesløs.

Ved nærværende undersøgelse viser denne iagttagelse sig at holde stik, men den må suppleres med en anden: at der i materialet er et overvældende antal sprogretarderede.

For inddelingen af talelidelserne i dette materiale er der lagt følgende synspunkter til grund:

Det gælder på een gang om at lægge de gængse inddelingsprincipper til grund for klassifikationen, men samtidig at inddele på en sådan måde, at de karakteristiske træk kommer mest muligt frem.

Det er i overensstemmelse med kendsgerningerne at benytte kategorien stemmelidelser, som, da de er meget fåtallige, ikke behøver at inddeles yderligere, hvilket heller ikke vel havde været muligt uden samarbejde med en laryngolog. Det er derhos naturligt at benytte kategorien stammen og ganespalte. Afsondret fra ganespalte er det rimeligt at betragte de forskellige former for snøvl uden særlig distinktion. Det drejer sig om ikke store tal, men det forekommer rimeligt at skelne skarpt mellem snøvl, der er en følge af medfødt ganedefekt, og snøvl af anden art. Særlig magtpåliggende er det at skelne mellem sprogretardation og udtalefejl, specielt læspen, som sædvanligvis behandles under eet under betegnelsen udtalefejl. Det drejer sig nemlig om to vidt forskellige lidelser, hvoraf den første er af rent cerebral karakter, hidrører fra en indre sproglig defekt, og medfører mangler i sprogsystemet, ligefrem en nedsættelse af antallet af sproglige elementarpartikler (for at benytte en terminologi lånt fra atomforskningen), medens den anden er af rent

motorisk, artikulatorisk art og er karakteriseret derved, at sprogsystemet er intakt, men realiseres mangelfuldt.

Rent bortset fra, at det her drejer sig om en principielt rigtig distinktion, er det en distinktion, der overfor nærværende materiale ligefrem påtvinger sig.

Det viser sig nemlig ved undersøgelserne, at der vel er et noget større antal motoriske udtalefejl i materialet, end man vil finde i et materiale af børn med normal intelligens, men antallet af sprogligt retarderede er ligefrem mangedoblet i denne gruppe debile børn. Det er derfor i dobbelt forstand nødvendigt at skelne mellem motoriske udtalefejl og sproglige retardationer.

Stemmelidelser.

Der fandtes et relativt ringe antal stemmelidende. Da disse lidelser for en stor del er erhvervssygdomme, kan det ikke undre, at de kun forefindes i ringe grad i dette materiale.

Der er ikke stillet differentialdiagnoser, da disse forudsatte tilstedeværelse af en laryngolog. En sådan skønnedes heller ikke nødvendig i betragtning af de små tal, som ikke på nogen måde kunne forrykke totalbilledet.

Der fandtes på de enkelte skoler følgende tal:

	Antal stemmelidende	Antal undersøgte ialt
Brejning . .	5	217
Vodskov ..	6	141
Eibe	O	32
Ålborg	O	27
Randers . . .	O	33
Århus	4	94
Horsens . . .	3	34
Vejle	O	22
Odense	O	48
	18	648

Tallet betegner et maximum, idet man vanskeligt kan forestille sig, at en stemmelidelse kan være undgået opmærksomheden, mens det vel er muligt, at enkelte af de 18 tilfælde kan være en akut hæshed.

Det bemærkes endelig, at af de 18 stemmelidende havde 16 tillige andre talelidelser.

Ganespalte.

Antallet af ganespaltepatienter er strengt taget et minimumstal. Ved undersøgelserne af et så stort antal individer kan muligvis en enkelt ganespaltepatient være undgået opmærksomheden, dog kun under forudsætning af, at han (hun) har talt normalt. Alle de undersøgte, som frembød symptomer på forskellige former for snøvl (rhinolalia) er undersøgt for ganedefekt. Det må således betragtes som givet, at alle ganespaltelidende i det undersøgte materiale, som tillige frembyder talelidelse, er konstateret. Overset kan kun være sådanne ganespaltepatienter, som ikke (eller ikke mere) er talelidende, og disse har ingen interesse for nærværende undersøgelse.

Der er fundet et noget større tal af ganespaltelidende, end man ville finde i et materiale af individer med intelligens over kvotient 75, hvilket stemmer med en tidligere undersøgelse.[1])

Der fandtes følgende:

	Antal ganespaltelidende	Antal undersøgte ialt
Brejning . .	1	217
Vodskov . .	1	141
Ribe	0	32
Ålborg	0	27
Randers . . .	0	33
Århus	1	94
Horsens . . .	0	34
Vejle	0	22
Odense	0	48
	3	648

Tallet (4,3 ‰) svarer til det af Fogh-Andersen fundne og bekræfter således, at der er en sammenhæng mellem ganespalte og intelligensdefekt. Det bemærkes, at nærværende materiale kun i ret ringe udstrækning indeholder de samme personer som Fogh-Andersens, idet vort materiales patienter kun for et fåtals vedkommende var på anstalt på det tidspunkt, da denne forfatter foretog sine undersøgelser.

Det fundne opfordrer således til at foretage en yderligere undersøgelse over emnet: sammenhæng mellem ganespalte og intelligens. Især ville en bred undersøgelse af de

[1]) Poul Fogh-Andersen: Inheritance of Harelip and Cleft Palate. København, 1942, p. 186—87, jfr. p. 37.

institutbehandlede gaiiespaltelidendes intelligens være af interesse.

Det bemærkes, at ganespaltepatienterne formentlig er den eneste kategori af åndssvageanstalternes patienter, der hidtil systematisk har været taleundervist, idet i hvert fald de jydske anstalter har henvist til taleinstituttet.

Snøvl.

Foruden det lille antal ganespaltelidende, som ovenfor er behandlet, og som alle i forskellig grad lider af snøvl (rhinolalia aperta), er fundet et lille antal patienter med forskellige former for snøvl.

Der fandtes følgende tal:

	Antal snøvl	Antal undersøgte ialt
Brejning. .	3	217
Vodskov .	3	141
Ribe	0	32
Ålborg . . .	0	27
Randers. .	0	33
Århus	1	94
Horsens . .	0	34:
Vejle	0	22
Odense. . .	0	48
	7	648

Som tidligere nævnt er det et karakteristisk træk, at lettere åndssvage har en meget svag artikulation, der gør talen utydelig. Denne svaghed ved artikulationen gør ßig også gældende med hensyn til ganesejlets funktion, som her er artikulerende organ. Ved tællingen er imidlertid ikke taget hensyn hertil. Her er kun optalt sådanne tilfælde af snøvl, hvor denne lidelse optrådte isoleret og i hvert fald ikke forbundet med en generel svaghed ved artikulationen.

Læspen.

Tallet på læspende er forsåvidt et minimumstal, som det altid kan være tvivl underkastet, om denne eller hin ikke fuldt normale artikulation af s, t eller lignende skal betegnes som læspen. Der er en tendens blandt visse talepædagoger til at betegne som læspen anomalier, som den læge tilhører ikke vil bemærke. Jeg har ved undersøgelserne i dette materiale bestræbt mig for kun at henregne til læspen, hvad den opmærksomme læge tilhører vil betragte som afvigende fra normen.

Det kan næppe tænkes, at læspende i j materialet kan være undgået opmærksomheden, da denne anomali er meget påfaldende for det trænede øre.

Der er i materialet foretaget en deling i materialet i forskellige kategorier af læspen. Da denne imidlertid ikke har nogen væsentlig betydning for spørgsmålet behandling eller ikke-behandling, lades spørgsmålet her ude af betragtning, og alle former behandles under eet. Graderne er der også set bort fra, da disse ikke har nogen sikker relevans for behandlingens varighed eller for prognosen.

Der fandtes følgende tal, idet internater og eksternater behandledes for sig:

Internater	Antal læspende		Antal undersøgte ialt	
Brejning	31		217	
Vodskov	19		141	
Ribe____	1		32	
		51		390
svarende til 13 pct.				
Eksternater				
Ålborg	7		27	
Randers. . .	4		33	
Århus.	15		91	
Horsens . . .	6		34	
Vejle	9		22	
Odense....			48	
		39		258
svarende til 15 pct.				
		90		648

Der findes således taget under eet 13,9 pct. læspende blandt eleverne på anstaltens skoler.

Det er værd at lægge mærke til, at der også her viser sig „overlapping", et fænomen, der generelt er karakteristisk for materialet, bestående i, at det er de samme individer, der rammes af sprog- og talelidelser af ikke-organisk oprindelse. Af de 90 fundne patienter med læspen har 54 tillige andre lidelser på sprogets og talens område.

Det undrer, at man finder et noget større antal læspende på eksternatskolerne end på anstalterne. Denne forskel er dog forholdsvis mindre her end for stammernes vedkommende, idet den kun andrager forskellen mellem 13 og 15 pct. Det er vanskeligt at angive nogen årsag til dette forhold. Det eneste, man kan anføre med vægt, er følgende ræsonnement. Da lettere åndssvage væsentligt rekruteres fra den dårligere stillede del af befolkningen, er det sandsynligt, at

anstaltbørnene lever bedre end de eksterne børn. Den bedre sundhedstilstand såvel på det legemlige som det mentale område kan da formentlig give sig udslag i bedre tale hos anstaltbørnene.

Stammen.

Tællingen af stammerne giver anledning til følgende indledende bemærkninger:

Det fundne tal må betegnes som et minimumstal, idet stammen fremtræder således, at lidelsen kan være meget svingende. Hos visse individer optræder lidelsen kun i visse perioder på uger eller måneder, hvorimod den kan være borte igennem lige så lang tid. Desuden optræder lidelsen hos visse stammere således, at den slet ikke manifesterer sig i visse situationer, men kun i andre. Det er vel almindeligt, at lidelsen fremtræder med stærkeste symptomer, når patienten taler med fremmede mennesker, og kun manifesterer svage eller slet ingen symptomer i de daglige omgivelser. Men andre individer frembyder det omvendte aspekt. Der vil derfor i nærværende materiale være skjulte stammere, selvom undersøgeren har søgt at sikre sig mod denne fejlkilde ved at gennemgå alle de undersøgte med deres klasselærer.

Ved tællingen er medtaget alle, der i det hele taget i teknisk forstand stammede, idet der medtoges sådanne, som vel ikke vil blive anset for stammere af en læg tilhører, men som frembyder symptomer, der af talepædagoger betragtes som stammen.

Der fandtes ved undersøgelsen et større antal stammere, end man på forhånd skulle vente. Nemlig på

internatskolerne:

	Antal stammere	Antal tindersøgte ialt
Brejning	12	217
Vodskov	9	141
Eibe____	*il*	32
	27	390,

hvilket svarer til 7 pct. Af disse 27 stammere havde 22 tillige andre talelidelser: sprogretardation og udtalefejl, specielt lampen.

og på *eksternatskolerne:*

	Antal stammere	Antal undersøgte ialt
Ålborg	2	27
Randers...	2	33
Århus.....	12	91
Horsens ...	2	34
Vejle.....	2	22
Odense....	3	
	23	258

hvilket svarer til 9 pct. Af disse 23 stammere har 11 tillige andre talelidelser: sprogretardation og udtalefejl, specielt læspen.

Der er nogen forskel i den frekvens, med hvilken stammen optræder hos åndssvage, der lever i anstalt milieu, og sådanne, som lever i det naturlige milieu. Lidelsen optræder sjældnere på anstalten, nemlig hos 7 pct., end i det hjemlige milieu, hvor den optræder hos 9 pct. Materialet er formentlig stort nok til, at forskellen ikke kan betegnes som tilfældig. Jeg vil ikke undlade som forklaring på dette fænomen at anføre, at lidelsen, der formentlig dels er nedarvet og dels milieubetinget og specielt optræder hos neurotisk belastede individer, har bedre vækstbetingelser i det hjemlige milieu, hvor neuroseskabende faktorer, konkurrence med normale søskende og kammerater m. v. kan spille ind. Modsat er anstaltmilieuet et beskyttet milieu, hvor neuroseskabende faktorer i ringere grad gør sig gældende. Dette ræsonnement går således på tværs af det overfor normale børn gængse, som går ud på, at børnehjemsbørn er dårligere talende end børn fra naturlige hjem.

Betragter man antallet af stammende uden hensyn til den åndssvages anbringelse, finder man, at stammen hos de undersøgte åndssvage har optrådt i 50 tilfælde af 648, d. v. s. i 7,7 pct. tilfælde, hvilket formentlig betyder en noget højere frekvens end hos normale. Det ville være interessant til sammenligning at foretage en undersøgelse af frekvensen hos sinker.

Af de 50 tilfælde havde 33 tillige andre talelidelser.

Det bemærkes i denne forbindelse, at der blandt de eksternerede åndssvage er et relativt større antal rene stammere, altså sådanne, hvor stammen ikke optræder i forbindelse med anden talelidelse, og hvor

f. eks. en retarderet taleudvikling ikke kan mistænkes for at være en medvirkende årsag til talelidelsen. I sådanne tilfælde, som altså er relativt sjældne på anstalterne, må man formode, at årsagen til lidelsen ligger i det hjemlige milieu og ikke hos den talende selv.

Sproglig retardation.

Herved forstås tilfælde af underudvikling, som giver sig udslag i, at den pågældende ikke behersker visse sproglige elementer, enten af grammatisk eller sproglydlig karakter eller af begge former samtidig.

De her fundne tal er formentlig ret nøjagtige, idet det ved undersøgelse af det lydlige materiale gennem særlige skemata er godtgjort, hvor mange tilfælde af underudvikling på det pågældende område materialet indeholder, og tilfælde af underudvikling på det ikke-lydlige område isoleret er ret sjældent forekommende. Unormale forhold på det lydlige område er meget lettere at konstatere ved hjælp af særligt testmateriale, og det fundne kan om ønskes udtrykkes i tal, således at det personlige skøn her ikke kommer til at spille nogen rolle.

Ved materialets vurdering har der været taget hensyn til retardationens grad, idet det forekom af betydning at konstatere, hvilke tilfælde af sproglig retardation der var så massive, at særlig taleundervisning var indiceret, og hvilke tilfælde af retardation der kunne afhjælpes gennem åndssvageforsorgens egen undervisning i dansk sprog.

Den her omhandlede klassifikation er derimod resultatet af et skøn. Til grund for dette har været lagt det ræsonnement, at en undervisning af de åndssvage i sprogligt dansk i forvejen er belastet med kravet om læse- og ortogranfærdighed, således at der kun i begrænset omfang kan gives taleundervisning i disse timer. Da selv en lille sproglig retardation hos normalt begavede individer behandlingsmæssigt er ret tidsberøvende, er det formentlig kun de aller ubetydeligste sproglige retardationer, der kan afhjælpes gennem danskundervisningen på åndssvageforsorgens skoler. Dette ræsonnements gyldighed bekræftes af forsorgens pædagoger. Der har derfor ved materialets behandling været skelnet mellem sådanne ganske lette tilfælde af sproglig retardation, hvor kun et ubetydeligt antal (ca. 2—6) sproglige elementer ikke er tilegnet, mens sproget iøvrigt var lært normalt, og de tilfælde, hvor et større antal sproglige elementer manglede i det indlærte sproglige repertoire. De ganske lette tilfælde skulle da kunne afhjælpes gennem taleundervisning i skolernes normale dansktimer, hvorimod den anden kategori af tilfælde kræver, at eleven tages ud af undervisningen daglig i ¼—½ time og i denne tid undervises særskilt.

Der er fundet følgende tal:

Eksternaterne.

	svære	lette	normale	total
Ålborg .. .	9	5	13	27
Randers . .	15	10	8	33
Århus....	23	19	52	91
Horsens . .	8	8	18	34
Vejle	6	10	6	22
Odense. . .	24	11	13	•18
	85	**63**	110	258

Tilsammen udgør de lette og svære tilfælde af sproglig retardation i eksternaterne 58 pct., medens de svære, der kræver særlig undervisning, udgør 33 pct. af de undersøgte.

Internaterne.

	svære	lette	normale	total
Brejning . .	65	70	82	217
Vodskov ..	49	40	52	141
Ribe	14	12	6	32
	128	122	140	390

Tilsammen udgør de lette og svære tilfælde af sproglig retardation i internaterne 64 pct., medens de svære, der kræver særlig undervisning, udgør 33 pct. af de undersøgte.

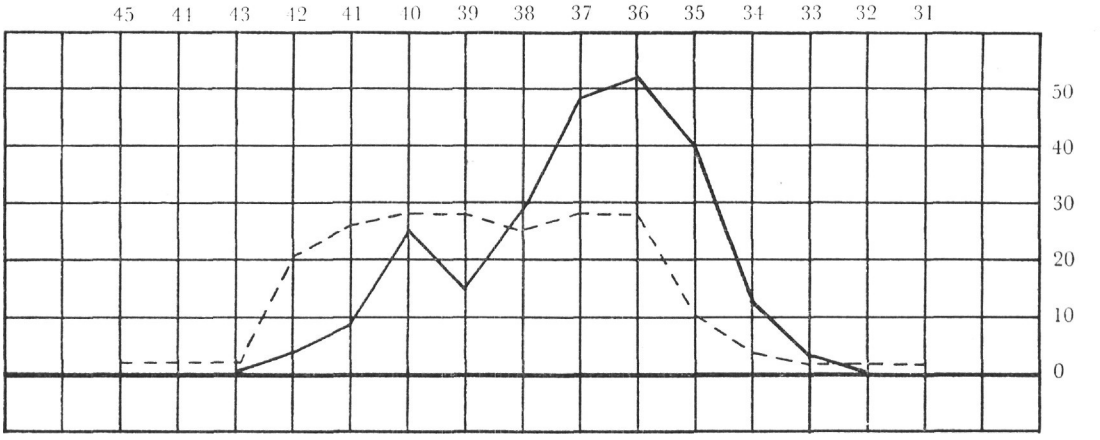
Det ses heraf, at en trediedel af samtlige elever på de jydske åndssvageanstalter lider af sproglige retardationer af så svær grad, at de kræver særlig behandling, som ikke kan gives i den almindelige undervisning.

Det samlede tal på de sprogligt retarderede ligger ikke ganske ens for eksternaters og internaters vedkommende, idet der er et større antal af lette retardationer på internaterne end på eksternaterne.

Den milieumæssige påvirkning spiller her sikkert en rolle. De internerede er sikkert i mindre grad genstand for sproglig påvirkning fra omgivelsernes side end de externe-

rede. Denne påvirkning har betydning netop i tilfælde af lette retardationer, som erfaringsmæssigt ofte helbredes spontant. 0g denne spontane helbredelse har altså større chancer for at lykkes i det naturlige milieu end i anstaltmilieuet.

Undersøger man aldersfordelingen, finder man, at de sprogligt normale fmdes blandt de ældre aldersklasser, og de sprogligt ringest udviklede findes blandt de yngre aldersklasser. Dette fremgår af en betragtning af fordelingen i klasserne. Men en sådan betragtning er ikke ganske sikker, idet der i samme klasse i regelen er adskillige aldersklasser repræsenterede. Der har derfor været foretaget en fordeling efter alder, således at antallet af sproglige retardationer er opgjort efter fødselsår.



Der er undersøgt elever født i årene fra 1931 til 1945. De ældre, d. v. s. elever indtil dem, som er født i 1938, fremviser det træk, at antallet af normale overstiger antallet af retarderede, medens der ved 1938 finder et skifte sted, idet det efter dette tidspunkt er karakteristisk, at antallet af retarderede overstiger antallet af ikke-retarderede.

Dette forhold illustreres af ovenstående kurve, hvor ordinaten udtrykker antallet af tilfælde, abscissen årgangene i fremadskridende følge. De helt lette tilfælde har vi her af praktiske grunde set bort fra. Den fuldt optrukne kurve betegner de normale, den punkterede kurve de retarderede.

Konklusionen af aldersfordelingen bliver den, at der ved sammenligning mellem børn i skolealderen med normal intelligens og sådanne, hvis intelligens ligger mellem kvotienterne 50 og 75, findes en betydelig forskel forsåvidt angår det tidspunkt, hvor sprogsystemet kan betragtes som tilegnet. Børn med normal intelligens menes af visse forfattere at have lært sproget ved 3-års alderen[1]). I hvert fald er der ved skolealderens indtræden kun et meget ringe antal børn, som ikke behersker sproget. Ved en stikprøve på et antal skoler i Nordsjælland udført for talelidendekommissionen af Egil Forchhammer, er fundet 4¼ pct. tilfælde med „udtalefejl". Det bemærkes, at der ikke i denne undersøgelse er skelnet mellem sproglig retardation og egentlige udtalefejl som læspen, hvorved antallet af i vor forstand sprogretarderede bliver yderligere reduceret. Det må endvidere bemærkes, at Forchhammer selv betegner sit tal som en maximalværdi, og at hans materiale omfatter hele skolen, uden at der foreligger noget sikkert om aldersfordelingen.

Denne undersøgelses tal viser, at der er et ganske forsvindende antal skolebørn i normalskolen, som ikke har tilegnet sig sprogsystemet. Anderledes med de debile. Det store antal sprogretarderede, som dette materiale frembyder, i forbindelse med den nævnte aldersfordeling tillader formentlig den slutning, at sprogudviklingen blandt debile strækker sig over det meste af barndommen, og at der i skolealderen finder en spontan sprogtilegnelse sted, som hos indi-

[1]) Rigmor Knudsen: Sprog- og talehæmmede småbørn. Kbh. 1950.

vider med normal intelligens i det store og hele er afsluttet inden skolealderen.

Denne kendsgerning, at der kan konstateres en fremadskridende sprogtilegnelse hos de lettere åndssvage igennem skoletiden, henviser til, at det vil være naturligt, om denne spontane udvikling aktiveres gennem sproglig påvirkning, og gør det sandsynligt, at prognosen forsåvidt angår resultatet af en talepædagogisk behandling af denne gruppe børn må forventes at være relativt gunstig.

Der savnes til sammenligning undersøgelser over sinkers sproglige modenhed på forskellige alderstrin.

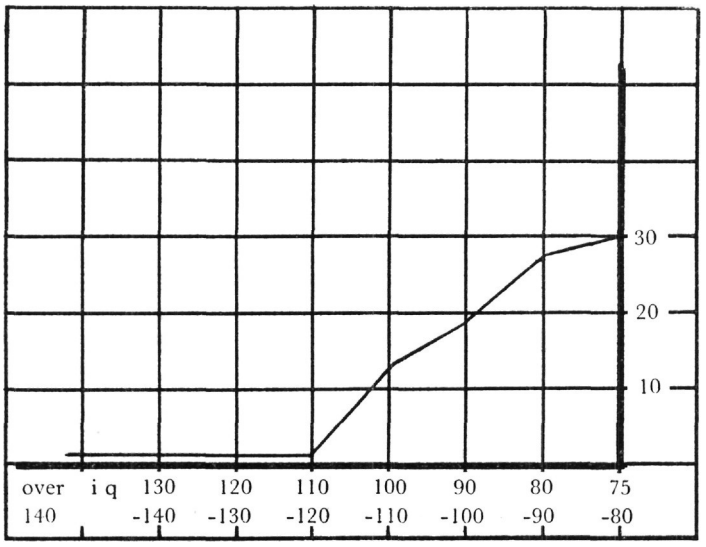
Da det er indlysende, at der er en sammenhæng mellem evnen til sproglig tilegnelse i særdeleshed og intellektuelle evner i almindelighed, har jeg foretaget en undersøgelse af intelligensen hos samtlige elever med sproglige retardationer, som i nogle år er behandlet på taleinstituttets Århus-afdeling. I dette materiale er medregnet alle, som har været undervist på instituttet, ikke sådanne, som efter en iagttagelsesperiode henvistes til anden forsorg, særlig åndssvageforsorgen. Derved er de fleste intelligenskvotienter under 75 ikke medregnet. Der forekommer dog i materialet 7 patienter med intelligenskvotient under 75, idet det hos disse var den sproglige lidelse, der dominerede sygdomsbilledet, hvorimod intelligensdefekten mentes at være sekundær i forhold til sproglidelsen.

Der forekommer intelligenskvotienter mellem 66 og 154, hvilket viser, at lidelsen også findes hos personer med høj intelligensudvikling.

Der findes hos denne gruppe, der omfatter 85 patienter, en middelintelligenskvotient på 87,7, med hvilken kvotient man befinder sig i sinkegruppens øverste del. Ser man bort fra alle kvotienter under 75, findes en gennemsnitlig kvotient på 89,2, altså meget nær grænsen til det normale, men dog stadig under og stadig 10 points fra den gennemsnitlige kvotient 100.

Betragter man nu fordelingen mellem de forskellige kvotienter, finder man et stigende antal, jo længere man stiger ned ad skalaen:

1	med	i.q.	over 140,
1	—	-	130—140,
1	—	-	120—130,
1	—	-	110—120,
13	—	-	100—110,
19	—	-	90—100,
27	—	-	80— 90,
(30)	—	-	under 80.



Dette modsvares af den numerisk modsatte fordeling i et normalt materiale, hvor antallet i de forskellige intelligensgrader stiger indtil 100 for derefter at falde.

Resultatet af denne undersøgelse, som endnu ikke er offentliggjort, nævnes her, fordi den understreger sammenhængen mellem sproglige evner og almindelige intellektuelle evner, som også materialet fra åndssvageanstalterne så stærkt beviser.

Samlet opgørelse.

Det samlede tal af patienter, der trænger til behandling for talelidelse, fremgår ikke ved simpel addition af de tal, der er anført i det foregående alene af den grund, at der i stor stil finder overlapping sted, således at et meget stort antal af de undersøgte lider af flere talelidelser på een gang. Dette er vist i detailler under de enkelte talelidelser, men det kan siges generelt, at en lidelse som stammen her, som blandt normale børn, hyppigt findes blandt børn i sprogtilegnelsens alder. Da de undersøgte børn netop er ved at tilegne sig sproget, således som det fremgår af undersøgelsen, kan det hverken undre, at der i materialet findes et større antal stammere end i et normalt materiale, eller at stammen forefindes hos mange i forbindelse med sproglig retardation.

Ved den samlede opgørelse, som her gives, er der set bort fra sådanne lidelser, som skønnes at kunne behandles i de almindelige dansktimer. Det gælder først og fremmest de sproglige retardationer af påfaldende let grad. Og det gælder ligeledes de mange tilfælde af utilstrækkelig artikulation, som det ikke er fundet rimeligt at opgive noget tal over, da det her drejer sig om et rent subjektivt skøn, hvad man vil betragte som unormalt.

Eksternaterne.

	Antal talelidende		Antal elever ialt	
Ålborg	13		27	
Randers ...	17		33	
Århus	46		94	
Horsens ...	13		34	
Vejle	10		22	
Odense	26		48	
	——	125	——	258
d. v. s. 48 pct.				

Internaterne.

	Antal talelidende		Antal elever ialt	
Brejning ..	85		217	
Vodskov ..	73		141	
Ribe	17		32	
	——	175	——	390
d. v. s. ialt ca. 45 pct.				
		300		648

Konklusion.

Alene på det store antal fundne retardationer på det sproglige område skønnes der da at være motivering for foranstaltning af taleundervisning på åndssvageanstalternes skoler.

Det andet dominerende træk, den påfaldende dårlige realisation af det lærte sprog, gør dette krav yderligere bydende, særlig forsåvidt angår de patienter, der skal forlade anstalten eller helt udskrives af forsorgen.

Såvel de ganske lette sproglige retardationer som de mange tilfælde af lidet omhyggelig artikulation stiller krav om, at samtlige de lærere ved åndssvageanstalternes skoler, der underviser i modersmålet, modtager et kursus i fonetik og vejledning i behandling af de allerletteste sprog- og taledefekter, idet der fremtidig bør stilles krav om, at der indenfor modersmålsundervisningens rammer i et vist beskedent omfang gives taleundervisning til hjælp af de omtalte sproglige og artikulatoriske mangler. Det er formentlig endvidere motiveret i det ved denne undersøgelse fundne, at der ved de større skoler ansættes en talepædagog, der udelukkende beskæftiger sig med de sværere retardationer og de øvrige egentlige talelidelser. Det er klart, at en enkelt talepædagog ikke kan overkomme det store arbejde, som ville kræves, såfremt alle de talelidende skulle føres frem til normal tale. Men man går her ud fra, at kun de patienter, der skal udskrives af forsorgen, behøver at nå dette mål, medens de, der ikke udskrives, kan nøjes med mere eller mindre undervisning, alt efter deres lidelse og efter deres senere placering i samfundet. En klassificering af materialet med henblik på dette forhold lader sig ikke gøre på grundlag af nærværende undersøgelse og med undersøgerens beskedne kendskab til

de enkelte elever, men må foretages efter andre kriterier og af forsorgens læger og pædagoger.

Ved de mindre eksternatskoler vil det sikkert være tilstrækkeligt at knytte en i den pågældende by praktiserende talepædagog til skolen, da der her ikke i længden vil være behov for mere end en enkelt eller et par timers taleundervisning daglig. Opmærksomheden henledes endelig på, at behovet som følge af, at der ikke tidligere har været foranstaltet taleundervisning på skolerne, vil være størst i starten. Et større antal lettere sprogretardationer og andre lette talelidelser vil nemlig kunne fjernes gennem ret kort tids undervisning, og det kan derfor forventes, at det efter nogen tids undervisning, når en del elever som følge af helbredelse eller bedring ikke mere trænger dertil, vil vise sig, at behovet for taleundervisning vil være mindsket noget, selvom der er kommet nye elever ind i skolen.

Århus, den 13. april 1952.

Henrik Abrahams.

Socialministeriets
bibliotek