

Sammendrag

Afasi er en ervervet språkvanske som forårsakes av en lesjon i språksentrene i hjernen, vanligvis på grunn av slag. De afatiske utfallene kan være av både lett og tung grad, og de som blir rammet av afasi vil ha behov for veiledning og behandling for å trene opp de språklige evnene igjen. I denne studien har jeg ønsket å kunne si noe om hva som kan være viktige faktorer og prioriteringer i en god afasipraksis. Dette har jeg gjort ved å sammenstille det forskningen sier om afasibehandling med erfaren logopeds refleksjoner og erfaringer rundt utredning og behandling av afasi. Studien ble gjennomført i form av et semistrukturert kvalitativt intervju. Resultatet viser at forskningen sammenfaller med praksisen til denne logopeden på mange områder, men at det også er noen diskrepanser.

Abstract

Aphasia is an acquired language impairment which is caused by a lesion to the language-centers in the brain, usually because of a stroke. The outcomes of aphasia can be both subtle and severe, and people who are affected by aphasia will be in need of guidance and treatment to recover their language ability again. The purpose of this study was to pinpoint some important factors and priorities in a good aphasia-practice. As a base for this study I have looked to research but also an experienced speech- and language pathologist's reflections and experiences around assessment and treatment of aphasia. The methodology used was a semi-structured qualitative interview. The results show that research coincides with this speech- and language pathologists practice in many areas, but there are also some discrepancies.

Forord

Med dette avsluttes fire år som masterstudent i logopedi ved NTNU i Trondheim. Det er litt vemodig, men også en lettelse å skrive de siste oppsummerende ordene i denne avhandlingen.

Jeg vil rette en stor takk til min informant som uten å nøle var villig til å stille opp.

Jeg vil også rette en takk til min veileder Kaja Borthen for god og konkret veiledning gjennom denne prosessen.

Takk til familie og venner for støttende ord og en skulder å lene seg på.

Sist, men ikke minst, takk til alle medstudenter for fire fine år i Trondheim.

Trondheim, mai 2018

Lisbet Midtgarden

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	4
2	Teoretisk bakgrunn.....	6
2.1	Hva er afasi?	6
2.2	Former for afasi	7
2.2.1	Wernickes afasi	8
2.2.2	Konduksjonsafasi	8
2.2.3	Brocas.....	8
2.2.4	Sensorisk og motorisk transkortikal afasi	9
2.2.5	Global afasi	9
2.2.6	Oppsummering	10
2.2.7	Tilleggs vansker ved afasi	11
2.2.8	Hjernens plastisitet og evne til rekonvalesens.....	12
3	Afasiutredning og behandling	14
3.1.1	Afasiens eldste referanser.....	14
3.1.2	Schuell's stimulim metode	14
3.1.3	Nevropsykologisk tradisjon.....	15
3.1.4	Kognitiv nevropsykologisk tradisjon	15
3.1.5	Psykososial tradisjon	16
3.1.6	Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)....	16
3.1.7	Reaktivering, reorganisering og kompensering.....	18
3.1.8	Sammenfatning.....	19
3.2	Et godt rehabiliteringsforløp.....	20
3.2.1	Evidensbasert praksis	21
4	Retningslinjer, lover og regler i afasibehandlingen.....	26
4.1	Retten til logopedhjelp.....	26
4.2	Helsedirektoratets anbefalinger for rehabilitering ved afasi.....	27
4.3	Forskningen bak Helsedirektoratets retningslinjer	29
5	Metode.....	32
5.1	Kvalitativt intervju.....	32
5.2	Valg av informant.....	32
5.3	Intervjuguide.....	34
5.4	Gjennomføring.....	35

5.5	Validitet og reliabilitet.....	36
5.6	Generaliserbarhet og etikk.....	36
5.7	Databehandling og analyse.....	37
5.7.1	Databehandling.....	37
6	Resultat.....	40
6.1	Kategorisering av afasi.....	40
6.2	Prioriteringer i behandlingen.....	42
6.3	Utredning og testing.....	44
6.4	Omfang og intensitet i behandlingen.....	46
6.4.1	Mengde og hyppighet av logopediske tiltak.....	47
6.4.2	Avslutning av behandling.....	48
6.5	Viktige menneskelige momenter i behandlingen av afasi.....	48
6.6	Oppsummering.....	52
7	Sammenfatning.....	56
	Litteraturliste.....	60
	Vedlegg.....	64
	Figur 1: Damasio (1992, s. 6).....	11
	Figur 2: Sonnentheil, Österberg, Blom Johansson og Jennische (2014, s. 9).....	17
	Figur 3: Paphanasiou og Coppens (2017, s. 13), Aphasia United «Top 10» International Best Practice Recommendations for Aphasia.....	25
	Figur 4: Helsedirektoratet (2010, s.129).....	27
	Figur 5: Sammenhengen mellom kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene i "Afasi - rehabilitering ved afasi og taleapraksi" fra Helsedirektoratet (2010, s. 18).....	28

1 Innledning

Ordet *afasi* kommer fra det greske ordet *aphasia* og betyr tap av taleevnen, og det finnes beskrivelser av mennesker med språkvansker etter hodeskade helt fra ca. 5000 år før nåtiden (Code, 2017). Mye av utviklingen innenfor afasifeltet har imidlertid skjedd i det siste århundret. Blant annet har man gått fra å tenke på afasi som kun en språklig vanske til å tenke at afasi også rammer de sosiale og følelsesmessige aspektene i et menneskes liv.

Temaet i denne oppgaven handler om hva som er viktige faktorer og prioriteringer i afasipraksisen. Afasiutredning og behandling er komplisert, blant annet fordi individer med afasi er svært forskjellige. I en hektisk hverdag og i en jungel av metoder og verktøy er det ikke alltid lett å vite hvilke valg som er de riktige. Mange ganger er det kanskje også mer enn en vei å gå for å finne en løsning på et problem. Det finnes forskningsbaserte retningslinjer for logopeders arbeid med afasipasienter, utarbeidet av blant annet Papathanasiou og Coppens (2017) og Helsedirektoratet (2010), men en del av punktene er relativt generelle og åpne når det kommer til praktisk gjennomføring (f.eks. valg av tester). Og mens enkelte av retningslinjene regnes som å ha svært solid støtte i forskningen, er det andre punkter i retningslinjene som i mindre grad er forskningsbaserte. Dette betyr at det kan være interessant å undersøke logopeders erfaringer med afasibehandling, hva som er viktige faktorer i slik behandling, og hva de har erfart er viktige prioriteringer. Én ting er hva som er ideelle retningslinjer; en annen ting er hva man bør prioritere når tiden fordeles mellom mange pasienter. Min hovedkilde til ny innsikt om temaet er en logopeds erfaringer og refleksjoner rundt afasiutredning og behandling og hva som er et godt afasitilbud. Det overordnede forskningsspørsmålet er:

Hva er viktige faktorer og prioriteringer i en god afasipraksis?

Ut fra faglitteratur om afasiutredning og behandling har jeg utformet 5 forskningsspørsmål:

- 1) Opplever informanten det som vesentlig å kartlegge pasienter for type afasi i sin praksis?
- 2) Hvilke prioriteringer i behandlingen av afasi fremhever informanten?
- 3) Hvilke screeningsverktøy fremhever informanten som nyttige i testing og utredning?

- 4) Hva rapporterer informanten om hennes praksis når det gjelder omfang og intensitet i behandlingen?
- 5) Hvilke andre – mer menneskelige og sosiale – aspekter ved behandlingen framhever informanten i sin redegjørelse for sin praksis?

Avhandlingen er strukturert på følgende måte: I Seksjon 2 vil jeg se på hvordan afasi kan defineres ut fra dagens tankegang om at afasi er en flerdimensjonal vanske. Her vil jeg også gå inn på hvilke former for afasi man opererer med i faglitteraturen, og hvilke språklige vansker de ulike formene for afasi kan gi. Seksjon 3 omhandler retninger innenfor afasiutredning og behandling, og hvordan disse retningene har utviklet seg siden etterkrigstiden. Her vil jeg også se på hva som ligger i begrepet evidensbasert praksis, samt trekke inn Papathanasiou og Coppens (2017) sine anbefalinger for å sikre dette, presentert i *Figur 2*. Afatikeres rettigheter blir presentert under seksjon 4. Under denne seksjonen presenteres også en tabell fra Helsedirektoratet (2010) som omhandler anbefalinger for afasiutredning og behandling (*Figur 3*). Disse anbefalingene er på samme måte som Papathanasiou og Coppens (2017) sin tabell basert på forskning på feltet. Seksjon 5 omhandler metodiske refleksjoner. I seksjon 6 vil jeg presentere funnene fra intervjuet jeg har foretatt med min informant. Jeg vil her se på informantens erfaringer og refleksjoner rundt utredning og behandling av afasi og hvordan informantens refleksjoner rundt forskningsspørsmålene stemmer overens med retningslinjene fra Papathanasiou og Coppens (2017) (*Figur 2*) og Helsedirektoratet (2010) (*Figur 3*). I seksjon 7 presenteres avsluttende sammenfatninger.

2 Teoretisk bakgrunn

2.1 Hva er afasi?

De teoretiske rammeverkene og tankene som er i tiden vil reflekteres i definisjonen av afasi. Ettersom forskningen utvikler seg, gjør også definisjonene det. Man finner derfor flere definisjoner av afasi som i dag vil anses som utdaterte ettersom de gjenspeiler et tankesett man ikke lenger har. I antikken antok man at språket lå i den rasjonelle delen av sjelen og det dominante synet var at menneskets kognitive funksjoner lå i hjertet (Tesak & Code, 2008). I dag vet vi mer om anatomiske og kognitive funksjoner enn den gang, og tanken om hva afasi er har endret seg i takt med dette. Det er derfor ingen grunn til å tro at definisjonen av afasi ikke kan forandre seg i fremtiden også. Men det er likevel nødvendig med en definisjon av afasi for å kunne si noe om hva som er afasi og hva som ikke er det.

Det rådende synet på afasi i dag er at det en flerdimensjonal vanske. I følge Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017) innebærer dette at afasi vil kunne påvirke alle språkets deler (fonologi, morfologi, syntaks, semantikk, pragmatikk), men også alle modaliteter som snakking, lesing, skriving og synging. Det vil også kunne påvirke forståelsen (impressivt språk) og taleførheten (ekspressivt språk). Nevrologisk forbindes årsaken til afasi med en fokal lesjon. Lesjon refererer til type skade, mens fokal innebærer at skaden er begrenset innenfor et område. Om man ser det fra et funksjonelt/sosialt perspektiv er afasi en kommunikasjonsvanske som skjuler den påvirkedes innehavende kompetanse.

Papathanasiou og Coppens (2017, s. 4) definerer afasi på følgende måte:

«[...] an acquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person's communicative and social functioning, quality of life, and the quality of life of his or her relatives and caregivers”.

Ut fra definisjonen over er afasi en ervervet vanske som påvirker selektive deler av språkmodalitetene. Årsaken er en fokal hjernelesjon i språkdominant hemisfære, som hos de fleste mennesker vil være venstre hemisfære. Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017) viser også til sosial fungering og livskvalitet som aspekter i en definisjon av afasi. Dette er i tråd med en moderne tankegang om afasi som jeg kommer inn på under kapittel 3. Kort

forklart kan man si at tanken rundt afasi har gått fra å være sykdomsorientert til at man ser på afasi som en kommunikasjonsvanske som også har ringvirkninger for en persons liv utenfor afasien.

Afasi deles gjerne inn i hovedkategoriene impressiv og ekspressiv afasi og ofte er en afatiker rammet mer eller mindre av begge varianter. Antonio Damasio (1944) er en universitetsprofessor innenfor nevrovitenskap, psykologi og filosofi. Han er forfatter av et stort antall forskningsartikler og har fått støtte til forskningsarbeidet sitt sammenhengende i over 30 år (USC, 2018). Han blir hyppig referert til blant annet av Papathanasiou og Coppens (2017). Damasio (1992) skriver at en afatiker med ekspressive vansker vil ha problemer med å omforme de mentale bildene sine om til språk. I motsatt fall vil en afatiker med impressive vansker ha problemer med å omforme en hørt eller lest setning til et representativt bilde. I nevrologien har man også hatt tradisjon for å dele opp afasi i flere kategorier hvor hver enkelt kategori har sine kjennemerker. De forskjellige formene for afasi relateres til bestemte områder i hjernen og antas å affekttere språket på ulike måter, noe jeg vil se videre på i neste seksjon.

2.2 Former for afasi

I litteraturen nevnes flere former for afasi. Det er bred enighet om det Damasio (1992) nevner som de seks hovedkategoriene innenfor afasi. Dette er: 1) Wernickes-, 2) konduksjons-, 3) sensorisk transkortikal-, 4) Brocas-, 5) motorisk transkortikal- og 6) globalafasi. På noen måter kan disse formene for afasi være like, men de har spesifikke kjennetegn som skiller en form for afasi fra en annen. De tre førstnevnte formene for afasi Damasio (1992) har gjerne et flytende talepreg. Chapey og Hallowell (2001) beskriver et flytende talepreg som at afatikeren klarer å snakke i spontane samtaler uten unormale pauser, uten store mengder meningsløse fyllord, eller lange perioder med stillhet. De tre sistnevnte formene for afasi gir ofte et ikke-flytende talepreg. Dette kjennetegnes ved at de ofte har et nedsatt taletempo og gir uttrykk for mindre kommunikativt innhold per enhet i tid enn normale talere gjør. Varianter av et flytende talepreg og et ikke-flytende talepreg vil naturligvis forekomme. Wernickes, som nevnt under, beskrives av Damasio (1992, s. 534) som en afasivariant som har et flytende talepreg, men med innslag av mye fyllord og fonemfeil. I neste seksjon vil jeg se nærmere på hva Damasio (1992) sier om dette.

2.2.1 Wernickes afasi

Om man ser på wernickes afasi, er årsaken ofte skade i området som kalles for wernickes område i temporallappen, og ligger i bakre del av språkområdet. På samme måte som de med brocas afasi har også pasienter med wernickes afasi vanskelig for å gjenta setninger riktig, sette sammen fonemene riktig, og å benevne ting riktig, men det er likevel en del forskjeller. For det første er talen til afatikere med Wernickes afasi flytende og til og med raskere enn vanlig tale. Likevel er innholdet i det de sier vanskelig eller ikke mulig å forstå på grunn av mange parafasier og neologismer. Afasiforbundet (2016) forklarer parafasier som det å bruke feil ord. Enten ord som ligner på ordet de hadde tenkt å si som «vaffel» for «gaffel» eller ord som har lignende betydning som «kniv» for «gaffel». Neologismer beskrives som ord uten meningsinnhold. Når det blir mye av dette, kan man tenke seg at det vil være vanskelig å forstå hva de prøver å uttrykke. En person med wernickes afasi har også vanskelig for å forstå hva andre sier til dem.

2.2.2 Konduksjonsafasi

Ifølge Damasio (1992) er konduksjonsafasi også innenfor kategorien flytende afasi, men i motsetning til wernickes afasi kan mennesker med konduksjonsafasi både forstå det essensielle i en setning og bli forstått. Likevel kan de ikke gjenta setninger ord for ord eller sette sammen fonemer på en effektiv måte. De produserer også mange parafasier og evnen til å komme på ord i en ansikt-til-ansikt-situasjon kan være nedsatt. Slik sett er konduksjonsafasi lik Brocas og Wernickes afasi da personer med disse afasiformene har vansker med å gjenta, feilkobler fonemene og har vansker med benevning. Det som skiller konduksjonsafasi fra Wernickes og Brocas afasi er at mennesker med konduksjonsafasi har en relativt godt bevart forståelse og taleevne.

2.2.3 Brocas

Damasio (1992) beskriver at Brocas afasi kommer av en skade i Brocas område (og områdene rundt) i den dominante hjernehalvdelen. Brocas område befinner seg i frontallappen like ved sentralfuren og lateralfuren som skiller frontallappen fra temporal- og parietallappen. Dette er det fremre språkområdet. Større deler i dette området kan også være rammet og alvorlighetsgraden av symptomene vil øke dess større området som rammes. Mennesker med brocas afasi opplever et drastisk tap av taleflyt. Ofte er pausene mellom ordene lengre enn

ytringene i seg selv. Intonasjonen er også flat i forhold til normaltalende. Likevel kan mennesker med brocas afasi kommunisere på en relativt grei måte, da ordene de uttrykker er tydelige og ordene de velger er riktige i forhold til hva de ønsker å si. Et annet viktig trekk er at de ikke klarer å gjenta setninger ord for ord selv om de forstår hva setningene betyr. Det er også ofte en lammelse i høyre arm og høyre side av ansiktet. Brocas afasi kalles ofte for agrammatisk afasi ettersom mennesker med denne formen for afasi ofte har vansker med å forme ordene i den rekkefølgen som er grammatisk riktig. Morfemene, slik som bøyning av substantiv samt preposisjoner og konjunksjoner, blir også ofte uttrykt feil eller utelatt. Forståelsen er relativt intakt, men komplekse setninger kan være vanskelige å forstå for mennesker med denne formen for afasi. Eksempel på kompleks setning kan være «Jenta som gutten kysset er flau».

2.2.4 Sensorisk og motorisk transkortikal afasi

Ifølge Damasio (1992) har man ikke spesielt mye kunnskap om transkortikal afasi, men det som skiller mennesker med både sensorisk og motorisk transkortikal afasi fra andre typer, er at de har evnen til å gjenta setninger. Den motoriske varianten opptrer oftest etter skade i venstre frontale korteks, foran og over brocas område, men det kan også være skade på brocas område. Ved den sensoriske varianten er årsaken lesjoner i temporal- eller parietallappen i nærheten av wernickes område. Det vil si lengre bak i hemisfæren. Hovedforskjellen mellom disse er at den motoriske varianten fører til et ikke-flytende talepreg mens den sensoriske transkortikale formen for afasi har et flytende talepreg.

2.2.5 Global afasi

(Damasio, 1992) beskriver afatikere med global afasi til å være omtrent uten evnen til å forstå språk eller formulere tale. Denne varianten for afasi kombinerer trekk fra både Brocas og Wernickes afasi. Spontantalen er redusert til noen få ord og setninger og det samme ordet kan bli brukt gjentagende både på adekvat måte og ikke. Den automatiserte talen er derimot bevart og kan bestå av en del kraftuttrykk. Telling og oppramsing av dagene er også en form for automatisert tale som ofte er bevart. Auditiv forståelse, som vil si evnen til auditivt å prosessere og diskriminere lydbilde og fonemer, er begrenset til noen få substantiv, verb og idiomatiske uttrykk.

Afatikere med global afasi har vanligvis lammelser på høyre side av ansiktet samt høyresidig hemiplegi. Damasio (1992) beskriver tre varianter av global afasi hvor tre forskjellige kombinasjoner av hjerneskader forekommer. Han betegner også tilstedeværelse eller fravær av hemiplegi som et viktig tegn på lokaliseringen av hjerneskaden. Når hemiplegi er tilstede har skaden oppstått i fremre språkregion (som ved Brocas afasi), hele området som omfatter basalgangliene, insulare og auditive korteks og bakre språkregion (som ved Wernickes afasi). En slik skade kan bare oppstå ved et stort infarkt i området som får tilførsel av den midtre cerebrale arterie. Det ligger i kortene at mennesker med denne varianten av global afasi vil ha store vansker og alvorlig afasi. Det er også få eller ingen forbedringer i afasien eller de motoriske vanskene. De to andre variantene for global afasi Damasio (1992) beskriver, gir ikke utfall som hemiplegi. Det er også andre hjerneområder som blir rammet. Kort forklart gir en av variantene færre motoriske og sensoriske utfall, samt at et større område av språkrelaterte strukturer bevares. Den siste varianten av global afasi gir utfall nærmere en Brocas afasi i kronisk fase.

2.2.6 Oppsummering

Selv om denne inndelingen blir gjort mye i litteraturen som omhandler afasi, er det verdt å merke seg at det er få afatikere som har en ren Brocas eller Wernickes afasi. Utfallene hos hver enkelt person vil derfor ikke kunne leses ut fra en tabell. Selv om kategoriseringen aldri kan bli fullstendig utfyllende, kan den likevel gi et bilde av hva en afatiker med de forskjellige formene for afasi kan slite med. (Damasio, 1992) sier at de fleste pasienter som er sammenlignbare når det kommer til alder, hånddominans, utdanning, form for afasi og skadeområde i hjernen, kan plasseres innenfor en relativt liten gruppe diagnostiske kategorier. Han sier også at kommunikasjonen mellom klinikere og forskere kan kompromitteres dersom standardiserte kategorier blir satt til side. Dette kan vise til at man i forskningen har behov for kriterier dersom noe skal være målbart. I tabellen under gjør Damasio (1992) en oppsummering av de forskjellige utfallene ved de forskjellige formene for afasi. Han drar frem tale, forståelse, gjentakelsesevne, følgevansker (lammelser, depresjoner) og området som er affektert som de viktigste punktene.

Table 1. Differential Diagnosis of the Main Types of Aphasia.

TYPE OF APHASIA	SPEECH	COMPREHENSION	CAPACITY FOR REPETITION	OTHER SIGNS	REGION AFFECTED
Broca's	Nonfluent; effortful	Intact or largely preserved	Impaired	Right hemiparesis (arm and leg); patient aware of defect and may be depressed	Left frontal (lower, posterior)
Wernicke's	Fluent; abundant; well articulated; melodic	Impaired	Impaired	No motor signs; patient may be anxious, agitated, euphoric, or paranoid	Left temporal (posterior and superior)
Conduction	Fluent with some articulatory defects	Intact or largely preserved	Impaired	Often none; patient may have cortical sensory loss or weakness in right arm; right-sided facial weakness may be seen	Left supramarginal gyrus or left auditory cortex and insula
Global	Scant; nonfluent	Impaired	Impaired	Right hemiplegia; may present without hemiplegia	With hemiplegia: massive left perisylvian lesion; without hemiplegia: separate frontal and temporoparietal damage
Transcortical					
Motor	Nonfluent; explosive	Intact or largely preserved	Intact or largely preserved	—	Anterior or superior to Broca's area; may involve part of Broca's area
Sensory	Fluent; scant	Impaired	Intact or largely preserved	—	Area surrounding Wernicke's area, posteriorly or inferiorly
Atypical					
"Basal ganglia"	Dysarthric, but often fluent	Impaired	May be intact or impaired	Right hemiparesis (arm and leg)	Head of caudate nucleus; anterior limb of capsule
"Thalamus"	Fluent; may be logorrheic	Impaired	Intact or largely preserved	Attentional and memory defects in acute phase	Anterolateral thalamus

Figur 1: Damasio (1992, s. 6)

2.2.7 Tilleggsvansker ved afasi

Lind, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph og Qvenild (2010) beskriver lammelser som en av de vanligste tilleggsvanskene ved afasi. Dette rammer omtrent 80 % av alle de 15000 som får hjerneslag i Norge hvert år. Dette er ofte høyresidige lammelser ettersom nervebanene krysser fra venstre hjernehalvdel til høyre kroppshalvdel og motsatt. Andre vansker er synsproblemer, som vises hos omtrent 60 % av mennesker med hjerneslag. Ofte er det deler av synsfeltet som er rammet, såkalt synsfeltutfall. På grunn av hvordan synsnervebanene går i hjernen vil en med venstresidig hjerneskade få synsfeltutfall på høyre side av begge øyne. Dysartri er en talevanske som skyldes skade i taleorganet eller nervene som kontrollerer det. En talevanske påvirker språket fonetiske nivå slik at talen blir utydelig og vanskelig å forstå. Det er derfor ikke en språkvanske på samme måte som afasi, men en relativt vanlig følgevanske som kan komme ved siden av de afatiske vanskene. Lammelsene kan også ramme svelgfunksjonen, og kalles da dysfagi. Apraksi er forstyrrelser i evnen til å utføre viljestyrte bevegelser selv om musklene er intakte. Konsekvensen av taleapraksi, som er en undergruppe av apraksi, kan være at personen har vansker med å utføre talebevegelsene raskt og på riktig måte. Ofte er apraksi forårsaket av en skade i den fremre delen av hjernebarken (Gjerstad, 2018). Ettersom afasi som oftest er en følge av et hjerneslag vil afatikerer også

kunne vise andre kognitive vansker som hukommelses- og konsentrasjonsvansker. Også et større behov for hvile og søvn, samt mindre initiativ og redusert evne til planlegging, kan forekomme.

2.2.8 Hjernens plastisitet og evne til rekonvalesens

Fra vi blir født må vi tilegne oss ferdigheter som å sanse, sitte, gå, løpe og snakke. Senere i livet lærer må vi også lære oss mer avanserte intellektuelle prosesser. I følge Jansen (2018) er våre hovedmønster av nervebaner genetisk bestemt og dannes likt hos alle individer, forutsatt normale forhold. Utviklingen i nervesystemet er dog betydelig preget av individets samspill med omgivelsene. Vår evne til å tilegne oss nye ferdigheter har å gjøre med at nervesystemet er i stand til å finjustere signalveiene og signalbehandlingen i de aktuelle nervebanene, som med andre ord kan kalles hjernens plastisitet eller formbarhet. Plastiske forandringer er avhengig av aktivitet i nervebanene og fører til at noen synaptiske koblinger svekkes, noen styrkes, noen nydannes og noen elimineres. Resultatet er at nervesystemet utfører de aktuelle oppgavene mer effektivt og raffinert. Etter hvert som vi blir eldre, spesielt etter ungdomsårene, svekkes hjernens plastisitet til en viss grad. Men mye er fortsatt igjen, noe som gjør oss i stand til stadig å lære nye ting. Mange vil oppleve en svekkelse av læreevne og hukommelse i økende grad etter hvert som vi blir eldre, ofte fra 60-årene og ut gjennom alderdommen.

I afasi vil gjenervervelse av språk og kommunikasjon også avhenge av hjernens evne til plastisitet. Det er flere faktorer som kan spille inn på en afatikers rekonvalesens.

Papathanasiou, Coppens, Durand og Ansaldo (2017) deler dette inn i individuelle faktorer og nevrologiske faktorer, hvor personlige faktorer kan være alder, utdanning, hånddominans samt psykologiske og følelsesmessige faktorer. Nevrologiske faktor er relatert til etiologien av skaden som størrelse og hvilket område som er affektet, alvorlighetsgrad og form for afasi. Hvordan disse faktorene påvirker de afatiske vanskene vil jeg ikke gå inn på i denne avhandlingen. Det jeg likevel vil trekke frem, og som jeg forklarer over, er at hjernen har evnen til å forandre seg ved hjelp av stimuli og påvirkning utenfra. Dette vil derfor være en vesentlig overordnet tanke å ha med seg inn i afasirehabiliteringen.

3 Afasiutredning og behandling

Som nevnt tidligere vil de teoretiske rammeverkene og tankene i tiden reflekteres i en definisjon av afasi. Utredning og behandling av afasi vil på samme måte influeres av de teoretiske rammeverkene og utvikles over tid. Noen teorier forgår og noen består, mens noen igjen justeres og utvikles videre til nye retninger. Innenfor afasiutredning og behandling kan teoriene i hovedsak deles i to tradisjoner som hver har flere retninger. Utrednings- og behandlingstradisjonene kan deles i tradisjonell (sykdomsorientert) og psykososial (funksjonell, konsekvens-orientert) tradisjon. Martin, Thompson og Worrall (2007) sier at et sykdomsorientert syn vil definere afasi som en språkvanske og derfor vil også afasibehandlingen fokusere på språket. En videreutvikling av denne tankegangen er at afasi er en psykososial vanske som påvirker både språket og kommunikasjonsevnene. Derfor er barrierer som stenger klienten fra bruk av kommunikasjon ett av fokusområdene i et konsekvensorientert syn. Afasi er dog både en språkvanske og en funksjonsvanske og den ene modellen ekskluderer derfor ikke den andre.

3.1.1 Afasiens eldste referanser

De eldste referansene til afasi som vi kjenner til dateres tilbake til 5000 og 4200 år før nåtiden i det vi nå kaller Edwin Smith papyrusen. Men ikke før på 1800-tallet kan man si at det som har inspirert dagens vitenskap rundt afasi begynte å spire. Selv om Code (2017) nevner både Leonardo Da Vinci (1472-1519) og hans bidrag til dagens anatomi, Thomas Willis (1621-1625) og hans bidrag til nevrovitenskapen, Franz Josef Gall (1764-1828), Jean Baptiste Boullaid (1796-1881), og Ernest Auburtin (1825-1893) sine bidrag til hjerneforskningen, er nok de mest kjente tidlige bidragsyterne til afasivitenskapen Pierre Paul Broca (1824-1880) som beskrev det såkalte talesentrum i hjernebarken og Carl Wernicke (1848-1905) som oppdaget det sensoriske språksentrum i hjernen. I de følgende seksjonene vil jeg se på noen av utrednings- og behandlingstradisjonene som har sprunget ut fra dette.

3.1.2 Schuell's stimulimetode

Etter 2. verdenskrig utviklet Joseph Wepman (1907-) og Hildred Schuell (1907-1970) utrednings- og behandlingsmetoder for forskjellige varianter av afasi. I hovedsak ble disse metodene basert på auditorisk stimuli og gjentakelse. Deres tankegang gikk ut på at personen med afasi ikke hadde mistet språkfunksjonene men funksjonene hadde blitt utilgjengelige.

Språkkompetansene var holdt ved like men språkfremførelsen var hemmet. Ideen var at rett stimuli kunne gjenvinne tapt språkfunksjon. Stimuli- og gjentakelsesprinsippene er viktige også for dagens terapimetoder og både Wepman og Schuell har utviklet testbatterier som er brukt til langt utpå slutten av 1900-tallet (Code, 2017).

3.1.3 Nevropsykologisk tradisjon

Nevropsykologisk tradisjon er innenfor et tradisjonelt perspektiv. Norsk Grunntest for Afasi (NGA), som beskrevet av Lind et al. (2010) baseres på Boston-skolen, kan plasseres innenfor denne tradisjonen. Reinvang og Engvik (1980) legger til grunn at NGA skal kunne innhente systematiske opplysninger om språklig avvik hos en klient. Testen skal kunne gradere avvik på ulike språklige funksjonsområder samt at det skal være mulig å legge merke til bestemte kombinasjoner av afasivarianter. Lind et al. (2010) beskriver tradisjonen som en anatomisk-funksjonell modell hvor ulike afasisymptomer relateres til ulike skadesteder i hjernen.

3.1.4 Kognitiv nevropsykologisk tradisjon

Code (2017) sier at den kognitive nevropsykologiske tradisjonen som ble utviklet på tidlig 1980-tallet representerte et brudd med tradisjonen som fokuserte på å gruppere og klassifisere afasi. I nevropsykologisk tradisjon relateres ulike afasisymptomer til ulike skadesteder i hjernen. I den kognitive nevropsykologiske tradisjonen fremheves ikke koplingen mellom skadested og afasitype like sterkt og man har derfor gått fra et fokus på gruppe til et fokus på individ. Med andre ord tenkte man at det ikke er mulig å generalisere hvilke syndromer enkeltindividet opplever basert på skadested, og man tar til orde for en mer individualisert behandlingsmetode. Lind et al. (2010, s. 30) forklarer det slik:

«Til forskjell fra en funksjonell-anatomisk modell er modeller innenfor kognitiv nevropsykologisk tradisjon normalt ikke basert på antakelser om hvor i hjernen en skade har skjedd. Hovedfokuset er rettet mot selektive skader i en språkprosesseringsmodell uten at det dermed antas at modellen samsvarer med spesifikke strukturer i hjernen, eller at svikten kan forklares med henvisning til lokalisering av skaden i hjernen. Forklaringer på svikt i språkprosesseringen relateres heller til hvilke komponenter som antas å være involvert i en gitt språklig prosess, og til psykologisk definerede variabler som antas å påvirke språkprosesseringen, som ordfrekvens og ordlengde. I tråd med dette innebærer afasikartleggingen innenfor kognitiv nevropsykologi primært å forsøke å avdekke hvor i den språklige prosesseringen en svikt er lokalisert.» (Lind et al. 2010, s. 30)

De psykolingvistiske variablene kan være ordfrekvens, billedlighet, ordlengde, leksikalitet og grammatisk kategori. Eksempel på tester som kartlegger dette er *Verb- og setningstesten* (VOST) (Bastiaanse, Lind, Moen & Simonsen, 2006), *Pyramide- og Palmetesten* (PyPat) (Howard & Patterson, 1992) og *Psykolingvistisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede* (PALPA) (Kay, Lesser & Coltheart, 1996) og er i følge Lind og Haaland-Johansen (2013) noen av de vanligste testene for utredning av afasi i Norge.

3.1.5 Psykososial tradisjon

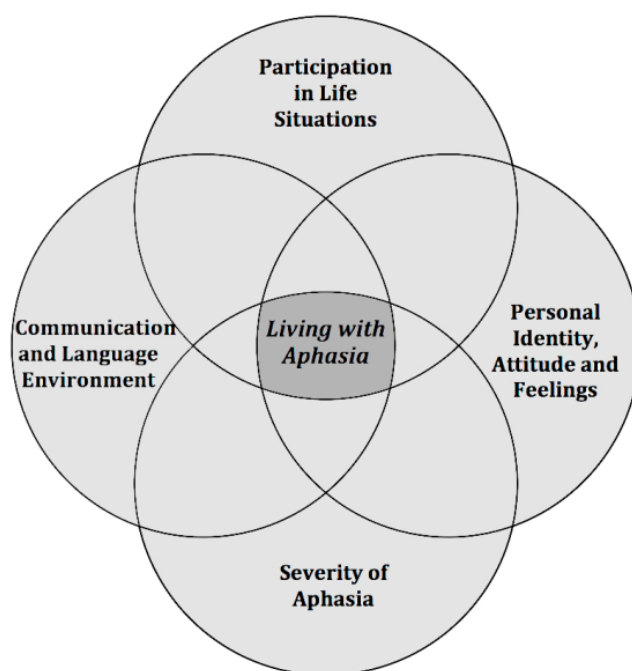
Martin et al. (2007) er et talsrør for den psykososiale tradisjonen og sier at «(...) language is the currency of relationships; therefore, aphasia has a widespread effect on partners, children, parents, siblings, friends; and colleagues; and hence it has broader effects in the community» (Ibid, s. 10-11). Man kan si at den psykososiale tradisjonen kom som en reaksjon på den tradisjonelle tankegangen, ettersom man tenkte at et fokus på rehabilitering av språket alene ble for snevert og for lite orientert rundt livet og virkeligheten til personen med afasi. I psykososial tradisjon ønsker man å lære klienten å leve livet med afasi. Dette betyr at man setter mål som går utenfor selve afasien. Som sitatet over poengterer, er det ikke bare personen med afasi som rammes, men også familien, venner og kolleger, så afasi hos en enkeltperson får også en effekt på samfunnet som helhet. Man bør derfor sette mål som er definert ut fra forhold utenfor afasien. Målene kan være å komme tilbake til arbeidslivet eller ha en bedre kommunikasjon med familien.

3.1.6 Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)

World Health Organization (WHO) har utviklet *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) som på norsk er oversatt til *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*, som kan sies å være sammenfatningen av de ovennevnte tradisjonene. WHO (2006) viser til at tradisjonelle indikatorer på helse har vært basert på sykdomstilstander, dødelighet og dødsårsaker. ICF har på den andre siden til hensikt å klassifisere menneskers funksjonsevne relatert til deres mulighet for deltakelse i sosialt liv. Dette gjør man ved å vurdere hindrende eller fremmende faktorer innenfor to hovedområder som hver inneholder to emneområder. Hovedområdet som omhandler (1) Funksjon og funksjonshemming deles inn (a) Kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer og (b) Aktiviteter og deltagelse. Andre hovedområdet som omhandler (2) Kontekstuelle faktorer deles inn i (c)

Miljøfaktorer og (d) Personlige faktorer (klassifiseres ikke). Kroppsfunksjoner og -strukturer beskriver organiske avvik og funksjonshemninger mens miljøfaktorer omhandler alt fra enkeltmenneskets nærmeste miljø til mer allmenne miljøforhold i samfunnet. Personlige faktorer er også med under kontekstuelle faktorer men de lar seg ikke klassifisere i ICF på grunn av store sosiale og kulturelle variasjoner. ICF er også kalt et biopsykososialt perspektiv ifølge Worrall, Papanathansiou og Sherratt (2017). Begrepet *biopsykososialt* refererer til at man i terapien bør ta hensyn til de biologiske vanskene samt de psykolingvistiske og kognitive prosessene som ligger til grunn for språk innenfor en sosial kontekst. Med andre ord kan man si at begrepet biopsykososial omhandler biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Malt, 2009). Man ser derfor at ICF rommer både den medisinske (tradisjonelle) og sosiale tilnærmingen til afasi. Worrall et al. (2017) beskriver ICF som en holistisk og godt egnet tilnærming til afasirehabiliteringen. Historisk har man sett på de medisinske og sosiale modellene som distinktivt adskilt fra hverandre. Tilnærmingene er forskjellig med tanke på hva de vektlegger, men for å oppnå optimal forbedring i både språk og kommunikasjon må man i følge Hillis, Worrall og Thompson (2008) kombinere begge modellene i afasirehabiliteringen.

Modellen under er hentet fra Sonnentheil, Österberg, Blom Johansson og Jennische (2014, s. 9) og viser til hvordan de forskjellige aspektene innenfor ICF-perspektivet til slutt påvirker det å leve med afasi (Living with aphasia).



Figur 2: Sonnentheil, Österberg, Blom Johansson og Jennische (2014, s. 9)

Afatiske vanskegrad (*severity of aphasia*) refererer til det ICF definerer som *kroppsfunksjoner og –strukturer* (seksjon 3.1.6). Det er her snakk om språkmodaliteter som lesing, skriving, tale og forståelse. Måten man finner ut av afatisk vanskegrad er ved hjelp av en språklige test.

Delaktighet i hverdagssituasjoner (*participation i life situations*) er hva ICF forklarer som *aktivitet og deltakelse*. Dette viser til aktiviteter, kommunikasjon og samtale, roller og ansvarsområder samt relasjoner og kan dreie seg om personens evne til deltakelse i arbeidslivet, fritidsaktiviteter, og evne til å opprettholde relasjoner.

Kommunikativt og språklig miljø (*communication and language environment*) omhandler ICF's *miljøfaktorer*. Dette viser til aspekter ved afasien som påvirker afatikerens tilgang til tjenester, organisasjoner og politikk. Også samfunnets holdninger til personen kan være påvirkende faktorer innenfor dette.

Personlig identitet, holdning og følelser (*Personal identity, attitude and feelings*) er hva ICF viser til som *personlige faktorer*. Dette omhandler afatikerens tanker om fremtiden, følelser samt afatikerens selvbylde.

Disse fire domene er ment å gi et bilde av de påvirkende faktorene som omhandler det å leve med afasi (*living with aphasia*), og sammenfatter de ulike teoretiske retningene for afasiutredning og behandling som er utviklet siden etterkrigstiden.

3.1.7 Reaktivering, reorganisering og kompensering

Worrall et al. (2017) beskriver innenfor de forskjellige utrednings- og terapimetodene nevnt over, tre begreper som sier noe om hva metoden er ment å avhjelpe afatikerer med. Dette er «restoration, reconstitution and compensation». Disse er oversatt av Lind et al. (2010) som «reaktivering, reorganisering og kompensering». I førstnevnte begrep ligger det at man skal reaktivere den skadde hjernefunksjonen. Med denne tilnærmingen vil man med stimulering bidra til at funksjoner som er skadet repareres og således reaktiveres. Språkfunksjonen blir tilnærmet lik slik den var før skaden oppsto. Herunder kommer ifølge Worrall et al. (2017) Schuells stimuleringsmetode, nevropsykologisk og kognitiv nevropsykologisk tradisjon, men også noe de nevner som nevrologvistisk tradisjon, som jeg har valgt ikke å fokusere noe videre på. Reorganisering innebærer at områdene opprinnelig knyttet til en funksjon er såpass

skadet at andre områder i hjernen må overta funksjonen. Code (2017) nevner Aleksander R. Lurija (1902-1977) som et kjent navn innenfor denne metoden. Hans tanke var at intakte funksjonelle systemer i hjernen kunne erstatte funksjonen til et skadet system i hjernen. Som eksempel mente Lurija at bokstaver som var laget av sandpapir kunne hjelpe mennesker med en lesevanske ved at man med sandpapiret gikk via det taktile systemet. For apraksi ble det laget «artikulogrammer» av leppene som produserte forskjellige kombinasjoner av språklyder, og personen med apraksi brukte dermed en visuell vei for å finne frem til taleproduksjonssystemet. Andre reorganiseringsmetoder i følge Lind et al. (2010) innebærer å utnytte funksjoner som vanligvis er sterkere forankret i høyre hjernehalvdel, slik som prosodi, for å hente frem verbale ytringer. Innenfor denne metoden nevner Worrall et al. (2017) nevropsykologisk samt kognitiv nevropsykologisk tradisjon. Sistnevnte begrep, kompensering, innebærer at den skadde funksjonen ikke kan rehabiliteres verken med reaktivering eller rehabilitering og man må derfor kompensere ved hjelp av andre alternativer. Dette kan romme mange forskjellige typer tiltak som beskrevet i Lind et al. (2010), alt fra penn og papir til avanserte datamaskiner. Denne metoden befinner seg også innenfor nevropsykologisk og kognitiv nevropsykologisk tradisjon, ifølge Worrall et al. (2017).

3.1.8 Sammenfatning

Tradisjonene og metodene beskrevet over er ulike innfallsvinkler til afasiutredning og behandling. Som nevnt deler man gjerne de ulike fagtradisjonene i to fløyer, hvor den ene fokuserer på sykdomsaspektet og den andre fokuserer på det sosiale og funksjonelle aspektet. Slik sett blir dette fagtradisjoner og metoder som har en relativt ulik innfallsvinkel. Det er dog et poeng at det også finnes likheter i disse fagtradisjonene og metodene. Fellesnevneren er blant annet at et hovedmål i afasirehabiliteringen dreier seg om å hjelpe mennesker med afasi til å fungere bedre i det virkelige liv, samt å gjøre dem i stand til å møte barrierene for deltakelse og selvrealisering i samfunnet. Det er i følge Whitworth, Webster og Howard (2005) ikke en motsetning mellom funksjonelle, sosiale mål og terapi som tar sikte på å redusere vansker. Whitworth et al. (2005) eksemplifiserer dette med en musiker som øver skalaer. Musikeren øver ikke skalaer fordi fremføringer handler om å spille skalaer, men fordi å spille skalaer utvikler evner som bedrer fremførelsen. Det samme gjelder for sykdomsorientert terapi. Det blir derfor viktig å kombinere begge metoder og tradisjoner i rehabiliteringen. Som Lind et al. (2010, s. 32) sier det: «Slik kombinerings må sies å være hovedregelen heller enn unntaket i afasilogopedien».

3.2 Et godt rehabiliteringsforløp

Ut fra ovennevnte oversikt over ulike teoretiske innfallsvinkler til afasi, kan man se at afasi rammer på forskjellige måter og at afasiutredningen og -behandlingen kan angripes med utgangspunkt i mange forskjellige teoretiske innfallsvinkler. Det er derfor aldri ett enkelt svar på hva som er et godt rehabiliteringsforløp, for variasjoner av vanskegrad og symptomer viser til et behov for individuelt tilpasset rehabilitering. Det er også hjemlet i lovtekst at opplæringen skal tilpasses den enkeltes behov (Lind et al., 2010).

Helsedirektoratet (2010) forklarer kort organiseringen av en slagbehandlingsskjede slik:

«Det overordnede målet for organisering av tilbudet er å gi personer som rammes av hjerneslag et effektivt og helhetlig behandlingstilbud som ivaretar de ulike behov gjennom ulike faser fra debut av slagsymptomer, via akutt behandling, rehabilitering, forebygging av nye hjerneslag, og videre oppfølging tilbake til et meningsfylt liv.

Behandlingstilbudet til personer som rammes av hjerneslag bør organiseres som en behandlingsskjede der målet er et pasientforløp som sikrer at pasienten får veldokumentert, effektiv, koordinert og riktig behandling til riktig tid i alle faser. Standardiserte pasientforløp kan være god basis for slike behandlingsskjeder både med hensyn til ressursbruk, kvalitet og effekt, men hvor nyttig dette er ved hjerneslag er foreløpig ikke avklart (11) (nivå 1a).» (Helsedirektoratet, 2010, s. 20)

Et standardisert pasientforløp er en koordinert tverrfaglig prosess som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg. Dette skal være evidensbasert og føre til kunnskapsbasert praksis (Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU), 2016). Haaland-Johansen (2007) diskuterer fordeler og ulemper ved evidensbasert logopedpraksis i afasilogopedien. Kort oppsummert kan man si at det er godt prinsipp å følge i logopedipraksisen, men at det også er viktig at forskningen i så henseende tar hensyn til praksis (se «Seksjon 3.2.1, Evidensbasert praksis»). Et standardisert pasientforløp kan være med på å sikre pasientenes rettigheter og sørge for at de får den hjelpen de har krav på gjennom hele slagerehabiliteringsskjeden. Helsedirektoratet (2010) presiserer også dette når de sier at personer som rammes av hjerneslag bør få et helhetlig behandlingstilbud i alle faser av rehabiliteringen, fra debut av slagsymptomer til oppfølging tilbake til et meningsfylt liv. På bakgrunn av dette kan man si at afasirehabiliteringen bør starte allerede når pasienten innlegges ved slagenheten. Lind et al. (2010) beskriver hvordan de mener et rehabiliteringsforløp for mennesker med afasi bør se ut fra de er på sykehus til de utskrives til den videre rehabiliteringen. På sykehuset bør tverrfaglig utredning og iverksetting av tiltak starte umiddelbart. De pårørende og den

afasirammede må hele tiden få løpende informasjon om rettigheter og hjelpemuligheter, samt involveres i alle behandlings- og rehabiliteringsforløp. Når pasienten utskrives er det viktig å følge innarbeidede melderutiner til ansvarlig opplæringsinstans i kommunen pasienten bor, slik at han eller hun får en kontinuerlig språkrehabilitering. Videre rehabilitering bør gis både i grupper og i enetimer. Varigheten og hyppigheten av språkrehabiliteringen må tilpasses den enkeltes behov. Også her må de pårørende involveres kontinuerlig, samt at de bør få tilbud om rådgivning og veiledning. De afasirammede bør også få mulighet til kortere perioder med intensiv språkrehabilitering så lenge det er behov for det.

3.2.1 Evidensbasert praksis

For å kunne dokumentere et godt rehabiliteringsforløp og en god praksis har man begynt å snakke om evidensbasert praksis. I medisinen handler dette om å bruke medisin og teori som er oppdatert og som beviselig fungerer, noe som krever mye av en praktiker. I nyere tid har denne tankegangen smittet over til andre felt, blant annet logopedifeltet. I denne seksjonen vil jeg se på dette.

Hva er evidensbasert praksis?

Hensikten bak evidensbasert praksis (EBP) er å kunne si noe om hvorfor man velger den praksisen man gjør, for at personene som har behov for logoped skal få det best tilgjengelige tilbudet. Man ønsker derfor i EBP at praksisen skal bygge på forskningsbasert kunnskap. Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017) beskriver tre elementer som er viktige å tenke på ved evidensbasert praksis. Det er å ta hensyn til hva som er best tilgjengelige bevis, bruke informasjon fra klient og familie, og klinisk ekspertise. Klinikeren må integrere alle tre aspektene for å maksimere kvaliteten i utredningen og behandlingen av afasi.

En del av EBP innebærer å kunne skille mellom og forholde seg til forskning på en god måte. I følge Ekeland (2004, s. 32) må en lege lese 19 artikler hver dag gjennom hele året for å holde seg oppdatert. Om dette var mulig, måtte legen i tillegg klare å skille mellom hva som er av god forskningsmessig kvalitet og hva som ikke er det, samt omsette kunnskapen til noe som er relevant og nyttig for sin egen praksis. Ekeland (2004) snakker om tre nivåer innen den medisinske EBP-tradisjonen, som har til hensikt å gjøre det lettere ikke bare å få tilgang til kunnskap men også kvalitetssikret kunnskap. Det første nivået er *forskningslitteraturen* som peker på den voksende mengden av tilgjengelig behandlingsrelatert faglitteratur. Andre

nivå, *seleksjonsnivået*, har til hensikt å sette kriterier for valg av forskningsmateriale som skal være tilgjengelig for praksis. Siste nivå er et *styringsnivå* som skal sikre at praksisfeltet tar i bruk den tilrådte kunnskapen. Et av de mest kjente systemene som har som hovedoppgave å overvåke og å vurdere forskningslitteraturen er *The Cochrane Collaboration*. Deres hovedoppgave består i å velge ut forskningslitteratur som er «sann» og «brukbar» ved hjelp av et seleksjonssystem. EBP har således til hensikt å lage et hierarki av kunnskap for å lette praktikerens søken etter kvalitetssikret kunnskap. Metodene som blir brukt er ofte randomiserte, kontrollerte studier¹ (RCT) som er ansett å være gullstandarden innen EBP-forskning ((NHI), 2015).

God praksis med EBP-øyne

For å kunne si noe om hva som er god afasiutredning og behandling må man 1) kunne si noe om afasibehandling i det hele tatt virker og 2) hva som gir god effekt. Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017) snakker om *efficacy*, *effectiveness* og *efficiency*. De forklarer det slik:

“In the context of speech-language-pathology, efficacy refers to the fact that a treatment works in ideal conditions for a population; effectiveness refers to the fact that the treatment works in everyday clinical practice for individuals; and efficiency refers to the most efficient way to apply the treatment program” (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017, s. 9).

En tolkning av dette sitatet kan være at når behandlingen virker ideelt for en befolkning så får alle som har behov for behandling tilbud om det. Tilgang på behandling trenger derimot ikke bety god behandling, men dersom behandlingen skal følge EBP-tradisjon, må den være det. Det de snakker om som «effectiveness» vil da være om hjelpen individet får, faktisk har virkning. «Efficiency» dreier seg om den mest effektive måten å utføre behandlingen på.

En studie gjort av Lincoln et al. (1984) studerte forskjellen mellom en gruppe afatikere som fikk behandling og en gruppe afatikere som ikke fikk behandling. De fant her ingen signifikant forskjell og konkluderte med at behandlingsregimet var ineffektivt for de fleste afatiske pasienter. Wertz et al. (1986) fant derimot at afatikere som ble behandlet av logoped hadde en signifikant forbedring sammenlignet med afatikere som ikke fikk behandling, eller

¹ I RCT-studier sammenligner man to grupper. For at gruppene skal være mest mulig sammenlignbare må man ha et kontrollert utvalg. Det vil si at alder, kjønn og symptombilde bør være mest mulig likt. Randomisert refererer til at gruppene blir delt i to på en tilfeldig måte. ((NHI), 2015).

som ble behandlet av et familiemedlem hjemme. Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017) gjør en sammenligning av disse studiene og sier at førstnevnte studie hadde en svakere utforming enn sistnevnte. Lincoln et al. (1984) inkluderte blant annet afatikere med mer enn ett hjerneslag, samt at færre enn 30 % av individene i behandlingsgruppen fikk beskrevet mengde behandling. De presiserer også at det kun er nå nylig, på grunn av en bedre forståelse av statistiske metoder, at mengden av evidens har tippet vektskålen over i positiv retning.

Noe som kan tale mot EBP er at subjektstudier (single-case-studies) ikke kan adressere det Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017) kaller *efficacy* (det mest ideelle for en befolkning). Dessuten er det vanskelig å få gjennomført RCT-studier, ettersom det vil være etisk uriktig å hindre en afatiker terapi, samtidig som at RCT-studier vil være nødvendig dersom man skal se på det Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017) beskriver som *effectiveness*, altså hvorvidt terapien har ønsket virkning. På grunn av dette har mange forskere begynt å generere metaanalytiske² studier for å se på effekten av afasibehandlingen og å skape mer pålitelige bevis (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017).

Brady, Kelly, Godwin og Enderby (1999) inkluderte 57 randomiserte, kontrollerte studier i sin gjennomgang, hvor en metaanalyse av 27 randomiserte studier sammenlignet effekten av afasibehandling versus ingen afasibehandling. Denne studien viste i motsetning til Lincoln et al. (1984) sine funn at afasibehandling har en effekt. Det ble også gjennomført en metaanalyse av 38 randomiserte studier som sammenlignet forskjellige språkterapitilnærminger. Denne viste at de som fikk språktrening av høy intensitet hadde en signifikant forbedring i funksjonell kommunikasjon, og mindre alvorlig afasi sammenlignet med de som fikk språktrening med lavere intensitet.

Forskningen bidrar til å dokumentere at praksisen som blir utført er av god kvalitet og har en virkning. Slik sett er evidensbasert behandling en god tradisjon å følge i praksisen. Men det er også et vesentlig poeng at det som skal forskes på må kunne måles. Det er derfor lett å tenke seg at noen faktorer vil forskes mere på enn andre faktorer innenfor praksisfeltet, og det er derfor ikke åpenbart at praksisen som ikke er evidensbasert kan avfeies som virkningsløs. At en praksis eller behandling ikke er evidensbasert kan bety noe så enkelt som at den ikke er forsket på. I så henseende dukker det opp et nytt poeng, nemlig at forskningen må være praksis-var og ta hensyn til det som foregår i feltet. Man kan derfor si at evidensbasert

² En metaanalyse er bruk av statistiske metoder for å legge sammen resultatene fra en rekke uavhengige studier med samme problemstilling (Frøslie, 2017).

tradisjon er en god rettesnor i praksisfeltet, men at også praksis som ikke er evidensbasert må kunne sies å være god praksis, dersom erfaring tilsier at dette er tilfellet.

Tabellen under er eksempel på hvordan man kan gjøre praksisen evidensbasert og da med logopedifeltet som utgangspunkt. Den er hentet fra Papathanasiou og Coppens (2017, s. 13) og jeg har oversatt den fra engelsk. Den engelske tittelen lyder: *Aphasia United «Top 10» International Best Practice Recommendations for Aphasia* som jeg har oversatt til «Topp 10» praksisanbefalinger i afasibehandlingen. I høyre kolonne i tabellen har jeg nummerert påstandene. Dette er kun for lettere å kunne referere til påstanden ved et senere tidspunkt. I midterste kolonne i tabellen er nivået på anbefalingene. Anbefalingene er gradert ut fra kvaliteten og mengden på dokumentasjonen som ligger til grunn.

Nivå A: Samlet mengde forskningsbevis tilsier at påstanden kan være veiledende for praksis.

Nivå B: Samlet mengde forskningsbevis tilsier at påstanden kan være veiledende for praksis i de fleste situasjoner.

Nivå C: Samlet mengde forskningsbevis gir noe støtte for at påstanden kan være veiledende for praksis.

Nivå D: Samlet mengde forskningsbevis er ikke tilfredsstillende for å veilede praksis.

Good Practice Point (GPP): Anbefalingene er basert på eksperters oppfatning eller konsensus.

Denne tabellen har noen likhetstrekk med Helsedirektoratet (2010) sin tabell *Anbefalinger - rehabilitering ved afasi og apraksi* som også sier noe om hva som er et godt rehabiliteringforløp basert på mengde og kvalitet av forskningen bak påstanden.

Helsedirektoratet (2010) sier omtrent det samme eller det samme som punktene 1-7 og 9 i denne tabellen. Helsedirektoratet (2010) sier derimot også noe om omfang i behandlingen som ikke nevnes understående tabell. De sier at en afatiker bør ha minst 5 timer per uke med logopediske tiltak, og at logopedbehandling bør gis så lenge afatikeren har nytte av det for å oppnå optimal språkfunksjon. Papathanasiou og Coppens (2017) på sin side påpeker i henholdsvis punkt 8 og 10 at tiltakene i logopedbehandlingen bør være kulturelt og personlig relevant og at informasjon til afatikere bør finnes i en afasi-vennlig form. Noe Helsedirektoratet (2010) har valgt ikke å ta med i deres tabell.

«TOPP 10» PRAKSISANBEFALINGER I AFASIBEHANDLINGEN	Nivå	Påstand
Alle pasienter med hjerneskade eller progressiv hjernesykdom bør screenes for kommunikasjonsvansker.	C	1.
Personer man mistenker har kommunikasjonsvansker bør bli vurdert og utredet av en kvalifisert person. Utredning bør også gå utenom vanlige screeningsmetoder for å fastslå karakteren av afasien, alvorlighetsgrad og de personlige konsekvensene for afatikeren.	B, C	2.
Afatikere bør få informasjon om afasi, årsaken til afasien og behandlingsvalg. Dette gjelder i alle faser av behandlingstilbudet, fra akutt til kronisk fase.	A-C	3.
Ingen med afasi bør bli utskrevet fra et behandlingsforløp uten en mulighet til å kommunisere hans eller hennes behov og ønsker (f.eks. Alternativ og Supplerende Kommunikasjon (ASK)) eller en dokumentert plan for hvordan og når dette skal skje.	GPP	4.
Personer med afasi bør få intensiv og individualisert afasibehandling som har en meningsfull innvirkning på kommunikasjonen og livet. Behandlingen bør bli utformet og utført under tilsyn av en kvalifisert person.	A-GPP,	5.
<ul style="list-style-type: none"> Afasibehandlingen kan inneholde sykdomsorientert terapi, kompensatorisk trening, funksjonell/deltakelsesorientert terapi, informasjon og intervensjon i nærmiljø (Environmental intervention) og/eller kommunikasjonsstøttende trening og ASK. Måter å utføre afasibehandlingen på kan være gjennom individuell terapi, gruppeterapi, telerehabilitering (behandling over videosamtale) og/eller assistert datatrening. Personer med afasi på grunn av ikke-progressive³ (f.eks: slag) så vel som progressive former for hjerneskade har nytte av behandling. Personer med afasi på grunn av slag eller andre ikke-progressive former for hjerneskade⁴ kan dra nytte av behandling i både akutt og kronisk fase. 	Avhengig av fremgangsmåte, intensitet og tidspunkt for iverksettelse.	
Opplæring av kommunikasjonspartnere ⁵ bør gjennomføres for å forbedre kommunikasjonsforutsetningene til afatikeren.	A-C	6.
Familie og pårørende bør inkluderes i rehabiliteringsprosessen.	A-C	7.
<ul style="list-style-type: none"> Familie og pårørende bør få støtte og informasjon angående årsakene og konsekvensene ved afasi. (Nivå A) Familie og pårørende bør lære å kommunisere med personen med afasi. (Nivå B) 		
Afasibehandlingen bør være kulturelt og personlig relevant.	GPP	8.
Alle personer som jobber med afatikere bør ha informasjon om afasi og bør ha lært hvordan de skal kommunisere på en støttende måte.	C	9.
Informasjon som er ment til afatikere bør være tilgjengelig i en afasi-vennlig form.	C	10.

Figur 3: Papathanasiou og Coppens (2017, s. 13), Aphasia United «Top 10» International Best Practice Recommendations for Aphasia

³ Eng.: Stable brain damage

⁴ Eng.: Static forms of brain damage

⁵ Opplæring av kommunikasjonspartnere (eng. "communication partner training") er en intervensjonsmetode myntet på andre personer enn afatikeren. Hensikten er å forbedre språk, kommunikasjon, deltakelse og/eller velvære til personen med afasi. Kommunikasjonspartnere er personer i nærmiljøet til afatikeren (familie, venner, frivillige, helsepersonell, m.m.) (Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland & Cherney, 2010).

4 Retningslinjer, lover og regler i afasibehandlingen

I enhver praksis er det ønskelig å gi et helhetlig pasientforløp og en behandling av høy kvalitet. Som nevnt tidligere er EBP ment å sikre dette. Lover og regler skal også være med på å sikre pasientens⁶ sikkerhet og rettigheter i dette forløpet. Helsedirektoratet (2010) har utviklet nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Ettersom afasi forekommer hos 25 % av alle slagpasienter, er disse retningslinjene også relevante med tanke på afasi. Hjerneslag er således den hyppigste årsaken til afasi. Andre årsaker er hjernesvulster og ytre hodeskader. Helsedirektoratets retningslinjer er anbefalinger og råd som skal bygge på god, oppdatert og faglig kunnskap. Dette er ifølge Helsedirektoratet også definisjonen av en nasjonal retningslinje. Det presiseres også av Helsedirektoratet (2018) at *faglige retningslinjer ikke er «direkte rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas.»* Andre reguleringer av praksis finner man i lovverket. Videre vil jeg se på de retningslinjer, lover og regler som ligger til grunn for utredning og behandling av afasi.

4.1 Retten til logopedhjelp

Voksnes rett til logopedhjelp går under opplæringsloven § 4A.2. Dersom sakkyndig vurdering fra PPT tilrår logopedhjelp plikter kommunen å gi dette, enten ved tilsatt logoped i kommunen eller ved hjelp av kjøpte tjenester (Kongsberg, 2017). Retten til logopedhjelp kan også gå under helselovgivningen. Norsk Logopedlag (NLL) har i brev til Kunnskapsdepartementet spurt om oppklaring av ansvarsfordeling rundt logopedtjenester. Kunnskapsdepartementet ved Saglie og Aasen (2014, s. 1) viser blant annet til at: «Logopedhjelp til pasienter med språkvansker etter sykdom/skade kan være å anse som opplæring (spesialundervisning) etter opplæringsloven, under visse forutsetninger. Samtidig kan en pasient som eksempelvis er rammet av hjerneslag ha krav på behandling etter helselovgivningen, for eksempel helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.» Slik sett kommer logopedtjenester til voksne under både opplæringslover og helselover. Helfo (2017) nevner også folketrygdloven § 5-10 som en lov som regulerer dekning av utgifter til utredning og behandling hos logoped.

⁶ Lover og regler gjelder pasient, elev eller klient avhengig av lovverket.

4.2 Helsedirektoratets anbefalinger for rehabilitering ved afasi

Anbefalinger fra Helsedirektoratet (2010, s. 100) er at «Alle kommuner skal ha et opplæringstilbud til mennesker med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker (lovhjemmel). Tilbudet bør organiseres slik at det er tilgang på logopedtjenester umiddelbart etter utskrivning fra sykehuset for å sikre kontinuitet i opplæringen. Helsedirektoratet (2010) legger også føringer på hva som prioriteres under utredning og behandling av afasi, som tabellen under oppsummerer. Disse anbefalingene graderes etter hvor mye og hvor god forskning som er gjort på emnet. Der hvor forskningen er mangelfull, baseres det på eksperterens kliniske erfaring. Tabellen som omhandler *Anbefalinger – rehabilitering ved afasi og talepraksi* fra Helsedirektoratet (2010) har som nevnt i seksjon 3.2.1. mange likhetstrekk med tabellen fra Papathanasiou og Coppens (2017) «*Topp 10*» *praksisanbefalinger i afasibehandlingen*. Tabellen *Kunnskap* viser til sammenhengen mellom kunnskapsgrunnet (Nivå) og anbefalingene (Grad) i *Anbefalinger – rehabilitering ved afasi og talepraksi*.

Anbefalinger - rehabilitering ved afasi og talepraksi	Grad	Nivå
Alle pasienter med slag i dominant hemisfære bør screenes med tanke på språkvansker.	*	*
Pasienter med språk- og kommunikasjonsvansker bør henvises til kartlegging av språk- og talefunksjon hos logoped.	*	*
Logopediske tiltak ved afasi og talepraksi bør igangsettes i akuttfasen for å maksimere bedring av språk- og kommunikasjonsferdighetene.	B	1a
Logopediske tiltak ved afasi bør være av tilstrekkelig mengde og hyppighet (mer enn 5 t per uke), og være spesifikke i forhold til de språklige vansker pasienten har.	B	1b
Logopedisk behandling kan skje individuelt og/eller i gruppe.	B	2b
Logopedi bør gis så lenge personen har nytte av det for å oppnå optimal språkfunksjon, men grundig evaluering av nytteeffekten ved langtidsbehandling bør alltid gjennomføres.	D	4
Personer med store kommunikasjonsvansker bør få opplæring i individuelt tilpassede kommunikasjonsstrategier, og det bør vurderes om de kan ha nytte av kommunikasjons hjelpemidler.	D	4
I kronisk fase bør det vurderes å gjennomføre perioder med strukturert intensiv språkterapi.	C	3
Pårørende, rehabiliteringspersonell og andre relevante personer bør få informasjon om den afasirammedes kommunikative ferdigheter og opplæring i spesifikke strategier og teknikker som bidrar til å fremme personens muligheter til å delta i kommunikasjon.	C	2b
Den afasirammede og de pårørende bør få opplæring, hjelp og støtte rettet mot det å mestre en tilværelse med språk- og kommunikasjonsvansker gjennom hele rehabiliteringsforløpet.	D	4

Figur 4: Helsedirektoratet (2010, s.129)

Kunnskap	Anbefaling
1a: Gode store systematiske oversikter med entydige klare resultater/liten risiko for bias	A
1a: Små meta-analyser/lite oppdaterte meta-analyser eller heterogene resultater med høy risiko for bias	B eller C
1b: Minst to studier/alternativt en av adekvat størrelse og entydige klare resultater med liten risiko for bias	A
1b: Små studier eller studier med heterogene resultater med høy risiko for bias	B eller C
2a-b: Ikke randomisert studie med adekvat kontrollgruppe og adekvat størrelse og entydige resultater med liten risiko for bias	B
2a-b: Ikke randomisert studie med kontrollgruppe med heterogene resultater eller høy risiko for bias	C
3: Gode beskrivende studier, observasjonsstudier av adekvat størrelse, men uten kontrollgruppe	C
4: Ingen gode studier som er særlig representative for temaet, men bred enighet i arbeidsgruppen om at dette ut fra klinisk erfaring er en viktig anbefaling.	D

Figur 5: Sammenhengen mellom kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene i "Afasi - rehabilitering ved afasi og taleapraksi" fra Helsedirektoratet (2010, s. 18)

Som man ser ut av tabellen anbefales det at logopediske tiltak settes i gang i akuttfasen, samt at tiltakene bør være av tilstrekkelig mengde, som vil si mer enn 5 timer per uke. Som man kan se ut fra nivå og grad er dette basert på små studier eller studier med heterogene resultater, men med høy risiko for bias.

Den akutte fasen tilbringes ofte på en slagenhet og det vil derfor være personalet her som tar hånd om pasienten i denne fasen. Organiseringen av tilbudet etter akuttfasen når pasienten kommer hjem er derimot kommunens ansvar. De best dokumenterte anbefalingene fra Helsedirektoratet (2010) i denne fasen er, som kan se ut fra tabellen, at 1) logopedisk behandling kan skje i en gruppe og/eller individuelt, 2) logopedisk behandling bør gis så lenge personen har nytte av det men at nytteeffekten også bør evalueres med jevne mellomrom, 3) pårørende og relevante personer bør få informasjon om den afasirammedes kommunikative ferdigheter, og få opplæring i teknikker som fremmer personens muligheter til å delta i kommunikasjon, og 4) det bør vurderes å gjennomføre perioder med intensiv språkterapi i kronisk fase. Akuttfasen definerer Helsedirektoratet (2010, s. 28) som «den første uken etter debut av symptomer på akutt hjerneslag.» Indredavik (2007) definerer *akutt fase* som 0-24 timer, *sub-akutt fase 1* som 1-3 dager og *sub-akutt fase 2* som 3-21 dager etter hjerneslaget. Det kan være vanskelig å definere nøyaktig hva som er den akutte, sub-akutte og kroniske fasen ettersom det kan sies å være symptomavhengig/personavhengig, men ovennevnte definisjon blir en rettesnor å gå etter. Det vil da si at kronisk fase er etter ca. 1-3 uker og tiden

frem til man er symptomfri, som kan vare i alt fra måneder til år. Det er heller ikke alle som blir helt symptomfrie. Disse vil måtte lære seg å leve med ettervirkningene av slaget.

4.3 Forskningen bak Helsedirektoratets retningslinjer

Som nevnt er anbefalingene fra Helsedirektoratet (2010) basert på kunnskapsnivå. Forskningen på afasi er dog noe mangelfull. Mange av tiltakene i forbindelse med afasi vil derfor være basert på klinisk erfaring. Kunnskapsgrunnlag og anbefalinger i Figur 3 fra Helsedirektoratet (2010, s. 128) baseres på forskning. I følgende vil jeg se på noe av forskningen som ligger til grunn for disse anbefalingene.

På samme måte som Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017) seksjon 2.4.1, peker også Helsedirektoratet (2010) på studier som viser til positiv effekt av taleterapi. Robey (1998) viser til at språkterapi kan ha en positiv effekt i alle stadier av rehabiliteringen, men at effekten er størst dersom den initieres i akutt fase. Dette vises også til i afasibehandlingstabellen over, samt at Helsedirektoratet (2010) også påpeker at klinisk erfaring støtter dette.

Det refereres også til metaanalyser⁷ av både randomiserte og ikke randomiserte studier, blant annet av Robey (1998), som viser at språkterapi kan ha en positiv effekt i alle stadier av rehabiliteringen men at effekten er størst dersom afasibehandlingen starter i akutt fase. Helsedirektoratet (2010) påpeker også at klinisk erfaring støtter om at språkterapi bør gis så tidlig så mulig.

Helsedirektoratet (2010) snakker også om forskning som peker på intensitet korrelert til effekt i afasibehandlingen. En analyse gjort av Bhogal, Teasell og Speechley (2003) sier at studier som viste signifikant behandlingseffekt ga 8.8 timer behandling per uke i 11.2 uker mens negative studier kun ga 2 timer per uke i 22.9 uker. I gjennomsnitt ga positive studier totalt 98.4 timer behandling, mens negative studier ga i gjennomsnitt 43.6 timer med behandling. Selv om sikre konklusjoner ikke kan trekkes, indikerer studiene en sammenheng mellom intensitet, treningsmetode og effekt og Helsedirektoratet (2010) sier på bakgrunn av dette at det bør tilstrebes 5 timer språktrening per uke.

⁷ metaanalyser er bruk av statistiske metoder for å legge sammen resultat fra flere uavhengige studier med samme problemstilling (Frøslie, 2017).

En vanlig antakelse i tale- og språkterapi er at størsteparten av forbedringen skjer i løpet av det første året etter at pasienten har fått diagnosen afasi. Mange klinikere antar også at klienter oppnår mindre fremgang etter det første året. Begge disse antakelsene kommer av at spontanforbedring skjer i en periode umiddelbart etter slaget og opp til ett år. Men man vet lite om forbedringer som skjer etter perioden med spontan forbedring. Moss og Nicholas (2006) sier, basert på 23 singel-case-studier, at tiltak for afasirammede også kan gi forbedring i kronisk fase. Dette gjelder også for de som har hatt afasi i mer enn ett år. Helsedirektoratet (2010) sier derfor i afasibehandlingstabellen at det bør vurderes å gjennomføre perioder med strukturert intensiv språktrening, også i kronisk fase.

De forskjellige metodenes effekt i afasibehandlingen

Det finnes også ulike behandlingsmetoder som logopedene kan velge å bruke. Det er også gjort noen studier av effekten av disse.

Helsedirektoratet viser til forskning som kan tas til inntekt for kognitiv-lingvistisk terapi for personer med afasi. Dette er språkterapi som fokuserer på spesifikke utfall i språkprosesseringen som blant annet PALPA OG PyPat (seksjon 2.3.4) kartlegger. Blant annet studerte Doesborgh et al. (2004) semantiske vansker (ordforståelsesvansker) og effektene av semantisk behandling på verbal kommunikasjon hos afatiske pasienter. 58 pasienter (hvorav 55 fullførte) med kombinert semantiske og fonologiske vansker ble delt i to randomiserte grupper. Den ene gruppen fikk semantisk fokusert behandling, mens kontrollgruppen fikk behandling som fokuserte på ordlyd (fonologi). De fant ingen forskjeller i resultat mellom de to behandlingsmetodene på pasienter med en kombinert semantisk og fonologisk vanske. Dette viste at forbedring i verbal kommunikasjon ble oppnådd på forskjellige måter i begge behandlingsgrupper.

En annen metode man bruker i afasibehandling kalles Constraint Induced Language Therapy (CILT). CILT er intensiv trening som foregår i korte perioder. Kirmess (2015) forklarer at CILT er en terapi som først og fremst fokuserer på bedring av talespråket hos afasirammede ved å jobbe direkte med talespråket. Man begrenser derfor bruk av alternativ kommunikasjon som gester, skrift og lesing i treningsperioden. Pulvermüller et al. (2001) delte kroniske afatikere tilfeldig i to grupper hvor en gruppe fikk konvensjonell afasibehandling, mens den andre gruppen fikk behandling med CILT. I studien til Pulvermüller et al. (2001) fikk begge gruppene samme mengde trening (30-35 timer). CILT-gruppen fikk behandling over 10 dager

og minimum 3 timer hver dag. Den konvensjonelle kontrollgruppen fikk behandling over en periode på 4 uker. CILT-afasibehandlingen førte til signifikant forbedring på flere standardiserte tester, sammenlignet med kontrollgruppen. Helsedirektoratet (2010) viser til at selv om intensiv trening i korte perioder som CILT i studier har vist god effekt, trenger man mer forskning for å trekke sikre konklusjoner.

Forskning viser også at andre metoder som for eksempel computer-baserte treningsprogram og opplæring av kommunikasjonspartnere har effekt i behandlingen. Selv om Katz og Wertz (1997) viser til at noen kan ha nytte av computer-baserte treningsprogram i kronisk fase er det mange afasirammede som ikke kan benytte seg av høyteknologiske kommunikasjonshjelpemidler. Derfor vil spesialtilpassede løsninger som pekebøker i mange tilfeller gi bedre nytte. Bruk av kommunikasjonspartnere er en metode som er myntet på andre enn afatikerer. Hensikten er å forbedre språket og kommunikasjonen, men også deltakelse og velvære hos afatikerer. Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie og Square (2001) viser til at denne metoden fremmer afasirammedes kommunikasjonsferdigheter. (Helsedirektoratet, 2010) sier også i afasibehandlingstabellen at pårørende bør få informasjon om afasirammedes kommunikative ferdigheter samt opplæring i spesifikke strategier og teknikker som fremmer afatikerens kommunikasjon.

Til slutt presiserer også Helsedirektoratet (2010) at for å oppnå optimal språkfunksjon og for å vedlikeholde funksjonsnivå, tyder klinisk erfaring på at mennesker med afasi kan ha nytte av logopedi over lengre tid. I noen tilfeller også i flere år, men det mangler tilstrekkelig dokumentasjon for å trekke definitive slutninger.

Tabellen fra Helsedirektoratet (2010) *Anbefalinger – rehabilitering ved afasi og taleapraksi* kan sies og være en veileder i afasibehandlingen, men også til en evidensbasert praksis da flere av påstandene også baseres på forskning. Helsedirektoratet (2010) sier likevel at afasiforskningen er mangelfull, og at mer forskning må bli gjort før man trekker sikre konklusjoner om effekter og omfang av tiltak. Men det er ikke nødvendigvis bare forskning som kan si noe om hva som fungerer i praksisen. En erfaren kliniker vil også være i stand til å se effekten av sine tiltak. Noe jeg vil gå inn på i neste seksjon.

5 Metode

5.1 Kvalitativt intervju

Jeg har i mitt forskningsprosjekt valgt kvalitativ metode. Det som blir beskrevet som motsetningen til kvalitativ metode er ofte kvantitativ metode. Kvantitativ forskningsmetode krever stort sett mange informanter og er ofte i form av spørreskjema. Dette blir derfor en noe mer rigid form som ikke gir muligheter for å gå utenom de spørsmålene som er på spørreskjemaet. Kvalitativ forskningsmetode blir ofte gjennomført i form av kvalitative intervju som går fra strukturert på den ene siden til ustrukturert på den andre siden. Et strukturert kvalitativt intervju er nærmest å betrakte som et spørreskjema. På den andre siden, ved bruk av ustrukturerte intervjuer, er veien intervjuet tar helt åpent ettersom man former spørsmålene underveis. Sistnevnte form følte ikke jeg meg komfortabel med ettersom jeg har lite erfaring med å intervjuer. Kleven, Tveit og Hjordemaal (2011) påpeker også at helt åpne og ustrukturerte intervjuer krever mye av intervjueren. For å ha noe struktur på intervjuet, samt muligheten for å gå utenom de fastsatte spørsmålene, valgte jeg å bruke et semistrukturert kvalitativt intervju. Her er hovedtemaene fastlagt på forhånd, men rekkefølgen kan endres underveis. Dette gir derfor en ramme og støtte i intervjusituasjonen, samtidig som det gir en mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål dersom informanten sier noe interessant som ikke er lagt inn i intervjuet. På denne måten kunne jeg grave dypere i informantens erfaringer enn hva strukturerte intervjuer eller spørreskjema hadde gitt mulighet for. Det er også informantens erfaringer jeg ønsket å få ut av intervjuet. Thagaard (2013) påpeker også informantens erfaringer som vesentlige ved valg av kvalitativ metode. Jeg vurderte derfor denne som den mest hensiktsmessige forskningsmetoden.

5.2 Valg av informant

Dalen (2011) beskriver valg av informant som et særlig viktig tema innenfor kvalitativ intervjuforskning. Hun påpeker at antallet informanter ikke kan være for stort på grunn av både gjennomføring av intervjuene og bearbeidingen av dem. Men materialet man sitter igjen med må også være nok til å gjøre en god analyse. I mitt forskningsprosjekt fant jeg det vanskelig å rekruttere informanter til å begynne med. Jeg startet med å søke etter logopedene i nærområdet hvor jeg bor, og sendte ut mailer til disse med informasjon om avhandlingen min og spørsmål om de ville la seg intervjuer. Svaret tilbake på mine mailer var ofte at logopedene

ikke var praktiserende lenger eller at de ikke hadde erfaring med afasi. Etter å ha kontaktet en del logopeder forsøkte jeg å gå gjennom Norsk Logopedlag for å høre om de kunne videresende mail til deres logopeder. Dette ble gjort, men jeg fikk ingen svar tilbake. Jeg fant til slutt en logoped som ville stille til intervju som jeg hadde hatt kontakt med på et tidligere tidspunkt i studieforløpet mitt. Jeg sendte også henne en mail, og denne logopeden sa ja med en gang. Informanten er en logoped med lang erfaring innen utredning og behandling av afasi. Hun kan derfor kaste lys over mange ulike aspekter ved afasibehandlingen samt at hun, på grunn av sin lange erfaring, vil ha stor troverdighet.

Informanten har jobbet som logoped i 20 år og har da jobbet innenfor feltene *stemme og stemmebruk*, litt innenfor *taleflytvansker og ervervede språk- og talevansker*. Det siste feltet har logopeden jobbet med gjennom alle årene. Logopeden har også undervist studenter, samt at hun har studenter i praksis hos seg, og hun er også med i et nasjonalt fagnettverk som heter *Afasiforum*. Arbeidsplassen er en kommunal dagrehabilitering hvor de fleste klienter er i yrkesaktiv alder. Informanten jobber her i en 100 % stilling. På dagrehabiliteringen er det ansatt logoped, ergoterapeut, miljøarbeider og psykiatrisk sykepleier, og det er et krav at klienten har behov for minst to av tjenestene for å få tilbud om å komme dit. Noen klienter kommer fra et døgnrehabiliteringsopphold og informanten møter da klientene omtrent tre måneder ut i rehabiliteringsforløpet. Andre klienter har vært til behandling på dagrehabiliteringen før, men ser et behov for en ny runde med rehabilitering, kanskje grunnet funksjonsfall. Hvor langt ut i forløpet dette er, vil variere, men logopeden gir 2 år som et eksempel.

Erfaringen denne logopeden sitter inne med innenfor afasifeltet, samt det at denne personen også er med i utviklingen av afasifeltet gjennom et nasjonalt fagnettverk, gjør at jeg har vurdert dette ene intervjuet som godt nok til å vurdere de teoretiske føringene opp mot logopedens utsagn om hva som utgjør et godt behandlingstilbud for en afasiklient.

Om jeg skulle gjort den samme prosessen igjen, ville jeg nok ha startet med å spørre logopeder og professorer jeg har fått kjennskap til gjennom studieløpet om de kunne tipset meg om informanter. Dette fordi min erfaring er at få svarer på en standard mail sendt ut til mange. Trolig ville en personlig tilnærming ha ført til flere svar.

5.3 Intervjuguide

Jeg har valgt å bygge opp intervjuet slik at starten av intervjuet ikke direkte er tilknyttet forskningsspørsmålet, men mer generelle spørsmål. Dette følger Dalen (2011) sitt «traktprinsipp» hvor man begynner og avslutter intervjuet med generelle spørsmål. Dette er tenkt å bidra til at informanten slapper mer av og at intervjuet blir mer samtalepreget. Intervjuet er derfor bygget opp slik at det begynner med bakgrunnsinformasjon om informanten. Selv om dette ikke er direkte knyttet opp mot temaet, er det relevant med tanke på hvor valid informasjonen til informanten er. Annen bakgrunnsinformasjon dreide seg også om informantens arbeidsplass og i hvilken setting hun møter klientene.

I utformingen av intervjuguiden har jeg også forsøkt å operasjonalisere forskningsspørsmålet mitt med utgangspunkt i teori som sier noe om hva som er en god afasiutredning og behandling. Jeg har blant annet spurt om hva hun tenker om nytteverdien av å dele afasi inn i kategorier som Damasio (1992) gjør med sine former for afasi i seksjon 2.2. Forskningen sier også noe om hvilket omfang av og hvilken intensitet av behandling en klient har behov for, så jeg har også stilt spørsmål knyttet til dette. Blant annet hvor ofte hun møter en klient og hvor lang tid av gangen. Med Papatthaniou og Coppens (2017) og Helsedirektoratet (2010) sine afasibehandlingstabeller i bakhodet (seksjon 2.4.1 og seksjon 3.2), har jeg også spurt om hvilke prioriteringer som er viktige å gjøre i afasiutredning og behandling. I løpet av intervjuet har jeg likevel stilt veldig få spørsmål. Ut fra intervjuguiden kan man se at det er flere oppfølgingsspørsmål enn hva det er spørsmål direkte knyttet til nye temaer. Grunnen til dette er nok fordi informanten har sagt mye uoppfordret og at jeg følte jeg fikk svar på de viktigste temaene underveis. Dette kan ha gjort at informanten fikk delt det hun følte var viktig i sin praksis uten at jeg har påvirket henne for mye ved å lede intervjuet i en spesifikk retning. Helt til slutt i intervjuet har jeg også spurt henne om det var noe hun hadde lyst til å si som hun mente var viktig å få med. Dette var tenkt som et oppsummeringsspørsmål, dersom det var noe informanten brant inne med som hun ikke hadde fått sagt enda. Som Thagaard (2013) påpeker bør man også strebe etter åpne spørsmål for å unngå å lede informanten i den ene eller andre retningen.

Som Dalen (2011) også viser til har jeg forsøkt å tenke på om spørsmålene jeg har stilt er klare. For at spørsmålene skal være klart formulert bør man sørge for at de kun har ett ledd. Det vil si at man spør om kun en ting av gangen. Eksempel på slike spørsmål kan være om hun inkluderer pårørende i behandlingen eller hvordan hun kartlegger auditiv forståelse.

Dalen (2011) sier også noe om at spørsmålene kan være såpass sensitive at informanten vegrer seg for å uttale seg. Dette tenker jeg i hovedsak gjelder dersom forskningsspørsmålet er ute etter personlige forhold hos en informant. I mitt forskningsprosjekt krever ikke spørsmålene noen særlig grad av personlige svar, og er derfor ikke like relevant. Hun har derimot en taushetsplikt overfor sine klienter som hun må overholde, og spørsmål som går direkte på en klient vil derfor kunne føre til at informanten ikke ønsker å uttale seg. Det var blant annet tilfeller av utsagn hun ikke ville at jeg skulle ha med i undersøkelsen.

Dalen (2011) påpeker at spørsmålene kan kreve en spesiell form for kunnskap som informanten ikke har eller hun kan ha egne og noe utradisjonelle oppfatninger rundt afasibehandling. Sistnevnte kunne i tilfelle gått utover reliabiliteten og overførbarheten i undersøkelsen, da man mest sannsynlig ikke vil fått samme svar dersom man forsket på det samme en gang til. Jeg har på forhånd av intervjuet lest meg opp på teori som sier noe om hva et godt afasitilbud inneholder. Dette gjorde at jeg også hadde en viss forventning om hva svarene burde inneholde. Dersom svarene fra informanten ga for stort sprik i forhold til teorien, måtte jeg ha vurdert hvorvidt intervjuet kunne brukes og fortsatt gi et troverdig resultat. Dette slapp jeg heldigvis å ta stilling i dette forskningsprosjektet.

5.4 Gjennomføring

Jeg gjennomførte intervjuet ved hjelp av Skype og jeg gjorde lydopptak underveis ved hjelp av iFree Skype Recorder. En ulempe ved dette som jeg fikk erfare under intervjuet er at dersom internettilkoblingen bryter, gjør også samtalen det, noe som skjedde to ganger. Ellers var det ingen tekniske problemer under gjennomføring. En annen ulempe med Skype er at man kan miste noe av den personlige kontakten som man ellers ville hatt ved et møte ansikt til ansikt innenfor de samme fire veggene. En stor fordel ved å gjennomføre intervju ved hjelp av Skype er at man ikke trenger å reise langt for å hente inn informasjon, noe som også er kostnadsbesparende. Så i de tilfeller hvor det lar seg gjøre å benytte Skype, er det absolutt en god metode, men dette må vurderes ut fra hva forskningsspørsmålet er. For eksempel kan sensitive spørsmål over Skype føles ubehagelig for noen. Man må også tenke over sikkerhet i samtaler som foregår over nett.

I retrospekt ser jeg at spørsmålene i intervjuguiden kunne vært færre ettersom jeg ikke rakk å spørre om halvparten i løpet av intervjuet. Dette var delvis på grunn av at logopeden hadde veldig utfyllende svar til spørsmålene mine og delvis på grunn av for mange spørsmål i

intervjuguiden. Jeg ser også at en del av spørsmålene kunne vært strøket ettersom de ikke har så stor relevans for oppgaven. Men ettersom jeg ikke stilte veldig mange spørsmål, ble kun de overordnede spørsmålene valgt i selve intervjusituasjonen. Jeg hadde også laget en del underspørsmål til noen av spørsmålene som kunne være tenkte oppfølgingsspørsmål til tenkte svar. Selv om det var fornuftig å se for seg hvilke svar som kunne bli gitt til hvilke spørsmål, ble dette også for mange underspørsmål. Hovedgrunnen til at det ble mange spørsmål i intervjuguiden var nok at jeg var redd for å gå tom for spørsmål. Selv om informanten svarte utfyllende på spørsmål ved dette intervjuet, er det ikke sikkert alle informanter svarer like mye. Jeg ville derfor trolig valgt å ha mange forberedte spørsmål ved neste intervju også for å få mest mulig informasjon fra informanten. Det er også en utfordrende balansegang mellom det å ta styring i intervjuet og det å oppmuntre informanten til å dele av sin erfaring på en fri måte. Jeg ser at jeg kunne tatt styringen i intervjuet i større grad enn hva jeg gjorde, men det kunne også ha gjort at intervjuet ble ledet i en retning og dermed påvirket svarene fra informanten.

5.5 Validitet og reliabilitet

Svartdal (2018) beskriver reliabilitet som konsistens eller stabilitet i målinger. Det vil si at dersom forskningen er reliabel vil man komme frem til det samme resultatet om man gjentar forsøket. Dette forskningsprosjektet har derfor rimelig stor reliabilitet ettersom sannsynligheten er stor for at en annen forsker som intervjuer samme informant vil komme frem til samme resultat. Informanten har også jobbet som logoped i 20 år, noe som vil tilsa at hun har opparbeidet seg lang erfaring og at hun har hatt mulighet for å se hva som fungerer godt og hva som ikke fungerer like godt. Informasjonen informanten kommer med vil derfor kunne vektlegges i stor grad. Sistnevnte handler om validiteten i et forskningsprosjekt.

Dahlum (2018) beskriver validitet som at man kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke. En forutsetning for validitet er reliabilitet. Andre faktorer som styrker validiteten i dette prosjektet er forskningsspørsmålene, som er med på å sikre at man undersøker de elementene man har til hensikt å undersøke.

5.6 Generaliserbarhet og etikk

I forskningen ønsker man at de resultatene man finner skal være generaliserbare. I følge Dalen (2011) vil dette si i hvilken grad man kan overføre resultatene til andre grupper enn de som er

utforsket. I kvantitative studier undersøker man derfor et stort representativt utvalg av det man skal undersøke, ettersom store utvalg er forbundet med et sikrere resultat dersom resultatet viser seg å være statistisk signifikant. Dersom man kan si at resultatet ikke er oppstått ved en tilfeldighet for en stor gruppe mennesker, har man et bedre grunnlag for generalisering. I kvalitative studier er det nesten alltid snakk om små, hensiktsmessige utvalg. Den store forskjellen mellom kvantitative og kvalitative studier i så henseende er at mens kvantitative studier sier noe om et gjennomsnitt og variansfordeling i en populasjon, vil kvalitative studier fokusere på individuelle variasjoner og grundige beskrivelser. Dalen (2011, s. 96) sier at

«det er den som mottar informasjonen fra forskningsresultater som avgjør hvor anvendelig et resultat er for andre situasjoner. Men for at mottakeren skal vurdere dette må forskeren være omhyggelig med å frembringe tilstrekkelig og relevant informasjon. En slik type informasjon ligger i utarbeidingen av «tykke beskrivelser» [...]. Med dette menes nedtegninger som ikke bare beskriver, men også fortolker de fenomenene som presenteres.»

I mitt forskningsprosjekt har jeg ønsket å etterstrebe dette. Jeg har for det første en informant som har lang erfaring innen afasibehandling og utredning. I løpet av intervjuet har også informanten kommet med utdypende beskrivelser av fenomener relatert til forskningsspørsmålene. I resultatkapittelet har jeg tatt sikte på å gjøre forskningen min «gjennomsiktig» ved at jeg setter opp informantens utsagn før jeg kommer med min fortolkning. Dette gjør at leseren kan gjøre opp sin egen mening om utsagnene, før de ser hva jeg legger i disse. Jeg har også valgt å ha med lange og utdypende sitat for at informantens refleksjoner og erfaringer skal skinne gjennom på best mulig måte. Når det gjelder konfidensialitet har jeg ivaretatt dette ved kun å dele informasjon som er relevant for forskningsspørsmålene.

5.7 Databehandling og analyse

5.7.1 Databehandling

Som nevnt ble selve intervjuet gjennomført over Skype. Etter å ha gjennomført intervjuet, grovtranskriberte jeg alt. Jeg gjorde ikke en mer utførlig transkribering enn dette, men jeg var nøye med å skrive ordrett ned hva informanten sa og måtte høre over noen sekvenser flere ganger for å få det riktig transkribert. Etter behandlingen av dataene har jeg laget en tematisk analyse av tekstmaterialet og som Dalen (2011) beskriver tar denne metoden ofte

utgangspunkt i intervjuguiden. Jeg fargekodet temaer i informantens svar for lettere å trekke ut informasjonen knyttet til ulike temaer.

Ut fra dette har jeg funnet fem overordnede temaer som sto frem som de mest fremtredende elementene i afasibehandlingen. Dette er 1) Kategorisering av afasi, 2) Testing og utredning, 3) Prioriteringer i behandlingen, 4) Omfang og intensitet i behandlingen og 5) Viktige menneskelige momenter i behandlingen av afasi.

I de neste seksjonene vil jeg redegjøre for informasjonen fra informanten basert på disse temaene.

6 Resultat

I denne seksjonen vil jeg presentere funnene fra intervjuet strukturert ut fra temaer. Jeg vil først se på «Former for afasi» og nytten av dette i praksis fra informantens synspunkt. Videre går jeg inn på «Testing og utredning» som blant annet omhandler testverktøy man bruker i utredningen av afasi, og hvilke faktorer i språket som er viktig å gjøre kartlegging av. I seksjonen «Prioriteringer i behandlingen» har jeg trukket frem det som informanten mener er viktig i afasibehandlingen og satt det opp mot tabellene fra Helsedirektoratet (2010) og Papathanasiou og Coppens (2017) som omhandler anbefalinger i afasipraksisen. «Omfang og intensitet i behandlingen» omhandler omfang av behandlingen, hva som er tilstrekkelig mengde og hyppighet av logopediske tiltak og når man bør avslutte afasibehandlingen.

6.1 Kategorisering av afasi

Jeg har i seksjon 2.2 gjort rede for former for afasi som har vært fremhevet i faglitteraturen. En ting er hva som teoretisk sett er rimelige inndelinger; noe annet er hvilke kategoriseringer som oppleves relevante i en travel logopedhverdag. Jeg ønsket derfor å finne ut om de inndelingene man møter i faglitteraturen var nyttig i et praktisk perspektiv. I det medisinske fagfeltet er det ofte slik at en diagnose utløser en spesifikk form for behandling, og det er rimelig å spørre seg om dette er tilfellet i det logopediske fagfeltet også. Blant annet sier Reinvang og Engvik (1980, s. 58) at hensikten med «Norsk Grunntest for Afasi» er å fastslå om utfallene svarer til en bestemt form for afasi, da de mener at dette kan være nyttig som ledd i blant annet prognostiske overveielser i den grad man finner rapporter i litteraturen om utviklingsforløpet for pasienter med ulike former for afasi. Som jeg har gjort rede for i seksjon 2.2 kan man til en viss grad forutsi pasientens muligheter for rekonvalesens ut fra typen av afasi, da de ulike formene for afasi også varierer i alvorlighetsgrad. For eksempel rammer en global afasi større deler av hjernen enn en Brocas afasi. Men på grunn av hjernens plastisitet, er det også vanskelig å forutse et individs evne til forbedring, ettersom både individuelle og nevrologiske faktorer vil være forskjellig fra person til person (seksjon 2.2.2). I sitatet under uttrykker informanten sin mening om den praktiske nytten av kategorisering av afasi.

[..]⁸ Det er jo ikke bare skader innenfor Brocas og Wernickes område som gir en afasi (viser en tegning av hjernen). Alle de områdene som er farget på denne tegningen er involvert i språkprosessen. [...] Så vi kan ikke bare tenke på at språkskader ligger bare i Wernickes og Brocas område. Men språket er involvert i så mye mer. Nyere forskning viser dette her. Det er i utvikling så det er viktig å ha det perspektivet. Og dessuten så er det også det å si at det er Brocas afasi, det skal veldig mye til å si det. Det er mye bedre å si at det er en Broca-type afasi. For da er du litt mer garantert at du har uttrykt deg litt mer presist.

Jeg tolker utsagnet over som at informantene mener at en inndeling av afasi på den måten det blir gjort i litteraturen er vanskelig å relatere til praksis. Hun sier at språket relateres til mange områder i hjernen, og det kan virke som hun mener at utfallene kan være flere enn hva en inndeling av afasi vil kunne romme når hun sier at afasi ikke forårsakes bare av skader i Wernickes og Brocas områdene.

Informanten beskriver under hva hun mener er vesentlig i dagens afasibehandling.

Det som vi gjør nå er at vi beskriver hvordan afasityper arter seg. Vi beskriver personens styrker, vi beskriver personens svakheter i språket. Det er det som er det sentrale når du skal jobbe videre med personen. Å vite det. [...] for deretter å bygge videre på det og lage et opplegg som er tilpasset personen du skal jobbe med. Og så det å beskrive hvordan afasityper arter seg for Klara Olsen da, ikke sant. Det er jo det som er det interessante. Og om det er ekspressive eller impressive vansker, og det har dem jo som regel begge deler da. Og om språkmodaliteten. Er alle språkmodalitetene rammet eller er det bare noen av dem, osv. Og omfanget av det. Også en grundig beskrivelse av personens språklige ferdigheter. Både innenfor språk, tale, osv.

Informanten påpeker at det fins viktigere faktorer i afasiutredning enn å relatere til skadested, først og fremst det å finne personenes styrker og svakheter for så å legge et individuelt behandlingsforløp ut fra dette. Hvilke språkmodaliteter som er rammet, om det er impressive eller ekspressive vansker og personens språklige ferdigheter nevner hun som viktige deler å kartlegge. Språkmodaliteter er evnen til å uttrykke seg muntlig eller skriftlig, til å forstå tale og til å lese. Også tegnspråk og kroppsspråk kan gå under dette. Det informantene nevner som språklige ferdigheter kan tolkes som syntaktiske, pragmatiske, morfologiske, leksikalske,

⁸ Firkantklammene viser til utelatt materiale.

semantiske, fonologiske og ortografiske evner da disse sier noe om oppbyggingen av de spesifikke delene i språket. Hun sier også noe om å tilpasse et opplegg til personen du jobber med. Et individualisert behandlingsopplegg er også påpekt av Papathanasiou og Coppens (2017) under punkt fem i afasibehandlingstabellen.

6.2 Prioriteringer i behandlingen

Afasibehandlingstabellene til både Helsedirektoratet (2010)⁹ og Papathanasiou, Coppens og Davidson (2017)¹⁰ kan beskrives som en slags prioriteringsliste i behandlingen. Disse prioriteringene er basert på grad av forskning. Det var derfor interessant å undersøke hvorvidt informanten følte at dette var viktige prioriteringer i sin behandling av afasi, og også hvorvidt det er gjennomførbart å følge forslagene.

I afasianbefalingstabellene fra både Helsedirektoratet (2010) og Papathanasiou og Coppens (2017) ser vi at påstand nummer en påpeker viktigheten av at pasienter med hjerneskade bør screenes for kommunikasjonsvansker. Dette er noe informanten også fremhever som en viktig prioritering.

Det er viktig ganske tidlig i behandlingsforløpet å gjøre en kartlegging. Fordi at du kan ikke se utenpå en person hva som er persons språklige svakheter. Du vil bli forbauset mange ganger når du gjør en sånn kartlegging om hva som er en persons sterke og svake sider. Veldig ofte så tror vi at de er sterkere, språklige sterkere enn det de egentlig er. Det er min erfaring. Da må du kartlegge. Da kan du ikke bare bruke en test. Da må du bruke flere tester. Du må vurdere i hvert enkelt tilfelle hvilken test som er riktig å begynne med. [...] Også må man må bare starte opp. Man må kartlegge og ut fra formell kartlegging og uformelle vurderinger, så lager vi et behandlingsopplegg for personen.

Hun sier at det ganske tidlig i behandlingsforløpet er viktig å gjøre en kartlegging, noe som kan tolkes som at dette er noe av det første man bør gjøre. Jeg tolker også informantens påstand om at man kan bli forbauset over hva som er en klients sterke og svake sider som at man ikke kan forstå språkfunksjonen fult ut ved en uformell kartlegging. Hun sier likevel at man må vurdere i hvert enkelt tilfelle hvilken test som er riktig å begynne med. Dette vil tilsi

⁹ Seksjon 3.2, Figur 3. Refereres til som afasibehandlingstabellen fra Helsedirektoratet (2010)

¹⁰ Seksjon 2.4.1, Figur 2. Refereres til som afasibehandlingstabellen fra Papathanasiou og Coppens (2017)

at man gjør en uformell vurdering av tilstanden til klienten, men for å komme i dybden på språkvansken er det nødvendig med formelle og standardiserte kartlegginger. Når hun sier at man må vurdere i hvert enkelt tilfelle hvilke tester man skal gjennomføre må man også stole på sin kliniske ekspertise. Papathanasiou og Coppens (2017) påpeker i påstand nummer to i afasibehandlingstabellen at personer bør bli vurdert og utredet av en kvalifisert person. Viktigheten av utrederens kvalifikasjoner blir desto viktigere ved uformelle kartlegginger, ettersom de har en bredere kunnskap om hva man bør se etter.

I tillegg til standardiserte kartleggingsverktøy og uformelle vurderinger peker informanten også på hvilke språklige faktorer som bør undersøkes først.

[...]Men det viktigste å kartlegge er jo personens auditive forståelse. Fordi at den auditive forståelsen det er den grunnleggende i all kommunikasjon. Hvis ikke personene oppfatter det som er sagt, da vil personen lett kjenne seg utenfor. [...]Selv om personen har en flytende tale er det ikke dermed sagt at personen har en god auditiv forståelse. [...] for eksempel en som har en mer Wernicke type afasi kan ha en flytende tale, men de har jo store forståelsesvansker. Så blir vi veldig lett, «men han snakker jo så fint», så tenker vi at det er proporsjonalt med at det han har en god auditiv forståelse. Slik er det jo ikke bestandig.

Ut fra informantens syn er det viktig å kartlegge den auditive forståelsen først. Hun peker på dette som det grunnleggende i all form for kommunikasjon. Auditiv forståelse handler om evnen til å forstå og knytte mening til det man hører. Det er da lett å tenke seg at det vil være vanskelig ha nytte av behandling, samt opprettholde nære bånd uten denne evnen.

Informanten peker også på dette når hun sier at personen vil føle seg utenfor dersom han eller hun ikke oppfatter det som blir sagt. Hun viser også til at det er lett å overvurdere en persons evne til auditiv forståelse, spesielt om de har et flytende talepreg og at det derfor er viktig å gjøre en vurdering av dette. Hverken Papathanasiou og Coppens (2017) eller Helsedirektoratet (2010) snakker spesifikt om hva som er viktig å kartlegge først, annet enn at det blir påpekt viktigheten av et individuelt tilpasset behandlingsforløp.

Videre sier informanten også noe om hva man bør gjøre dersom den auditive forståelsen er svak.

Hvis den auditive forståelsen er svak så må vi styrke den auditive forståelsen. Så tar jeg også å kartlegger personens evne til visuell forståelse. Og forstå bilder. Og som

regel så gjør personen det. Og da har vi et veldig godt utgangspunkt. For da bruker vi mye bilder til begrep. For eksempel: jeg har bilde av en kopp og så skriver jeg under kopp for eksempel. Da knytter vi ordbildet til begrep. Til et bilde eller en gjenstand. Så må vi bygge opp sten for sten. Og bruke gjenstander og bilder til å styrke den auditive forståelsen.

Det hun viser til her, er en måte å styrke den auditive forståelsen. Hun sier at afatikere som har en svak auditiv forståelse, likevel kan ha en god visuell forståelse og at man kan bruke den visuelle forståelsen for å styrke den auditive ved å knytte bilder eller gjenstander til ord og begreper. Dette gjør hun ved å skrive og uttale ordet, samtidig som hun viser til et bilde eller en gjenstand som tilsvarer dette ordet.

6.3 Utredning og testing

Papathanasiou og Coppens (2017) påpeker i punkt 1 og 2 i sin afasibehandlingstabell, viktigheten av at mennesker med hjerneskade eller progressiv hjernesykdom screenes for kommunikasjonsvansker og at de bør bli vurdert og utredet av en kvalifisert person. Helsedirektoratet (2010) peker også på dette som en faktor i utredningen. Ett spørsmål som oversiktene imidlertid ikke nevner, er hvordan man screener for kommunikasjonsvansker, og hvilke screeningsmetoder som oppleves som mest funksjonelle i praksis.

I de følgende sitatene nevner informantene tester og screeningsverktøy som kan utrede for forskjellige språklige vansker. Blant de testene hun nevner er *Haukeland afasi-screeningstest (HAST)*, *Norsk Grunntest for Afasi (NGA)*, *Test for Repetition of Grammar – second edition (TROG 2)*, *TOKEN-test*, *Psycholinguistic assessments of language processing in aphasia (PALPA)* og *Pyramide og Palmetesten (PyPat)*. Nedenfor vil jeg se på hva informantene sier om de forskjellige typene av screeningsverktøy.

Den første screeningstesten informantene nevner er HAST-testen.

[...]gruppa i afasiforum, de har vurdert det slik at de oppgavene her i HAST-testen de er en av en slik karakter at alle som ikke har et språkproblem bør kunne greie å gjennomføre denne testen. Slik at du kan si det sånn at om du har et par feil, så indikerer det at du har et problem. Den testen skal være slik at den som ikke har et språkproblem skal kunne gjennomføre dette uten problemer.

Informanten beskriver *HAST-testen* som en test som er ment å fange opp alle former og alvorlighetsgrader av afasi, noe som også ligger i kortene ettersom den har er beskrevet som en screeningtest. Videre nevner hun Norsk Grunntest for Afasi (NGA) som noe hun bruker i sin utredning.

NGA den tester den auditive forståelsen, en persons evne til gjentakelse, tester en persons evne til benevning, og den tester en persons leseforståelse og evne til å lese høyt. Den kommer også inn på syntaksen og en persons evne til skriving. Så Grunntesten er en standardisert test som forteller hvordan personen står i forhold til andre personer som har afasi.

NGA beskriver informanten som en test som går inn på språkmodaliteter og språkevner som nevnt tidligere. I tillegg peker hun på auditiv forståelse, gjentakelses- og benevningsevner som deler av målingene denne testen gjør. Noen afatikere passer det likevel ikke å bruke NGA på:

Det er mange som jeg har som er såpass sterke [...]. Jeg starter ikke med Grunntesten til alle sammen. Det gjør jeg ikke for det blir rett og slett for banalt for dem. Hvis de er på et nivå sånn på slutten av ungdomskolen, begynnelsen av videregående nivå da begynner vi ikke å spørre om: «Kan du peke på tennene dine?». Det gjør vi ikke. Kanskje jeg bruker TROG2 for eksempel. Og for eksempel den her TOKEN testen [...]. Token testen er en kjempe fin test [...] (den) kan brukes på alle personer [...] men er spesielt god å bruke i forhold til personer som har en afasi av en lett grad.

Stichting-instituut (2016) som selger Token-testen sier at den måler reseptive språkvansker hos afatikere og indikerer alvorlighetsgrad av afasien. Statped (2016) viser også til en versjon av TOKEN-testen som er for flerspråklige. Informanten nevner både denne og TROG 2 som gode tester på de som har en lettere grad av afasi. PALPA og PyPat nevner informanten også:

[...] det psykologiske perspektivet som PALPA-testen blant annet representerer. Og også for eksempel Pyramide og Palmetesten er innenfor de samme rammene. [...]Veldig bra å begynne med «Grunntesten» også ut fra det, velge andre tester. For eksempel deltester i PALPA.

Som man kan se nevner ikke informanten mye om PALPA og PyPat annet enn at de befinner seg innenfor et psykologisk perspektiv og at PALPA er en test man kan bruke for å gjøre

en grundigere utredning. Statped (2018a) beskriver PALPA som et psykolingvistisk testbatteri som har som mål å finne både de intakte og sviktende språkprosesser hos de afasirammede. Testen måler auditiv forståelse, setningsforståelse, lesing/skriving og semantikk. Statped (2018b) sier at PyPat tester en afatikers tilgang til semantisk kunnskap. De psykolingvistiske variablene kan dreie seg om språkproduksjon, språkforståelse og språktilegnelse (Harder, 2017).

6.4 Omfang og intensitet i behandlingen

Jeg ønsket også å vite noe om omfanget i behandlingen og hvor lenge det er fornuftig å følge en klient. Helsedirektoratet (2010) peker på i sin afasibehandlingstabell at det bør gjennomføres perioder med strukturert intensiv terapi i kronisk fase. Hva tenker informanten om hvor lenge man følger en klient?

Ja, det er veldig forskjellig. Det er veldig forskjellig altså. Det kan være kanskje fra en måned til over et trekvart år, kanskje et år. Men det som er viktig er at det tilbudet vi gir her det er ikke et permanent tilbud. Det er et avgrenset tilbud for en periode. Så avslutter vi, og så kan personen kommen tilbake igjen i et nytt opphold. For det at vi ser at i tråd med all forskning at det er bedre holde på intensivt en periode og så få et avbrekk og så gå tilbake igjen i en ny periode, intensiv periode.

I begynnelsen av sitatet påpeker informanten at det er stor variasjon i når et tilbud bør avsluttes. Med det antyder hun at dette er noe som må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Hun forklarer også at på hennes arbeidsplass gir de ikke et permanent tilbud, men at det er et avgrenset tilbud for en periode. Det kan virke som om ikke alle behandlingssteder opererer på denne måten, og at vurderingen av når et tilbud endes også bestemmes av rammene rundt behandlingsstedet. Det mest konkrete er kanskje det hun sier om at det er bedre å holde på intenst en periode for så å gå tilbake til en ny intens periode etter et avbrekk. Hun sier her at hun ser at det er bedre for klienten, samtidig som hun peker på at det er dette som er i tråd med all forskning. Som vi ser sier også informanten det samme som Helsedirektoratet (2010), nemlig at det mest fornuftige er å gi behandling intensivt i en periode, for så å gi et avbrekk før de kommer tilbake for en ny intensiv periode.

6.4.1 Mengde og hyppighet av logopediske tiltak

Helsedirektoratet (2010) sier også i afasibehandlingstabellen at logopediske tiltak bør være av tilstrekkelig mengde og hyppighet og sier at dette tilsvarer fem timer per uke. Det var derfor interessant å vite hvor mye tid informanten har erfart som tilstrekkelig for sine klienter, og hvorvidt hun erfarte at dette var gjennomførbart i praksis.

Det varierer litt da. Sånn som i dag nå skal jeg ha en gruppe på 90 minutter. Jeg har noen som jeg har, ja, det kan være kanskje tre timer i uka. De fleste har jeg to timer i uka. Jeg har noen som kanskje er for det som har med svelgproblematikk og slikt. Svelgvansker og sånn. Som trenger bare en, litt veiledning på det. Så skal dem prøve seg. Dem har jeg kanskje bare en gang i uka. Men du vet at hvis de virkelig har en afasi så bør de hvertfall ha to timer i uka.[...] Sånn at jeg har både individuelle avtaler og som er i gruppe. Jeg har for tiden to forskjellige grupper. Og hver time individuelle avtale er på 45 minutter. Ja. Sånn at mellom to og tre timer i uka på en som har afasi i tillegg til at de har opplegg sammen med, får annet opplegg med ergoterapeut da. Og noen av de er også med i språkgruppe. Jeg føler at dem som har, får tilstrekkelig med tid av tilbudet. Det opplever jeg.

Informanten viser her til forskjellige typer vansker og viser til at de forskjellige vanskene har behov for forskjellig mengde trening. Blant annet sier hun at hun har klienter med svelgproblematikk som ofte kun har behov for litt veiledning og dermed er det tilstrekkelig med en gang per uke. Begrepet veiledning impliserer også et mindre omfang enn behandling. Svelgproblematikk kan ofte være en tilleggsvanske ved afasi. Afatikere med en større vanske bør ifølge informanten ha to-tre timer per uke, samtidig som at de også får opplegg med ergoterapeut. Hun sier også at hun opplever at dette er tilstrekkelig for de klientene hun har. Helsedirektoratet (2010) på sin side anbefaler minst fem timer per uke.

Informanten sier også noe om betydningen av de andre fagpersonene som jobber på arbeidsplassen.

Og også hvis de da i tillegg er i et miljø, eller dem har jo også andre fagpersoner her. Blant annet ergoterapeuter som driver med kognitiv trening. Altså oppgaver der hvor dem må planlegge å strukturere seg. Det er jo også en kognitiv trening. Det er også positivt i forhold til å komme seg videre.

Slik jeg tolker det, mener informanten at det også er andre faggrupper som driver med kognitiv trening, utenom logopeden. Slik at også andre fagpersoner vil kunne ha noe å si for klientens bedring med de afatiske vanskene ettersom afasi også handler om å trene hjernen og nervebanene. Dette er også noe jeg har sett på under seksjon 2.2.2 som omhandler hjernens plastisitet.

6.4.2 Avslutning av behandling

Helsedirektoratet (2010) peker på at logopedhjelp bør gis så lenge klienten har nytte av det, men at evaluering av nytteeffekten alltid bør gjennomføres. Et godt behandlingstilbud ved afasi bør altså gi tilstrekkelig hjelp, samtidig som det er viktig å ha et øye for når klienten har behov for et opphold eller avslutte. Faglitteraturen jeg har funnet sier ikke noe spesifikt om hva man bør se etter når man vurderer å avslutte tilbudet. Det var derfor interessant å høre hva informanten tenkte om dette. I sitatet under forteller informanten om en klient som er avsluttet og er ferdig med behandling, og som ønsket å komme tilbake til det informanten beskriver som et reopphold. Reopphold i denne sammenhengen betyr å komme tilbake til en ny runde med behandling etter endt behandling.

Du som logoped kan ikke være krykken til personene med afasi resten av livet. Det går ikke an. Vi må gi de redskapene til å møte utfordringene i hverdagen så må vi slippe de. De må prøve seg selv, også tar vi kontakt igjen og hører hvordan det går. Og hvis de er interessert kan de komme tilbake igjen til et reopphold som varer i 8 uker.

Informantens uttalelser er i tråd med Helsedirektoratet (2010) ved at logopedbehandling gis så lenge klienten har nytte av det, men at evaluering av nytteeffekten alltid bør gjennomføres. Sitatet kan også peke på hva som er fornuftig å gjøre når man avslutter en klient, nemlig å gi klienten litt tid til å klare seg selv for så og ta kontakt å høre hvordan det går.

6.5 Viktige menneskelige momenter i behandlingen av afasi

Papathanasiou og Coppens (2017) sier i påstand nummer to i afasibehandlingstabellen at utredningen bør gå utenom vanlige screeningsmetoder for å fastslå karakteren av afasien, alvorlighetsgrad og de personlige konsekvensene for afatikerens. Vanlige screeningsmetoder ser jeg for meg er standardiserte tester. Dersom man skal vurdere klientens funksjonsevne ut over dette, kan man tenke i retning av afatikerens livssituasjon og hvilke mål vedkommende

har i livet. Eksempler på slike mål kan være å komme tilbake til skole eller jobb, eller det å kunne kommunisere med livspartner og familie på best mulig måte. Denne tankegangen må kunne sies å være i tråd med et funksjonelt perspektiv. I sitatet nedenfor påpeker informanten faktorer som hun erfarer er viktige i behandlingen av afasi ut fra et funksjonelt perspektiv. Et funksjonelt perspektiv kalles også psykososialt perspektiv som beskrevet i seksjon 2.3.5, men kommer også under ICF sin modell som beskrevet i seksjon 2.3.6.

Og så er det selvfølgelig også viktig å få en god dialog med personen og få frem hva er det personen synes er viktig og arbeide spesielt med. For eksempel nå har jeg flere som jeg jobber med som skal tilbake til arbeidslivet. Og da jobber vi konkret med oppgaver også situasjoner som de kan møte i sin arbeidssituasjon. Det kan være for eksempel evnen til å trekke essensen ut av en tekst og ta frem de sentrale momentene. Det kan være å presentere momentene. Det kan være at dem må kunne snakke i telefonen å gjøre notater samtidig som at dem snakker i telefonen og etterpå presentere notatene. Så derfor er det veldig viktig å være i dialog med personen og jobbe med det personen opplever som viktig å styrke. For da opplever dem det som meningsfylt og syns at det her er noe de har bruk for.

De personlige konsekvensene kan være store for mennesker som får afasi. Blant annet kan tap av språk innebære både tap av jobb og relasjoner. I sitatet over har informanten gått i dialog med klienten for å vite hva som er viktig for klienten å sette fokus på i behandlingen. Et klient-sentrert fokus er i tråd med ICF sine rammer for behandling som nevnt under seksjon 2.3.6, og har afatikerens og familien til afatikerens sine behov og prioriteringer som et hovedfokus. Som vi ser ut fra sitatet jobber informanten og klienten med konkrete oppgaver klienten kan møte i arbeidssituasjonen. Man kan anta at dette er situasjoner som vil være utfordrende for klienten det gjelder. Informanten viser til hvilke situasjoner som kan være aktuelle å jobbe med for at klienten skal opparbeide seg de språklige evnene som trengs for å komme tilbake til arbeidslivet. Papathanasiou og Coppens (2017) påpeker også i punkt åtte i deres afasibehandlingstabell hvordan afasibehandlingen bør være kulturelt og personlig relevant. Informanten sier også at dette er noe som gjør at klienten føler behandlingen som meningsfylt ettersom det er noe de har bruk for. Informanten tar altså noe klienten føler er meningsfylt i sitt liv, for så å arbeide med de språklige faktorene innenfor det gitte feltet.

Videre påpeker informanten andre faktorer som kan være viktige å ta med i beregningen av en persons evne til kommunikasjon, men som ingen tester kan måle.

Det er en ting som er viktig å understreke. Det er at når du kartlegger og tar en test på en person så viser ikke det hele bildet av en person. Det er viktig å understreke. Du må for det første ta flere tester, og for det andre så er det også viktig å gjøre litt uformelle observasjoner. Det vil si at for eksempel en person, noen er veldig sosiale og utadvendte, har ikke så mye ord, men likevel får de formidlet mye. Fordi at de er mer sosiale og utadvendt. De er flinke til å bruke mimikk, ansiktsmimikk, de bruker gester, de er flinke til å ta fram gjenstander og ting i rommet for å understreke det budskapet de vil ha frem. På den måten får de også formidlet mye. Og det er ingen test som undersøker akkurat det.

Som informanten beskriver i sitatet over handler en afatikers vansker og evner mer enn det som tester kan måle. Hun sier for det første at en enkelt test ikke kan gi et fullstendig bilde, men at man må bruke flere tester for «å fylle ut» bildet. Informanten påpeker også at det er viktig å gjøre uformelle vurderinger. Ut fra sitatet kan disse uformelle vurderingene tolkes som å være en persons evne til å bruke alternativ kommunikasjon som gester, mimikk, og evne til å finne gjenstander i rommet som kan støtte opp om det de prøver å formidle. Det kan også tenkes at disse evnene gjør afatikere i bedre stand til å opprettholde relasjoner, samt møte nye situasjoner på en tryggere måte enn hva en mindre kommunikativ person vil gjøre. Evnen til å møte nye situasjoner kan også ha positiv virkning på språkfunksjonen, da det å våge å bruke språket er en forutsetning for å trene opp språkevnen.

Informanten sier også noe om hvordan man møter voksne klienter med forskjellige språklige nivå.

Det er jo viktig at en som har et lavt språklig nivå, da må man kommunisere med personen på en helt annen måte enn om personen er på mer et voksent nivå. [...] Vi snakker jo helt forskjellig til dem. Men samtidig, det er jo utrolig viktig å understreke: Alle som kommer hit er voksne. De skal behandles som en voksen. Det er utrolig viktig.

Informanten påpeker her at det er viktig å møte klientene på det språklige nivået de er, samtidig som hun understreker at alle klienter som kommer til henne er voksne mennesker. Jeg tolker dette som at det kan være lett å snakke til en klient som har lite språk fra et ovenfra og ned perspektiv og glemme at personen er et selvstendig menneske med et selvstendig liv som har klart seg selv i flere år frem til vedkommende ble rammet av afasi. Man forbinder

ofte hvor mye og hvor godt språk man har, med hvor mye man forstår. Slik er det ikke alltid når det kommer til afasi.

Helt til slutt sier informanten også noe om viktigheten av at logopedene informerer de pårørende om hvordan de skal forholde seg til afatikerer.

Og så er det viktig at logopedene må orientere pårørende om den fasen som personen har kommet i, slik at de lettere forstår personens handlingsmønster. Det er mange personer med afasi som forteller meg det at «du skjønner at jeg føler at jeg bare må stå på å gjøre det som er vanlig for ellers får jeg inntrykk av at dem syns at jeg er lat». Når at dem har vært igjennom et hjerneslag så har dem behov for mye, mye mer hvile enn hva de har hatt før. Dem har ikke den kapasiteten og dem må få lov til sette seg ned litt oftere enn tidligere uten å ha skyldfølelse for at dem er late. Og den informasjonen er det ikke så lett for den enkelte selv å si. Men det må være logopedens oppgave å orientere pårørende om det sånn at personen opplever at de får forståelse for problemet sitt i hjemmet sitt sammen med pårørende. Det er jo veldig viktig. Også er det å se nye muligheter å få tilbake igjen litt av gnisten. Det er jo viktig. At de får trua på seg sjøl igjen. Det er en sammensatt prosess dette her.

Som man kan forstå er det ikke gitt at de pårørende vet hvordan afasi kan ramme, og at logopedene derfor har et ansvar for å forklare til dem hvordan vanskene kan arte seg. Afasi er en språklig vanske og det sier seg derfor selv at det kan være vanskelig for afatikerer å forklare dette, slik som informanten her påpeker. Informanten sier også noe om at afatikerer får andre behov etter hjerneslaget enn hva de hadde før, noe de pårørende bør bli informert om. Dette sammenfaller også med anbefalingene fra både Helsedirektoratet (2010) og Papathanasiou og Coppens (2017). I afasibehandlingstabellen fra Helsedirektoratet (2010) ser vi mye av det samme som informanten nevner. Helsedirektoratet (2010) sier at pårørende, rehabiliteringspersonell og andre relevante personer bør få informasjon om den afasirammedes kommunikative ferdigheter og opplæring i teknikker som fremmer personens muligheter til å delta i kommunikasjon. De sier også at den afasirammede og den pårørende bør få opplæring, hjelp og støtte mot det å mestre en tilværelse med språk- og kommunikasjonsvansker gjennom hele rehabiliteringsforløpet. Papathanasiou og Coppens (2017) støtter også disse utsagnene i sin afasibehandlingstabell i punkt 6 og 7. Som informanten påpeker er dette en sammensatt prosess og de pårørende er en viktig brikke i det å gi afatikerer tilbake troen på seg selv igjen og se nye muligheter.

6.6 Oppsummering

Jeg har i denne seksjonen presentert funnene fra intervjuet i form av temaene 1) Kategorisering av afasi 2) Prioriteringer i behandlingen 3) Testing og utredning 4) Omfang og intensitet og 5) Viktige menneskelige momenter i afasibehandlingen.

Damasio (1992) forklarer nytteverdien av *kategorisering av afasi* som noe som relaterer forskningen til praksis når han sier at kommunikasjonen mellom klinikere og forskere kan kompromitteres dersom man ikke har klare kategorier. Papathanasiou og Coppens (2017) sier at personer med afasi bør få intensiv og individualisert afasibehandling, mens Helsedirektoratet (2010) sier at personer med store kommunikasjonsvansker bør få opplæring i individuelt tilpassede kommunikasjonsstrategier. Informanten uttrykker at det ikke bare er skader innenfor Brocas og Wernickes område gir afasi. Hun sier også at språket relateres til mange områder i hjernen. Slik sett kan man tolke informantens utsagn som at kategoriene innenfor afasi blir for få og for lite individfokuset, ettersom de afatiske vanskene kan være flere og mer individualisert enn hva en slik inndeling vil kunne si noe om. Både informanten, Papathanasiou og Coppens (2017) og Helsedirektoratet (2010) påpeker slik sett viktigheten av et individualisert behandlingsforløp.

Under *prioriteringer i behandlingen* har jeg sammenlignet hva afasibehandlingstabellene til Papathanasiou og Coppens (2017) og Helsedirektoratet (2010) sier opp mot det informanten påpeker som viktige prioriteringer. Noe både informanten og de to afasibehandlingstabellene vurderer som viktig er at afatikere blir screenet og utredet for kommunikasjonsvansker. Informanten sier i tillegg at dette bør gjøres tidlig i forløpet. Hun sier videre at man må vurdere hva som er riktig å begynne med i hvert enkelt tilfelle. Informanten peker likevel på auditiv forståelse som det man bør begynne å kartlegge. Hun sier den auditive forståelsen er det grunnleggende for all kommunikasjon, og det vil derfor ha stor betydning for videre behandling. Dersom den auditive forståelsen er svak, bør man også utrede visuell forståelse slik at man bruke det visuelle for å styrke det auditive.

I forbindelse med temaet *testing og utredning* fremhever informanten forskjellige kartleggings- og screeningsverktøy som hun har opplevd som viktige i sin afasiutredning. Hun nevner HAST som et godt screeningsverktøy for å fange opp alle som har språklige vansker. Denne gir ingen grundig utredning og man bør derfor gå videre med utfyllende tester. En hun nevner ofte er NGA som måler blant annet auditiv forståelse, evne til gjentakelse, evne til

benevning og leseforståelse. Denne gir derfor et bedre og mer utfyllende bilde. TROG 2 og TOKEN presenterer hun som tester som er gode for å finne vanskene hos afatikere med en lettere grad av afasi. Til sist nevner hun også PyPat og PALPA som går inn på forskjellige psykolingvistiske variabler. Disse testene måler derfor spesifikke deler av de språklige prosessene i språket og er tester som kan gå mer i dybden på en spesifikk språklig vanske som for eksempel syntaktiske, pragmatiske, morfologiske, leksikalske, semantiske, fonologiske eller ortografiske vansker. Det finnes mange tester og screeningsverktøy å velge i og informanten fremhever også viktigheten av å gjøre uformelle vurderinger av hvilke tester man bør velge.

Under *Omfang og intensitet* sier informanten noe om hvor lang tid et behandlingstilbud bør vare, hvor mange timer en klient bør ha per uke, og når man avslutter tilbudet. Dette kan selvfølgelig være vanskelige spørsmål å svare på ettersom klienter er forskjellige både når det gjelder alvorlighetsgrad av afasi og prognoser for forbedring, og må derfor vurderes i hvert tilfelle. Men hun peker på forskning som sier at afatikere har nytte av intensitet i behandlingen over en gitt periode, for så å komme tilbake etter en pause for en ny intens periode. Ettersom hun nevner denne type forskning er dette trolig noe hun har opplevd som hensiktsmessig i sin praksis. Helsedirektoratet (2010) sier også at man bør vurdere å gjennomføre perioder med strukturert intensiv språkterapi i kronisk fase. Hvor mange timer en klient bør ha per uke varierer naturlig nok også, men som en pekepinn sier hun 2-3 timer per uke i tillegg til behandling med for eksempel ergoterapeut, som også vurderes som en form for kognitiv trening. Helsedirektoratet (2010) sier på sin side at minst fem timer er hva man bør etterstrebe å tilby klienter per uke. De sier også at nytteeffekten av logopedbehandling bør gis så lenge personen har nytte av det men at man må evaluere nytteeffekten. Avslutning av behandlingen vil avhenge av flere faktorer. Men for å gi afatikerne tryggheten til å prøve seg på egenhånd sier informanten at det kan være lurt å gi dem muligheten for å komme tilbake igjen dersom de føler et behov for det, noe som støtter Helsedirektoratet (2010) sine påstander.

Til sist har jeg også sett på *Viktige menneskelige momenter i afasibehandlingen*. Jeg har valgt å se på dette med et funksjonelt perspektiv, da jeg opplevde at informanten hadde mye å si om aspekter utenfor selve språkvansken. Her viser informanten til viktigheten av å ha et klient-sentrert fokus, og å ta sosiale aspekter med i betraktningen. Det vil si å ha klientens interesser i bakhodet når man vurderer hvordan man skal legge opp behandlingsforløpet. Dette kan være spesifikke mål klienten har, som å få tilbake førerkort, komme tilbake til arbeidslivet eller

oppnå en bedre kommunikasjon med partneren sin. Dette sier informanten er med på å skape et meningsfylt behandlingsregime og motiverte pasienter. Hun sier også noe om hva standardiserte tester ikke kan måle slik som en persons sosiale evne eller evne til å bruke alternativ kommunikasjon for å gjøre seg forstått. Dette er også faktorer som kan fungere språkfremmende, da språk må brukes for å bygges opp og vedlikeholdes. Informanten sier også at det er viktig å tenke på at klientene man møter er voksne mennesker som har klart seg på egenhånd hele livet. Selv om noen afatikere opplever kognitive vansker vil andre ha fullverdige kognitive og sosiale evner til tross for at de kan ha et mangelfullt ekspressivt språk. Det er derfor viktig ikke å snakke til klientene som de er barn, selv om det ekspressive språket kanskje kan være nærmere et barns. Helsedirektoratet (2010) og Papathanasiou og Coppens (2017) viser til viktigheten av å inkludere og informere de pårørende, samt å gi både afatikeren og pårørende støtte gjennom hele rehabiliteringsforløpet. Helt til slutt sier informanten også noe om hvordan man møter pårørende og hvordan man tar dem med i behandlingen. De pårørende bør forstå hvilke kommunikative vansker afatikeren har både for å fremme kommunikasjon på best mulig måte, men også for å ha forståelse for og empati med den som er rammet.

7 Sammenfatning

I denne avhandlingen har jeg ønsket å finne ut av hvilke faktorer som har betydning for en god afasipraksis, men også hvilke prioriteringer som kan være lure å gjøre i så henseende. Problemstillingen jeg har forsøkt å løse har vært:

Hva er viktige faktorer og prioriteringer i en god afasipraksis?

For å operasjonalisere problemstillingen på best mulig vis, har jeg formulert fem forskningsspørsmål som skal belyse dette temaet.

- 1) Opplever informanten det som vesentlig å kartlegge pasienter for type afasi i sin praksis?
- 2) Hvilke prioriteringer i behandlingen av afasi fremhever informanten?
- 3) Hvilke screeningsverktøy fremhever informanten som nyttige i testing og utredning?
- 4) Hva rapporterer informanten om hennes praksis når det gjelder omfang og intensitet i behandlingen?
- 5) Hvilke andre – mer menneskelige og sosiale – aspekter ved behandlingen fremhever informanten i sin redegjørelse for sin praksis?

Nedenfor følger en kapittelvis oppsummering av den faglitteraturen forskningsspørsmålene er utformet på bakgrunn av.

I kapittel 2 har jeg sett på ulike definisjoner av afasi. Damasio (1992) viser til mer enn 6 forskjellige former for afasi, og hvordan de gir ulike afatiske utfall. Han viser her til nytten av disse kategoriene for at forskning og praksis skal kunne «snakke samme språk». Informanten på sin side viser til at afasi er mer hva disse definisjonene av afasi kan inneholde. Det kan derfor være at nytten av kategorisering av afasi er større innenfor forskning enn praksis.

Kapittel 3 gir en oversikt over perspektiver på afasiutredning og behandling fra etterkrigstiden og frem til i dag. I løpet av denne tiden har man gått fra å tenke på afasi som kun en språklig vanske til å tenke at afasi også rammer de sosiale og følelsesmessige aspektene i et menneskes liv. Man har gått fra et sykdomsperspektiv til et funksjonelt perspektiv. Modellen utformet av Sonnentheil et al. (2014) (Figur 2) viser hvordan *Internasjonal klassifisering av funksjon*,

funksjonshemming og helse (ICF) kan romme flere aspekter i afasi enn kun et sykdomsaspekt. De viser her til at påvirkende faktorer vil være alt fra alvorlighetsgrad av afasi, delaktighet i hverdagssituasjoner, kommunikativt og språklig miljø samt personlig identitet, holdninger og følelser. Man ser derfor at synet på hva som er et godt afasitilbud og hva man bør prioritere har endret seg mye i løpet av det siste århundret.

Kapittel 3 har også sett på det man kaller *evidensbasert praksis* (EDB) og jeg har trukket frem afasibehandlingstabellen fra Papathanasiou og Coppens (2017) som eksempel på en måte å gjøre afasipraksisen evidensbasert. Et viktig poeng med tanke på EDB-praksis er at selv om forskningen bidrar til å dokumentere at praksisen som blir utført er av virkning, må også det som skal forskes på kunne måles. Det er derfor trolig noen faktorer innenfor afasi som forskes mer på enn andre faktorer. Slik sett kan man ikke bare gå etter hva som er evidensbasert for å få en god afasipraksis. Forskningen vil kunne si noe om hva som har en virkning og ikke, men det vil også være verdifull og omfattende informasjon å hente hos erfarne klinikere.

Logopedisk behandling er underlagt lover og retningslinjer, og disse er gjort rede for i kapittel 4. Vi har her sett at voksnes rett til logopedhjelp går under både opplæringslov og helselovgivning. Vi har også sett hvilke retningslinjer Helsedirektoratet (2010) gir for rehabilitering ved afasi. Selv om retningslinjene kan si noe om hva som viktig å prioritere i utredning og behandling av afasi vil den praktiske gjennomføringen av det som står i retningslinjene og vurderingen av forskningens sikkerhet fortsatt i stor grad være overlatt til den enkelte logoped, noe som gjør det nyttig å undersøke hva erfarne logopeder mener er et godt afasitilbud.

Kapittel 5 beskriver metoden jeg har benyttet meg av i min studie. Jeg har valgt kvalitativt intervju ettersom det var informantens erfaringer jeg ønsket å få frem i denne undersøkelsen. Ved hjelp av kvalitativ metode, kunne jeg også få mer dybdeinformasjon enn hva kvantitativ analyse kunne gi, noe som var vesentlig for å svare på hva som er viktige faktorer og prioriteringer i afasibehandlingen.

I kapittel 6 presenteres resultatene på bakgrunn av de forskningsspørsmålene nevnt over. Informantens erfaringer samsvarer i stor grad med det faglitteraturen sier om afasibehandling og utredning, men det finnes også noen diskrepanser som oppsummert i seksjon 6.6. Blant annet ser vi angående spørsmål 1 at informanten opplever det som mindre nyttig å dele afasi inn kategorier enn hva faglitteraturen anbefaler. Når det gjelder spørsmål 2 fremhever både

informanten og faglitteraturen screening og kartlegging som viktige prioriteringer i afasibehandling. Informanten trekker frem kartlegging av den auditive forståelsen som noe av det viktigste. På spørsmål 3 viser informanten til *Norsk Grunntest for Afasi* flere ganger i løpet av intervjuet, som kan tyde på at dette er en av de mest nyttige kartleggingsverktøyene i hennes praksis. Informanten og faglitteraturen viser til litt forskjellig omfang og intensitet i behandlingen av afasi som spørsmål 4 omhandler. Faglitteraturen sier minimum fem timer per uke, mens informanten viser til at 2-3 timer i uken i tillegg til annen kognitiv trening (ergoterapi) er tilstrekkelig. Når det gjelder spørsmål 5 er de menneskelige faktorene som informanten nevner ganske omfattende, men noe hun peker på er et klient-sentrert fokus, å snakke til klientene som om de er voksne selv om språket ikke nødvendigvis gjenspeiler dette, viktigheten av å inkludere de pårørende samt hva standardiserte tester ikke kan måle som for eksempel sosiale evner og nonverbal formidlingsevne.

Med tanke på generaliserbarheten av denne undersøkelsen kan man ikke si at alle logopeder ville svart det samme om hva som er viktige faktorer og prioriteringer i afasibehandlingen og utredningen. Dette vil derfor ikke være en fasit å gå til i den forstand. Informanten har dog lang erfaring innenfor afasifeltet og vil ha gjort seg opp noen meninger om hva som fungerer i praksis og ikke. Man vil derfor kunne nyttiggjøre seg denne undersøkelsen som en pekepinn på hva man bør tenke på i undersøkelsen og utredningen av afasi.

Litteraturliste

- (NHI), N. H. (2015). Randomiserte, kontrollerte studier - en gullstandard. Afasiforbundet. (2016, 05.12.2016). Klassifisering – Bakre skader: Wernickes afasi. Hentet 29.04. 2018 fra <http://afasi.no/2016/12/05/klassifisering-bakre-skader-wernickes-afasi/>
- Bastiaanse, R., Lind, M., Moen, I. & Simonsen, H. G. (2006). Verb-og setningstesten (VOST). *Oslo: Novus forlag.* (Original: Bastiaanse, R., E. Maas & J. Rispens 2000).
- Bhagal, S. K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34(4), 987-993. doi: 10.1161/01.Str.0000062343.64383.D0
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J. & Enderby, P. (1999). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Stroke Group*(4). doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub3
- Chapey, R. & Hallowell, B. (2001). Introduction to language intervention strategies in adult aphasia *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (Bind 4, s. 3-17): Lippincott Williams & Wilkins.
- Code, C. (2017). Significant landmarks in the history of aphasia and its therapy *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (2. utg., s. 13-36): Jones and Bartlett Learning.
- Dahlum, S. (2018). Validitet. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/validitet>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Damasio, A. R. (1992). Aphasia. *The New England Journal of Medicine*, 326(8), 531-539. doi: 10.1056/NEJM199202203260806
- Doesborgh, S. J. C., van de Sandt-Koenderman, M. W. E., Dippel, D. W. J., van Harskamp, F., Koudstaal, P. J. & Visch-Brink, E. G. (2004). Effects of semantic treatment on verbal communication and linguistic processing in aphasia after stroke: a randomized controlled trial. *Stroke*, 35(1), 141. doi: 10.1161/01.STR.0000105460.52928.A6
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis* (Arbeidsnotat / Høgskolen i Oslo. Senter for profesjonsstudier, Vol. nr. 6/2004. H. i. O. Senter for profesjonsstudier (Red.)).
- Frøslie, K. F. (2017). Metaanalyse. I S. N. Leksikon (Red.), *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/metaanalyse>
- Gjerstad, L. (2018). Apraksi. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/apraksi>
- Haaland-Johansen, L. (2007). Evidensbasert praksis - av interesse for norsk logopedi? *Norsk tidsskrift for logopedi*, 53(2), 5-9.
- Harder, P. (2017). Psykolingvistik. fra Gyldendal http://denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Sprog/Sprogvidenskab,_overbegreber/psykolingvistik
- Helfo. (2017). Behandling hos logoped eller audiopedagog. helsenorge.no Hentet 08.12, fra Direktoratet for e-helse <https://helsenorge.no/behandlere/behandling-hos-logoped-eller-audiopedagog>
- Helsedirektoratet. Hva er faglige retningslinjer? Helsebiblioteket Hentet 12.12.2017 <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/3-metode-i-retningslinjearbeidet/3.1-hva-er-faglige>
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Metode og tilgrensning til andre retningslinjer og veildere.
- Hillis, A., Worrall, L. & Thompson, C. K. (2008). The state of impairment-and consequences-based approaches to treatment for aphasia *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences* (s. 261-269). San Diego: Plural Publishing.

- Howard, D. & Patterson, K. (1992). *Pyramide- og palmetesten (PyPat)*: Novus Forlag.
- Indredavik, B. (2007). En effektiv slagenhet - Hva er det? *Tidsskriftet den norske legeforening*(9).
- Jansen, J. (2018). Plastisitet.
- Kagan, A., Black, S. E., Duchan, J. F., Simmons-Mackie, N. & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using "supported conversation for adults with aphasia" (SCA): A controlled trial. . *Journal of Speech, Language, and Hearing Research; Rockville*, 44(3), 624-638. doi: 232353033
- Katz, R. C. & Wertz, R. T. (1997). The Efficacy of Computer-Provided Reading Treatment for Chronic Aphasic Adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(3), 493-507. doi: 10.1044/jslhr.4003.493
- Kay, J., Lesser, R. & Coltheart, M. (1996). Psycholinguistic assessments of language processing in aphasia (PALPA): An introduction. *Aphasiology*, 10(2), 159-180. doi: 10.1080/02687039608248403
- Kirmess, M. (2015). Constraint induced språkterapi ; en praktisk guide for implementering av metoden i afasirehabilitering i Norge. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 61(1), 26-33.
- Kleven, T. A., Tveit, K. & Hjørdemaal, F. (2011). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode : en hjelp til kritisk tolking og vurdering*. Oslo Unipub.
- Kongsberg, P.-p. t. o. o. f. N. o. (2017). Logopedhjelp i barnehage, grunnskole og voksne: Forholdet mellom Opplæringsloven og Lov om folketrygd (Folketrygdloven).
- Lincoln, N. B., Mulley, G. P., Jones, A. C., McGuirk, E., Lendrem, W. & Mitchell, J. R. A. (1984). EFFECTIVENESS OF SPEECH THERAPY FOR APHASIC STROKE PATIENTS: A Randomised Controlled Trial. *The Lancet*, 323(8388), 1197-1200. doi: 10.1016/S0140-6736(84)91690-8
- Lind, M. & Haaland-Johansen, L. (2013). Kartlegging ved afasi: Hva gjør logopeder i Norge? *Norsk tidsskrift for logopedi*, 59(3), 6-14.
- Lind, M., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E. (2010). Afasi og afasirehabilitering *Afasi : et praksisrettet perspektiv* (s. 23-41). Oslo: Novus.
- Malt, U. (2009). Store medisinske leksikon Hentet 01.11.2017
https://sml.snl.no/biopsykososial_modell
- Martin, N., Thompson, C. K. & Worrall, L. (2007). *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences*: Plural Publishing.
- Moss, A. & Nicholas, M. (2006). Language Rehabilitation in Chronic Aphasia and Time Postonset: A Review of Single-Subject Data. *Stroke*, 37(12), 3043-3051. doi: 10.1161/01.STR.0000249427.74970.15
- Papathanasiou, I. & Coppens, P. (2017). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Papathanasiou, I., Coppens, P. & Davidson, B. (2017). Aphasia and related neurogenic communication disorders: Basic concepts, management, and efficacy *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (2. utg.): Jones & Bartlett Publishers.
- Papathanasiou, I., Coppens, P., Durand, E. & Ansaldo, A. I. (2017). Plasticity and recovery in aphasia *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (2. utg., s. 63-80). Burlington MA 01803: Jones and Bartlett Learning.
- Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P. & Taub, E. (2001). Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke: Journal of the American Heart Association*, 32(7), 1621-1626. doi: 10.1161/01.STR.32.7.1621
- Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU), F., St. Olavs hospital. (2016). Metodikk for standardiserte pasientforløp i HMN-RHF.
- Reinvang, I. & Engvik, H. (1980). *Norsk grunntest for afasi : handbok*. Oslo: Universitetsforl.

- Robey, R. R. (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 41(1), 172-187.
- Saglie, E. & Aasen, T. S. (2014). Svar på spørsmål om logopedtjenester. Hentet fra [http://norsklogopedlag.no/uploads/docs/2014_Svar_fra_KD_pa_sporsmal_om_logopedtjenester%20\(L\)\(819336\).pdf](http://norsklogopedlag.no/uploads/docs/2014_Svar_fra_KD_pa_sporsmal_om_logopedtjenester%20(L)(819336).pdf)
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A. & Cherney, L. R. (2010). Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(12), 1814-1837. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.08.026>
- Sonnenheil, F., Österberg, A., Blom Johansson, M. & Jennische, M. (2014). Evidensbasert logopedisk intervensjon ved strokeorsakad afasi hos voksne: En verksamhetsknuten litteraturstudie.
- Statped. (2016, 20.06.). Afasi hos fleirspråklege. Hentet 01.05. 2018 fra <http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/sprak-og-tale/afasi/afasi-hos-tospraklege/>
- Statped. (2018a, 07.03.). PALPA Kartleggingsmateriell. Hentet 01.05. 2018 fra <http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/finn-laringsressurs/sprak-og-tale/PALPA-Kartleggingsmateriell/>
- Statped. (2018b, 07.03.). Pyramide- og palmetesten, kartlegging av afasi. Hentet 01.05. 2018 fra <http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/finn-laringsressurs/sprak-og-tale/Pyramide--og-palmetesten-kartlegging-av-afasi/>
- Stichting-instituut. (2016). Information about the Token Test. Hentet 01.05 2018 fra <http://www.tokenest.eu/en/information>
- Svartdal, F. (2018). Reliabilitet. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/reliabilitet>.
- Tesak, J. & Code, C. (2008). *Milestones in the history of aphasia : theories and protagonists* (Brain damage, behaviour and cognition, developments in clinical neuropsychology). Hove: Psychology Press.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (Bind 4). Bergen: Fagbokforlaget
- USC, U. o. S. C. (2018). Hentet 29.04.18, fra USC, University of Southern California <https://dornsife.usc.edu/cf/faculty-and-staff/faculty.cfm?pid=1008328>
- Wertz, R. T., Weiss, D. G., Aten, J. L., Brookshire, R. H., García-Buñuel, L., Holland, A. L., . . . Goodman, R. (1986). Comparison of Clinic, Home, and Deferred Language Treatment for Aphasia: A Veterans Administration Cooperative Study. *Archives of Neurology*, 43(7), 653-658. doi: 10.1001/archneur.1986.00520070011008
- Whitworth, A., Webster, J. & Howard, D. (2005). *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia: A clinician's guide*. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxLYmtfXzEzODcxMV9fQU41?sid=b6f7aa04-39e4-4ce9-b118-738753e8375f@sessionmgr101&vid=0&format=EB&rid=1>
- WHO, V. h. (2006). Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). 2.
- Worrall, L., Papanathasiou, I. & Sherratt, S. (2017). Therapy approaches to aphasia. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*, 2(2), 109-127.

Vedlegg

- Informasjonsskriv
- Intervjuguide

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Hei!

Jeg er logopedstudent ved NTNU i Trondheim og jeg skriver for tiden min masteravhandling. Jeg har valgt å skrive om afasi, afasibehandling, og hva som kan være et godt afasitilbud i en liten norsk kommune. Jeg ønsker i den forbindelse å gjøre et kvalitativt intervju av logopeder som har jobbet med afasi og som kan si noe om hva som fungerer godt og mindre godt i deres praksishverdag og hva de tenker at et afasitilbud bør inneholde.

Dersom du er en av få logopeder som jobber med afasibehandling i en liten kommune i Norge, så sitter du på svært dyrebare kunnskaper som jeg håper flere kan få ta del i. Jeg vil derfor sette stor pris på om du kan avse litt tid til å stille til intervju for meg. Både du og kommunen vil anonymiseres i avhandlingen.

Ofte er det slik at logopeder i små kommuner må foreta vanskelige prioriteringer ettersom etterspørselen er større enn tilbudet. Jeg ønsker i denne oppgaven å kunne si noe om hva som er viktig å prioritere, både i forhold til lovverk, etikk, teorier og etablerte behandlingsmetoder. Jeg vil tro at mange logopeder synes at dette er vanskelige temaer og balansere og derfor er heller ikke alle praksiser like. Det betyr likevel ikke at en er feil og en annen er riktig. Jeg håper derfor du vil dele din kunnskap med meg og andre logopeder der ute som sikkert er like forvirret som meg.

Har du spørsmål kan du ringe eller sende meg en melding på: 46418863, eller maile meg på: lisbet.midtgarden@tinn.kommune.no

Håper du vil stille til intervju!

Med vennlig hilsen

Lisbet Midtgarden

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrunn

- 1) Hvor lenge har du jobbet som logoped?
- 2) Hvilket utdanningsløp har du tatt for å bli logoped?
- 3) Hvilke fagfelt har du jobbet innenfor som logoped?
 - a) Afasi (ervervede språk- og talevansker), språk- og talevansker, taleflytvansker, stemmevansker, tospråklighetsproblematikk, osv?
 - b) Hvor lenge har du jobbet innenfor afasifeltet og de andre feltene?
 - c) Hva har du gjort innenfor afasifeltet? Forskning osv.
 - d) Voksne/barn?

Om arbeidsplassen

- 4) Hvordan jobber du?
 - a) Er du privatlogoped som leier deg ut eller er du ansatt i kommunen?
 - b) Er det nok logopeder i kommunen? Vil kommunen ansette nok?
- 5) Hvordan bor folk der du er fra? Spredt eller tett? Lite/stort sted.
 - a) Ser du noen utfordringer med dette?

Behandling av afasi

- 6) Hvordan vil du definere afasi?
- 7) Hvor mange klienter med afasi møter du hver dag/per uke/per måned?
- 8) Hvilke afatiske vansker jobber du med?
- 9) Kan du beskrive hva du tenker et godt afasitilbud inneholder?
- 10) Er det nyttig å dele afasien inn i kategorier tenker du?
- 11) Hvilke afasivarianter er mest vanlige?
 - a) Er det noen du vil trekke frem som mer fremtredende enn andre?
 - b) Hvordan vet du hvilken afasivariant du har med å gjøre? Gjør du din egen utredning eller får du info fra annet hold?
 - c) Hvordan tar du hensyn til de forskjellige afasivariantene i behandlingen?
- 12) Når i behandlingsløpet (akutt vs kronisk fase) møter du klienten for første gang? og hvor lang tid etter slaget/hendelsen?
- 13) Hvordan er første møtet ditt med en klient?
 - a) Hvorfor velger du dette?
 - b) Gjør du alltid dette eller hender det at du velger å gjøre det på en annen måte?

14) Kan du beskrive hvordan du legger opp et behandlingsløp for en afatiker? Er det et skille mellom et Flytende versus ikke-flytende talepreg av afasi?

a) Hvordan velger du behandlingsmetoder for de enkelte klientene?

b) Følger du noen spesifikke retninger i behandlingen din? Tradisjonell, sosial..

15) Hvilke prioriteringer ville du satt som viktigst når det kommer til behandling av afasi?

16) Hvor lenge følger du klienten?

a) Hvor bra er det forventet at en klient kan bli i de forskjellige tilfellene?

b) Hva avhenger forbedringen av tenker du?

c) Når velger du å avslutte behandlingen?

17) Hva tenker du om EDB? Er dette et vanlig begrep i Norge? Hvordan sørger du i så fall for å ha en EDB-Praksis?

Omfang og intensitet i behandlingen

18) Hvor mye tid får du med hver klient per uke?

a) Synes du at du har nok tid eller for lite tid til hver klient?

b) Hva gjør eventuelt at du har nok tid/får for lite tid tenker du?

c) Er det andre enn du som logoped som jobber med klientene?

d) Hvor mange ganger pr uke er det anbefalt at afasiklienten møter til behandling for at det skal ha noen effekt og hvor lenge av gangen?

e) Har det noe å si hvilken form for afasi man behandler med tanke på tidsbruk?

Til slutt: er det noe du har lyst til å tilføye som du mener er viktig å få med?