

Mai Grete Bestvold

Afasirehabilitering

En kvalitativ studie om logopeders erfaringer, opplevelser og vurderinger i afasirehabiliteringen av personer med afasi i subakutt- og kronisk fase

Masteroppgave i Logopedi

Veileder: Monica Norvik

Mai 2019

Sammendrag

Afasi er en ervervet språkvanske, som ofte gir store begrensninger når det gjelder å kommunisere med andre mennesker (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph & Lind, 2010). Etter opplæringslovens § 4A (Opplæringslova, 1998) og Folketrygdloven § 5-10 (Folketrygdloven, 1997), har mennesker som rammes av afasi, rett til logopedisk behandling. Med tanke på det behandlings-, informasjons og opplæringsarbeidet logopeder er ansvarlige for, er det relevant og interessant å få innsikt i hvilke vurderinger som ligger bak logopedenes arbeid med personer med afasi. Formålet med denne undersøkelsen, er å gi et innblikk i logopedenes vurderinger knyttet til planlegging, tilrettelegging og gjenopptrening av personer med afasi. Undersøkelsen kan være med på å gi kunnskap som kan nyttiggjøres av logopeder og andre som har tilknytning til personer med afasi og deres pårørende.

Målet med undersøkelsen, er å besvare følgende problemstilling: *Hvilke vurderinger ligger til grunn for logopedens valg i afasirehabiliteringen av personer med afasi i subakutt- og kronisk fase?*

I og med at jeg ønsket å komme i dybden av logopedenes vurderinger, erfaringer og opplevelser, var kvalitativ metode formålstjenlig i denne oppgaven. Et semistrukturert intervju, ble benyttet, for å innhente datamateriale. Intervjuene ble transkribert, og jeg har benyttet en stegvis-deduktiv induktiv metode for analysering av empirisk data (Tjora, 2017). Utvalget består av fire informanter, som hovedsakelig jobber med afasi i subakutt- og kronisk fase, og som representerer ulike typer arbeidssted.

Resultatene viser at en rekke vurderinger ligger bak logopedenes valg i afasirehabiliteringen i subakutt- og kronisk fase. Alle informantene, legger stor vekt på å holde seg faglig oppdatert. Brukermedvirkning og klinisk erfaring blir også prioritert av alle informantene. Logopedene legger vekt på både skadebasert- og konsekvensfokusert tilnærming, når kartleggingsverktøy og metoder blir valgt. Alle logopedene prioriterer å komme så tidlig som mulig i gang med afasirehabiliteringen. Den største forskjellen mellom logopedene, er vurderinger knyttet til mengde og intensitet. Analyse av funnene, viser at alle informantene, legger til rette for en individuelltilpasset og helhetlig afasirehabilitering.

Abstract

Aphasia is an acquired language impairment, which often causes great limitations when communicating with other people (Qvenild et al., 2010). In accordance to section 4A of the Education Act (Opplæringslova, 1998), and the National Insurance Act, section 5-10 (Folketrygdloven, 1997), the right to speech therapy is provided when people are affected by aphasia. In view of the treatment, information, and rehabilitation work, speech therapists are responsible for, it is relevant and interesting to gain insight into which assessments lie behind the speech therapists work with people with aphasia. The purpose of this survey, is to provide an insight into the speech therapists assessment related to planning, facilitating and rehabilitating persons with aphasia. The survey can provide knowledge that can be utilized by speech therapists and others, who are related to people with aphasia and their relatives.

The aim of the study is to answer the following issue: *Which assessments underlie the choice of the speech therapist in the aphasia rehabilitation of people with aphasia in a subacute and chronic phase?*

Since I wanted to get into the depth of the speech therapists' assessments, experiences and perception, a qualitative method was appropriate in this task. A semi-structured interview was used to obtain data material. The interviews were transcribed, and I have used a stepwise deductive inductive approach (Tjora, 2017), for analysis of empirical data. The selection consists of four speech therapists, who mainly work with people with aphasia in subacute- and chronic phase, and who represents different type of workplace.

The results show that a number of assessments lay behind the choices of the speech therapists in the aphasia rehabilitation in subacute- and chronic phase. All the informants, attach great importance to get the best available evidence. Client involvement and clinical expertise, are also prioritized by the informants. The speech therapists emphasize both the impairment- and the consequence- based approach, when assessment and therapy approaches are selected. All speech therapists prioritize getting started as early as possible with the aphasia rehabilitation. The biggest difference between the speech therapists, are assessments related to quantity and intensity. Analysis of the findings, shows that all the informants facilitate an individualized and holistic aphasia rehabilitation.

Forord

Fire år som logopedstudent, kombinert med jobb som pedagogisk leder og spesial pedagog går nå mot slutten. Det har vært fire hektiske, men svært interessante og lærerike år. Den medisinske tilnærmingen, som studiet bygger på, har gitt meg mange svar og forklaringer på hvordan hjerne og språk henger sammen. Jeg ønsker å trekke frem faget nevrovitenskap, som spesielt interessant.

I prosessen frem mot valg av emne og problemstilling for masteroppgaven, har jeg nok vært innom alle emneområder før jeg til slutt landet på fagområdet ervervede språkvansker, med fokus på afasi. Masteroppgaven har ikke vært mulig å gjennomføre uten hjelp fra de fire informantene mine, som har latt seg intervjuet og bidratt med masse kunnskap og erfaring.

Mange flere har bidratt til å inspirere, lære, motivere, utfordre, veilede og støtte meg gjennom disse fire årene. Jeg ønsker å rette en stor takk til alle kunnskapsrike og inspirerende forelesere vi har hatt gjennom studiet. Videre ønsker jeg å rette en stor takk til Ann Monica Lyngås (PPT Stjørdal), Nina Severeide (Tidl. Logopedisk senter), Anne Katrine Solberg og Randi Ramsfjell (Lian- klinikk for fysikalsk medisin & rehabilitering), for spennende og lærerike praksisperioder. Takk for at dere har delt deres kunnskap og erfaringer med meg. Jeg har lært veldig mye av dere, som jeg tar med meg videre. Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Monica Norvik, som har bidratt med nyttig veiledning og konstruktive tilbakemeldinger underveis. Det er også på sin plass å takke mine medstudenter for deling av erfaringer, gode samtaler og refleksjoner gjennom fire år. Spesielt Svetlana, som jeg har sittet sammen med i fire år. Du har lært meg veldig mye.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til familien min, og da spesielt Jan Arne for din støtte og oppmuntring. Takk til guttene mine Jonas, Brage og Sondre, som har gitt meg andre ting å tenke på innimellom. Asterix, takk for din tålmodighet, nå blir det mer tid til lek og lange turer i skogen og på fjellet.

Vikhammer 12.05.19

Mai Grete Bestvold

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	I
Abstract	II
Forord	III
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av oppgavetema	1
1.2 Formål og problemstilling	2
1.3 Klargjøring av begreper	2
1.4 Oppgavens oppbygning	3
2 Teorigrunnlag	4
2.1 Afasi	4
2.1.1 Forekomst og utbredelse	5
2.1.2 Språklige utfall og tilleggsvansker	5
2.2 Afasirehabilitering	6
2.2.1 En helhetlig afasirehabilitering	7
2.3 Tilnærminger til afasirehabilitering	7
2.3.1 Skadebasert tilnærming	8
2.3.2 Konsekvensfokuset tilnærming	9
2.4 Betraktninger om medvirkning og delaktighet	10
2.4.1 Lov om pasient- og brukerrettigheter	10
2.5 Logopeden som ressurs	11
3 Tidligere forskning om logopeders valg i afasirehabiliteringen	12
3.1 Betydningen av evidensbasert praksis	12
3.2 Tidlig igangsetting og anbefalt intensitet	12
3.3 Betraktninger om medvirkning	13
3.4 Afasirehabilitering	14
3.4.1 Indirekte tiltak	14
4 Metode	16
4.1 Kvalitativ metode	16
4.1.1 Det kvalitative forskningsintervjuet	17
4.2 Utvalg	18
4.3 Transkribering	18
4.4 Analyse av kvalitative data	19
	IV

4.5 Vurdering av kvalitet	20
4.5.1 Metoderefleksjon	21
4.5.2 Etske betraktninger	21
5 Presentasjon av funn	23
5.1 Betydningen av faglig og personlig kompetanse og evidens	23
5.1.1 Faglig kompetanse og evidens	23
5.1.2 Logopeden som ressurs	25
5.2 Betydningen av samarbeidspartnere	27
5.2.1 Betydningen av logopedkolleger	27
5.2.2 Betydningen av tverrfaglig team	28
5.2.3 Betydningen av pårørende som samarbeidspartner	29
5.3 Vurderinger ved kartlegging og afasirehabilitering	30
5.3.1 Vurderinger ved kartlegging	31
5.3.2 Vurderinger ved afasirehabilitering	33
5.3.3 Hindringer og begrensninger	36
6 Drøfting av funn	37
6.1 Betydningen av forskningsbasert kunnskap	37
6.2 Betydningen av klinisk erfaring og personlig kompetanse	38
6.3 Medvirkning	39
6.4 Betydningen av kolleger når vurderinger tas	41
6.5 Betydningen av pårørende som samarbeidspartner	42
6.6 Tidlig igangsetting	44
6.7 Vurderinger ved valg av kartlegging	45
6.8 Helhetlig afasirehabilitering	46
7 Avslutning	48
Referanseliste	49
Vedlegg	

1 Innledning

Praksis og undervisning i faget ervervede språkvansker, vekket min nysgjerrighet og interesse for afasi og afasirehabilitering, og resulterte til denne masteroppgaven. Afasi er en språk- og kommunikasjonsvanske, som oppstår på grunn av svikt i blodforsyningen til et område i hjernen, slik at nevronene skades eller dør (Fuller & Manford, 2010). Afasi kan oppstå som følge av sykdom og hjernesvulst, men det som er relevant for min oppgave, er afasi som følge av hjerneslag, som er den vanligste årsaken til afasi (Norsk Helseinformatikk, 2017). Årsrapport fra Norsk Hjernelagsregister fastslår at det ble registrert 8789 akutte hjerneslag på norske sykehus i 2017 og omtrent 32 % av disse, hadde afasi ved innleggelse (Dickey et al., 2010).

Risikoen for hjerneslag har holdt seg uforandret gjennom de siste fem årene. Men det er nærliggende å tro at hjerneslag vil øke de neste årene som følge av endret livsstil og fordi det blir stadig flere eldre i befolkningen (Norsk Helseinformatikk, 2017). Risikofaktorer som nevnes ved hjerneslag, er høyt blodtrykk, høyt kolesterol, hjerteflutter, tidligere hjerneslag, røyking og diabetes (Fjærtøft et al., 2018). Andre risikofaktorer er fysisk inaktivitet, overvekt, stress, usunt kosthold, overdrevet bruk av alkohol og bruk av p-piller (LHL, u.å.).

Hos de aller fleste vil afasien bare være en del av et mer omfattende sykdomsbilde, og det er nødvendig med en tverrfaglig rehabilitering. I dette rehabiliteringsarbeidet vil den internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse ICF (WHO) kunne brukes som en modell, som kan synliggjøre noen av de faktorene som man som for eksempel logoped må forholde seg til når valg skal tas (Theie & Qvenild, 2010). Modellen, ivaretar biologiske, individuelle og sosiale faktorer og den beskriver en persons totale helseforhold og fungering i samfunnet. Modellen, viser at flere sider ved diagnosen bør inkluderes i afasirehabiliteringen, ikke bare vansker med språket (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av oppgavetema

Rett til logopedisk behandling etter hjerneslag, er hjemlet i opplæringslovens § 4A (Opplæringslova, 1998) og Folketrygdloven § 5-10 (Folketrygdloven, 1997). En logoped skal, i tillegg til å kartlegge, planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak, gi både pårørende og rehabiliteringspersonell informasjon om den afasirammedes kommunikative ferdigheter, samt gi opplæring i strategier og teknikker som vil hjelpe den berørte med å delta i kommunikasjonen. Med tanke på det behandlings-, informasjons- og opplæringsarbeidet

logopeder er ansvarlige for, er det derfor relevant og interessant å få innsikt i hvilke vurderinger som ligger bak logopedenes arbeid med personer med afasi.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne studien, er å gi et innblikk i logopedenes vurderinger knyttet til planlegging, tilrettelegging og gjenopptreningen av personer med afasi. Undersøkelsen kan gi interessant informasjon om hvordan informantene i min studie reflekterer og vurderer, når valg tas i forbindelse med afasirehabilitering, og dette kan være med på å gi kunnskap som kan nyttiggjøres av logopeder og andre som har tilknytning til personer med afasi og deres pårørende. Jeg har formulert følgende problemstilling:

Hvilke vurderinger ligger til grunn for logopedens valg i afasirehabiliteringen av personer med afasi i subakutt- og kronisk fase?

1.3 Klargjøring av begreper

I faglitteraturen, i praksisfeltet, i brukerorganisasjoner og i lovverket møter man ulike begreper når det gjelder personer som har en ervervet språkvanske. I faglitteraturen benyttes ofte begrepene *afatiker* og *afasirammet*, mens lover og forskrifter og Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering etter hjerneslag benytter begrepet *bruker*. Logopedene i min undersøkelse bruker hovedsakelig begrepene *pasient*, *klient*, *elev*, og *person med afasi*. Jeg har valgt å bruke begrepet person med afasi. Selv om begrepet er langt, og det resulterer til dårligere flyt i teksten, synes jeg det er et verdig begrep. Det er ikke en definisjon av hva personen er, noe som kan oppleves som stigmatiserende, men begrepet beskriver hva personen er rammet av.

Informantene i min undersøkelse bruker begreper som tiltak, behandling, undervisning og rehabilitering, når de omtaler sin egen praksis. Jeg har valgt å bruke begrepet afasirehabilitering. Jeg mener at dette er et helhetlig begrep som beskriver at logopedens praksis ikke bare handler om språktrening og forbedring av funksjon, men at logopeden også skal hjelpe personen med afasi til å venne seg til en ny livssituasjon.

I problemstillingen avgrenser jeg undersøkelsen til subakutt- og kronisk fase. Subakutt fase regnes fra tre måneder og til tolv måneder etter skade inntraff. Mens kronisk fase regnes fra ca. tolv måneder etter at skade inntraff. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i denne inndelingen

av faser i rehabiliteringsforløpet, fordi disse fasene blir blant annet brukt av Papathanasiou og kolleger (2017) og Helsedirektoratet (2017).

Når begrepet pårørende blir nevnt, mener jeg personer som er nære og viktige for personene med afasi. Det kan være ektefelle, barn, barnebarn, nære venner osv.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består videre av seks kapitler, der formålet er å belyse problemstillingen som er valgt.

Teorigrunnlaget, som utgjør kapittel 2, inneholder bakgrunnsmateriale om afasi og afasirehabilitering. Teorigrunnlaget er valgt med bakgrunn i problemstillingen og på bakgrunn av empiriske funn i undersøkelsen.

I kapittel 3 presenterer jeg tidligere forskning om logopeders erfaringer og vurderinger knyttet til afasirehabilitering.

Metoden som er valgt for denne undersøkelsen, blir presentert i kapittel 4, med begrunnelse for hvorfor kvalitativ metode og intervju er formålstjenlig i min studie.

Presentasjon av funn, blir gjennomgått i kapittel 5. Her blir de empiriske funnene fra de fire intervjuene presentert i form av sitater og sammenfattede beskrivelser av informantenes uttalelser.

I kapittel 6, vil jeg drøfte mine funn opp mot problemstillingen for undersøkelsen og i lys av teori og tidligere forskning, som presenteres i kapittel 2 og 3.

En kort sammenfattet konklusjon, som belyser problemstillingen min, vil bli presentert i kapittel 7.

2 Teorigrunnlag

I dette kapittelet presenterer jeg teorigrunnlaget, jeg mener er nødvendig for å ramme inn både analysen av det empiriske materialet og drøftingen av funnene. Først gjør jeg rede for hva afasi er, forekomst og utbredelse, språklige utfall og tilleggsvansker. Videre presenterer jeg afasirehabilitering, med hovedfokus på en helhetlig afasirehabilitering. Deretter presenterer jeg to tilnærminger til rehabilitering, skadebasert- og konsekvensfokusert tilnærming. Videre gjør jeg greie for medvirkning, og hva lovverket sier om medvirkning. Avslutningsvis i teorikapittelet belyser jeg betraktninger om hvordan logopedene kan være en ressurs for personer med afasi.

2.1 Afasi

Afasi fører til store forandringer både for den som har fått skaden, og for personens pårørende (Qvenild et al., 2010). Det finnes ulike definisjoner av afasi avhengig av ståsted og tidsepoke. Mange har sett på afasi som en nevrologisk betinget vanske. Fra et nevrologisk perspektiv betegnes afasi som en multimodal språkvanske, som oppstår som følge av ervervet hjerneskade hos personer med tidligere normal språkutvikling. Språksvikten kan vise seg i ulik grad innenfor en eller flere av de fire språklige modalitetene, evnen til å uttrykke seg muntlig, evnen til å uttrykke seg skriftlig, evnen til å forstå tale og evnen til å lese. En kartlegging av språket til personene med afasi, vil kunne gi logopedene informasjon om ressurser og svikt i syntaktiske, pragmatiske, morfologiske, leksikalske, semantiske, fonologiske og ortografiske evner eller ferdigheter (Papathanasiou et al., 2017). Papathanasiou og kolleger (2017) har gjennom sin beskrivelse av afasi, beskrevet flere aspekter av hvordan denne språkvansken rammer personer med afasi. Definisjonen beskriver at skaden har oppstått i et avgrenset område i hjernen, i den språkdominante hjernehalvdelen. Videre peker definisjonen på hvordan skaden påvirker personens kommunikasjon, sosiale fungering og livskvalitet. I tillegg, påpeker definisjonen at også pårørende får sin livskvalitet påvirket.

(...) 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 quality of life of his or her relatives and caregivers

(Papathanasiou et al., 2017, s. 4).

I min oppgave kommer jeg til å ta utgangspunkt i Papathanasiou og kolleger (2017) sin definisjon, fordi denne definisjonen kan betegnes som helhetlig, ved at den tar utgangspunkt i den psykososiale siden i tillegg til å beskrive selve tilstanden. Slik retter definisjonen oppmerksomheten mot at afasi har store konsekvenser på flere områder, ikke bare for de som rammes, men også for de pårørende.

2.1.1 Forekomst og utbredelse

Code og Petheram (2011) belyser at den presise forekomsten og utbredelsen av afasi er ukjent. Årsaken til dette, er at en rekke tilstander kan betegnes som afasi. Hvordan vi definerer afasi, vil være med på å fastslå hvor ofte afasi inntreffer og hvor mange personer som har afasi. Om vi inkluderer kommunikasjonsproblemer som følge av traumatisk hodeskade, primær progressiv afasi, demens og skade i høyre hjernehalvdel øker forekomsten og utbredelsen i forhold til om vi ikke inkluderer disse tilstandene (Code & Petheram, 2011). De belyser videre at studier som har estimert forekomst og utbredelse av afasi (Engelter, Gostynski, Papa, Frei, Born, Ajdacic-Gross, et al., 2006; Langton Hower, 1997; van der Gaag, Smith, Davis, Moss, Cornelius, Laing, et al., 2005), har brukt ulike metoder og ulike kriterier for å fastslå tilstedeværelsen av afasi. Sammenligning av resultater kan derfor ansees som upålitelige.

Ellekjær (2001) fastslår at Hjerneslagregisteret gir det beste målet på hyppigheten av hjerneslag i totalbefolkningen i Norge og som også nevnt innledningsvis, ble det i 2017 registrert 8789 akutte hjerneslag på norske sykehus og 2839 personer hadde afasi ved innleggelse (Fjærtøft et al., 2018). Det anslås at 30-35% av de som overlever slag har afasi ved utreise av sykehus (Dickey et al., 2010).

2.1.2 Språklige utfall og tilleggsvansker

Hos de fleste personer med afasi vil afasien bare være en del av et mer omfattende sykdomsbilde med tilleggsvansker. Personer som overlever slag, har i gjennomsnitt fem andre tilstander, som også vil kunne virke inn når logopeden skal ta valg vedrørende afasirehabiliteringen (Karatepe, Gunaydin, Kaya & Turkmen, 2008; Ostwald, Wasserman & Davis, 2012). Symptomer på afasi kan vise seg på ulike språklige områder, slik som det fonologiske (språklydene), det morfologiske (hvordan ord er bygget opp og grammatiske bøyninger), det syntaktiske (hvordan ord settes sammen til setninger), det semantiske (forståelsen som ligger bak ord og ytringer) og det pragmatiske (evnen til å kommunisere og å forstå hvordan vi bruker språket i ulike sosiale kontekster) (Blom Johansson, 2012).

En person med afasi vil kunne få tilleggsvansker som pareser (lammelser), talepraksi (vansker med å utføre viljestyrte talebevegelser på tross av fungerende talemuskulatur), dysartri (talevansker som skyldes lammelser, svakhet eller manglende koordinering av talemuskulaturen), dysfagi (svelgevansker), synsfeltutfall, samt kognitive utfall som hukommelses- og konsentrasjonsvansker (Qvenild et al., 2010).

Fatigue, kan av mange personer beskrives som den mest belastende konsekvensen etter et hjerneslag. *Fatigue* beskrives som en følelse av trøtthet, kraftløshet og mangel på motivasjon. For mange er *fatigue* hovedårsaken til at de ikke går tilbake til arbeid. I tillegg kan aktiviteter som vedkommende har funnet glede i tidligere, som for eksempel sosialt samvær, frivillig arbeid og omsorgsoppgaver være vanskelig å få gjennomført (Bjerke, 2017). Med tanke på de språklige utfallene og tilleggsutfordringene en person med afasi kan ha, er det mange vurderinger å ta når logopedene skal legge opp til best mulig tilpasset behandling for den enkelte personen med afasi.

2.2 Afasirehabilitering

Opplæringsloven (1998) sikrer at alle personer med afasi har rett på rehabilitering.

Rehabilitering betyr "å gjeninnsette i verdighet" (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012). Afasirehabilitering handler om å gjenoppbygge språk- og kommunikasjonsferdigheter og kompensere, slik at personen med afasi, skal kunne fungere på best mulig måte i ulike situasjoner. Ifølge Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) er rehabilitering definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere personer samarbeider om å gi nødvendig hjelp til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. For slagpasienten med afasi betyr dette en målrettet prosess, tilpasset hver enkelt person, som begynner første dag etter slaget. Målet er å forbedre funksjon og/eller hindre tap av funksjon eller å kompensere for tapte/skadede funksjoner for å oppnå høyest mulig grad av uavhengighet, fysisk, psykisk, sosialt og ervervsmessig. Afasirehabilitering handler ikke bare om trening og forbedring av funksjon, men også om å venne seg til en ny livssituasjon.

Afasirehabilitering har siden slutten av andre verdenskrig utviklet seg betraktelig. Denne utviklingen kan blant annet knyttes til et resultat av økt kunnskap om hjernens funksjon, læringsteorier og språkets struktur (Basso, Forbes & Boller, 2013). Dette vil bli nærmere redegjort for senere i oppgaven under avsnitt 2.2.1. Mange grupper, blant annet nevrologer, lingvister, logopeder og andre, har bidratt med grunnleggende kunnskap om rehabilitering av

personer med afasi (Basso et al., 2013). Brady, Kelly, Godwin, Enderby og Campbell (2016) belyser gjennom sin oversiktsartikkel at det er evidens for at afasirehabilitering av logoped, er fordelaktig for personer med afasi etter hjerneslag, sammenlignet med personer med afasi som ikke mottar logopedtilbud.

Logopeder i Norge anbefales å følge Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2017). Her anbefales det at personer med afasi kartlegges med utgangspunkt i *The International Classification of Functioning, Disability and Health*, også kjent som ICF (WHO, 2001). Målet med modellen er å få til en helhetlig afasirehabilitering slik at personen med afasi skal få en optimal rehabilitering som er personlig og mangesidig. Denne tilnærmingen til rehabilitering kan beskrives som en helhetlig afasirehabilitering.

2.2.1 En helhetlig afasirehabilitering

Definisjonen til Paphanasiou og kolleger (2017), som jeg har valgt å vektlegge i denne oppgaven, beskriver at afasi er en vanske som får store konsekvenser både for den som er rammet, og de som står rundt. Når man vektlegger rehabilitering med utgangspunkt i ICF modellen, tilnærmer man seg afasi som en helhetlig vanske. Den må favne både over de språklige utfordringene, og også ta hensyn til hvordan språkvansken påvirker livet til personen med afasi og dens pårørende. Brady et al. (2016) bekrefter at med tanke på alle de faktorene som finnes i en persons liv og nærmiljø, vil personer med afasi ha behov for et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud over tid.

For å sikre god kvalitet av tilbudet for personen med afasi, anbefaler Helsedirektoratet (2017) at rehabiliteringstilbudet skal være samordnet og tverrfaglig. Tverrfaglig tilnærming gjør at tjenesten i større grad tilnærmer seg vansken som en helhetlig vanske. For personer med afasi, er det naturlig at logopeden samarbeider med fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, leger, psykologer og andre.

2.3 Tilnærminger til afasirehabilitering

En logoped står overfor en rekke valg og vurderinger, når en helhetlig rehabilitering vektlegges. Worrall og kolleger (2017) belyser at rehabilitering av språkvansker kan være direkte eller indirekte rettede tiltak. Ved direkte tiltak vil rehabiliteringen ofte være rettet mot selve språkskaden, mens ved indirekte tiltak vil man vanligvis ha større fokus på konsekvensene av skaden når det gjelder personens mulighet for deltakelse i ulike sosiale sammenhenger. Om man velger direkte eller indirekte tiltak, har ofte sammenheng med personen med afasi sin

fungering og hvilke mål som vektlegges. En kombinasjon av disse to er anbefalt (Worrall et al., 2017).

I denne oppgaven ønsker jeg å gjøre rede for to hovedtilnærminger, skadebasert- og konsekvensfokusert tilnærming, som danner et teoretisk bakteppe for min forståelse av afasi og valg som tas i afasirehabilitering. Jeg har valgt å presentere tilnærmingene hver for seg, selv om at de fleste logopedier kombinerer disse tilnærmingene i sin arbeidshverdag.

2.3.1 Skadebasert tilnærming

I den skadebaserte tilnærmingen har to tradisjoner satt sitt preg: Nevropsykologisk- og kognitiv nevropsykologisk tradisjon. Den skadebaserte tilnærmingen fokuserer på afasi som en språkvanske, hvor målet er å forbedre de ulike aspektene av språket som er svekket, og å gi bedre språkferdigheter (Basso et al., 2013). En sentral retning innenfor den nevropsykologiske tradisjonen i Norge er Boston-skolen, primært fordi den mest anvendte afasitesten, *Norsk Grunntest for Afasi* (NGA) (Reinvang & Engvik, 1980), tilhører denne tradisjonen. Forskning både på personer med afasi sine språkskader og forskning på strukturer og aktivitet i hjernen, har vist at store deler av hjernen er involvert i språkprosessering, ikke bare Brocas og Wernickes områder, som tradisjonelt ble ansett som de eneste språkområdene (Becker, 2009; Papathanasiou, Coppens, Durand & Ansaldo, 2017). Som en reaksjon på denne tenkningen oppsto den kognitive nevropsykologiske tradisjonen. I denne tradisjonen er fokuset flyttet fra afasisymptomer og skadested, til hvilke språklige funksjoner som fungerer hos den enkelte person med afasi og hvilke språklige funksjoner som er reduserte (Qvenild et al., 2010). Innenfor kognitiv nevropsykologisk tradisjon finner vi testbatterier på norsk, som *Verb- og setningstesten* (VOST) (Bastiaanse, Lind, Moen & Simonsen, 2006), *Pyramide -og palmetesten* (PyPat) (Howard & Patterson, 2005) og *Psykolingvistisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede* (PALPA) (Kay, Lesser & Coltheart, 2009).

Tradisjonell klinisk afasirehabilitering har i stor grad vært påvirket av den nevropsykologiske- og den kognitive nevropsykologiske tradisjonen. Begge retningene er inspirert av en medisinsk tilnærming, der direkte, individrettede tiltak har til hensikt å reaktivere eller reorganisere blant annet språklige ferdigheter (Qvenild et al., 2010). Gjennom reaktivering og reorganisering gjenvinnes funksjonsferdigheter helt eller delvis, avhengig av skadens omfang og alvorlighetsgrad. Ved læring, relæring og bruk av det lærte styrkes forbindelsene mellom hjerneområdene ved at det forgår nydanning av synapser, endringer i synaptisk funksjon, kortikal reorganisering og sannsynligvis nydanning av hjerneceller (Dietrichs, 2007). Becker (2009) knytter dette til hjernens plastisitet. Plastisitet kan defineres som hjernens evne

til å endre struktur og funksjon. Hjernen oppfattes derfor ikke som et uforanderlig statisk organ, men som en dynamisk enhet som er i stadig tilpasning og endring. Hjernen har en unik evne til å forandre seg i møte med ytre stimuli.

2.3.2 Konsekvensfokusert tilnærming

I den konsekvensfokuserte tilnærmingen, har ikke logopedene bare fokus på den spesifikke språkvansken, men kommunikasjon som helhet, og hvordan dette påvirker personen med afasi. Den konsekvensfokuserte tradisjonen tar utgangspunkt i ICF (WHO, 2001). Når man tar utgangspunkt i konsekvensfokusert tilnærming forsøker logopedene å forstå hvordan språkvanskene skaper utfordringer for personer med afasi sine muligheter for å delta i situasjoner hvor det er nødvendig å kunne samhandle med andre mennesker ved hjelp av språket. Det kan for eksempel være det å kunne gå tilbake til jobb, det å kunne forstå og kommunisere med ektefelle, barn og barnebarn, samt det å kunne delta på ulike sosiale arenaer som vedkommende hadde stor glede av tidligere. Ut fra denne kartleggingen, finner logopedene hensiktsmessige metoder for å nå personen med afasi sine mål (Qvenild et al., 2010). Personen med afasi sin medvirkning og delaktighet, er sentralt i den konsekvensfokuserte tilnærmingen. Medvirkning og delaktighet vil bli beskrevet nærmere i kapittel 2.4.

Innenfor den konsekvensfokuserte tilnærmingen er blant annet biopsykososial tradisjon og sosial modell sentral. Den biopsykososiale tradisjonen kombinerer det medisinske og det sosiale aspektet. Målet for personen med afasi er å oppnå forbedret livskvalitet, velvære og deltakelse (Worrall et al., 2017). Den sosiale modellen, fokuserer på miljøet rundt personene med afasi sine kommunikasjonsvansker. Modellen arbeider med aksept og tilpasning til det nye livet med afasi, både for person med afasi og for de pårørende (Worrall et al., 2017).

Å legge til rette for et afasivennlig miljø rundt personen med afasi, vil kunne føre til større deltakelse i samfunnet og det kan være med på å forebygge isolasjon og depresjon. En form for tilrettelegging av et afasivennlig miljø, kan være å lære de pårørende hvordan de skal kommunisere med personen med afasi på best mulig måte. Dette kan blant annet gjennomføres ved bruk av ”*Støttet samtale for personer med afasi*” (Kagan, 1998). Grunntanken innenfor *støttet samtale* er å gi samtalepartnere til personer med afasi større kunnskaper og ferdigheter slik at de skal bli bedre til å kommunisere med personer som har afasi. Denne metodiske tilnærmingen kan gjennom å gi støtte underveis i samtalen, bidra til at personer med afasi får større mulighet til å delta i samtaler, formidle sin ønsker og behov, og større mulighet for å kunne ta beslutninger i sitt eget liv. Det overordnede målet med *støttet samtale* er å bedre livskvaliteten til den som er rammet av afasi. Man kan også informere personen med afasi og

dens pårørende om nettverk og foreninger, som for eksempel i regi av Afasiforbundet i Norge. Her kan personen med afasi og de pårørende ha mulighet til å møte personer i samme situasjon.

For å få til en vellykket språk rehabilitering er det hensiktsmessig å involvere pårørende, eller andre som kjenner personen med afasi godt (Nelson, Hanna, Hall & Calvert, 2016; Worrall et al., 2017). Ettersom pårørende kjenner personen med afasi best, også før skaden inntraff, kan de pårørende gi nyttig informasjon som logopedene kan dra nytte av i språk rehabiliteringen.

Det finnes verktøy for å kartlegge og få oversikt over person med afasi sine utfordringer i dagliglivet knyttet til språkvansken. Verktøy for å kartlegge evne til funksjonell kommunikasjon er for eksempel *Communitative Effektivness Index* (CETI) (Lomas et al., 2006), som er et spørreskjema for pårørende, hvor det gis et bilde av personen med afasi sin evne til å kommunisere effektivt etter skaden i forhold til før skaden. Det finnes også et selvrapporteringsverktøy for å gi et bilde av personen med afasi sin psykososiale opplevelse av egen situasjon, som heter *Visuell- analog selvaktelsesskala* (VASAS) (Brumfitt & Sheeran, 2005). SALK-39 (Berg, Haaland-Johansen & Hilari, 2010) er et annet kartleggingsverktøy, som kan brukes for å få et bilde av person med afasi sin opplevelse av livskvalitet etter skade.

2.4 Betraktninger om medvirkning og delaktighet

Delaktighet handler om menneskers likeverd og det handler om å ta den enkelte på alvor og at alle mennesker skal bli sett og lyttet til. Å være delaktig betyr at en person tar del i, og medvirker i noe. Det kan knyttes til en følelse av å være til nytte og ha medinnflytelse over noe, som for eksempel å kunne ta beslutninger i sitt eget liv og at man, sammen med andre, har mulighet til å påvirke utviklingen av noe (Kjellström, 2012). Slik jeg forstår delaktighet ut fra denne teorien, handler delaktighet om muligheten til å ha makt over eget liv og beslutninger som tas. I følge Kjellström (2012) er det den profesjonelle sitt ansvar å legge til rette for medvirkning og delaktighet, i kraft av sin profesjonsrolle og det finnes flere måter å skape delaktighet. Metoden som velges, må tilpasses hver enkelt sammenheng og den medvirkende personen. I Norge er rett til medvirkning og delaktighet nedfelt i ulike lover. Det juridiske rammeverket som er relevant å nevne her, er lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 2018).

2.4.1 Lov om pasient- og brukerrettigheter

Lov om pasient og brukerrettigheter har et eget kapittel (kap.3), som omhandler personer sin rett til medvirkning. Her blir retten til medvirkning ved gjennomføring av helse- og

omsorgstjenester presisert. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det stilles krav om at tjenestetilbudet, så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Videre, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, dersom pasienten ønsker det eller ikke har samtykkekompetanse. Slik jeg forstår denne lovteksten har personer med afasi sterke rettigheter som skal sikre de samarbeid, innsyn og uttalerett. De viser at personer med afasi har rett til å delta og bestemme over egen situasjon, og logopeden er forpliktet til å lytte til deres meninger.

2.5 Logopeden som ressurs

Davidson og Worrall (2017) beskriver at logopeden kan være en ressurs, som gjennom arbeidet med å utvikle en positiv relasjonskompetanse til personen med afasi, gir personen omsorg, tillit og håp. En god relasjon mellom logopeden og personen med afasi kan ha stor betydning når det gjelder motivasjon, og som utgangspunkt for å starte viktige endringsprosesser (Røkenes, Hanssen & Tolstad, 2012).

”Den som rammes av afasi som følge av en skade i hjernen, trenger språklig, fysisk, psykisk og sosial rehabilitering” (Qvenild et al., 2010, s. 34). Dette sitatet understreker at logopeden står overfor mange valg og vurderinger. Enkelte av områdene nevnt ovenfor, vil naturligvis andre yrkesgrupper ha større fokus og ansvar for, som blant annet fysisk og psykisk rehabilitering. Men i et tverrfaglig samarbeid, vil logopeden naturligvis også måtte ta hensyn til andre yrkesgrupper som jobber med samme person, når vurderinger tas.

En logoped må besitte visse kunnskaper, ferdigheter og holdninger, og en av disse ferdighetene er rådgivningsferdigheter. Holland og Nelson (2014) belyser at rådgivning, handler om å oppmuntre personen med afasi til å uttrykke seg. En logopeds rådgivningskompetanse kan være svært betydningsfull (Davidson & Worrall, 2017; Holland & Nelson, 2014). Holland og Nelson (2014) deler rådgivningsferdighetene inn i to: Stille ferdigheter, som kan være evnen til å lytte og forstå, vise empati, klargjøre og reflektere, og ferdigheter som høres, som kan være evnen til å informere og forklare, undervise, gi råd og planlegge. Videre legger Holland og Nelson (2014) vekt på at for at rådgivningen skal bli vellykket, forutsettes det at logopeden har innsikt, viser omtanke, innehar evne til refleksjon og handling, og ivaretar humoren i samspillet med personen med afasi. Som logoped vil det være viktig å kunne lytte til pasienten og pårørendes ønsker og behov, men også deres bekymringer og frustrasjoner for fremtiden (Holland & Nelson, 2014).

3 Tidligere forskning om logopeders valg i afasirehabiliteringen

I Norge, finnes det få studier som undersøker hvilke valg som ligger til grunn for logopeders valg i afasirehabiliteringen (Haaland-Johansen, 2006). Det har derfor vært nødvendig å heve blikket mot internasjonale studier.

I dette kapitlet vil jeg først se på betydningen av evidensbasert praksis, tidlig igangsetting og anbefalt intensitet og betraktninger om medvirkning. Deretter rettes fokuset mot afasirehabilitering, indirekte tiltak og kartlegging.

3.1 Betydningen av evidensbasert praksis

Evidensbasert praksis er viktig for å sikre best mulig behandling for personen med afasi (Haaland-Johansen, 2007; Papathanasiou et al., 2017). Tanken bak evidensbasert praksis er at logopeders daglige praksis skal kunne forklares og forsvares, og at praksis skal bygge på forskningsbasert kunnskap (Haaland-Johansen, 2007). Dollaghan (2007) belyser at evidensbasert praksis kan oppnås gjennom tre pilarer, først å ta hensyn til personen med afasi sine ønsker og behov. Videre er logopedens egne erfaringer av stor betydning, hva har fungert tidligere i lignende tilfeller? Til slutt er det viktig at logopeden er oppdatert på hva forskningslitteratur og studier sier om effekt av ulik behandling.

Ulike studier viser at logopedene har positive holdninger til forskning og evidensbasert praksis, men logopedene vektlegger egne erfaringer og råd fra kolleger, som langt mer viktig, enn forsknings studier når kliniske valg skal tas (Klippi, Sellman, Heikkinen & Laine, 2012; McCurtin & Clifford, 2015). Disse funnene kan delvis forklares, av at logopedene opplever at de ikke har tid, til å fordype seg i vitenskapelige studier. Logopedene i Klippi et al. (2012) sin studie, etterlyser videre mer kunnskap om vitenskapelige studier. Schwellnus og Carnahan (2014) påpeker at kollegaveiledning, kan være en nyttig og effektiv måte å heve egen kompetanse for å oppnå evidensbasert praksis.

3.2 Tidlig igangsetting og anbefalt intensitet

Personer med afasi, som mottar logopedbehandling har fordelaktig påvirkning på funksjonell bruk, språklig forståelse og språkproduksjon, sammenliknet med personer med afasi som ikke mottar logopedtilbud (Brady et al., 2016). Hva som er den mest effektive metoden for språkrehabilitering etter hjerneslag, er ennå ikke avklart, men kunnskap om hjernens plastisitet tilsier at en bør jobbe intensivt med afasirehabiliteringen så fort som mulig etter hjerneslaget, samt fortsette med trening over lang tid (Becker, 2009; Bhogal, Teasell & Speechley, 2003;

Brady et al., 2016; Dietrichs, 2007; Papathanasiou, Coppens, Durand, et al., 2017). Rose, Ferguson, Power, Togher og Worrall (2014) sin studie, bekrefter at kunnskap om hjernens plastisitet, anvendes i logopedenes praksis.

Halvparten av logopedene i Shrubsole et al. (2018) sin studie, belyser at de kommer tidlig i gang med afasirehabiliteringen og flere av logopedene forteller at igangsetting av behandling blir prioritert langt tidligere nå, sammenlignet med noen år tilbake, som følge av økende kunnskap i feltet. Men til tross for økt kunnskap om viktigheten av tidlig igangsetting, forteller flere av logopedene at en rekke faktorer som mangel på tid, ressurser, andre vansker som for eksempel dysfagi, og andre viktige oppgaver, forhindrer de fra å møte personene med afasi på et så tidlig tidspunkt som de mener er nødvendig. Klippi et al. (2012) sin undersøkelse viser at tilbud om lengde og intensitet, varierte ut fra behandlingssted.

Bhokal et al. (2003) fant sterke bevis, i sin forskning, på at intensiv afasirehabilitering over en kort periode, viser forbedring i språk og tale hos personer med afasi, sammenlignet med de som mottok mindre intensiv afasirehabilitering over en lengre periode. Studier som viste en signifikant effekt, ga i gjennomsnitt omtrent 9 timer i uka, fordelt over 11 uker, med 98 timer afasirehabilitering totalt. Studier som viste mindre effekt, ga tilbud om to timer afasirehabilitering i uka, fordelt over 23 uker, med totalt 44 timer totalt (Bhokal et al., 2003).

Stahl et al. (2018) fastslår i sin undersøkelse, at funn indikerer at det vises ingen bedring i språkrehabiliteringen utover to timers daglig intensiv trening. Derimot viste undersøkelsen at selv en liten forlengelse av afasirehabiliteringen på to uker, viste en betydelig bedring for personer med afasi i kronisk fase.

3.3 Betraktninger om medvirkning

Logopedene i Brown, Worrall, Davidson og Howe (2010) sin undersøkelse, nevner blant annet, medvirkning som en elementær faktor, for å kunne leve så bra som mulig med afasi, og flere studier viser at logopeder legger stor vekt på medvirkning når vurderinger tas (Klippi et al., 2012; Rose et al., 2014; Shrubsole, Worrall, Power & O'Connor, 2018). De fleste logopedene i Shrubsole et al. (2018) og Rose et al. (2014) sin studie, sikrer medvirkning, ved å gi skriftlig og muntlig afasivennlig informasjon, tilpasset personene med afasi sine behov, mens logopedene i Klippi et al. (2012) sin undersøkelse sikrer medvirkning ved at personene med afasi er med på å setter mål, og intensitet og lengde av afasirehabiliteringen og inkludering av pårørende diskuteres med personene med afasi.

Selv om medvirkning anses som viktig, påpeker logopedene i Shrubsole et al. (2018) og Klippi et al. (2012) sin studie, at mangel på tid til å utvikle afasivennlig informasjon, utfordringer når det gjelder å få kontakt med pårørende, utfordringer i forhold til å gi informasjon til personer med alvorlig afasi, samt erfaringer med at det er ikke alltid personer med afasi er mottakelige for informasjon, som hindringer for å oppnå medvirkning.

Berg (2018) har i sin doktorgradsavhandling sett på i hvilken grad logopeder involverer personer med afasi i arbeidet med å sette konkrete mål og planlegge behandlingen. Hun konkluderer med at logopeder bør fokusere mer på medvirkning ved rehabilitering av personer med alvorlig afasi etter hjerneslag og hun belyser at det trengs økt fokus på hvordan personer med alvorlige språkvansker kan involveres i afasirehabiliteringen.

3.4 Afasirehabilitering

Tidligere forskning, viser at logopeder anvender både skadebasert og konsekvensfokustert tilnærming i sin praksis (Rose et al., 2014; Sherratt et al., 2011; Verna, Davidson & Rose, 2009).

Rose et al. (2014) har i sin studie sett på logopeders praksis og utfordringer. Logopedene nevner at de bruker en rekke ulike tilnærminger i sin praksis, men funksjonell-, sosial- og kognitiv nevropsykologisk tilnærming, nevnes som de mest anvendte. En kombinasjon av intensiv og funksjonell afasirehabilitering vektlegges. Når det gjelder informasjon om støtteorganisasjoner, oppgir kun litt over halvparten av logopedene, at dette er noe de prioriterer.

Sherratt et al. (2011) har i sin undersøkelse sett på hvilke mål logopeder setter for personer med afasi og deres pårørende. Logopedene ga uttrykk for i alt 84 ulik mål for personene med afasi og deres pårørende, relatert til kommunikasjon, mestring, deltakelsesfaktorer og utdanning. Målene inkluderte alle aspektene innenfor ICF modellen, og viste til bruk av både skadebasert og konsekvensfokustert tilnærming.

Logopedene i Klippi et al. (2012) rapporterer om at de ønsker mer trening i spesifikke metoder og mer tid til gruppeterapi. Kun fire logopeder av totalt 43, forteller at de har tilbud om afasigrupper. Omtrent alle logopedene forteller at de legger opp til trening hjemme, lik treningen personene med afasi mottar hos logopeden.

3.4.1 Indirekte tiltak

En rekke studier viser at logopeder anser veiledning av pårørende og andre yrkesgrupper for å kunne kommunisere på en best mulig måte med personene med afasi, som en del av sin praksis,

men mangel på tid, nevnes som en hindring for å oppnå dette (Klippi et al., 2012; Rose et al., 2014; Shrubsole, Worrall, Power & O'Connor, 2018).

Logopedene i Shrubsole et al. (2018) sin undersøkelse rapporterer om ulike praksis når det gjelder kommunikasjonstrening til pårørende. Flesteparten rapporterer at de kun gir kommunikasjonstrening til pårørende av og til. Få av informantene veileder andre yrkesgrupper (leger, sykepleiere) i å kommunisere med personer med afasi på best mulig måte. Flesteparten anser veiledning som viktig, men hindringer som mangel på tid, mangel på tilgjengelige ressurser, vansker med å nå pårørende og manglende interesse fra de andre yrkesgruppene nevnes som årsak til at dette ikke ble prioritert.

Johansson, Carlsson og Sonnander (2011) har i sin undersøkelse blant annet sett på hvordan logopeder legger vekt på veiledning og rådgivning til pårørende. Kun 73 prosent av logopedene som jobber i subakutt- og kronisk fase vektlegger rådgivning til pårørende, som en del av jobben sin. Logopeder med erfaring utover to år, prioriterer rådgivning til pårørende oftere, sammenlignet med logopeder som har jobbet under to år. 66 prosent av deltakerne fortalte at de var misfornøyd med tilbudet de tilbøy pårørende. Hindringer, som ble nevnt, for å oppnå et tilfredsstillende tilbud til pårørende var manglende ressurser, ikke en del av logopedens oppgaver, mangel på rutiner og stor avstand mellom rehabiliteringen og pårørendes hjem.

3.4.2 Kartlegging

For å planlegge og evaluere afasirehabiliteringen er logopedene avhengig av å vite noe om personene med afasi sitt språklige og kommunikasjonsmessige nivå. Majoriteten av de kartleggingsverktøyene logopedene i Lind og Haaland-Johansen (2013) rapporterer om, kan klassifiseres som generelle afasitester/screeningtester eller spesifikke språktester. Kartleggingsverktøy som er spesifikt rettet mot funksjonell kommunikasjon blir derimot kun benyttet av to prosent av logopedene i undersøkelsen, gjennom bruk av to ulike verktøy. I undersøkelsen til (Simmons-Mackie, Threats & Kagan, 2005) rapporterte 23,5% av logopedene at de anvendte kartleggingsverktøy som er spesifikt rettet mot funksjonell kommunikasjon, gjennom bruk av 13 ulike verktøy. Majoriteten av logopedene i Verna et al. (2009) sin studie, rapporterer at de bruker skadebaserte kartleggingsverktøy og kun 21 prosent av logopedene rapporterer at de bruker konsekvensfokuserte kartleggingsverktøy.

Flere studier viser at logopedene tar i bruk både formelle og uformelle kartleggingsverktøy, og observasjon blir ansett som en viktig del av kartleggingen (Klippi et al., 2012; Lind & Haaland-Johansen, 2013; Verna et al., 2009).

4 Metode

”Den opprinnelige betydningen av ordet metode er veien til målet” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 121). Og det er min vei til målet, dette kapitlet skal handle om. Jeg kommer til å beskrive intervjuprosessen nøye og begrunne mine valg som jeg har foretatt underveis i forskningsprosessen, for å skape gjennomsiktighet. Videre gjør jeg rede for utvalg og betraktninger i forhold til transkribering. I avsnittet analyse av kvalitative data, tar jeg utgangspunkt i analysemodellen stegvis-deduktiv induksjon (SDI) (Tjora, 2017), når jeg beskriver det systematiske analysearbeidet i oppgaven min. For å belyse kvaliteten i oppgaven, gjør jeg rede for indikatorene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet. Avslutningsvis sier jeg litt om metoderefleksjon og etiske betraktninger.

Valg av metode er knyttet til problemstillingen for prosjektet. Problemstillingen min er som følger: *Hvilke vurderinger ligger til grunn for logopedens valg i afasirehabiliteringen av personer med afasi i subakutt- og kronisk fase?* På bakgrunn av denne problemstillingen har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming, for å få frem logopedenes tanker, refleksjoner og erfaringer. Fenomenologi er en forskningstradisjon som legger stor vekt på den subjektive opplevelsen, og den har som mål å beskrive hendelser og handlinger slik de oppleves for individet (Postholm, 2010).

4.1 Kvalitativ metode

I og med at jeg ønsket å komme i dybden av logopedenes vurderinger, erfaringer og opplevelser var kvalitativ metode formålstjenlig i denne oppgaven. Tjora (2017) bekrefter at valg av metode, dreier seg om å finne den fremgangsmåten som kan gi meg best mulig svar på problemstillingen min. Bruk av kvalitativ metode kjennetegnes ved at man søker kunnskap i dybden, fremfor kunnskap i bredden (Tjora, 2017). I kvalitativ forskning er det et overordnet mål å utvikle forståelse av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet (Dalen, 2011). I denne oppgaven har jeg forsøkt å komme til bunns i hvilke vurderinger som ligger bak de valgene logopedene i min undersøkelse tar. Dette samsvarer med kvalitativ tilnærming, hvor man er opptatt av å få innsyn i deltakernes opplevelser og livsverden (Dalen, 2011; Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). Dalen (2011) poengterer at det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet for å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser. Og det er nettopp intervju, jeg har valgt for å få svar på problemstillingen min.

4.1.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Både Kvale og kolleger (2009) og Dalen (2011) understreker, at det ikke eksisterer noen fasit for hvordan et intervju skal gjennomføres. Det kvalitative intervjuets egenart preges av åpenhet, fleksibilitet, kontinuerlig samspill, interaksjon, dialog, gjensidig utveksling og dynamikk som gjør at det ikke kan ha for strenge rammer (Dalen, 2011; Kvale et al., 2009). Et forskningsintervju kan utformes på ulike måter. Jeg har valgt en semistrukturert tilnærming. Et semistrukturert intervju består av et skjelett av hovedtemaer som er bestemt på forhånd av intervjuer. Dette gjøres for å forsikre seg om at en får informasjon om vesentlige og relevante emner som er aktuelle for problemstillingen. Samtidig er det åpenhet for intervjuer å komme med oppfølgingsspørsmål, og informant kan komme med viktig og supplerende informasjon som ellers kanskje ikke hadde kommet fram ved et strengt strukturert intervju (Dalen, 2011; Kvale et al., 2009).

Som støtte under intervjuene laget jeg en intervjuguide (Vedlegg 1). Intervjuguiden er en skriftlig plan, som i stor eller liten grad legger føringer for hvordan intervjuet skal forløpe (Kvale et al., 2009). Grunnen til at jeg valgte denne strukturen, var at jeg ønsket å ha en tematisk plan for intervjuet, samtidig som jeg ønsket å være fleksibel med tanke på rekkefølge og innspill fra informantene. I utformingen av intervjuguiden fulgte jeg ”traktprinsippet”, hvor jeg innledningsvis tok utgangspunkt i generelle spørsmål, før vi beveget oss over på mer sentrale tema, for til slutt å avslutte med mer generelle spørsmål igjen. Intervjuguiden er delt inn i ni hovedemner, med støtte spørsmål under hvert emne. Intervjuene ble styrt etter de planlagte spørsmålene i intervjuguiden. Jeg valgte å sende ut intervjuguiden til informantene på forhånd. På denne måten, fikk informantene mulighet til å forberede seg om de ønsket det, uten at det var en forventning fra min side. Alle informantene ga tydelig uttrykk for at de satte pris på å få intervjuguiden på forhånd. En av informantene ga uttrykk for at hun følte seg mye tryggere, når hun visste hvilke spørsmål jeg kom til å stille, og på den måten følte hun seg mer forberedt. Jeg hadde på forhånd, avklart om jeg kunne ta kontakt om jeg hadde behov for ytterligere informasjon om enkelte tema.

For å få innblikk i deltakernes livsverden, erfaringer, verdier og opplevelser, forsøkte jeg skape en trygg og tillitsfull relasjon under intervjusamtalene. Gjennom alle møtene med informantene forsøkte jeg å vise engasjement, forståelse og respekt over informantenes kunnskap og erfaringer og over det deltakerne fortalte meg. Alle samtalene gikk veldig lett. Jeg opplevde atmosfæren i alle intervjuene, som veldig god og trygg. Alle informantene virket avslappet, og alle informantene hadde mye å fortelle.

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker, uten å ta notater underveis. På den måten kunne jeg konsentrere meg om å være til stede i situasjonen og lytte til det informantene fortalte, og bidra til god flyt i samtalen.

Jeg startet tidlig med prosessen å få tak i informanter, samt igangsetting av intervju med en gang godkjenningen fra NSD (vedlegg 2) forelå. Tjora (2017) poengterer at det er hensiktsmessig å legge datainnsamlingene relativt tidlig i prosjektet, for å kunne ha mulighet til å justere bruk av teori og perspektiver til det som fremstår som interessant i den empiriske analysen.

4.2 Utvalg

Tjora (2017) belyser at hovedregelen for utvalg i kvalitative intervjustudier er at man prøver å velge informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet. Dette blir også kalt strategiske utvalg (Thagaard, 2013; Tjora, 2017). Mitt strategiske utvalg består av fire kvinnelige logopeder, som hovedsakelig jobber med personer med afasi i subakutt- og kronisk fase. Informantene har ulik erfaringsbakgrunn, henholdsvis lærere, førskolelærer og spesialpedagoger. De representerer forskjellig type arbeidssted som sykehus (rehabilitering), rehabilitering for personer med afasi som bor hjemme, voksenopplæring og privatpraksis. Jeg har valgt informanter som representerer ulike faser i rehabiliteringsforløpet, for å få et større innblikk i hvilke vurderinger som tas i subakutt- og kronisk fase. Informantene har også ulik fartstid som logoped, med et spenn fra 2,5 år til 35 år. Av hensyn til informantenes konfidensialitet har deltakerne fått fiktive navn.

Informant	Arbeidssted	Antall år	Erfaringsbakgrunn
Anne	Privatpraktiserende	35 år	Lærer/spesialpedagog
Brit	Sykehus (rehabilitering)	2 ½ år	Lærer
Camilla	Dagrehabilitering	22 år	Lærer/spesialpedagog
Dina	Voksenopplæring	10 år	Førskolelærer

Figur 1. Presentasjon av informanter

4.3 Transkribering

Å transkribere innebærer å gjøre lyd om til skriftlig tekst. Ved å transkribere intervjuene, gjøres intervjuene bedre egnet for koding og analyse (Tjora, 2017). I og med at jeg er ute etter et

meningsinnhold, og i og med at jeg ikke skal foreta en samtaleanalyse, har jeg valgt en grov transkripsjon. Jeg har transkribert ordrett, og valgt å utelate lyder, tonefall og kroppsspråk. For å ivareta anonymiteten til informantene har jeg valgt å omskrive dialekt til bokmål. Alt som kan være personidentifiserende opplysninger eller utsagn som omhandler sted og personer har blitt anonymisert. Transkripsjonene ble foretatt med en gang etter gjennomføring av intervjuene. Hele materialet ble transkribert for å få et størst mulig grunnlag for å lage koder og kodegrupper. Transkriberingen var en nyttig fase i prosjektet, samtidig som det var arbeidsomt. Arbeidet med transkripsjonene ga meg en unik mulighet til å bli godt kjent med datamaterialet.

4.4 Analyse av kvalitative data

Etter transkripsjonen satt jeg igjen med store mengder data som måtte kategoriseres for å gi meg svar på problemstillingen min. Det systematiske analysearbeidet i oppgaven min, bygger på strategien stegvis-deduktiv induksjon (SDI). SDI-modellen bygger på samme prinsipper som veletablerte *Grounded Theory* (GT), som ble utviklet av Cohen, Glaser og Strauss (1969), men SDI-varianten forsøker å redusere den kompleksitet som har kommet til å prege de mange retningene innenfor GT. Derfor er SDI-modellen godt egnet for små prosjekter, som for eksempel min oppgave, hvor gjentatte ”besøk” i felten for såkalt ”teoretisk sampling” ikke er realistisk (Tjora, 2018).

Den induktive prosessen i SDI-modellen består av syv steg: generering av empiriske data, bearbeiding av rådata, koding med empirinære koder, gruppering av koder, utvikling av konsepter, og teoriutvikling (Tjora, 2017).

Koding er første steg i analysen og svært viktig for SDI-metodens vekt på induksjon (Tjora, 2017). I kodingsprosessen tok jeg for meg en transkripsjon i gangen, før jeg begynte på neste. Jeg ble sittende igjen med omtrent 392 koder til sammen, på fire intervju. Kodene var korte uttrykk som: «medvirkning», og lengre setninger som for eksempel: «velger kurs ut fra hva jeg har bruk for».

Neste steg i analyseprosessen var å samle kodene som var relevante for problemstillingen min i grupper. Tjora (2017) omtaler denne prosessen som å kategorisere kodene. Denne delen av prosessen er viktig for å bevege seg fra empiri til analyse. Når jeg kategoriserte kodene på tvers av intervjuene, fikk jeg en mer generell oversikt over datamaterialet. Jeg kategoriserte kun det som var relevant for å besvare problemstillingen min. 392 koder ble redusert til tre kodegrupper, med tilsammen åtte undergrupper. Disse vil bli

presentert i kapittel 4 (Presentasjon av funn). Tjora (2018) bekrefter at 3-5 relevante kodegrupper egner seg som analytisk basis for mastergradsprosjekter (Tjora, 2018).

I neste fase går man fra empirien over til en mer teoretisk styrt prosess med å utvikle konsepter basert på kodegruppene. Her går man inn og ser på hvilke fenomener som viser seg, og om det finnes teori som allerede omtaler disse (Tjora, 2017). Teorier som er sammenfattende med mine funn, blir presentert i teorikapitlet mitt (kapittel 2).

I siste fase går man inn i teoriutvikling. Min induktive undersøkelsesprosess med generering og bearbeiding av empiriske data, koding, kodegruppering og konseptutvikling, ledet nok ikke til ny kunnskap og teoriutvikling, men allerede eksisterende teorier viste seg å sammenfalle med mine funn. Ved å jobbe med SDI-metoden, lar man empirien styre hvilke teorier man skal benytte, ikke motsatt. På den måten forholder forskeren seg åpen i prosessen, og lar empirien lede seg fremover (Tjora, 2017).

4.5 Vurdering av kvalitet

Det benyttes ofte tre indikatorer på kvalitet innenfor forskningen: pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Tjora, 2017).

Begrepet pålitelighet refererer i utgangspunktet til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene, ville kommet frem til samme resultat (Thagaard, 2013). Jeg har forsøkt å styrke påliteligheten ved å redegjøre for begrunnelser og valg jeg har gjort gjennom hele undersøkelsen. For å styrke påliteligheten i undersøkelsen min har jeg forsøkt å skille mellom informasjon som jeg har fått fra informantene, og egne refleksjoner. I fremstillingen min vil jeg presentere enkelte sitater av det informantene sier, slik at leserne kan ha mulighet til å vurdere om jeg har grunnlag for det jeg skriver, og for å skille mellom hva som er informantenes utsagn og hva som er mine tolkninger. Jeg har valgt å ta lydopptak av intervjuene, hvor jeg kan gå tilbake å dobbeltsjekke hva som faktisk ble sagt, noe som øker påliteligheten. Jeg har valgt å transkribere lydopptakene, noe som gir meg god oversikt over materialet mitt, og som også er med på å styrke påliteligheten i undersøkelsen min.

Gyldighet handler om i hvilken grad det er logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn og de spørsmål man søker å finne svar på (Tjora, 2017). Gyldighet kan styrkes gjennom gjennomsiktighet (Thagaard, 2013). I denne oppgaven har jeg sikret gjennomsiktighet ved å beskrive intervjuprosessen i avsnitt 4.1.1, samt analyseprosessen i avsnitt 4.4

Generaliserbarheten er knyttet til forskningens relevans utover de enheter som faktisk er undersøkt (Tjora, 2017). En undersøkelse som min, med bare noen få deltakere, gir ikke resultater som kan generaliseres. Ved å kun intervju fire logopedere kan jeg ikke trekke slutninger som gjelder for hele populasjonen av logopedere som jobber med personer med afasi. Jeg kan imidlertid si noe om hvilke vurderinger logopedene i min studie legger til grunn, ved afasirehabilitering av personer med afasi. Det blir opp til lesere av denne studien å vurdere om mine funn kan overføres til andre kontekster og om det kan ha relevans for dem.

4.5.1 Metoderefleksjon

Thagaard (2013) belyser at påliteligheten kan styrkes ved at man reflekterer over eventuelle begrensninger og feilkilder. I og med at jeg har lite erfaring med utforming og gjennomføring av intervju, kan dette ha påvirket kvaliteten på studien. Jeg fikk ikke gjennomført pilotintervju i forkant av intervjuprosessen. Et pilotintervju kunne vært med på å styrke kvaliteten på undersøkelsen min, ved at jeg har fått erfaring med hvordan intervjuguiden fungerer i praksis, og det kunne bidratt til å trygge rollen min som intervjuer. Min begrensede kunnskap og erfaring med afasirehabilitering i praksis (kun gjennom en praksisperiode), kan ha bidratt til at jeg har utelatt relevante spørsmål i intervjuguiden, og dermed vært med på å påvirke kvaliteten på datainnsamlingen og datamateriale. Min nysgjerrighet for temaet, intervjuguide, måte å intervju på, samt valg av kodegrupper og sitater fra analysen har preget utforming og resultater, dette kan også være med på å styrke eller svekke kvaliteten i undersøkelsen min.

4.5.2 Etiske betraktninger

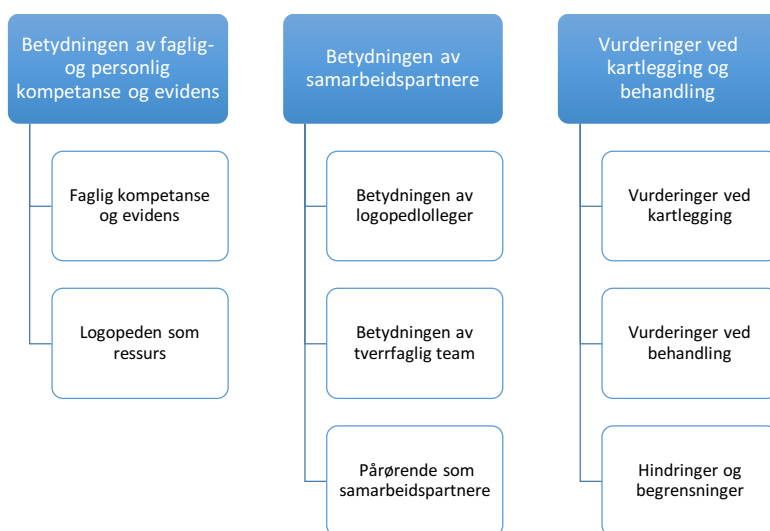
Etiske betraktninger er viktig i alle studier. Det innebærer refleksjoner om studien overholder aksepterte verdisyn og at man sikrer personvern. I Norge er det lovfestet at all vitenskapelig virksomhet skal reguleres av overordnede etiske prinsipper som er nedfelt i lover og retningslinjer (Dalen, 2011). Kvale et al. (2009) poengterer at etiske betraktninger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og at man bør ta hensyn til mulige etiske problemer helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger. Før jeg beveget meg inn på forskningsfeltet, søkte jeg om godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD fant behandlingen av personalopplysningene for tilfredsstillende (Vedlegg 2).

Informantene fikk informasjon om studiens formål, problemstilling og hovedtrekkene i designet (Vedlegg 3), før de tok stilling til om de ønsket å delta. Informantene ble både skriftlig og muntlig underrettet om sin rett til at de når som helst trekke seg fra prosjektet, uten å oppgi

noen grunn. Når det gjelder forskerrollen, var det viktig for meg, å være bevisst at intervjuer og informant sto i en asymmetrisk maktrelasjon, hvor jeg som intervjuer definerte situasjonen, presenterte samtaleemnene og styrte intervjuet gjennom å stille spørsmål. Informantene kunne imidlertid utjevne denne asymmetriske relasjonen gjennom å dele sin praksis, erfaring og kunnskap, som jeg har mindre av. Jeg informerte logopedene om at jeg ikke kom til å vurdere, eller sammenligne informantene opp mot hverandre på en negativ, eller krenkende måte. Dalen (2011) bekrefter at det hverken skal argumenteres eller moraliseres i et forskningsprosjekt. Hovedfokus har vært å få tak i deltakernes erfaringer og opplevelser. For å ivareta anonymitet og konfidensialitet i oppgaven, har jeg gitt informantene fiktive navn. Under analyseringen av dataene, har jeg et etisk ansvar. Selv om en nær empirisk koding kan tale for samsvar med det informantene faktisk forteller, er det opp til meg hva jeg velger å vektlegge samt vinklingen av det informantene forteller. Kvale et al. (2009) skriver at de etiske sidene ved analyseringen omfatter spørsmålet om hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres, og hvor vidt intervjupersonene bør være med på å bestemme hvordan uttalelsene deres skal tolkes. I denne studien er ikke informantene med på analyseringen av empirien, noe som stiller høye krav til etisk aktsomhet fra meg.

5 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere de empiriske funnene fra de fire intervjuene. De empiriske funnene søker å besvare problemstillingen min, som er: *Hvilke vurderinger ligger til grunn for logopedens valg i afasirehabiliteringen av personer med afasi i subakutt- og kronisk fase?* Funnene vil bli presentert i form av sitater og sammenfattede beskrivelser av informantenes uttalelser. Tjora (2017) belyser at ved å benytte sitater med sammenfattede beskrivelser av informantuttalelsene, oppnås det større nærhet til de empiriske dataene i sin opprinnelige form. Utgangspunktet for presentasjonen er tre kodegrupper med åtte undergrupper (figur 2.), som den stegvis deduktiv-induktiv metoden ledet meg til, og som er med på å belyse problemstillingen. Kodegruppene jeg har kommet fram til er:



Figur 2. Kodegrupper

5.1 Betydningen av faglig og personlig kompetanse og evidens

Under denne kodegruppen samlet jeg ytringer om hvordan logopedene skaffer seg relevant kompetanse om fagfeltet, hvilke kurs de prioriterer, med begrunnelse for denne prioriteringen. Denne kategorien består av to underkategorier: *Faglig kompetanse og evidens* og *Logopeden som ressurs*.

5.1.1 Faglig kompetanse og evidens

Tre av informantene fortalte at erfaring og kompetanse fra tidligere yrker som henholdsvis lærere og spesialpedagoger, blir brukt når vurderinger tas i arbeidet de utfører som logoped. Brit fortalte at selv om hun betegner seg som relativ fersk i logopedifaget, så har hun med seg

mye faglig kompetanse fra læreryrket, som hun bruker i jobben sin som logoped. «*Jeg har med meg masse erfaring i forhold til å jobbe med de rundt, dra inn nærpersoner og jobbe med de, mye erfaring i forhold til å planlegge og evaluere undervisning og erfaring i forhold til å sette mål*». Brit fortalte videre at hun av og til møter unge elever som fortsatt går på skole. Og da er det positivt å kunne ha med seg lærerperspektivet når vurderinger tas. Hun bekreftet videre at det er veldig nyttig for henne å vite hva som forventes i en skolesammenheng og vite hvordan en lærer tenker. Hun kan bruke sin kunnskap som tidligere lærer til å vurdere, hvor personen med afasi bør være språklig, for å kunne fungere i en skolesammenheng, både i forhold til å kunne ta inn informasjon, og i forhold til å kunne formulere seg både skriftlig og muntlig, og det å kunne sette seg inn i fagstoff. Camilla, som også har tidligere erfaring fra læreryrket, bekrefter også at hun i stor grad bruker erfaringen sin som lærer. Hun forteller at hun jobbet en del med lese- og skrivevansker som lærer, og at det er nyttige erfaringer som hun bruker i jobben sin som logoped.

Når det gjelder faglig oppdatering, uttrykker alle logopedene at det er noe de prioriterer høyt, gjennom lesing av faglitteratur, ved å holde seg oppdatert på ny forskningslitteratur, gjennom kursing, ved å holde forelesninger og gjennom faglige diskusjoner med andre logopeder og andre faggrupper. Anne gir uttrykk for at det skjer mye på forskningsfronten, derfor er det viktig å holde seg faglig oppdatert. Brit belyser viktigheten av å ta selvstendige valg, fremfor å nødvendigvis velge det materialet som allerede finnes på arbeidsplassen. Hun forteller at selvstendige valg kan tas, når man har skaffet seg kunnskap blant annet gjennom kurs, så fremt kurset har en viss form for evidens å vise til. Hun poengterer at valgene tas gjerne sammen med en kollega. «så sparrer vi, hva synes vi er nyttig?, hva har noe for seg?, hva vil vi ta inn og hva vil vi legge bort?» Brit sier videre at i løpet av de få årene hun har jobbet som logoped, så har praksisen blitt endret som følge av at forskningsfeltet viser at en metode har større virkning enn en annen.

Brit og Camilla sier at de hovedsakelig prioriterer kurs i Norge, blant annet gjennom Afasidagene i statped, en årlig konferanse for logopeder med interesse for afasi. Camilla forteller at hun velger kurs ut fra hva som er relevant for problemstillinger hun møter på arbeidsplassen. Dina anser kurs som gir henne testkompetanse, for eksempel kurs i bruk av kartleggingsverktøyet PALPA, som nyttig, spesielt som nyutdannet, «fordi man har ikke så mye erfaring med å teste selv». Dina forteller videre at hun velger kurs ut fra hva som er relevant for henne og for å styrke kompetansen sin på enkelte områder, «*jeg har følt litt på at jeg har hatt litt hull selv da, og så har jeg ville hatt litt mer kjøtt på beina i forhold til å kunne mer*». Anne forteller at hun har deltatt på det meste av kurs, også mange kurs utenfor Norge. Brit

knytter viktigheten av faglig oppdatering, opp mot etterspørsel av evidens «*Og så blir vi på jobb ofte etterspurt etter evidens. Har dette noe for seg? Hvorfor gjør jeg nå egentlig det her igjen? Hvem har sagt at det her er lurt?*»? Camilla beskriver viktigheten av faglig oppdatering på følgende måte: «*På de årene jeg har jobbet innafor feltet her, så er det så mye, altså om jeg ikke har holdt meg oppdatert, så har jeg vært helt akterutseilt*». Anne bekrefter også at det er viktig å holde seg oppdatert. Hun belyser at hun bruker ingenting av det hun lærte i studiet. Hun opplever at det har vært stor utvikling i faget.

I tillegg til faglig oppdatering, gir alle informantene uttrykk for at kursing også er viktig for nettverksbygging, det å treffe andre logopeders som jobber innenfor samme fagfelt. En av informantene poengterer at det er lettere å ta kontakt og søke råd fra andre logopeders innenfor fagfeltet, når man kjenner vedkommende.

5.1.2 Logopeden som ressurs

Alle informantene i undersøkelsen gir uttrykk for at relasjonskompetanse er en viktig del av yrkeskompetansen i arbeidet med personer med afasi, og noe de alle vektlegger høyt. Dina beskrev betydningen av å oppnå en god relasjon på følgende måte: «*Det relasjonelle er viktig da, du må møte vedkommende på en god måte, og etablere en god kontakt, finne ut litt om det her med interesser og ønsker, og fortelle hva man kan bidra med som logoped, være litt lydhør*». Brit belyser at det er ikke alltid relasjonen kommer av seg selv, og da må man være profesjonell og jobbe med den. Brit beskriver viktigheten av en god relasjon på følgende måte: «*hvis ikke pasienten eller brukeren føler at han har en god relasjon til deg, så tror jeg ikke du når de målene du setter deg. Du må være på lag. Og det, handler jo om kommunikasjon da*». Brit ga uttrykk for at hun bruker en del tid på å oppnå god relasjon i starten. Det gjør hun ved å finne ut mest mulig informasjon om vedkommende. Hvem personen er, hva personen liker å holde på med, hva personen ikke liker å holde på med. Brit nevner også informasjon om afasi som viktig for å nå inn til personen med afasi. Brit belyser at informasjon kan gis, ved at vedkommende får informasjon om hva som har skjedd, hvorfor det har skjedd, hva hun som logoped kan hjelpe vedkommende til, og hun vektlegger å forklare hvorfor hun gjør det hun gjør. Videre poengterer Brit at det er også viktig å høre hva vedkommende tenker om det som har skjedd. Dina bekreftet også at det er viktig å informere personene med afasi hva hun kan bidra med som logoped.

Flere av informantene fortalte at de hadde en bevisst holdning til hvordan de kommuniserer med personer med afasi. Flere av logopedene i undersøkelsen poengterte viktigheten av å bruke et verdig språk, selv om personen med afasi har svekkede språklige

ferdigheter. Brit beskriver hvordan hun bruker språket sitt i møte med personer med afasi, for å oppnå en respektfull kommunikasjon, på følgende måte:

Det handler om dette med respekt og relasjon. Og det igjen, handler om hvilket språk bruker du? Har du et litt slikt barnslig språk, fordi vedkommende ikke har sitt vanlige språk? Det er jo en litt nedverdiggende situasjon at man snakker barnslig til dem. Og hvordan formulerer man seg? Har man lange formuleringer? Har man korte? En ting i gangen. Så den bevisstheten. Og det med å ta tur, turtaking. Det med å gi tid, er kjempeviktig.

Flere av logopedene i undersøkelsen trakk frem at personene med afasi sine målsetninger og forventninger til seg selv, ikke nødvendigvis er realistiske, og at dette er en viktig del av logopedens arbeid. Camilla trakk frem at det er viktig å høre på personen med afasi, selv om han kanskje aldri når sine mål. Hun fortalte videre at det er viktig å ta vedkommende på alvor. Det bekreftes blant annet gjennom følgende sitat, «*Det er viktig at vi skriver opp målet da. Og da pleier jeg jeg å si til de at, ja det er et fint mål, før vi kommer så langt så må vi ha noen delmål, fordi at dette her blir jo et hovedmål*». Camilla forteller videre at det er viktig at de er med på å lage målene. Dette begrunner hun med å si, «*fordi da opplever de det som meningsfullt*». Videre poengterer Camilla at det er ikke noen vits i at personene med afasi trener på noe, om ikke vedkommende ser noen betydning av treningen, «*jeg synes det er viktig at de skal oppleve at det vi gjør her, det har jeg bruk for*».

Alle informantene i undersøkelsen la stor vekt på brukermedvirkning. Brit la vekt på at, for å kunne oppnå brukermedvirkning, må hun finne ut mest mulig om vedkommende. Om vedkommende ønsker seg tilbake på jobb, eller om det er viktig å kunne kommunisere med barnebarna, om vedkommende er medlem av noen lag og foreninger og hva personen med afasi trenger språket sitt til. Brit poengterer at det er gjennom en slik samtale, at det er lettest å oppnå brukermedvirkning. Camilla la vekt på at det viktigste ved brukermedvirkning, er at personen med afasi skal ha en opplevelse av at det de holder på med er nyttig. Hun belyser videre at det kan man oppnå ved å få mest mulig informasjon om vedkommende og ved å ta utgangspunkt i bakgrunnen deres. Camilla poengterer videre, at det er viktig å gjøre møtene interessant. Og for å oppnå det må man som logoped være veldig fleksibel og møte personene med afasi der de er. Hun poengterer videre at det er viktig at personene med afasi ser nytten i det som gjøres, og at de har lyst til å komme tilbake. Camilla poengterer at, «*det er jo da du har klart det*». Dina opplever at personene hun møter er forskjellige, når det gjelder hvor mye de ønsker å medvirke, «*noen har ikke ønsker som de legger frem selv, eller det tar litt tid for enkelte å få frem hva de*

ønsker å jobbe med». Hun forteller videre at enkelte ønsker en logoped som er en pådriver som kan komme med ideer og forslag til hva man kan jobbe med for å bedre språket, eller vansker med lesingen, mens andre personer med afasi som hun møter, er veldig tydelige på hva de vil jobbe med. Dina bekrefter også at det er lurt å spørre om vedkommendes interesser «*du kan ikke komme med et kryssord, om de aldri har løst et kryssord*». Hun poengterer videre at som logoped, så ser hun mange tiltak som kunne vært bra, for eksempel å bedre leseevnen, men om vedkommende ikke er interessert i å lese så skaper jo ikke det noen motivasjon for opptrening. Anne belyser at for å oppnå brukermedvirkning, er det viktig å finne ut mest mulig om personen med afasi sine ønsker, behov og forventninger, på et tidlig tidspunkt. Hun forteller videre at selv om personer med afasi har store språklige utfordringer, kan man kommunisere med vedkommende i 90 prosent av tilfellene, ved hjelp av kommunikasjonsmetoden ”støtta samtale” for voksne med afasi (Kagan, 1998). Hun forteller videre at ved å velge støtta samtale, så kan man få informasjon om hvilke forventninger de har, og hva de håper på. Hun forteller videre at dette kan man oppnå, om man tar seg tid og bruker et visuelt materiale.

Camilla poengterte at det er viktig å gi dem tilbake trua på seg selv, og selvtillit til å prøve å delta i kommunikasjonen igjen. Hun sier videre at dette kan hun blant annet oppnå ved å gi dem positiv bekreftelse ved fremgang. Camilla nevner også at hun registrerer ofte at personer med afasi mister venner, og da kan hun hjelpe vedkommende med å knytte nye vennskap, gjennom blant annet afasiforeningen.

5.2 Betydningen av samarbeidspartnere

Under denne kategorien samlet jeg utsagn som omhandlet hvilken betydning ulike samarbeidspartnere har, når vurderinger skal tas i forbindelse med behandling. Denne kategorien er delt opp i tre underkategorier: *Betydningen av logopedkolleger*, *Betydningen av tverrfaglig team* og *Betydningen av pårørende som samarbeidspartner*.

5.2.1 Betydningen av logopedkolleger

Brit og Dina har logopedkolleger, mens Anne og Camilla jobber alene som logoped på arbeidsplassen. Både Brit og Dina ga uttrykk for at de setter stor pris på samarbeidet med andre logopedkolleger på arbeidsplassen. Brit uttrykte verdien ved å ha en logopedkollega på følgende måte: «*I forhold til det rent logopedfaglige er det gull å ha en sparringspartner, som du føler at du bare kan spørre om alt*». Brit la spesielt vekt på tryggheten ved å ha en logopedkollega, da hun var nyutdannet. I tillegg til at hun fikk klinisk erfaring, opplevde Brit

det som veldig godt å ha noen å diskutere med, og en trygghet ved at en mer erfaren logopedkollega kunne kvalitetssikre de beslutningene hun tok. Dina beskriver betydningen av å jobbe med andre logopeder på følgende måte, «*det er jo mye kompetanse samlet på en plass da, når du jobber med flere*». Hun forteller videre at samarbeidet med andre logopeder gjør at hun kan drøfte problemstillinger, og at man ikke står alene som ansvarlig. Hun forteller videre at, «*da blir man tryggere på avgjørelsene sine selv, og man kan få ideer av andre. Det er fint å få ideer av andre, man tenker på litt forskjellige måter*». Dina belyser også at logopedkolleger stiller spørsmål, og at hun må begrunne sine valg. Hun forteller at det bidrar til at hun må reflektere over sine valg.

Alle informantene i undersøkelsen min uttrykte stort behov for å kunne drøfte saker med andre logopeder, for å kvalitetssikre vurderinger de foretar, samt muligheten til å erverve seg ny kunnskap. Dina uttrykte verdien av å møte andre logopeder på følgende måte: «*Det er veldig fint at vi møter andre logopeder, og drøfter tema, fordi vi kan litt forskjellig, og da bidrar man til å gjøre hverandre gode*». Anne og Camilla, som ikke jobber sammen med andre logopeder ga uttrykk for at de har hatt, og har nært samarbeid med andre logopeder. Camilla forteller at hun ofte har nært samarbeid med logopedene som har jobbet med personene med afasi tidligere i forløpet. Anne fortalte at hun har viktig nettverk med andre logopeder, også utenfor regionen hun jobber i. I tillegg til faglige refleksjoner, ga Brit og Anne uttrykk for at det også er positivt å kunne spørre andre logopeder om administrative saker som, journalføring, datasystemer og hjelpemidler.

5.2.2 Betydningen av tverrfaglig team

Det er ofte flere instanser involvert i rehabilitering av personer med afasi. Kunnskapen de ulike yrkesgruppene besitter kan være til nytte for andre, og bidra til å heve kvaliteten på rehabiliteringen en person med afasi får. Alle informantene i undersøkelsen sa at de samarbeider med andre yrkesgrupper, men i ulikt omfang. Anne, ga uttrykk for at hun i jobben sin som privatpraktiserende, samarbeider lite med andre yrkesgrupper sammenlignet med tidligere steder hun har jobbet. Nå samarbeider hun mest med primærlegen til personen med afasi. Dina opplever ofte at hjemmetjenesten, leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter, som møter personene med afasi daglig, kan ha store utfordringer med å kommunisere med personene med afasi. Dina forteller at hun ofte samarbeider med andre yrkesgrupper ved å innta en veilederrolle, gjennom å veilede dem om afasi, og hvordan de kan oppnå en bedre kommunikasjon med personene med afasi. Hun belyser at gjennom å gi råd om hvilken språklig modalitet, skriving, lesing eller tale som er best bevart hos personen med afasi,

kan de andre faggruppene oppnå en bedre kommunikasjon, og de unngår en del misforståelser og frustrasjoner. Brit og Camilla jobber i tverrfaglige team. Begge opplever at samarbeidet fungerer godt, og at man kan dra nytte av hverandres faglige tilnærming. Camilla belyser at de lærer veldig mye av hverandre ved å jobbe i tverrfaglig team. Hun bekrefter dette ved å fortelle at, *«vi har forskjellig blick på det, synsblick. Og det er bra»*. Både Brit og Camilla forteller at når man jobber med andre faggrupper så får man et mer helhetlig innblikk i personen med afasi sitt ståsted. Brit beskriver betydningen av å jobbe tverrfaglig på følgende måte: *«Jeg synes det er veldig nyttig, fordi vi har ulike faglige ståsted og ulike ting vi ser etter. Så du får et helt annet helhetsbilde av hva er det pasienten strever med og hvorfor»*.

Når det gjelder logopedens rolle i det tverrfaglige teamet opplever både Brit og Camilla, at deres roller til en viss grad er definerte, men at det kan være glidende overganger mellom de ulike yrkesrollene, fordi de jobber tett med nevropsykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, primærleger, psykiatrisk sykepleiere og miljøarbeidere. Brit beskriver denne glidende overlappingen på følgende måte: *«jeg synes det er litt interessant å, hva er det de kommer fram til, i forhold til hva er det jeg ser i min kartlegging»*. Camilla ga uttrykk for at logopeden har en viktig rolle i å formidle til de andre i teamet hvordan de på best mulig måte skal kommunisere med personer med afasi, *«det er jo viktig å fortelle de andre i teamet hvor mye personen oppfatter av det som blir sagt auditivt. Kanskje de må ta i bruk andre kanaler slik at personen oppfatter det de vil formidle på en annen måte, kanskje med at de må vise det bare, og være litt mer visuell»*. Brit belyste at hun går ofte inn og veileder de andre i teamet, spesielt i forhold til dysfagi.

Både Brit og Camilla opplever at de andre i teamet anerkjenner deres kunnskap og kompetanse.

5.2.3 Betydningen av pårørende som samarbeidspartner

Alle informantene uttrykte at samarbeid med pårørende er veldig viktig og nyttig, når valg og vurderinger skal tas. Flere av informantene poengterer at pårørende kan gi logopedene viktig og nyttig informasjon om hvem, og hvordan personene med afasi var før skaden inntraff. Og pårørende er en viktig trygghet og støtte for personene med afasi, både språklig og i det å organisere rundt vedkommende. Camilla fortalte at hun oppfordret pårørende til å være med som støtte spesielt i første møte med logopeden. Fordi at hun opplever ofte at de er litt spente, og ved store utfall på språket, så kan det være en god trygghet for dem, å ha med en pårørende. Anne beskriver pårørende som en viktig ressurs både når det gjelder å få nyttige ideer selv, og ved at pårørende er viktig i rehabiliteringen av personen med afasi .

Tre av logopedene i undersøkelsen ga uttrykk for at samtidig som at pårørende er en viktig samarbeidspartner og ressurs, både for personen med afasi og logopeden, så kan pårørende være krevende og de trenger en god del veiledning ved den nye livssituasjonen. Anne beskrev det på følgende måte: *«Det er ikke så enkelt bestandig. Pårørende har ofte andre forventninger enn pasienten selv. Og det er veldig mange i et slikt parforhold som har en pårørende som snakker for dem. Det er et kjempeproblem da».*

Alle logopedene fortalte at de legger vekt på å informere pårørende om hvordan de skal kommunisere med person med afasi på best mulig vis. Camilla ga uttrykk for at hun har tett oppfølging av pårørende, spesielt når det er utfordringer med kommunikasjonen mellom person med afasi og pårørende. *«Du må kommuniserer med en som har afasi, på en annen måte, enn en som ikke har det. Og det kan være viktig å gjøre de oppmerksom på en del sentrale punkter i kommunikasjonen».* Brit belyste at det er krevende å være pårørende, spesielt når personen med afasi kommer hjem. Hun sier at logopedene har et stort ansvar ved å få gitt god nok informasjon til pårørende, men hun stiller spørsmål om logopedene klarer denne oppgaven godt nok.

Det er jo de som sitter i det 24 timer i døgnet. Så den informasjonsbiten er kjempeviktig. Og der er vi ikke god nok tror jeg. (...). Men vi prøver. Det handler om det at de ikke klarer å ta inn alt og så klarer ikke vi å få godt nok tak i de senere, når de er mottakelige. (...). De strever med sitt de også.

Camilla la vekt på at det er viktig å hjelpe pårørende med å treffe andre pårørende i samme situasjon. *«Dette kan vi som logopeder hjelpe til med, ved å introdusere de for afasiforeningen»*, belyste Camilla. Dina forteller også at hun legger vekt på å veilede pårørende for å bedre kommunikasjonen. I tillegg til å gi pårørende tips om å bruke god tid under kommunikasjonen, bruke konkreter, støtte opp med ordbilder, så informerer hun pårørende om viktigheten ved å fortsette med å snakke om det som personene med afasi er interessert i. Hun påpeker at, *«man har jo samme interessene som før, selv om man har fått afasi, man er jo like interessert i for eksempel fotball».*

5.3 Vurderinger ved kartlegging og afasirehabilitering

I denne kategorien samlet jeg informasjon som omhandler hvilke kartleggingsverktøy informantene bruker, samt hvilke vurderinger som ligger bak disse valgene. Videre samlet jeg

ytringer om hvilke områder informantene velger å fokusere på, og hva som ligger bak disse valgene. Herunder sorteres følgende tre underkategorier: *Vurderinger ved kartlegging, Vurderinger ved behandling og Hindringer og begrensinger.*

5.3.1 Vurderinger ved kartlegging

Samtlige informanter kunne fortelle at alle personene med afasi, som de tok imot, hadde blitt kartlagt i forkant, men i varierende grad. Kartlegging blir trukket frem som viktig for å se om det er behov for logopedisk oppfølging eller ikke, og for å kunne vurdere grad av afasi, vansker og styrker, da dette er nødvendig for at logopedene skal kunne gi individuelt tilpasset behandling. Datamaterialet gir meg informasjon om at informantene bruker mange av de samme kartleggingsverktøyene. Alle informantene brukte Haukeland afasi screening test (HAST). Testen ble beskrevet som enkel i bruk og at den ga et godt bilde på forståelse, lesing, skriving og ordleting. Når det gjelder bruk av Norsk Grunntest for Afasi (NGA) hadde informantene ulike erfaringer og vurderinger. Camilla ga uttrykk for at NGA er en god test som fremdeles er veldig relevant, men at man må bruke en litt mer moderne språkdrakt når testen introduseres for enkelte personer med afasi. I tillegg bruker Camilla HAST, PALPA og Pyramide- og palmetesten. Hun bruker TROG 2 og Token når personer med marginal grad av afasi skal kartlegges. Camilla belyser at man må vurdere i hvert enkelt tilfelle for å finne den riktige testen. Hun forteller videre at det har kommet veldig mange gode tester de siste årene, for de personene som har en stor afasi, men hun savner flere tester som skiller de som har en marginal afasi.

Dina forteller at hun også bruker NGA, fordi testen gir henne informasjon om hvilke områder personene med afasi har store vansker, og hvor de har bevarte språklige ferdigheter. Hun opplever NGA som gammeldags og utdatert for dagens samfunns brukere, men at hun bruker testen i påvente av en ny. I tillegg forteller Dina, at hun bruker HAST, deler av verb- og setningstesten og deler av PALPA. Brit kunne fortelle at, hun vurderer PALPA som mer aktuell enn NGA:

Jeg bruker ikke NGA jeg altså. Men jeg er muligens påvirket av den utdanningen jeg har tatt da? At der var PALPA, en slik kognitiv nevropsykologisk tilnærming mer vektlagt, så jeg er sikkert mer preget av det. Nei, jeg synes det er viktigere å se på hva er det den enkelte pasient strever med? Hvilke språkmodaliteter er vanskelig? Hvor i språkssystemet ligger vansken?(...). Det er nok derfor jeg er mer glad i PALPA enn NGA, fordi det sier mye mer om hvor i språkssystemet vansken er.

Brit forteller at hun er godt fornøyd med TROG-2, PALPA, Pyramide- og palmetesten og HAST, som er de kartleggingsverktøyene hun bruker mest «*Jeg finner stort sett det jeg er ute etter*», bekrefter hun. Pyramide- og palmetesten vurderer Brit som god, ved semantiske utfordringer. Brit belyser at hun er for lite flink til å konkretisere og tallfeste ting ved for eksempel bruk av videoopptak og samtaleanalyse. Det kunne gjort det lettere å vise både personen med afasi og pårørende forbedringer over tid. Brit uttrykker videre at, «*det gir et mer dybdeinnblikk i språkferdighetene, som ikke vises i de her formelle kartleggingsverktøyene vi har*». Anne forteller at NGA, HAST, VASAS og CETI, som er de kartleggingsverktøyene som hun bruker mest, gir henne de svarene hun er ute etter og hun velger å bruke disse kartleggingsverktøyene fordi de er hensiktsmessige i bruk.

Alle informantene informerer at de bruker uformelle kartleggingsverktøy i tillegg til formelle kartleggingsverktøy. Anne forteller at hun bruker et uformelt kartleggingsverktøy som kartlegger interesseområdene, og de sterke og svake sidene til personene med afasi, og at det er et viktig utgangspunkt for behandlingen. Brit påpeker at det er ikke bare det personen viser på en test, som gjenspeiler personens ferdighet, fordi det er mye som er viktig ved kommunikasjon, som vi ikke kartlegger. Hun legger vekt på at det er ingen test som kartlegger hvor god man er i non-verbal kommunikasjon, eller hvor sosial og utadvendt man er, men at det er en viktig uformell observasjon som hun benytter seg av, i tillegg til formell kartlegging. Anne sier at hun foretar en psykososial kartlegging, for å kartlegge hvilke arenaer vedkommende har deltatt på i livet. Hun belyser at dette gir henne nyttig informasjon når mål skal settes opp. Hun kartlegger interesser, familiesituasjon, hva som betyr noe for vedkommende, hva vedkommende pleier å gjøre på en normal uke, og hva vedkommende ikke klarer å gjennomføre nå, hvorfor vedkommende ikke klarer å gjennomføre det nå og om vedkommende klarer å gjennomføre det om hun eller han får litt hjelp.

Camilla belyser at det er ikke alle som er like positive til å bli kartlagt, «*men da må vi forklare til dem, på en slik måte at de forstår hvorfor vi gjør ting, når de blir skeptisk. Så det de ikke vil, det gjør vi ikke*».

Alle informantene opplyser at det å bestemme afasitype er lite viktig i jobben deres. Camilla kunne fortelle at:

Det aller viktigste er jo, det du finner, når du, både mellom formell og uformell kartlegging, at du da danner deg et bilde, hva er det som er utfordrende for personen, og hva er det som er

viktig å jobbe med for at personen skal kunne fungere best mulig i sitt daglige virke. Og om det heter det ene eller det andre det er jo ikke så farlig.

Brit sa at hun opplever at ingen av de hun snakker med kjenner til afasitypene, hverken pårørende eller de andre i det tverrfaglige teamet, bortsett fra enkelte nevropsykologer, så hun opplever ikke at det er viktig å bestemme afasitype. Hun fortalte videre at, *«nei, jeg synes det er viktigere å se på hva er det den enkelte strever med. Hvilke språkmodaliteter er vanskelige? Hvor i språkssystemet ligger vansken?»* Anne fortalte at hun synes det er litt interessant å kunne bestemme afasitype. Dina fortalte at hun skilte mellom de ulike afasitypene da hun var nyutdannet som logoped, *«jeg synes det var godt å bruke i starten for å forstå hvilken type vanske det var. Men det har blitt mindre og mindre bruk av det altså»*, hun forteller videre at hun heller snakker om vanskene deres, i stedet for å benevne afasitype. Dina legger imidlertid vekt på at man må forstå begrepene *Wernicke* og *Broca*, fordi spesialisthelsetjenesten bruker begrepene.

5.3.2 Vurderinger ved afasirehabilitering

Alle informantene gir uttrykk for at de tar raskt kontakt med personene med afasi, kort tid etter at henvisningen foreligger. To av informantene forteller at de prioriterer ut fra en prioriteringsnøkkel. Alle informantene gir uttrykk for at de kommer i gang, så raskt som mulig med behandlingen. Dina belyser at hun blir enig om oppstart med personen med afasi, når vedkommende er klar for logopedisk behandling. Camilla gir uttrykk for at det har vært stor endring i forhold til hvordan personer med afasi har blitt prioritert. Hun forteller at dette har endret seg betydelig, som følge av økt kunnskap om viktigheten av å igangsette behandling raskt. Camilla forteller i tillegg at, *«for den enkelte så betyr det så mye, å få komme med en gang»*. Hun belyser videre at et raskt tilbud, også betyr mye for pårørende.

En faktor informantene må ta hensyn til når de skal velge behandling, er hvor ofte logopedene møter personene med afasi. Dette er ulikt etter hvor i behandlingsforløpet vedkommende er i. På sykehusets rehabiliteringsavdeling, treffer logopeden personene med afasi flere ganger hver dag, og har flere muligheter når valg skal tas. Logopeden ved sykehusets rehabiliteringsavdeling forteller at de har personer med afasi inne på senfase, og at de får tilbud om gruppetrening. Mens den privatpraktiserende forteller at hun i enkelte tilfeller, treffer personene med afasi kun en gang i uka, eksempelvis de som bor ute i distriktene. Og da er for eksempel gruppetrening vanskelig å gjennomføre, men Anne legger vekt på at man får til mye ved å være kreativ: *«hvis det er noen oppegående afasirammede så har jeg altså sendt med de*

en bunke med bilder for eksempel, som de skal benevne. Drille på. Ja, slik hver dag. Så det blir litt intensivt slik».

I og med at afasi rammer så ulikt fra menneske til menneske vil behandlingsmetodene i stor grad variere fra person til person. Brit bekrefter dette ved å si «*det er veldig mange forskjellige innfallsvinkler på hvordan vi jobber, det er det. Heldigvis. Det gjør det spennende*». Samtlige informanter belyser at, det som er felles for personer med afasi er behovet for individuelt tilrettelagt behandlingsopplegg. Dina belyser at det er ulikt fra person til person hva hun fokuserer på. Dina gir uttrykk for at hun gjør først rede for personens interesser, ønsker og behov, så bygger hun videre på det. Hun sier videre at, «*det varierer fra sak til sak hvor mye du må sette inn i forhold til språktreningen, og hos noen bruker jeg kanskje mer tid på den her veiledningsbiten til pårørende*». Dina belyser at det er ikke alltid at det å kunne skrive og lese ord som er det viktigste for personer med afasi. Kanskje er det relasjon mellom de nærmeste som er det viktigste, og da fokuserer hun ikke like mye på det å kunne lese og skrive. Dina forteller at hun starter ofte med individuell trening, og etter en periode, går flere av personene med afasi over til intensive språktreningsgrupper. Camilla belyser at du må forberede deg til hver time, fordi det du gjør til en person med afasi, passer ikke å gjøre til nestemann som kommer. Alle informantene gir uttrykk for at de legger stor vekt på personen med afasi sine mål, ønsker og behov når valg av behandling velges. Brit belyser at, «*Skal vi ha med oss vedkommende, så må vi jobbe med det som er viktig for den personen. Mens for andre igjen, er det andre ting som er viktigere*». Hun forteller videre at selv om det er viktig å ta utgangspunkt i personen med afasi sine ønsker og behov, så har også hun stor innvirkning på prosessen, men at det går mer på valg av metode for at personen med afasi skal nå sine mål. Camilla forteller at hun bruker mye språkbruksoppgaver, ut fra det ståstedet personene med afasi er. Hun nevner oppgaver som er med på å redusere ordleting og oppgaver som er med på å gi økt forståelse av ord som blir mye brukt. Anne sier at hun tar vedkommendes bakgrunn i betraktning når hun vurderer valg av behandling:

Er det en akademiker for eksempel så er han sikkert veldig treningsmotivert, og vil ha veldig mye spesifikk språktrening. Men er det et gammelt menneske som ikke har vært vant med å hatt noen utdanning eller hatt et praktisk yrke så er kanskje ikke den der språktreningen det helt store bestandig, fordi at da føler de at de sitter på skolebenken. Og de vil føle nederlag på det når de ikke får det til. Så da må man pakke det inn litt, og gjøre det litt slik psykososialt».

Brit sier at hun vektlegger bruk av bildemateriell for å få til et funksjonelt språk. Hun velger handlingsbilder for å få personen med afasi opp på setningsnivå. Hun belyser at metoder gjerne blir valgt ut fra kurs hun har deltatt på, eller forskning hun har lest. *«Så kan man kanskje snu hvis man leser noe annet. Men da er det jo dette med evidens igjen da. Hva er det som er vist å ha virkning»?*

Valg av metode kan knyttes til hvilken tradisjon og tilnærming den enkelte logoped vektlegger. Informantene i undersøkelsen sier at de heller mot en kognitiv nevropsykologisk, helhetlig og psykososial retning. Brit belyser at, *«jeg er nok relativt på den der kognitiv nevropsykologisk tradisjon. Påvirket av det jeg har gjort gjennom studiet, det kartleggingsmaterialet jeg bruker og måten jeg tenker og jobber på».*

Camilla belyser at hun er ikke opptatt av antall feil, men hvilke type feil. Og ut fra funn lager hun et opplegg som er med på å redusere de type feil vedkommende gjør. *«Og det er jo det som er med på å påvirke hvordan du skal legge opp undervisningen eller behandlingen videre med de. Slik at det blir på en mest mulig adekvat måte ut fra personens forutsetninger og ståsted».*

Anne forteller at hun, heller mot kognitiv nevropsykologisk og psykososial retning, men at hun i tillegg er litt opptatt av lokalisasjonsteorien og afasityper. Dina gir uttrykk for at hun tenker helhetlig, *«jeg tenker ikke bare nevrologi og skade, fordi mennesket er så mye mer enn en skade som gir de i språklige utfallene da. Så jeg tenker hele mennesket når jeg jobber».*

På spørsmål om hvilke vurderinger som ligger til grunn for at logopedene avslutter en behandling, forteller Camilla at hun ser at det er naturlig å avslutte, når personen har holdt seg på samme nivå over en periode. Camilla forteller videre at hun forbereder personen med afasi i god tid og avtaler en sluttdato, men at hun trygger de på at de kan komme tilbake. Hun forteller at hun gjentatte ganger har opplevd at når de får prøvd seg litt på egenhånd, så har de fått økt mestringsopplevelse, som har ført til at de har turt mer. Brit forteller at hun avslutter hvis hun på faglig grunnlag ser at det ikke er behov for videre oppfølging. Hun har også avsluttet oppfølging fordi personen med afasi ikke så noen relevans i det å jobbe med logoped, selv om hun på faglig grunnlag mener hun burde jobbet videre. Brit forteller videre at hun legger vekt på pårørendes og det tverrfaglige teamet sin vurdering for om hun skal fortsette, eller om hun velger å avslutte. Dina belyser at om det ikke er noen form for motivasjon eller fremgang, så trenger personen med afasi andre tiltak enn språktrening, og da er det naturlig å avslutte en sak. Anne opplever at det er ikke alltid at personene med afasi er enige i at behandlingen avsluttes, men at hun velger å avslutte når det ikke er fremgang lenger. *«Jeg tror at om de bare har de logopedtimene over lang tid, så hjelper ikke det, de må gjøre noe egenaktivitet i tillegg. De må*

ut i samfunnet. Men det kan være logopeden som kan bidra til at personen blir tøff nok til å prøve seg, med små skritt ut i samfunnet og stadig mer og mer». Anne forteller videre at afasiforeningen er en viktig arena for mange personer med afasi, og at logopeden må hjelpe de med å komme inn i afasiforeningen.

5.3.3 Hindringer og begrensninger

Samtlige av informantene fortalte at de fleste personer med afasi som de møter, har tilleggsutfordringer, som logopedene må ta hensyn til ved valg av behandling. Brit nevner kognitive utfall, innsiktsproblematikk og motivasjon som faktorer hun må ta hensyn til ved valg av behandling. Brit forteller videre at en annen faktor hun må ta hensyn til, er at personene med afasi har ofte *fatigue*, og som oftest er det flere faggrupper som skal inn og få gjennomført sin behandling. Hun nevner videre at hun blant annet må ta hensyn til spisetrening og fysisk trening. Anne, nevner tid som en begrensning. En del av personene hun møter kommer fra distriktet, og hun opplever at det kan være vanskelig for personene med afasi å komme ofte nok, og de kan ha fysiske utfordringer som gjør dem mindre mobil. Hun nevner også *fatigue* og manglende motivasjon som en begrensning hun må ta hensyn til:

De vil gjerne, men de synes det er slitsomt. Hvis de ikke gjør noen ting hjemme, altså om de bare går til timen, da blir de jo ikke bedre. Hvis de ikke har driven til å gjøre noe. Det har nok litt med motivasjon å gjøre, og også litt med bakgrunn å gjøre. Hvor vant de er til å jobbe liksom, med oppgaver.

Camilla nevner at logopedressursen og romkapasitet kan være en begrensning. Hun belyser at om de hadde hatt en større logopedressurs så kunne hver enkelt person med afasi fått flere timer i uka, og de kunne tilbudt flere gruppetimer, med mer intensiv behandling. Camilla forteller videre at om de hadde hatt flere rom, kunne personene med afasi jobbet litt mer selvstendig med for eksempel dataprogrammer. Dina opplever at en del av personene med afasi som hun møter, har store sammensatte utfordringer, store utfall og *fatigue*. Hun forteller videre at fysisk form og alder kan påvirke hvor mye de klarer å ta imot.

6 Drøfting av funn

På bakgrunn av presentasjonen av funnene, skal jeg i dette kapitlet, drøfte funnene i lys av teori og forskning på området. Funnene fra informantene belyser min problemstilling som er: *Hvilke vurderinger ligger til grunn for logopedens valg i afasirehabiliteringen av personer med afasi i subakutt- og kronisk fase?* Først blir fokuset rettet mot betydningen av forskningsbasert kunnskap og betydningen av klinisk erfaring og personlig kompetanse. Deretter tar jeg for meg medvirkning og betydning av samarbeidspartnere når vurderinger tas. Videre ser jeg på tidlig igangsetting og vurderinger ved kartlegging. Avslutningsvis tar jeg for meg helhetlig afasirehabilitering.

6.1 Betydningen av forskningsbasert kunnskap

Kliniske valg og vurderinger en logoped tar i forbindelse med afasirehabilitering, kan ha sammenheng med logopedens teoretiske ståsted, tilnærming til praksis, personlighet, kompetanse, utdanningsbakgrunn, erfaring og så videre. Haaland-Johansen (2007) belyser at for at man skal sikre best mulig afasirehabilitering for personer med afasi, er evidensbasert praksis viktig. Evidensbasert praksis er at logopeders daglige praksis skal kunne forklares og forsvares, og at praksis skal bygge på forskningsbasert kunnskap. Evidensbasert praksis består av de tre pilarene forskningsbasert kunnskap, klientpreferanser og klinisk ekspertise (Papathanasiou et al., 2017).

Logopedene i min undersøkelse, sikrer seg forskningsbasert kunnskap gjennom å holde seg oppdatert på ny forskningslitteratur, gjennom å lese faglitteratur, ved å delta på kurs, ved selv å holde forelesninger, og gjennom faglige diskusjoner med andre logopeder og andre faggrupper. Alle logopedene i min undersøkelse, gir uttrykk for at faglig oppdatering er noe de prioriterer høyt, og setter av tid til. Dette står i kontrast til Zipoli og Kennedy (2005) sin studie, som viser at, få av logopedene i deres undersøkelse, anvender forskning som grunnlag når kliniske vurderinger tas, selv om de anså forskningsbasert kunnskap som viktig. Det svake resultatet, kan delvis forklares av informantenes tilbakemelding om mangel på tid til å fordype seg i forskningsstudier. Til sammenligning, nevnte ingen av informantene i min undersøkelse, noe om mangel på tid til å tilegne seg kunnskap. Årsaken til den store forskjellen, kan muligens handle om, at det stilles ulike krav til hvor stor klientbelastning den enkelte logoped skal ha. En annen forklaring, kan kanskje være at logopedene i min studie, prioriterer forskningsbasert kunnskap, i høyere grader enn logopedene i Zipoli og Kennedy (2005) sin studie? Og logopedenes prioritering, kan muligens sees i sammenheng med hvilke

krav og forventninger som ligger til deres yrkesrolle? En av informantene i undersøkelsen min, understreker at hun blir etterspurt om evidens i jobben sin, og hun må kunne forsvare hvorfor hun velger en metode fremfor en annen, derfor er hun avhengig av å følge med på utviklingen som foregår innenfor fagfeltet. Når man blir etterspurt om evidens, slik som denne informanten forteller, er det naturlig at logopedene prioriterer faglig oppdatering i høyere grad, enn om man ikke blir etterspurt om evidens i jobben sin. Jeg har imidlertid ikke noe grunnlag for å anta at logopedene i Zipoli og Kennedy (2005) sin studie, ikke blir etterspurt om evidens.

Ratner (2006) bekrefter at logopedien er et dynamisk fagfelt som stadig er i utvikling. Derfor er det nødvendig å oppdatere seg på ny kunnskap som fagfeltet tilegner seg, for å kunne tilby den beste afasirehabiliteringen for personer med afasi. Jeg tolker det slik at alle logopedene i min undersøkelse har god kunnskap om evidensbasert praksis, og hvordan de skal skaffe seg denne kunnskapen. Dette står i kontrast til logopedene i Klippi et al. (2012) sin undersøkelse, som etterlyser mer kunnskap om evidensbasert praksis. Det er nærliggende å tro at også denne kontrasten mellom logopedenes uttalelser, handler om prioriteringer. Som logoped, har man kanskje selv et ansvar for å skaffe seg kunnskap om evidensbasert praksis? Iallfall tolker jeg mine informanters utsagn, at de selv tar ansvar for å skaffe seg nødvendig kunnskap. En annen mulig forklaring på den store kontrasten mellom studiene, når det gjelder opplevelse av tid og kunnskap, kan være hvordan arbeidsgiverne legger til rette for at logopedene får tid til å oppdatere seg på ny forskningslitteratur og muligheter for å dra på kurs. I en hektisk arbeidshverdag, er det kanskje lett å velge bort lesing av forskningslitteratur og studier. Noe som bekreftes av McCurtin og Clifford (2015). De konkluderer med at logopedene i deres studie prioriterer mellommenneskelige ferdigheter og klinisk erfaring i større grad enn evidensbasert teori. Og denne prioriteringen, kan være et resultat av mangel på tid.

6.2 Betydningen av klinisk erfaring og personlig kompetanse

I tillegg til forskningslitteratur og studier, legger logopedene i min undersøkelse, stor vekt på klinisk erfaring og personlig kompetanse, når vurderinger tas. Bakgrunnen for denne forståelsen, er at flere av logopedene i undersøkelsen min, forteller at de tar i bruk kompetanse fra tidligere yrker, som henholdsvis lærere, og spesialpedagoger i jobben sin som logoped. Dette gjelder blant annet, valg av materiale, erfaring i å planlegge og evaluere egen undervisning, erfaring med å sette mål, erfaring med samarbeid med andre yrkesgrupper og

nærpersoner og erfaring ved veiledning og rådgivning. Dette gjenspeiles også i andre studier, som også viser at klinisk erfaring ansees som viktig når vurderinger tas (McCurtin & Clifford, 2015; Zipoli & Kennedy, 2005). Zipoli og Kennedy (2005) poengterer imidlertid at selv om klinisk erfaring er viktig og en del av evidensbasert praksis, så veier det mindre uten nærvær av forskningsbasert evidens.

Gjennom klinisk erfaring, opparbeider logopedene en personlig kompetanse. Davidson og Worrall (2017) belyser at gjennom arbeidet med å utvikle en positiv relasjonskompetanse, gir logopeden personer med afasi omsorg, tillit og håp. Relasjonskompetanse handler om en bevissthet rundt egne holdninger og verdier, og refleksjoner rundt hvordan egne erfaringer og egen væremåte påvirker (Røkenes et al., 2012). En god relasjon kan føre til at personene med afasi åpner seg og snakker om sine opplevelser, følelser, ønsker og behov. Jeg tolker det slik, at alle logopedene i min undersøkelse, legger stor vekt på å skape en god relasjon til personene med afasi som de møter i jobben sin. Bakgrunnen for denne tolkningen, er at alle informantene, forteller at de bruker mye tid på å finne ut mest mulig om personene med afasi og vedkommendes bakgrunn. Hvem personen er, hvilke interesser vedkommende har og hva personen drev på med før hjerneslaget? Logopedene forteller at de bruker denne informasjonen, for å bli mest mulig kjent med personene med afasi. Tilsvarende prioriteringer praktiseres av logopedene i Brown et al. (2010) sin undersøkelse, hvor logopedene anså blant annet støtte, aksept og forståelse som viktige faktorer for at personer kunne leve bra med afasi. Disse prioriteringene, står i samsvar med Worrall (2018) sine funn, som viser at personer med afasi og deres pårørende ønsker at logopedene skal prioritere å skape en god relasjon. Røkenes et al. (2012) bekrefter at kjennetegn på godt relasjonsarbeid er når personene med afasi føler seg forstått av logopeden. En positiv relasjon mellom logoped og person med afasi vil kunne bidra til trygghet, tillit, mestring, motivasjon og læring som er viktige elementer for å jobbe videre mot endring (Røkenes et al., 2012). Holland og Nelson (2014) knytter en logopeds evne til å lytte og forstå og vise empati, til en logopeds rådgivningsferdigheter. Skal rådgivningen bli vellykket, forutsetter det både innsikt og omtanke, refleksjon og handling, og ikke minst en kvalitativ god kommunikasjon, noe alle logopedene i min undersøkelse legger stor vekt på.

6.3 Medvirkning

I definisjonen til Papathanasiou et al., (2017) fremgår det at afasi er en vanske som får konsekvenser for flere områder ved en person med afasi sitt liv. For å sikre kvalitet og utbytte av afasirehabiliteringen for personer med afasi, belyser Berg (2018) at det er nødvendig å

involvere personer med afasi i høy grad. Dette bekreftes av logopedene i Brown et al. (2010) sin undersøkelse, som anser medvirkning som en av seks elementære faktorer, for at personer med afasi skal kunne leve så bra som mulig. Alle informantene i min undersøkelse ga uttrykk for at de legger stor vekt på brukermedvirkning, som er den tredje pilaren, når kliniske vurderinger tas. Disse vurderingene er i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (2018) sine anbefalinger, som sier at tjenestetilbudet i så stor grad som mulig, skal utformes i samarbeid med personer med afasi. Tilsvarende funn vises i Shrubsole, Worrall, Power og O'Connor (2018) og i Klippi et al. (2012) sin undersøkelse, hvor logopedene ga uttrykk for at de alltid, eller nesten alltid legger til rette for medvirkning, men til tross for stor vektlegging av medvirkning ga logopedene i Shrubsole, Worrall, Power og O'Connor (2018) sin undersøkelse uttrykk for hindringer som mangel på tid, at personene med afasi eller deres pårørende ikke ønsker å involveres, og utfordringer ved reseptive vansker. Tilsvarende eksempler, nevnes av enkelte av logopedene i min undersøkelse også, uten at de nødvendigvis opplever det som store hindringer for å oppnå medvirkning, om jeg tolker uttalelsene deres riktig. En av logopedene forteller, at hun opplever at det er ulikt hvor mye personene med afasi ønsker å medvirke. Dette kan muligens ha sammenheng med hvor i forløpet logopedene møter personene med afasi, videre vil muligens motivasjon og innsikt i egen tilstand være avgjørende faktorer, for hvor mye personene med afasi ønsker å medvirke? En annen logoped, bekrefter at det kan være utfordrende å sikre god nok medvirkning hos personer med alvorlig afasi, på grunn av store utfordringer med kommunikasjon. Dette bekreftes av Berg (2018), som belyser at det trengs økt fokus på hvordan personer med alvorlige språkvansker kan involveres i afasirehabiliteringen. En måte logopedene kan sikre økt medvirkning på, er blant annet ved bruk av kommunikasjonsmetoden «støtta samtale» (Kagan, 1998), noe en av mine informanter også vektlegger.

Kjellström (2012) belyser at det å ha medinnflytelse over noe, innebærer at man sammen med andre, har mulighet til å påvirke utviklingen av noe. For å kunne påvirke egen utvikling, er det naturlig, at det å få relevant informasjon om afasi, er av stor betydning. Dette bekreftes av logopedene i min undersøkelse. Samtlige av logopedene legger stor vekt på å gi personene med afasi relevant informasjon om afasi, både skriftlig og muntlig. Tilsvarende funn sees i Rose et al. (2014) og Shrubsole, Worrall, Power og O'Connor (2018) sin undersøkelse, hvor logopedene også vektlegger informasjon som viktig. Det er nærliggende å tro at når logopedene vektlegger å gi tilstrekkelig med informasjon, så bidrar de til at personer med afasi har større mulighet til medinnflytelse over eget liv og beslutninger som tas.

6.4 Betydningen av kolleger når vurderinger tas

For å sikre god kvalitet av tilbudet for personer med afasi, anbefaler Helsedirektoratet (2018) at rehabiliteringstilbudet skal være samordnet og tverrfaglig. Tverrfaglig tilnærming gjør at tjenesten i større grad tilnærmer seg vansken som en helhetlig vanske. Alle logopedene i min undersøkelse, ga uttrykk for at de har stor nytte av å samarbeide med andre, både andre logopeder og andre faggrupper. Samarbeidet bidrar til at de holder seg faglig oppdatert, de har faglige diskusjoner, de utveksler ideer og erfaringer med hverandre og de støtter og kvalitetssikrer hverandres vurderinger. Slik jeg tolker informantenes uttalelser, kan det se ut til at logopedene oppnår en rekke faglige fordeler ved å ha mulighet til å samarbeide med andre fagpersoner. Dette bekreftes av Schwellnus og Carnahan (2014) som belyser at med tanke på logopedens ansvar for å implementere ny kunnskap i egen yrkespraksis, så kan kollegaveiledning være en nyttig og effektiv måte å heve egen kompetanse.

I en hektisk arbeidshverdag er det kanskje enklere å søke råd og veiledning hos en kollega, fremfor å holde seg oppdatert på nyeste forskningslitteratur? Denne hypotesen bekreftes av Zipoli og Kennedy (2005), som viser at logopedene i deres undersøkelse vektlegger råd fra kolleger, som mer viktig enn forskningsstudier. Logopedene nevner mangel på tid til å lese forskningsstudier, som årsak til at råd fra kolleger vektlegges fremfor forskningsstudier, når kliniske valg tas. Jeg har ikke grunnlag for å anta at lignende prioriteringer vektlegges hos mine informanter. På bakgrunn av mine informanters uttalelser kan det se ut til at alle logopedene vektlegger forskningslitteratur og råd fra kolleger som like viktig, når vurderinger tas. Dette gjelder også den privatpraktiserende logopeden som jobber alene. Hun poengterer at selv om hun jobber alene, har hun et bredt nettverk som hun kan ha faglige diskusjoner med. Jeg vil anta at dette ikke er like lett, for alle logopeder. Vi vet at en rekke logopeder i Norge og andre land, jobber alene, og at de ikke har samme mulighet for regelmessig samarbeid med andre fagpersoner. En interessant tanke er, om de ikke har tid til å lese forskningslitteratur, og ikke mulighet til regelmessige faglige diskusjoner med kolleger, hvordan skal de da implementere ny kunnskap i egen praksis?

For at en logoped skal kunne vurdere den enkelte person med afasi, dens vansker og tiltak som kan være aktuelle, må logopeden ha et grunnlag å vurdere ut fra (Haaland-Johansen, 2007; McCurtin & Clifford, 2015). En av informantene mine, trakk spesielt frem tryggheten og behovet for å ha en mer erfaren logopedkollega da hun var nyutdannet, som kunne kvalitetssikre de beslutningene hun foretok. I denne situasjonen var nok logopedkollegaen en god støtte, når vurderinger ved afasirehabilitering skulle tas. Tilsvarende funn, vises i McCurtin og Clifford

(2015) sin studie, som viser at kolleger er mest verdsatt hos logopedene med minst klinisk erfaring og minst tilleggsutdanning.

Logopedene i Klippi et al. (2012) sin undersøkelse, etterlyser mer tid til regelmessige diskusjoner blant kolleger og andre som jobber med personer med afasi. Til sammenligning, nevner ingen av logopedene i min undersøkelse noe om mangel på tid til regelmessige faglige diskusjoner, med logopedene og andre yrkesgrupper. En mulig forklaring på den store kontrasten i funnene mellom Klippi et al. (2012) og min undersøkelse, kan være at tre av informantene i min undersøkelse, har kolleger på egen arbeidsplass. Og slik jeg ser det, er det lettere å oppnå faglige diskusjoner når man jobber på samme arbeidsplass. Det er nærliggende å tro at jeg ville fått et annet funn, om flere av logopedene hadde jobbet alene.

Nelson et al. (2016) belyser, at det er viktig at andre yrkesgrupper får tilstrekkelig opplæring og veiledning for å kunne hjelpe personer med afasi gjennom hele prosessen, i og med at de i mange tilfeller tilbringer mer tid sammen med vedkommende enn det logopeden gjør. Flere av informantene i min undersøkelse, forteller at de legger vekt på å veilede andre yrkesgrupper for å oppnå best mulig kommunikasjon med personene med afasi i sin kliniske praksis. Tilsvarende funn vises i Rose et al. (2014) og Shrubsole, Worrall, Power og O'Connor (2018) sin studie, men mangel på tid til veiledning og manglende interesse for veiledning fra de andre yrkesgruppene, nevnes som årsaker til at veiledning blir nedprioritert. Til sammenligning nevnte ingen av logopedene i min undersøkelse om mangel på tid, eller manglende interesse for veiledning fra andre kolleger som hindring for å oppnå dette. Det er vanskelig å si hva som er årsaken til kontrasten i funnene, men det kan jo være at logopedene i min undersøkelse er ekstra opptatt av dette. Flere av informantene i min undersøkelse belyser at de prioriterer å sette av tid til å gi råd om hvilken språklig modalitet, skrivning, lesing eller tale som er best bevart hos personen med afasi, og på den måten kan de andre faggruppene oppnå en bedre kommunikasjon, og de unngår en del misforståelser og frustrasjoner, noe alle er tjent med.

6.5 Betydningen av pårørende som samarbeidspartner

Samarbeid og veiledning av pårørende, betegnes som indirekte tiltak i afasirehabiliteringen. Worrall et al. (2017) belyser at indirekte tiltak er en nødvendighet i en helhetlig rehabilitering og i tråd med ICF (WHO, 2001), sine anbefalinger. Målet med ICF, er å få til en rehabiliteringstilnærming som retter mer fokus mot en helhetlig rehabilitering av afasi. Det innebærer at behandlingen involvere nære personer, venner og familie samt det miljøet

personen med afasi lever i (Papathanasiou et al., 2017). Samtlige av logopedene i min undersøkelse, uttrykte at samarbeid med pårørende er en viktig og nyttig del av jobben som logoped, og noe de alle vektlegger høyt. Tilsvarende funn vises hos Rose et al. (2014) og Klippi et al. (2012) sin studie, som viser at de fleste av logopedene vektlegger veiledning og informasjon til pårørende, men mangel på tid nevnes nok en gang, som en hindring for å oppnå dette. Dette står i kontrast til mine informanters uttalelser, hvor ingen oppgir tid som en barriere for å gi veiledning og informasjon til pårørende.

Flere av informantene mine, belyser at mange av personene med afasi som de møter, har vansker med å uttrykke seg, og i disse situasjonene er pårørende en viktig trygghet og støtte, som kan hjelpe de med å sette ord på det vedkommende prøver å formidle. Nelson et al. (2016) og Worrall et al. (2017) bekrefter at det er hensiktsmessig å involvere pårørende eller andre som kjenner personen med afasi godt, fordi pårørende kan gi nyttig informasjon som kan brukes i afasirehabiliteringen. I kontrast til mine funn, viser Johansson et al. (2011) sin studie, at kun 73 prosent av logopedene som jobber i subakutt- og kronisk fase vektlegger rådgivning til pårørende, som en del av jobben sin. Hindringer som manglende ressurser, ikke en del av logopedens oppgaver, mangel på rutiner og stor avstand mellom rehabiliteringen og pårørendes hjem ble nevnt som årsak til at dette ikke ble prioritert i større grad. Ingen av disse hindringene, ble nevnt hos mine informanter, men jeg vil anta at flere av disse hindringene, som eksempelvis manglende ressurser og stor avstand mellom rehabiliteringen og pårørendes hjem, kan være tilfelle for logopeder i Norge også.

Worrall et al. (2017), belyser at det kan være hensiktsmessig å legge til rette for et afasivennlig miljø rundt personen med afasi, fordi dette vil kunne føre til større deltakelse i samfunnet og det kan være med på å forebygge isolasjon og depresjon. Slik jeg tolker informantenes utsagn, ser det ut til at alle logopedene i undersøkelsen min legger vekt på å skape et afasivennlig miljø rundt personene med afasi. Alle informantene forteller at de legger vekt på å informere pårørende mest mulig om den nye livssituasjonen både for personen med afasi og for de pårørende. Alle informantene legger vekt på å veilede de pårørende om hvordan de skal kommunisere med personene med afasi på best mulig vis, spesielt når det er utfordringer med kommunikasjonen. Dette står i kontrast til Shrubsole, Worrall, Power og O'Connor (2018) sin studie, hvor logopedene rapporterer at de gir kommunikasjonstrening til pårørende kun av og til. Årsaken til kontrasten mellom funnene, kan muligens også på dette punktet, handle om mangel på tid, knappe ressurser og logopedenes prioriteringer.

En annen ting som nevnes av logopedene i min undersøkelse, og som bekrefter at informantene legger vekt på å skape et afasivennlig miljø rundt personene med afasi, er at flere

av informantene legger vekt på å hjelpe de pårørende til å treffe andre pårørende i samme situasjon. Flere nevner at afasiforeningen er en viktig arena, hvor både personene med afasi og de pårørende vil ha stor nytte av. Til sammenligning, rapporterer kun litt over halvparten av logopedene i Rose et al. (2014) sin studie, at de gir informasjon om støtteorganisasjoner. Årsaken til den store forskjellen, kan muligens forklares ved at det muligens ikke finnes så mange slike foreninger overalt, eller om manglende rutiner.

Samlet sett, kan det virke som at logopedene i min undersøkelse, prioriterer indirekte tiltak i afasirehabiliteringen i mye større grad enn funn fra de andre nevnte studier viser. Årsaken til at logopedene i min undersøkelse, ikke nevner tid som en barriere for å vektlegge samarbeid med pårørende, dreier seg muligens om ulik prioritering. Jeg vil ikke tro at logopedene i min undersøkelse har bedre tid enn logopedene i de nevnte studier, noe som kan tyde på at vektleggingen er forskjellig. Det kan også hende at jeg ville fått andre svar fra informantene, om jeg hadde spurt dem direkte om de opplevde at de hadde tilstrekkelig med tid, eller om jeg hadde spurt andre logopeder.

6.6 Tidlig igangsetting

Alle informantene i min undersøkelse sier at de prioriterer å komme raskt i gang med kartlegging og behandling. Denne prioriteringen, er i tråd med anbefalingene, som viser til kunnskap om hjernens plastisitet, som tilsier at en bør komme i gang med rehabilitering så raskt som mulig etter hjerneslaget (Becker, 2009; Dietrichs, 2007; Helsedirektoratet, 2017; Papathanasiou, Coppens, Durand, et al., 2017). Til sammenligning, opplyste kun halvparten av logopedene i Shrubsole et al., (2018) sin undersøkelse at de kom tidlig i gang med afasirehabiliteringen. Flere av logopedene i undersøkelsen forteller, i likhet med mine informanter, at igangsetting av behandling blir prioritert langt tidligere nå, sammenlignet med noen år tilbake, som følge av økende kunnskap i feltet. Til tross for økende kunnskap om viktigheten av tidlig igangsetting, forteller flere av de australske logopedene at en rekke faktorer som mangel på tid, ressurser, andre vansker som dysfagi og andre viktige oppgaver forhindrer de fra å møte personene med afasi på et så tidlig tidspunkt som de mener er nødvendig. Hva som er årsaken til den store forskjellen i funnene, kan kanskje forklares av at det er ulike retningslinjer for rehabilitering ved hjerneslag mellom Norge og Australia? Begge studiene består av logopeder som jobber i både subakutt og kronisk fase, så jeg tenker at det ikke er grunnlag for å anta at den store forskjellen, handler om at logopedene møter personene med afasi ved ulikt sted i forløpet.

6.7 Vurderinger ved valg av kartlegging

For å utarbeide og evaluere målrettede behandlingsopplegg er logopedene avhengig av å vite noe om det språklige og det kommunikasjonsmessige funksjonsnivået til personen man jobber med. Denne kunnskapen får man gjennom formell og uformell kartlegging (Lind & Haaland-Johansen, 2013). Samtlige av informantene i min undersøkelse forteller at personene med afasi som de tar imot, har blitt kartlagt i forkant, men i varierende grad. Dette kan nok muligens sees i sammenheng med hvor i behandlingsrekken logopedene møter personene med afasi. Informantene belyser at de bruker både formelle kartleggingsverktøy, og mer uformell kartlegging som observasjoner og samtaler. Tilsvarende funn vises i Lind og Haaland-Johansen (2013), Klippi et al. (2012) og Verna et al. (2009), som viser at logopeder benytter seg av både formelle og uformelle kartleggingsverktøy. I likhet med de andre nevnte studiene, viser også mine funn, at majoriteten av kartleggingsverktøyene som nevnes, kan klassifiseres som generelle afasitester/screeningtester eller spesifikke språktester. Kartleggingsverktøyene NGA (Reinvang & Engvik, 1980), HAST (Sandmo et al., 2010) og PALPA (Kay et al., 2009), er de kartleggingsverktøyene, som blir mest brukt av logopedene i både Lind og Haaland-Johansen (2013) og min undersøkelse. Årsaken til at mange logopeder velger disse kartleggingsverktøyene, kan kanskje handle om at de er kartleggingsverktøy både for kartlegging og evaluering av tiltak, som er enkle å administrere og som gir god oversikt over hvilke språklige modaliteter som er bevarte og hvilke som er svekket. En annen naturlig forklaring på at logopedene i min undersøkelse velger disse kartleggingsverktøyene, kan være at de er anbefalt i Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010). Videre er det tenkelig at logopedene velger kartleggingsverktøy ut fra hvilke tester som vektlegges i logopedutdannelsen, og ut fra ulike kurs som logopedene deltar på.

Alle logopedene i min undersøkelse og omtrent 25% av logopedene i (Simmons-Mackie et al., 2005) sin undersøkelse rapporterer at de tar i bruk kartleggingsverktøy innenfor kategorien «*funksjonell kommunikasjon*». Dette står i kontrast til Lind og Haaland-Johansen (2013), Rose et al. (2014) og Verna et al. (2009) sin studie, som viser at veldig få av logopedene bruker kartleggingsverktøy innenfor denne kategorien. Lind og Haaland-Johansen (2013) påpeker at noe av grunnen til at få av logopedene i deres undersøkelse benytter seg av kartleggingsverktøy innenfor kategorien «*funksjonell kommunikasjon*», kan forklares ved at det er kun to kartleggingsverktøy som er rettet spesifikt mot denne kategorien i Norge. Til sammenligning, rapporterer logopedene i Simmons-Mackie et al. (2005) sin undersøkelse, at de bruker 13 ulike verktøy i kategorien «*funksjonell kommunikasjon*». Til tross for at det finnes

få verktøy innenfor denne kategorien i Norge, påpeker alle logopedene i min undersøkelse, at CETI (Lomas et al., 2006), er et verktøy som gir veldig nyttig informasjon, som de ikke får gjennom andre kartleggingsverktøy.

Lind og Haaland-Johansen (2013) poengterer at det er nødvendig og bra at mange ulike typer redskaper brukes i kartleggingen. Fordi forskjellige kartleggingsverktøy kan utfylle det bildet vi får av personens kompetanse. Det kan se ut som om logopedene i min undersøkelse vektlegger uformell kartlegging i like stor grad, om ikke høyere, enn formell kartlegging. Informantene forteller at de bruker uformelle kartleggingsverktøy i tillegg til formelle, for å skaffe seg mest mulig informasjon om personen med afasi sine, styrker, utfordringer, interesser, sosiale ferdigheter, familiesituasjon, hva som betyr noe for vedkommende, hvilke forventninger og ønsker vedkommende har og så videre. En av informantene belyser at det er ikke bare det personen med afasi viser på en test som gjenspeiler vedkommendes ferdigheter, hun forteller videre at det er mange aspekter ved kommunikasjon som ikke lar seg kartlegge gjennom formelle kartleggingsverktøy. Eksempelvis, nonverbal kommunikasjon og hvor sosial og utadvendt vedkommende er. Hun belyser at sosiale og utadvendte personer, med store ekspressive vansker kan formidle mye, men at dette ikke blir fanget opp ved formell kartlegging. Dette er interessante betraktninger som er viktige å tenke på når man som logoped legger til rette for å oppnå en helhetlig afasirehabilitering

6.8 Helhetlig afasirehabilitering

I og med at afasi rammer så ulikt fra menneske til menneske vil behandlingsmetodene i stor grad variere fra person til person. Dette bekreftes både av logopedene i min og i Rose et al. (2014) sin undersøkelse, hvor alle sier at de legger til rette for individuelle tilrettelagte behandlingsopplegg. Brady et al. (2016) belyser at med tanke på alle de faktorene som finnes i en persons liv og nærmiljø, vil personer med afasi ha behov for et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud over tid. Slik jeg tolker mine funn, kan det se ut som om alle informantene mine, vektlegger en helhetlig afasirehabilitering som er personlig og mangesidig. Bakgrunnen for denne forståelsen, er blant annet informantenes uttalelser om betydningen av brukermedvirkning, samarbeid med andre logopeder, samarbeid med tverrfagligteam, samarbeid med pårørende, samt logopedenes uttalelser om betydningen av å bli kjent med hver enkelt person med afasi sine ønsker, tanker, mål og behov og ved at logopedene tar utgangspunkt i både språklige utfordringer og hvordan språkvansken påvirker livet til personene med afasi og dens pårørende. Denne vektleggingen står i samsvar med Nasjonale

retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2017) sine anbefalinger. De anbefaler en helhetlig afasirehabilitering og at personer med afasi kartlegges med utgangspunkt i ICF (WHO, 2001). Målet med modellen er å få til en rehabiliteringstilnærming som inkluderer både språkvansker og funksjon sett fra helseforhold, miljømessige- og personlige faktorer slik at personen med afasi skal få en optimal rehabilitering som er personlig og mangesidig.

Ut fra mine funn, tolker jeg det som at logopedene i min undersøkelse, tar utgangspunkt i både skadebasert- og konsekvensfokusert tilnærming. Den skadebaserte tilnærmingen fokuserer på afasi som en språkvanske, hvor målet er å forbedre de ulike aspektene ved språket som er svekket, og gi bedre språkferdigheter. Konsekvensfokusert tilnærming har ikke bare fokus på den spesifikke språkvansken, men kommunikasjon som helhet (Basso et al., 2013). Tilsvarende funn, vises hos Rose et al. (2014), hvor logopedene rapporterer at de også tar utgangspunkt i skadebasert- og konsekvensfokusert tilnærming. Disse funnene kan være med på å bekrefte at de fleste logopeder vektlegger begge disse tilnærmingene i afasirehabiliteringen. Men hvilken tilnærming man vektlegger mest, vil nok mest sannsynlig variere i hvert enkelt tilfelle og fra logoped til logoped og ut fra hvor man er i forløpet.

Hva som er den mest effektive metoden for språkrehabilitering etter hjerneslag, er ennå ikke avklart. Kunnskap om hjernens plastisitet tilsier at en bør jobbe intensivt med rehabiliteringen så fort som mulig etter hjerneslaget, samt fortsette med trening over lang tid (Becker, 2009; Bhogal et al., 2003; Dietrichs, 2007; Papathanasiou, Coppens, Durand, et al., 2017). Med tanke på logopedenes arbeidsbelastning, at personer med afasi ikke alltid er tilgjengelige så lenge på grunn av korte opphold og vedkommendes tilstand, vil jeg tro at denne anbefalingen ikke er oppnåelig for alle. Dette reflekteres også i mine funn. Det er kun logopeden som jobber ved sykehusets rehabiliteringsavdeling, som har forutsetninger for å kunne jobbe så intensivt som anbefalingene tilsier. Og i mange tilfeller, oppnår ikke hun denne anbefalingen heller, om jeg tolker hennes uttalelser riktig. Som en argumentasjon mot de tidligere nevnte anbefalingene, fastslår imidlertid Stahl et al. (2018) at det vises ingen bedring i språkrehabiliteringen utover to timers daglig intensiv trening. Derimot viste resultatene at selv en liten forlengelse av afasirehabiliteringen på to uker, viste en betydelig bedring for personer med afasi i kronisk fase.

To av informantene i min undersøkelse belyser at de gir tilbud om intensiv gruppetrening. Dette resultatet står i kontrast til Klippi et al. (2012) sin undersøkelse, som viser at kun fire av totalt 47 logopeder gir tilbud om intensiv gruppetrening. Hva som er årsaken til den store forskjellen mellom studiene, kan muligens handle om ressurser, eller ulike retningslinjer og anbefalinger ved afasirehabiliteringen.

7 Avslutning

Denne masteroppgaven, startet med en undring rundt temaet afasirehabilitering, og utviklet seg til problemstillingen min som er, ”*hvilke vurderinger ligger til grunn for logopedens valg i Afasirehabiliteringen av personer med afasi i subakutt- og kronisk fase*”.

For å få svar på problemstillingen min, valgte jeg å foreta en kvalitativ undersøkelse, hvor jeg intervjuet fire logopeder, med ulik erfaring som logoped og ulikt arbeidssted, noe som ga meg et bredt svargrunnlag. Logopedene delte rikelig av sine opplevelser, erfaringer og refleksjoner, og jeg opplevde at jeg fikk svar på problemstillingen min gjennom undersøkelsen.

En rekke vurderinger ligger bak logopedenes valg av afasirehabilitering i subakutt- og kronisk fase. Til tross for logopedenes ulike erfaringsbakgrunn som praktiserende logoped, og arbeidssted, ser jeg mange likhetstrekk ved informantenes uttalelser, men også noen ulikheter.

Alle informantene i undersøkelsen, gir uttrykk for at faglig oppdatering er noe de prioriterer høyt, gjennom å holde seg oppdatert på ny forskningslitteratur, gjennom å lese faglitteratur, ved å delta på kurs, ved selv å holde forelesninger, og gjennom faglige diskusjoner med andre logopeder og andre faggrupper. Andre logopeder, tverrfaglig team og pårørende, ble nevnt som viktige samarbeidspartnere når vurderinger tas.

Alle logopedene prioriterer å komme så tidlig som mulig i gang med afasirehabiliteringen. Når det gjelder mengde og intensitet, ser vi den største forskjellen mellom logopedene. Ved sykehusets rehabiliteringsavdeling, møter logopeden personene med afasi flere ganger om dagen, mens den privatpraktiserende logopeden, møter personene med afasi som oftest bare en til to ganger i uka. Alle logopedene, legger vekt på anbefalingene som ligger til grunn, men mangel på tid, personenes språklige utfall, tilleggsvansker som dysfagi, dysartri, apraksi, lammelser, synsfeltutfall, kognitive utfall som hukommelsesvansker og konsentrasjonsvansker og fatigue, nevnes som hindringer, for å oppnå anbefalingene om mengde og intensitet. To av logopedene i undersøkelsen, tilbøy intensiv afasigruppe.

Brukermedvirkning, ble i stor grad, prioritert av alle informantene. Alle informantene ga uttrykk for at de la stor vekt på å skape en god og tillitsfull relasjon til personene med afasi, og finne ut mest mulig om personens ønsker, tanker og behov. Denne informasjonen, dannet grunnlag for målsetting og videre afasirehabilitering. Alle logopedene la vekt på både skadebasert- og konsekvensfokuseret tilnærming, når kartleggingsverktøy og metoder ble valgt.

Slik jeg tolker mine funn, kan det se ut som om alle informantene mine, vektlegger en helhetlig og individuelltilpasset afasirehabilitering.

Referanseliste

- Basso, A., Forbes, M. & Boller, F. (2013). Rehabilitation of aphasia. *Handbook of clinical neurology*, 110, 325. doi:10.1016/B978-0-444-52901-5.00027-7
- Bastiaanse, R., Lind, M., Moen, I. & Simonsen, H., G. (2006). *Verb- og setningstesten (VOST)*. Oslo: Novus forlag.
- Becker, F. (2009). Afasi og plastisitet ; hvordan språkbearbeidelsen i hjernen kan endre seg etter skade. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 55(1), 5-12.
- Berg, Haaland-Johansen, L. & Hilari, H. (2010). *Slag, afasi og livskvalitet (SALK-39)*: Statped.
- Berg, K. (2018). *Collaboration in aphasia rehabilitation : the perspectives of speech-language pathologists and persons with stroke-induced aphasia*. (2018:54), Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Neuromedicine and Movement Science, Trondheim.
- Bhogal, S., Teasell, R. & Speechley, M. (2003). Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. *STROKE journal of the american heart association*, 34, 987-993.
- Bjerke. (2017). Fatigue etter hjerneslag- den usynlige fienden. fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/fatigue-etter-hjerneslag/>
- Blom Johansson, M. (2012). Aphasia and Communication in Everyday Life: Experiences of persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists.
- Brady, M.C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P. & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2016(6). doi:10.1002/14651858.CD000425.pub4
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B. & Howe, T. (2010). Exploring speech-language pathologists` perspectives about living successfully with aphasia. *Internasjonal Journal of Language & Communication Disorders*, 46(3), 300-311.
- Brumfitt, S. & Sheeran, P. (2005). *VASAS; Visuell analog selvaktelsesskala (E. Qvenild, oversettelse)*. Oslo: Bredtvet kompetansesenter.
- Code, C. & Petheram, B. (2011). Delivering for aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2011, Vol.13(1), p.3-10, 13(1), 3-10. doi:10.3109/17549507.2010.520090
- Cohen, S., Glaser, B. & Strauss, A. (1969). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. *The British Journal of Sociology*, 20(2), 227.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Davidson, B. & Worrall, L. (2017). Living With Aphasia: A Client- Centered Approach. I I. Papanthasiou & P. Coppens (red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 311 - 330). Burlington: Jones & Barlett Learning.
- Dickey, L., Kagan, A., Lindsay, M.P., Fang, J., Rowland, A. & Black, S. (2010). Incidence and Profile of Inpatient Stroke-Induced Aphasia in Ontario, Canada. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(2), 196-202. doi:10.1016/j.apmr.2009.09.020
- Dietrichs, E. (2007). Hjernens plastisitet - perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 127(9), 1228-1231.
- Dollaghan. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore: Brookes.
- Ellekjær, E. (2001). Hjerneslag i Nord-Trøndelag. Hentet 09.02.19, fra <https://tidsskriftet.no/2001/08/doktoravhandling/hjerneslag-i-nord-trondelag>
- Fjærtøft, H., Indredavik, B., Mørch, B., Phan, A., Skogseth-Stephani, R., Halle, K. & Varmdal, T. (2018). *Årsrapport 2017 Med plan for forbedringstiltak*. Norsk Hjerneslagsregister

- Hentet fra https://stolav.no/Medisinskekvalitetsregistre/Norsk-hjerneslagregister/%C3%85rsrapport_Norsk_hjerneslagregister_2017.pdf.
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven>.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>.
- Fuller, G. & Manford, M. (2010). *Neurology : an illustrated colour text* (3rd ed. utg.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*.
- Helsedirektoratet. (2017). *Hjerneslag Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>.
- Helsedirektoratet. (2018). *Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=formal-og-overordnede-prinsipper-2498>.
- Holland, A.L. & Nelson, R.L. (2014). *Counseling in communication disorders : a wellness perspective*
- Howard, D. & Patterson, K. (2005). *Pyramide- og palmetesten* (M. Corneliussen, overs.). Oslo: Novus forlag.
- Haaland-Johansen, L. (2006). Hva skjer hos afasilogopeden? : et kommunikasjonsanalytisk blikk på afasilogopedisk praksis og forskning. Trondheim: L. Haaland-Johansen.
- Haaland-Johansen, L. (2007). Evidensbasert praksis - av interesse for norsk logopedi? *Norsk tidsskrift for logopedi*, 53(2), 5-9.
- Johansson, M., Carlsson, M. & Sonnander, K. (2011). Working with families of persons with aphasia: a survey of swedish speech and language pathologists. *Disability and Rehabilitation*, 33(1), 51-62. doi:10.3109/09638288.2010.486465
- Kagan. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Karatepe, A.G., Gunaydin, R., Kaya, T. & Turkmen, G. (2008). Comorbidity in Patients After Stroke: Impact on Funktional Outcome. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(10), 831-835.
- Kay, J., Lesser, R. & Coltheart, M. (2009). *Psykolingvistisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede (PALPA) (Bredtvedt kompetansesenter, Logopedtjenesten-Helse Bergen, Statped Vest & Øverby kompetansesenter, Oversettelse)*. Oslo: Novus forlag.
- Kjellström, S. (2012). Delaktighetens etik och ansvar för delaktighet. I P. Bülow, D. Persson & Sandèn (red.), *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter* (s. 31-39). Malmö: Geerups Utbildning AB.
- Klippi, A., Sellman, J., Heikkinen, P. & Laine, M. (2012). Current Clinical Practices in Aphasia Therapy in Finland: Challenges in Moving towards National Best Practice. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64(4), 169-178.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T.M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- LHL. (u.å.). *Hjerneslag*. Hentet fra <https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/>.

- Lind, M. & Haaland-Johansen, L. (2013). Kartlegging ved afasi: Hva gjør logopedene i Norge? *Norsk tidsskrift for logopedi*, 59(3), 6-14.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Erlbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (2006). *Spørreskjema for nærpersoner. Communicative Effectiveness Index (CETI) på norsk (L. Haaland-Johansen, M. Lind & L. Hammersvik, oversettelse)*. Oslo: Bredtvet Kompetansesenter.
- McCurtin, A. & Clifford, A.M. (2015). What are the primary influences on treatment decisions? How does this reflect on evidence-based practice? Indications from the discipline of speech and language therapy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), 1178-1189. doi:10.1111/jep.12385
- Nelson, M.L.A., Hanna, E., Hall, S. & Calvert, M. (2016). What makes stroke rehabilitation patients complex? Clinician perspectives and the role of discharge pressure. *Journal of Comorbidity*, 6(2), 35-41.
- Norsk Helseinformatikk. (2017). *Livsstilssykdommer*. Hentet fra <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/>.
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61 - KAPITTEL 5>.
- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>.
- Ostwald, S., Wasserman, J. & Davis, S. (2012). Medications, comorbidities, and Medical complications in stroke survivors: The CARES Study. *Rehabilitation nursing*, 31(1), 10-14.
- Papathanasiou, I., Coppens, P. & Davidson, B. (2017). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic concepts, Management and Efficacy. I I. Papathanasiou & P. Coppens (red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 3 - 14). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Papathanasiou, I., Coppens, P., Durand, E. & Ansaldo, A.I. (2017). Plasticity and recovery in Aphasia. I I. Papathanasiou & P. Coppens (red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- pasient- og brukerrettighetsloven. (2018). *Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M., I. K. & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 23 - 41). Oslo: NOVUS FORLAG.
- Ratner, N.B. (2006). Evidence-Based Practise: An Examination of Its Ramifications for the Practice of Speech-Language Pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(4), 257-267.
- Reinvang, I. & Engvik, H. (1980). *Håndbok. Norsk Grunntest for Afasi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rose, M., Ferguson, A., Power, E., Togher, L. & Worrall, L. (2014). Aphasia rehabilitation in Australia: Current practices, challenges and future directions. *Internasjonal Journal of Speech-Language Pathology*, 16(2), 169-180. doi:10.3109/17549507.2013.794474
- Røkenes, O.H., Hanssen, P.-H. & Tolstad, O. (2012). *Bære eller briste : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.

- Schwellnus, H. & Carnahan, H. (2014). Peer-coaching with health care professionals: What is the current status of the literature and what are the key components necessary in peer-coaching? A scoping review. *Medical Teacher*, 36(1), 38-46.
- Sherratt, S., Worrall, L., Pearson, C., Howe, T., Hersh, D. & Davidson, B. (2011). «Well it has to be language-related»: Speech-language pathologists` goals for people with aphasia and their families. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 317-328.
- Shrubsole, K., Worrall, L., Power, E. & O'Connor, D. (2018). Barriers and facilitators to meeting aphasia guideline recommendations: what factors influence speech pathologists practice? *Disability and Rehabilitation*.
- Simmons-Mackie, N., Threats, T.T. & Kagan, A. (2005). Outcome Assessment in Aphasia: A Survey. *Journal of Communication Disorders*, 38(1), 1-27.
doi:10.1016/j.jcomdis.2004.03.007
- Stahl, B., Mohr, B., Büscher, V., Dreyer, F.R., Lucchese, G. & Pulvermüller, F. (2018). Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 89, 586-592.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Theie, S. & Qvenild, E. (2010). ICF brukt i utredning av afasi. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 56(4), 10-18.
- Tjora, A.H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A.H. (2018). *Viten skapt : kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Verna, A., Davidson, B. & Rose, T. (2009). Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2011, Vol.13(1), p.3-10, 11(3), 191-205.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*. Hentet fra <https://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- Worrall, L. (2018). The seven habits of highly effective aphasia therapists. *Aphasiology*, 32(sup. 1), 248-248.
- Worrall, L., Sherratt, S. & Papathanasiou, I. (2017). Therapy Approaches to Aphasia. I I. Papathanasiou & P. Coppens (red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 109 - 127). Burlington: Jones & Barlett Learning.
- Zipoli, R.P. & Kennedy, M. (2005). Evidence-based practice among speech-language pathologists: attitudes, utilization, and barriers. *American journal of speech-language pathology*, 14(3), 208-220.

Intervjuguide

Innledning

Innledningsvis, vil jeg takke deg for din deltakelse i masterprosjekt mitt.

Kort informasjon om meg selv, og formålet med intervjuet.

Jeg minner om at du når som helst kan trekke deg fra prosjektet, uten å oppgi grunn. Om jeg spør om noe du ikke har lyst til å snakke om, er det greit at du sier at du ikke har lyst til å gå inn på det.

Om du ønsker, kan du lytte på opptaket etterpå, eller få en kopi av transkripsjonen.

Opplysninger, som du eventuelt mener er feil eller mangelfulle vil korrigeres, eller slettes.

Lydopptaket vil bli behandlet konfidensielt og oppbevares i et låst skap. Datamaterialet vil bli anonymisert. Transkripsjonen vil bli skrevet på bokmål.

Bakgrunnsinformasjon om informanten:

Hvilken utdanning har du?

Har du tatt noen kurs, som er relevant for afasifeltet?

Hvor lenge har du jobbet som logoped?

Hvor lenge har du jobbet med personer med afasi?

Jobber du med andre logopediske områder?

Er du privatpraktiserende, kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig ansatt?

Kan du si litt om hvordan du holder deg faglig oppdatert?

Samarbeid/ faglig fellesskap

Jobber du sammen med andre logopeder (samme arbeidsplass), eller jobber du alene som logoped?

Har du noe samarbeid/faglig fellesskap med andre logopeder?

- hvis ja, kan du si noe om hva samarbeidet innebærer for deg.

Tenker du, at du ville vektlagt annerledes om du har jobbet sammen med andre logopeder?

Samarbeider du med andre yrkesgrupper?

- eventuelt hvilke?

- Kan du fortelle litt mer om hva samarbeidet går ut på.

- Hva fungerer godt – og hva fungerer mindre godt? (deling av kunnskap/erfaringer, hvem tar de fleste avgjørelsene, må du ta hensyn til andre yrkesgrupper osv).

Er det noen yrkesgrupper du savner å samarbeide med – hva kan et slikt samarbeid tilføre din rolle?

Opplever du at andre yrkesgrupper anerkjenner din rolle/ditt arbeid?

Opplever du klare grenser mellom logopedens og andre yrkesgruppers arbeidsoppgaver? (eks psykososiale vansker)

Møte med personer med afasi:

Hvor mange pasienter/brukere/elever med afasi har du møtt det siste året?

Kan du fortelle litt om vanskene/utfordringen disse pasientene/brukerne/elevene har, (tilleggsvansker?)

Legger du til rette for brukermedvirkning (personen med afasi og pårørende) når det gjelder valg av behandling?

Hvis ja, kan du fortelle litt om hvordan du tilrettelegger for brukermedvirkning.

Kartlegging/utredning

Opplever du at pasienter/brukere/elever med afasi har blitt utredet/kartlagt før han/hun kommer til deg?

Kan du si noe om hvilke kartleggingsverktøy du evt. bruker?

Kan du fortelle litt nærmere om hvorfor akkurat disse kartleggingsverktøyene blir valgt?

Hvordan opplever du bruken av disse? (hensiktsmessige, savner du noe)?

Opplever du at det å kunne bestemme afasitype er viktig i ditt arbeid?

- kan du utdype nærmere?

Behandling:

Hvor raskt kommer du vanligvis i gang med behandlingen fra du mottar henvisningen?

Kan du beskrive rollen din i et behandlingsforløp fra start til slutt.

Kan du fortelle litt nærmere om hvilke behandlings-/arbeidsområder du vanligvis fokuserer mest på. (spesifikk språktrening, psykososial rehabilitering, livskvalitet, informasjon og rådgivning, informasjon/oppfølging av pårørende, dysfagi, dysartri, apraksi, intensiv trening)

Bruker du noen spesielle behandlingsmetoder?

Kan du fortelle litt om hvilke behandlingsmetoder du jobber mest med.

Hva er bakgrunn for at akkurat disse behandlingsmetodene vektlegges?

Kan du fortelle litt om hvor/hvordan har du fått kunnskap/informasjon om disse arbeidsmetodene/behandlingsmetodene?

Tenker du at behandlings-/arbeidsmetodene du velger i ditt arbeidet, kan knyttes til en bestemt tradisjon/tilnærming/retning?

Hvor mange timer hver uke får vanligvis personen med afasi, hvordan blir dette vurdert?

Hvordan måler du resultat og utvikling hos den afasirammede?

Kan du si litt om hvilke vurderinger som ligger til grunn for at du avslutter en behandling.

Begrensninger

Har du opplevd hindringer/begrensninger i ditt arbeid med pasient/bruker/elev med afasi?

Kan du fortelle litt om hva disse hindringene/begrensningene går ut på, og hva mulig årsak til disse begrensningene er?

Den optimale behandling av afasirammede

Kan du beskrive den optimale afasirehabiliteringen.

Avslutning

Gjennom dette intervjuet, ønsker jeg å få mest mulig innsikt i hvilke vurderinger som ligger bak dine valg av behandling av personer med afasi. Tenker du, at du har noen

tilleggsopplysninger og kommentarer som kan være relevant for min studie? Jeg ønsker gjerne at du tar kontakt senere, om du kommer på noe mer som er relevant for studien.

Er det greit om jeg tar kontakt med deg igjen, om det dukker opp nye viktige eller relevante momenter underveis i studien?

Tusen takk for at du tok deg tid til å delta i intervjustudien ☺

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Afasirehabilitering - Vurderinger ved valg av behandling/undervisning

Referansenummer

857719

Registrert

24.09.2018 av Mai Grete Bromset Bestvold - maigb@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Det humanistiske fakultet / Institutt for språk og litteratur

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Monica Norvik, monica.norvik@iln.uio.no, tlf: 91721595

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Mai Grete Bestvold, mgb@malvik.kommune.no, tlf: 41672017

Prosjektperiode

07.09.2018 - 15.05.2019

Status

16.11.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

16.11.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.11.2018. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Afasirehabilitering – Vurderinger ved valg av behandling/undervisning

Jeg er masterstudent i *Erfaringsbasert Master i Logopedi ved NTNU videre*, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Gjennom denne studien ønsker jeg å få innsikt i logopeders erfaringer og opplevelser ved valg av behandling/undervisning av personer med afasi. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Med tanke på det behandlings/undervisnings-, informasjons- og opplæringsarbeidet logoped er ansvarlige for, er det relevant og interessant å få innsikt i hvilke vurderinger som ligger bak logopeders arbeid med afasirammede i subakutt- og kronisk fase. Formålet med denne studien, er at den vil kunne gi oss et innblikk i logopedenes erfaringer i forhold til planlegging, tilrettelegging og gjenopptreningen av afasirammede. Studien kan være med på å gi kunnskap som kan nyttiggjøres av logoped og andre som har tilknytning til personer med afasi og deres pårørende. Den foreløpige problemstillingen for denne masterstudien er som følger:

Hvilke vurderinger ligger til grunn for logopedens valg av behandling/undervisning av personer med afasi i subakutt- og kronisk fase?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

- NTNU.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Gjennom undervisning og praksis i emnefaget Ervervede språk og talevansker (*Erfaringsbasert Master i Logopedi ved NTNU videre*) har jeg fått erfart/informasjon om at du jobber hovedsakelig med afasi og at du er en interessant informant for mitt studie.

Utvalget vil bestå av fire informanter (logoped), som hovedsakelig jobber med afasirehabilitering. Jeg søker informanter som representerer forskjellig type arbeidssted, sykehus (rehabilitering), voksenopplæring og privatpraktiserende.

Hva innebærer det for deg å delta?

Om du kan tenke deg å delta i studien, innebærer det at du deltar i et semi-strukturert intervju, som vil vare ca 45 min – 60 minutter. Intervjuguiden vil du få på forhånd, om du ønsker det, slik at du kan forberede deg. Spørsmålene i intervjuguiden vil ta utgangspunkt i min teoretiske forståelse, interesse og undring over temaet. Jeg er åpen for elementer du mener er viktige og relevante å bringe inn i intervjuet. Intervjusamtalene vil foregå på din arbeidsplass, om det er mest hensiktsmessig for deg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene fra deg vil kun bli brukt til formålene som er beskrevet i dette skrevet.

Det er kun jeg som student, og veileder som vil ha tilgang til personopplysningene. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opptak av samtalene vil bli

gjort med lydopptaker, og forsvarlig oppbevart på en minne pinne. Lydopptakene vil bli ortografisk transkribert. Jeg velger å bruke bokmål, fremfor dialekt for å anonymisere informantene. Materialet vil bli analysert ved bruk av tilnærmingen tematisk analyse. Informantenes navn bli erstattet med fiktive navn. Jeg, som student, kommer ikke til å vurdere, eller sammenligne opplysninger fra informantene opp mot hverandre på en negativ, eller krenkende måte. Mine egne oppfatninger og synspunkter vil holdes utenfor studien. Jeg kommer ikke til å vurdere kvaliteten på den enkeltes praksis.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2019. Opptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *NTNU* ved Monica Norvik (monica.norvik@iln.uio.no).
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Monica Norvik

Mai Grete Bestvold

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student:

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet (Afasirehabilitering – Vurderinger ved valg av behandling/undervisning), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i Intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.15.05.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

