

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

PE323L

Navn på kandidat:

Katrine Rugland

Kandidatnr:

12

«Hva er det egentlig jeg driver med?»

En kvalitativ studie av norske logopeders
beskrivelser av sitt arbeid med å kvalitetssikre
egen yrkespraksis i afasilogopedien

Dato: 14.05.2018

Totalt antall sider: 68

“Hva er det egentlig jeg driver med?”

En kvalitativ studie av norske logopeders beskrivelser av sitt arbeid med å
kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Litteratur om afasi antyder at det ikke eksisterer noen klare føringer for hvordan den enkelte klient med afasi skal behandles. Det ser ut til at logopeder velger fra et utvalg av ulike fremgangsmåter og intervensjoner i arbeidet med å utforme et tilbud og legge til rette for rehabilitering. Hva er da av betydning i slike avgjørelser, og hvordan sikres kvalitet i tilbudet en person med afasi får? Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke hvordan det sikres kvalitet i tilbudet personer med afasi får hos logoped. Problemstillingen for oppgaven har derfor vært: *“Hvordan beskriver logopeder sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien?”*

Metode: Jeg har gjennomført en kvalitativ intervjustudie. Ettersom jeg var ute etter logopeders erfaringer med et fenomen, har oppgaven derfor en fenomenologisk forankring. Jeg gjennomførte fire semistrukturerte intervju med logopeder med minst 10 års erfaring, og analysen er basert på disse. I analysearbeidet benyttet jeg meg av Malteruds systematiske tekstkondensering

Resultat og konklusjon: Funnene fra studien viser at logopedene jeg intervjuet la mye vekt på den erfaringen de hadde tilegnet seg gjennom å jobbe med utøvende logopedi i flere år. De trakk frem betydningen av å ha andre i nærmeste fagmiljø de kunne konsultere med, enten kollegaer som er logopeder, andre yrkesgrupper eller bekjente fra det faglige miljøet i sitt nærområde. De fokuserte på at afasi må ses på som en helhetlig vanske, og at rehabiliteringen for personer må ta utgangspunkt i helhetsbildet. Personen med afasi må i stor grad involveres i egen rehabilitering for at dette skal være mulig. Å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien er noe denne studien indikerer at mine informanter gjør mer eller mindre bevisst. Sentrale elementer i kvalitetssikringen mente de var erfaring, kollegaveiledning, tverrfaglig samarbeid, faglig nettverk, involvering av personen med afasi og helheten av afasi som vanske.

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to investigate how speech and language therapists describe their work with assuring quality in the professional practice in speech-language therapy for persons with aphasia. Through semi structured interviews, I wanted to investigate what speech and language therapists describe is important when assessing the available treatment a person with aphasia receives. The research question for the assignment has been: "How do speech and language therapists describe their work with assuring quality in their own professional practice in speech and language therapy for persons with aphasia?"

Findings: The findings from the study show that the speech and language therapists I interviewed emphasized the experience they had gained through working with executive speech and language therapy for several years. They highlighted the importance of having others in the closest professional environment they could consult with, either colleagues, other professional groups or acquaintances from the professional environment in their area. They focused on the fact that aphasia has to be viewed as an overall difficulty, and that rehabilitation for individuals must be based on the general state. The person with aphasia must to a large extent be involved in self-rehabilitation in order for this to be possible. To assure quality within ones professional practice in speech-language therapy for persons with aphasia is something this study indicates that my informants do more or less consciously. As key elements of assuring quality, they highlighted experience, consulting with colleagues, interdisciplinary cooperation, professional networks, involvement of the person with aphasia and the whole of aphasia as a difficulty.

Forord

Der var oppgaven ferdig, og det samme er to lærerike år ved Nord Universitet. Jeg er veldig takknemlig for gode forelesninger og det særdeles gode fellesskapet og samholdet vi har hatt i klassen på samlingene gjennom disse to årene. Det må være kremen av logopeder som ble utdannet denne våren! Arbeidet med masteroppgaven har vært spennende, utfordrende, tidvis krevende, men mest av alt har det bidratt med en trygghet om at hvilke problemstillinger og utfordringer en enn skulle møte på, så finner en ut av det.

Først og fremst vil jeg takke informantene mine som så villig stilte opp på intervju og delte av sine erfaringer. Oppgaven kunne ikke blitt gjennomført uten dere. Og takk til min dyktige veileder, Karianne Berg, for hjelp, støtte, konstruktive tilbakemeldinger og oppmuntring gjennom hele prosessen.

Tusen takk, Lavy, for at du har vært der hele veien med oppmuntrende ord og faglige innspill. Du er priceless. Lykke til videre!

Og sist, men ikke minst, tusen takk til venner og familie som har troen og spør etter og oppmuntrer. Det har vært kjærkomment og nødvendig.

Katrine Rugland

Kristiansand, Mai 2018

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Formål med studien	2
1.3 Presentasjon av problemstilling	3
1.4 Begrepsavklaringer.....	3
1.5 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 Teoretisk forankring	5
2.1 Afasi	5
2.1.1 Definisjoner	5
2.1.2 Afasi som helhetlig vanske	7
2.2 Afasirehabilitering.....	8
2.3 Evidensbasert praksis (EBP)	9
2.3.1 Erfaring og klinisk ekspertise.....	11
2.4 EBP i afasirehabilitering	13
3.0 Metodekapittel	15
3.1 Kvalitativ forskningsdesign.....	15
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring	15
3.2.1 Fenomenologisk metode	16
3.2.2 Forskerrolle og forforståelse	17
3.3 Intervju	18
3.3.1 Intervjuguide	19
3.3.2 Utvalg og rekruttering	19
3.3.3 Gjennomføring av intervju	20
3.4 Bearbeiding av datamaterialet.....	21
3.4.1 Transkripsjon.....	21
3.4.2 Analyse av data	22
3.5 Kvalitetskriterier.....	23
3.5.1 Etske overveielser	23

3.5.2 Metodologiske kriterier	24
3.5.3 Studiens begrensninger	26
4.0 Presentasjon av funn	28
4.1 “Det hjelper å ha noen år på baken”	28
4.2 “Å ha noen å tenke høyt sammen med”	30
4.3 “Så er det jo viktig at vi jobber tverrfaglig”	32
4.4 Logopedisk fagmiljø i nærområdet	34
4.5 Involvering av personen med afasi.....	36
4.6 “Det er et litt komplekst bilde”	38
5.0 Diskusjon av resultater	41
5.1 Betydningen av klinisk ekspertise.....	41
5.2 Faglig nettverk.....	43
5.2.1 Konsultering med kollegaer	43
5.2.2 Tverrfaglig samarbeid	44
5.2.3 Kurs og nettverksmøter	46
5.3 Involvering av personen med afasi og andre omsorgspersoner	47
6.0 Avslutning.....	51
6.1 Implikasjoner for praksis.....	53
6.2 Implikasjoner for videre forskning.....	54
Litteraturliste.....	55
Vedlegg.....	61

1.0 Innledning

Brady, Kelly, Godwin, Enderby & Campbell (2016) sier i en oversiktsartikkel at:

“There is no universally accepted treatment that can be applied to every person with aphasia, and typically therapists select from a variety of theoretical approaches, delivery models, and intervention regiments to manage and facilitate rehabilitation.”

Dette er jo ikke akkurat meget oppløftende for en som straks er nyutdannet logoped og ikke har noe erfaring med å jobbe med afasi. Det de her sier er at det ikke finnes noen klare føringer for hvordan den enkelte klient med afasi skal behandles. Det ser ut til at logopeder velger fra et utvalg av ulike fremgangsmåter og intervensjoner i arbeidet med å utforme et tilbud og legge til rette for rehabilitering. Jeg er av den oppfatning at hva logopeder velger å gjøre ofte henger sammen med hvor mye erfaring de har fra tidligere, og om de har vært borti noen med liknende vansker. Hvordan kan jeg, som nettopp ferdig utdannet, vite hvordan jeg skal møte den enkelte person med afasi? Hvordan skal jeg bygge meg et erfaringsgrunnlag gjennom å - slik det fremstår for meg - “famble i blinde” i starten? Hvordan vet jeg egentlig hva jeg driver med? Og hvordan kan en sikre kvalitet i det logopediske tilbudet personer med afasi får?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Lauvås og Handal (2014), inspirert av Løvlie (1992), snakker om “den praktiske yrkesteorien”, som er det som ligger til grunn når man må ta en avgjørelse med tanke på en bestemt situasjon man står overfor. Det vil da være en kombinasjon av et sett verdier en har i bunn, og teori- og erfaringsbaserte begrunnelser som avgjør hvordan den enkelte velger å handle i et gitt tilfelle (Lauvås & Handal, 2014; Løvlie, 1992). Dette kalles også “tause kunnskap”, en følelse av hva som er riktig å gjøre som bunn i en kombinasjon av lært teori og erfaringer (Lauvås & Handal, 2014). For å opparbeide seg den erfaringsbaserte biten må en kunne se teorien en har lært i en praktisk setting, og kunne gjøre den gyldig for den situasjonen en står overfor (Lauvås & Handal, 2014). I prosessen der en reflekterer rundt hvordan en har kommet frem til ulike beslutninger, blir den tause kunnskapen bevisst og kan forklares og begrunnes, og bidra til egen fagutvikling.

Page & Howell (2015) sier at det er lite kunnskap om hva den nåværende praksisen til logopeder i afasirehabiliteringen innebærer, og i hvilken grad logopeder benytter seg av evidensbasert praksis (EBP). Dette er sammenfallende med det McCurtin & Clifford (2015) har funnet. De peker på at det foreløpig er uvisst hva som ligger til grunn når logopeder vurderer ulike tiltak, men at det synes at erfaring har større innflytelse enn evidensbasert teori. De peker også på viktigheten av å finne ut hvilke faktorer som er av betydning når logopeder vurderer tiltak, ettersom dette vil ha påvirkning på utdannelsen til fremtidige logopeder, og gi perspektiver på EBP. I Norge er det gjort lite forskning på dette feltet, men Jørgensen (2011) antyder i sin masteroppgave at det er behov for mer kunnskapsformidling om EBP innen det logopediske fagfeltet. På bakgrunn av dette ønsker jeg i min masteroppgave å undersøke hvilket grunnlag logopeder har når de vurderer ulike tiltak, og hvordan de kvalitetssikrer tiltakene i ettertid for å forsikre seg om at klientene får utbytte av det logopediske tilbudet de mottar.

Etter hvert i yrkeskarrieren opparbeides det et erfaringsgrunnlag som vurderinger gjøres ut ifra. Dokumenteres det da i de enkelte tilfellene hvilke tiltak som ble igangsatt, og i hvilken grad de fungerte? Dette vil kunne være nyttig for andre logopeder som har klienter med liknende vansker. Min antakelse er at det kanskje ikke dokumenteres så ofte som en skulle ønske. Erfarne logopeder bygger muligens praksisen sin i stor grad på opparbeidet erfaring og mulighet til å sammenlikne nye klienter med tidligere klienter som hadde liknende vansker, og at yrkesutøvelsen dermed er erfaringsbasert. Jeg mener ikke at det er dårlig praksis, men at dersom erfaringsbasert praksis dokumenteres, kan det brukes til å underbygge teorier om tiltak som fungerer, og styrke beslutningsgrunnlaget for mindre erfarne logopeder (som meg selv) i vurderingen og utformingen av tiltak. Samtidig er logopedi et felt som stadig tilføres ny kunnskap. Etter hvert som ny kunnskap om andre, og kanskje mer effektive, metoder blir anerkjent, er det noe som bør tilføres erfarne logopeders kunnskapsgrunnlag.

1.2 Formål med studien

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan det sikres kvalitet i tilbudet personer med afasi får hos logoped. Dette med tanke på hvilket grunnlag logopeder har når de vurderer ulike tiltak, hvordan kvalitetssikring av tiltak bidrar til å forme den enkelte logopeds praktiske yrkest teori og hvordan kvaliteten på tilbudet personer med afasi får sikres. Min forforståelse av den logopediske yrkesutøvelsen er at den i noen grad er preget av eksperimentering, og at

tiltaksvurdering og valg av "riktige" tiltak ofte er erfaringsbasert. Finnes det da noen retningslinjer for logopeder i denne prosessen med vurdering og igangsetting av tiltak? Hvordan kvalitetssikres den logopediske yrkesutøvelsen?

1.3 Presentasjon av problemstilling

Spesielt innenfor afasirehabilitering kan mye av dette med kvalitetssikring og evidensbasering være en utfordring. Afasien til ulike personer med afasi kan være veldig forskjellig fra hverandre, og det samme med hvordan bedringen i språkfunksjonen skjer (Halai, Woollams & Lambon Ralph, 2017; Lopéz-Barroso & de Diego-Balaguer, 2017). Det vil være interessant å intervju logopeder om hvilken bevissthet de har med tanke på kvalitetssikring, og hvordan de løser det i praksis. På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til problemstillingen:

“Hvordan beskriver logopeder sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien?”

Gjennom problemstillingen ønsker jeg å finne svar på følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan går logopedene frem i møte med personer med afasi?
- Hva ligger til grunn når logopeder vurderer tiltak for ulike klienter med afasi?

1.4 Begrepsavklaringer

Jeg er ute etter logopeders beskrivelser av hvordan de arbeider med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien. Med kvalitetssikring mener jeg hvordan logopeder arbeider for å forsikre seg om at tilbudet en person med afasi får, er det best vurderte i det tilfellet. Et element i kvalitetssikringen av praksis innebærer å ta utgangspunkt i praksis som er forklart og forsvart, og har belegg for at har effekt når det anvendes i afasilogopedien. Det blir derfor aktuelt å trekke inn EBP som et begrep i kvalitetssikringen. Med egen yrkespraksis mener jeg hva som ligger til grunn når logopeder tar avgjørelser om hvilke tiltak de vil sette i gang, og hva de støtter seg til i denne prosessen. Med afasilogopedi så menes det her den logopediske virksomheten rundt en person som har fått afasi som følge av hjerneslag, hjerneblødning eller traumatisk hodeskade. Dette både med tanke på kartlegging, utforming av tiltak, igangsetting av tiltak og kvalitetssikring av tiltak.

1.5 Oppgavens oppbygging

Etter innledningen med bakgrunn for og presentasjon av tema og problemstilling vil den teoretiske forankringen for oppgaven presenteres i kapittel 2. I kapittel 3 gjøres det rede for de metodiske valgene som er gjort for oppgaven samt refleksjoner rundt disse. I kapittel 4 presenteres funnene fra studien, og i kapittel 5 vil funnene bli drøftet opp mot teorien som er presentert. I kapittel 6 oppsummeres funnene og det blir sagt noe om implikasjoner for videre praksis og videre forskning.

2.0 Teoretisk forankring

Temaet for denne oppgaven er “kvalitetssikring av logopeders yrkespraksis i afasilogopedien”, og problemstillingen for oppgaven er “hvordan beskriver logopeder sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien?” I denne delen vil den teoretiske forankringen for oppgaven presenteres. Det blir gjort rede for teori og tidligere forskning som anses som relevant å presentere med tanke på temaet og problemstillingen for oppgaven. Jeg vil belyse teori om afasi som vanske og si noe om rehabiliteringen til de som er rammet av afasi. Jeg vil også trekke inn teori om EBP, som er det som bør danne grunnlaget i vurdering og utforming av tiltak. Ved denne teoretiske gjennomgangen av temaet for oppgaven vil grunnlaget for videre drøfting av problemstillingen dannes.

2.1 Afasi

Afasi er en ervervet skade av hjernens språkområder, og oppstår som oftest som en følge av et hjerneslag, en hjerneblødning eller en traumatisk skade mot hodet (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017). Vansken er merkbar ved at den rammede har nedsatt språkfunksjon enten når det gjelder språkforståelse, språkproduksjon, eller begge deler. I Norsk hjerneslagsregisters (2017) årsrapport fra 2016 står det at hvert år blir omtrent 12.000 personer i Norge rammet av hjerneslag, og omtrent 21-38% av disse får afasi (Engelter et al., 2006). Hos noen personer er språkvanskene de eneste symptomene som tilsier at det er skjedd en skade i hjernen, men hos de fleste vil nok afasien være en del av et større og mer omfattende sykdomsbilde der også andre vansker kan ha innvirkning på den språklige rehabiliteringen (Winstein et al., 2016). Slike vansker kan være lammelser, synsfeltutfall, dysartri, apraksi eller andre kognitive vansker (Winstein et al., 2016). Hjerneslag er med andre ord ofte en kompleks lidelse.

2.1.1 Definisjoner

Det finnes ulike definisjoner på afasi, og jeg vil trekke frem to av disse. Papathanasiou, Coppens & Davidson (2017) definerer afasi som:

“...as an acquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person’s communicative and social functioning, quality of life, and the quality of his or her relatives and caregivers” (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017, s. 4).

Denne definisjonen trekker frem at afasi er en skade som rammer språkets modaliteter, forårsaket av en ervervet skade i det språk-dominante området i hjernen som påvirker personens kommunikative og sosiale fungering, samt livskvaliteten både til personen selv og de nærmeste pårørende. Fokal skade vil si at skaden er lokalisert til et bestemt, avgrenset område i hjernen (Kåss, 2018). Den fokuserer på at det er ervervet vanske som følge av en hjerneskade. Slike hjerneskader kan være hjerneslag, som er betegnelse for blodpropp eller blødning i hjernen, og det kan være traumatiske hodeskader som oppstår etter ulykker (Faiz & Rønning, 2018). Den rammede hadde altså ingen språkvansker før skaden inntraff. Definisjonen trekker også frem at afasien ikke bare rammer personen som har fått en skade, men også de personene som er rundt, både familie og andre omsorgspersoner som skal kommunisere med den som er rammet.

En annen definisjon trekker frem at afasi som vanske ikke er en sensorisk, motorisk eller intellektuell vanske, men at det er en ren språkvanske. Den går også mer i dybden og beskriver hvilke strukturer av språket som blir rammet:

“... an acquired impairment in language production and comprehension and in other cognitive processes that underlie language. Aphasia is secondary to brain-damage, and is most frequently caused by stroke. It is characterized by a reduction in or an impaired ability to access language content or meaning, language form or structure, language use or function, and the cognitive processes that underlie and interact with language, such as attention, memory, and thinking” (Murray & Chapey, 2001, s.55).

De definerer afasi som en ervervet vanske med språkproduksjon og språkforståelse og andre kognitive prosesser som språket forutsetter. Afasi kjennetegnes ved at det er en redusert eller svekket evne til adgangen til språklig innhold og mening, språklig form og struktur, språklig bruk og funksjon og de kognitive prosesser som språket er en forutsetning for, som oppmerksomhet, minne og tenkning. Definisjonen tar for seg at språk er et komplisert system, og at når språkfunksjonen blir berørt, får dette store følger for personen og de nærmeste rundt.

Det definisjonene trekker frem er at afasi er en ervervet språkvanske, og at personene som er rammet i utgangspunktet hadde normalt språk før skaden inntraff. Definisjonene trekker frem at afasi primært er en språkvanske og ikke inkluderer andre vansker som et slag også kan føre

til. Disse vanskene inkluderes ikke i afasien som språkvanske, men kan ha betydning for hvordan vansken oppfattes og hvordan rehabiliteringen skjer videre (Winstein et al., 2016). Dette kanskje spesielt med tanke på dysartri og apraksi, som er henholdsvis talevansker som skyldes lammelser, svakhet eller manglende koordinering av talemuskulaturen og redusert evne til å utføre viljestyrte handlinger selv med normal kraft og koordinasjon i muskulaturen (Winstein et al., 2016).

Det som skiller definisjonene fra hverandre er at definisjonen til Papathanasiou, Coppens & Davidson (2017) i større grad fokuserer på hvilke konsekvenser vansken får for personens liv, mens definisjonen til Murray & Chapey (2001) fokuserer i større grad på de språklige elementene som blir berørt. I fortsettelsen av oppgaven velger jeg å ha utgangspunkt i definisjonen til Papathanasiou, Coppens & Davidson (2017), ettersom den tar for seg afasi som en mer helhetlig vanske som påvirker hele livet til den som har fått afasi, og også de nærmeste rundt.

2.1.2 Afasi som helhetlig vanske

Som det fremgår av definisjonene er afasi en vanske som får konsekvenser for hele livet til den som er rammet. Som den ene definisjonen trekker tydelig frem så påvirker afasien den rammedes språk, og dermed mulighet til kommunikativ og sosial fungering (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017). Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel & Wade (2010) beskriver at det kan oppleves som en alvorlig funksjonshemming å få afasi, og dette vil da ha store konsekvenser for personens liv og mulighet til å kommunisere med de som er rundt. Dette fører igjen til at vansken også påvirker familien og omgivelsene rundt (Grawburg, Howe, Worrall & Scarinci, 2014). Rehabiliteringen for personen med afasi må derfor tilnærme seg afasien som en helhetlig vanske. Den må favne over både de språklige utfordringene, men også hvordan vansken påvirker livet til den rammede, dens familie og andre som er i den rammedes nærmeste omgivelser. Med tanke på alle de faktorene som finnes i en persons liv og nærmiljø, vil mennesker med afasi ha behov for et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud over tid (Brady et al., 2016). Dette vil kreve at omsorgspersonene til personen med afasi, enten familie eller andre, bør inkluderes i rehabiliteringen. Også andre yrkesgrupper bør inkluderes og være en del av den helhetlige rehabiliteringen til en person med afasi. Dette kan omfatte sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosialarbeidere og andre (Winstein et al., 2016).

2.2 Afasirehabilitering

Afasiologopedien har vært mye i søkelyset for om tiltak har noen effekt eller ikke (Haaland-Johansen, 2007). Brady et al. (2016) har skrevet en oversiktsartikkel hvor de har sett på forskningen som finnes på evaluering av den språklige rehabiliteringen for personer med afasi som går til logoped. Det fremkom fra undersøkelsen at logopedbehandling har fordelaktig påvirkning på funksjonell bruk, språklig forståelse og språkproduksjon sammenliknet med personer med afasi som ikke mottar logopedtilbud (Brady et al., 2016). Brady et al. (2016) antyder flere fordeler med afasirehabilitering, som at de med afasi som går til logoped ikke faller ut av sosiale sammenhenger, sammenliknet med de som ikke går til logoped. Artikkelen til Brady et al. (2016) viser også til en bedring i språkfunksjonen dersom afasirehabiliteringen er intensiv over en kortere periode, heller enn få logopedtimer over en lengre periode. Konklusjonen i oversiktsartikkelen er at det er evidens for at logopedi virker og er fordelaktig for personer med afasi etter hjerneslag eller hjerneblødning målt gjennom deres funksjonelle kommunikasjon, lesing, skriving, forståelse og ekspressive språk (Brady et al., 2016).

Kunnskap om hjernens plastisitet tilsier at en bør jobbe intensivt med rehabiliteringen så fort som mulig etter hjerneslaget (Papathanasiou, Coppens, Durand & Ansaldo, 2017). For å maksimere bedring av språk- og kommunikasjonsferdigheten, er det viktig med intensitet i rehabiliteringen (Bhogal, Teasell, Foley & Speechley, 2003; Brady et al., 2016). Det blir derfor viktig at en person som har fått afasi bør få oppfølging hos logoped så tidlig som mulig etter at hjerneslaget eller skaden er skjedd. I logopedisk afasirehabilitering er hovedmålet å maksimere individets språk- og kommunikasjonsferdighet, aktivitet og deltakelse (Brady et al., 2016). Definisjonen til Papathanasiou, Coppens & Davidson (2017) peker på at afasi er en språkvanske som påvirker personens språk, og dermed også personens kommunikative og sosiale fungering og livskvaliteten både for den som er rammet, men også hans eller hennes nærmeste pårørende. Med tanke på dette må afasirehabilitering derfor være helhetlig, og handle både om personens språklige ferdigheter og også ta for seg hvordan afasien påvirker livet i sosiale sammenhenger, slik at rehabiliteringen skal kunne bidra til økt deltakelse. Ettersom pårørende kjenner personen med afasi best, også før hjerneslaget eller skaden inntraff, kan de gi nyttig informasjon som kan brukes i rehabiliteringen (Northcott & Hilari, 2017). Det er derfor hensiktsmessig å involvere pårørende eller andre som kjenner personen i rehabiliteringen (Nelson, Hanna, Hall & Calvert, 2016).

Oppsummert så har afašilogopedi effekt (Brady et al., 2016). Ettersom det stadig må evalueres og kvalitetssikres at afašilogopedi virker, blir EBP og kvalitetssikring viktig. Dette både for å kunne vise til hva man har gjort, men også for å utvide grunnlaget av evidens som eksisterer ved å tilføre mer dokumentasjon av erfaringer. Dette er nødvendig ettersom det ikke er noen universell behandling som en som logoped kan benytte seg av for hvilken som helst person med afasi, og Brady et al. (2016) sier i sin oversiktsartikkel at logopeder som jobber med afasi ofte velger tiltak fra et utvalg av tilnæringsmåter og modeller i rehabiliteringen. For å sikre kvalitet i rehabiliteringen personer med afasi får, er det nødvendig med dokumentasjon av erfaringer på ting som har fungert. Dette for å utvide det eksisterende grunnlaget av dokumenterte erfaringer, slik at det kan tilføres grunnlaget av evidens i afasirehabilitering.

2.3 Evidensbasert praksis (EBP)

Det foreligger dokumentasjon og bevis på at pasienter som mottar behandling med bevist effekt har mer utbytte av behandling enn de som ikke mottar behandling med bevist effekt (Straus & McAlister, 2000). Dette bør være veiledende for yrkesutøvere innen forskjellige fagområder, også for logopeder. Ved gjennomlesing av litteratur blir begrepene evidensbasert, kunnskapsbasert og forskningsbasert brukt litt om hverandre. Det er noen forskjeller i hva som ligger i de ulike begrepene og konklusjonen til Tuntland (2009) er at ingen av dem er optimale. Poenget er at den aktuelle yrkesutøver skal kunne lene seg på dokumentasjon og evidens for ulike tiltak som har vist seg å fungere i ulike tilfeller, og kunne bruke dette som begrunnelse og kvalitetssikring på de valgene en tar med tanke på vurdering, utforming og igangsetting av tiltak.

Hva er da evidens? Humphris (2003) trekker frem at evidens kan være så mangt. Det kan være kunnskap som er tilegnet gjennom utdannelsen, en erfaren kollegas profesjonelle mening, eller basert på noe en har lest i et fagtidsskrift. Uansett hvilken form for evidens en støtter seg til, vil det være et kompromiss mellom en rikholdig og variert blanding av kilder (Humphris, 2003). Det er derfor viktig å være kvalitetsbevisst med tanke på evidens. Det må gjøres en kritisk vurdering om den evidens som foreligger kan anvendes i den enkelte tilfellet, som tilsier at en ikke skal ha en ubetinget tillit til evidens (Humphris, 2003). Poenget er at man som yrkesutøver har noe å støtte seg til, og har mulighet til å begrunne de valgene en tar ved å kunne vise til evidens.

Tanken om EBP har sin rot i medisinske fag, men har nå spredt seg til de fleste andre profesjonene innen helse- og sosialfeltet (Ekeland, 2004). Bruk av EBP innebærer en tanke om å ta utgangspunkt i daglig praksis som er blitt forklart og forsvart (Haaland-Johansen, 2007). Når tiltak overfor bestemte vansker har fått tilstrekkelig oppslutning gjennom dokumentering av tiltak som har vært vellykket i ulike tilfeller, kan det sies å ha blitt begrunnet å fungere. En kan da med rimelig stor sikkerhet garantere en forbedring hos klienten. Klovning (2001) sin definisjon på EBP er gjengitt i Haaland-Johansen (2007, s.6) på følgende måte:

"EBP er samvittighetsfull, punktlig og fornuftig bruk av beste, tilgjengelige informasjon, når det skal tas beslutninger om hvordan den enkelte pasient skal håndteres."

Definisjonen peker på at EBP danner grunnlaget i vurderingen i forkant av igangsetting av tiltak. Det ligger i definisjonen at EBP skal være samvittighetsfull, punktlig og fornuftig bruk av beste tilgjengelige informasjon. I dette ligger det en tanke om at ikke all EBP skal ha betydning for egen praksis uten videre, det må vurderes om den enkelte klients vansker passer inn i noe av det samme mønsteret med vansker klienter innen EBP har, og om det er forsvarlig å benytte seg av samme metode på det nåværende tidspunkt og grad av vansker. Det ligger også i definisjonen at for å kunne ta i bruk beste, tilgjengelige informasjon, må logopeder være bevisste på å kontinuerlig oppdatere seg på ny kunnskap som logopedifeltet tilegner seg. Tanken bak EBP er å minske gapet mellom forskning og praksis, og at forskning og dokumentert effekt av tiltak skal være veiledende for videre klinisk praksis (Haaland-Johansen, 2007). Det blir derfor viktig at logopeder dokumenterer hva som blir gjort i ulike tilfeller og i hvilken grad de tiltakene fungerte. Når så vurdering og tiltak i ulike tilfeller dokumenteres og får tilstrekkelig oppslutning, kan dette spille en rolle med tanke på egen fagutvikling. På sikt kan det også være med på å utvikle logopedien som fagfelt (Lind & Haaland-Johansen, 2010).

Det definisjonen til Klovning (2001, gjengitt i Haaland-Johansen, 2007) rommer er at den aktuelle yrkesutøveren må kunne være i stand til å vurdere den enkelte klient, dens vansker og mulige tiltak som kan være aktuelle. For å kunne foreta denne vurderingen må logopeden ha et grunnlag å vurdere ut fra, og dette grunnlaget vil bestå av erfaring opparbeidet gjennom yrkeslivet. Med tanke på erfaring trekker Tuntland (2009) frem at mange hevder

erfaringsbasert kunnskap nedvurderes og neglisjeres i kunnskapsbasert praksis. Tidligere var erfaringsbasert kunnskap enerådende i flere av helsefagene, men at nå har den fått økt konkurranse og en kan ikke fullt og helt stole på egne erfaringer (Tuntland, 2009). McCurtin & Clifford (2015) skriver om at EBP hviler på fire grunnpilarer. Oversatt til norsk er dette er forskningsbasert evidens, opparbeidet erfaring, pasienten og konteksten. De får frem at EBP rommer mer enn bare dokumentert effekt av tiltak. I vurdering og utforming av tiltak er forskningsbasert av betydning, men også logopedens erfaring, den individuelle pasienten og den aktuelle konteksten det er snakk om.

Straus & McAlister (2000) trekker frem at et argument mot EBP kan være at det er blitt kalt “kokebokmedisin”, som innebærer at klienten blir oversett, det blir ikke tatt hensyn til brukermedvirkning og erfaring blir sett ned på i forhold til EBP. Tuntland (2009) siterer Straus & McAlister (2000) og sier at “kokebokmedisin” kan oppstå dersom erfaring og brukermedvirkning med utgangspunkt i tilgjengelige ressurser ikke inkluderes i den kunnskapsbaserte praksisen. Poenget er at dersom EBP blir sett på som dette, så handler det om å følge en oppskrift slavisk, uten rom for individuelle forutsetninger som gjør at tilbudet må tilpasses den enkelte klient. Innen det helsefaglige feltet er dette en tanke som stort sett bare fungerer i teorien. I praksis vil hvert enkelt individ med alle individuelle variasjoner stort sett ikke passe inn i et intervensjonsprogram med klare føringer som må følges slavisk. Å basere sine valg på evidens alene kan derfor være en utfordring. I logopedien som fagfelt, med tanke på rehabilitering i afasi spesielt, er vanskene så individuelle at vurdering og utforming av tiltak for den enkelte klient innebærer at klienten må involveres i stor grad, og tiltakene må skreddersys den enkeltes vansker og forutsetninger. At logopeden bruker seg selv i møtet med personen med afasi og har et grunnlag av erfaringer å kunne gjøre vurderinger ut fra er meget vesentlig. Det blir derfor nødvendig å si noe om erfaringens plass i EPB og de faktorer den enkelte logoped i møte med den enkelte klient bringer med seg i afasirehabiliteringen.

2.3.1 Erfaring og klinisk ekspertise

Holmen (2011) sin definisjon på “erfaring” er at det er “...*fellesbetegnelse på den informasjon individet erverver gjennom sansning og handling*”. Et begrep som kanskje beskriver mer utfyllende hva en logoped benytter seg av i sin yrkesutøvelse er begrepet “klinisk ekspertise”. Ideelt sett skal logopeders kliniske (eller utøvende) praksis utvikles gjennom empirisk evidens, støtte i teori og klinisk ekspertise (Roulstone, Wren, Bakopoulou & Lindsay, 2012).

Klinisk ekspertise vil si at den utøvende praksis inneholder elementer av erfaring, individuell vurdering, tilgjengelige ressurser, betydningen av relasjonen mellom klient og yrkesutøver og kontinuerlig tilegnelse av en ferdighet (Levant, 2005 gjengitt og oversatt til norsk i Rønnestad, 2008, s.446-447). Dette ligner på det som ligger i American Speech-Language-Hearing Association (u.å.) sin definisjon på EBP:

“The goal of EBP is the integration of: (a) clinical expertise/expert opinion, (b) external scientific evidence, and (c) client/patient/caregiver perspectives to provide high-quality services reflecting the interests, values, needs, and choices of the individuals we serve” (American Speech-Language-Hearing Association, u.å.).

Definisjonen sier noe om hvordan man som yrkesutøver skal sørge for at den enkelte klient får det beste tilbudet som er tilpasset deres vanske og forutsetninger, og som møter deres behov, interesser og verdier. For å forsikre seg om at klienter mottar dette, må yrkesutøvelsen inneholde elementer av erfaring og klinisk ekspertise, evidensbasert teori og rom for klientens individualitet. Rønnestad (2008) har tatt utgangspunkt i og oversatt Levant (2005) sin beskrivelse av viktigheten av klinisk ekspertise i helsefaglig arbeid. Jeg velger å støtte meg på de samme begrepene han bruker:

“Klinisk ekspertise er vesentlig for å identifisere og integrere den beste forskningsevidensen med kliniske data (for eksempel informasjon om pasienten oppnådd gjennom behandlingen) i kontekst av pasientens karakteristika og preferanser, for å kunne yte tjenester som best mulig sikrer at terapiens målsetting kan oppnås” (Rønnestad, 2008, s.446).

Begrepet strekker seg forbi erfaring ettersom det også innebærer å kunne identifisere og integrere den beste forskningsevidensen, og kunne tilpasse den i konteksten med den enkelte klient og dens individualitet. Klinisk ekspertise innebærer (Levant, 2005 gjengitt og oversatt til norsk i Rønnestad, 2008, s.446-447):

- Å foreta vurderinger og formulere diagnostiske konklusjoner, systematiske kasusformuleringer og behandlingsplaner
- Å ta kliniske avgjørelser, iverksette intervensjoner og overvåke (“monitor”) behandlingsprosessen

- Å kunne bruke interpersonlig ekspertise, som blant annet innebærer å være i stand til å skape en allianse med pasienten og formidle en realistisk, men positiv, forventning til klienten
- Å opprettholde kontinuerlig selvrefleksjon og tilegnelse av en ferdighet, som blant annet innebærer å være bevisst sine begrensninger og “biases”, forstå deres innvirkning i arbeidet og endre dette
- Å evaluere og benytte kunnskap om forskning i både teoretisk og klinisk sammenheng
- Å forstå den påvirkning som pasientens individualitet, kultur og kontekst vil ha på behandlingen
- Å søke etter tilgjengelige ressurser (for eksempel konsultasjon, assistanse eller alternative tilbud) ved behov
- Å inneha et troverdig og overbevisende rasjonale for kliniske strategier

Alle disse punktene trekker frem at “klinisk ekspertise” er omfattende og innebærer en rekke elementer. Erfaring er av stor betydning. Det innebærer evne til å vurdere ut ifra individuelle forutsetninger i ulike tilfeller, evne til å ta i bruk de ressurser som er tilgjengelige, betydningen av relasjonen mellom klient, og at en ved å utøve sin yrkespraksis gjennomgår en kontinuerlig prosess av tilegnelse av en ferdighet. Med andre ord blir en aldri utlært i arbeidet med mennesker, og det innebærer et ansvar om å reflektere rundt egen yrkespraksis i hvert enkelt tilfelle. Som yrkesutøver må en også benytte seg av kunnskaper en har, samt kunne evaluere den kunnskapen en benytter seg av i hvert enkelt tilfelle.

Ratner (2006) trekker frem at logopedien er et dynamisk fagfelt som stadig utvikler seg, og en som jobber med utøvende logopedi kan ikke stole på at det man lærte gjennom studiene kan ligge til grunn i alle avgjørelser resten av yrkeslivet. Han trekker også frem at man må være klar over at kunnskaper tilegnet gjennom utdannelsen og den erfaringen man etterhvert bygger seg opp kanskje ikke gir kunnskap om de mest egnede og effektive tilnærmingene til ulike tilfeller. Det ligger derfor et ansvar på logopeden om å stadig oppsøke ny kunnskap om ulike tilnærminger og effekten av disse (Ratner, 2006).

2.4 EBP i afasirehabilitering

Det er ulike problemstillinger å ta hensyn til i kvalitetssikring av praksis i afasilogopedien. Afasi er en vanske som påvirker hele personens liv, og rehabiliteringen bør som regel omfatte

helhetsbildet av afasi som vanske (Brady et al., 2016). Hvordan og hvilken del av rehabiliteringen en ønsker å evaluere blir da en utfordring. Enderby & John (1999) peker i en artikkel på at det kan være vanskelig å evaluere effekt av tiltak ettersom deler av rehabiliteringen ikke bare handler om å bedre språkfunksjonen, men tar også for seg andre aspekter i livet. De tar frem som eksempel at dersom det bare er litt bedring i språkfunksjonen, kan dette føre til mindre frustrasjon og opplevelse av høyere livskvalitet for den det gjelder. De peker i undersøkelsen sin på at i mange tilfeller vil ulike variasjoner av tiltak fungere bedre enn andre, og dette har med den enkelte logopeders personlige egnethet å gjøre. De trekker frem at den enkelte logopeders ferdigheter, interesser og erfaringer på ulike områder av logopedien har betydning for tiltakene som blir iverksatt, og som igjen påvirker hvor mye og i hvilken grad behandlingen har innvirkning på ulike områder (Enderby & John, 1999). På den andre siden peker de på at enkelte logopediske metoder består av et fastsatt program med trinn som følger etter hverandre, og ikke gir rom for at logopeder kan legge til et personlig preg på behandlingen (Enderby & John, 1999).

Som tidligere nevnt vil dokumentering av praksis ha noe å si både for egen fagutvikling, men også logopedien som fagfelt på lang sikt. For at dette skal være mulig beskriver Lind & Haaland-Johansen (2010) noen punkter som det må dokumenteres noe om. Dette er hvilke spesifikke vansker det logopediske arbeidet er rettet mot, hva "baseline"(eller utgangspunktet) er, mål for arbeidet, hvilke metoder som er valgt for å nå målene, hvordan tiltakene ble gjennomført, hva resultatene ble og hvordan vanskene arter seg etter at tiltakene er gjennomført. Ved å dokumentere alle disse punktene, begrunner og forklarer en bakgrunnen for de valg en har gjort, samt utbyttet den enkelte klient har hatt av det tilbudet vedkommende har fått.

3.0 Metodekapittel

I mitt forskningsprosjekt ønsket jeg å undersøke hvordan et utvalg logopeder beskriver sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien. For å svare på dette har jeg gjennomført en kvalitativ undersøkelse med intervju som metode. En metode innebærer hvordan en ønsker å gå frem for å samle inn og analysere data (Skogen, 2006).

Forskningsprosessen består av mange faser og ledd og kombinasjonen av disse er ment til å kunne svare på problemstillingen. Hver fase i forskningsprosessen innebærer valg som tas med tanke på forskningsproblemet og helheten i forskningsprosjektet (Lund, 2002).

Forskningsprosjektet må derfor planlegges nøye og gjøres utfyllende rede for. Dette for at det skal ligge noen klare føringer for gjennomføring, hvilke konklusjoner det er belegg for å trekke og leserens utgangspunkt for forståelse i etterkant av presentert forskningsprosjekt. Det er disse valgene, med tanke på metode, jeg vil gjøre rede for og reflektere rundt i dette kapitlet; hvordan jeg har vurdert og kommet frem til den aktuelle metoden, samt refleksjoner rundt hvilke begrensninger disse valgene kan bringe med seg.

3.1 Kvalitativ forskningsdesign

Det er problemstillingen som bestemmer valg av metode (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). I problemstillingen for denne oppgaven var det sentrale å undersøke hvordan logopeder beskriver sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkesutøvelse i afaologopedien. Kvalitative metoder er egnet til å forstå informanternes meninger, livskontekst, og hvordan disse påvirker deres livsoppfatninger, selvforståelse og handlemåter (Johannessen et al., 2016). Målet med kvalitativ forskning er å få innsikt i verden fra informantenes side og forskning på dette området innebærer en brobygging fra aktuell og erkjent kunnskap til utvikling av ny kunnskap gjennom systematisk innsamling av informasjon i feltet (Johnsen, 2006). Det var nettopp dette jeg ønsket å undersøke, hvordan den teorien som finnes og eksisterer blir anvendt av logopeder ute i praksis, og om praksis kan være veiledende for ny teori. Kvalitativ metode ble vurdert som best egnet for å få innsikt i hvordan logopeder beskriver at de jobber med dette.

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Vitenskapens hovedoppgave er å lage representasjoner av det fenomenet det forskes på gjennom beskrivelser, redegjørelser og rapportering (Kvernbekk, 2002). I forskning blir et fenomen sett i et spesifikt perspektiv, og ut fra hva en ønsker å belyse må en velge hvilket

teoretisk perspektiv en vil ta utgangspunkt i. I mitt prosjekt var jeg ute etter logopeders subjektive beskrivelser, og måtte velge en vitenskapsteoretisk forankring som støtter opp om hvordan kunnskap kan dannes gjennom subjektive beskrivelser, og som noe som konstrueres mellom mennesker. Dette fordi det er jeg som forskningsinstrument som skal gjengi de subjektive beskrivelsene til mine informanter, og kunnskapen konstrueres da mellom informant og forsker. Om dette er gyldig vitenskap kommer an på hvordan vitenskap forstås. Hvordan en forstår vitenskapen på et gitt tidspunkt er avhengig av hvilket paradigme en tar utgangspunkt i. Etterhvert som ny kunnskap tilegnes kan regjerende forståelsesramme eller paradigme endres (Kuhn, 1996). For å klargjøre hvordan resultatene fra forskningsprosjektet skal kunne forstås som gyldig vitenskap, er det hensiktsmessig å beskrive det paradigmatisk og vitenskapsteoretiske bakteppet for oppgaven.

I kvalitativ metode dreier forskningen seg om å få innblikk i enkeltmenneskers beskrivelse og forståelse av det som er sentralt for forskningsprosjektet. Målet for mitt forskningsprosjekt var å få innblikk i hvordan logopeder beskriver sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien. Kvalitative prosjekter blir ofte referert til som fenomenologiske studier (Befring, 2015). Det fenomenologiske perspektivet innebærer å sette fokus på deltakerne i forskningsprosjektet, deres tanker og opplevelser rundt et fenomen (Befring, 2015). Forskerens mål er å prøve å forstå og løfte frem denne meningen mennesker gir til et fenomen på bakgrunn av deres livsverden og sine erfaringer (Postholm, 2010). Det er logopeders beskrivelse av sine erfaringer med kvalitetssikring av egen yrkespraksis i afaologopedien som er det sentrale i forskningsprosjektet. Det er deres beskrivelser som skal løftes frem og danne grunnlaget i oppgaven, og med bakgrunn i dette valgte jeg en fenomenologisk forankring.

3.2.1 Fenomenologisk metode

Med tanke på metode i kvalitativ forskning kan man velge hovedsakelig deskriptiv eller fortolkende analyse (Malterud, 2003). Det er logopedenes beskrivelser som skal løftes frem og danne grunnlaget for oppgaven. Derfor ble fenomenologisk metode valgt, ettersom den ivaretar hensikten bak forskningsprosjektet. Fenomenologi som filosofi legger vekt på at menneskers subjektive erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2003). Det handler om å studere virkeligheten slik den fremstår for enkeltindivider og hvordan deres opplevelse av sin livsverden utgjør grunnlaget for hvordan de forstår egne oppfatninger, meninger og handlinger (Befring, 2015). Som kvalitativ forskningsmetode er målet å få innsikt i

enkeltmenneskers opplevelser og samtidig finne ut hvordan det samme fenomenet oppleves av flere enkeltindivider (Creswell, 1998). Moustakas (1994) sier at hovedformålet med fenomenologisk forskning er å kunne fastslå hva tidligere erfaringer betyr for personene som innehar dem, og om de kan gi forståelige beskrivelser av det. Fenomenet som ble undersøkt var kvalitetssikring av egen yrkespraksis i afaologopedien, og målet var å få frem logopeders beskrivelser, og å kunne bidra med noen refleksjoner rundt dette som kan være nyttige også for andre logopeder.

I fenomenologisk metode og gjennom intervju fikk jeg innsikt i et utvalg logopeders beskrivelser av temaet for oppgaven. Jeg som forsker var den som analyserte og presenterte innholdet i forskningsprosjektet. I fenomenologisk forskning er “bracketing” en forutsetning, som handler om å legge til side egen forforståelse i møte med forskningsdata (Malterud, 2003). Malterud (2003) trekker frem at gjennomføring av analysen vil inneholde elementer av fortolkning. Derfor er det viktig at leserne av oppgaven er klar over hvilket utgangspunkt jeg som forsker har når jeg beskriver. For at leserne skal være klar over dette er det hensiktsmessig at jeg utfyllende beskriver min forskerrolle og min forforståelse, ettersom dette vil ha innflytelse for helhetsforståelsen av oppgaven.

3.2.2 Forskerrolle og forforståelse

Postholm (2010) sier at det viktigste forskningsinstrumentet i all kvalitativ forskning er forskeren. Forforståelsen kan påvirke hva forskeren ser, og hvordan observasjonene brukes og tolkes. Dette krever bevissthet hos forskeren på seg selv som utvelgende aktør, og at data som brukes er preget av forskerens forhåndsoppfatninger (Johannessen et al., 2016). Jeg gikk inn i forskningsprosjektet med den forforståelsen jeg hadde. Det var viktig at jeg var bevisst på det, ettersom det preger oppgaven. Det er viktig å redegjøre for forforståelsen sin tidlig slik at lesere kan forstå grunnlaget i analysen og utvelgelsen av data som brukes videre i oppgaven (Johannessen et al., 2016). Jeg forsøkte å møte forskningsdata med et mest mulig åpent sinn og ikke la egne perspektiver prege analysen, slik at elementer som kanskje ikke er tenkt på forhånd kunne komme frem, som Postholm (2010) anbefaler. Med tanke på at jeg valgte fenomenologi som metode, er det riktige å presentere informantenes subjektive beskrivelser på en objektiv måte. Det har jeg forsøkt å gjøre gjennom å gjengi direkte sitater fra informantene. Samtidig vil prosjektet være preget av meg og min forforståelse på to områder: hvilke spørsmål jeg valgte å ha i intervjuguiden, da dette kunne begrense informantenes

muligheter til å komme med sine perspektiver, og at det var jeg som forsker som valgte hvilke elementer fra intervjuene som skulle trekkes ut og brukes i drøftingen videre i oppgaven.

Jeg anerkjenner den betydningen min forforståelse har for oppgaven, og vil derfor beskrive den. Etersom jeg var logopedstudent var grunnlaget for min forforståelse egen erfaring fra ulike praksisperioder og innsikt i noe teori fra logopedistudiet. Enhver person med afasi er forskjellig fra andre og det finnes ingen klare retningslinjer for hvordan en skal gå frem i det enkelte tilfellet. Min forforståelse av den logopediske yrkesutøvelsen i afasirehabiliteringen var at den i noen grad er preget av eksperimentering, og at tiltaksvurdering og valg av “riktige” tiltak ofte er erfaringsbasert. Jeg var av den oppfatning av at hva logopeder velger å gjøre ofte henger sammen med hvor mye erfaring de har fra tidligere, og om de har tilegnet seg kunnskap gjennom behandling av noen med lignende vansker. Min antakelse var at det ikke dokumenteres så ofte i de enkelte tilfellene hvilke tiltak som ble iverksatt og i hvilken grad de fungerte. Dette kan bidra til at de uklare retningslinjene som eventuelt eksisterer opprettholdes. Bakgrunnen for mine tanker og antakelser var observasjoner fra praksisperioder der det var lite eller uklare prosedyrer for hvordan dokumentering foregår. Dette vil selvsagt variere, og det er mulig jeg som student i praksis var med og observerte utøvende logopedi og ikke ble inkludert i akkurat denne delen av veiledernes praksis. I utarbeidelsen av tema og problemstilling for denne oppgaven fikk jeg oppslutning under mine mistanker om at dette er en utfordring for logopeder ute i praksis fra medstudenter og forelesere. Min forforståelse har vært en faktor som påvirker, men primært var jeg ute etter utøvende logopeders erfaringer med dette gjennom å spørre dem og be dem beskrive sine erfaringer.

3.3 Intervju

For å få innsikt i menneskers opplevelser og erfaringer med et fenomen, gjorde jeg som Postholm (2010) sier, nemlig å samtale med dem. Intervju har en sentral rolle i kvalitativ forskning, og favner bredt (Befring, 2015) Ved bruk av intervju med åpne spørsmål fikk informantene mulighet til å beskrive sine erfaringer, tanker og følelser (Dalen, 2011), og en kan få et innblikk i hva som foregår i deres tankeverden. Dette er ting som ikke kan observeres. Gjennom intervju kan en da få tak i deler av en annen persons liv som en vanskelig kunne ha fanget opp på andre måter (Postholm, 2010). Jeg valgte derfor intervju som metode for oppgaven, ettersom det egner seg bra for å få tak i logopeders beskrivelser.

Jeg valgte å gjennomføre semi-strukturerte intervju ettersom en da stiller åpne spørsmål som krever utfyllende svar. Den semi-strukturerte intervjuformen passer når det er noen få informanter og når man stiller gjennomtenkte spørsmål for å få utfyllende informasjon (Johnsen, 2006). Når denne intervjuformen brukes, er det utarbeidet en intervjuguide, som er spørsmål i forkant av intervjuet (Johnsen, 2006). I semistrukturerte intervju vil spørsmålene være strukturerte, men gi rom for åpne og frie svar (Befring, 2015). Jeg utarbeidet en intervjuguide med visse spørsmål jeg stilte (vedlegg 1). I den forsøkte jeg å ha så åpne spørsmål som mulig, slik at det blir informantenes opplevelser og beskrivelser som danner grunnlaget for analysen. Disse spørsmålene er basert på noen kriterier og temaer som jeg ønsket å få svar på gjennom intervjuet.

3.3.1 Intervjuguide

Ettersom jeg var ute etter å belyse et bestemt tema, utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 1). Intensjonen var at alle informantene gjennom svarene sine skulle kunne belyse flere sider ved det som er temaet for forskningsprosjektet. Intervjuguiden kan fungere som en sjekklister for å forsikre seg om at de sentrale temaene blir dekket i intervjuet (Postholm, 2010). Det er et krav at spørsmålene ikke skal være ledende (Dalen, 2011). Dette prøvde jeg å unngå så godt jeg kunne. Innledende i intervjuguiden stilte jeg noen kontrollspørsmål, som hvor de jobber og hvor lenge de har jobbet som logoped. Dette for å få samtalen i gang med spørsmål som skal være relativt enkle å svare på, og for å forsikre meg om at informantene tilfredsstillte de utvalgsriteriene jeg hadde. Deretter gikk jeg fra de generelle spørsmålene og over på de mer spesifikke spørsmålene som krevde åpne og utfyllende svar. Jeg opplevde det som utfordrende å ha klare temaer i intervjuguiden med fenomenet “kvalitetssikring av yrkespraksis i afasilogopedien” som utgangspunkt. Fenomenet er stort og flere elementer er med på å besvare hvert spørsmål, så det var vanskelig å ha en tydelig struktur i intervjuguiden. Eksempler på spørsmål i intervjuguiden er “Hva støtter du deg til med tanke på å avgjøre hva du skal gjøre?” og “Hva er dine tanker om evidensbasert praksis?” For mer utfyllende informasjon om spørsmålene i intervjuguiden, se vedlegg 1.

3.3.2 Utvalg og rekruttering

Hensikten med kvalitative intervju er å få utfyllende beskrivelser av det som det forskes på for å belyse problemstillingen fra flere sider, og en ønsker å komme tett innpå personer fra

den målgruppen en er interessert i å vite noe om (Johannessen et al., 2016). Det må da bestemmes hvilke informanter det er hensiktsmessig å ha med i forskningsprosjektet. Informantene må ha relevant erfaring og kunne gi utfyllende informasjon om temaet (Johannessen et al., 2016). Dette kalles strategisk utvelgelse, ettersom det er bestemt på forhånd hvilken målgruppe som må delta for å få samlet nødvendige data (Johannessen, et al., 2016). I tillegg til at jeg ønsket å intervju logoped som jobber med afasi, hadde jeg som kriterie at de skulle ha minst 10 års erfaring med utøvende logopedi. Dette blir omtalt som kriteriebasert utvelgelse (Johannessen et al., 2016). På den måten kunne jeg forsikre meg om at logopedene som ble intervjuet hadde rukket å opparbeide seg rutiner for kvalitetssikring, og at de da hadde et erfaringsgrunnlag de kunne svare ut fra. Brinkmann og Tanggaard (2010) hevder at det er bedre å gjennomføre og analysere få intervju grundig enn at mengden data blir for stor dersom en har mange. Jeg valgte å intervju fire logoped og gjøre en grundig analyse av dette datamaterialet.

For å skaffe informanter sendte jeg e-post direkte til noen logoped jeg kjenner til og som jeg tenkte kunne være aktuelle som informanter. I tillegg fikk jeg tips fra noen av disse om andre logoped med erfaring på området. Dette kalles “snøballmetoden”, og innebærer at forskeren forhører seg om personer som vet mye om temaet som skal undersøkes, og om disse også kan vise til andre personer som kan være aktuelle deltakere i forskningsprosjektet (Johannessen et al., 2016). Jeg intervjuet logoped på sykehus, privatpraktiserende logoped og to logoped som jobber ved to kommuners PPT-kontor for å få et så helhetlig bilde som mulig av aspektene ved afasirehabilitering. Jeg fikk da dekket afasirehabiliteringen både fra kartlegging og etablering av “baseline” på sykehuset i akutfasen, til oppfølgende rehabilitering over lengre tid enten i kommunene eller privat. Alle mine informanter hadde nærmere 20 års erfaring og var dermed innenfor mine inklusjonskriterier.

3.3.3 Gjennomføring av intervju

Jeg hadde mulighet til å reise og møte alle informantene mine ansikt til ansikt da jeg skulle gjennomføre intervju. Alle mine informanter hadde egne kontor vi kunne bruke, og alle intervjuene ble gjennomført i rolige og uforstyrrede omgivelser. Dette for at informanten skulle kunne være i trygge omgivelser og for at atmosfæren skulle være så avslappet som mulig (Johannessen et al., 2016). Før selve intervjuet begynte startet vi med å prate litt sammen for å skape en avslappet atmosfære. Da vi skulle starte begynte jeg med å presentere prosjektet, som de hadde fått tilsendt et informasjonsskriv om i forkant (vedlegg 2). Jeg

forklarte hva deltakelsen deres ville innebære i forskningsprosjektet mitt og jeg forsikret meg om at jeg hadde informert samtykke ved å få underskrift på en samtykkeerklæring (vedlegg 3) fra alle. Jeg valgte å benytte meg av lydopptaker under intervjuene. Det er vanskelig å klare å huske alt fra alle intervjuene, og lydopptaker kan da hjelpe forskeren både å være fri i kommunikasjonen under selve intervjuet, og ha mulighet til å lytte gjennom og transkribere intervjuet i ettertid (Johannessen et al., 2016). Informantene ble også informert om og gav samtykke til at intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

3.4 Bearbeiding av datamaterialet

3.4.1 Transkripsjon

De gjennomførte intervjuene danner grunnlaget for den videre analysen. For å gjennomføre en kvalitativ analyse, forutsetter det at materialet blir sammenfattet til en tekst (Befring, 2015). I transkriberingsprosessen er målet å fange opp og presentere det informantene hadde til hensikt å formidle (Malterud, 2003). Derfor transkriberte jeg intervjuene i sin helhet. Det viktigste under transkriberingen er å forsøke å bevare meningsinnholdet på en så pålitelig og gyldig måte som mulig (Malterud, 2003). Formålet med kvalitative metoder er å presentere virkeligheten slik informantene opplever den (Befring, 2015). Jeg utelot derfor småord som “eh”, gjentakelser dersom det var mange av disse og fyllord som “liksom” og “på en måte” i presentasjon av data, ettersom jeg i noen tilfeller mente de ikke var relevante for meningsinnholdet. Flere av informantene snakket dialekt, og dette var noe jeg måtte være bevisst på i transkriberingsprosessen. Tjora (2010) sier noe om hvordan normalisering av språket kan bidra til anonymisering. Jeg transkriberte alle intervjuene til bokmål, for å ivareta anonymiteten til informantene. Dette kan ha ført til at noen dialektiske uttrykk som er særegne for dialekten mistet noe av meningen i “oversettelsen” til bokmål, men anonymiteten var ansett som viktigere å ivareta. Når en forholder seg til et lydopptak, er det en del visuelle uttrykk som går tapt. Noe av dette kan ivaretas dersom det er personen som utførte intervjuet, som selv transkriberer det i ettertid. Da er man tilbake i situasjonen og kan huske de uttrykkene som hørte til situasjonen (Tjora, 2010). Jeg transkriberte derfor intervjuene så fort som mulig etter at intervjuene var gjort ferdig for å ha intervjusituasjonen så ferskt som mulig i minnet under transkriberingen.

I kapittel 4 der funnene presenteres, har jeg noen steder brukt (...) for å illustrere at deler av innholdet er fjernet fra sitatet. Jeg har også noen steder brukt [] for enten å forklare et sitat

slik at det gir mer mening for leseren, eller for å anonymisere elementer som kunne gjort informanten gjenkjennbar. Jeg har også brukt * for å sensurere kjønnet på den det er snakk om.

3.4.2 Analyse av data

Etter transkriberingen satt jeg igjen med en stor mengde data, og det var behov for at datamaterialet gjennomgikk en bearbeidingsprosess der det ble strukturert og forenklet. Jeg benyttet meg av Malterud (2003) sin systematiske tekstkondensering i analysearbeidet, der analysen består av fire hovedsteg. Det første steget Malterud (2003) beskriver innebærer å lese gjennom de transkriberte intervjuene og få et helhetsinntrykk av temaene som fremtrer. Jeg begynte med å lese gjennom alle de transkriberte intervjuene for å få et helhetsinntrykk. Etter å ha lest gjennom intervjuene noterte jeg ned mine tanker om mulige tema. I denne prosessen var det viktig at jeg som forsker forsøkte å legge til side min forforståelse og være åpen for at datamaterialet formidler noe jeg kanskje ikke hadde forutsett. Dette for å på en mest mulig lojal måte presentere det som er informantenes erfaringer (Malterud, 2003).

Neste steg Malterud (2003) beskriver er en mer systematisk gjennomgang av datamaterialet der deler som er relevante for å belyse problemstillingen trekkes ut og systematiseres under koder. Jeg leste gjennom intervjuene flere ganger for å være sikker på at temaene jeg noterte etter førsteinntrykket stemte og kunne være aktuelle å bruke. Samtidig kom det også frem flere temaer som var aktuelle, og noen av temaene jeg hadde notert ned først kunne innordnes under andre nøkkeltema. Temaene jeg satt igjen med etter den systematiske gjennomgangen var: “Det hjelper å ha noen år på baken”, “Å ha noen å tenke høyt sammen med”, “Så er det jo viktig at vi jobber tverrfaglig”, logopedisk fagmiljø i nærområdet, involvering av personen med afasi og “Det er et litt komplekst bilde”.

Tredje steg handler om å *kondensere* innholdet, som vil si å sammenfatte innholdet i de kodene, eller meningsbærende enhetene, som er bestemt (Malterud, 2003). Dette for å redusere den mengde data jeg hadde til et mer komprimert materiale jeg kunne jobbe videre med. I dette steget komprimerte jeg materialet ved å trekke ut og innordne det relevante innholdet fra intervjuene i de aktuelle kodene. Jeg trakk ut sitater fra intervjuene og listet dem opp i under de temaene jeg hadde kommet frem til, og som jeg mente det kunne innordnes under. Det siste steget i analysen innebærer å sammenfatte materialet og beskrive det på en

slik måte at det kan viderefremidles og presenteres til lesere (Malterud, 2003). Dette gjorde jeg ved å presentere sitater fra intervjuene under de aktuelle temaene, og tok videre utgangspunkt i disse i analysedelen.

3.5 Kvalitetskriterier

Forskeren er det viktigste forskningsinstrumentet i all kvalitativ forskning (Postholm, 2010). Dette legger et etisk ansvar på forskeren. Det oppstår en del etiske problemstillinger når forskningen og datainnsamlingen berører mennesker direkte, som ved intervju (Johannessen et al., 2016). For at forskningsprosjektet skal fremstå som troverdig, er det derfor viktig med en kritisk refleksjon rundt forskningsprosjektets kvalitet, med tanke på både forskningsetikk og metodologiske kriterier.

3.5.1 Etiske overveielser

Ifølge personopplysningsloven fra år 2000 er prosjekter som omfatter opplysninger som er helt eller delvis lagret meldepliktige (Johannessen et al., 2016). Ettersom planen var å ta opp alle mine intervju på lydbånd og ha dem lagret elektronisk mens jeg jobbet med forskningsprosjektet, var prosjektet dermed meldepliktig. Jeg meldte prosjektet mitt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) før jeg kunne begynne selve datainnsamlingen. Jeg utformet intervjuguide (vedlegg 1) og informasjonsskriv (vedlegg 2) jeg ville sende ut til aktuelle informanter, og la ved dette da jeg sendte inn meldeskjema til NSD. Prosjektet ble godkjent og har saksnummer: 57472 (vedlegg 4).

Forskning må underordne seg noen etiske retningslinjer. Disse er utarbeidet av den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnskunnskap, jus og humaniora (NESH) (Johannessen et al., 2016). Det er særlig tre hensyn en som forsker må tenke over i forskning innen samfunnsvitenskap og humaniora. Dette er 1) informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi, 2) forskerens plikt til å respektere informantenes privatliv og 3) forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2016). Informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi innebar at jeg som forsker hadde informert samtykke fra alle informantene, og at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst (Johannessen et al., 2016; Befring, 2015). Dette sikret jeg gjennom å sende ut et informasjonsskriv til informantene ved forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet mitt, slik at de helt fra starten av skulle vite

hva deltakelse ville innebære. Denne ble også gjennomgått innledende i alle intervjuene. Jeg fikk også signert samtykkeerklæring fra alle informantene (vedlegg 3).

Å respektere informantenes privatliv innebar å ivareta deres anonymitet og at de innsamlede dataene ble behandlet konfidensielt. Malterud (2003) peker på at forskeren skal sørge for at informantene skal føle seg trygge på at anonymiteten blir ivaretatt, og at det ikke er risiko for at de kan bli gjenkjent i oppgaven. Befring (2015) fremhever viktigheten av å behandle lagret forskningsdata etter de fastlagte reglene og kravene som eksisterer for å verne om informantens personlige integritet. I mitt forskningsprosjekt var det bare jeg som hadde tilgang til lydopptakene og de transkriberte intervjuene, og de ble slettet så snart prosjektet var ferdigstilt. Hverken lydfilene eller de transkriberte intervjuene eksisterer etter fullendt oppgave. Jeg lot være å transkribere på dialekt for å ivareta anonymiteten til informantene. Normalisering av dialekt kan fungere som anonymisering (Tjora, 2010). Videre i oppgaven omtaler jeg informantene som informant 1, 2, 3 og 4.

Det tredje hensynet innebar å vurdere hvilken belastning deltakelse i forskningsprosjektet muligens ville påføre informanten. Det innebar om temaene det ble stilt spørsmål om muligens berørte følsomme og sårbare områder (Johannessen et al., 2016). Dette er noe jeg foretok en vurdering med hensyn til. Temaene i forskningsprosjektet mitt berørte ikke spesielt personlige og sårbare områder. Fokuset var på hvordan logopeder beskriver at de arbeider med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien. Spørsmålene i intervjuguiden var åpne, og jeg var ute etter logopeders beskrivelser av dette. Jeg henviser til tilbakemeldingen fra NSD om at prosjektet er vurdert til å ha lav personvernulempe (se vedlegg 4). Hensynene jeg tok med tanke på ansvar for å unngå skade var at jeg beskyttet informantenes integritet ved å ha informert samtykke og ved å anonymisere de som deltar i prosjektet.

3.5.2 Metodologiske kriterier

For å sikre kvalitet i oppgaven, er det viktig å reflektere rundt noen metodologiske kriterier. Slike kriterier kan være spørsmål om validitet og reliabilitet, som sier noe om gyldigheten og troverdigheten i forskningsprosjektet. I kvalitative studier bruker en begrepene *pålitelighet*, *troverdighet*, *overførbarhet* og *overensstemmelse* som mål på kvalitet (Johannessen et al., 2016).

Pålitelighet i prosjektet handler om i hvilken grad det er gjennomført på en pålitelig og grundig måte. Det vil blant annet komme an på hvordan datainnsamlingen har foregått. Dataene som samles inn vil være kontekstavhengige, og det vil ikke være mulig for en annen forsker å reprodusere den samme forskningen (Johannessen et al., 2016). Både lydopptakene og den transkriberte teksten er en indirekte representasjon av intervjusituasjonen, som betyr at vesentlige aspekter av virkeligheten går tapt (Malterud, 2003). Dette var det viktig for meg som forsker å være klar over. De transkriberte intervjuene må ikke forveksles med den faktiske virkeligheten, og i oversettelsen til tekstformat går deler av mening tapt, for eksempel kroppslige uttrykk og stemmeleie som kanskje fremhevet et poeng under intervjuet (Malterud, 2003). Et annet aspekt er at det er forskeren selv som er hovedinstrumentet i kvalitativ forskning (Befring, 2015). I kvalitativ analyse vil det skje en eller annen form for teksttolkning, selv om forskeren innenfor den fenomenologiske tradisjonen søker å møte dataene med et så åpent sinn som mulig (Malterud, 2003). Jeg har prøvd å sørge for pålitelighet i oppgaven min ved at jeg utfyllende har beskrevet hvordan forskningsprosjektet ble gjennomført, hvilke valg som ble gjort med tanke på metode og begrunnelse om hvorfor. Etersom jeg som forsker var det viktigste instrumentet i forskningen ble planlegging av prosjektet, innhenting av data og analyse påvirket av meg og den bakgrunnskunnskapen jeg hadde. Derfor har jeg forsøkt å styrke påliteligheten ved å gjøre rede for min forforståelse, og ved å være kritisk gjennom hele oppgaven til hvordan den påvirker de konklusjonene jeg har trukket. Jeg har også forsøkt å klargjøre hva som er informantenes utsagn og hva som er min presentasjon og mulig tolkning av disse, slik at leseren skal være klar over hvordan dataene ble forstått.

Troverdighet, eller indre validitet, handler om i hvilken grad fremgangsmåten forskeren har valgt å benytte seg av, og om funnene som kommer frem på en riktig måte reflekterer det som er formålet med studien og at det også representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2016). For å sikre validitet i oppgaven var det viktig at jeg redegjorde for min forforståelse, og i analysen av datamaterialet beskrev hvorfor jeg trakk de konklusjonene jeg gjorde. På den måten kunne det komme klart frem hva som var informantenes utsagn og hva som var mine tolkninger. En annen måte å sikre troverdighet på er gjennom å dobbeltsjekke med en annen forsker, at han eller hun kan bekrefte at de har den samme tolkningen som forskeren selv (Postholm, 2010). Jeg gjorde dette i min oppgave ved at jeg beskrev forforståelsen min og ved at jeg har vært tydelig i analysen på hva som er informantenes utsagn og hva som er mine tolkninger. Jeg har diskutert med veileder om vi hadde samme tolkning av sentrale temaer i

datamaterialet, og det hadde vi. I analysedelen har jeg presentert og kommentert direkte sitater som informantene har kommet med.

Overførbarhet dreier seg om i hvilken grad funnene kan overføres til andre situasjoner. Kunnskapen som produseres i den kvalitative studien er knyttet til en bestemt kontekst, men kan likevel være nyttig og overføres til andre, liknende situasjoner (Postholm, 2010). Målet er at leseren skal kunne kjenne seg igjen i beskrivelser og funn i teksten, og at det skal være overførbart og nyttig for deres egen situasjon (Postholm, 2010). Jeg har i mitt forskningsprosjekt intervjuet fire logopeder og spørsmålet blir da om dette er tilstrekkelig for å kunne gjøre noen generaliseringer. I min oppgave har ikke det vært målet. Målet har vært å trekke frem hva som er noen logopeders beskrivelse av sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien. Gjennom fyldige beskrivelser var målet å kunne bidra med noen refleksjoner som kan være nyttige både for meg selv, og for andre logopeder.

Overensstemmelse med andre liknende undersøkelser er et mål på objektivitet. Målet er at funnene som blir presentert er et resultat av forskningen og ikke av forskerens subjektive holdninger (Johannessen et al., 2016). Jeg har forsøkt å sikre objektivitet gjennom hele oppgaven ved å beskrive utfyllende om alle beslutninger som er tatt i arbeidet med datainnsamling og analyse i ettertid. Jeg har også forsøkt å være kritisk til egne funn, og anerkjenne den betydning og påvirkning min forforståelse kan ha hatt for oppgaven.

3.5.3 Studiens begrensninger

Jeg hadde som inklusjonskriterie at alle mine informanter skulle ha minst 10 års erfaring. Alle har nærmere 20 års erfaring. Dette kan være en styrke for oppgaven ettersom de har lang og variert erfaring, og deres rutiner for kvalitetssikring av egen yrkespraksis er godt innarbeidet. Et aspekt som må påpekes her er at det er relativt lenge siden disse logopedene har tatt sin utdanning. Utdannelsesløpet til logopeder har endret seg over tid (McCurtin & Clifford, 2015). Så hva nyutdannede logopeder lærer om evaluering og kvalitetssikring vil kunne være annerledes enn det mine informanter har fra sin utdanning. Det vil da være mulig å anta at det eksisterer forskjeller i hvordan en nyutdanna logoped jobber med dette kontra en logoped som har jobbet i flere år.

Målet i min oppgave var å gå i dybden med noen få informanter. Det er altså viktigere at de informantene jeg hadde var relevante for undersøkelsen, enn at jeg hadde mange.

Forutsetningen for dette er at informantene gir fylldig informasjon med tanke på det fenomenet som skal studeres (Johannessen et al., 2016). Mine informanter hadde lang erfaring, og står for den logopediske yrkesvirksomheten som dekker relativt store områder.

Med tanke på representativitet i utvalget er dette noe som må diskuteres. En styrke med dette utvalget er at det er allsidig, og inkluderer logopeder fra ulike deler av afasirehabiliteringsprosessen og representerer den oppfølging mange med afasi får. En svakhet kan være at med bare én sykehuslogoped eller én privatpraktiserende logoped, ga ikke dette grunnlag for å kunne generalisere eller trekke konklusjoner som kan gjelde for alle logopeder. Målet var heller ikke å kunne generalisere, men å få innsikt i noen logopeders beskrivelser av sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien. Det var bare beskrivelsene av erfaringene til mine informanter jeg kunne si noe om. Ønsket var å kunne bidra med noen refleksjoner som kan være nyttige også for andre logopeder og å bygge opp kunnskapsbasen omkring erfaringer fra afasifeltet.

Dalen (2011) skriver om at studenter ofte ikke har tilstrekkelig innsikt og kompetanse til å velge ut informanter som får frem viktige nyanser og variasjoner ved fenomenet en skal studere. Det er rimelig å anta at jeg med min begrensede teoretiske og praktiske innsikt, samt lille utvalg ikke har klart å dekke alle settinger hvor logopeder som møter personer med afasi jobber. Det var heller ikke dette som var målet med oppgaven min. Målet var å få frem noen logopeders beskrivelser av hvordan de beskriver sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afasilogopedien, og å gi fylldige beskrivelser av konkrete tilfeller som andre kan kjenne seg igjen i med tanke på de problemstillingene en selv og andre står overfor.

En annen begrensning jeg fikk erfare da vi gjennomførte intervjuene var at jeg ikke startet rett på intervjuet. Å prate litt om løst og fast i starten kan bidra til å skape en trygg atmosfære (Johannessen et al., 2016). Noen av informantene begynte å prate om det som var temaet for intervjuet før vi hadde startet og før båndopptakeren ble slått på. I noen tilfeller kom logopeden med noen refleksjoner jeg ikke fikk med på lydbåndet, og som jeg heller ikke hadde mulighet til å bruke i oppgaven. Dette var jeg bevisst på i de neste intervjuene og startet selve intervjuet så snart som mulig etter å ha pratet litt og gått gjennom informasjonskrivet. På den måten kunne jeg unngå å gå glipp av gode og viktige refleksjoner informantene kom med.

4.0 Presentasjon av funn

I mitt forskningsprosjekt har målet vært å bidra med noen refleksjoner rundt hvilke beskrivelser et utvalg logopeder har av hvordan de arbeider med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien. Hva er av betydning når de skal kvalitetssikre tilbudet en person med afasi mottar? Jeg ønsket å fordype meg litt i hvordan logopeder tenker rundt dette, ettersom jeg selv straks er ferdig utdannet og skal helt fersk ut i arbeidslivet og møte egne klienter. Datamaterialet mitt består av fire intervjuer med logopeder som har jobbet nærmere 20 år med utøvende logopedi. Ved analyse av datamaterialet kom jeg frem til disse kategoriene: “Det hjelper å ha noen år på baken”, “Å ha noen å tenke høyt sammen med”, “Så er det jo viktig at vi jobber tverrfaglig”, logopedisk fagmiljø i nærområdet, involvering av personen med afasi og “Det er et litt komplekst bilde”. I dette kapittelet blir funnene presentert i form av informantenes beskrivelser.

4.1 “Det hjelper å ha noen år på baken”

Det er ingen tvil om at erfaring er viktig i arbeidet med afasi. Alle mine fire informanter trakk ved flere anledninger frem erfaring som en viktig faktor i den logopediske yrkesutøvelsen i afasirehabiliteringen. Erfaringsgrunnlaget de beskrev at de brukte var opparbeidet gjennom å jobbe som logoped i flere år. Ved spørsmål om tanker rundt hva en støtter seg til i avgjørelser ble erfaring trukket frem som viktig, men at den tilegnede kunnskapen selvfølgelig også var av stor betydning. En logoped beskrev det slik:

Jeg tror at erfaring er det det går på. (...) Jeg tror det er veldig viktig å ha kunnskap, men jeg tror at det er å utøve den kunnskapen som gjør at vi virkelig kan benytte oss av det vi kan, da, av alt det som vi har lært. Så derfor tror jeg at erfaringsbasert, det blir viktig. Men ikke alene, det må gå hånd i hånd, altså en må ha noe kunnskap for å kunne jobbe med det, og så kan man jo justere seg litt etter kunnskapen, men man kan ikke bare ha kunnskap og tro at man bare kan jobbe med folk (Informant 1).

Det ble også lagt vekt på den betydningen erfaring hadde med tanke på vurdering av klienter i ulike tilfeller, og at erfaring bidro som en trygghet i det en driver med:

Erfaringen er jo viktig å ha. Det er jo den som, på en måte, forteller meg litt om hvor store problemer de har. (...) Det hjelper å ha noen år på baken. (...) ...egen erfaring

gjør jo at du blir tryggere på at det du gjør er greit nok. Jeg er mye tryggere nå på at jeg gjør det som skal gjøres, sånn sett, så den erfaringen hjelper veldig på, det gjør den (Informant 2).

En informant trakk også frem hvordan erfaring var en faktor i egen kompetanseutvikling. Nye erfaringer ble lagt til det grunnlaget som finnes allerede, og kompetansen videreutvikles:

Det er klart det at du bygger på de tingene som du har gjort før, som du føler har hatt effekt. Så det blir jo det som du har prøvd ut i årenes løp og de tingene du føler har fungert greit, de bygger du videre på (Informant 3).

Ved spørsmål om EBP sa samme logoped:

Det er klart, jeg er nok ikke sånn at jeg leter så mye etter dokumentasjon på ting som har fungert. Det går nok mer på erfaring. Men det er klart du får jo inn teorier, du hører jo om nye ting som fungerer, så. Men det er nok ikke sånn at jeg oppsøker så mye, og leter etter ting som fungerer for det, det går nok mest på erfaring (Informant 3).

Det varierte i hvilken grad logopedene oppsøkte kilder for å få innsikt i dokumentasjon på ting som har fungert. Dette hadde muligens med hvor mye erfaring logopedene hadde fra før. Logopeden trakk her frem at det er erfaring vurderinger og avgjørelser i stor grad blir basert på.

Manglende erfaring kan bidra til en usikkerhet i møte med personer med afasi. En av logopedene trakk frem betydningen av erfaring og sa også noe om hvordan denne erfaringen ble tilegnet. Ved spørsmål om hvilken betydning tidligere erfaring hadde i vurdering og utforming av tiltak svarte informant 4:

Det [erfaring] har jo egentlig alt.. De første årene jeg jobbet så gikk jeg jo rundt og sa “jeg tror jeg har ståpels” hele tiden, eller “håret mitt står rett opp bak i nakken her.” For hver gang jeg traff på en eller annen, både unger og voksne i det hele tatt, så kjente jeg “åh, hva var det jeg lærte om dette her?” Inn å lese om hva vi hadde i forelesningene, og prøve å finne ut, kjøpte mye hefter (...). Kjøpte inn og hadde klar.

Men nå tror jeg at jeg har mesteparten av det jeg trenger, på en måte, så nå er det mer sann at jeg tar med noe av det jeg har brukt. Så det, nå tror jeg nok gjerne at “jeg skal nok få ting til.” Før var det litt mer på det der, “Gud, hvor skal jeg begynne?” “Hva kan jeg gjøre?” (Informant 4).

4.2 “Å ha noen å tenke høyt sammen med”

Alle informantene trakk frem kollegaveiledning som en viktig og ofte nødvendig del av å tilegne seg kunnskap i tilfeller der det var utfordrende å vite hva en skulle gjøre. Ikke som noe organisert nødvendigvis, men at det var nyttig å ha en kollega i nabokontoret, eller rett i nærheten som en kunne spørre eller ringe til dersom en stod litt fast. Dette både med tanke på tips og råd hvis en følte at en stod litt fast, men også en måte å kvalitetssikre på ved å “dobbeltsjekke” med en annen logoped, hvordan den ville vurdert et tilfelle. En av logopedene sa det så fint:

(...) av og til, det er at vi har brukt hverandre som “second opinion”. Hvor jeg rett og slett har tatt noen av kollegaen min sine pasienter og hatt de et par ganger bare for å se, altså hvordan vurderer jeg det og hva ville jeg gjort? Og så har kollegaen min tatt et par av mine, for å se. Og den “second opinion,” den har jeg opplevd god (Informant 1).

Å ha kollegaer som er rett i nærheten, og som terskelen ikke er så høy for å diskutere tilfeller med andre og spørre om tips, råd eller innspill ble trukket frem som veldig nyttig:

Det er klart at det med kollegaveiledning er veldig viktig, og som vi bruker hverandre mye til. Jeg bare spør hvis jeg er usikker på noe, og kollegaen min spør meg hvis det er noe. Og det med å sitte og tenke høyt sammen, den biten er noe som vi setter veldig pris på og som er viktig for å kunne gjøre et godt arbeid, men ikke minst er det jo utrolig faglig stimulerende å ha noen å tenke høyt sammen med. Det skal litt mer til før du tar en telefon til noen. Å ha noen der, da kan du spør om sanne småting (Informant 2).

Samme logoped beskrev også betydningen av å ha erfarne logopeder å støtte seg på i overgangen til yrkeslivet. Det var nyttig i tilfeller som opplevdes utfordrende og det var

vanskelig å vurdere hva som var hensiktsmessig å gjøre. Informant 2 trakk frem nyttigheten av det å kunne høre med noen om den vurderingen en har gjort og om de tiltak en har satt i gang vurderes på samme måte av en annen logoped. Logopeden beskrev det slik:

Da jeg begynte å jobbe som logoped så var jeg forferdelig usikker på om det var nok det jeg gjorde. Og da var jeg alene og hadde ingen å spørre. Men da kunne jeg ringe (...) sånn at til å begynne med, så var det veldig viktig at jeg hadde kollegaveiledning, og en erfaren kollega jeg kunne henvende meg til og spørre. Jeg ringte også og spurte der jeg hadde afasipraksis. (...) Etterhvert (...) så får du et nettverk av andre kollegaer som du bruker. (...) Det er nyttig å ha en annen kollega, for da ser vi at vi bruker oss selv som det redskapet vi er som person. Klart, en annen person kan bruke seg selv på en annen måte, og da er det veldig nyttig å kunne observere hverandre og være med hverandre. (...) Den er utrolig viktig. Hvis du skal sitte rundt i kommunen å jobbe alene med ting. Det betyr en del [den kollegiale kontakten] (Informant 2).

Konsultasjon med andre logopeder i nærheten ble beskrevet som nyttig å kunne gjøre:

Vi er jo flere innad her, så vi kan jo snakkes litt innad. Og det blir jo sånn at, så kommer h*n litt til meg på veiledning, så meg og h*n snakkes en del om de sakene vi har. Sånn som vi har det nå så blir det samtale litt sånn innad her på kontoret. At vi spør hverandre til råds (Informant 3).

Dersom det ikke var noen i umiddelbar nærhet, trakk en av logopedene frem at det kunne jo være en mulighet å ta en telefon til noen, eller sende en mail. Logopeden sa:

Det er ikke mange å ringe og spørre. Men det er jo noen, det er jo det. (...) Det er egentlig ikke mange som jobber bare med afasi. (...) Jeg tror ikke det hadde vært vanskelig og gjort det [ringe og spørre] hvis du satt i den situasjonen og tenkte “fillern, hva skal jeg gjøre?” Så tar jo folk telefonen og de er hjelpsomme. (...) Det er jo også et nettverk, å bruke mail eller andre medier (Informant 4).

4.3 “Så er det jo viktig at vi jobber tverrfaglig”

Å samarbeide med andre yrkesgrupper var også noe alle informantene mine nevnte i løpet av intervjuet. Afasi er en vanske som følge av hjerneslag, hjerneblødning eller en traumatisk hodeskade, men det kan også være andre vansker som følge av det som har skjedd. Det er derfor ofte flere instanser involvert i rehabilitering av slagpasienter. Den kunnskapen de forskjellige yrkesgruppene sitter med kan være til nytte for andre, og bidra til å heve kvaliteten på rehabiliteringen en person med afasi får. På den måten kan den enkelte få et så helhetlig tilbud som mulig. Alle informantene nevnte ergoterapeuter som en yrkesgruppe de hadde mye samarbeid med.

Ja, jeg er så vanvittig heldig at jeg har et stort faglig nettverk. (...) Så har jeg nevropsykologer som jeg kjenner godt, jeg har ergoterapeuter som jeg kjenner godt, jeg har andre logopeder som jeg kjenner godt. (...) Og så har jeg alltid synes det har vært spennende med ulike tilnærminger (Informant 1).

Samarbeid med ergoterapeuter var nyttig, ettersom både de og logopeder er involvert i rehabiliteringen av slagpasienter.

...jeg har veldig mye samarbeid med ergoterapeutene. (...) ...veldig nyttig å jobbe sammen med andre, og snakke med de. Og andre veien, de kan komme til meg hvis det er noe de lurer på. (...) Så er det jo viktig at vi jobber tverrfaglig (Informant 2).

Når nye afasiklienter kommer inn eller blir henvist, beskrev den ene logopeden overgangen og hva som danner grunnlaget for valg av videre rehabilitering. Det er flere som står rundt hver enkelt person med afasi og mange er involvert i rehabiliteringen. Dersom en person med afasi bor på et sykehjem eller får oppfølging noen måte, vil det da være personer som kjenner vedkommende og vet hvordan språket til personen er i det daglige. De kan derfor være en ressurs med tanke på å gi logopedene utfyllende informasjon om klienten. I utformingen av tiltak og plan for videre oppfølging sa logopeden:

Det blir jo både resultatene av den testen, samtale med, spesielt de på sykehjemmet, jeg får folk derfra. Så får jeg kanskje noen medisinske opplysninger som de har, og litt i forhold til det som de opplever i hverdagen. Og på sykehjemmet er det også ei som

er ergoterapeut som jeg har en del samarbeid med. Og snakker som regel med henne og hva hun har opplevd hvis hun har møtt dem. De er ganske med i det daglige, da. De som er ergoterapeuter. (...) De fleste som jeg har er jo innom sykehjemmet, og da prøver jeg å bruke personalet der aktivt (Informant 3).

Og dersom det var snakk om at personen med afasi skulle få alternativ eller supplerende kommunikasjonsverktøy, så sa samme logoped:

...hvis du tenker å sette igang med noe talemaskin, er det andre som viderefører det. Sånn som på sykehjemmet så har jeg hvertfall kontakt med hun ergoterapeuten, så det er jo de som kanskje søker om disse maskinene og kan videreføre det (Informant 3).

Logopeden er ofte ikke den personen som bruker mest tid med personen med afasi. Den daglige samtalen er viktig for at de skal få en bedring i språkfunksjonen sin, og den daglige samtalen er det ofte andre enn logopeden som står for. Når det er snakk om å eventuelt avslutte et logopedtilbud, er det disse som står igjen rundt og har ansvaret for oppfølging av den daglige samtalen. En av logopedene sa da:

[ved snakk om å avslutte et logopedtilbud] Og da hender det rett som det er at jeg har prøvd å fått andre, fått hjemmesykepleien hos en mann til å ta ansvar for litt mer samtale, at vi fikk et møte der. Det er en fordel med å jobbe kommunalt og ha ansvar for dette, for da kan jeg få mer samarbeid med dem som er i kommunen. (...) Litt sånne ting, prøver gjerne å tenke “er det noe som betjeningen eller personalet kan overta og gjøre.” Ergoterapeutene er jo veldig fine der. De har gjerne, hvis de har litt god tid, så kan de komme. Ikke minst det med å få dem til å forstå hvor viktig det er å snakke, bruke språket og være med andre (Informant 4).

Med tanke på det informant 4 sa om at det viktigste er å bruke språket i det daglige og å være med andre, kan dette for noen være en utfordring. Det kan være at enkelte personer med afasi ikke har familie eller andre rundt dem som kan sørge for at de får brukt språket i det daglige. For disse kan et avsluttet logopedtilbud bety at de mister en viktig samtalepartner i det daglige. Informant 4 sa det slik:

...jeg tror jeg brukte to måneder nesten på at de aksepterte at jeg måtte slutte å komme, for jeg var jo bare selskap for dem. (...) ...og når hun kom seg så mye at jeg ikke trengte å være der mer, så ble jeg sånn, “er det ikke noen som kan besøke henne?” Og joda , det var det. Litt sånne ting, prøver gjerne å tenke “er det noe som betjeningen eller personalet kan overta og gjøre” (Informant 4).

Dersom noen ikke har en person som kan være samtalepartner i det daglige, trakk informant 1 frem at personen med afasi kunne få en støttekontakt:

Ja, jeg formidler det videre til hjelpeapparatet. Altså, de har veldig ofte da, hvis de er så svake, så har de ofte hjemmesykepleie eller noe sånt som går hjem til de. Og jeg har kontakt med hjemmetjenesten hvor jeg da formidler til de at dette logopedtilbudet kommer til å avsluttes, og at de har behov for noen å snakke med. (...) ...få igang en støttekontakt for å lage et system rundt de. Så det opplever jeg som min jobb, det er å gi videre informasjon til de andre.

Andre yrkesgrupper er involvert i rehabiliteringsforløpet til personer med afasi og det er nyttig å ha et samarbeid med disse. Dette var noe alle informantene fokuserte på. De forskjellige yrkesgruppene sitter med forskjellige kunnskaper om slagrehabilitering og afasi, og kan derfor hjelpe og støtte hverandre i møte med den enkelte person med afasi.

Ergoterapeuter er involvert i tilretteleggelsen av det daglige og det er de som kan søke om hjelpemidler som kan være praktiske i hverdagen. Med tanke på afasi kan hjelpemidler være alternativ og supplerende kommunikasjonsverktøy som gjøre kommunikasjonen deres i det daglige lettere. Noen personer med afasi vil også kunne ha behov for en ordning der de får videre oppfølging med tanke på å bruke språket i det daglige.

4.4 Logopedisk fagmiljø i nærområdet

Noen annet som også alle informantene beskrev var betydningen av et logopedisk fagmiljø i nærområdet. Dette gjennom organisering fra logopedlaget og samlinger på kurs og annet. Men i hvilken grad logopedene som har vært mine informanter deltok i det faglige nettverket varierte. En av logopedene sa:

... de prøvde å ha et nettverk seg imellom. Da samla de folk både på PPT og de på sykehuset, altså de logopedene som var i området. Men det var så vanskelig å finne liksom noen felles problemstillinger at det liksom rant litt vekk av seg selv, for folk prioriterte det ikke. Så har du jo [det lokale] logopedlaget. Men jeg er ikke flink nok til å.. Jeg har spandert så mye tid og krefter i jobben at jeg har ikke hatt liksom så mye tid igjen etterpå. Da ble det privatlivet mitt som kom i fokus. Så jeg har ikke vært flink nok. Eller, det har bare ikke blitt (Informant 1).

En annen av logopedene hadde i større grad deltatt på kurs og tilbud som har vært tilgjengelige. Logopeden trakk frem hvordan slike arenaer er godt tilrettelagt for å opparbeide seg et faglig nettverk det er mulig å benytte seg av når en trenger råd og veiledning. Og også at slike møter er “faglig inspirerende”:

Jeg er med på de afasidagene som er hvert år. Og det syns jeg er veldig nyttig for da får jeg ofte snakket med andre logopeder, ikke minst får jeg et nettverk av andre kollegaer. (...) Vi har jo disse faggruppene her [i området]. Og det har vært veldig nyttig. For da er det sånn at de har organisert det via logopedlaget at [et område] har vært en gruppe, og [et område] har vært en gruppe som jevnlig har hatt møter der de treffes, og da kan de diskutere og har kollegaveiledning på den måten. (...) Så det nettverket er alltid nyttig å ha. Det er faglig inspirerende. (...) Hvis du skal sitte rundt i kommunen og jobbe alene med ting. Det betyr en del [det faglige nettverket] (Informant 2).

Flere trakk frem nettverket av logopeder som jobber med afasi, som er organisert gjennom logopedlaget. Her diskuteres ulike saker og kasus, men at afasi ikke er det området som er mest berørt:

Når det gjelder afatikere så har vi jo disse nettverkene som vi snakket om [nettverk av logopeder i samme område organisert gjennom logopedlaget], der vi treffer andre logopeder i distriktet en gang i måneden. Og da er vi jo åpne for å ta opp saker og kasus. Det er ikke alle der som arbeider med voksne, så afasi har ikke vært det området som vi har berørt mest i de foraene der (Informant 3).

En av logopedene trakk frem nettverkene, men pekte på at det mangler en nettverksgruppe for afasi. Afasidagene ble også nevnt av denne informanten, som også er blitt nevnt tidligere:

...vi har jo alltid nettverksgrupper. (...) Ja, vi har ganske gode nettverk. Vi har ikke eget nettverk for afasi. Men vi har for andre ting i vårt distrikt. (...) Så har vi jo i logopedlaget hvertfall muligheten til å delta på, annenhvert år på landsmøte. Det pleier alltid være noe som gjerne går på afasi der også, og så er det afasidagene (Informant 4).

Logopedene har i varierende grad engasjert seg i de nettverkene som finnes tilgjengelig i nærområdet, men alle beskrev det som et nyttig tilbud og en viktig del av å kunne kvalitetssikre egen yrkespraksis. Jeg fikk inntrykk av at det var et ganske spinkelt nettverk av logopeder som jobbet med afasi og hadde mye erfaring innen dette vanskeområdet i det aktuelle området jeg gjennomførte mine intervju. Ved å ha et stort faglig nettverk av logopeder med bred og variert erfaring med å jobbe med afasi, kan dette være til hjelp for den enkelte. En har da mulighet til å oppsøke andre for veiledning, og mulighetene for å kunne kvalitetssikre egen yrkespraksis vil da være utvidet. Ved å delta på kurs og konferanser utvides den teoretiske kunnskapen logopedene har, som kan bidra til at logopedene har bredere belegg for å sine vurderinger. Det handler også om å stadig oppdatere seg på det afasifeltet innen logopedien tilegner seg, og ha kjennskap til de metoder og intervensjoner som har vist seg å ha effekt. At logopeder deltar og engasjerer seg i slike forum vil være et kvalitetsstempel på deres yrkesutøvelse.

4.5 Involvering av personen med afasi

For å kunne bedre språkfunksjonen hos en med afasi, forutsetter det aktiv deltakelse fra personen selv. Å involvere personen i eget rehabiliteringsforløp var derfor noe alle informantene trakk frem som nødvendig. Det ble trukket frem hvordan språkvansken påvirker livet til den som er rammet og at det er de med afasi som selv må gi beskjed om hvilke funksjoner som er mest "savnet", og som det ønskes prioritere først:

Og så spør jeg alltid: "Hva er det du synes er vanskelig?" (...) Jeg tar utgangspunkt i hva de opplever av vansken. Hva de ønsker å jobbe mest med. (...) Jeg må vite hva som faktisk er greit for de, eller om det er noe annet de sliter med. I den prosessen så

kan vi nok kanskje komme frem til sammen at det er andre ting vi også må jobbe med. Eller ihvertfall de må gripe fatt i det for det har betydning for hvordan de får til det de vil jobbe med. (...) Det blir veldig viktig for meg å høre med pasienten selv. (...) ...å jobbe ut ifra hva de selv føler er en problemstilling, hva de veldig gjerne har lyst å få tilbake av en ferdighet (Informant 1).

Omfanget av vanskene kan også være omfattende og det blir uoverkommelig å prøve å ta tak i alt samtidig. Derfor poengterte logopedene at det er nødvendig å forhøre seg med personen selv hva vedkommende ønsker å prioritere, hvilken egenskap som er mest savnet og som ønsket er å jobbe mest med på det aktuelle tidspunktet. Logopedene trakk dette frem som en faktor som skulle være veiledende for valg av videre intervensjon.

En av logopedene trakk frem hvordan det å oppleve den dramatiske forandringen det kan være å få slag og afasi. Ved spørsmål om logopedene kunne si noe om involvering av personen med afasi svarte vedkommende:

Ja, både utforming og evaluering. (...) For de som har fått det [afasi] så er det jo ganske dramatisk å oppleve noe sånt. Så derfor bruker vi mye tid, når jeg merker at det kan være nyttig å snakke om det. Fordi folk har behov for å sette ord på de opplevelsene og tankene de har rundt det å få den typen problemer og oppleve det. (...) Da er det jo en del av prosessen å la dem, på en måte, sette ord på det de har opplevd, hva de tenker i en sånn situasjon, men også å kunne få dem til å se at "ja, men igår klarte du det og idag klarer du dette. Du har blitt bedre, det går rett vei, det går fremover, det hjelper å trene." Sånn at det er ingen grunn til å legge inn årene ennå (Informant 2).

Å motivere personen med afasi underveis i rehabiliteringen er viktig. Samme logoped sa også noe om involvering av personen med afasi når det gjelder tiltak og kvalitetssikring av disse:

Så er det kanskje noe med å avtale på forhånd, at nå skal vi begynne å trene på dette, og at vi da setter av så og så lang tid. Og når det er gått den tiden så skal vi stoppe opp og snakke sammen for å vurdere og evaluere (Informant 2).

Ved involvering av personen med afasi i utforming og evaluering av tiltak ble det sagt at i noen tilfeller vil det variere i hvilken grad personen med afasi er istand til å kunne vurdere og uttrykke hva som er ønsket at det jobbes mest med:

Det kommer jo litt an på hvilket område som er skadet, holdt jeg på å si. Det er klart, hvis det er mye ekspressive vansker så kan de jo ikke uttrykke så mye selv. Men hvis de har, hvis det er mer at de klarer å si noe selv om de føler det fungerer, om det er lettere, går bedre, lettere for dem å finne ord og sånn. Så det er klart det bli en dialog med pasienten selv, da. Hvis de kan bli med på det (Informant 3).

Dette med å involvere ikke bare personen med afasi, men også andre pårørende nevnte den ene logopedene som viktig. Dette ettersom de er rundt dem i det daglige og kan være med på å oppmuntre til den daglige treningen som er viktig for å kunne forbedre språkfunksjonen:

Jeg prøver å treffe dem sammen med pårørende i første omgang, eller noen som er med dem. For å snakke litt om hva det er som har skjedd med dem, hva afasi er... (...) Og så blir vi litt enige om hva det er familien og de syns er det de sliter med. (...) Jeg pleier ofte å bruke den der, den beste treningen er å snakke med folk. Det er jo ikke at jeg kommer der, det er jo at de bruker språket i det daglige. Så det er derfor det er viktig å få familien med, særlig i starten og underveis også (Informant 4).

4.6 “Det er et litt komplekst bilde”

Afasi er en vanske som påvirker store deler av livet til den som har fått det, men også de nærmeste som står rundt personen. Den rehabiliterende tilnærmingen må derfor dekke helhetsbildet av afasi som vanske. Dette var noe alle mine informanter trakk frem frem og kommenterte. En av logopedene sier:

Da støtter jeg meg til hva de mener er viktig for de å lære. Men jeg tar også litt oppgaver og tester for å finne ut av hvordan det står til på de andre områdene. Og det sier jeg for jeg må ha greie på hva jeg kan støtte meg til i resten av språket deres. (...) Hvis de sier at de vil jobbe aller mest med å få lese. Og da snakker vi litt om hvordan de har brukt lesingen tidligere, og hvis de sier at de leser aviser og sånt noe så jobber vi med det. Fordi de syns det er viktig. (...) Vi ser jo et menneske foran oss. Og dette

her etterhvert å lære seg hva språkvanskene egentlig betyr inn i hele menneskets liv. Hvilke områder hjemme folk får problemer på (Informant 1).

Målet med treningen er ofte å kunne hjelpe personen med afasi til å få tilbake de funksjonene som den selv vil. Språket er et grunnleggende kommunikasjonsmiddel som den rammede i mange tilfeller må jobbe med resten av livet for å få tilbake. På et tidspunkt er rehabiliteringen opp til den rammede selv og de rundt, ettersom det er ikke mer en som logoped kan gjøre. I fasen der et logopedtilbud eventuelt skal avsluttes er det flere problemstillinger en som logoped kan komme borti. Informant 2 sa:

Men da kan en jo tenke litt og diskutere “hva er det da som er målet med treningen? Er det snakk om vedlikeholdstrening? Er det snakk om den sosiale biten som kommer med treningen? Om, når logopeden kommer inn, om en skal bruke ressurser på det?” Og det er klart har jo med kapasitet å gjøre. Det er et litt komplekst bilde. (...) Samspillet innen familien som også blir en bit av rehabilitering. Så rehabilitering er ikke kun språk, det handler om kommunikasjon og det handler om samhandling mellom personene, da (Informant 2).

Det viktigste er jo at den som er rammet får en måte å kommunisere på, ut ifra sine evner:

...så tenker jeg at det med å få en kommunikasjon, få en måte å kommunisere på, det er jo det viktigste. (...) Men de fleste som jeg har er jo innom sykehjemmet og da prøver jeg å bruke personalet der aktivt. Sette navn på ting, ja, benevne hele tiden hva de gjør mens de gjør det. Sånn at de bruker det aktivt de som er rundt dem i det daglige. For det kan de ha vel så stor nytte av som å sitte en halvtime med direkte arbeid. Bruke dagligsituasjoner er veldig viktig (Informant 3).

Afasi som helhetlig vanske påvirker muligheten den rammede har til å kommunisere med andre rundt i hverdagen. Det påvirker deres mulighet til å gjøre seg forstått, og for andre å forstå den som er rammet. Men det påvirker også daglige aktiviteter som å se på tv, høre på radio og lese avisen eller andre ting. Å ta i bruk daglige situasjoner er derfor viktig i afasirehabilitering:

Jeg pleier ofte bruke den der, den beste treningen er å snakke med folk. For det er jo det. Det er jo ikke at jeg kommer der, det er jo at de bruker språket i det daglige. Så det er derfor det er viktig å få familien med, særlig i starten og underveis også (Informant 4).

5.0 Diskusjon av resultater

I denne delen vil jeg diskutere funnene fra analysen og drøfte disse opp mot teorien som er presentert. Jeg trekker frem det informantene sier om sin egen erfaring og hvordan denne har betydning for hvordan de jobber, og drøfter dette opp mot intensjoner i EBP. Videre drøftes betydningen av og det logopedene sier om sitt faglige nettverk og betydningen av dette. Til slutt sies det noe om hvordan logopedene beskriver at rehabiliteringen skal være helhetlig og inkludere personen med afasi, samt pårørende og andre omsorgspersoner.

5.1 Betydningen av klinisk ekspertise

Det er ingen tvil om at erfaring er av stor betydning og, som informantene beskriver, ofte avgjørende for hvordan en velger å få frem i ulike tilfeller. Som Levant (2005 gjengitt i Rønnestad, 2008) beskriver er erfaring et viktig element i det som kalles “klinisk ekspertise”. Hos mine informanter er erfaringen deres noe de har opparbeidet seg gjennom å jobbe som logoped i flere år. Den ene logopeden trekker frem at det ikke holder med erfaring alene, men at det må være en kombinasjon av erfaring og kunnskaper. Dette er i tråd med det som ligger i Klovning (2001, gjengitt i Haaland-Johansen, 2007) sin definisjon av EBP, at det handler om samvittighetsfull, punktlig og fornuftig bruk av beste tilgjengelige informasjon. Denne informasjonen det her er snakk om kan være flere ting. Det kan være litteratur, eller det kan være råd fra en mer erfaren kollega eller veileder. Å kunne ta dette i bruk på en “fornuftig” måte innebærer at en må kunne være istand til å gjøre en vurdering med tanke på hva som er fornuftig bruk. Det krever at logopeden har noen erfaringer å kunne vurdere ut ifra.

Som Levant (2005, gjengitt i Rønnestad, 2008) også beskriver så innebærer den kliniske ekspertisen en kontinuerlig tilegnelse av en ferdighet. Det er også dette flere av informantene sier når de beskriver hvilken betydning tidligere erfaring har i møte med nye klienter. En av informantene trekker frem hvordan nye erfaringer bygger på tidligere erfaringer. Gjennom årenes løp kan det opparbeides et erfaringsgrunnlag, og en kan bygge videre på det en føler har fungert. Dette kan ses på som en del av det med å tilegne seg en ferdighet gjennom hele yrkeslivet, og viser at erfaringen kan være en del den pågående kompetanseutviklingen. Gjennom å dele erfaringer med andre, kan både egen og andres erfaringer bidra til at egen og andres kompetanse og interpersonlige ekspertise videreutvikles.

Informant 2 beskriver hvordan erfaringen er med på å gi en trygghet i det en driver med. Også informant 4 trekker frem at erfaringen: “den har jo egentlig alt [å si]”. Som et element i Klovning (2001, gjengitt i Haaland-Johansen, 2007) sin definisjon på EBP er vurderingen av hver individuelle klient viktig. Med erfaringer i bunn blir denne vurderingen gjort på bakgrunn av tilegnede erfaringer og lært kunnskap, som en av informantene beskriver. Dette er i tråd med EBP ettersom det handler om å ta i bruk “beste tilgjengelige informasjon”, som da kan være egen erfaring opparbeidet og utviklet gjennom å jobbe flere år med utøvende logopedi. En av informantene beskriver at de oftere hører om ny kunnskap som er kommet på feltet fra andre logopeder heller enn at en aktivt oppsøker ny litteratur selv.

Tanken bak EBP er at det er daglig praksis som er blitt forklart og forsvart (Haaland-Johansen, 2007). Erfaringene mine informanter har vil antagelig i mer eller mindre grad være forklart og forsvart. Alt som finnes av logopedisk praksis som er forklart og forsvart vil i sin helhet i dag ikke kunne innebære retningslinjer for hvert enkelt tilfelle med afasi, ettersom det er så mange faktorer som påvirker og som gjør hvert enkelt tilfelle unikt. Det blir derfor stort sett vanskelig å finne EBP som stemmer fullstendig overens med vanskebildet til personen en som logoped har foran seg. Å kunne vurdere og skreddersy rehabiliteringen med tanke på alle elementene som påvirker krever at logopeden har erfaringer å støtte seg på. Alle mine informanter beskriver at de har mange års erfaring, men opplever fortsatt å komme til kort i tilfeller som dukker opp. Det er derfor en del av jobben deres å stadig oppsøke kollegaveiledning eller ny kunnskap fra andre kilder for å øke erfaringsgrunnlaget for å kunne gi et godt tilbud til den aktuelle klienten.

I tillegg til dette vil enhver bringe med seg selv som et element i yrkesutøvelsen, og bare ved å være det unike verktøyet en er kan en ha noe å bidra med som kan være til hjelp for andre. Levant (2005, gjengitt i Rønnestad, 2008) har inkludert begrepet “interpersonlig ekspertise” som en del av den kliniske ekspertisen, og innebærer det personlige en bringer med seg og som setter preg på egen yrkesutøvelse. Flere av informantene løfter dette frem og påpeker at kollegaveiledning trenger ikke nødvendigvis være med en mer erfaren kollega. Den en skal konsultere seg med kan ha vært borti noen med noe av de samme vanskene, og alle kan derfor ha noe å bidra med og tilføre hverandre.

5.2 Faglig nettverk

Alle informantene fokuserer på at det å ha et faglig nettverk rundt seg som en kan diskutere og konsultere med er av stor betydning. Dette både i form av kollegaer som er logopeder, andre faggrupper som logopeder samarbeider med og andre som en kjenner gjennom ulike nettverk. Å støtte seg på andres erfaringer er til stor hjelp og støtte i egen vurdering av utforming og igangsetting av tiltak. En av informantene trekker frem at det å kunne diskutere et tilfelle sammen med en kollega er viktig for å kunne gjøre et godt arbeid, og at det ikke minst er “utrolig faglig stimulerende å ha noen å tenke høyt sammen med.”

5.2.1 Konsultering med kollegaer

En måte å bruke dette som kvalitetssikring på er å bruke hverandre som “second opinion”, som den ene informanten beskriver. Det trenger ikke bare være i tilfeller hvor en står fast at en trenger å oppsøke noen for å få kollegaveiledning, det er også å kunne bruke det som en måte å kvalitetssikre på. Ved å få noen til å se over det en har gjort og få tilbakemelding på om en annen logoped ville gjort det samme måte. Kollegaveiledningen trenger ikke være å oppsøke noen med mer kunnskap og erfaringer, det kan også være å bare “ha noen å tenke høyt sammen med.” I de tilfellene vil alle parter kunne få mye ut av kollegaveiledningen og hverandres erfaringer. Schwellnus & Carnahan (2014) har satt seg inn og skrevet en oversiktsartikkel av artikler som handler om kollegaveiledning for profesjoner i helsevesenet. Der sier de at i kollegaveiledning har det vist seg at begge parter har positivt utbytte av det, og at det kan bidra til kompetanseutvikling (Schwellnus & Carnahan, 2014).

Informantene mine trekker frem at dette ikke er noe som blir organisert i noen form, men handler mer om eget behov for å drøfte tilfeller med kollegaer eller andre, og at dette gjøres på eget initiativ. Om dette sier Schwellnus & Carnahan (2014) at et kriterie for vellykket kollegaveiledning er at det er frivillig, preget av partnerskap, at begge har utbytte av det og at det ikke er evaluerende. De som er involvert i kollegaveiledningen må med andre ord være likeverdige, og en bør ikke være vurderende overfor hverandre. Bakgrunnen for å drøfte tilfeller med andre logopeder blir av informantene fremstilt som usikkerhet heller enn en bevisst form for kvalitetssikring av egen yrkespraksis. Men tanke på at rehabiliteringen av afasipasienter er helhetlig, er det ikke utenkelig at det også bringer med seg en del usikkerhet om hvordan man skal gjøre det i ulike tilfeller. Hva målene i rehabiliteringen skal være vil også være noe som blir drøftet og avgjort sammen med personen med afasi. Som Enderby &

John (1999) beskriver så vil logopedens interesser, ferdigheter og erfaringer påvirker hvilke tiltak som blir iverksatt, og dette vil igjen påvirke hvilket utbytte personen med afasi har av rehabiliteringen. Dette kan også gjøre at å vurdere tiltak for ulike pasienter, med visshet om at egne erfaringer og interesser vil påvirke, blir preget av usikkerhet på om en har gjort den beste vurderingen. Informantene beskriver at de oppsøker kollegaer og deres erfaringer i tilfeller der de er usikre på hvordan et tilfelle skal vurderes. Dette viser til en form for kvalitetssikring av yrkespraksisen når logopedene sørger for å gjøre noe med den usikkerheten de kan ha i møte med personer med afasi. I hvilken grad det er bevisst kvalitetssikring fra logopedenes side vil antagelig variere, men kollegaveiledning er uansett et kvalitetsstempel på yrkesutøvelsen. Schwellnus & Carnahan (2014) sier at med tanke på yrkesutøveres ansvar for å implementere ny kunnskap i egen yrkespraksis, så kan kollegaveiledning være en nyttig og effektiv måte å heve egen kompetanse.

5.2.2 Tverrfaglig samarbeid

Noe annet som også alle informantene trekker frem er samarbeidet med andre instanser og andre yrkesgrupper. For å sikre kvalitet i det tilbudet en person med afasi får, må det sikres at personen mottar et helhetlig tilbud. Dette vil innebære en tverrfaglig tilnærming der flere yrkesgrupper er involvert (Winstein et al., 2016). Et hjerneslag eller en hjerneblødning kan føre med seg andre vansker, som lammelser, synsfeltutfall, dysartri, apraksi eller andre kognitive vansker (Winstein et al., 2016). Dette gjør at personen kan trenge hjelp med tilrettelegging i det daglige fra andre hjelpeinstanser. Dette kan være helsepersonell eller ergoterapeuter. Alle informantene trekker frem ergoterapeuter som aktuelle samarbeidspartnere. Disse er ofte involvert med tanke på tilretteleggelse i det daglige. Andre yrkesgrupper blir også trukket frem med tanke på veiledning, som leger og nevropsykologer. Alle sitter med forskjellig kunnskap og forskjellig forståelse av afasi som vanske. Alle har også ulike tilnærminger til rehabiliteringen, og det kan derfor være nyttig å veilede og hjelpe hverandre.

Overgangen der afasipasienter blir henvist fra sykehuset til videre oppfølging i kommunen innebærer som regel et samarbeid mellom forskjellige yrkesgrupper, ettersom kompleksiteten av et hjerneslag kan være stor (Winstein et al., 2016). Ettersom den viktigste delen av den språklige rehabiliteringen er at den rammede bruker språket sitt så mye som mulig i det daglige, vil det kunne kreve at personer som bruker mer tid sammen med personen med afasi enn det logopeden gjør, får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne hjelpe og støtte

den det gjelder gjennom hele prosessen (Nelson et al., 2016). Dette trekker også flere av informantene frem. En av informantene nevner personalet på sykehjemmet, og at det er viktig å bruke dem aktivt. Samme logoped nevner også at ergoterapeuten er ganske med i det daglige, og at samarbeid med dem derfor blir viktig.

I tilfeller der personer med afasi skal avslutte sitt logopedtilbud, trekker informantene frem at det kan føre til et tap av en samtalepartner for dem. Som flere av informantene fokuserer på så er det viktigste at de bruker språket så mye som mulig i det daglige. En informant sa at det viktigste er jo ikke at logopeden kommer en gang i blant å driver med språktrening, det er jo at de bruker språket i det daglige. På den måten kan en sikre en viss intensitet i rehabiliteringen, som kan ha fordelaktige konsekvenser for personen med afasi (Bhogal et al., 2003). Det blir under et intervju også nevnt at det er viktig at personen med afasi selv og de rundt forstår viktigheten av å bruke språket aktivt sammen med andre for å kunne maksimere bedringen av språk- og kommunikasjonsferdigheten. De som er mest rundt personen med afasi i det daglige, det kan være familie eller helsepersonell på sykehjem eller rehabilitering, kan bidra i den språklige oppfølgingen. Med dette blir samspillet innen familien også en bit av rehabiliteringen, som den ene informanten trekker frem, ved at de er bevisste på og legger til rette for og sørger for å oppmuntre dem til å bruke språket så mye som mulig. Dette er også med på å underbygge viktigheten av at logopedene har et tverrfaglig samarbeid som også inkluderer familiemedlemmer, i tråd med det Nelson et al. (2016) sier. Det kan være at ikke alle personer med afasi har familie eller nettverk rundt seg som har mulighet til å kunne bidra med dette. I slike tilfeller blir det en utfordring når personen med afasi skal avslutte sitt logopedtilbud, ettersom de da kanskje mister en viktig samtalepartner. I slike tilfeller kan det tverrfaglige samarbeidet være at logopeden må formidle videre til andre instanser at en person med afasi har behov for videre oppfølging på andre måter enn hos logoped. En av informantene sier at for noen kan det være en ordning at de får en støttekontakt, og at logopeden opplever det som sitt ansvar å formidle denne informasjonen videre når en pasient skal avslutte sitt logopedtilbud.

Ettersom hovedmålet med den logopediske rehabiliteringen er å maksimere individets språk- og kommunikasjonsferdighet (Brady et al., 2016), kan det derfor i noen tilfeller være nyttig med alternativ og supplerende kommunikasjons hjelpemidler. Også her kommer samarbeidet med ergoterapeutene inn, ettersom det ofte er de som søker om slike hjelpemidler. Slike hjelpemidler kan være en pekebok hvor en kan peke på skrevne ord eller bilder, talemaskiner

hvor en kan trykke på et felt, eller det kan være ulike apper som kan lastes ned på mobil og nettbrett (Moffatt, Pourshahid & Baecker, 2017). Hvordan dette mottas av personen med afasi og pårørende vil kunne variere. I noen tilfeller kan det oppleves som en “siste utvei”. Og at en da har gitt opp håpet om at det vil skje en bedring i språkfunksjonen, mens andre igjen har håp om at det kan være en løsning som løser de store kommunikasjonsvanskene i dagliglivet. Hvilken nytte personen med afasi har av slike kommunikasjonshjelpemidler vil variere, og ofte vil mye komme an på kommunikasjonspartneren (Moffatt et al., 2017). Dersom språkfunksjonen til den rammede er så svekket at det blir vanskelig å kommunisere, vil slike hjelpemidler kunne være til stor hjelp, og at dette kan være til stor hjelp i den praktiske hverdagen til afasirammede og de nærmeste i deres hjemmemiljø bør ikke undervurderes.

Med dette som er diskutert her blir tverrfaglig arbeid en viktig del av kvalitetssikringen av egen yrkespraksis. For å sikre et så helhetlig tilbud som mulig for personene med afasi, må en i mange tilfeller inkludere og samarbeide med andre yrkesgrupper. Dette er noe informantene mine beskriver at de gjør, og at det er en viktig del i rehabiliteringen for personer med afasi. På den måten blir tilbudet mer helhetlig, og intensitet i rehabiliteringen kan sikres, noe som er en viktig faktor for at personen med afasi skal kunne oppleve en bedring i språkfunksjonen.

5.2.3 Kurs og nettverksmøter

Informantene trekker også frem at det er en nyttig mulighet å kunne delta på kurs og samlinger i regi av logopedlaget. Det varierer litt i hvilken grad logopedene jeg har intervjuet har deltatt og engasjert seg i logopedlaget og andre tilbud som er blitt organisert. Som Ratner (2006) sier så er logopedien et felt som er dynamisk. Det vil si at det er et fagfelt som stadig utvikler seg, og at det derfor er nødvendig å oppdatere seg på ny kunnskap som feltet tilegner seg for å kunne gi det beste tilbudet til personer med afasi. I EBP vil dette være en nyttig arena for logopedene til å utvide sitt kunnskapsgrunnlag og samtidig oppdatere seg på ny kunnskap logopedifeltet tilegner seg. I Klovning (2001, gjengitt i Haaland-Johansen, 2007) sin definisjon av EBP er det et sentralt element å ta i bruk beste, tilgjengelige informasjon. Ved å delta på kurs og samlinger er det ofte for å utvide kompetansen til logopeder, og samtidig få innsikt i den nyeste forskningen på området. Å oppdatere seg på den nyeste kunnskapen feltet tilegner seg, og benytte seg av dette i egen praksis, inngår som en del av den interpersonlige ekspertisen (Levant, 2005, gjengitt og oversatt til norsk i Rønnestad, 2008). Det blir derfor en viktig del av kvalitetssikringen av yrkespraksisen å kunne begrunne det med at vurderinger og avgjørelser er gjort med bakgrunn i oppdaterte kunnskaper.

Flere av mine informanter beskriver at i deres nærmeste fagmiljø har de ikke så mange logopeder de kan diskutere og drøfte ulike tilfeller med. Derfor er det nyttig å samles regelmessig på nettverksmøter med andre logopeder. Informantene ser på dette som nyttig og faglig inspirerende. Det blir nevnt at dersom en som logoped skal sitte alene i en kommune å jobbe med ting, så vil det faglige nettverket bety en del. Nettverksmøtene blir en arena der de kan drøfte ulike saker og kasus, der det erfaringsmessige grunnlaget er bredere ettersom det er flere logopeder med ulike erfaringer der. Det er også en mulighet å reise på større arrangementer som landsmøtet til Norsk logopedlag (2018) hvert år. En annen mulighet flere av informantene trekker frem er “afasidagene”, som er et arrangement arrangert av Statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped, 2017). I 2017 ble det holdt diverse foredrag om hva som skjer på afasifeltet i Norge, og aktuelle praktisk-teoretiske tema fra afaologopedien ble berørt.

Samtidig nevner noen av informantene at det ikke er afasi som har vært det mest berørte temaet i nettverksmøtene. Informant 4 sier: “vi har ikke et eget nettverk for afasi”. Dette er noe som muligens vil variere på ulike steder i Norge hvilke muligheter logopeder har til å delta på nettverksmøter der afasi står i fokus. Samme informant sier også at afasi ikke er det mest berørte temaet i de forumene siden ikke alle arbeider med voksne.

Hvor mye hver av mine informanter jobber med afasi varierer. Noen jobber primært med afasi, mens andre har færre klienter med afasi i året. Hvilket erfaringsgrunnlag informantene mine, og kanskje logopeder generelt har, varierer. Derfor blir det kanskje enda viktigere å ha et nettverk hvor en kan forhøre seg med andre logopeder og deres erfaringer i tilfeller hvor en opplever å være usikker og komme til kort. Å delta på nettverksmøter og kurs gjør at det opprettes et faglig nettverk mellom logopedene, det bidrar til kompetanseheving, er “faglig inspirerende” og logopedene får innføring i ny forskning og kunnskap som afasifeltet har tilegnet seg. Dette er med på å holde logopeder oppdaterte slik at de kan gi et best mulig tilbud til personer med afasi som de møter i arbeidshverdagen sin.

5.3 Involvering av personen med afasi og andre omsorgspersoner

Språket er omfattende og består av flere komponenter og ved en skade i språkfunksjonen vil dette da kunne påvirke store deler av den rammedes liv (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017). Både med tanke på å selv kommunisere til andre rundt, men også å forstå

det andre rundt kommuniserer gjennom språket (Grawburg et al., 2014). Hvordan en som logoped skal tilnærme seg vanskene kommer an på omfanget av vansken. Den ene informanten trakk frem at diverse kartleggingsverktøy for afasi kan brukes til å identifisere de språkfunksjonene som er intakte hos en person med afasi. Samme logoped sa også at for å kunne rehabilitere språkfunksjonen, forutsetter det at deler av språket fungerer, og at en må kunne støtte seg til fungerende språkfunksjoner for at personen med afasi skal kunne drive med de øvingsoppgavene logopeden utformer.

Ettersom tiltak for personer med afasi bør ta utgangspunkt i en helhetlig tilnærming (Brady et al., 2016), blir det viktig å involvere personen med afasi når det skal tas avgjørelser i rehabiliteringsprosessen. Det er personen med afasi som må leve med språkvansken, som vil si at det er de som må gi beskjed om hvilke funksjoner som er mest "savnet", og som det er ønskelig at prioriteres i rehabiliteringen (Berg, Rise, Balandin, Armstrong & Askim, 2016). Omfanget av vanskene kan ofte være så omfattende at det kan oppleves uoverkommelig å prøve å ta tak i alt, og at det derfor bør gjøres en prioritering i samhandling med personen med afasi. I definisjonen til Papathanasiou, Coppens & Davidson (2017) fremgår det at afasi er en vanske som får konsekvenser for hele livet til den som er rammet, og at da afasien rammer språket, rammer det også personens mulighet til kommunikativ og sosial fungering. Derfor blir det viktig å involvere personen med afasi slik at rehabiliteringen har en helhetlig tilnærming til vansken og de områder i livet vansken påvirker. En informant sier noe om at rehabiliteringen må ta utgangspunkt i det personen med afasi selv opplever av vansken. Det viktige i rehabiliteringen blir å jobbe ut ifra det de selv føler er en problemstilling, og hva de har lyst å få tilbake av en ferdighet. Dette er også et element med tanke på motivasjon hos personen med afasi. At de har mulighet til å påvirke egen rehabilitering slik at det fokuseres på det som er viktig for dem selv og det de ønsker å jobbe mest med.

Når personen med afasi har vansker med å kommunisere med de som er rundt, vil det si at vansken også påvirker de som er rundt personen (Grawburg et al., 2014). Ofte er det naturlig å tenke seg at det er de nærmeste rundt personen med afasi som bruker mest tid med personen og er mest i kommunikativ samhandling med vedkommende. Det blir derfor viktig å involvere ektefelle, familie eller andre omsorgspersoner i rehabiliteringen (Brady et al., 2016). En av informantene prøver å alltid treffe personen med afasi sammen med pårørende eller andre som kan følge dem. Dette for å kunne høre med dem om hva problemstillingen er i personens liv. Hovedmålet i logopedisk afasirehabilitering er å maksimere individets språk-

og kommunikasjonsferdighet, aktivitet og deltakelse (Brady et al., 2016). Dette innebærer at personen med afasi får hjelp til å bedre ferdigheter som er til hjelp for dem i kommunikasjon og deltakelse i det daglige.

Den ene informanten trekker frem at i hvilken grad personene med afasi kan si hva som er hovedutfordringen med vansken varierer etter hvilke vansker det er snakk om. Dersom personen har mye ekspressive vansker, vil det kunne være utfordringer med å uttrykke selv hva som er de største utfordringene knyttet til vansken. Northcott & Hilari (2017) nevner at familie og andre pårørende kjenner personen med afasi best, både før og etter hjerneslaget eller skaden inntraff, kan de gi nyttig informasjon som kan brukes i rehabiliteringen. Med tanke på det Bhogal et al. (2003) og Brady et al. (2016) sier om at for å maksimere bedring av språk- og kommunikasjonsferdighet, må det være en intensitet i rehabiliteringen. For at det skal bli intensitet i afasirehabiliteringen trekker flere av informantene frem at det er viktig å bruke språket i det daglige. Derfor kan det også være en fordel at de nærmeste pårørende er med hos logopeden slik at de kan få veiledning i hvordan de kan hjelpe personen med afasi til å bruke språket sitt i det daglige. På denne måten sikres det intensitet i rehabiliteringen, som kan bidra til en bedring i språkfunksjonen, som Bhogal et al. (2003) og Brady et al. (2016) trekker frem.

Det fremgår i definisjonene at vansken får konsekvenser for hele livet til den som er rammet (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017; Murray & Chapey, 2001). Dalemans et al. (2010) beskriver at det da kan oppleves som en alvorlig funksjonshemming å få afasi, og at dette vil ha store konsekvenser for den rammede og de nærmeste rundt. Flere av informantene nevner hvordan afasi påvirker de fire språkmodalitetene, og at disse er utgangspunktet for hvordan språkevnen vurderes. Ved å forklare hva disse innebærer for personen med afasi og dens nærmeste, kan de få en større forståelse for hvilke deler av språket som er rammet. I definisjonen til Papathanasiou, Coppens & Davidson (2017) beskrives afasi som en skade i språkmodalitetene og deres funksjon. Personer med afasi vil derfor i mange tilfeller kunne ha utslag i flere av språkmodalitetene samtidig. Det blir derfor viktig med en kartlegging av hvilke funksjoner som er berørt, og hvilke som er intakt. Informant 1 sier at dette har betydning for den språklige rehabiliteringen. For at det skal kunne være en forbedring av språkfunksjonen i de områdene som er skadet, må en ha mulighet til å kunne støtte seg på de modalitetene i språket som fungerer. Dette krever en helhetlig innsikt i hvordan språkvanskene arter seg og hvordan en skal jobbe videre med språket.

Flere av informantene trekker frem at i vurderingen med tanke på vansken som helhet, hjelper det å ha erfaring. Den ene informanten sier: “Jeg innbiller meg at tidligere erfaring gjør at jeg skjønner helhetsbildet litt bedre”. En annen informant ser at erfaringen hjelper med tanke på å danne seg et inntrykk av hvordan kommunikasjonsvansken deres er. Å vurdere og utforme tiltak for personer med afasi beskriver informantene at de gjør sammen med vedkommende. Med tanke på motivasjon og engasjement i egen rehabilitering blir det av betydning at personen med afasi er med på å utforme tiltak som fungerer for en selv, og som en forstår at er hensiktsmessig. Derfor trekker en annen av informantene også frem at det er viktig å informere personen som har fått afasi og de nærmeste rundt ettersom “...jo mer de vet om afasi, jo mer kan de på en måte ta ansvar selv og kan gjøre noe selv med det.” Å gjøre språktreningene utenom timene hos logopeden krever innsats hos personen med afasi. Store deler av rehabiliteringen blir derfor opp til dem, og det er det viktig at de har innsikt i. En av informantene sier at da blir det lettere for dem å forholde seg til vanskene og å gjøre noe med dem. Ved å ha forståelse for hvordan vanskene arter seg og hva som må til for at språket skal bli bedre, er det viktig at personen med afasi og de nærmeste rundt har innsikt i hva afasi er og hvordan språket er komplekst og krever en tilnærming som tar utgangspunkt i det som fungerer, for så å bedre de modalitetene som er blitt påvirket av skaden.

For å sikre kvalitet og utbytte av den språklige rehabiliteringen for personer med afasi blir det nødvendig å involvere personen med afasi i stor grad. De må få en forståelse for hvordan vanskene kan arte seg, og hvordan de selv kan være delaktige og gjøre noe med det. Ved å involvere omsorgspersoner og andre rundt, vil det kunne være bedre tilrettelagt for personen med afasi til å kunne bruke språket så mye som mulig i det daglige.

6.0 Avslutning

Problemstillingen for oppgaven har vært: “Hvordan beskriver logopeders sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien?” Jeg hadde som underspørsmål:

- Hvordan går logopedene frem i møte med personer med afasi?
- Hva ligger til grunn når logopeders vurderer tiltak for ulike klienter med afasi?

Jeg sett nærmere på hvordan logopeders beskriver at de jobber med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien. Dette både med tanke på utvikling av egen yrkest teori, og for personene med afasi sin del, at de får et rehabiliteringsløp med fremgang og mestring så langt det er mulig. Motivasjonen for å skrive om dette er både at det er pekt på behovet for mer forskning på området, som for eksempel Jørgensen (2011) gjør i sin masteroppgave, og en personlig interesse for temaet. Jeg tenker det kan være en utfordring at i starten av yrkeskarrieren går man fra å være omgitt av medstudenter og forelesere en kan drøfte ulike logopediske tilfeller med, til å stå selvstendig som kanskje eneste logoped i en kommune. Å stole på egen vurderingsevne kan da være en utfordring dersom en ikke har mye erfaring fra tidligere. Da vil det være nyttig for meg som ferdig utdannet logoped å ha tenkt igjennom hvordan jeg jobber for å sikre meg tilbakemelding på jobben jeg gjør, og å sikre kvalitet i logopedbehandlingen for klienters del.

I denne oppgaven har jeg fått innsikt i hvordan logopeders beskriver at de jobber med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien. Funnene viser at logopedene jeg intervjuet legger mye vekt på den erfaringen de har tilegnet seg gjennom å jobbe med utøvende logopedi i flere år. De trekker også frem betydningen av å ha andre i det nærmeste fagmiljøet å konsultere med, enten dette er kollegaer som er logopeders, andre yrkesgrupper eller bekjente fra det faglige nettverket de har i sitt nærrområde. Og de trekker frem hvordan afasi må ses på som en helhetlig vanske, og at rehabiliteringen for personer med afasi må ta utgangspunkt i helhetsbildet. For at dette skal være mulig må personen som har afasi i stor grad involveres i egen rehabilitering. Å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien er noe denne studien indikerer at mine informanter gjør mer eller mindre bevisst. Flere av informantene trekker frem viktigheten av å kunne kvalitetssikre praksisen i afaologopedien. Dette både for egen del, for at det skal kunne bidra til å gjøre en trygg på det en driver med, og ikke minst for klientenes del, at de får et tilbud de får utbytte av. Informantene nevner også at egen

yrkespraksis er under stadig utvikling, og at erfaringen er en del av den pågående kompetanseutviklingen og tilegnelsen av en ferdighet. Å dele erfaringer og å konsultere med andre er faglig stimulerende, og dette bidra til å utvikle hverandres kompetanse.

Informantene har trukket frem erfaring, kollegaveiledning, tverrfaglig samarbeid, faglig nettverk, involvering av personen med afasi og helheten av afasi som vanske som sentrale elementer for kvalitetssikring i egen yrkespraksis i afasilogopedien. Men tanke på kvalitetssikring og EBP, så bruker ikke informantene mine disse begrepene sammen. De beskriver at EBP, eller kunnskapsbasert praksis for dem betyr dokumentering og begrunnelse for det de har gjort i ulike tilfeller i møte med ulike klienter. Kvalitetssikring er på den andre siden noe de beskriver at de gjør gjennom å rådføre seg med andre eller dobbeltsjekke med en annen logoped og et tilfelle blir vurdert på samme måte av en annen logoped, og om en klient har hatt utbytte av tilbudet sitt, og også ha en dialog med personen med afasi og dens nærmeste pårørende, og høre om de opplever at personen med afasi viser fremgang gjennom rehabiliteringen. Samtidig, i arbeid med mennesker, bruker enhver yrkesutøver seg selv som et verktøy i yrkesutøvelsen, og dette er en styrke. Derfor har logopeder stort sett alltid noe å tilføre når det deles erfaringer, ettersom enhver person med afasi er unik, og erfaringen en logoped får i det enkelte tilfellet vil derfor også være unik.

I American Speech-Language-Hearing Association (u.å.) sin definisjon av EBP fokuserer de på at det innebærer å integrere klinisk ekspertise, kunnskapsbasert teori og at klienten får det beste tilbudet tilpasset deres vanske og forutsetninger, og som møter deres behov, interesser og verdier. Det betyr at for at personer med afasi skal motta dette, må yrkesutøvelsen til logopeder de møter inneholde elementer av erfaring, klinisk ekspertise, EBP og rom for klientens individualitet. Studien impliserer at dette er noe informantene i stor grad gjør i sin utøvende yrkespraksis. Dette ettersom de legger vekt på at klienten skal være i fokus, og at personen med afasi og helst også pårørende eller andre omsorgspersoner skal være deltakende elementer i rehabiliteringen. Et element i den kliniske ekspertisen er “interpersonlig ekspertise”, som innebærer å være i stand til å ha en relasjon med pasienten, og formidle en positiv og realistisk forventning til klienten (Levant, 2005, gjengitt og oversatt til norsk i Rønnestad, 2008). Dette er noe informantene beskriver at de gjør. Logopedene beskriver også at de bevisste på egen kompetanse og kunnskapsutvikling ved å delta på kurs og konferanser som er aktuelle.

Med tanke på forskningsspørsmålene vil hvordan logopedene går frem i møte med personer med afasi innebære blant annet at de møter personen med pårørende eller andre omsorgspersoner og inkluderer disse i rehabiliteringen. Informantene beskriver også at det innebærer å se på helheten av vansken inn i personens liv, og at rehabiliteringen må ta utgangspunkt i en helhetlig tilnærming. Ved å kartlegge språkfunksjonene får logopedene et inntrykk av hvilke språkmodaliteter som er berørt og hvilke som er intakt. Dette vil også være en faktor i den videre oppfølgingen ettersom rehabiliteringen kan ta utgangspunkt i og støtte seg på modaliteter i språket som fungerer. Det andre forskningsspørsmålet handler om hva som ligger til grunn når logopeder vurderer tiltak for ulike klienter med afasi. Logopedene beskriver at dette i stor grad hviler på egen eller andres erfaringer. De bruker tid på å snakke med personen med afasi selv, og andre som kjenner vedkommende og kan gi nyttige opplysninger som kan brukes i rehabiliteringen. På den måten får de innblikk i helheten av hvordan vansken påvirker livet til den som er rammet, og mulighetene for å kunne gi en helhetlig tilnærming økes. Logopedene sier også noe om at de konsulterer seg med andre logopeder eller andre yrkesgrupper i tilfeller der de er usikre på hvordan de skal gå frem. De sier også noe om at det er nyttig å delta på kurs og konferanser for å øke kunnskapsgrunnet sitt og få innblikk i nyeste forskning på ting som har vist seg å fungere i rehabiliteringen av personer med afasi.

6.1 Implikasjoner for praksis

Med utgangspunkt i drøftingen vil jeg trekke frem noen implikasjoner for videre praksis. Funnene viser at logopeder i stor grad vektlegger sin tidligere erfaring i møte med personer med afasi og vurdering og valg av tiltak. De har også sagt noe om hvordan disse erfaringene er tilegnet. Med tanke på EBP, bruker flere av informantene heller begrepet “kunnskapsbasert” praksis. Som nevnt innledningsvis brukes litt forskjellige begreper om det samme fenomenet. Poenget er å kunne begrunne de valg en tar i møte med ulike klienter. Måten informantene i studien gjør dette på er ved å benytte seg av kollegaveiledning, tverrfaglig samarbeid, delta på kurs og konferanser og ved at det er personen med afasi og dens ønsker som skal være veiledende for rehabiliteringsprosessen. I resultatene var det noen refleksjoner informantene hadde som ikke fikk plass i oppgaven. Den ene informanten trakk frem to ting som var spesielt nyttig med tanke på egen praksis. Det ene var å ha studenter i praksis, at det er interessant å få inn noen med nyeste, oppdaterte kunnskap som en kan diskutere og drøfte litt med. Det andre var å utarbeide eget materiale som en bruker i den

språklige rehabiliteringen for personer med afasi. Informanten trakk frem at det er “en faglig stimulerende prosess” å utvikle disse treningsmaterialene.

Informantene beskriver at de har benyttet seg mye av kollegaveiledning og konsultasjon med logopeder og andre i det tverrfaglige nettverket. Dette er ikke noe som er organisert i noen form, men mer at logopedene oppsøker det for å gjøre noe med en eventuell usikkerhet de kan ha i møte med klienter. Det er også varierende hvilke muligheter informantene har til å gjøre dette. Dette er noe alle logopeder kan oppfordres til å gjøre i stor grad. Både for å kunne være sikrere i egen vurdering, men også for å kunne samarbeide med og dele av egen kunnskap til andre yrkesgrupper for å tilpasse rehabiliteringen til den enkelte klient slik at den enkelte personen med afasi kan få en så helhetlig og samkjørt rehabilitering som mulig.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

En av informantene etterlyser noen klare retningslinjer for hvordan en skal evaluere og kvalitetssikre tilbudet til personer med afasi. Samtidig er dette en utfordring ettersom da må definere hva som er hovedfokuset når et tilbud skal kvalitetssikres. Handler det om en bedring i språkfunksjonen og bedre scorer på ulike tester, eller handler det om at personen med afasi selv opplever å ha bedre livskvalitet? En annen av informantene sier at dette med EBP er jo å ikke jobbe på “måfå,” at en har en formening om at det en gjør har noe for seg. Samme logoped sier også at EBP kan oppleves som et litt truende begrep, ettersom en da kan føle at en ikke gjør det godt nok. Her har forskningen absolutt noe å bidra med med tanke på å oppfordre til å kvalitetssikre gjennom evidensbasering av egen praksis. For å unngå neglisjering av egen erfaring og interpersonlige ekspertise, må dette da ikke oppfattes som et krav og et kriterie i afasilogopedisk yrkesutøvelse. Det bør heller være en oppfordring med tanke på de fordeler dette kan ha på sikt slik at det empiriske og evidensbaserte grunnlaget for afasilogopedi utvides og utvikles videre. Avslutningsvis vil jeg si som Ratner (2006): “EBP is a good thing.”

Litteraturliste

American Speech-Language Hearing Association (u.å). *Introduction to Evidence-Based Practice: What it is (and what it isn't)*. Hentet fra:

<https://www.asha.org/Research/EBP/Introduction-to-Evidence-Based-Practice/> [Hentet 22.03.2018]

Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Berg, K., Rise, M. B., Balandin, S., Armstrong, E. & Askim, T. (2016). Speech pathologists' experience of involving people with stroke-induced aphasia in clinical decision making during rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 38(9), 870-878. Hentet fra:

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09638288.2015.1066453?needAccess=true>

Bhogal, S. K., Teasell, R., Foley, N. C. & Speechley, M. (2003). Rehabilitation of Aphasia: More Is Better. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10(2), 66-76. Doi: 10.1310/RCM8-5TUL-NC5D-BX58

Brady, M. C., Kelly, H., Godwin J., Enderby, P. & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016*, Issue 6. Art. No.: CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub4

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder : en grundbog*. København: Reitzel.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, Calif: Sage.

Dalemans, R. J. P., De Witte, L. P., Beurskens, A. J. H. M., Van Den Heuvel, W. J. A. & Wade, D. T. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1678-1685. Hentet fra:

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09638281003649938?needAccess=true>

- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekeland, T.-J., (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr. 6/2004. Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.
- Enderby, P. M. & John, A. (1999). Therapy outcome measures in speech and language therapy: comparing performance between different providers. *International Journal of Language & communication Disorders*, 34 (4), s.417-429.
- Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frey, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., . . . Lyrer, P. A. (2006). Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke: Incidence, Severity, Fluency, Etiology, and Thrombolysis. *Stroke* 2006, 37: 1379-1384. Hentet fra: <http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/37/6/1379.full.pdf>
- Faiz, K. W. & Rønning, O. M. (2018). Hjerneslag. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 138(3), 279-280.
- Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L. & Scarinci, N. (2014). Describing the impact of aphasia on close family members using the ICF framework. *Disability and Rehabilitation*, 36(14), 1184-1195.
- Haaland-Johansen, L. (2007). Evidensbasert praksis – av interesse for norsk logopedi? *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 53(2), 5-9. Hentet fra: <https://norsklogopedlag.no/evidensbasert-praksis/>
- Halai, A. D., Woollam, A. M. & Lambon Ralph, A. (2017). Using principal component analysis to capture individual differences within a unified neuropsychological model of post-stroke aphasia: Revealing the unique correlates of speech fluency, phonology and semantics. *Cortex*, 86, 275-289.
- Holmen, H. (2011). Erfaring. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/erfaring>
- Humphris, D. (2003). Evidensstyper. I S. Hamer & G. Collinson, *Evidensbaseret praksis - grundbog for sundhedspersonale* (s.29-57). København: Nyt Nordisk Forlag

Johnsen, G. (2006). Intervjuet - en forskningssamtale i møtet mellom mennesker. I K. Fuglseth & K. Skogen (Red.), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metoder* (s.118-131). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5.utg. Oslo: Abstrakt Forlag

Jørgensen, E. (2011). "*Det er liksom ingen oppskrifter*". *Om logopeders arbeid med spesifikke språkvansker*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo), Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/31243/Jxrgensen-masteroppgave.pdf?sequence=1>

Kuhn, T. S. (1996). *The Structure of Scientific Revolutions*. 3rd ed. Chicago: University of Chicago Press.

Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I Lund, T. (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 19-78). Oslo: Unipub.

Kåss, E. (2018). Fokal. I E. Kåss, *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/fokal>

Lauvås, P. & Handal, G. (2014) *Veiledning og praktisk yrkesteori*. 3.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Lind, M. & Haaland-Johansen, L. (2010). Kartlegging og dokumentasjon i afasilogopedisk praksis. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild, (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s.42-78). Oslo: Novus Forlag.

López-Barroso, D. & de Diego-Balaguer, R. (2017). Language Learning Variability within the Dorsal and Ventral Streams as a Cue for Compensatory Mechanisms in Aphasia Recovery. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, *Frontiers in Human Neuroscience*, 01 September 2017, Vol. 11.

Lund, T. (2002). Innledning. I Lund, T. (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s.9-18). Oslo: Unipub.

Løvlie, L. (1992). Pedagogisk filosofi. I Dale, E. L. (Red.), *Pedagogisk filosofi* (13-34). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

McCurtin, A. & Clifford, A. (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.

Moffatt, K., Pourshahid, G. & Baecker, R. M. (2017). Augmentative and alternative communication devices for aphasia: the emerging role of “smart” mobile devices. *Universal Access in the Information Society*, 16(1), s.115-128. Hentet fra: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10209-015-0428-x.pdf>

Murray, L. L. & Chapey, R. (2001). Assessment of language disorders in adults. I R. Chapey (Red.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. 4. utg. (s.55-126). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Thousand Oaks, Calif: Sage.

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), s.35-41. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5556441/pdf/joc-06-035.pdf>

Norsk hjerneslagsregister (2017). Årsrapport 2016. I: Fjærtøft, Indredavik, Mørch, Phan, Skogseth-Stephani & Varndal (Red.). Trondheim.

Norsk logopedlag. (2018). *Norsk logopedlag. Norske logopeders faglige sammenslutning siden 1948*. Hentet fra: <http://norsklogopedlag.no/>

Northcott, S. & Hilari, K. (2017). "I've got somebody there, someone cares": what support is most valued following a stroke? *Disability and Rehabilitation*, 1-10.

Page, C. & Howell, D. (2015). Current Clinical Practice of Speech-Language Pathologists who Treat Individuals with Aphasia: A Grounded Theory Study. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 6(1), 1-23.

Papathanasiou, I., Coppens, P. & Davidson, B. (2017). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts, Management, and Efficacy. I I. Papathanasiou & P. Coppens, *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders, Second Edition* (3-14). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Papathanasiou, I., Coppens, P., Durand, E. & Ansaldo, A. I. (2017). Plasticity and Recovery in Aphasia. I I. Papathanasiou, & P. Coppens, *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders, Second Edition* (63-80). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Ratner, N. B. (2006). Evidence-based practice: An examination of ramifications for practice of speech-language pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(4), 257-267. Hentet fra:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=27f86d95-ff85-417e-b94b-607d17515f5d%40sessionmgr104>

Roulstone, S., Wren, Y., Bakopoulou, I. & Lindsay, G. (2012). Interventions for children with speech, language and communication needs: An exploration of current practice. *Child Language Teaching and Therapy*, 28(3), 325-341. Hentet fra:

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0265659012456385>

Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454. Hentet fra:

https://www.researchgate.net/profile/Michael_Helge_Ronnestad/publication/233387010_Evidensbasert_praksis_I_psykologi/links/09e4150bb8f889be99000000/Evidensbasert-praksis-I-psykologi.pdf

Skogen, K. (2006). Forskning: hensikt, innhold og form. I K. Fuglseth & K. Skogen (Red.), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metoder* (s.13-19). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Straus, S. E. & McAlister, F. A. (2000). Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *Canadian Medical Association Journal*, 163(7), 837-841. Hentet fra: <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/163/7/837.full.pdf>

Statlig spesialpedagogisk tjeneste. (2017). *Statped - Statlig spesialpedagogisk tjeneste*. Hentet fra: <http://www.statped.no/tjenester/kurs-konferanser-studier/konferanser/andre-konferanser/afasidagene/afasidagene/>

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.

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tuntland, H. (2009). *Betraktninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis*. Ergoterapeuten, 03.

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., . . . Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, 47(6), e98-e169. doi:10.1161/str.0000000000000098a

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD

Intervjuguide

Hvor lenge har du jobbet som logoped?

Kan du si noe om arbeidsplassen din?

- PPT/privatpraksis/sykehus/rehabilitering?

- Hvor lenge har du jobbet her du jobber nå?

Hvor mange afasiklienter har du i løpet av et år?

1. Kan du starte med å beskrive hva du gjør når du møter en person med afasi for første gang?
2. Hva støtter du deg til med tanke på å avgjøre hva du skal gjøre?
 - Kan du si noe om hvilken betydning din tidligere erfaring i utformingen av tiltak har for afasiklienter?
3. Hva er dine tanker om evidensbasert praksis?
4. Kan du si noe om hvordan du evaluerer tiltak som er iverksatt?
5. Kan du si noe om involvering av personer med afasi i evaluering av tiltak?
6. Hva har tilbakemelding etter evaluering av tiltak å si for din logopediske yrkesutøvelse?
7. Kan du si noe om prosessen der afasiklienter eventuelt skal avslutte sitt logopedtilbud?
 - Hva fokuseres det på i vurderingen av om en afasiklient skal avslutte sitt logopedtilbud?
 - Kan du si noe om oppfølging i ettertid av avsluttet logopedbehandling?
8. Hvordan går du frem i et tilfelle du opplever som utfordrende?
9. Kan du si noe om kontakt/konsultering med andre logopeder?
 - Hvilken betydning har andre logopeders erfaringer med afasiklienter for din praksis?

- Hvordan er det logopediske fagmiljøet i området ditt?

10. Er det noe mer du vil tilføye?

Vedlegg 2.

Forespørsel om deltakelse på intervju i forbindelse med masteroppgave i logopedi

Mitt navn er Katrine Rugland, og jeg skriver for tiden en masteroppgave i logopedi ved Nord Universitet i Bodø. Under veiledning av Karianne Berg ønsker jeg i min masteroppgave å undersøke hvordan logopeder beskriver sitt arbeid med å kvalitetssikre egen yrkespraksis i afaologopedien. Spesielt med tanke på oppfølging og rehabilitering for personer med afasi. For å bringe inn praktiserende logopeders erfaringer med dette ønsker jeg å utføre en kvalitativ undersøkelse gjennom intervju med logopeder som har jobbet med utøvende logopedi i minst 10 år.

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig, og de som deltar kan når som helst trekke seg. Navn på logoped vil bli anonymisert og ikke være mulig å kjenne igjen i oppgaven. Fokuset i oppgaven vil være på hvordan logopeder jobber for å evaluere og kvalitetssikre egen yrkespraksis. Det vil ikke være et personlig fokus på de som deltar i undersøkelsen. For å kunne behandle dataene fra undersøkelsen, vil jeg ta intervjuene opp på lydbånd. Disse vil bli slettet så snart informasjonen er skrevet ned. Det er bare jeg som har tilgang til informasjonen, og den vil bli behandlet konfidensielt.

Det er forventet at intervjuet vil vare i 45-60 minutter.

Min veileder, Karianne Berg, kan nås på telefon: 75 51 7751 eller e-post:

karianne.berg@nord.no

Hilsen Katrine Rugland

Kontaktinformasjon: Tlf: 90 27 51 93 / E-post: katrinerugland@hotmail.com

Vedlegg 3.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av deltaker, dato)

Studien er meldt til personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.



Karianne Berg
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 14.12.2017

Vår ref: 57472 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.11.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

57472	<i>Evaluering og kvalitetssikring av logopedisk praksis</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Karianne Berg</i>
Student	<i>Katrine Rugland</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Dag Kiberg

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / Lasse.Raa@nsd.no