

MASTEROPPGAVE

Emnekode:PE323L

Navn: Linda Myrland Erland

Kandidatnummer: 2

Logopeders kartlegging og behandling av mennesker med ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker etter høyresidig hjerneslag

Dato: 01.09.2020

Totalt antall sider: 84

*«Og tror du det var ensomt å ferdes slik
alene
Der skog og tundra sprer seg krevende
og vill
Da feiler du min kjære,
for det er blant mennesker at ensomhet blir til»*

Helge Ingstad

Sammendrag

Tittel Logopeders kartlegging og behandling av mennesker med ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker etter høyresidig hjerneslag.

Formål Hensikten med foreliggende forskingsprosjekt er å få mer kunnskap om kognitive kommunikasjonsvansker, og hvilke kartlegginger og behandlingsmetoder logopeder i Norge benytter seg av.

Problemstilling Hvilke erfaringer har logopeder knyttet til kartlegging og behandling for mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker etter høyresidig hjerneslag?

Metode Undersøkelsen bygger på sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn. Jeg har benyttet meg av kvalitativt semistrukturert intervju med et utforskende induktivt design. Utvalget består av tre logopeder ved ulike arbeidsteder med erfaring fra kartlegging og behandling av kognitive kommunikasjonsvansker. Datamaterialet ble først transkribert og senere kodet og analysert med systematisk tekstkondensering som utgangspunkt. For å sikre forskningsprosjektets kvalitet har jeg drøftet gjennom begreper som validitet, reliabilitet, refleksivitet og overførbarhet. Det er også reflektert over etiske utfordringer knyttet til forskningsprosjektet. Funnene presenteres følgelig basert på analysen og tolkningen av dette.

Resultater og sentrale funn Logopedenes beskrivelser, og min tolkning av disse, kan oppsummeres i følgende hovedfunn: Kartlegging av KKV bør involvere pårørende, formelle testverktøy og observasjoner. Uttalt mangel på standardiserte norske kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder. Behandlingen bør ha som mål at pasienten mestrer hverdagen, og klarer å benytte de innlærte kommunikasjonsmetodene i hverdagen.

Konklusjon Det er uttalt mangel på standardiserte norske kartleggingsverktøy og lite norsk forskning angående behandlingsmetoder for KKV. Kartlegging og behandling bør involvere pårørende og ha fokus på tilbakeføring til hverdagen.

Nøkkelord Kognitive kommunikasjonsvansker, pragmatiske språkvansker, sosiale kommunikasjonsvansker, kognitive utfall, kommunikasjon, høyre hemisfæreskader, kartlegging og behandling.

Abstract

Title Speech-language therapists' assessment and treatment of patients with acquired cognitive communication disorders following right hemisphere stroke.

The aim of this study The reason behind this study is to convey knowledge about cognitive communication disorders, and how speech-language therapists assess and provide treatment to patients who experience this disorder.

Research question What kind of experience does speech-language therapists have related to assessment and treatment in acquired cognitive communication disorders after right hemisphere stroke?

Methods This study is built on a social constructionist view of knowledge. The method being used to investigate the research question is an exploratory inductive design, using a qualitative semi structural interview for data collection. The selection consists of three speech-language therapists. The data is transcribed and analyzed inspired by a strategy for qualitative analysis called systematic text condensation. Furthermore, the quality of this study is discussed in terms of the concepts of validity, reliability, reflectivity and transferability. Ethical assessments related to the research process are then elucidated. The findings are consequently presented based on the analysis and interpretation of this.

Results The speech-language therapists descriptions and my interpretation of these can be summarized in the following findings: assessment of acquired CCD should involve relatives, formal testing and observations. There is a lack of standardized Norwegian assessment tools and treatment methods. The treatments main purpose should be reintegration to everyday life.

Conclusion There is a lack of Norwegian assessment tools and little research regarding treatment for acquired CCD in Norway. Assessment and treatment should involve relatives and focus on reintegration to everyday life.

Keywords Cognitive communication disorders, pragmatic disorders, social communication disorders, cognitive impairments, communication, right hemisphere deficits, assessment and treatment.

Forord

Det nærmer seg slutten av to lærerrike og minneverdige år på masterstudiet i logopedi ved Nord Universitet og jeg ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt til å gjøre disse årene meningsfulle og mulig å gjennomføre. Først vil jeg rette en stor takk til mine modige og kunnskapsrike informanter som takket ja til å delta i dette prosjektet. Uten deres erfaringer og velvillighet til å dele kunnskapen de besitter hadde ikke dette prosjektet blitt til virkelighet. Både jeg og forhåpentligvis andre vil finne dette forskningsprosjektet nyttig og noe overførbart, - tusen takk!

En stor takk må også rettes til min veileder Gisle Johnsen, uten deg hadde jeg knapt vist opp ned på prosjektet mitt og ikke forstått hvordan jeg skulle komme i havn. Du har rettleidet meg og pushet på for at jeg skulle ferdigstille dette prosjektet. Tusen takk!

Uten de fantastisk kunnskapsrike, pedagogiske foreleserne ved Nord Universitet hadde aldri interessen min for logopedifeltet blitt så stort. Jeg er oppriktig stolt og evig takknemlig for at jeg snart kan kalle meg logoped. Dere har vist oss studenter gang på gang hvilken viktig oppgave vi har foran oss og hvor nyttig vi er for samfunnet! Samtidig vil jeg takke flotte studievenner som har gjort at skolehverdagen ikke bare har blitt til notering og ihuga lesing, men også mye latter og avbrekk.

Så til slutt, de som har æren for alt jeg er, barna mine og mannen min. Mye av tiden min som mamma og kone har gått bort i prosessen og jeg er så uendelig takknemlig for at dere fortsatt virker å være like glad i meg som før. Tusen takk Einar og Martha for at dere hver dag gjør meg til verdens mest takknemlige mamma! Jeg er så stolt over dere og elsker dere over alt! Sist men ikke minst må den stødige, hjelpsomme og herlige mannen min Mads få sin takk her. Uten deg hadde det ikke vært noe masterstudie på meg, du har gitt meg troen på meg selv. Jeg er så evig takknemlig for alt du gjør for meg og barna våre. Du er selve tryggheten, kjærligheten og alt jeg ønsker for fremtiden, - jeg elsker deg!

Myrland, august 2020

Linda Myrland Erland

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn og formål | 1 |
| 1.2 | Problemstilling med forskningsspørsmål | 2 |
| 1.3 | Presisering og avgrensning | 3 |
| 1.4 | Begrepsavklaringer | 4 |
| 2.0 | Teoretisk bakgrunn | 5 |
| 2.1 | Hjerneslag | 5 |
| 2.2 | Kognitive kommunikasjonsvansker | 6 |
| 2.3 | Kognisjon | 7 |
| 2.3.1 | Oppmerksomhet | 7 |
| 2.3.2 | Hukommelse | 10 |
| 2.3.3 | Eksekutive funksjoner | 12 |
| 2.4 | Kommunikasjon | 13 |
| 2.4.1 | Pragmatiske vansker og diskursproduksjon | 14 |
| 2.5 | Andre fokusområder knyttet til kognitive kommunikasjonsvansker | 15 |
| 2.5.1 | Selvinnsikt | 16 |
| 2.5.2 | Neglekt | 17 |
| 2.5.3 | Prosodi | 17 |
| 2.5.4 | Forståelse | 18 |
| 2.5.5 | «Theory of mind» | 19 |
| 3.0 | Design og metode | 19 |
| 3.1 | Et utforskende, induktivt design med kvalitativ datainnsamlingsmetode | 20 |
| 3.2 | En oppfølgende vitenskapsteoretisk tilnærming | 20 |
| 3.3 | Et utforskende induktivt design | 21 |
| 3.3.1 | Induktiv tilnærming | 22 |
| 3.3.2 | En hermeneutisk tilnærming | 22 |
| 3.3.3 | Min rolle som forsker | 23 |
| 3.4 | Kvalitativt semistrukturert forskningsintervju | 24 |
| 3.4.1 | Utforming av intervjuguiden | 25 |
| 3.5 | Utvalget | 26 |
| 3.6 | Datainnsamlingen | 27 |
| 3.7 | Analysen | 28 |
| 3.7.1 | Transkripsjon og bearbeidelse | 28 |
| 3.7.2 | Analyse av data | 29 |
| 3.8 | Litteratursøk | 31 |
| 3.9 | Forskningens pålitelighet | 31 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 3.9.1 | Reliabilitet | 32 |
| 3.9.2 | Validitet | 34 |
| 3.9.3 | Transparens, refleksivitet og overførbarhet | 35 |
| 3.10 | Noen etiske betraktninger | 36 |
| 4.0 | Presentasjon av funn med tilhørende drøftinger | 38 |
| 4.1 | Kartlegging | 38 |
| 4.1.1 | Formelle kartleggingsverktøy | 38 |
| 4.1.2 | Vurderinger av relevante testverktøy | 39 |
| 4.1.3 | Komparentopplysninger | 40 |
| 4.1.4 | En sentral brikke i puslespillet | 41 |
| 4.1.5 | Markører | 42 |
| 4.1.6 | Synlige markører i samtaler | 43 |
| 4.1.7 | Noen utfordringer ved kartleggingen | 44 |
| 4.1.8 | Fare for falske utslag | 45 |
| 4.2 | Behandling av kognitive kommunikasjonsvansker | 46 |
| 4.2.1 | På logopedkontoret med individuell behandling | 46 |
| 4.2.2 | Sosial setting, konkrete mål og diskurs | 48 |
| 4.2.3 | Gruppebehandling | 50 |
| 4.2.4 | Drøfting av innsiktsarbeid, psykoedukasjon og observasjon under behandlingen | 53 |
| 4.2.5 | Tilbake til hverdagen | 56 |
| 4.2.6 | Forventninger og usynlighet | 57 |
| 4.2.7 | Noen utfordringer ved behandlingen | 58 |
| 4.2.8 | Drøfting av utfordringer ved behandlingen | 60 |
| 4.3 | Evalueringsmetoder | 61 |
| 4.3.1 | Drøfting av evalueringsmetoder | 62 |
| 5.0 | Avslutning | 63 |
| | Litteraturliste | 66 |
| | Vedlegg | 71 |

1.0 Innledning

Den demografiske utviklingen i samfunnet vil føre til den mye omtalte eldrebølgen. Det at befolkningen lever lengre grunnet bedre helsetilbud og levevilkår, kombinert med en stor etterkrigsgenerasjon, vil føre til økt antall eldre med påfølgende risiko for hjerneslag. I den sammenheng er det viktig med økt forståelse for hva et hjerneslag kan medføre av personlige- og samfunnsmessige utfordringer. En av følgene som ofte oppstår i etterkant av et hjerneslag er kognitiv svikt, og Romsland (2011) viser til manglende kunnskap blant helse- og sosialpersonell knyttet til kognitiv svikt og de problemene den enkelte opplever. Med bakgrunn i dette mener jeg at det er aktuelt å se nærmere på hvordan logoped kan bidra til å redusere de personlige- og samfunnsmessige utfordringene dette medbringer.

1.1 Bakgrunn og formål

Bakgrunnen for dette forskningsprosjektet er ut fra min erfaring den store mangelen på informasjon angående kognitive kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneslag. Jeg ble selv pårørende da min far for seks år siden fikk hjerneslag, hvor det skulle ta meg fem år før jeg for første gang hørte ordene kognitive kommunikasjonsvansker, og hva disse vanskene kunne innebære for pasientenes kommunikasjon i hverdagen. Som logopedstudent ved Nord universitet har jeg fått et begynnende teoretisk grunnlag med økt forståelse for disse vanskene, og hvordan de kan oppleves i kommunikasjon med de berørte. Jeg ønsker både som pårørende og som kommende logoped at andre kan finne støtte i den faglige tilnærmingen ved å lese forskningsprosjektet når det er ferdigstilt. Målet med prosjektet er at jeg som framtidig logoped kan gi mest mulig helhetlig hjelp til mennesker med ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker. Samtidig ønsker jeg å gi pårørende god informasjon og veiledning for å kunne tilrettelegge for en best mulig kommunikasjon med dem det gjelder. Jeg er bevisst min egen rolle som pårørende og hvordan dette kan svekke validiteten i forskningsprosjektet, men vil derfor være mest mulig bevisst på det med å utvise best mulig objektivitet.

I følge Norsk Hjerneslagregister (2018) var det i gjennomsnitt 11000 årlige, akutte hjerneslag i Norge, noe som innebærer at cirka 30 personer daglig ble rammet av hjerneslag. Hvis vi også legger til grunn de som opplevde hjerneslag for andre eller tredje gang, vil antallet tilsvare 13500 tilfeller. Hjerneslag kan være dødelig og er en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming, hvorav begge de nevnte utfallene medfører store belastninger for

pasienten selv, deres pårørende og samfunnet. Det vi ikke vet noe om på forhånd, er hvor i hjernen det rammer oss, hvilken skade det lager, og hva det gjør med vår evne til kommunikasjon. Det som er ekstra utfordrende med denne vansken, er at det gjerne er skjult for det blotte øyet. Mennesker som har hatt hjerneslag, opplever ofte lammelser, enten forbigående eller vedvarende, men hvor den kognitive svikten som har oppstått, ikke er åpenbar for det omkringliggende samfunnet. Her blir gjerne forventningene opprettholdt til dem det gjelder.

Min opplevelse som pårørende, er at jeg fikk for lite informasjon fra sykehuset om hvilke konsekvenser høyresidig hjerneslag kan føre til med tanke på kommunikasjon. Forskning antyder også at det blant helsepersonell er lite kunnskap om sosiale kommunikasjonsvansker (Kelly, McDonald & Firth, 2017). Som masterstudent i logopedi er min opplevelse at vi som fremtidige logopeder skal kunne jobbe med disse vanskene, men hvordan? Flatebø (2016) gjennomførte i sitt masteroppgaveprosjekt en spørreundersøkelse blant 366 norske logopeder med fokus på deres kjennskap til og arbeid med ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker. Hun kom fram til at 78% av logopedene hadde kjennskap til begrepet kognitive kommunikasjonsvansker, men at de til tross for det opplevde liten grad av tilhørende kompetanse. Som kommende logoped anser jeg det som nyttig å forske videre på området for å finne mer ut om hvordan logopeder jobber med slike vansker. Mitt valg av tema blir dermed ervervede kognitive kommunikasjonsvansker etter høyresidig hjerneslag, med følgende problemstilling:

1.2 Problemstilling med forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i bakgrunn og formål ønsker jeg å gjennomføre masteroppgaven med følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har logopeder i forhold til kartlegging og behandling av mennesker med ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker etter høyresidig hjerneslag?

For å belyse problemstillingen vil oppgaven bestå av følgende forskningsspørsmål:

1. Hva legger du som logoped i begrepet ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker?
2. Hva oppleves som markører for kartlegging, og hvilke kartleggingsverktøy benytter du som logoped?

3. Hvilken erfaring har du som logoped med metoder og tiltak i intervensjon ved ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker?

For å kunne gå i dybden på temaet vil jeg gjøre en kvalitativ undersøkelse ved å intervjuet et utvalg av logopeder. Det er ønskelig at disse har ulike grunnutdanning, bakgrunn og arbeidserfaring med arbeid på ulike steder i landet vårt. Jeg håper dette utvalget kan gi variert og beskrivende informasjon som igjen kan føre til best mulig innsikt i tilnærminger til det logopediske arbeidsfeltet innenfor kognitive kommunikasjonsvansker.

1.3 Presisering og avgrensning

Samtlige informanter er logopeder med godkjent logopedutdanning foruten å være medlemmer av Norsk Logopedlag. Herunder fremkommer arbeid i form av både kartlegging og behandling. Dette forskningsprosjektet tar for seg å kunne dele kunnskaper om logopeders erfaringer med kartlegging av kognitive kommunikasjonsvansker samt hvordan man som logoped kan gi best mulig behandling for disse vanskene. Mitt gjennomgående fokus i oppgaven blir følgelig hvordan de utvalgte logopedene jobber i forhold til kartlegging og behandling av pasienter med kognitive kommunikasjonsvansker. Selv om funnene i dette forskningsprosjektet ikke vil kunne føre til en felles fremgangsmåte for kartlegging og behandling av vansken, vil det likevel være interessant å kunne gjennomføre dybdeintervju med tilegnelse av detaljkunnskap fra rutinerne logopeder som til daglig jobber tett på pasienter med denne vansken. Jeg har vektlagt å skrive dette prosjektet på en måte som gjør at flest mulig skal kunne forstå hva kognitive kommunikasjonsvansker er, uavhengig av forkunnskap.

Målet med prosjektet er for øvrig at enhver logoped skal kunne forstå de ulike kognitive utfall, de kartlegginger og behandlinger som denne prosjektoppgaven kommer nærmere inn på. Jeg kommer ikke til å utdype og gå igjennom de ulike kartleggingsverktøy som blir nevnt av informantene mine annet enn å synliggjøre dem. Det er igjen på grunn av at de nevnte kartleggingene HAST (Haukeland Afasi Screening Test) og NGA (Norsk Grunntest for Afasi) kan forventes å være velkjent innenfor det logopediske fagfeltet. Så langt jeg kjenner til finnes det ikke standardiserte kartleggingsverktøy for denne vansken på norsk, noe som gjør at det ikke er hensiktsmessig å dypdykke i kartlegginger som ikke er beregnet for denne type vanske. Det blir derimot belyst hvilke kartlegginger som blir benyttet med tilhørende

begrunnelse. Jeg har i dette forskningsprosjektet valgt å forholde meg til høyresidig hjerneslag, men jeg ønsker også å presisere at samtlige kognitive utfall som presenteres underveis i oppgaven, kan bli fremtredende ved andre typer skader i hjernen. Det gjelder både medfødte og ervervede skader.

1.4 Begrepsavklaringer

I problemstillingen presenterte jeg begrepene kartlegging, behandling og kognitive kommunikasjonsvansker. Kartlegging og behandling er hverdagslige forhold som de fleste kan relatere til på ulike måter, hvor også begrepene kan ha ulik betydning. Jeg støtter meg til Dysleksi Norge (2017) definisjon på kartlegging som uttrykker at kartlegging egentlig bare betyr å finne ut. Kartlegging kan derfor forstås som et samlebegrep for ulike typer undersøkelser og tester som vil samle inn relevant informasjon som igjen tydeliggjør hvordan vi kan imøtekomme vansken på mest hensiktsmessig måte. Vi kan også kartlegge og innhente informasjon ved å benytte både kvantitative - og kvalitative metoder (Murray & Coppens, 2017). Dette sier oss noe om at disse kan være målbare gjennom blant annet tall og statistikk, sammen med mer fenomenologiske tilnærminger i form av samtaler, observasjon og intervju med den enkelte pasient. Når det kommer til behandling støtter jeg meg til Orrem (2018), der flere fagpersoner knytter begrepet behandling opp mot tiltak eller intervensjoner som er igangsatt med formål om endring og/eller bedring. Med begrepet markører menes ulike kjennetegn og årsaker som ofte legges til grunn for hvilke kartlegginger som skal benyttes. I denne oppgaven vil kartlegging og behandling utelukkende handle om logopeders arbeid knyttet til pasienter med kognitive kommunikasjonsvansker.

Begrepet kognitive kommunikasjonsvansker kan være vanskelig å plassere av flere grunner. Det er et overliggende paraplybegrep som rommer mange andre begreper. Kognitive kommunikasjonsvansker forteller oss at det rammer en eller flere kognitive evner som kan gi uønsket utfall under kommunikasjon. Det kan være fordi forskning relatert til disse vanskene er nokså ny, hvor det ikke er avklart et særskilt navn eller klar definisjon på disse vanskene, noe som igjen gjør at forskere benytter ulike begreper for de samme symptomene (Tompkins, Klepousniotou & Scott, 2017). Det er igjen vansker som ofte kommer til syne i sosiale settinger gjennom kommunikasjon. Begrepet kognitive kommunikasjonsvansker rommer følgelig mye innhold, hvor det i neste kapittel vil defineres på en mer hensiktsmessig og

avklarende måte. Det er vesentlig i denne sammenheng å tydeliggjøre at bak dette begrepet finner vi en heterogen gruppe mennesker, hvor vansken arter seg forskjellig fra person til person. Det sier oss noe om hvor lite håndgripelig vanskene er sammen med nødvendigheten av at behandlingen må være tilpasset den enkeltes mål og ønsker. Jeg vil videre i oppgaven i tråd med problemstillingen fokusere på ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker som følge av høyresidig hjerneslag for igjen å kunne begrense oppgavens omfang. Heretter blir kognitive kommunikasjonsvansker referert til som KKV.

En bredere forklaring på hva hjerneslag omfatter, blir nærmere presentert i teorikapittelet, mens jeg i denne sammenheng presiserer at oppgaven min fokuserer på følgene av høyresidig hjerneslag med bakgrunn i at denne type skade ofte fører til de mest fremtredende, kognitive utfordringer (Tompkins, 2012). På den andre siden vil personer med venstresidig hjerneslag ofte kunne oppleve språkvansker, som afasi, siden språksentrene hos de fleste mennesker er lokalisert i venstre hjernehalvdel (Krogstad, 2015).

2.0 Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som er av betydning for formålet og problemstillingen i undersøkelsen. Som tidligere nevnt er KKV en heterogen gruppe, og selv om jeg har valgt ut de følgende teoretiske områdene oppmerksomhet, hukommelse og eksekutive funksjoner, er det ikke fastsatt at enhver som opplever høyresidig hjerneslag, vil ha vansker i de nevnte områdene som videre kan føre til KKV. Ingen hjerneslag er helt like, hvor symptomer, utfall og konsekvenser kan variere fra person til person. Jeg har valgt å forholde meg til KKV som er oppstått etter en ervervet skade, herunder et høyresidig hjerneslag. Først kommer jeg til å ta for meg hva et hjerneslag omfatter, deretter ser jeg videre på ulike kognitive funksjoner som kan bli skadet under et hjerneslag, og hva det kan gjøre med vår evne til kommunikasjon. Dette er igjen kognitive prosesser som trengs for å kommunisere, lytte, lese og skrive.

2.1 Hjerneslag

Betegnelsen hjerneslag omhandler både blødninger i hjernen og blodpropp (hjerneinfarkt) og kommer vanligvis fra en plutselig forstyrrelse i deler av hjernens blodforsyning. Når blodtilførselen stopper, fører det gjerne til varige skader på det området den bestemte

blodåren forsynte, i tillegg til at omlag to millioner hjerneceller dør hvert minutt (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2019). Statistikken viser at nesten 85 % av alle hjerneslag skyldes blodpropp, hvor proppen kan danne seg både i hjernens egne blodårer, i halsens blodårer eller komme fra hjertet (Hjerneslagregister, 2018). Ved hjerneblødninger opplever derimot pasientene at en blodåre i hjernen sprekker, slik at blodet lekker ut i hjernevevet og danner hevelser i området.

De synlige fysiske og mentale symptomer etter hjerneslag kalles ofte utfall og kan gjenkjennes i form av for eksempel en lammelse i en arm. Et hjerneslag kan svekke både språklige og ikke-språklige intellektuelle evner, gi personlighets- og samlivsutfordringer, ramme pårørende og svekke fysiske evner (Krogstad, 2015). Hvert år opplever nærmere 15000 nordmenn hjerneslag, hvor det er forsket på at god kartlegging, riktig behandling og tilpasset oppfølging gir resultater flere år frem i tid (Landsforeningen for slagrammede - LFS, 2011).

Hjerneslag blir i mange sammenhenger referert til som den usynlige vansken med bakgrunn i gradvise personlighetsendringer og svekkede kognitive evner som fører til ulike typer kognitive utfall (LFS, 2011). Man kan ofte ikke oppdage hvem i rommet som tidligere har opplevd hjerneslag bare ved hjelp av utseende. Det er ikke uvanlig av oppfattelseevnen svekkes ved hjerneslag, noe som også gjelder evnen til å ta imot informasjon fra omgivelsene. Det vises til en potensiell svekkelse av flere kognitive evner, blant annet selvkontroll, hukommelse, forståelse, oppmerksomhet og problemløsning (Krogstad, 2015). Andre beskrivelser kan være at en slagrammet kan være selvsentrert, krevende og ha en urimelig oppførsel i sosiale sammenhenger (LHL, 2019). Det at vansken ofte sies å være usynlig, byr igjen på en del utfordringer som blir nærmere drøftet litt senere i kapittelet.

2.2 Kognitive kommunikasjonsvansker

Jeg har valgt å forholde meg til definisjonen jeg mener inneholder samtlige ulike utfall foruten årsaken til disse som igjen er som følger:

Kognitive kommunikasjonsvansker er ifølge CASLPO (2002) : *vansker med forståelse, tale, lesing, skriving, samtaleferdighet og sosial kompetanse som har sin årsak i underliggende*

kognitive vansker som oppmerksomhet, hukommelse, organisering, informasjonsprosessering, problemløsning og eksekutive funksjoner som følge av en ervervet hjerneskade (Sunnaas, 2017).

2.3 Kognisjon

Kognisjon er et begrep som i dagligtalen ofte blir referert til det å kunne tenke. I denne oppgaven vil kognisjon bli benyttet om denne aktiviteten, men også inkludere andre mentale funksjoner. *Kognisjon har med tenkning, intellektuelle og mentale prosesser i hjernen å gjøre* (Krogstad, 2015, s. 15). Det er vanlig med kognitive utfall etter en hjerneskade, hvor kognitiv funksjonssvikt etter hjerneslag vil variere avhengig av lokasjon og størrelse på hjerneskaden (T. Engstad, Viitanen & Almkvist, 2007). Hjernens kognitive funksjoner bidrar gjerne til å motta og bearbeide informasjon, til hukommelse, læring, problemløsning, å bruke språk, å kommunisere og være oppmerksom (Romsland, 2011). I tillegg styres følelser, impulser og atferd av kognitive ferdigheter. Etter oppstått skade i hjernen kan det bli vanskelig å planlegge og gjennomføre kjente oppgaver, i tillegg kan noen endre personlighet i etterkant av hjerneslaget (Krogstad, 2015). Vansker med å benytte språket kan oppstå som resultat av avvik i planlegging-, minne- og produksjonsprosesser (LHL, 2019). Det kan igjen være fra idé til produksjon av språk, hørt eller lest - til tolkning av lyder eller skriftlige representasjoner, og videre til språklig forståelse gjennom matching i det semantiske systemet (Ahlsén, 2008a). Samfunnet og måten vi mottar informasjon på, er gjerne i rask utvikling, hvor et annet kjennetegn ved kognitive vansker er redusert tempo (TactusTherapy, 2019). Evnen til å orientere seg blant utallige muligheter svekkes ofte i tillegg (Romsland, 2011). Det er først i møte med samfunnet at funksjonssvikten blir et problem, samtidig er kognitiv svikt ofte en usynlig vanske, hvor personen kan se ut som før hjerneskaden og ingen tydelige språkvansker (LFS, 2011). Kunnskapen om kognitive symptomer er begrenset, og symptomene kan derfor fremstå som diffuse. Dette fører til at pasienter som opplever kognitive utfall, regelmessig får for lite oppfølging og et for dårlig tilbud i forhold til sine vansker, og at det derfor oppstår konflikter med pasient og pårørende på grunn av manglende innsikt i pasientens symptomer (Wyller & Sveen, 2002).

2.3.1 Oppmerksomhet

Oppmerksomhet er en kognitiv funksjon som har fått større oppmerksomhet innen logopedien gjennom de siste årene. Selv om oppmerksomhet ikke er en spesifikk språklig ferdighet er det

en viktig kognitiv prosess som samarbeider med språk og kommunikasjon på flere ulike måter (Villard, 2019). Å ha vansker med oppmerksomhet har blitt observert hos individer ved ulike nevrologiske og degenerative sykdommer som hjerneslag, traumatisk hjerneskade (TBI) og ulike typer av demens.

Målet med dette kapittelet er i stor grad å kunne legge frem hva oppmerksomhet er, og hvordan den kan relateres til kommunikasjonsvansker. En stor utfordring ved læring om den kognitive ferdigheten oppmerksomhet, er å definere presist hva oppmerksomhet er. Mange av oss får umiddelbare tanker om hva oppmerksomhet er. Vi kan videre beskrive at et individ har et kort eller langt *oppmerksomhetsspenn*, vi kan gjøre andre *oppmerksomme* på at nå kommer det viktig informasjon, vi kan snakke om *oppmerksomhet* tilknyttet små detaljer, eller om å ønske andres *oppmerksomhet*. Vi kan også assosiere oppmerksomhet til tanker som multitasking, distraksjon eller meditasjon. Man kan for eksempel oppleve å ha lest flere sider i en bok og ikke fått med seg innholdet. Det er igjen hverdagslige tanker vi har om oppmerksomhet, men det gir gjerne en upresis definisjon på hva oppmerksomhet omfatter. Handler oppmerksomhet om hvor lenge vi kan være oppmerksomme, handler det om hvor godt vi kan holde på oppmerksomheten, eller hvor mange forhold vi samtidig kan være oppmerksomme på? For å finne et mulig svar på dette må vi først se på noen sentrale prinsipper ved oppmerksomhet.

Det første prinsippet handler om at oppmerksomhet vanligvis er relatert til et stimuli: du retter alltid oppmerksomheten *mot* noe, hvor et stimuli kan enten være ekstern eller intern (Villard, 2019). Et eksempel på eksterne stimuli kan være det vi leser om akkurat nå, eller en morsom historie søsteren din forteller om katten hennes. Et eksempel på interne stimuli kan være handlelisten du har i hodet eller viktige avgjørelser du prøver å finne ut av, eller et minne fra barndommen. I noen sammenhenger kan vi prøve å rette oppmerksomheten mot både interne - og eksterne stimuli samtidig. For eksempel kan vi skrive en e-post, mens du ser på nyhetene, og dermed dele eller bytte på oppmerksomheten mellom de to.

Det neste prinsippet av oppmerksomhet relaterer primært til eksterne stimuli og handler om at vi vanligvis kan identifisere eller bekrefte stimuli (Villard, 2019). Vi kan for eksempel ved

auditive stimuli høre nyheter på radioen, eller høre flyvertinnene på intercomen annonsere sikkerhetsrutiner. Vi kan også ved visuelle stimuli, se en stumfilm eller spille sjakk. Ved mange av de daglige gjøremålene benytter vi både auditive - og visuelle stimuli samtidig i form av en actionfilm, en konsert eller en snøstorm (Villard, 2019). Selv om det er lett å tenke at oppmerksomhet kommer til oss gjennom det visuelle og auditive, eller disse to kombinert, er det også mulig å bruke oppmerksomheten gjennom andre sanser som for eksempel blindeskrift som igjen gjør krav på den taktile sansen (Villard, 2019). Ved den taktile sansen kan vi kjenne vinden i ansiktet selv om vi var både døv og blind, men hvor oppmerksomheten også brukes når vi lukter eller smaker noe (Villard, 2019).

Et annet prinsipp av oppmerksomhet er at det er tenkt å være nært sammensatt til andre prosesser som hukommelse og eksekutive funksjon og til effektiv bruk av språk i kommunikasjon (Villard, 2019). Hvordan kan effektiv kommunikasjon skje uten at oppmerksomheten er rettet mot samtalepartneren? Hvordan kan du huske reglene i et spill hvis du ikke hadde mulighet til å følge oppmerksomt med når reglene ble forklart? Hvordan kan du lage og gjennomføre en plan uten å være oppmerksom på din egen plan? Som forklart her er oppmerksomheten helt nødvendig for alle disse kognitivt - lingvistiske ferdighetene.

Disse forhold fører oss til kanskje de to viktigste ferdighetene ved oppmerksomhet, slik det er forstått i en nevropsykologisk litteratur: *kapasitet/begrensninger* og *utvelgelse*, to konsepter som hører godt sammen og som burde bli ansett som dynamiske (Villard, 2019). Når det gjelder *kapasitet*, refererer dette til det faktum at vi som mennesker har begrensninger som gjør at vi bare kan prosessere en viss mengde stimuli på samme tid. Hvis vi skal se på *utvelgelse*, representerer dette vår mulighet til å velge hva vi vil ha fokus på som er mest relevant for måloppnåelse eller interesse, mens vi samtidig filtrerer vekk det som er mindre relevant (Villard, 2019). Vi kan kanskje uttrykke at mens kapasiteten er en svakhet ved vår menneskelige natur, så er utvelgelsen en styrke. Selv om vi ikke har muligheter til å ha fokus og oppmerksomhet mot alt på samme tid, har vi i iallfall ferdigheter til å velge hvilke forhold vi vil ha fokus på og rette oppmerksomheten mot (Villard, 2019).

Hvilke kognitive vansker mennesker opplever etter et høyresidig hjerneslag, varierer fra pasient til pasient, men det har blitt observert at oppmerksomhet er en av de funksjonene som oftest har blitt påvirket på en eller annen måte (Villard, 2019). Dette har selvfølgelig noe med både størrelse og lokasjon av hjerneslaget, samt hvem pasienten var før hjerneslaget med tanke på alder, fysiske og psykiske forutsetninger (Villard, 2019).

Selv om oppmerksomheten kanskje ikke er den mest fremtredende vansken hos flere pasienter med kognitive kommunikasjonsvansker, kan det som nevnt tidligere i kapitlet sammenfalle nært med andre kognitive ferdigheter knyttet til språk og kommunikasjon (Villard, 2019). Dette vil være nyttig å vurdere når det velges kartleggingsmetoder og behandlingsmåter. Oppmerksomhet er gjerne en forutsetning for både hukommelse og eksekutive funksjoner som vil bli belyst i de neste delkapitlene.

2.3.2 Hukommelse

Hukommelse er et av de store temaene i både psykologien og innen nevrovitenskap, og uten hukommelse ville vi ikke kunne lære av egne erfaringer og atferden vår ville vært styrt av medfødte reflekser (Karlsen, 2008). Hukommelse er sannsynligvis det mest studerte kognitive systemet både når det kommer til menneske- og dyreatferd, og det grubles over om vår fascinasjon for hukommelse er et resultat av vår forståelse av at læring og hukommelse er avgjørende for ulike arters overlevelse (Constantinidou, 2019). I tillegg til å overleve, er mennesker avhengig av hukommelse for å utvikle kunnskap, språkferdigheter og for å ta effektive avgjørelser (Constantinidou, 2019). Den mentale evnen til å holde på informasjon settes hele tiden på prøve, men vi tenker vanligvis på hukommelse når den svikter oss i form av å ikke huske raskt nok, til riktig tid eller i det hele tatt (Karlsen, 2008). Det er først når hukommelsen svikter oss, i form av hukommelsestap etter alvorlige sykdommer eller progredierende sykdommer, vi slutter å ta den som en selvfølge (Karlsen, 2008).

Hukommelsestap er et vanlig utfall etter ervervet hjerneskade, epilepsi og andre psykiatriske tilstander (Constantinidou, 2019). Hukommelsesvansker viser seg ikke nødvendigvis på samme måte, men alvorlighetsgraden varierer ut ifra hvor alvorlig hjerneskaden er.

Hukommelsen vår er omgitt av andre kognitive systemer som oppmerksomhet og eksekutive funksjoner, og en skade i disse systemene kan føre til svekket hukommelse (Constantinidou,

2019). Hukommelse er ikke bare én ting, det er en allianse av ulike systemer som jobber sammen og som lar oss lære av fortiden og forutse fremtiden (Baddeley, 2014).

Historien viser til ulike typer av hukommelse hvor ulike modeller og teorier forankres og forkastes om hverandre. Noen modeller har derimot fått et sterkere fotfeste enn andre, blant annet *standardmodellen* til Atkinson og Shiffrin (Karlsen, 2008). Modellen, som også refereres til som *den modale modellen*, ble lansert i 1968 og anses å gi et svært forenklet, men effektivt bilde av virkeligheten (Karlsen, 2008). Baddeley (2014) viser ofte til samme modell med tanke på inndeling av hukommelse som begrep og viser til en inndeling hvor de ulike kategoriene betegnes som sensoriske registre, korttidshukommelsen og langtidshukommelsen. Karlsen (2008) er rask med å presisere at menneskehjernen er veldig ulik en datamaskin, men viser til at den forenklete modellen er basert på en datamaskin som metafor for den menneskelige hukommelsen og informasjonsbearbeiding. Ny informasjon og læring overføres til de sensoriske registrene, videre til korttidshukommelsen, og til slutt videre til langtidshukommelsen. Langs veien på vei mot hjernens harddisk forsvinner mesteparten av den nye informasjonen (Karlsen, 2008). Sensoriske registre er, med utgangspunkt i standardmodellen, det første steget i en informasjonsbehandlingsprosess, og det steget hvor den visuelle og auditive informasjonen oppfattes (Karlsen, 2008). Videre er det nødvendig å bruke vår egen oppmerksomhet for å ta inn stimuli fra omgivelsene inn i de sensoriske registrene (Baddeley, 2014).

All informasjon må deretter passere korttidshukommelsen på veien mot det endelige målet som er vår langtidshukommelse (Karlsen, 2008). Korttidshukommelsen har begrenset kapasitet og vi kan oppleve at ny informasjon, på vei mot evig lagring i langtidshukommelsen, kan falle ut dersom vi for eksempel blir distraheret underveis i et av stadiene for informasjonsbehandling (Karlsen, 2008). Man kan derfor illustrere korttidshukommelsen som en flaskehals hvor all informasjon må passere for å nå målet om permanent lagring. Langtidshukommelse er knyttet til en persons evne til å oppbevare informasjon over en lengre periode og noen teoretikere hevder at informasjonen i langtidsmindet kun blir mindre og mindre tilgjengelig, men at det aldri helt forsvinner (Baddeley, 2014). For eksempel vil en person med KKV, som testes i form av gjenfortelling, måtte stille store krav til sin langtidshukommelse. I slike og lignende situasjoner, hvor

pasienter har ervervede skader knyttet til langtidshukommelse, anbefaler Constantinidou (2019) en metode som retter seg inn mot et ja/nei format for deling av informasjon.

2.3.3 Eksekutive funksjoner

Våre eksekutive funksjoner gjør det mulig å mentalt leke med ideer, at vi tar oss tid til å tenke før vi gjøre noe, takle uforutsette situasjoner, motstå fristelser og holde fokus (R. Engstad, Engstad, Davanger & Wyller, 2013). Eksekutive funksjoner er en samlebetegnelse på kognitive prosesser som gjør en person i stand til å komme på ideer, planlegge, initiere handlinger, tilpasse seg nye eller uvante situasjoner, sortere sanseinntrykk, konsentrere seg, være utholdende og vise kognitiv fleksibilitet (Luria, 1966). Sistnevnte er altså en eksekutiv funksjon som innebærer å inneha kreativ tenkning, kunne se ting fra andre perspektiv og raskt innrette seg i endrede situasjoner (Diamond, 2013). Eksekutiv svikt er igjen en vanlig form for slagrelatert, kognitiv dysfunksjon (R. Engstad et al., 2013). I følge Collins, Koechlin og O'Doherty (2012) er det tre hovedfunksjoner knyttet til eksekutive funksjoner som igjen innebærer logikk, problemløsning og planlegging. Alle disse vanskene kan potensielt sett negativt påvirke funksjonelt språk i sosiale kontekster (Douglas, 2010). Evnen til selvregulering og skille mellom relevant og irrelevant informasjon under en målrettet aktivitet er også koblet til de eksekutive funksjonene (Diamond, 2015).

De eksekutive funksjonene finner vi først og fremst nært knyttet til hjernens frontallapp, og da spesielt i de fremre områder i form av prefrontal cortex (R. Engstad et al., 2013). Med skade på eksekutive funksjoner handler det igjen om ulike aspekter ved menneskelig atferd, men eksekutive funksjoner handler ikke bare om kognitive ferdigheter. Det handler også om de emosjonelle aspektene ved kontroll som for eksempel selvregulering, innsikt og motivasjon, hvor alle er viktige aspekter ved målrettet atferd (Stubberud, Langenbahn, Levine, Stanghelle & Schanke, 2013). Kommunikasjonen blir også påvirket da denne igjen er avhengig av planlegging, evnen til å kunne ta andres perspektiv, og å kunne regulere hva vi selv uttrykker og gjør. Dette innebærer igjen en hemning av de eksekutive funksjonene som igjen vil kunne påvirke kommunikasjonen (Togher, McDonald, Coelho & Byom, 2013). Douglas (2010) publiserte en artikkel som var designet for å utforske og studere pragmatiske vansker etter traumatisk hjerneskade. Hun ville spesielt studere sammenhengen mellom eksekutive vansker og pragmatiske vansker. Studien konkluderte med at det er en betydelig sammenheng mellom

vansker i de eksekutive funksjonene og tilhørende pragmatiske kommunikasjonsvansker (Douglas, 2010).

2.4 Kommunikasjon

Nesten all menneskelig aktivitet involverer kommunikasjon (Høier, 2001, s. 63).

Kommunikasjon handler om hvordan mennesker samspiller med hverandre og kan igjen betraktes som selve grunnlaget for interaksjon mellom mennesker (Hogg & Vaughan, 2011). *Språklig kommunikasjon er en intensjonell handling der bestemte aktører med bestemte oppgaver er involvert. Språklig kommunikasjon innebærer at noen gjøres til felles viten. Dette skjer i fellesskap – og forutsetter en felles prosess – mellom de som deltar i kommunikasjon* (Kristoffersen, Simonsen & Sveen, 2005, s. 43). Vi kan si at det dreier seg om kunnskaper, forventer, erfaringer, holdninger og følelser som til sammen danner en felles plattform for kommunikasjon. Kommunikasjon kan uttrykkes gjennom en rekke ulike former, verbale og nonverbale, hvor vi har ulike måter å uttrykke oss på blant annet ved å lese og skrive, lytte og tale, gester og kroppsspråk (Øyslebø, 1988). En fullstendig kommunikasjonshandling forutsetter følgelig at taler og lytter utfyller hverandre i størst mulig grad. Skal kommunikasjonen kunne karakteriseres som vellykket, forutsetter det følgelig at lytter oppfatter talerens intensjon med ytringen og konteksten den blir ytret i. På denne måten beskriver Rommetveit kommunikasjon som en forståelse av andre mennesker (Høier, 2001).

Kommunikativ kompetanse innebærer at vi har kompetanse både på det pragmatiske - og lingvistiske området. Det handler med andre ord hvordan man bruker språket, og hvordan vi bygger det ved hjelp av grammatisk struktur (Høigård, 2013). Bloom og Lahey (1978) betrakter språket som en helhet, bestående av tre deler som er gjensidig avhengig av hverandre. Det handler om en grundig forståelse av språkets *innhold* for å kunne utvikle gode ferdigheter av språkets *form*. Dette er igjen forutsetninger for å kunne ta språket i *bruk* i samspill med andre. Disse tre delene er da *innhold, form og bruk*, hvor innhold betyr semantikk som igjen handler om betydningen eller meningsinnholdet i ord og setninger. Form handler om hvordan språket er bygd opp av fonologi, morfologi og syntaks. Bruken er den pragmatiske delen og handler om tolkning av språk i samspill og kommunikasjon med andre

mennesker (Bloom & Lahey, 1978). Det dreier seg med andre ord om språkets sosiale funksjon, og hvordan mennesker tar del i et samspill med hverandre.

Det kan oppstå kommunikasjonsvansker med årsaker som endret hukommelse, syn og hørsel, redusert oppmerksomhet, vansker med å regulere atferd og redusert overblikk, noe som igjen kan føre til utfordringer i det sosiale samspillet (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2019). Alle aspektene ved språk og kommunikasjon fremstår følgelig som sosiale tilnærminger, hvor språket er et system av symboler som i stor grad utgjør grunnlaget for sosial interaksjon. Det oppleves i slike sammenhenger at mennesker med KKV kan få vansker med deltagelse i samtaler (TactusTherapy, 2019). Årsaker kan være at hjernen ikke lenger klare å holde det vanlige tempoet som før, hvor de fleste opplever at de etter hjerneslaget har generelt mindre mentalt overskudd og økt tretthet (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2019).

2.4.1 Pragmatiske vansker og diskursproduksjon

Pragmatikk handler om hva språket brukes til, og hvordan det brukes. Når vi studerer språklige ytringer fra et pragmatisk synspunkt, er kontekst et vesentlig begrep der også den sosiale bruken av språk og kommunikative ferdigheter er sentralt (Høigård, 2013; Tompkins et al., 2017). Konteksten virker gjerne inn både på uttrykksmåten språkbrukeren velger, og på hvordan kommunikasjonspartneren fortolker det som uttrykkes. Pragmatikk er studiet av hvordan kommunikasjonssituasjonen påvirker både bruken og tolkningen av språklige ytringer i ulike situasjoner, gjerne i form av ulike kontekster (Kristoffersen et al., 2005). Forholdet mellom kommunikasjonspartnerne reguleres av uskrevne normer som igjen knytter seg blant annet til situasjoner, alder, kjønn og miljø (Høigård, 2013). I pragmatikken studerer vi språkbruken og tar da ikke bare hensyn til fonologi, morfologi, syntaks og semantikk, men heller hensyn til den som bruker språket med tilhørende samhandling (Hartelius, Nettelbladt & Hammarberg, 2008).

En som har pragmatiske språkvansker kan ha et godt flytende språk, men vedkommende klarer kanskje ikke å tolke mimikk, øyekontakt, gester, vitser og ironi (LHL, 2019). De kan ha vansker med å holde seg til tema i samtalen og å kunne tolke og forstå sin samtalepartners uttrykk for følelser, som i form av godt eller dårlig humør, sinne og glede. Det særskilte med

det pragmatiske domenet, er gjerne at det forutsetter samspill med en samtalepartner. Til tross for uenigheter er de fleste forskere enige om at KKV etter ervervet hjerneskade kan føre til vansker knyttet til det makrolingvistiske nivået i form av det som skjer utenfor setningen, som for eksempel kommunikasjon og pragmatisk forståelse (Marini et al., 2011).

I denne prosjektoppgaven brukes begrepet diskurs og diskursproduksjon om innhold og organisering av muntlig produksjon, hvor pragmatikere refererer til bruken av språket i en kommuniserende samhandling (Blake, 2019). Eksempler på diskursproduksjon kan være å organisere en historie, noe som mange med KKV opplever som utfordrende (Blake, 2019). Elementer som tur-taking, organisering, valg av tema og sammenhenger har alle blitt forsket mye på i sammenheng med diskursproduksjon. Resultatet av forskningen er i henhold til Blake (2019) at resultatene ikke peker på andre konsistente elementer enn bruken av færre, emosjonelle ord. Mange sidestiller begrepene diskurs og samtale, og bruker de gjerne om hverandre.

En diskurs sin mikrostruktur handler gjerne om det som foregår i en setning i form av lokale taleenheter som ord og preposisjoner, eller tur-taking i samtaler. Mikrostrukturen i samtaler kan bli påvirket av høyresidig hjerneslag (Tompkins et al., 2017). Makrostrukturer handler derimot om det som skjer utenfor setningen, som for eksempel den overordnede meningen med tema og kjernen i historien. Denne strukturen handler videre om pragmatiske aspekter som igjen er helt nødvendig for å forstå aktuelle sammenhenger i språket (Tompkins et al., 2017). Personer som opplever KKV etter en høyresidig hjerneskade, har ofte vansker med makrostrukturene, noe som kan være et resultat av en underliggende kognitiv svikt (Tompkins et al., 2017). Dette kan igjen bli synlig ved at personen for eksempel skifter emne for raskt, eller ikke er i stand til å forstå budskapet fra avsender.

2.5 Andre fokusområder knyttet til kognitive kommunikasjonsvansker

I dette kapittelet vil jeg trekke frem andre tema tilknyttet KKV som jeg med utgangspunkt i problemstillingen anser som relevante. Aktuell litteratur innenfor dette fagområdet viser også til følgende fokusområder når KKV omtales; selvinnsikt, neglekt, prosodi, forståelse og

theory of mind (ToM). I dette forskningsprosjektet har de nevnte begrepene vært aktuelle for å belyse ulike sider av KKV og som et forsøk på å danne et kunnskapsgrunnlag for videre lesing.

2.5.1 Selvinnsikt

Anosognosi, eller redusert bevissthet rundt egne skader og konsekvensene av dette, er ofte et kjennetegn ved høyresidige hjerneskader (Blake, 2019). Med andre ord viser pasienten manglende evner til å anerkjenne eller forstå problemer forårsaket av hjerneskaden. Ved manglende innsikt kan vi også miste forståelsen for konsekvensene dette kan medføre, for eksempel at vi ikke kan kjøre bil på grunn av lammelser etter hjerneslaget (Blake, 2019). Orfei et al. (2007) viser til forskning, hvor det anslås at mellom 7% - 77% av mennesker som opplever ensidig hjerneslag, opplever redusert innsikt i egen skade. De begrunner variasjonen med spontan bedring, ulike testtidspunkt- og kartleggingsmetoder. I tillegg kan selvinnsikt bli påvirket av flere ulike faktorer, blant annet motivasjon, fatigue, årvåkenhet til situasjoner, kompleksiteten i oppgaver eller konkurrerende pasientkrav (Toglia & Kirk, 2000). Videre påpekes det ved nedsatt selvinnsikt etter sykdom eller skade er det av stor betydning å sette fokus på tidsaspektet (Solbakk, Schanke & Krogstad, 2008). Prosessen med å få innsikt i egne situasjoner beskrives som en restrukturering av pasientens egenforståelse, som igjen er preget av personens tidligere funksjonsnivå, verdier og holdninger foruten miljømessige påvirkninger. Endringer i identitet og selvoppfatning tar følgelig tid, samtidig som det skjer en bedring av kognitive funksjoner (Krogstad, 2015).

Manglende selvinnsikt påvirker gjerne pasientens motivasjon under rehabilitering, men kan i tillegg få konsekvenser for oppholdslengde, samarbeid og rehabilitering på lengre sikt (Ownsworth et al., 2007). Videre vises det til en sammenheng mellom alvorlighetsgrad av hjerneskade og nivå av selvinnsikt. Dette er imidlertid utilstrekkelig dokumentert med begrenset kunnskap om det organiske grunnlaget for nedsatt innsikt, men hvor det frontale området med hjernestamme og lillehjerne ofte er involvert (Ownsworth et al., 2007). Vi ser videre at personer som opplever svekket innsikt i egne skader eller konsekvensene av disse, sannsynligvis ikke vil kunne delta aktivt i behandlingen og ofte med svekkede resultater (Jehkonen et al., 2001; Katz, Hartman-Maeir, Ring & Soroker, 2000; Vossel, Weiss, Eschenbeck & Fink, 2013). Sammen med anosognosi forekommer også neglekter, der

individer ikke er klar over at de ikke prosesserer gjenstander på sin venstre side ved skader i høyre hemisfære (Blake, 2019).

2.5.2 Neglekt

Neglekt er en spesifikk oppmerksomhetsvanske hvor hjernen ikke prosesserer stimuli som opptrer i- eller kommer fra motsatt side av hjerneskadene (Blake, 2019). Det snakkes om henholdsvis kroppsneglekt og visuell neglekt. Man har sett at begge typer kan forekomme samtidig, og ulike grader av neglekt er vanlig ved skader i høyre hemisfære (Wyller & Sveen, 2002). Ved visuell neglekt kan pasienten slite med å finne begynnelsen på linjene når de skal lese. Ved kroppsneglekt kan pasienten for eksempel barbere bare halve ansiktet, eller glemme å kle den ene armen. Noen ganger er ensidig neglekt beskrevet som at personen ignorerer informasjon fra den ene siden av kroppen. Denne beskrivelsen burde brukes forsiktig da ordet nærmest påstår at personen er klar over stimuli og velger å ikke bry seg om det (Blake, 2019). Tvert imot er ikke ensidig neglekt en bevisst ignorering av informasjon, men en dårligere evne til å prosessere den informasjonen (Blake, 2019). Ved en høyresidig skade ser man en venstresidig neglekt og forskning har vist at høyresidige skader er mer alvorlig og varer lengre (Bowen A, 1999; Mesulam, 1981).

2.5.3 Prosodi

Prosodi handler om de musikalske sidene ved uttalen med tone, trykk, lengde, rytme og pauser (Høigård, 2013). Pasienter som er rammet av høyresidige hjerneslag kan oppleve reduserte evner til å produsere eller forstå lingvistisk og/eller følelsesmessig informasjon, kommunisert med en grunnleggende frekvens-, intensitet-, eller varighetssignal i talen (Tompkins et al., 2017). Begrepet prosodi benyttes gjerne til å beskrive mangler i produksjon eller forståelse av variasjoner i tonehøyde, varighet, styrke og pausetid (Ross, 1981). Blake (2019) viser videre til grammatisk prosodi som bidrar til å gruppere ord og setninger, som for eksempel ved spørsmål og utsagn. Hun nevner også flere typer prosodier, hvor følelsesmessig prosodi handler om å formidle humør og følelser, mens indeksisk prosodi illustreres best ved å se nærmere på talene til Barack Obama som modulerer stemmen på enkelte ord og setninger. Indeksikalitet dreier seg om variasjoner som utelukkende knyttes til geografi, eller at en gitt populasjon eller gruppe mennesker knyttes til visse språklige trekk. Når språket også blir en del av en sosial status-vurdering, skjer det ofte en økning i indeksikaliteten (Silverstein, 2003).

Det viser seg videre at skader etter høyresidige hjerneslag følger grammatiske og pragmatiske undergrupper, ofte samlet under merkelappen lingvistisk prosodi. Denne kan bli påvirket etter skade i høyre hemisfære, men hvor forskningens hovedtyngde er tuftet på den følelsesmessige prosodien (Blake, 2019). Prosodi kan også gi en person informasjon om humør, ironi, eller om en faktisk betydning som ligger i det som blir kommunisert i samhandlinger med andre mennesker (Pell, 1999). Det er mulig i denne sammenheng å forstå hvilket humør to samtalepartnere er i ved å lytte til dem fra lang avstand. I en studie utført av Pell (1999) viste personer etter høyresidig hjerneskade vansker tilknyttet prosodier med færre prosodiske hint enn ved en funksjonsfrisk kontrollgruppe. Det viser seg også at dersom en person ønsker å avslutte en samtale, vil dette kreve endringer av prosodiene, noe som innebærer at tonefallet gir et hint om at samtalen bør avsluttes. Det påpekes videre at å avslutte en samtale i utgangspunktet er svært krevende for en person med KKV på grunn av kravet til en pragmatisk forståelse sammen med velfungerende eksekutive funksjoner (Blake, 2019).

2.5.4 Forståelse

Det er tidligere nevnt at personer med ervervede KKV etter høyresidig hjerneslag kan oppleve utfordringer med blant annet forståelse, hvor både tekst- og språkforståelsen kan rammes (kap 2.2). Det har lenge vært kjent at venstre hjernehalvdel aktiveres når mennesker produserer språk (Beeman & Chiarello, 1998). Høyre hjernehalvdel derimot, øker sin aktivitet når språkets kompleksitet øker, spesielt tilknyttet den språklige forståelsen. Det innebærer at når venstre hjernehalvdel aktiveres under språkprodusering, arbeider høyre hjernehalvdel for språkforståelse (Beeman & Chiarello, 1998).

I tillegg til språkforståelsen vil det også være en risiko for at forståelsen av et figurativt språk, som for eksempel metaforer, overdrivelse eller paradoks, rammes ved ervervede KKV (Stemmer, 2008). Figurativt eller ikke-bokstavelig språk kan også være utfordrende for personer med KKV, ettersom det impliserer forståelsen av det usagte (Stemmer, 2008). Vansker med å tolke ikke-bokstavelig språk har lenge vært assosiert med skader i den høyre hemisfæren (Blake, 2019). Vanskene har i mange sammenhenger omhandlet en manglende forståelse av sammenligninger, idiommer (et uttrykk eller en vending som ofte er særegen for et

språk) og indirekte spørsmål. Videre forklarer hun at ikke-bokstavelige setninger har både den bokstavelige og den intenderte ikke-bokstavelige betydningen.

En annen form for forståelse som går forbi bokstavelige tolkninger, er evnen til å trekke slutninger. Slutninger er informasjon som ikke eksplisitt er talt, men som må bli utledet fra riktig kontekst (Blake, 2019). Produksjon av slutninger krever bruk av kontekstuelle ledetråder eller hint, og Blake (2019) viser til at det i litteraturen har vært uenigheter forbundet med hvorvidt det er mulig for en pasient med ervervede KKV etter høyresidig hjerneslag å benytte kontekst for å forstå ytringer. Noen forskningsrapporter indikerer at personer innenfor den nevnte vanskegruppen ikke er i stand til å benytte kontekst for å trekke slutninger (Beeman & Chiarello, 1998; Hough, 1990), mens andre mener at bruken av kontekst er relativt bevart hos pasientene (Blake & Lesniewicz, 2005; Leonard, Waters & Caplan, 1997). Sannheten ligger trolig en plass imellom, at det ikke er enten eller, men at det kreves mer forskning på området (Blake, 2019).

2.5.5 «*Theory of mind*»

Et annet aspekt ved høyresidige skader er at de kan gi vansker med theory of mind (ToM). ToM innebærer å kunne forstå at andre mennesker har tanker, følelser og ideer som ikke nødvendigvis er lik ens egen (Aboulafia-Brakha, Christe, Martory & Annoni, 2011; Balaban, Friedmann & Ziv, 2016). I Norge kan vi koble ToM med ordet mentalisering, hvor vi vanligvis hører om denne teorien i forbindelse med autismespekteret (Kaland, 1996). Vansker med ToM kan gjennom kommunikasjon gi problemer med forståelsen av sarkasme og ironi, og hva som er sosialt akseptert oppførsel, for eksempel at vi ikke skal sitte og rape ved matbordet (Balaban et al., 2016). Vansker med ToM kan føre til at enkelte deler i språkproduksjon blir berørt, for eksempel bruken av pronomen. Med andre ord er mennesker med disse vanskene ofte avhengig av at mottaker forstår konteksten, og hva det refereres til (Balaban et al., 2016).

3.0 Design og metode

I dette kapittelet vil jeg begrunne og forklare de metodiske valgene som er benyttet til dette forskningsprosjektet. Forskningsprosessen blir gjort rede for ved først å beskrive et utforskende, induktivt design med en kvalitativ datainnsamlingsmetode. Deretter ser jeg

nærmere på kvalitativt semistrukturert forskningsintervju, utvalg, datainnsamling og analyse. Videre rettes fokus mot utfordringer knyttet til litteratursøk og nødvendigheten av forskningens kvalitet med hensyn til blant annet reliabilitet og validitet. Avslutningsvis belyses noen etiske vurderinger som ble gjort underveis i prosessen.

3.1 Et utforskende, induktivt design med kvalitativ datainnsamlingsmetode

Med bakgrunn i problemstillingen ble det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming i forskningsprosjektet mitt. «Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres» (Malterud, 2017, s. 30). I en kvalitativ studie vil vi se sentrale begreper som beskrivelse, forståelse og mening (Postholm, Jacobsen & Søbstad, 2018). Jeg er ute etter å innhente beskrivelser av hvordan logopeder kartlegger og behandler mennesker med ervervede, KKV. En kvalitativ metode er hensiktsmessig i dette prosjektet grunnet størrelse på utvalget mitt som består av få informanter, men som jeg mener sitter med de fyldige beskrivelsene jeg er ute etter. Samtidig opplever jeg prosjektet som et lite utforsket felt innen logopedien og dermed får også dette et eksplorerende design med induktiv, metodisk tilnærming (Befring, 2015). Datainnsamlinger ved kvalitativ forskningsmetode kan være dokumentanalyse, observasjon og intervju. Med bakgrunn i mitt ønske om å samtale med informantene mine for å kunne innhente nok utdypende beskrivelser og erfaringer, samt mitt bosted i forhold til institusjonene hvor informantene mine er ansatt, falt valget mitt på samtale med informantene i form av intervju.

3.2 En oppfølgende vitenskapsteoretisk tilnærming

«Ingen av oss møter verden forutsetningsløst, og vår bakgrunn – både personlig og faglig vil være en del av prosessen ved å etablere kunnskap» (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 51)

I forskningsprosjektet er jeg følgelig ute etter å innhente kunnskap og få innsikt i hvordan logopeder arbeider med KKV, hvor jeg befinner meg i et epistemologisk perspektiv. Innenfor dette perspektivet er det ulike synspunkter på hvordan vi kan finne frem til best mulig kunnskap om virkeligheten (Postholm et al., 2018). Siden jeg ønsker å vite hvordan logopeder opplever og erfarer arbeidet med disse vanskene, er det ønskelig å få vite hvordan de oppfatter fenomenet KKV. I moderne vitenskapsteori benevnes dette synet som konstruktivisme, fordi

vi ikke nødvendigvis ser objekter slik de faktisk er, men konstruerer heller en gjengivelse av objektet (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Informantene mine gir ulike beskrivelser hvordan de imøtekommer fenomenet, fordi de er personer uavhengig av hverandre med ulik bakgrunn og livserfaring, noe som også gjelder dem de skal kartlegge og behandle. De kartlegger og behandler gjerne fenomenet ulikt seg imellom og ulikt fra person til person, hvor vi følgelig kan uttrykke at kunnskapen er i stadig endring og fornyelse. Videre betegnes dette som sosialkonstruktivisme, siden det er gjennom samhandling med informantene at det utvikles en forståelse av fenomenet, og hvordan logopedier forholder seg til det (Postholm et al., 2018).

3.3 Et utforskende induktivt design

Fra jeg startet prosessen med å tenke på forskningstema, og hva som var ønskelig å undersøke og finne ut av, har det vært mange overveielser med tilhørende valg av veien videre. Jeg har tatt stilling til hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen bør gjennomføres. Det er disse valgene og overveielserne som kan benevnes som forskningsdesign. Ifølge Thagaard (2018) vil prosjektets design beskrive retningslinjene for hvordan vi som forskere tenker å gjennomføre prosjektet. Her vil jeg kunne finne nærmere beskrivelser for hva undersøkelsen skal rette oppmerksomheten mot, hvem som er aktuelle deltakere, hvor undersøkelsen skal utføres, og hvordan den skal utføres. Det er nødvendigvis ikke et design som er bedre enn andre, det som gjør det til et godt design er avhengig av hva slags problemstilling vi ønsker å belyse (Postholm et al., 2018). Med utgangspunkt i forskningsprosjektets problemstilling falt valget på kvalitativ metode med et utforskende, induktivt design som overliggende plan for gjennomføring. Ved hjelp av det tilhørende deskriptive perspektivet blir det anledning til å studere nærmere hva mine informanter med egne ord forklarer om sine opplevelser med ønske om å avdekke viktige funn. Denne fremgangsmåten vil selv ut fra et lite utvalg kunne gi fylldige data for nærmere analyser (Malterud, 2012). Dermed kan dette prosjektet kalles utforskende, fordi aspektet ved kognitive kommunikasjonsvansker i et logopedisk perspektiv er en pasientgruppe som hittil har fått lite fokus i logopedisk praksis og utdanning, både nasjonalt og internasjonalt (Flatebø, 2016; Kelly, McDonald, & Firth, 2017). Det er følgelig interessant i å innhente kunnskap om hvordan KKV som fenomen forstås, praktiseres og behandles av logopedier på ulike institusjoner. Prosjektet handler følgelig om å finne fram til den sentrale, bakenforliggende meningen i opplevde erfaringer (Postholm et al., 2018).

3.3.1 Induktiv tilnærming

I forskningsprosjektet mitt med tilhørende design har jeg valgt en induktiv tilnærming, der målet er å finne fram til informantenes perspektiv av det aktuelle fenomenet (Nilssen, 2012). En induktiv tilnærming innebærer at det ikke tas utgangspunkt i en gitt teori, men at relevant teori kobles opp mot funnene, etter at datainnsamlingen er gjennomført (Larsen, 2017). På denne måten kan ny teori utvikles på grunnlag av forskningsfunn, hvor jeg også på denne måten går fra empiri til teori på et område, hvor det finnes relativt lite forhåndskunnskap. Med bakgrunn for at det i mindre grad finnes evidensbasert forskning i Norge med tanke på kartlegging eller behandling av KKV, blir det benyttet ulike framgangsmåter ved disse vanskene (Flatebø, 2016). Vi kan dermed finne støtte i den induktive tilnærmingen gjennom et konstruktivistisk perspektiv, der det ofte antas at virkeligheten i liten grad er stabil og objektiv, hvor det heller blir nødvendig å kunne forstå det dynamiske og unike (Postholm et al., 2018). Ved å intervjuere flere logopeder med god erfaring fra forskningsfeltet mitt, vil det kunne komme ulike svar som også uttrykker at det finnes flere veier til god kartlegging og behandling ved pasienters ervervede KKV. Det er videre nødvendig å presisere at selv om jeg forsøker å gå inn i forskningen med et helt åpent sinn, noe en induktiv tilnærming begrunnes med, vil dette være umulig da min forståelse av et fenomen allerede er farget av mine egne tanker, teorier og livserfaringer helt fra første gang jeg hørte begrepet (Postholm et al., 2018). Det er følgelig et mål i seg selv å inneha mest mulig objektivitet.

3.3.2 En hermeneutisk tilnærming

Den hermeneutiske vitenskapsteorien er i dette forskningsprosjektet foretrukket, ettersom den ifølge Nilssen (2012) innehar en dialogisk natur, hvor både tolkningen og forståelsen må ses på som en kunnskapsprosess som utvikles gjennom en samtale mellom forskeren og det som tolkes. I følge Befring (2015) beskriver Gadamer den hermeneutiske filosofien som erfaringens vei, hvor den sirkulære prosessen starter med en forut-forståelse som videreutvikles ved innhenting av nye erfaringer som igjen tolkes og fører til en utvidet forståelse. Denne forståelsen danner grunnlaget for innhenting av nye impulser og refleksjoner som kan styrke innsikten vår og resultere i en helhetlig forforståelse av fenomenet det forskes på.

Thagaard (2018) viser til at hermeneutikken fremhever nødvendigheten av å fortolke personers handlinger og utsagn ved fokusering på en dypere mening enn det som først virket innlysende. Denne tilnærmingen vektlegger at det ikke finnes kun en sannhet, men at ulike fenomener kan tolkes i flere omganger. Både min egen forforståelse og mine informanternes forforståelse av fenomenet bidrar gjerne til å farge de måtene jeg fortolker teksten. Det at jeg har min forforståelse vil være viktig for min videre utvikling av forståelsen. I begynnelsen vil min fortolkning av fenomenet bidra til å utvikle en samtale mellom meg og mine informanter, men den vil til slutt være med på å videreutvikle en dialog mellom meg som forsker og det empiriske datamaterialet (Dalen, 2011). Det er følgelig i denne dialogen at min forforståelse og aktuelle teori om fenomenet vil kunne påvirke fortolkningen i den videre prosessen.

3.3.3 *Min rolle som forsker*

Som forsker har jeg et stort ansvar for å være bevisst og synliggjøre rollen min i forskningen. Flere som har forsket på noe har en eller annen forforståelse av fenomenet det forskes på, hvor det ikke er negativt i seg selv for meg å inneha en viss forforståelse så lenge jeg drøfter og synliggjør betydningen av denne (NESH, 2016). Det gjelder særskilt da det i mitt første møte med fenomenet som pårørende var nødvendig å tenke nøye gjennom både problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål for å kunne utforme en valid intervjuguide med fokus på logopedenes erfaringer. Ifølge Dalen (2011) vil jeg på denne måten kunne gi leserne mulighet til å vurdere kritisk i hvilken grad min forforståelse og forkunnskap kan ha påvirket tolkningen av resultatene. Å forholde meg mest mulig objektivt er følgelig noe jeg har lagt mye vekt på. Jeg reflekterer for øvrig rollen min i forskningen og mener å inneha en rimelig god objektiv rolle (Postholm et al., 2018). Selv om vi innehar en forkunnskap og forforståelse for fenomenet, har jeg ingen erfaringer som logoped i møte med vansken, hvor jeg følgelig mener å ha inntatt en mest mulig objektiv rolle ved utforming av intervjuguiden og i mine samtaler med informantene. For meg fremsto informantene som eksperter på feltet sitt hvor jeg med genuin interesse ønsket å innhente mest mulig fyldige beskrivelser og erfaringer.

Som nevnt i innledningen startet nok min interesse for fenomenet fra min opplevelse som pårørende. I møte med informantene tok jeg tidlig en avgjørelse om å ikke nevne min egen rolle som pårørende for å unngå etiske utfordringer for informantene underveis i samtalen.

Dette førte til at jeg iherdig har gått inn for å innhente mest mulig kunnskap om emnet, både hvordan jeg som pårørende og kommende logoped best mulig kan forholde meg til vansken, og at det heller ikke gikk lang tid før jeg innså den store mangelen på forskning innenfor det logopediske fagfeltet. KKV er ikke en uttalt språkvanske, hvor det følgelig gjerne er flere logopeder som anser KKV som noe de ikke nødvendigvis skal forholde seg til. Hensikten bak forskningen er ønske mitt om å utvikle og spre informasjon og kunnskap om hva KKV er, og hvordan vi kartlegger og behandler fenomenet.

I fortolkningsprosessen er det nødvendig å være observant for egen forforståelse. Min integritet blir følgelig satt på prøve gjennom hele forskningsprosjektet, og spesielt i intervjusituasjoner hvor jeg som intervjuer selv er det viktigste redskapet for innhenting av kunnskap (Kvale et al., 2015). Avgjørende faktorer for best mulig å kunne sikre den vitenskapelige kvaliteten, anser jeg videre for å være profesjonalitet, ærlighet, kunnskap og nøyaktighet, foruten at resultatene bør valideres best mulig.

3.4 Kvalitativt semistrukturert forskningsintervju

Når jeg bruker intervju som datainnsamlingsmetode innebærer det å kunne benytte samtaleformen for å innhente de omsøkte opplysninger. Jeg har forsøkt å holde meg mest mulig nøytral under intervjuene og lot dermed informantene få frihet til å uttrykke det de ønsket om emnet. Intervjuene vil forøvrig kunne gi meg muligheten til å få fyldige og detaljerte beskrivelser av hva jeg forsker på. I følge Johannessen et al. (2016) vil de fleste informanter føle seg vel i intervjuformen, forutsatt at temaet ikke er for sensitivt eller vrient. For min del vil dette være et vesentlig moment da jeg er avhengig av at informantene mine vet at de sitter inne med verdifull informasjon som igjen vil kunne bidra til å styrke forståelsen om hvordan det arbeides med ervervede, KKV. Ved å intervju de utvalgte logopedene er det ønskelig å innhente erfaringer og arbeidsmåter som ikke lar seg tallfeste eller måle. Jeg legger følgelig opp til refleksjoner rundt nøkkelspørsmål som igjen kan gi rom for å dekke flere aspekter ved de aktuelle arbeidsmetodene til denne vansken. Ved å intervju logopeder som til daglig jobber med målgruppen, mener jeg vi vil få best mulig innsikt i de benyttede arbeidsmetodene fra kartlegging til utarbeidelse av målsettinger for det videre arbeidet. Gode forberedelser, god dialog med informantene og en grundig intervjuguide vil være nøkkelmomenter i arbeidet for best mulig sikring av det kvalitative forskningsprosjektet.

Befring (2015) kommer nærmere inn på at kvalitative forskningsdesign ofte er godt egnet for å fange opp det uventede, noe som også kan være det jeg forventer av intervjuene. Det uventede, den kunnskapen og de erfaringene informantene har lært seg gjennom flere års målrettet arbeid med målgruppen, er nettopp det jeg håper skal komme til uttrykk ved bruken av den kvalitative metoden. Videre ser vi metodens styrker i form av dens fleksibilitet og lite formaliserte preg som igjen vil kunne gi rom for kreative tilpasninger og improvisering. I forskningsprosjektet mitt benytter jeg et semistrukturert intervju med utgangspunkt i tre underliggende forskningsspørsmål som skal være til hjelp for å belyse problemstillingen.

3.4.1 Utforming av intervjuguiden

Johnsen (2018) uttrykker nødvendigheten av å fokusere på utviklingen av en hensiktsmessig intervjuguide i planleggingsfasen samt foreta ett eller flere prøveintervju av hensyn til både validitet og etikk med tilhørende innhenting av nødvendige tillatelser. Intervjuguiden har jeg utviklet som en oppfølging av forskningsspørsmålene med mulighet til å utarbeide spørsmål som derved best mulig kan belyse problemstillingen. Jeg har for øvrig utviklet rom for oppfølgingsspørsmål, dersom noe viser seg å være uklart. Ved bruk av semi- eller halvstruktureerte intervjuer er det særskilt nødvendig med en godt gjennomarbeidet intervjuguide. Dens sentrale spørsmål blir følgelig et resultat av problemstillingen og de påfølgende forskningsspørsmålene, noe som igjen gjerne bidrar til styrking av prosjektets validitet.

De første spørsmålene i intervjuguiden er overgangsspørsmål med overgang fra bakgrunn og formål med introduksjon av prosjektet samt informasjon om deres rettigheter knyttet til deltakelsen i forskningsprosjektet. Her er tanken om å bli noe kjent med hverandre ved å komme nærmere inn på enklere tema som bakgrunn, utdanning og kjennskap til prosessen i prosjektet. Ved å stille disse nøye, planlagte overgangsspørsmålene ønsker jeg å få i gang den gode samtalen og vise min interesse for deres bakgrunn. Vi styrker gjerne validiteten ved å starte intervjuet på informantenes premisser, blant annet for å gi dem mulighet til å uttrykke seg på en mest mulig fri og naturlig måte (Kvale et al., 2015). Mitt påfølgende spørsmål ber om informantenes forståelse av begrepet ervervede KKV, slik at dette kommer tidlig frem i intervjuet for å sikre at vi har en best mulig, felles forståelse gjennom den oppfølgende samtalen. Det påpekes videre at de intervjuerne som vet hva de spør om, og hvorfor de ofte

spør, vil gjerne prøve å avklare meningene som kommer frem og som anses å være relevante for prosjektet. Ved å tydeliggjøre informantenes utsagn på denne måten vil den videre analysen kunne gi et sikrere grunnlag ved å gi informantene en følelse av at jeg som forsker lytter og er interessert i det vedkommende forteller. Det neste jeg ønsker å spørre om, er nøkkelspørsmål hvor hensikten er at informantene får anledning til å komme med sine egne erfaringer og tanker rundt spørsmålene. Intensjonen bak disse nøkkelspørsmålene er å få frem deres erfaringer i arbeidet med målgruppen, med andre ord hvordan kartlegger de, og hvordan utarbeider de målsettinger sammen med de rammede. I siste del av intervjuguiden åpnes det for å komme med annen, aktuell informasjon som kan ha betydning for problemstillingen. Underveis i samtalen har jeg allerede beskrevet muligheten for oppfølgingsspørsmål som kan hjelpe meg med å forstå bedre, dersom noe er utydelig (Vedlegg 1).

3.5 Utvalget

I denne studien tok jeg sikte på å finne fram til de logopedene som innehar best mulig kunnskap om målgruppen. Det er nødvendig at jeg som forsker må samle inn de data som er mest mulig relevant og pålitelig til formålet (Johannessen et al., 2016). For min forskningsoppgave vil det ikke være interessant å spørre en hvilken som helst logoped da jeg ønsker å komme i kontakt med nøkkelpersoner som sitter inne med den kunnskapen jeg primært søker. Vi kan benevne logopedene jeg vil ha tak i for elitepersoner, hvor eliteintervju er «intervju med personer som er ledere eller eksperter....»(Kvale et al., 2015, s. 354). Selv om informantene mine ikke selv mener å være eksperter, blir de i denne studien nøkkelpersoner med utgangspunkt i deres kunnskap og erfaringer.

For å finne fram til de aktuelle logopedene etablerte jeg kontakt med de ulike rehabiliteringsenhetene i landet vårt som igjen kunne sitte inne med gode kunnskaper om målgruppen. Jeg var interessert i å intervju flere logopeder ved ulike rehabiliteringsenheter for å få et best mulig sammenligningsgrunnlag. Dette er logopeder med bred erfaring og som til daglig arbeider eller har arbeidet med målgruppen. En slik måte å få tak i informanter på benevnes som strategiske utvalg, fordi vi finner først fram til hvilke deltakere som må delta for å kunne besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2016). Kriteriene jeg velger ut ifra innebærer utdanning innen logopedi og tilhørende erfaringer fra de ervervede vanskene, noe som kan benevnes som en kriteriebasert utvelgelse av informanter.

3.6 Datainnsamlingen

Forutsetningene tatt i betraktning for innhenting av data, falt valget som tidligere nevnt på intervju (kap 3.1). I starten da ideen om prosjektet ble til, kom jeg fram til at det enkleste ville være å gjennomføre intervjuene over digital plattform som for eksempel Skype da rehabiliteringsinstitusjonene er godt spredt omkring i landet. Det ble sendt mail til postmottaket for flere av landets rehabiliteringsinstitusjoner, der mailen ble bedt sendt videre til institusjonens logoped med forespørsel om deltakelse i prosjektet. Vedlagt i mailen lå et informasjonsskriv som var godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med blant annet informasjon om prosjektets intensjon, hva en deltakelse i prosjektet medførte og deltakernes rettigheter (Vedlegg 2).

Etter noe tid med vansker i å innhente nok informanter så jeg meg nødt til å utvide søkekriteriene med en søknad til NSD (Vedlegg 3). Jeg hadde nå fått godkjenning til å etablere kontakt med privatpraktiserende logopeder, hvor jeg benyttet hjemmesiden til Norsk logopedlag, der flere logopeder har lagt ut kontaktinformasjon for hvilke type vansker de jobber med og tilhørende erfaringer. Her bestemte jeg meg for å kun kontakte de som hadde skrevet at de jobbet med «alt innen kommunikasjon» og «kognitive vansker». I den tilsendte mailen spurte jeg også om de kjente til en eller flere logopeder som kanskje kunne være aktuelle for prosjektet. Jeg fikk svar fra de fleste forespurte, men dessverre takket samtlige nei til å delta, noe de begrunnet med at de hadde for liten erfaring med KKV og dermed lite å bidra med. Samtlige ønsket meg derimot lykke til og mente det var et viktig prosjekt som de så fram til å lese. Det ble også lagt ut informasjon på hjemmesiden til Norsk logopedlag, samtidig som organisasjonen var behjelpelig med å legge ut henvendelsen på logopedlagets Facebookside.

Etter en stund fikk jeg tips om flere aktuelle logopeder for prosjektet mitt, hvorpå jeg sendte dem mail med forespørsel om deltakelse. Det viste seg at disse logopedene hadde erfaring fra vanskegruppen og ville gjerne stille opp til intervju, hvorpå vi avtalte dato og tidspunkt for når intervjuene skulle gjennomføres. Det ble avtalt at jeg skulle sende en link til det digitale møterommet på mail til informantene som de igjen skulle benytte for å komme inn til det. På forhånd hadde jeg gjennomført et prøveintervju og en vanlig videosamtale over Skype for å sjekke at alt av lyd, video og nettforbindelse var i orden. Informantene ønsket gjerne å se

intervjuguiden jeg skulle benytte, slik at de kunne forberede seg på best mulig måte og dermed gi meg fylldige beskrivelser og god informasjon om erfaringene sine. Guiden ble sendt til dem på mail, noe som var svært hensiktsmessig, slik at formålet bak intervjuet og spørsmålene var tydelig og klar, før intervjuene skulle gjennomføres.

I tiden da intervjuene skulle igangsettes, kom Covid-19 til landet vårt, hvor det viste seg at avtalte intervju over digital plattform var den beste og eneste måten for å kunne gjennomføre intervjuene, hvorpå samtlige logopeder kunne delta til planlagt tid. Intervjuene varte mellom 50-75 min, hvor jeg følte at jeg fikk svar på spørsmålene mine på en fyldig og god måte.

3.7 Analysen

Da jeg hadde samlet inn hele datamaterialet, måtte det analyseres og tolkes, hvor jeg som forsker i den kvalitative dataanalysen fokuserer på å fremme det sentrale meningsinnholdet i tekstform. Analysen i dette prosjektet består av ulike trinn i form av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012). Senere i kapittelet vil jeg komme nærmere inn på de ulike trinnene, men først ser jeg nærmere på første del av analysen som omhandler forberedelsen av det innsamlede materialet.

3.7.1 Transkripsjon og bearbeidelse

Gjennom transkripsjon ble det innsamlede datamaterialet omgjort fra muntlig tale fra båndopptaker til analyserbar tekst i Word (Nilssen, 2012). Båndopptaker og penn ble benyttet under intervjuene, slik at tale og notater sammen kunne utgjøre essensen i besvarelsene. For å sikre at det innsamlede datamaterialet skulle være ferskt, transkriberte jeg intervjuene til tekst kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Etter transkripsjonen var gjort, lyttet jeg til lydopptaket samtidig som jeg leste gjennom transkripsjonen for å sikre meg at alle ord var kommet med. De tre intervjuene mine ble først transkribert på dialekt, før jeg senere omskrev dem til bokmål. Jeg vurderte at denne omskrivingen så godt som mulig ikke skulle påvirke meningsinnholdet til informantene. Med tanke på fyllord som «eh» og «mhm» ble også disse tatt ut av teksten fra første til andre runde under transkriberingen, hvor heller ikke denne justeringen skulle påvirke informantenes faglige besvarelser. Jeg anså dette som et grep for å sikre en enklere prosess med en mer komprimert tekst som i større grad var rensket for irrelevante data. Målet med bearbeidningen var å få god oversikt over informantenes bidrag

slik at datamaterialet videre kunne analyseres og sees i sammenheng og lys av teori og forskning (Dalen, 2011). Når intervjuene var ferdig redigert, skrev jeg dem ut for å forberede meg på neste steg i prosessen med analysering av data for å avdekke interessante sammenhenger og eventuelle nye antagelser.

3.7.2 Analyse av data

Datamaterialet i forskningsprosjektet er analysert med utgangspunkt i Malteruds analysemetode som kalles systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012). I dette prosjektet har nevnte metode vært sentral, selv om jeg ikke har fulgt stegene for systematisk tekstkondensering steg for steg.

Det første trinnet i den videre analysen omhandlet gjennomlesning av hele datamaterialet for å få et helhetsinntrykk av de transkriberte intervjuene. Målet mitt var å skaffe et overordnet blikk over datamaterialet med tilhørende meningsinnhold (Johannessen et al., 2016; Malterud, 2012). I startfasen benyttet jeg meg av NVivo12 for å sortere funnene i kategorier. Jeg erfarte at det var lettere å ha oversikt over datamaterialet ved manuell sortering. Derfor for å få et godt overblikk av materialet gikk jeg inn i transkripsjonen og la ulike farger på utsagnene til logopedene som jeg mente var meningsbærende for hvert tema. Bakgrunnen for forskningsprosjektet er å formidle logopedenes erfaring med kartlegging og behandling for å kunne gi andre logopeder konkrete forslag til arbeidsmetoder. I intervjuguiden hadde jeg spørsmål om utfordringer knyttet til både kartlegging og behandling der hvor informantene satte ord på mange ulike utfordringer som var interessant og lærerik. Temaene ble derfor først inndelt i følgende: Kartlegging, utfordringer ved kartlegging, behandling, utfordringer med behandling og til slutt evaluering av tiltak. Deretter skrev jeg ut transkripsjonene for å så klippe ut det meningsbærende innholdet og sortere det på nytt i egnede tema. Så snart jeg hadde skaffet meg et helhetsinntrykk, fortsatte jeg med å finne meningsbærende enheter i materialet. Her var målet å finne noen momenter som kunne relateres til tematikken i prosjektet. Med bakgrunn i at det er formidling av arbeidsmetoder som ligger sterkest til grunn i forskningsprosjektet, ble kapitlene med utfordringer til slutt satt som underkapitler i hvert hovedkapittel. I denne fasen ble min egen forforståelse etter beste evne satt til side, slik at informantens stemmer og beretninger ble mest mulig synlige. Jeg ønsket å være årvåken ovenfor informantens stemmer og møte datamengden med et åpent sinn. For å kunne skaffe

meg et helhetsinntrykk og følge prosessen stegvis er det ifølge Malterud (2012) essensielt med en overkommelig datamengde og en trinnvis prosess.

For å kunne identifisere de viktige meningsbærende enhetene i datamaterialet, brukte jeg tusjer med ulike farger. Med utgangspunkt i Malterud (2012) trinnvise prosess for systematisk tekstkondensering, kalt dekontekstualisering, benyttet jeg først en grønn tusj for de meningsbærende enhetene med en påfølgende oransje tusj for identifisering av relevante utsagn. Neste trinn i prosessen innebar å gjøre de meningsbærende enhetene om til koder som igjen måtte leses linje for linje flere ganger underveis i prosessen, revurderes og justeres. Målet var å finne meningsbærende utsagn eller enheter som ga mening med tanke på min problemstilling. Ifølge Johannessen et al. (2016) er koding et nødvendig verktøy for å kunne organisere og påvise meningsbærende informasjon i en datamengde. Dermed ble det lettere å trekke ut likheter og forskjeller av informantenes svar samtidig som helheten i oppgaven skulle bevares. I det videre analysearbeidet hadde jeg fokus på at det ikke var spørsmålene mine som skulle danne grunnlaget for mine kategorier og min inndeling. Dette ønsket jeg at informantene skulle hjelpe meg med i form av sine svar og beskrivelser. Videre i prosessen ble noen meningsbærende enheter som ikke passet helt inn lagt til side, samtidig som jeg jobbet videre med å redusere datamengden med fokus på problemstillingen.

Det siste steget i den systematiske tekstkondenseringen handler nettopp om kondensering som igjen betyr å omgjøre koder til mening. Det overordnede målet her er å få hver kodegruppe systematisert og abstrahert for lettere å kunne oppdage et mangfold av nyanser. Det er fremdeles vesentlig at den enkelte informants stemme forblir tydelig og synlig i denne delen av prosessen (Malterud, 2012). I praksis betydde dette at jeg startet arbeidet med å klippe ut de grønne og oransje enhetene, før jeg sorterte og plasserte dem etter kategori og overordnet kode. Eksempelvis ble alt som handlet om behandling samlet under samme kategori og med samme fargekode. For å være i stand til å finne sammenhenger og mønstre blant informantenes svar, måtte jeg se nærmere på de meningsbærende enhetene for så å skille disse ut i nye undergrupper med relevante koder. Dette var første ledd i den induktive fortolkningsprosessen, hvorpå datamaterialet besto av totalt tre ulike fargekoder som utgjorde hovedtemaene i besvarelsen.

3.8 Litteratursøk

For å forsterke validiteten i prosjektet har litteratursøk vært en vesentlig del av prosessen med søk etter relevant teori som kunne styrke oppfølgingen av oppgaven, samtidig som jeg ønsket å finne en plassering av oppgaven i relasjon til tidligere forskning. Fra da jeg bestemte meg for tematikk og begynte å jobbe videre med en problemstilling, har jeg i hele perioden fra september 2019 og frem til august 2020 jobbet intenst med å finne oppdatert og relevant litteratur, både nasjonalt og internasjonalt. Jeg har søkt på nøkkelord som blant annet pragmatiske språkvansker, sosiale kommunikasjonsvansker, kognitive vansker, kommunikasjonsvansker, høyre hemisfæreskader for å nevne noen. Her var jeg på utkikk etter hva tidligere forskning kunne uttrykke, og om på hvilken måte jeg kunne dra nytte av den eksisterende kunnskapen. I varierende grad har jeg opplevd at mine litteratursøk har gitt resultater, hvor jeg også har henvendt meg til Universitetsbiblioteket ved Nord Universitet for hjelp til å innhente nødvendig teori. Dette har vært til stor hjelp som også har kjøpt inn nye e-bøker i prosessen, noe jeg er svært takknemlig for. Jeg erfarer at det er lite forskning og teori på KKV i Norge, noe som vises i form av manglende forskningsgrunnlag knyttet til kartlegging samt behandling og veiledning innenfor logopeders arbeid med menneskers ervervede, KKV. Jeg oppdaget tidlig at behovet for mer forskning innenfor dette området var etterlengtet, noe som motiverte meg ytterligere. I tillegg til god hjelp fra nevnte Universitetsbibliotek har jeg også måttet bestille enkelte bøker fra USA da biblioteket ikke hadde mulighet til å innhente alt jeg spurte om. Referanser har blitt lagt inn i Endnote X9 for videre bearbeiding.

3.9 Forskningens pålitelighet

Kvalitet i forskningen er vesentlig for hva vi kan tørre å konkludere med, hvis vi ikke under hele forskningsprosessen kan reflektere over og vise til forskningens pålitelighet og gyldighet? Pålitelighet eller reliabilitet som det ofte blir referert til, gir uttrykk for nøyaktigheten og stabiliteten av data (Befring, 2015). Ved å synliggjøre måten jeg har valgt å innhente informasjon på, hvorfor jeg har valgt å gjøre det slik, og hvordan jeg bearbeider den vil igjen kunne styrke påliteligheten ved forskningen min. Validitet eller gyldighet sier noe om hvilke begrensninger som er knyttet til min egen forskning og min egen årvåkenhet i forhold til disse begrensningene, og dette blir videre drøftet senere i kapitlet. Guba (referert i (Postholm et al., 2018, s. 222) har erstattet begrepet *validitet* med troverdighet og overførbarhet og *reliabilitet* med pålitelighet og bekreftbarhet siden begrepene reliabilitet og

validitet er nærmere knyttet til en kvantitativ tilnærming, der vi enklere kan måle nøyaktigheten ved forskningen. Likevel velger jeg å forholde meg til overbegrepene reliabilitet og validitet og samtidig belyse hvorfor og hvordan vi kan benytte begrepene som redskaper for styrking av pålitelighet og gyldighet. Enhver studie og forsker er følgelig i stor grad avhengig av å kunne sikre seg en best mulig validitet og reliabilitet som vises stegvis og som ønskes best mulig belyst for leseren gjennom hele forskningsprosessen. Andre begreper som også kommer til å bli drøftet i kapitlet er transparens, refleksivitet og overførbarhet.

3.9.1 Reliabilitet

Johannessen et al. (2016) uttrykker at reliabilitet omhandler en form for stabilitet eller konsistens i den aktuelle fremstillingen, noe som igjen uttrykker noe om hvor presise de innsamlede data er. Kvalitative metoder blir ofte kritisert med tanke på dens pålitelighet med ofte mangelfulle muligheter for å etterprøve studiens resultater. I denne studien kan de følgelig ikke etterprøves som tallmateriale da de er avhengige av relasjonen og samtalen mellom meg som intervjuer og intervjuobjektene mine. For å sikre høyest mulig troverdighet i dette forskningsprosjektet er det følgelig vesentlig å kunne innta en mest mulig objektiv rolle gjennom hele prosessen. Siden jeg er mitt eget forskningsinstrument har det vært viktig for meg å belyse hvordan rollen min som forsker utformes i samspill med informantene (Postholm et al., 2018). Ved å være bevisst og belyse egen forforståelse og den innvirkningen den kan ha på reliabiliteten mener jeg kan styrke prosjektets pålitelighet. Ved å rekruttere logopeder som jobbet ved rehabiliteringsinstitusjoner sikret jeg meg å innhente informanter som selv opplevde å ha erfaringer med fenomenet, som sier oss at det er et godt forhold mellom problemstillingens ordlyd om erfaring, sammen med informantene. Siden forskningsintervjuene har blitt tatt opp ved hjelp av lydopptak, gir dette meg en unik mulighet til å lytte til samtalen flere ganger, noe som ifølge Johnsen (2018) gjerne fører til en styrking av studiets reliabilitet. Den digitale lydopptakeren gir meg også som forsker muligheten til å kode innholdet, slik at jeg på et senere tidspunkt kan transkribere det lettere til vanlig tekst. Derimot kan det være en svakhet ved bruk av lydopptak at det kan virke forstyrrende på informantene, selv om dagens tekniske hjelpemidler medfører lite støy og øvrig ubehag.

Vurderingen av prosjektets reliabilitet kan knyttes til min rolle som forsker, utvalgsprosessen, informantene, intervjusituasjonen og metodene jeg har benyttet i bearbeidelsen av

datamaterialet (Dalen, 2011). Forskningsprosessen, eller operasjonaliseringen har jeg forsøkt å konkretisere og beskrive detaljert slik at den kan tydelig kan forstås. Operasjonalisering vil si konkretisering av alle stegene i forskningsprosessen, alt fra ordlyden i problemstillingen der jeg definerer ulike begrep slik at man kan ha en mest mulig samlet forståelse av begrepene og helt til jeg sitter igjen med de endelige resultatene (Postholm et al., 2018). Beskrivelsene og konkretiseringen kan øke reliabiliteten og påliteligheten ved at leser får god oversikt over fremgangsmåten jeg har valgt, og videre kan få et bilde av hvordan den påvirker tolkningen av resultatene. Når jeg utarbeidet intervjuguiden, ved hjelp av forskningsspørsmålene, forsøkte jeg å øke reliabiliteten ved å ha fokus på mest mulig strukturerte, hensiktsmessige spørsmål og samtidig et rikt antall spørsmål med bakgrunn i at jeg ønsket å belyse ulike innfallsvinkler knyttet til forhold med KKV. På denne måten sikret jeg at informantene svarte på samme spørsmål og la dermed grunnlaget for sammenligning i bearbeidningen og analysen (Johannessen et al., 2016). Samtidig la jeg vekt på at spørsmålene ikke skulle være ledende, men heller gi rom for at informantene kunne gi utdypende tanker og meninger (Dalen, 2011).

I denne studien har jeg et begrenset antall utvalg, noe som kan svekke påliteligheten i en kvalitativ studie, men samtidig er jeg ikke ute etter en fasit, jeg er ute etter erfaringer om arbeidsmetoder innen kartlegging og behandling av KKV, samtidig som jeg følgelig tolker innsamlet data for å se om de sammenfaller på noen måter også med hensyn til teori og forskning. I kapittel 3.6 Datainnsamlingen gjorde jeg rede for at jeg måtte søke til NSD for å øke utvalgsriteriene mine til at jeg kunne spørre også andre logopeder som ikke var ansatt ved rehabilitering grunnet vanskeligheter med å innhente nok informanter til prosjektet. Der nevnte jeg også at flere logopeder ble kontaktet, men at de av hensyn til problemstillingens ordlyd *erfaring* fraskrev seg muligheten til å delta i prosjektet. Ved å ha søkt etter informanter på blant annet Norsk logopedlags hjemmeside og facebookside, mener jeg nå å ha fått inn de informantene som selv tenkte at de hadde god nok erfaring fra fenomenet som forskes på, og det gir meg et godt grunnlag for å tro at dataen jeg har samlet inn fra dette utvalget er pålitelig.

Under intervjusituasjonen forholdt jeg meg mest mulig nøytral i den forstand at jeg stilte spørsmålene ordrett fra intervjuguiden, var bevisst eget kroppsspråk og viste forståelse og interesse for svarene. Intervjumaterialet ble transkribert like etter intervjuet var ferdig og ble

nøyaktig nedfelt ved å skrive ordrett det informantene sa. Etter første transkribering leste jeg gjennom transkripsjonen samtidig som jeg avspilte lydopptaket for å sikre at hvert ord var kommet med. Videre i arbeidet med bearbeidingen og analysen av datamaterialet kan det være en styrke at jeg har støttet meg til Malterud (2012) systematisk tekstkondensering der teorier utvikles induktivt fra datamaterialet. Det er derimot en forutsetning at jeg har bearbeidet, analysert og tolket på en nøyaktig måte og at jeg har redegjort for analysen slik at leser kan vurdere bearbeidingen.

3.9.2 Validitet

Validitet uttrykker noe om i hvor stor grad vi kan trekke gyldige slutninger i etterkant av studien. Hva er for øvrig hensikten med en studie som ingen ønsker å studere nærmere på grunn av sviktende troverdighet? Jeg har derfor på best mulig måte forsøkt å synliggjøre at funnene er troverdige med resultater fra en grundig operasjonalisering. Johannessen et al. (2016) er tydelig på at studiets pålitelighet og troverdighet er knyttet til krav som stilles til alle forskningsprosjekt. Jeg er for øvrig avhengig av at informantene deler sannheter knyttet til sine erfaringer med vanskegruppen. Det er avgjørende at jeg som forsker fremstår som pålitelig ved å gjøre forskningsprosessen synlig, hvor jeg også selv reflekterer over egen påvirkning i forskningen (Postholm et al., 2018).

Med bakgrunn i at jeg selv er hovedinstrument ved gjennomføringen av det kvalitative intervjuet, kreves det åpenhet og bevissthet om aktuelle subjektive feilfaktorer som forventninger, forutinntatthet og ledende spørsmål (Befring, 2015). Dette anses gjerne som et metodisk problem, men hvor jeg ønsker at studiets datainnsamling skal vektlegge et mest mulig objektivt fokus for derved etter beste evne å kunne unngå påvirkning av resultatene og studiets validitet. Jeg velger følgelig bare informanter jeg ikke kjenner til fra før av, hvor jeg i tillegg søker erfarne logopedier som med stor sannsynlighet har verktøyene som skal til for å videreformidle egne tanker og opplevelser på en best mulig presis og beskrivende måte. Når jeg videre skal tolke informantenes beskrivelser, må jeg først gjengi deres utsagn, før jeg fortsetter med egen tolkning med tanke på at det kommer tydelig frem hvilke utsagn som tilhører hvem. Samtidig ser jeg ikke bort fra at jeg kan ha feiltolket informantenes erfaringer med bakgrunn i min begrensede kunnskap om praktisk arbeid med ervervede, KKV. På en

annen side vil det at jeg i analyseprosessen knytter opp eventuelle funn til eksisterende teori på fenomenet styrke validiteten i prosjektet (Postholm et al., 2018).

Det er for øvrig vesentlig å se hvilke begrensninger som er knyttet til forskningen min med tanke på utvalget, og hvordan hele operasjonaliseringen har blitt gjort fra problemstilling, forskningsspørsmål, intervjuguide, innsamlingsmetode og analyse, og hvordan det kan påvirke de endelige resultatene (Dalen, 2011). I kapittel 3.5 Utvalget, benevner jeg informantene mine som nøkkelpersoner grunnet deres brede erfaring fra fenomenet. Dette kan utfordre validiteten ved at jeg legger for stor vekt på deres erfaringer (Dalen, 2011). Samtidig vil jeg påminne om at flere logopedier ble spurt og mange ekskluderte seg selv grunnet deres manglende erfaring. Nettopp det å tenke kritisk og stille spørsmål til sin egen forskningsprosess om for eksempel utvalget er stort nok til å innhente nok data, styrker validiteten. Validiteten må dermed vurderes gjennom hele forskningsprosessen, og i alle fasene for at forskningen skal reflektere det den hadde til hensikt å representere.

3.9.3 Transparens, refleksivitet og overførbarhet

I forskningsprosjektet mitt søker jeg innsikt og kunnskap, samtidig som jeg forsøker å etterstrebe redelighet. Jeg har reflektert over min forforståelse og hvordan den kan påvirke hele forskningsprosessen, fra utforming av intervjuguide og til slutt tolkninger og resultater. Nettopp fordi jeg som forsker er mitt eget instrument er det avgjørende at jeg beskriver min egen analyse og tolkningsprosess og dermed gjør eventuelle funn transparent og troverdig. En måte å sikre dette på har vært å bruke sitater for å bekrefte funn i denne undersøkelsen. Beskrivelsene i forskningsprosessen har jeg forsøkt å gjøre gjennomskinnelig, slik at fremgangsmåten blir mest mulig transparent for leser. På denne måten kan leser ta stilling til mine resultater (NESH, 2016). Gjennom mine beskrivelser kan leserne se både hvordan kategoriene mine utviklet seg, men også hvilke tanker og ideer som ble forkastet underveis (Nilssen, 2012). Ettersom jeg er engasjert i fenomenet både som pårørende og kommende behandler har jeg forsøkt å gjøre forskningen mest mulig transparent, slik at lesere i størst mulig grad kan tro på funnene i prosjektet.

Refleksivitet handler om hvordan jeg som forsker har synliggjort og reflektert rundt min egen rolle i samhandling med informantene, datamaterialet og den forforståelsen jeg har av

fenomenet. Det har derfor vært viktig å reflektere rundt, og klargjøre min egen forforståelse til fenomenet jeg forsker på og samtidig ha et åpent sinn for uventede vendinger i forskningen. Dette har jeg bestrebet ved å kontinuerlig stille spørsmålstegn til min egen rolle som forsker, selve forskningsprosessen og fremgangsmåtene jeg har benyttet meg av. Det har også vært viktig å reflektere og stille spørsmålstegn rundt de ulike funnene og hvordan jeg har tolket disse (Malterud, 2017).

Overførbarhet handler om på hvilken måte funn kan overføres fra en kontekst til en annen kontekst som ikke er studert (Postholm et al., 2018). Det innebærer hvorvidt resultatene fra dette forskningsprosjektet kan overføres til andre liknende studier (Johannessen et al., 2016). For meg har det handlet om å skape og formidle beskrivelser som kan være nyttige for andre logopeder og i denne sammenhengen har analysen vært spesielt viktig fordi jeg her har forsøkt å løfte funnene til en større forståelse. Man kan stille spørsmålstegn til størrelsen på utvalget mitt, og jeg skulle gjerne sett at jeg fikk intervjuet en fjerde logoped for å kunne innhente enda en logopeds erfaring med kartlegging og behandling av KKV. Videre er det bare kvinnelige logopeder som består av studiens utvalg. En styrke i forskningsprosjektet kan sies å være at datamaterialet gir ny innsikt i logopedenes arbeid med KKV og svakheten kan være at validiteten og reliabiliteten er avhengig av meg som forsker, min forforståelse og meg selv som forskningsinstrument. En annen utfordring ved overførbarheten er heterogeniteten innenfor pasientgruppen, samtidig har det ikke vært et mål å generalisere en måte å kartlegge og behandle på, men heller gi innsikt i erfaringer og kunnskap om ulike kartlegging- og behandlingsmetoder. Ved å presentere funnene og drøfte dem opp mot eksisterende teori og forskning vil det kunne gi overførbarhet (Postholm et al., 2018).

3.10 Noen etiske betraktninger

I denne studien har det vært flere hensyn å ta med tanke på prosjektets etiske formål. Både i planlegging, gjennomføring og i etterkant av studien bør det foretas grundige, etiske overveielser. Dette forskningsprosjektet skal følge Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) sine retningslinjer, noe som igjen vil kunne danne grunnlaget for en etisk, veloverveid studie. Samtaler og intervjuer skal først planlegges og deretter gjennomføres etter at skriftlig samtykke er gitt av informantene med bakgrunn i

grundig forhåndsinformasjon om studiet. Ved å gi meg som forsker skriftlig samtykke etableres gjensidig tillitt (Nilssen, 2012).

Da ideene omkring masteroppgaven begynte å komme, var det mange som både kom og ble forkastet med håp om at jeg nå hadde kommet frem til en problemstilling som var både interessant og utfordrende, samtidig som jeg hadde inntrykk av at flere logopeder ønsket mer kunnskap om temaet. Jeg tenkte også at den ikke inneholdt noen store etiske dilemmaer, hvor tanken var først å intervjuer pårørende, men dette ville sannsynligvis ført til svak validitet da den muligens ville begrense seg til hvor mye informasjon som var savnet for pårørende i forhold til KKV. I tillegg ville det kunne føre til en del utfordringer i møtet med pårørende i sårbare situasjoner, noe som igjen kunne gjort forskningsintervjuet til en mer terapeutisk samtale (Johnsen, 2018). Samtidig kunne mine holdninger, erfaringer og vurderinger bli farget av egen rolle som pårørende. På grunn av disse etiske overveielser valgte jeg å ikke intervjuer pårørende. Kvale et al. (2015) påpeker at forskerens oppgave i intervju situasjonen er å vurdere intervju situasjonens konsekvenser for intervju personene med stressopplevelser som eksempel. Jeg ønsker heller å rette fokus mot de faktiske kunnskaper som finnes i logopedmiljøet, hvor de etiske overveielser blant annet har handlet om å utforme informert samtykke fra logopedene til å delta i studien med tilhørende informasjonsskriv (Vedlegg 2). Etter det har jeg forsikret meg om at de involverte informanter deltar frivillig, og at de blir orientert om retten til å trekke seg fra undersøkelsen uten oppgitt grunn. Det ble også informert om at jeg ville bruke lydopptak, hvor opptakene ville bli låst inn og slettet umiddelbart etter transkripsjonene. Da informasjonsskrivet og intervjuguiden var ferdig utarbeidet, ble det i neste omgang søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning av forskningsprosjektet (Vedlegg 3). Etter godkjenningen startet prosessen med innhenting av informanter ved å henvende meg til ulike rehabiliteringsinstitusjoner. Alle intervjuede logopeder var inkludert i relativt små, logopediske miljø, hvorpå jeg valgte i transkriberingsfasen å skrive alle svar i bokmålsform med fiktive navn. Det er igjen for at informantene mine ikke skal kunne kjennes igjen med bakgrunn i dialekt eller andre personlige forhold. Det eneste som ville være gjenkjennbart med informantene er deres profesjon, hvor det innsamlede datamaterialet for øvrig har vært sikret i tråd med NESH sine retningslinjer.

4.0 Presentasjon av funn med tilhørende drøftinger

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene i form av funn fra analysen av datamaterialet, for deretter å drøfte disse i lys av det teoretiske grunnlaget i oppgaven med relevant forskning og øvrig litteratur. Formålet med prosjektet har vært å rette fokus mot ulike logopeders erfaringer med kartlegging og behandling av mennesker med ervervede, KKV etter høyresidig hjerneslag. Resultatene som presenteres og drøftes er enten fellestrekk fra alle besvarelsene eller enkeltfunn som jeg anser å være interessante og aktuelle. Logopedene blir heretter referert til som Log1, 2 og 3.

4.1 Kartlegging

Presentasjonens første kategori retter søkelyset mot kartlegging av personer som av ulike grunner er henvist til logoped med mistanke om, eller som har en kognitiv kommunikasjonsvanske. Logopedenes erfaringer med ulike kartleggingsverktøy står i fokus, hvor samtlige logopeder beskriver en variert og innholdsrik kartleggingsfase. Det nevnes både tester, observasjoner, komparentopplysninger fra pårørende og uformelle tester og hjelpemidler for å avdekke markørene logopedene leter etter.

Tidligere forskning viser til at det er viktig å kartlegge hvordan pasientens kommunikasjonsvanske påvirker hverdagslivet, og at en grundig kartlegging bør inneholde flere kompletterende undersøkelser (CASLPO, 2018). Det bør for eksempel ses nærmere på forekomst av årvåkenhet/innsikt, oppmerksomhet og hukommelse. Denne type opplysninger kan ofte finnes i en pasients journal fra tidligere undersøkelser, men en del av dem må kontrolleres av logopeden (Ahlsén, 2008b).

4.1.1 Formelle kartleggingsverktøy

Alle logopedene peker på nødvendigheten av å ha tilgjengelige testverktøy når nye pasienter blir henvist for kartlegging av KKV. Log1 nevner at det benyttes en kombinasjon av kognitive - og språklige tester som ikke nødvendigvis er utformet for kartlegging av KKV. Samtlige informanter viser til HAST (Haukeland Afasi-screeningtest) som i utgangspunktet er et kartleggingsverktøy som benyttes for å kartlegge afatiske vansker. Log1 forteller hvordan testen kan være til hjelp:

Jeg bruker ofte HAST for lette til moderate vansker fordi jeg synes den kan gi mye informasjon hvis man har i bakhodet hva man ser etter.

Log 1, 2 og 3 viser til et stort testbatteri med betegnelsen PALPA (Psycholinguistic assessments of language processing in aphasia) som igjen inneholder mange deltester som brukes av logopedene for å finne fram til en god innfallsvinkel for videre språklig kartlegging. Log3 bruker det nevnte testbatteriet for å få et mer finmasket syn på situasjonen, mens Log2 forteller at hun bruker en verb-substantiv test i PALPA, dersom hun lurer på hva som kan tolkes som språkhukommelse. Fokuset i denne prosessen er, uavhengig av kartleggingsverktøy, å få en best mulig oversikt over pasientenes utfall og språkfunksjoner. Her beskriver Log3 hva hun ser etter:

I den språklige kartleggingen er jeg ute etter basisen og de grunnleggende språkerdighetene. Det utmerker seg litt på de oppgavene som går ut på beskrivelse, benevning og setningsnivå. For eksempel et situasjonsbilde man skal beskrive, eller å gjeninnhente innholdet fra en tekst eller gjenfortelle det man har hørt.

4.1.2 Vurderinger av relevante testverktøy

Informantens uttalelse samstemmer i stor grad med tanken om at det er kartleggingen av utfall og funksjoner som bør danne utgangspunktet for en slik utredning og for videre planlegging av tiltak (Krogstad, 2015). I denne sammenheng er det vesentlig at bruken av språktester bør inkludere utredning av pragmatikk da de som er rammet, ofte har vansker med å forholde seg til den språklige delen i kommunikasjonsmessige sammenhenger. Vansken kan ofte skjules av at man mestrer de tekniske aspektene ved språket, mens de reelle vanskene først blir synlige når vedkommende returnerer hjem igjen (LHL, 2019). En utfordring ved kartlegging og diagnostisering av pragmatiske språkvansker, er vanskene med å skille pragmatiske språkvansker fra diskursferdigheter (Blake, 2007). Sosiale - og kulturelle forskjeller har også betydning for kartleggingen og vurderingen knyttet til hvilke vansker det er tale om (Blake, 2019; Saldert, 2008). Observasjon av pasienten i samtale med kjente og ukjente mennesker kan gi logopedene en forståelse av hvor godt personen kommuniserer og dens bruk av pragmatiske regler som turtaking, øyekontakt og passende valg av samtaleemne (Blake, 2019).

Det første funnet i dette underkapitlet viser til at alle tre informantene benytter testene, i lette til moderate vansker i HAST, ved kartlegging av nye pasienter. Log1 sier hun har i bakhodet hva hun ser etter ved bruk av HAST. Hun ser etter hvordan de løser oppgavene, for eksempel klarer pasienten å holde fokus, gjenfortelle, planlegge og om pasienten tolker enkelte oppgaver bokstavelig. Dette er hovedmarkører for problemløsning, oppmerksomhet, hukommelse, planlegging, forståelse og pragmatikk som blir nevnt i CASLPO (2002) definisjon av KKV. Man kan også se at Log3 også tester hukommelse hos pasienten når hun bruker utvalgte deltester i PALPA, med at hun ber dem gjeninnhente informasjon fra en tekst og samtidig gjenfortelle den.

Ulempen med de nevnte testverktøyene, som for eksempel PALPA, er at slike psykometriske testbatterier med flere deltester, ikke alltid er relevante med tanke på pasientens vansker i hverdagen (Ahlsén, 2008b). På den ene siden argumenteres det for at disse testene primært leter etter grunnleggende forstyrrelser gjennom en individuelt, utformet undersøkelse (Ahlsén, 2008b). Det er også mulig at grunnen for at disse testene blir brukt, er manglende tester utviklet for å avdekke KKV (Constantinidou & Kennedy, 2013). På den andre siden forteller Log3 at de formelle kartleggingsverktøyene benyttes for å avdekke pasientens grunnleggende språklige ferdigheter. Det har med andre ord ikke vært hevdet at denne type kartleggingsverktøy alene var tilstrekkelig i møte med nye pasienter.

4.1.3 Komparentopplysninger

Alle logopedene forteller at innhenting av komparentopplysninger i en kartleggingsfase er nødvendig for å kunne forstå pasientens historikk, foruten å sammenligne nåtid med fortid. Uten denne informasjonen fra pårørende, eller andre bekjente, vil arbeidet med å bedre den berørtes situasjon være vanskelig. Her forteller Log2 hva som gjør disse opplysningene verdifulle:

Ofte må vi snakke med pårørende for å skaffe informasjon, altså komparentopplysninger, for å høre om det er sånn her det har vært eller om det er noe nytt. Og da får vi ofte veldig gode svar. Så komparentopplysninger er viktig for oss logopeder.

Log2 uttrykker videre at noen ganger er det vanskelig for logopeder å oppdage vansken på

logopedkontoret, men at pårørende ofte oppdager hva pasienten nå strever med på en annen måte. Disse komparentopplysningene må logopeden få tak igjennom kontinuerlige dialoger med pårørende. Situasjonen forklares på denne måten:

Av og til er det kanskje sånn at vi logopeder ikke ser det, men at det bare er pårørende som merker det når de er hjemme i en privat sammenheng. Da kan de slippe seg litt mer ned.

4.1.4 En sentral brikke i puslespillet

Funnet som presenteres innledningsvis av Log2, samsvarer med tidligere forskning på området som viser til nødvendigheten av dialog med pårørende for å innhente komparentopplysninger som igjen kan belyse og sammenligne pasienters fortid og nåtid (Baron, Goldsmith & Beatty, 1999). Tatt i betraktning at det er store ulikheter i kommunikasjon blant befolkningen, er det vesentlig å finne ut av om pasienten har endret seg, og hvordan pasienten var før skaden oppstod (Blake, 2019). Dette er av stor betydning da logopeder kan overdiagnostisere vanskene på grunn av kunnskap om samtaleferdigheter, mens familiemedlemmer rapporterer at pasienten var slik før skaden oppstod (Baron et al., 1999).

I denne sammenhengen blir innhenting av komparentopplysninger nødvendig for å kunne forstå om noe har endret seg gjennom den siste tiden med tanke på personens kommunikasjon. Vi må også ha i bakhodet at endret atferd og reduserte samtaleferdigheter har blitt observert i normale aldringsprosesser (Ellis, Henderson, Wright & Rogalski, 2016). Det er for øvrig nødvendig å minne om at problemene ofte ikke dukker opp, før pasienten er tilbake i sitt vanlige miljø etter avsluttet rehabilitering (Saldert, 2008). Retningslinjene utarbeidet ved College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario peker på nødvendigheten av komparentopplysninger som en del av det totale oversiktsbildet en logoped må skaffe seg når nye pasienter blir henvist til dem (CASLPO, 2018).

I følge Flatebø (2016) er det nødvendig med en god dialog med pårørende, hvor undersøkelsen hennes viser til at hele 80 % av informantene inkluderte pårørende i møtene med logoped. Kun 16,6 % av informantene oppgav at de ikke benyttet seg av informasjon fra

pårørende. Dette viser til en sammenheng, hvor både informantene i dette forskningsprosjektet samt et tverrsnitt av landets logopedener mener at innhenting av komparentopplysninger er avgjørende. Blake (2019) støtter dette funnet og poengterer at det å snakke med familie og nære venner er essensielt for en nøyaktig forståelse av pragmatiske språkvansker og andre kommunikasjonsvansker hos pasienten. Innhenting av komparentopplysninger viser seg å være viktig for en logoped for å kunne gjennomføre en grundig kartlegging av nye pasienter, samt å få alle brikkene på plass før iverksetting av videre behandling (Blake, 2019).

4.1.5 Markører

Funnene som presenteres i dette underkapitlet, omhandler hvilke markører logopedene finner hos pasientene som viser til synlige behov for videre, strukturert behandling. Markørene kommer til syne både under strukturerte dialoger mellom logoped og pasient, hvor Log2 uttrykker at pasientene presenterer ulike vansker, men at det også fremkommer synlige vansker under observasjoner av pasientene i sosiale arena. Log3 beskriver hvordan markørene blir synlige:

(...) Disse observasjonene jeg snakket om tidligere, det er her markørene fremtrer mest. Under en kartleggingstest ser vi jo ikke så mye av det sosiale vi gjør, men når vi er på stua, på kjøkkenet og rundt pasientene for å observere sammen med de på avdelingen vil markørene bli synlige.

Log3 forklarer at markørene kan være at pasientene ikke husker beskjeder, avtaler i timeplanen, det som blir sagt, eller hva personer selv uttrykker. Log2 beskriver noen vanlige markører som tendenser til at pasienten durer mye frem og tilbake, uten å slippe andre til. I tillegg vurderer nevnte logoped om pasienten klarer å tilpasse seg situasjonen samt håndtere en samtale om turtaking og gode setningskonstruksjoner. Log3 forteller at det ofte oppdages følgende markører under observasjonene:

De opplever at det er vanskelig å finne ord og setningskonstruksjonen er ofte dårlig. De kan også ha taleflom i tillegg til vansker med å sette seg inn i de sosiale grensene som normalt eksisterer hos de fleste.

Log1 forklarer fremgangsmåten sin i sitt første møte med en potensiell klient, hvor vedkommende leter etter markører på følgende måte:

Dersom jeg har en førstegangssamtale med en pasient hvor jeg skal prøve å finne ut av om dette her er noe å gå videre med og kartlegge eller ikke, så tenker jeg jo absolutt at jeg ville sett etter type markører som; klarer de å holde seg til tema, klarer de å være fokusert i samtalen, driver pasienten samtalen videre sammen med meg eller er det jeg som tar alt ansvar. Klarer de å bytte på å lytte og snakke.

4.1.6 Synlige markører i samtaler

Log3 sier det er viktig å observere pasienten i sosiale omgivelser, der det gjerne er flere til stede både for å se hvordan pasienten forholder seg til andre i kommunikasjon, men også om konsentrasjonen er til stede når det er flere mennesker som snakker. Blake (2019) beskriver nettopp nødvendigheten ved å observere pasienten i sosiale settinger, der det er samlet flere mennesker som snakker samtidig for å kunne se hvor godt pasienten klarer å delta i ulike miljø med støy. Videre viser slike observasjoner hvordan pasientene fungerer i sosial kommunikasjon. Det er uskrevne normer om hvordan man skal forholde seg til en annen i samtale, noe som igjen knytter seg til situasjonen og kontekst (Høigård, 2013). Dette kan vise seg som vansker med å holde øyekontakt og det å virke interessert, brister i turtakingsmønsteret, manglende samtalefokus og vansker med å innlede og avslutte samtaler, og en ufølsomhet for implikasjoner som ligger bak samtalepartnerens ytringer (Saldert, 2008).

Erfaringene Log1, 2 og 3 samsvarer godt med tidligere forskning som bekrefter lignende, fremtredende markører under samtaler med pasienter, rammet av ervervede KKV (Blake, 2019). Eksempler kan være problemer med oppmerksomhet, planlegging, abstrakt tenkning, situasjonsanalyser eller å kunne korrigere seg selv (Haskins, 2012). Nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjon og hukommelse kan føre til at pasientene ikke får med seg det som blir sagt, gjentar seg selv og kan snakke seg bort eller miste tråden i samtalen. Andre markører som pekes på, er skader i eksekutive funksjoner som gjør at pasientene kan streve med turtaking, hoppe fra tema til tema, si upassende ting samt vansker med å ta initiativ under samtaler (Purdy, 2019).

4.1.7 Noen utfordringer ved kartleggingen

Samtlige logopeder etterlyser standardiserte, norske kartleggingsverktøy, utviklet særskilt for denne vansken. Noen internasjonale kartleggingsverktøy eksisterer, men er enda ikke oversatt til norsk. Log1 opplever dette som utfordrende og uttrykker følgende:

Det er jo mange utfordringer [med kartlegging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker] og hovedutfordringer er jo det at vi ikke har noen standardiserte kartleggingsverktøy på norsk slik jeg ser det eller som jeg vet om. Det har blitt utformet noen kartleggingsverktøy internasjonalt som ikke er blitt oversatt til norsk enda, men jeg håper dette kan skje.

Samtidig sier Log1 at det er tydelige utfordringer i forhold til denne heterogene gruppen med bruk av standardiserte testverktøy. Log1 og 2 minner om at pasienter som strever med KKV er forskjellige med behov for ulik kartlegging og behandling. Dette mener logopedene vil gjøre bruken av universelle kartleggingsverktøy vanskelig i mange sammenhenger, samtidig som de gjerne skulle sett at de fantes som en rettesnor og kontrollmekanisme. Log1 gir oss innblikk i hvordan noen av testverktøyene brukes i hverdagen med ulike utfordringer som for eksempel falske utslag som ved bruk av denne arbeidsmåten kan føre til i den totale kartleggingsprosessen:

Vi bruker veldig ofte tester som er vanskebaserte knyttet til både hukommelse, oppmerksomhet og språk. Vi måler derimot ikke hvordan disse ferdighetene er på aktivitet og deltakelse, og det er jo det som er den største utfordringen. For det er jo det de har problemer med. De scorer ofte veldig godt i en strukturert testsituasjon hvor de kun har en person foran seg, men så klarer de ikke det samme i familiemiddagen eller på jobb. Dette er en utfordring når man skal kartlegge.

Felles for de intervjuede logopedene er at de i form av rollene sine på rehabiliteringsenhetene, opplever at pasientene ikke alltid er tilgjengelig og fokusert med tilhørende nedsatt bevissthet eller tretthet. Log3 forteller videre om risikoen for falske utslag dersom:

(...) En pasient er trøttbar og lite tilgjengelig. Er han forvirret så skal han skjermes, da skal man ikke inn med kartlegging riktig enda. (...) Du kan få falske utslag som

skyldes at den som er rammet er forvirret eller har nedsatt bevissthet, og dette kan bli feiltolket som for eksempel afasi.

Log2 og 3 fokuserer også på faren for falske utslag, dersom pasienter bare får en logopedisk en-til-en behandling på logopedkontoret. De samme informantene forteller at mange kan score godt på tester og henge godt med i samtalen, men at de får det vanskelig i sosiale settinger med flere deltakere. Logopedene uttrykker videre at kartlegging av denne type pasienter fort kan føre til falske utslag ved at de håndterer strukturerte situasjoner bedre enn ustrukturerte og det dermed er vesentlig å observere pasienten i både strukturerte - og ustrukturerte situasjoner.

4.1.8 Fare for falske utslag

Som det innledende funnet i forrige kapittel viser til, oppleves det som utfordrende for informantene å være uten norske kartleggingsverktøy tilpasset KKV. Dette samsvarer med en norsk studie som viser at afasitester ofte ble nevnt som et kartleggingsverktøy for å utrede KKV (Flatebø, 2016). Samme studie peker også på sannsynligheten for at slike tester benyttes med bakgrunn i en mangel på norske tester som retter seg spesifikt mot KKV. Ved å benytte afasitester for å kartlegge KKV risikerer logopeden også å oppleve falske utslag som igjen innebærer at pasientene kan risikere å få feil diagnose (Flatebø, 2016). Falske utslag kan både oppstå som et resultat av manglende kartleggingsverktøy sammen med feil tolkning av resultatene, resultatforbedring ved strukturert test, eller ved mangel på komplementære metoder som for eksempel bruk av grupper. Det finns flere internasjonale testbatterier som er designet for høyrehemisfære skader som for eksempel Right Hemisphere Language Battery (RHLB), Mini Inventory of Right Brain Injury (MIRBI-R) og Rehabilitation Institute of Chicago Evaluation Clinical Management of Right Hemisphere Dysfunction-Revised (RICE-3). Mesteparten av disse testene har deltester som måler oppmerksomhet, språkproduksjon, diskursferdigheter og forståelse av abstrakt og metaforisk språk som pragmatikk og prosodi. Men også disse testene mottar kritikk for svakheter ved validitet og reliabilitet grunnet dårlig teoretisk forankring (Blake, 2019). I tillegg er de muligens ikke følsomme for milde vansker og mange av deltestene for pragmatikk, prosodi og diskursproduksjon avhenger av subjektive vurderinger (Blake, 2019).

4.2 Behandling av kognitive kommunikasjonsvansker

I dette delkapitlet skal jeg først presentere interessante funn som omhandler erfaringer informantene forteller om, knyttet til behandling av personer med ervervede KKV. Deretter skal jeg drøfte funnene opp mot relevant litteratur og se om erfaringene informantene har, samsvarer med annen forskning som omhandler ulike behandlingsmetoder. I dette kapitlet vil jeg bevege meg inn på tema som individuell behandling, målsettinger, diskursvurderinger, gruppebehandling, innsiktsarbeid, psykoedukasjon og veien tilbake til hverdagen.

4.2.1 På logopedkontoret med individuell behandling

Å jobbe som logoped i møte med disse pasientene beskrives av samtlige logopeder som både spennende og utfordrende. Spenningen knytter seg gjerne til at alle pasientene er ulike, slik at det ikke er anledning til å benytte samme fremgangsmåte i møte med nye personer i denne heterogene gruppen. Logopedene forteller om en behandlingsform som inkluderer både individuell - og gruppebehandling, hvor de også påpeker at det som læres og repeteres på logopedkontoret, ikke gir virkelig nytte før det kan iverksettes i hverdagen. Log1 beskriver det slik:

En ting er jo hva man sitter og jobber med på logopedkontoret, men det spiller jo ingen rolle hvis man ikke klarer å gjøre det utenfor logopedkontoret. Det viktigste er jo at vi får det til i den sosiale settingen.

Log1 forteller at behandlingsmetoden som utfolder seg på logopedkontoret mellom pasient og logoped, kan være å sette opp personlige, konkrete mål i samarbeid med pasienten, diskursvurderinger foruten lesestrategier og andre tilpassede tiltak. Her er det primært intervensjon en-til-en som er fremgangsmåten, hvor Log1 beskriver nytten med å sette seg tidlige, konkrete mål som følger:

(...) hvis de har satt seg mål knyttet til at de ikke skal avbryte eller ikke stille 100 spørsmål i løpet av en halvtime, kan vi for eksempel bli enige om at pasienten skal stille maks 3 spørsmål under neste undervisningsøkt. Da må pasienten prøve sitt beste og på denne måten får vi testet det ut i praksis, enten på kontoret eller i en gruppe avhengig av hvor langt vi er kommet i behandlingen.

Log1 forteller videre om gjentakende opplevelser av at pasientene selv er offensive med ønske om tidlig å sette opp egne mål for behandlingen. Logopeden forteller videre at de er opptatt av at de selv skal kunne sette ord på egne utfordringer, og hva som er vesentlig for dem å jobbe videre med. Fordelen med personlige, konkrete mål på detaljnivå er muligheten for å sammenligne og evaluere tester samt gi motiverende tilbakemeldinger. Uten konkrete mål beskriver Log2 målsettinger som en formalitet som senere ikke gir god anledning for evaluering og sporing av en mulig utvikling.

Neste behandlingsmetode som nevnes av Log1 og 3, handler om å gjøre diskursvurderinger. Denne metoden beskrives av Log1 på denne måten:

Jeg liker veldig godt å gjøre sånne type diskursvurderinger, og det er jo sånn som er oversatt uformelt, men det er på en måte hvor man bruker et sånt hierarki. Her er den enkleste oppgaven å si følgende: «Kan du fortelle meg hvordan du lager kaffe»? Så her er det en veldig rutinepreget struktur. Pasienten kan svare: «Jo nei, da går jeg bort til kaffetrakteren, heller i vann og så videre og videre». Dette eksempelet er veldig logisk bygd opp, her starter vi på det letteste og før det hierarkisk blir vanskeligere og vanskeligere til en oppgave kan se slik ut: «Kan du fortelle meg en historie som har skjedd en gang med deg i livet ditt»? Denne oppgaven er nå helt uten struktur og vil fortelle meg mye om hvordan pasienten klarer å planlegge, strukturere, bygge opp setninger og generelle samtaleferdigheter.

Individuelt, tilpasset behandling er ifølge logopedene et nøkkelbegrep for å kunne lykkes med rehabilitering av slagpasienter med KKV. De begrunner det med at standardiserte tester knyttet til denne heterogene pasientgruppen vil ha liten effekt. Pasientene er svært ulike, hvor Log2 forteller at før-nå situasjonen er den som avgjør hvilken behandlingsmetode som bør iverksettes, fremfor et felles opplegg som ikke viser hensyn til individets egne forutsetninger og egenskaper. For de pasientene som innehar jobb, skole eller et aktivt privatliv, kan det være forventninger om at tekster skal konsumeres, noe logopedene prøver å løse ved å tilby behandling som knytter seg til lesestrategier og studieteknikk. Log2 forteller at:

Noen har behov for å jobbe seg gjennom større mengder tekst når de er rehabilitert, da er det ofte lesestrategier og studieteknikk som brukes, dersom de skal tilbake på jobb og skole. Ulike husketeknikker for å klare å sette seg inn i større mengder stoff.

4.2.2 Sosial setting, konkrete mål og diskurs

Det første funnet som presenteres i dette kapittelet, handler om at det som jobbes med inne på logopedkontoret er fånyttet, dersom teknikkene eller løsningene ikke kan benyttes i det virkelige livet og gjerne i krevende sosiale settinger. Dette finner jeg støtte i hos CASLPO (2018) behandlings - og retningslinjer for ervervede, KKV hvor de uttrykker at hovedmålet bak enhver behandling bør være for å tilrettelegge for en best mulig reintegrering i samfunnet. En funksjonell, målrettet og pasientsentrert individuell behandling er å anbefale (Togher et al., 2013). Her viser det videre til at behandlingen må være forankret i hverdagens kommunikasjonsituasjoner (Togher et al., 2013). Miljøet behandlingen utføres i, bør også legge til rette for å trene opp pasientens kommunikasjonsferdigheter. I sosiale settinger oppstår gjerne følelser som frustrasjon og forvirring, et syn vi finner støtte for i litteraturen (Romsland, 2011). Det hevdes at fagfolk ikke forstår hva folk faktisk erfarer, og at klinikerer må starte med å finne fram til pasientens subjektive og fenomenologiske erfaringer for å kunne redusere frustrasjoner og forvirring (Romsland, 2011). Kognitiv rehabilitering kan anses som en læringsprosess som handler om trening og læring når det gjelder kognitive funksjoner, kompenserende teknikker, mestringsstrategier, og det å kunne håndtere sosiale settinger (Romsland, 2011). Annen internasjonal forskning viser til at det oppstår semantiske - og pragmatiske språkvansker i sosiale settinger, hvor språkvanskene kan ramme både pasientens forståelse og produksjon (Saldert, 2008). Det vises for øvrig til at symptomene fremkommer nokså ulikt i denne heterogene pasientgruppen (Blake, 2019).

I behandlingen av KKV forteller alle logopedene om nødvendigheten med personlige, konkrete mål tidlig i behandlingen. I den kognitive rehabiliteringsmanualen til Haskins (2012) kommer det tydelig frem hvor vesentlig det er å kunne utarbeide en strukturert plan tidlig i behandlingen. Denne skal igjen kunne hjelpe pasientene med å nå de oppsatte målene, noe som gjøres sammen med logopedene i forhold til en fortløpende, evaluerende plan med nødvendige endringer underveis (Haskins, 2012). I en tidlig fase av pasientens rehabilitering er individuell - og intens logopedbehandling å foretrekke, ettersom den kan siktes inn mot

spesifikke vansker som på en måte kan være både effektiv og målfokusert (Ahlsén, 2008b). Nasjonale retningslinjer peker også på at opplæringen må ha et omfang, et innhold og en varighet som gir den voksne sjansen til å nå aktuelle og realistiske mål (Helsedirektoratet, 2017). Her er det viktig at logopedene evner å veilede pasienten til å utforme personlige behandlingsmål, og kontinuerlig vurdere om målene er hensiktsmessig (CASLPO, 2018). Det er viktig å eksplisitt diskutere når, hvor, hvorfor og hvordan målene kan bli brukt i dagliglivet med øving på hverdagslige situasjoner (Constantinidou & Kennedy, 2013). Forskning innenfor rehabilitering viser at det er flere fordeler ved et tett samarbeid mellom pasienten og logopedene når personlige mål skal utarbeides (Berg, Askim, Balandin, Armstrong & Rise, 2017).

Det tredje funnet i denne sammenheng omhandler Log1 sine erfaringer med diskursvurdering som en del av den individuelle behandlingen. Metoden trener pasientens generelle samtaleferdigheter og stiller krav til både setningsoppbygging, struktur og planlegging. Log1 viser til at metoden er bygget opp på en hierarkisk måte, hvor det i starten er sterkt strukturerte spørsmål, før det til slutt stilles åpne og ustrukturerte spørsmål som i stor grad setter pasientens samtaleferdigheter på prøve. Diskurs deles ofte inn i mikrostruktur og makrostruktur, hvor mikrostruktur omhandler det som foregår innad i en setning, mens makrostruktur omhandler de pragmatiske aspektene og det som skjer utenfor setningen (Tompkins et al., 2017). Vanlige oppgaver for å jobbe med vansker i makrostrukturen inkluderer summering, sortering og begrepsforklaringer som for eksempel kategori, tema og identifisere eller forklare motsetninger (Tompkins & Scott, 2017). Når man skal jobbe med strukturen i en historie eller fortelling kan man bruke elementer som visuelt representerer det som skal bli fortalt, slik at pasienten får hjelp til å strukturere historien (Tompkins & Scott, 2017). Vi kan ta et eksempel hvor en pasient ønsker å gjenfortelle en historie fra et hyggelig selskap til noen som ikke var til stede, så kan man hjelpe pasienten til bedre struktur og minne ved å legge fram nedskrevne notater eller bilder som visuelt representerer ulike elementer ved historien, for eksempel bakgrunnen for selskapet, hvilken dag det var, hvordan var været og navn på hvem som var til stede i kronologisk rekkefølge.

Ved gjennomføring av diskursvurderinger sammen med pasientene, er det nødvendig for logopedene å ha fokus på å tilpasse oppgavens nivå og kompleksitet, slik at det kan føre til

hensiktsmessig trening (Saldert, 2008). Ofte kan logopeder, gjennom sine egne uttalelser og bidrag i samtalen, gi pasienten diskursstruktur. Det kan skje ved å stille relevante spørsmål, oppsummere viktig informasjon og lede pasienten tilbake til det opprinnelige temaet for samtalen (Saldert, 2008). Under diskursvurderinger kan man også samles i grupper og øve på ulike typer naturlige samtaler, samarbeid, rollespill samt annen type kommunikasjonstrening ved hjelp av for eksempel spill (Ahlsén, 2008b).

4.2.3 Gruppebehandling

Log2 fortalte under intervjuet at dersom det er flere pasienter inne til behandling som strever med lignende forhold, vil det ofte være fint å sette dem i en gruppe og prøve å diskutere ulike utfordringer i fellesskap. Denne typen, og andre former for gruppebehandling, har samtlige av logopedene fortalt om under intervjuene. En forutsetning for å delta på slike behandlinger er innsikt i egne vansker samt en indre motivasjon ifølge Log1. Samtlige logopeder kommer nærmere inn på det kontinuerlige arbeidet som handler om innsikt i egne vansker. Hvordan har pasienten endret seg etter hjerneslaget, og hvilke oppgaver er han eller hun ikke i stand til å utføre lengre? Klarer pasienten å se disse endringene selv, eller må det en pårørende på banen i kartleggingsfasen for å forklare logopeden hva som har endret seg? Log1 forteller at innsiktsvansker er noe denne pasientgruppen strever mye med:

Innsiktsvansker er jo noe vi veldig ofte ser hos denne pasientgruppen her og jeg tenker at det helt klart vil påvirke hvor mottakelig de er for å reflektere rundt egne vansker og se sine egne vansker. Veldig mange opplever jo at de er som før, mens omverden opplever at dette ikke funker. Dette er en stor utfordring.

Videre uttrykker Log2 at så lenge innsikten ikke er på plass, blir det spesielt vanskelig å veilede pasienten i form av gruppebehandling. Det er åpenbart at personen strever pragmatisk og nonverbalt, hvor situasjonen må tas tak i, men vedkommende ser det ikke selv. Log1 og 2 nevnte under intervjuet en behandlingsmetode som kalles psykoedukasjon, noe som ifølge Log1 omhandler mindre forelesninger eller innlegg. Her kan det legges til rette for temaer som er tilpasset deltakernes vansker som for eksempel utfordringer tilknyttet kommunikasjon og kognitive vansker. Denne behandlingsformen gir ofte nye henvisninger ettersom flere av pasientene oppsøker fastlege i etterkant for å kunne få tilgang til logopedisk assistanse i den oppfølgende rehabiliteringen. Det nevnes blant alle informantene at psykoedukasjon ofte gis

som et tilbud til større grupper pasienter og pårørende, hvor deltakerne i motsetning til tradisjonell terapibehandling, får undervisning i deres egne vansker. Psykoedukasjon gir gjerne økt kunnskap om relevante tema i tillegg til at personer som har gjennomgått kartlegging og fått påvist en vanske, kan oppleve økt innsikt, slik Log1 beskriver:

Innsiktsarbeidet er en stor del av jobben og gjennom opplæring og kunnskap kommer pasientene i en bedre posisjon til å se seg selv i en ny situasjon. Det her med å finne ut om man opplever disse vanskene som viktige, hva er det som har endret seg og reflektere rundt hvordan jeg i fremtiden vil være i kommunikasjon med andre.

Log3 uttrykker at i en gruppeintervensjon tar logoped og pasienten med seg de konkrete, personlige målene for å teste dem ut og trene på spesifikke detaljer i krevende, sosiale situasjoner. Pasientene drar nytte av hverandres tilbakemeldinger, husker navnene på hverandre og jobber med blant annet å gi og ta tur i samtaler. Måten dette kan gjøres på, beskriver Log3 som følger:

Vi har rett og slett satt opp ferdighetsmålene i forkant. Hvis jeg for eksempel litt ukritisk durer frem i en samtale og tar ordet litt for fort, hva kan jeg gjøre med dette? Kanskje jeg kan spørre mottakeren om han hører meg og forstår hva jeg sier. Vi trener mye på turtaking, og alt dette trenes i den kognitive gruppen.

Samme logoped forteller videre at en fordel med gruppebehandling er at hukommelse og den eksekutive funksjonen, som planleggingsevnen kan trenes i en gruppe, men ikke like godt en-til-en. Pasientene kommer i posisjon til å hjelpe hverandre med å lage struktur i form av huskeknagger og visualisering på en muntlig måte. For de pasientene som har utfordringer med nonverbal kommunikasjon og pragmatiske vansker, benytter ofte Log2 veiledning på samtalekonstruksjon:

(...) At man ser alle de her små signalene i en samtale som sier noe om når turskiftepunktet kommer, tilbakekoblingssignalene som vi hører i en samtale når noen sier «mmm», «ja, mmm». Blir det pause her er det naturlig å gi tur. Vi veileder en del på sånne ting.

Noen opplever ifølge Log3 at tilbudet om gruppeintervensjon kan virke skremmende i starten. Enkelte pasienter deltar en gang og finner ut at de ikke ønsker å delta for så å forlate gruppen, men de som blir værende er ofte positive og fullfører behandlingsløpet som på Log3's avdeling inneholder et gruppetilbud to ganger i uken. Noen forstår at dette tilbudet treffer godt med deres personlige mål og blir derfor engasjert og motivert for videre deltakelse. Noen kommer ifølge Log3 inn mot slutten av behandlingsopplegget, men skulle ønske de var med helt fra starten.

Log2 forteller at det samarbeides med ergoterapeut på deres gruppetilbud, hvor de jobber med begrepet «kognitiv» og «kognitiv trening» for å kunne øke innsikt og for bedre å forstå hva som ligger bak deres egne mål. Selve innholdet i gruppetilbudet kan være avislesing med tilknyttede oppgaver som berører hukommelse og oppmerksomhet, foruten aktiviteter som ulike spill og hukommelsesoppgaver tilpasset vanskegraden. Når gruppeaktiviteten er avsluttet, fortsetter gjerne behandlingen på logopedkontoret, hvor Log3 forteller følgende:

Mange av ideene som brukes i gruppa har gitt meg ganske mange aha-opplevelser. Vi fortsetter å diskutere når vi er ferdige med gruppa og evaluerer oss selv. Hva holdt vi på meg i dag og hvordan gjenspeiler dette mitt mål som pasient.

Å observere pasientene enten i form av dialog på logopedkontoret eller i gruppesamtaler med andre beboere og ansatte, beskriver samtlige logopeder som svært verdifulle. KKV er en sosial vanske, hvor logopedene forteller at det er lettere å hjelpe pasientene, dersom man klarer å forstå hvordan han eller hun fungerer i settinger som er mest lik den hverdagen de skal tilbakeføres til. Log2 forteller nærmere om fordeler med observasjon av pasienten i en gruppe:

I gruppesamtaler kan du se veldig mye. Så vi sniker litt på stua og kjøkkenet av og til for å se om vi ser noe. Vanligvis observerer vi veldig mye i gruppeaktiviteter, både faglige og sosiale gruppeaktiviteter.

På spørsmål om de tenker at kommunale logopeder i samme grad kan benytte seg av disse kartleggings - og behandlingsmetodene, svarer Log1 at det ikke høres lett ut med tanke på manglende tilgang på pasienter for gruppeobservasjoner. Informantene i dette

forskningsprosjektet er ansatt på rehabiliteringsenheter og forteller at de har fordel av å kunne samarbeide med andre faggrupper, i tillegg til at de har tilgang på et større antall pasienter som kan danne hensiktsmessige pasientgrupper.

4.2.4 Drøfting av innsiktsarbeid, psykoedukasjon og observasjon under behandlingen

I motsetning til forrige delkapittel som tok for seg individuell behandling på logopedkontoret, vil drøftingen i dette avsnittet se nærmere på funn knyttet opp mot gruppebehandling av personer med ervervede KKV. Spesifikk individuell intervensjon for funksjonelle kommunikasjonsvansker er det logopeder skal gjøre, mens gruppebasert intervensjon er det logopeder kan gjøre (Haskins, 2012). Denne uttalelsen er hentet fra en britisk manual som bygger på klinisk forskning og resultater fra flere systematiske oversiktsartikler som omhandler kognitiv rehabilitering.

Innsikt og motivasjon dras frem av internasjonal forskning som nøkkeltrekk for å kunne lykkes med rehabiliteringen (Haskins, 2012). Uten at disse komponentene er tilstede, mener informantene at gruppebehandling ikke er en god nok behandlingsform i pasientens nåværende tilstand. Tompkins og Scott (2017) vurderer også at det kreves en viss mengde innsikt i egne vansker for å dra nytte av behandlingen. Selv om innsikt i egne kognitive, følelsesmessige eller fysiske vansker ofte bedres over tid etter høyresidig hjerneslag, vil noen pasienter likevel oppleve en vedvarende vanske knyttet til egen innsikt (Tompkins & Scott, 2017).

Den direkte behandlingen av innsiktsvansker deles inn i å gi direkte tilbakemeldinger, psykoedukasjon og at pasienten selv skal kunne forutse egne handlinger og vurdere styrker og svakheter ved handlingen (Tompkins & Scott, 2017). Direkte tilbakemeldinger viser til at pasientene mottar direkte tilbakemeldinger på prestasjonene fra behandler eller ved hjelp av videoopptak. Psykoedukasjon omhandler et direkte fokus på pasientenes læring om egne vansker og hvordan disse påvirker hverdagen. Den siste direkte behandlingsformen som foreslås er å forutse egne handlinger. Det legges da opp til at pasientene selv kan forutse prestasjoner tilknyttet en bestemt oppgave mens de vurderer egne styrker og svakheter (Tompkins & Scott, 2017).

Trening av strategier knyttet til innsikt og forståelse for pårørende, kan også være av stor verdi. Ved for eksempel å filme en samtale pasienten har med et familiemedlem kan man analysere og identifisere mer spesifikke, språklige utfordringer som det trengs å trenes mer på (Ahlsén, 2008b). Som forutsetning for at noen former for direkte behandling skal kunne ha effekt, er det nødvendig for pasienten å ha en form for innsikt i egen vanske sammen med en indre motivasjon for behandling. For at pasientene skal kunne ta kontroll over egen vanske, er det av stor betydning å få bedre innsikt i egne utfordringer og samtidig kunne forstå alle aspekter ved den nye tilstanden (CASLPO, 2018). Det samme gjelder de pårørende som bør inneha samme informasjon for å kunne fortsette å være en støtte i hverdagen. I disse tilfellene bør behandling gå indirekte gjennom pårørende og andre samtalepartnere om pasientens problem, og hvordan de kan tilpasse seg for å lette kommunikasjonen. Det kan skje ved at pårørende stiller relevante spørsmål, oppsummerer viktig informasjon og leder pasienten tilbake til det opprinnelige temaet for samtalen (Saldert, 2008). Undervisning og informasjon som presenteres for pasienten ved bruk av psykoedukasjon, er i slike sammenhenger rettet mot deres egne kognitive utfall. Gjennom psykoedukasjon forteller både Log1 og CASLPO (2018) at det jobbes mot styrking av aktuell innsikt. Det går nærmere ut på å skreddersy innholdet og levere budskapet til pasientene og de pårørende på en måte som er tilpasset deres funksjonsnivå. Samme manual viser også til at undervisning av pasientens familie og pårørende er en avgjørende del av undervisningen (CASLPO, 2018).

Undersøkelsen til Flatebø (2016) viser et interessant funn, hvor 61.4 % av logopedene ikke har benyttet gruppeundervisning i arbeidet sitt. Denne høye prosentandelen skyldes, ifølge informantene, en kombinasjon av manglende tilgang på pasienter, at pasientenes tilstand ble vurdert som uegnet, eller at det i mindre kommuner sjeldent henvises pasienter med denne type vansker. I tillegg kan det under informantenes utdanningsløp vært stilt lite fokus på gruppebasert behandling. Det viser seg for øvrig at det først i nyere tid er rettet mer fokus på gruppebasert behandling som inneholder individuelle mål, gruppebaserte settinger, hjemmeoppgaver med pårørende og tilbakemeldinger til dem det gjelder (Finch, Copley, Cornwell & Kelly, 2016).

Ved gruppebehandling kan vi øve på ulike typer naturlige samtaler, samarbeid, kommunikasjonstrening, utføre rollespill og trene ved hjelp av ulike spill. Eksempler kan være turtaking, og hvordan vi kan benytte kroppsspråket i en samtale (Ahlsén, 2008b). Også i senere stadier av rehabiliteringen har langsiktig gruppebehandling store fordeler med tanke på pasientens aktivering, sosiale kontakt og trening av kommunikasjon. I et pragmatisk perspektiv anses dette for å være svært nyttig for å kunne delta i ulike hverdagsaktiviteter etter endt behandling og under rehabiliteringen (Ahlsén, 2008b).

Det er ikke bare fordeler knyttet til gruppebehandling av personer med ervervede KKV. I følge relevant forskning vises det til at logopeder må forstå forholdet mellom stress, ulike kommunikasjonssituasjoner og KKV (Block & West, 2013). Logopeder må forsøke å minimere stress ved å forstå pasientens utløsere som for eksempel kan være presentasjoner, tester, telefonsamtaler og gruppesamtaler. I tillegg vises det til at logopeder bør hjelpe pasientene med å fastslå de stressende faktorene. Dersom en pasient er stresset eller befinner seg i en annen vanskelig situasjon, vil det virke mot sin hensikt å involvere vedkommende i en behandlingsgruppe som krever innsikt og indre motivasjon (Block & West, 2013). Observasjon og tilbakemeldinger fra andre gruppelemmer og behandler, vil under gruppebehandlingen kunne hjelpe pasientene med å finjustere sine personlige mål. Med dette sier Haskins (2012) at gruppeleder kan legge til rette for gode spilleregler knyttet til det å gi andre konkrete og hjelpsomme tilbakemeldinger. For noen pasienter vil tilbakemeldinger fra likesinnede bety mer, med tanke på å skape bevissthet rundt egen vanske, enn fra en behandler (Blake, 2019).

Den landsomfattende studien til Flatebø (2016) viser at over halvparten av logopedene oppgav at de alltid benytter observasjon under kartlegging og behandling, samtidig oppgav nesten en fjerdedel at de ikke benyttet observasjon ved kartlegging av nye pasienter eller under gruppebehandling. Årsaken til at bare halvparten av de norske logopedene i undersøkelsen benyttet observasjoner under kartleggings - og behandlingsfasen, kan ifølge samme studie skyldes få møter med pasienter med denne vansken, eller på grunn av den bestemte situasjonen til den rammede personen. Dersom logopeden ikke har tilgang til nok relevante pasienter, kan løsningen være å ta med seg pasienten til andre sosiale settinger som pasientens hjem, andre interkommunale tilbud eller en kafe for å kunne starte observasjoner.

Tanken om å slå seg sammen med andre kommuner for å danne interkommunale gruppetilbud blir støttet av Helsedirektoratet (2017). Det vises til at det kan være vanskelig for små kommuner å opprette adekvate tilbud til personer med ervervede språk - og talevansker, hvor interkommunale løsninger ofte kan være mest hensiktsmessig for å kunne komme i observasjonsposisjon. Det kan være lettere å gi rehabilitering av god kvalitet når flere personer rammet av hjerneslag er samlet på en dagavdeling. Sosiale aspekter i slike sammenhenger kan øke både trivsel og motivasjon (Helsedirektoratet, 2017). Dersom man ikke har mulighet til å utføre observasjoner, viser studien til Flatebø (2016) at man subsidiært kan forsøke å få mer utfyllende informasjon gjennom samtaler med pårørende som vi skal utforske nærmere i neste underkapittel.

4.2.5 Tilbake til hverdagen

En vesentlig og ofte avsluttende del av behandlingen for personer med ervervede, KKV er dialogen med pårørende, deres arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner. Dette kapittelet starter med å presentere funn som omhandler overføring til hjemmene etter avsluttet behandling samt funn som knytter seg mot forventninger og usynlighet.

Log2 forteller at pasientens opphold varer vanligvis fra en til to måneder, hvor logopeden får møte pasienten ganske mange ganger før rehabiliteringen avsluttes, hvorpå pasienten overføres til hjemkommunen. Hvor pasientene skal overføres etter avsluttet rehabilitering varierer, men det er uansett like viktig med en grundig informasjonsflyt mellom logopedene, og de som skal ta imot pasientene i deres neste fase i livet. Log3 beskriver arbeidet med overføring til hjemmet på følgende måte:

(...) Så tenker jeg at tiltak knyttet til det med overføring hjem er en viktig bit av behandlingen en logoped skal tilby. Støtte og veiledning til de pårørende som også settes i en krevende situasjon. At man klarer å legge til rette for at pasienten også får testet ut hvordan de lærte strategien fungerer hjemme.

Log2 undrer seg samtidig over om de pårørende har fått nok kunnskap for å kunne ivareta vedkommende på en tålmodig og imøtekommende måte? Har arbeidsplassen forstått hva vansken handler om for å kunne tilrettelegge for den ansatte? Har lærerne på skolen innsikt i

vansken, slik at undervisningen kan tilrettelegges for studenten som er tilbake på skolebenken? Har hun som logoped på institusjon informert den kommunale logopeden som skal overta oppfølgingen på en grundig nok måte? Alle disse kontinuerlige vurderingene nevner Log2 som noe en logoped må ta alvorlig for å kunne lette overgangen mellom institusjonen og hjemmet.

Under intervjuene uttrykte samtlige logopeder at kommunikasjonsflyten mellom logopeden og andre aktuelle instanser var vesentlig for å kunne lykkes med behandlingen. Informasjonen bør følgelig rette seg inn mot andre, aktuelle faggrupper om hvordan pasienten utvikler seg, og hva vedkommende har behov for videre. Her tenkes det blant annet på informasjon til pårørende om vanskens omfang, hva som gjøres av behandlingstiltak, hvor også fokus rettes til pårørendes rolle både under og etter behandlingen. Log2 beskriver nødvendigheten av informasjonsflyt knyttet til forventninger på følgende måte:

Det er jo en forventning i familien, på jobb og skole at du er som før. Det her skal jo gå bra. Også er dem ikke som før, de blir fort sliten, de får ikke med seg alt som blir sagt og de bruker svært mye energi og må konsentrere seg for å få med seg den her sjargongen i samtalen.

Forventningene fra de som skal ta imot pasienten i hverdagen med pasientens kognitive tilstand, kan fort skape et misforhold som går ut over pasientens innpassing i de sosiale situasjonene. Dette beskriver Log3 som en stor utfordring, hvor løsningen langt på vei kan være i form av en mer grundig informasjonsflyt til kommunens helsetjenester og pasientenes nærmeste private nettverk.

4.2.6 Forventninger og usynlighet

Knyttet funnene i oppgaven opp mot doktorgradsoppgaven til Romsland (2011) ser vi mange eksempler på at det å komme tilbake til en hverdag full av forventninger kan være svært krevende. Romsland (2011) viser til hvor enkelte deltakere ga uttrykk for at de ikke ønsket at venner og bekjente skulle få informasjon om hjerneskaden, hvor det også er vanskelig å fortelle at en har slike skader i jobbsammenheng. Miljømessige tilpasninger i pasientenes hjem eller arbeidsplasser kan føre til lettere overganger og mindre opplevd stress i hverdagen

(Sohlberg & Mateer, 2001). Den miljømessige tilpasningen kan deles inn i fire ulike kategorier; tilpassede arbeidskrav, fysiske rammefaktorer, ulike hjelpemidler og å tilrettelegge for de psykologiske faktorene som blant annet ernæring, søvn og aktivitet (Sohlberg & Mateer, 2001).

Romsland (2011) viser for øvrig til et misforhold mellom forventninger og pasienters tilstand. Kunne de nevnte, ubehagelige opplevelsene vært redusert, dersom det var en bedre informasjonsflyt før og etter overføring til hjemmet og arbeidsplassen? Uten åpenhet, fokus og tilrettelegging fra både behandler, pasient, pårørende og andre involverte, vil denne usynlige vansken fortsatt få være usynlig med de ringvirkningene som er beskrevet.

Logoped skal sørge for å gi informasjon til pasientene om deres rettigheter for videre hjelp etter endt rehabilitering ved sykehus. Informasjon som gis pasienten og de pårørende ved utskrivning, bør følgelig involvere en anbefaling om videre logopedhjelp, og hvor denne befinner seg (CASLPO, 2002). Dette bør være i samsvar med retningslinjene fra Helsedirektoratet (2017) som uttrykker at hver kommune bør ha ett eller flere rehabiliteringsteam som tar ansvar for den kommunale rehabiliteringen etter hjemkomst fra institusjon. Teamet bør bestå av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier foruten tilgang til logoped og sosionom ved behov.

4.2.7 Noen utfordringer ved behandlingen

Dette underkapitlet viser først til funn informantene har beskrevet under intervjuene. Funnene omhandler ulike utfordringer de har erfart under behandlingen av KKV, hvorpå funnene studeres i lys av aktuell litteratur. Samtlige av mine tre informanter uttrykker at deres erfaring tilsier at det kan være krevende å jobbe med ervervede, KKV. Som nevnt tidligere oppleves vansken som usynlig, noe som verken helsepersonell eller pasientene kjenner til, og som det heller ikke er så lett å få øye på, i motsetning til traumatiske skader som oppstår etter ulykker (Kap 4.2.6). Usynligheten begrunner logopedene med at det ofte krever et trent logoped-øye for å kunne oppdage vansken. Dette henger igjen sammen med at dagens helsevesen rapporterer om store kunnskapshull, hvor Log1 uttrykker at det kommer henvendelser fra personer som har fått hjerneslag for flere år siden:

Jeg får telefoner fra personer som har blitt skadet for mange år siden som sier at de aldri har hørt om dette [kognitive kommunikasjonsvansker] før. De vet ikke at det finnes et behandlingstilbud i regi av logopeder, og det er nok mange flere som opplever å ikke få den oppfølgingen de bør ha og burde hatt.

I tillegg til at mange slagpasienter med ervervede, KKV har gått glipp av rehabiliteringstilbudet, opplever Log1 at det er en nokså stor andel pasienter som trenger behandling, noe som igjen viser til betydelige mørketall. Den usynlige vansken er utfordrende å oppdage for førstelinjen, hvorpå alle logopedene peker på nødvendigheten av tidlig logopedisk involvering ved nye pasienthenvelser til slagenheter og andre relevante avdelinger i helsevesenet. KKV er ikke bare usynlig for øvrigheten, men hvor Log3 uttrykker at logopeder også kan streve med å stadfeste hva som er hva av pasientens oppførsel, væremåte og kognitive utfall. Log3 uttrykker for øvrig at logopeder og annet trent hjelpepersonell skal ha et blikk for vansken, men at det ofte er utfordrende å avgjøre tidlig hva pasienter trenger av behandling og oppfølging. Samtidig poengterer logopeden nødvendigheten av hele tiden å være fokusert på og rette et blikk utover den rent språklige kommunikasjonen.

Samtlige logopeder har poengtert at behandlingen av denne heterogene pasientgruppen må tilpasses den enkelte pasient, hvor standardiserte tiltak eller behandlingsopplegg kan være utfordrende å benytte. Når det er sagt, poengterer likevel logopedene at det oppleves som tungt at de ikke vet nok om hva som er den mest effektive behandlingsformen. Log1 beskriver situasjonen slik:

Vi vet ikke nok om hva som er den beste behandlingen. Det er sånne spørsmål som det fremdeles forskes på. Det er jo sånn sett teoretiske utfordringer som vil ha noe å si for hvordan vi skal bygge opp vår praksis. Litt av utfordringen er at denne type vansker har opplevd for lite fokus tidligere, både nasjonalt, men også internasjonalt.

Det som finnes av evidensbasert forskning på behandling av KKV, er i liten grad tilgjengelig på norsk, forteller Log1. Logopedene gjør derfor forskjellige ting og må følgelig prøve seg frem for å se hva som gir tilfredsstillende resultater. Mangelen på evidensbaserte tiltak

resulterer i at Log2 opplever at arbeidet for det meste foregår i form av informasjon og veiledning. Selv om det er helt nødvendig med individuelt, tilpassede tiltak, ville formelle retningslinjer og mer oppmerksomhet ført til at andre, aktuelle instanser lettere ville ha henvist pasienter til logoped. I dag vil trolig mange unngå å henvise en potensiell pasient til logoped med bakgrunn i kunnskapshull tilknyttet hvilke markører en logoped kan utrede og behandle. Log1 foreslo større fokus på vansken i ulike utdanningsløp:

Jeg håper vi får et større fokus på det, både i logopedutdanningen, men også egentlig i andre utdanninger, for det er jo leger som skal henvise dem til oss.

4.2.8 Drøfting av utfordringer ved behandlingen

Informantene forteller gjennom funnene i dette underkapitlet at deres erfaringer tilsier at det er en mangel på evidensbasert forskning som de kan benytte under pasientenes rehabilitering. Tompkins og Scott (2017) bekrefter at det finns lite evidensbasert forskning knyttet til behandling av skader etter høyresidig hjerneslag.

Det som finnes internasjonalt bør oversettes på en formell måte og gjøres tilgjengelig for de nasjonale logopedene. Selv om det i studien til Flatebø (2016) vises til at hver logoped har et egenansvar med tanke på utvikling av fagfeltet sitt, bør likevel forventningen om å oversette faglitteratur ikke hvile på skuldrene til hver enkelt logoped. Resultatet blir trolig noe ulik praksis som i neste runde rammer pasientene som igjen kan befinne seg i en rolle som forsøkskaniner. Med bakgrunn i få eksisterende tester knyttet direkte til KKV kan det for logopeder være interessant å teste ut behandlingsopplegg som er designet for andre pasientgrupper (Blake, 2019). Dette kan være en fornuftig tanke i startfasen, men det anbefales å gjøre et grundig forarbeid ved å både lese fagstoffet, undersøke behandlingens styrker for å deretter vurdere om tenkt behandlingsopplegg kan passe for en pasient med KKV (Blake, 2019). I Flatebø (2016) uttrykker en informant at det er store behov for seminarer og kurs som omhandler kognitive kommunikasjonsforstyrrelser, både når det gjelder kartlegging og tiltak. Sett opp mot uttalelsen til Log1 som foreslår større fokus på tematikken hos landets utdanningsinstitusjoner, bør et felles kunnskapsløft iverksettes av regjeringen for igjen å kunne ruste opp landets logopeder med nødvendige arbeidsverktøy og hjelpemidler.

4.3 Evaluering av tiltak

Dette kapittelet tar først for seg to ulike funn knyttet til evaluering av tiltak, før de i neste underkapittel drøftes i lys av tidligere forskning. Logopedene rapporterer at en sluttevaluering alene når pasientene overføres videre til en kommunal eller privatpraktiserende logoped, ikke er tilstrekkelig, men at logopedene bør jobbe med fortløpende evaluering av tiltak, mål og behandlingsplaner. Som nevnt tidligere i kapittelet vil utarbeidelse av konkrete mål tidlig i samråd med pasientene gjøre evalueringen lettere ifølge de intervjuede logopedene (Kap 4.2.1 og 4.2.2). Evalueringen må være en konstant arbeidsmetode som kan brukes både en-til-en og under gruppesamtaler. Log3 beskriver sine opplevelser av fortløpende evaluering som følger:

Når jeg har disse en-til-en timene, så sitter vi og snakker om hvordan det oppleves. Har du merket bedring? Leter du etter ordene nå? Gjentar du deg selv så ofte som du gjorde? Samtaler med pasientene og noen ganger samtaler med pårørende også.

Log3 viser til ICF-modellen når vedkommende jobber med evaluering av pasientens fremgang. Evaluering er følgelig et viktig instrument for å kunne dokumentere fremgang, gi pasientene en bedre selvfølelse og videre motivasjon. I tillegg til fortløpende evaluering viser Log3 til gjennomgang av den opprinnelige rehabiliteringsplanen før pasienten reiser videre. Der kan logoped og pasient vurdere sammen hvilke mål som er oppnådd, og hvilke som har behov for videre oppfølging. I tillegg til å vurdere måloppnåelsen med utgangspunkt i behandlingsplanen, kommer Log1 nærmere inn på et verktøy med betegnelsen GAS (Goal Attainment Scale):

Jeg er blitt veldig glad i å bruke et verktøy som heter GAS (Goal Attainment Scale). Det er veldig fint synes jeg, for da vurderer pasienten og vi hvordan status på målene oppleves når han eller hun er ferdig med behandlingen. Her kan man se om man har nådd målet sitt eller ikke.

Log2 forklarer at det er noe uformelt hvordan effekten av tiltakene evalueres. Pårørende konsulteres for å høre om de ser noen endringer, samtidig som de kommer med komparentopplysninger. Oppdager de en utvikling i positiv eller negativ retning? Re-testing for å kunne vurdere fremgang eller tilbakeslag blir det også referert til som en ofte

gjentakende evalueringsmetode. Denne metoden gir pasientene klare indikasjoner på fremgang eller tilbakegang i rehabiliteringen.

4.3.1 Drøfting av evalueringsmetoder

Forskning knyttet til evaluering av tiltak viser til ulike interessante strategier for å kunne løse utfordringene pasient og logoped står overfor med tanke på målsettinger og evaluering av tiltak. Ifølge Haskins (2012) anbefales fokus på følgende steg i en målsettingsprosess; hva er problemet, planlegge en løsning, gjennomføre løsningen, evaluere resultatet og gjøre nødvendige justeringer. Log3 fortalte om et verktøy med forkortelsen GAS som igjen ble ofte benyttet ved behandling og evaluering av pasienter. GAS nevnes også i annen forskning og refereres til som en fordelaktig metode for å kunne gjennomføre behandlingsopplegg og evalueringer på en systematisk måte (Hartelius & Lohmander, 2008). Behandlingseffekter skal dokumenteres, men ofte kommer logopeder i situasjoner, hvor behandlingstilbud må tilpasses pasienter med ulike forutsetninger. Dette gjør den systematiske dokumenteringen utfordrende. GAS refereres videre til som et verktøy for måloppfyllelse som ved fordel kan benyttes blant annet til evaluering av ulike behandlingsformer (Ferm & Thunberg, 2008).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet et rammeverk som Log3 viser til tidligere i oppgaven (Kap 4.3). Rammeverket har fått navnet Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) og viser til at evaluering av vansker skal ha fokus på blant annet aktivitetsbegrensninger, manglende mulighet for deltakelse, og samfunnsmessige hinder. I tillegg viser rammeverket til at klinikerer foruten å benytte standardiserte og strukturerte tester på sykehuset, skal evaluere de kognitive kommunikasjonsvanskene med tanke på pasientenes opptreden i meningsfulle, dagligdagse aktiviteter i samfunnet (CASLPO, 2018). Tiltakene kan da ikke sies å være en suksess for pasienten når vedkommende oppholder seg på sykehuset eller på en rehabiliteringsinstitusjon. Det kan først gjennomføres en fullkommen evaluering av tiltakenes effekt når teknikkene brukes i hverdagen.

5.0 Avslutning

Hensikten bak denne studien var å se nærmere på hvordan logopeder i Norge kartlegger og behandler ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker. Dette resulterte i følgende problemstilling: *Hvilke erfaringer har logopeder med kartlegging og behandling av mennesker med ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker etter høyresidig hjerneslag?* Logopedene i dette forskningsprosjektet har delt sine erfaring knyttet til kartlegging og behandling av ervervede KKV. Logopedenes beskrivelser, og min tolkning av disse, kan oppsummeres i følgende hovedfunn:

1. Kartlegging av KKV bør involvere pårørende, formelle testverktøy og observasjoner.
2. Uttalt mangel på standardiserte norske kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder.
3. Behandlingen bør ha som mål at pasienten mestrer hverdagen, og klarer å benytte de innlærte kommunikasjonsmetodene i hverdagen.

Gjennom arbeid med oppgaven har det oppstått flere utfordringer, både med tanke på innhenting av informanter med ønsket bakgrunnskunnskap, etiske dilemmaer som at jeg selv er pårørende i møte med vansken, og med tanke på å finne evidensbasert forskning knyttet til kartlegging og behandling av ervervede, KKV. Jeg har etterstrebet å inneha en mest mulig objektiv rolle, og ved hjelp av en grundig operasjonalisering mener jeg å ha funnet den mest hensiktsmessige problemstillingen med tre påfølgende forskningsspørsmål som har vært rettleidende i utformingen av intervjuguiden med nettopp objektiviteten i bakhodet.

Det at intervjuene ble planlagt og gjennomført over Skype var til stor hjelp under nedstengingen av samfunnet grunnet COVID-19. Samtidig ser jeg fordelen med å intervju ansikt til ansikt, da vi av og til opplevde dårlig nettforbinding og hakkete lyd. Det førte til at informantene noen ganger måtte gjenta, noe som førte til at vi noen ganger mistet noe av flyten i samtalen. Informantene ble helt i starten av intervjuet påminnet deres rettigheter til å trekke seg fra studien, og ved det ene intervjuet leste jeg opp rettighetene. De andre informantene insisterte på at de hadde lest og forstått informasjonsskrivet som de hadde signert og sendt i retur.

Som nevnt tidligere har operasjonaliseringen vært grundig, men jeg innså underveis i oppgaven at emnet KKV er så stort at det ville bli vanskelig å få innpass i de formelle kravene i denne masteroppgaven. Det har vært flere punkter jeg gjerne skulle sett fikk være med, for eksempel internasjonale kartlegginger og behandlinger i teorikapitlet, men jeg har vært nødt til å legge det til side og heller trekke paralleller til det i drøftingen. Helt i starten opplevde jeg det som vanskelig å finne aktuell teori på området KKV. Det var blant annet på grunn av de mange ulike navnene på de samme vanskene, men også at det aller meste er på engelsk, i tillegg til at det tar litt tid å omstille hjernen til det engelske fagspråket. Samtidig vil jeg si at det har gått veldig greit å forholde seg til det engelske språket, og biblioteket ved Nord Universitet har vært veldig behjelpelig i startfasen med å gå til innkjøp av bøker jeg mente var hensiktsmessige for oppgaven.

Retter jeg et kritisk blikk mot egen oppgave ser jeg nå i slutfasen at omfanget av oppgaven ble altfor stor til å romme de formelle kravene i en masteroppgave på 30 studiepoeng. Forskningsprosjektet kunne ha vært avgrenset til kun å omhandle logopeders erfaringer med kartlegging, eller til kun å omhandle deres erfaring med behandling av KKV, eventuelt bare se nærmere på et kognitivt utfall i stedet for flere. Samtidig mener jeg det har vært mest hensiktsmessig å få med flere ulike utfall da dette nettopp er en heterogen gruppe der de kognitive utfallene vil være ulike. Det som kommer frem er at fokus på kognitiv svikt og kognitive vansker har fått for lite oppmerksomhet. Vi vet at personer med hjerneslag sjeldent blir utredet for kognitiv svikt, og vi vet at det finnes lite forskning knyttet til kognitive vansker ved hjerneslag (Romsland, 2011).

Forhåpentligvis kan denne oppgaven føre til mer fokus på tematikken, slik at personer med ervervede KKV etter høyresidig hjerneslag kan få tilgang til god logopedhjelp tidlig. Jeg har i slutfasen av denne forskningsprosjektet virkelig fått mersmak når det kommer til å lese og lære om KKV, og jeg håper at jeg kommer i posisjon til å utgjøre en forskjell. Med økt kunnskap knyttet til kommunikasjon og kognitive utfall, har jeg fått større innsikt og forståelse for ulike kognitive forutsetninger vi alle er avhengig av. Jeg tenker at jeg kan overføre flere aspekter ved dette forskningsprosjektet til andre fagfelt innenfor logopedien, for eksempel i møte med barn med oppmerksomhetsvansker. Samtidig håper jeg at de som leser

dette kan dra nytte av de erfaringene som er fremstilt i dette prosjektet knyttet til kartlegging og behandling av ervervede, kognitive kommunikasjonsvansker.

Litteraturliste

- Aboulafia-Brakha, T., Christe, B., Martory, M. D. & Annoni, J. M. (2011). Theory of mind tasks and executive functions: a systematic review of group studies in neurology. *J Neuropsychol*, 5(Pt 1), 39-55. <https://doi.org/10.1348/174866410x533660>
- Ahlsén, E. (2008a). Språk og språklig kommunikation. I L. Hartelius, Nettelbladt, Ulrika og Hammarberg, Britta. (Red.), *Logopedi* (s. 51-67). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ahlsén, E. (2008b). Språkstörningar hos vuxna (förvärvade språkstörningar). I L. Hartelius, Nettelbladt, Ulrika og Hammarberg, Britta. (Red.), *Logopedi* (s. 187-197). Lund: Studentlitteratur AB.
- Baddeley, A. D. (2014). *Essentials of human memory* (Classic ed. utg.). East Sussex: Psychology Press.
- Balaban, N., Friedmann, N. & Ziv, M. (2016). Theory of mind impairment after right-hemisphere damage. *Aphasiology*, 30(12), 1399-1423. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1137275>
- Baron, C., Goldsmith, T. & Beatty, P. W. (1999). Family and Clinician Perceptions of Pragmatic Communication Skills Following Right Hemisphere Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 5(4), 55-63. <https://doi.org/10.1310/78XM-RVMK-NNJ1-3NV9>
- Beeman, M. J. & Chiarello, C. (1998). Complementary right- and left-hemisphere language comprehension. *Current Directions in Psychological Science*, 7(1), 2-8. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11521805>
- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Berg, K., Askim, T., Balandin, S., Armstrong, E. & Rise, M. B. (2017). Experiences of participation in goal setting for people with stroke-induced aphasia in Norway. A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 39(11), 1122-1130. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1185167>
- Blake, M. L. (2007). Perspectives on treatment for communication deficits associated with right hemisphere brain damage. *American journal of speech-language pathology*, 16(4), 331-342. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007/037\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/037))
- Blake, M. L. (2019). Cognitive Communication Deficits Associated With Right Hemisphere Brain Damage. I M. L. Kimbarow (Red.), *Cognitive Communication Disorders : Third Edition* (3. utg., s. 153-206). Plural Publishing, Incorporated.
- Blake, M. L. & Lesniewicz, K. (2005). Contextual bias and predictive inferencing in adults with and without right hemisphere brain damage. *Aphasiology*, 19(3-5), 423-434. <https://doi.org/10.1080/02687030444000868>
- Block, C. K. & West, S. E. (2013). Psychotherapeutic treatment of survivors of traumatic brain injury: review of the literature and special considerations. *Brain Inj*, 27(7-8), 775-788. <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.775487>
- Bloom, L. & Lahey, M. (1978). Language development and language disorders. I: Columbia University.
- Bowen A, M. K. T. R. C. (1999). Reasons for variability in the reported rate of occurrence of unilateral spatial neglect after stroke. <https://doi.org/10.1161/01.STRK.30.6.1196>
- CASLPO. (2002). *Preferred Practice Guideline for Cognitive-Communication Disorders*. https://www.researchgate.net/publication/257966068_Preferred_Practice_Guidelines_for_Cognitive-Communication_Disorders: CASLPO.
- CASLPO. (2018). *Practice Standards and Guidelines for Acquired Cognitive Communication Disorders* [Manual]. Ontario, Canada: CASLPO.

- Collins, A., Koechlin, E. & O'Doherty, J. P. (2012). Reasoning, Learning, and Creativity: Frontal Lobe Function and Human Decision-Making (Frontal Lobe Function and Human Decision-Making). *PLoS Biology*, 10(3), e1001293.
<https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001293>
- Constantinidou, F. (2019). Principles of Human Memory: An Integrative Clinical Neuroscience Perspective. I M. L. Kimbarow (Red.), *Cognitive Communication Disorders* (Third edition. utg., s. 51-91). San Diego, California: Plural Publishing, Inc.
- Constantinidou, F. & Kennedy, M. (2013). Traumatic Brain Injury in Adults. I I. Paphanasiou & P. Coppens (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (Second edition. utg., s. 421-450). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annu. Rev. Psychol.*, 64(1), 135-168.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Diamond, A. (2015). Why assessing and improving executive functions early in life is critical. I(s. 11-43).
- Douglas, J. M. (2010). Relation of executive functioning to pragmatic outcome following severe traumatic brain injury. *Journal of Speech, Language and Hearing Research (Online)*, 53(2), 365-382. Hentet fra https://search-proquest-com.ezproxy.nord.no/docview/507891423?accountid=26469&rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo#
- Ellis, C., Henderson, A., Wright, H. H. & Rogalski, Y. (2016). Global coherence during discourse production in adults: a review of the literature. *Int J Lang Commun Disord*, 51(4), 359-367. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12213>
- Engstad, R., Engstad, T., Davanger, S. & Wyller, T. (2013). Eksekutiv svikt etter hjerneslag. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 133(5), 524-527.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0686>
- Engstad, T., Viitanen, M. & Almkvist, O. (2007). Kognitiv svikt etter hjerneslag ; diagnostikk og håndtering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(10), 1390-1393.
- Ferm, U. & Thunberg, G. (2008). Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK). I L. Hartelius, Nettelbladt, Ulrika og Hammarberg, Britta. (Red.), *Logopedi* (s. 461-470). Lund: Studentlitteratur AB.
- Finch, E., Copley, A., Cornwell, P. & Kelly, C. (2016). Systematic Review of Behavioral Interventions Targeting Social Communication Difficulties After Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 97(8), 1352-1365.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.11.005>
- Flatebø, H. B. (2016). «Usynlig» vanske - synlig tjeneste? En deskriptiv studie av norske logopeders kjennskap til og arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/52066/MasteroppgaveHegeBFL4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hartelius, L. & Lohmander, A. (2008). Talstörningar - allmän del. I L. Hartelius, Nettelbladt, Ulrika og Hammarberg, Britta. (Red.), *Logopedi* (s. 357-411). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hartelius, L., Nettelbladt, U. & Hammarberg, B. (2008). *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur.
- Haskins, E. C. (2012). *Cognitive Rehabilitation Manual - translating evidence-based recommendations into practice* (1. utg.). Rehabilitation Hospital of Indiana, Indianapolis, Indiana: ACRM publishing.

- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Screening for språkvansker av alle pasienter med slag i dominant hemisfære, kartlegging av språk- og talefunksjon*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/seksjon?Tittel=syn-horsel-ogkommunikasjon-11067#screening-for-spraakvansker-av-alle-pasienter-med-slag-idominant-hemisfære,-kartlegging-av-spraak--og-talefunksjonanbefaling>
- Hjerneslagregister, N. (2018). *Årsrapport 2018*. Hentet fra https://stolav.no/Documents/Revidert_%C3%85rsrapport%202018_NHR.pdf
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2011). *Social Psychology* Prentice Hall.
- Hough, M. S. (1990). Narrative comprehension in adults with right and left hemisphere brain-damage: theme organization. *Brain Lang*, 38(2), 253-277. [https://doi.org/10.1016/0093-934x\(90\)90114-v](https://doi.org/10.1016/0093-934x(90)90114-v)
- Høier, J. (2001). *Språk og kommunikasjonsvansker : språkvitenskapelig tenkning i det spesialpedagogiske fagfeltet*. Tromsø: Eureka forl. Høgskolen i Tromsø.
- Høigård, A. (2013). *Barns språkutvikling : muntlig og skriftlig* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Jehkonen, M., Ahonen, J. P., Dastidar, P., Koivisto, A. M., Laippala, P., Vilkki, J. & Molnár, G. (2001). Predictors of discharge to home during the first year after right hemisphere stroke. *Acta Neurol Scand*, 104(3), 136-141. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2001.00025.x>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johnsen, G. (2018). Intervjuet som forskningsredskap. I M. Krogtuft & J. Sjøvoll (Red.), *Masteroppgaven i lærerutdanninga* (2. utg., s. 197-209). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Kaland, N. (1996). *Autisme og Aspergers syndrom : "theory of mind" : kommunikasjon og pedagogiske perspektiver* (bd. 8). Oslo: Universitetsforl.
- Karlsen, P. J. (2008). *Hva er hukommelse* (bd. 26). Oslo: Universitetsforl.
- Katz, N., Hartman-Maeir, A., Ring, H. & Soroker, N. (2000). Relationships of Cognitive Performance and Daily Function of Clients following Right Hemisphere Stroke: Predictive and Ecological Validity of the LOTCA Battery. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 20(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/153944920002000101>
- Kelly, M., McDonald, S. & Firth, M. H., J. (2017). A Survey of Clinicians Working in Brain Injury Rehabilitation: Are Social Cognition Impairments on the Radar? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(4)(E55-E65). <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000269>
- Kristoffersen, K. E., Simonsen, H. G. & Sveen, A. (2005). *Språk : en grunnbok*. Oslo: Universitetsforl.
- Krogstad, J. M. (2015). Hva er ervervet hjerneskade?
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, H. (2019). *Hjerneslag - hva nå? Fakta, tips og råd til slagrammede og pårørende*.
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Leonard, C. L., Waters, G. S. & Caplan, D. (1997). The Use of Contextual Information Related to General World Knowledge by Right Brain-Damaged Individuals in Pronoun Resolution. *Brain and Language*, 57(3), 343-359. <https://doi.org/https://doi.org/10.1006/brln.1997.1744>

- LFS. (2011). *Hjerneslag. Hjem - hva nå? Usynlige skader og vansker som følge av hjerneslag*. Oslo: Landsforeningen for slagrammede.
- LHL. (2019). *Fakta, tips og råd til slagrammede og pårørende*. Oslo: LHL Hjerneslag.
- Luria, A. R. (1966). *Higher cortical functions in man*. Oxford, England: Basic Books.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Marini, A., Galetto, V., Zampieri, E., Vorano, L., Zettin, M. & Carlomagno, S. (2011). Narrative language in traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 49(10), 2904-2910. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.06.017>
- Mesulam, M. M. (1981). A cortical network for directed attention and unilateral neglect. *Ann Neurol*, 10(4), 309-325. <https://doi.org/10.1002/ana.410100402>
- Murray, L. & Coppens, P. (2017). Formal and Informal Assessment of Aphasia. I I. Papathanasiou & P. Coppens (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 81-108). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: NESH.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Norge, D. (2017). *Faglige retningslinjer for kartlegging, utredning og oppfølging av elever med dysleksi* (1. utg.). Oslo: Dysleksi Norge.
- Orfei, M. D., Robinson, R. G., Prigatano, G. P., Starkstein, S., Rüsçh, N., Bria, P., ... Spalletta, G. (2007). Anosognosia for hemiplegia after stroke is a multifaceted phenomenon: a systematic review of the literature. *Brain*, 130(12), 3075-3090. <https://doi.org/10.1093/brain/awm106>
- Orrem, K. (2018). Behandling - et begrep til besvær. I *God hjelp når det trengs* (s. 125-129). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Owensworth, T., Fleming, J., Strong, J., Radel, M., Chan, W. & Clare, L. (2007). Awareness typologies, long-term emotional adjustment and psychosocial outcomes following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 17(2), 129-150. <https://doi.org/10.1080/09602010600615506>
- Pell, M. D. (1999). The Temporal Organization of Affective and Non-Affective Speech in Patients with Right-Hemisphere Infarcts. *Cortex*, 35(4), 455-477. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70813-X](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70813-X)
- Postholm, M. B., Jacobsen, D. I. & Søbstad, R. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanningen*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Purdy, M. H. (2019). Executive Functions: Theory, Assessment, and Treatment. I M. L. Kimbarow (Red.), *Cognitive communication disorders* (Third edition. utg., s. 93-151). San Diego, California: Plural Publishing, Inc.
- Romsland, G. I. (2011). *Kognitiv svikt : lærebok for fagfolk i møte med mennesker med ervervet hjerneslag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ross, E. D. (1981). The aprosodias. Functional-anatomic organization of the affective components of language in the right hemisphere. *Arch Neurol*, 38(9), 561-569. <https://doi.org/10.1001/archneur.1981.00510090055006>
- Saldert, C. (2008). Högrehemisfärskador. I L. Hartelius, Nettelbladt, Ulrika og Hammarberg, Britta. (Red.), *Logopedi* (s. 207-212). Lund: Studentlitteratur AB.
- Silverstein, M. (2003). Indexical order and the dialectics of sociolinguistic life. *Language & communication*, 23(3-4), 193-229. [https://doi.org/10.1016/s0271-5309\(03\)00013-2](https://doi.org/10.1016/s0271-5309(03)00013-2)

- Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Solbakk, A.-K., Schanke, A.-K. & Krogstad, J. M. (2008). Hodeskader hos voksne ; diagnostikk og rehabilitering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(9), 1098-1107.
- Stemmer, B. (2008). CHAPTER 17 - Neuropragmatics: Disorders and Neural Systems. I B. Stemmer & H. A. Whitaker (Red.), *Handbook of the Neuroscience of Language* (s. 175-187). San Diego: Elsevier.
- Stubberud, J., Langenbahn, D., Levine, B., Stanghelle, J. & Schanke, A.-K. (2013). Goal management training of executive functions in patients with spina bifida: a randomized controlled trial. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 19(6), 672. <https://doi.org/10.1017/S1355617713000209>
- Sunnaas, S. (2017). Kognitive kommunikasjonsvansker. Hentet 11.04 20 fra <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/fagstoff/informasjonsmaterieell-og-brosjyrer/kognitive-kommunikasjonsvansker>
- TactusTherapy. (2019). *What Is A Cognitive Communication Disorder?* Hentet fra <https://tactustherapy.com/whatiscogcomm/>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Togher, L., McDonald, Coelho, C. & Byom, L. (2013). Cognitive communication disability following traumatic brain injury: Examining discourse, pragmatic behavior, and executive functions. I.
- Toglia, J. & Kirk, U. (2000). Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation*, 15(1), 57-70. <https://doi.org/10.3233/NRE-2000-15104>
- Tompkins, C. A. (2012). Rehabilitation for Cognitive-Communication Disorders in Right Hemisphere Brain Damage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), S61-S69. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.10.015>
- Tompkins, C. A., Klepousniotou, E. & Scott, A. G. (2017). Nature and Assessment of Right Hemisphere Disorders. I *Aphasia: and related neurogenic communication disorders* (s. 353-392). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Tompkins, C. A. & Scott, A. G. (2017). Treatment of Right Hemisphere Disorders. I I. Papathanasiou & P. Coppens (Red.), *Aphasia: and Related Neurogenic Communication Disorders* (Second edition. utg., s. 399-420). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Villard, S. (2019). Attention. I M. L. Kimbarow (Red.), *Cognitive Communication Disorders : Third Edition* (3. utg., s. 1-50). Plural Publishing, Incorporated.
- Vossel, S., Weiss, P. H., Eschenbeck, P. & Fink, G. R. (2013). Anosognosia, neglect, extinction and lesion site predict impairment of daily living after right-hemispheric stroke. *Cortex*, 49(7), 1782-1789. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.12.011>
- Wyller, T. B. & Sveen, U. (2002). Non-linguistic cognitive symptoms of cerebral stroke. I *Tidsskr Nor Laegeforen* (bd. 122, s. 627). Norway: Norway.
- Øyslebø, O. (1988). *Ikkeverbal kommunikasjon : introduksjon til en tverrvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 1: Intervjuguide

A. Bakgrunnsdata om informanten

Innledende spørsmål

1. Hva slags grunnutdanning har du?
2. Når tok du logopedutdanningen? Master?
3. Er du medlem av Norsk Logopedlag?

B. Kognitive kommunikasjonsvansker

4. Hva legger du i begrepet ervervede kognitive kommunikasjonsvansker hos mennesker etter hjerneslag?
5. I hvilken grad har du erfaring med kognitive kommunikasjonsvansker i arbeidet som logoped?

C. Utredning/kartlegging

6. Hva er hovedsakelig begrunnelsen for at mennesker med kkv blir henvist til logoped?
7. Hvilke kjennetegn eller markører fører til videre kartlegging av kkv? (f.eks oppmerksomhet, hukommelse, eksekutive funksjoner etc.)
8. Hvordan kartlegger du kkv?
 - Hvilke kartleggingsverktøy benyttes ved utredning av kkv?
9. Kan du si noe om utfordringer rundt kartlegging av mennesker med ervervet kognitive kommunikasjonsvansker? (Informasjon, ressurser, tid, materiell, selvinnsikt, osv).

D. Tiltak/behandling

10. Hvordan arbeider du med kkv?
 - Benytter du en bestemt metode?
11. På hvilken måte brukes metodene? Er det fastlagt, eller benytter du ulike elementer fra en eller flere metoder?
12. Hvilke ulike faggrupper samarbeider du med og hvordan tilpasses tiltakene ut fra det?

13. Hvor ofte trenes det med pasienten, både sammen med deg og andre faggrupper?
14. Hvordan evalueres effekten av tiltak? Brukes bestemte metoder, i så fall hvilke?
15. Kan du peke på utfordringer når det gjelder metoder og tiltak for mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?

E. Avsluttende spørsmål

16. Er det noen andre momenter rundt arbeidet med kkv du vil belyse?

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Logopeders arbeid med kognitive kommunikasjonsvansker etter høyresidig hjerneslag”?

Dette er et spørsmål om du kan delta i et forskningsprosjekt med formål å undersøke hvordan logopeder jobber med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. I dette skrevet gir jeg informasjon om målene for prosjektet, og hva aktuell deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er mastergradsstudent i Logopedi ved Nord Universitet og skal utføre et forskningsprosjekt som omhandler logopeders arbeid med menneskers ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Gjennom dette prosjektet ønsker jeg å se nærmere på logopedens rolle og de ulike metodene som brukes for å jobbe med disse vanskene. Jeg ønsker å få innsikt i hvilke kartlegginger, behandlingsmetoder og samarbeid med andre faggrupper som legges til grunn for å gi et helhetlig tilbud for mennesket med disse vanskene. Hensikten med oppgaven er å undersøke og få en større forståelse for hvordan logopedene jobber med denne type vansker og at kunnskapen om dette spres.

Jeg ønsker i mitt masterprosjekt å utføre intervju med flere logopeder for å få kunnskap om deres arbeidsmåter og erfaringer med målgruppen.

Under intervjuet ønsker jeg å komme nærmere inn på hvordan samarbeidet mellom de ulike faggruppene fungerer og hvordan denne målgruppen blir fanget opp da dette fremstår som en vanske det har vært lite fokus på i Norge innad logopediens fagområde. Logopedene har ingen standardiserte kartleggingsverktøy for denne vansken i Norge og jeg er derfor interessert i å høre hvordan de gjør kartleggingsarbeidet sitt. Jeg ønsker også å få vite hvordan arbeidet sammen med pårørende foregår da vansken ofte medfører liten selvinnsikt i egne vansker. Deltakelsen i prosjektet innebærer en videosamtale der jeg tar lydopptak fra intervjuene og noterer underveis.

Hvem er hovedansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Etter å ha lest en tidligere masteroppgave om «logopeders kunnskap om kognitive kommunikasjonsvansker» kom det frem at de fleste logopedene hadde hørt om vansken, men hadde liten eller ingen erfaring å jobbe med vanskegruppen. Derfor ønsker jeg å oppsøke logopeder som har erfaringer med dette arbeidet. Etter samtale med veileder og emneansvarlig i logopedi, tenkte jeg å kontakte kjente rehabiliteringsenheter da dette vil være en god måte å få kontakt med logopedene som har erfaring med målgruppen. På grunn av vanskeligheter med å innhente nok informanter har jeg kontaktet NSD for å utvide søk etter informanter knyttet til Norsk Logopedlag. Så lenge du er logoped og har erfaringer med denne vansken ønsker jeg å komme i kontakt med deg. Jeg håper at minst tre involverte logopeder ønsker å la seg intervju om deres kunnskap og erfaringer knyttet til vanskegruppen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg kommer til å benytte meg av intervju gjennom Skype/annen videooverførsel da det blir vanskelig å reise til de ulike stedene. Jeg imøtekommer informantene på måten de anser best for gjennomføring av intervjuene. Jeg ønsker følgelig å få en bred og god innsikt over arbeidsmetoder og erfaringer, hvor jeg ser for meg at hvert intervju har en varighet på ca en time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet, men hvis du velger å være med, kan du når som helst trekke samtykket uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke få noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har gjennomgått i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Jeg har taushetsplikt, hvor alle lydopptak og øvrige opplysninger fra intervjuene vil bli behandlet konfidensielt. I oppgaven blir alle informanter henvist til som «logoped», hvor rehabiliteringsenhetene der logopedene jobber ikke vil bli oppgitt.
- Lydopptak fra intervjuene blir lagret på harddisk som igjen låses inn i en safe i eget hjem. Etter at intervjuene er blitt transkribert, vil jeg erstatte navn og arbeidsplass med koder.

Det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantene i oppgave min da verken navn eller arbeidsplass blir nevnt. Arbeidsmetodene vil imidlertid bli kjent.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2020. Da vil opplysninger fra prosjektet som kan knyttes opp mot informanter og rehabiliteringsinstitusjoner bli slettet umiddelbart.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Nord Universitet ved dosent Gisle Henrik Johnsen – gisle.johnsen@nord.no Telefon: 75517744 / 41225417.
- Student: Linda M Erland – lmyrland@hotmail.com / linda.m.erland@student.nord.no Telefon: 99255050
- Vårt personvernombud:
Toril Irene Kringen

Seniorrådgiver – jurist // Økonomi og HR
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen
Prosjektansvarlig
Linda M. Erland/Gisle H. Johnsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Logopeders arbeid med kognitive kommunikasjonsvansker», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak

Jeg samtykker at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. sept 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

25.8.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Ervervede kognitive kommunikasjonsvansker

Referansenummer

146688

Registrert

18.11.2019 av Linda Mari Myrland Erland - linda.m.erland@student.nord.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for lærerutdanning og kunst- og kulturfag / Logopedi, spesialpedagogikk, tilpasset opplæring

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gisle Henrik Johnsen, gisle.johnsen@nord.no, tlf: 75517744

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Linda M Erland, lmyrland@hotmail.com, tlf: 99255050

Prosjektperiode

13.09.2019 - 01.09.2020

Status

02.06.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

02.06.2020 - Vurdert

Bekreftelse på status

NSD har vurdert endringen registrert 02.06.2020.

Vi har nå registrert 01.09.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.