



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Constraint induced språkterapi (CIST)
– Praktisk erfaring med metoden

Marita Kjørsvik og Cathrine Østebrød Utne

Masteroppgave logopedi
PE323L
Universitetet i Nordland
Mai 2015



Abstract

Constraint-induced language therapy (CILT) is a relatively new aphasia intervention to improve expressive language in people with non-fluent aphasia. Research so far has shown good results for patients who have received this type of treatment. However, it has been conducted less research on speech-language therapist (SLT) opinions about how CILT works. This is the focus of the research presented here.

The purpose of this project is to compile the speech-language therapists own experience and views on how to work with CILT. We choose to focus on two speech-language therapists who offer a modified version of CILT, characterized by a lower intensive treatment.

Our findings show that respondents have positive experiences with this modified version of CILT. Our respondents experienced that the CILT treatment has a positive effect, even with less intensive treatment. Additionally we find that the group dynamics that occurred between the clients could have an impact on the linguistic and social progress. Participation in these groups appears to give a sense of security, and encourages the client to speak more. The SLT`s believed that those groups created a supporting atmosphere, which gave the clients greater confidence, better motivation and self-esteem.

When asked about proposed changes in the implementation of the CILT treatment, the respondents suggested changing the type of test used before and after the treatment. Test to better evaluate changes in clients' language skills due to treatment. They also suggested enhanced integration with other disciplines as a way of helping the clients to maintain the skills developed in treatment.

Sammendrag

Constraint induced språkterapi (CIST) er en relativ ny behandlingsmetode innenfor afasirehabilitering. Dette er en intensiv behandlingsmetode som har til hensikt å fremme talespråket hos de som er rammet av afasi. Den foreløpige forskningen på CIST viser til gode resultater for klienter som har fått denne typen behandlingen. Likevel finnes det lite forskning på hvordan logopeders erfarer at CIST-metoden fungerer i praksis og vi ønsker å bidra med mer kunnskap på dette området.

Formålet med dette prosjektet er å få frem logopeders egne erfaringer og vurderinger av å arbeide med CIST. Vi har valgt å forske på to logopeders som gir et tilbud med en modifisert versjon av CIST med en lavere intensitet.

Våre funn viser at våre informanter har positive erfaringer med denne modifiserte CIST-metoden. Informantene erfarer at CIST-behandling har effekt, til tross for at behandlingen gjennomføres med en lavere intensitet. De mener at gruppedynamikken som oppstod mellom klientene, muligens spilte en rolle for klientenes språklige og sosiale framgang. Deltakelse i gruppene syntes å føre til trygghet, og det åpnet opp for at klientene våget å bruke talespråket mer. Videre mente de at gruppene skapte en støttende atmosfære, som ga klientene større mestringsfølelse, bedre motivasjon og en bedre selvtillit.

Det ble fundert på enkelte deler som kunne endres ved gjennomføringen av CIST-behandlingen. Informantene foreslo endringer ved kartleggingen av klientene, hvor de mente at det trengs andre tester som på en bedre måte kan avdekke klientenes språklige endringer. Videre foreslo informantene at det burde opprettes et system som tar sikte på å sikre at klientenes språklige framgang ivaretas og vedlikeholdes etter behandlingsslutt. En mulig løsning på det var å få til et tettere tverrfaglig samarbeid.

Forord

Masteroppgaven er ferdig og vi sitter igjen med mange nye inntrykk og erfaringer. Det siste året har vært preget av mye hardt arbeid, og det har vært både spennende og lærerikt.

Skriveprosessen har vært både fin og inspirerende, irriterende og slitsomt. Likevel er det en prosess vi ikke ville ha gått glipp av.

Det er mange som fortjener en takk for at vår masteroppgave endelig kom i havn.

Først og fremst retter vi en stor til takk til våre informanter som har stilt opp på intervju, og som også har gitt oss tilgang på testresultater. Videre vil vi takke Anton Erik Maes som har bidratt med sine engelskspråklige kunnskaper, og Ingvild Angell Bakke for sitt skarpsyn i jakten på skrivefeil. Skype og OneDrive skal takkes for å ha gjort det mulig for oss å samarbeide på tvers av landet. Vi takker også Universitetet i Nordland for to flotte og lærerike år, og vi er nå klare og motiverte for arbeidet som logoped. Takk også til våre flotte medstudenter, dere er en herlig gjeng. Våre familier som har måttet holdt ut med vår skrivekløe og til tider asosiale tilværelse fortjener også en stor takk.

Den vi helt til slutt vil takke er vår veileder Irene Velsvik Bele. Du har vært en stor støtte og en flott veileder gjennom hele prosessen. Vi setter stor pris på alle tilbakemeldingene og oppmuntringen underveis, også de røde strekene.

Stjørdal, mai 2015

Lofthus, mai 2015

Marita Kjørsvik og Cathrine Østebrød Utne

Innhold

1. Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Tema og formål	5
1.3 Problemstilling	6
1.4 Teoretisk tilnærming og begrepsbruk	6
1.5 Oppgavens oppbygging.....	7
2. Teori	8
2.1 Hjernen	8
2.2 Språk og kommunikasjon.....	9
2.3 Afasi	9
2.3.1 Afasityper og tilleggsvansker.....	10
2.3.2 Hjernens plastisitet	11
2.4 Rettigheter ved rehabilitering etter hjerneslag	12
2.4.1 Gruppebehandling	13
2.5 CIST	13
2.5.1 Bakgrunn	15
2.5.2 Resultater fra tidligere studier på CIST.....	16
2.5.3 Oppsummering av forskningen	23
3. Metode.....	25
3.1 Forskningsdesign.....	25
3.2 Begrunnelse for valg av metoder	25
3.3 Informantene	26
3.4 Intervju som forskningsmetode	27
3.4.1. Utarbeiding av intervjuguiden.....	27
3.5 Analysen.....	29
3.6 Reliabilitet og validitet	30
3.7 Etske vurderinger	30
4. Analyse av våre funn.....	32
4.1 Bakgrunnen for at CIST ble et tilbud på informantenes arbeidssted	33
4.2 Tilpassing, hjelp og støtte til klientene.....	33
4.3 Tilpassing av CIST-gruppene.....	35

4.4 Informantenes vurdering av CIST	36
4.4.1 En ressurskrevende metode	36
4.4.2 Intensitet	37
4.4.3 Samarbeidet mellom informantene	38
4.5 Fungerer CIST ved lavere intensitet?	39
4.5.1 Motivasjon og det sosiale aspektet	41
4.6 Er det noe ved CIST-behandlingen informantene vil endre på?	42
5. Drøfting	44
5.1 Ressurskravene til CIST-behandlingen	44
5.1.1 Materialet til CIST-behandlingen	44
5.1.2 Kartleggingen av klientene	45
5.1.3 Ressurskravene i behandlingsforløpet	46
5.1.4 Ressursbruk i CIST	47
5.1.5 Tekniske hjelpemidler	49
5.1.6 Samarbeidet mellom informantene	50
5.2 Intensiteten i CIST-behandlingen	51
5.2.1 Fungerer CIST tilfredsstillende ved en lavere intensitet?	52
5.3 Gruppedynamikken	55
5.3.1 Trivsel i gruppen	56
5.3.2 Klientenes motivasjon	57
5.4 Informantenes forslag til endringer i gjennomføringen av CIST-behandlingen	58
5.4.1 Kartleggingen av klientene	58
5.4.2 Opprettholde behandlingseffekten	59
6. Oppsummering og konklusjon	61
6.1 Kritiske betraktninger	64
6.2 Videre forskning på CIST	64
6.3 Konklusjon	65
7. Litteraturliste	66
Vedlegg 1: Godkjennelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	
Vedlegg 2: Informasjonskriv til informantene	
Vedlegg 3: Intervjuguiden	

1. Innledning

Årlig rammes ca. 15 000 personer i Norge av hjerneslag, og det er den tredje hyppigste dødsårsaken her i landet. Hjerneslag er en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming, og det har store økonomiske konsekvenser. Verdens helseorganisasjon definerer hjerneslag som: ”en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som varer i mer enn 24 t eller fører til død” (Helsedirektoratet, 2010, s. 8). Antall slagrammede vil antagelig øke med 50 % de neste 20 årene som en konsekvens av den stadige økningen i antall eldre i befolkningen (Helsedirektoratet, 2010).

Afasi er en ervervet språkvanske som skyldes lesjon i hjernen (Papathanasiou, Coppens & Potagas, 2013). En lesjon eller skade i hjernen kan oppstå som følge av hjerneslag, ytre traumer mot hodet eller sykdommer, og kan føre til afasi (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph & Lind, 2010). Språkvanskene ved afasi kan ramme på ulike måter. Noen opplever at afasien gjør det vanskelig å uttale ord og ytringer, andre opplever at afasien gjør språkforståelsen utfordrende. Videre vil afasien ikke bare rammer de med afasi, men også deres nærmeste. Den daglige kommunikasjonen kan bli utfordrende, og det kan skape vanskeligheter på det psykososiale planet.

Innenfor afasirehabilitering finnes det en rekke behandlingsmetoder. Én relativt ny behandlingsmetode er Constraint Induced Språkterapi, forkortet til CIST. *Constraint* betyr begrensning eller redusert bruk av nonverbal kommunikasjon, som for eksempel gester, kroppsspråk, skrift og tegninger. *Induced* betyr tvang, som vil si at klienter tvinges og oppmuntres til å bruke talespråket (Kirmess, 2007). Det er et intensivt språktreningsprogram som har til hensikt å forbedre talespråkproduksjonen hos afasirammede (Kirmess & Becker, 2013). CIST er en metode som vanligvis foregår i grupper. Selve behandlingen består av et kortspill hvor klientene skal samle par av to like billedkort. Under kortspillet må klientene henvende seg til andre klienter for å spørre om spesifikke billedkort. Hensikten er å utnytte hjernens plastisitet, i form av å trene opp hjernen til å lære på nytt – lage nye spor.

Metoden bygger på prinsippene *massed practice*, som vil si intensiv trening, *shaping*, hvor man skal finne mestringsnivået til klienten, men også beholde en grad av utfordring og til slutt *constraint*, som vil si at klienten forhindres i å bruke kompenserende nonverbale kommunikasjonsmåter (Meinzer, Djundja, Barthel, Elbert & Rockstroh, 2005). I CIST er også prinsippet om naturlige samtalesituasjoner viktig, og det betyr at under behandlingen skal treningssituasjonen være mest mulig lik en dagligdags situasjon (Kirmess, 2007). Prinsippene

som metoden er bygget på, er hentet fra metoden CIMT (constraint induced movement therapy), som er brukt i fysioterapien (Meinzer, Rodriguez & Gonzalez Rothi, 2012). Dette blir grundigere omtalt senere.

1.1 Bakgrunn

I forbindelse med afasipraksis fikk vi observere behandlingsmetoden CIST. Den ble først omtalt i 2001 i studien til Pulvermüller, Neininger, Elbert, Mohr, Rockstroh, Koebbel og Taub (2001). Den foreløpige forskningen på CIST viser til gode resultater for klienter som har fått denne typen behandling (Pulvermüller et al., 2001; Meinzer et al., 2005; Meinzer et al., 2012). CIST er en intensiv behandlingsmetode hvor intensiteten er en viktig faktor ifølge forskningen (Meinzer et al., 2012).

I afasipraksis erfarte vi at CIST ble gjennomført på en modifisert måte hvor den skiller seg fra det som vanligvis beskrives innenfor forskningen. Modifiseringen bestod i hovedsak av at intensiteten i behandlingen på praksisstedet, var *lavere* enn det som forskningen vanligvis henviser til (Difrancesco, Pulvermüller & Mohr, 2012). Ved praksisstedet har de valgt å gjennomføre CIST-behandlingen med halvannen timers økter, fire dager i uka, fordelt på totalt fem uker. Den midterste uken er behandlingsfri, slik at i løpet av behandlingsperioden har klientene totalt 24 behandlingstimer. Intensiteten henviser til hvor lange behandlingstøkene er per dag og hvor mange behandlingstøkter det er per uke, samt den totale lengden på behandlingen. I forskningen beskrives det at CIST gjennomføres med høy intensitet over kort tid (Meinzer et al., 2012). Det vil si tre timers behandlingstøkter daglig i en ti dagers periode, totalt 30 timer i behandlingsperioden. Logopedene på praksisstedet, som tilbyr den modifiserte formen for CIST, har kun jobbet med CIST det siste året, og har hittil utført to omganger med CIST-behandling. Vårt praksissted har ikke tilbudt CIST på en like intensiv måte som det forskningen generelt henviser til.

1.2 Tema og formål

Temaet for vårt prosjekt er rehabilitering for afasirammede, hvor behandlingsmetoden CIST står i fokus. Risberg (2012) skriver at formålet skal belyse hvorfor temaet er valgt, eller hensikten med valg av tema.

Det finnes en del forskning på CIST, og de fleste viser til positive resultater for klientene som får denne behandlingen. Det har vært ulikt fokus og formål med disse studiene, selv om de viser til liknende resultat angående behandlingseffekten av CIST. Et par eksempler på studier som viser til positive resultat for deltakerne er Pulvermüller et al. (2001) sin undersøkelse om de kunne ta i bruk CI-prinsippene (Constraint induced-prinsipper fra fysioterapimetoden) og overføre disse til talespråket. De var de første som overførte CI-prinsippene til talespråktrening, og som viste til at prinsippene kan overføres til taletrening ved afasirehabilitering. En annen studie som også viser positive resultater er Meinzer et al. (2005), som undersøkte langtidseffektene av CIST. Videre har Maher et al. (Maher, Kendall, Swearingin, Rodriguez, Leon, Pingel, Holland & Gonzalez Rothi, 2006) undersøkt kriteriet om tvungen bruk av talespråket i CIST-behandlingen, hvor det ble vurdert om kriteriet var en kritisk komponent for metodens suksess.

Forskningen så langt viser til gode resultater på CIST, og det virker å være en metode som fungerer. Likevel finnes det lite forskning på hvordan logopeder erfarer at CIST fungerer, enten for klientene eller for dem selv. Formålet med dette prosjektet er å få frem logopeders egne vurderinger og erfaringer med å arbeide med CIST. Videre har vi valgt å konsentrere oss om to logopeder som gir et tilbud med en modifisert versjon av CIST. Modifiseringen består av at CIST gjennomføres mindre intensivt, som vil si færre behandlingstimer per dag i løpet av behandlingsperioden. Behandlingen strekker seg også over en lengre periode enn det som vanligvis beskrives i forskningen. Siden det finnes lite forskning på hvordan logopedene selv erfarer det å arbeide med CIST, ønsker vi å bidra med mer kunnskap på dette området.

Vi har valgt å intervju to logopeder, som hittil har arbeidet med CIST i to omganger i løpet av 2014. Logopedene har gjennomført CIST-behandlingen i periodene januar—februar og oktober—november 2014. De har kun erfaring med en modifisert gjennomføring av CIST, og deres erfaringer kan derfor ikke generaliseres til å gjelde for logopeders generelle erfaringer med behandlingsmetoden CIST.

1.3 Problemstilling

Forskningen på CIST som er gjort hittil og så langt vi er kjent med, viser til gode resultater (Pulvermüller et al, 2001; Meinzer et al., 2005; Kirmess & Maher, 2010; Meinzer et al., 2012). I følge tidligere forskning ser intensiteten i CIST-behandlingen ut til å være en viktig faktor for at metoden fungerer. Det finnes få studier som har undersøkt hvordan logopedene selv vurderer og erfarer metoden. På bakgrunn av det ønsker vi å undersøke hvordan våre informanter erfarer at CIST-metoden fungerer, og vi har derfor valgt følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har logopeder med CIST-metoden, når den gjennomføres med en mindre intensitet?

Vi ønsker å belyse våre informanters erfaringer og vurderinger av CIST-behandlingen, både i forhold til intensiteten, og selve gjennomføringen av behandlingen. Det påpekes at våre informanter kun har erfaring med en modifisert versjon av CIST, hvor intensiteten i behandlingsopplegget er redusert i forhold til det som det vanligvis henvises til i litteraturen. Dermed kan det tenkes at våre informanters erfaringer kan skille seg fra de som har erfaringer med den mer intensive versjonen. Vi ønsker å få informantenes vurderinger av hvordan gjennomføringen av CIST-behandlingen har vært, og om de med bakgrunn i det året de har arbeidet med metoden, har forslag til mulige endringer. Intensiteten i behandlingen blir en viktig faktor, og vi ønsker å få informantenes vurderinger av hvordan metoden erfares med den intensiteten de har valgt. I tillegg ønsker vi å få informantenes vurderinger av hvordan de erfarer at gruppebehandlingen fungerer, både for dem som logopeder og for klientene.

1.4 Teoretisk tilnærming og begrepsbruk

CIST er det norske begrepet på behandlingsmetoden CILT (constraint induced language therapy). Denne metoden omtales også som CIAT (constraint induced aphasia therapy) og i nyere forskning har begrepet ILAT (intensive language action therapy) blitt mye brukt. Vi velger å bruke CIST som begrep, også når CIAT, CILT og ILAT omtales i teoretisk litteratur, fordi CIST er det mest brukte begrepet i Norge, og fordi det er et godt synonym (Kirmess, 2015).

CIST bygger på en metode fra fysioterapien, som kalles CIMT, hvor teori om hjernens plastisitet, som vil si hjernens evne til å tilpasse og forandre seg til ytre påvirkninger eller fysiologiske endringer, står i fokus (Meinzer et al., 2012). Videre er prinsippet om lært ikke-bruk viktig, som vil si at dersom man ikke tar i bruk en del av kroppen som er skadet, som for eksempel deler av talespråket, vil denne delen ikke kunne rehabiliteres (Lyngås Skjelstad & Kirmess, 2010). Andre viktige prinsipp ved CIST er intensiteten i behandlingen, hvor det påpekes at jo mer intensiv behandlingen er, jo bedre er det (Difrancesco et al., 2012).

Vi vil omtale våre informanter som «Informant 1» og «Informant 2». Dette for å skille mellom dem, samtidig som deres anonymitet bevares. Det vil og lettere skille de fra andre logopeder som omtales i forskningsartiklene.

I søk etter relevant litteratur om CIST, har vi i hovedsak valgt å bruke databasene PubMed og MEDLINE. Søkeordene vi har benyttet oss av er: *cilt, ciat, ilat, constraint, induced, language therapy, aphasia therapy, brain plasticity, intensive*.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av seks hoveddeler, hvor kapittel 1 omhandler bakgrunn, tema og formål med prosjektet, samt en presentasjon av vår problemstilling. I kapittel 2 er teoridelen hvor vi først gir en kort innføring om hjernen, hodeskader og hjernes plastisitet. Videre følger teori om afasi, rettigheter ved rehabilitering etter hjerneslag, gruppebehandling, språk og kommunikasjon. Til slutt i kapittel 2 er en grundig innføring i CIST, med bakgrunn og forskning på området. I kapittel 3 vil vi redegjøre for valg av metode, hvor vi også vil vurdere oppgavens reliabilitet, validitet og etikk. Kapittel 4 omhandler analysen av våre funn, som er intervju med to logopeder. Drøftingen av våre funn i analysen opp mot teori og problemstilling vil bli gjort i kapittel 5. Til slutt vil vi i kapittel 6 ha en oppsummering og konklusjon, og besvare vår problemstilling.

2. Teori

Her følger en presentasjon av teorigrunnlaget for vårt prosjekt. Først ved en kort introduksjon om hjernens oppbygging, hvor vi videre vil komme inn på hodeskader og følgene av dette. Språk og kommunikasjon vil bli nevnt, og til slutt vil det komme en grundig gjennomgang om afasi, afasityper og tilleggsvansker. Til slutt vil forskningen om CIST presenteres, hvor de mest relevante studiene for vårt prosjekt bli presentert.

2.1 Hjernen

Hjernen, som også kalles sentralnervesystemet, har to ytterpunkter, hjernestammen og storhjernebarken, hvor hjernestammen går fra ryggmargen og inn i hjernen, mens storhjernebarken dekker overflaten av storhjernen (Finset & Krogstad, 2009). Videre er storhjernebarken, også kalt cortex, delt inn i to hemisfærer, den høyre og venstre, som styrer hver sin kroppsdel. Den høyre hemisfære styrer venstre kroppsdel, mens venstre hemisfære styrer høyre kroppsdel. Foruten de to nevnte delene består hjernen i tillegg av cerebellum (lillehjernen), mellomhjernen, det limbiske system og basalgangliene. De to hemisfærene er delt inn i lapper, som er frontallappen, temporallappen, parietallappen og occipitallappen (Papathanasiou et al., 2013). De to hemisfærene er sammenknyttet via en bro kalt corpus callosum, også kalt hjernebjelken (Finset & Krogstad, 2009).

Hodeskader

Hodeskader kan ramme på flere måter og på ulike steder, og reduserer funksjonsnivået til menneskelig atferd, grunnet regresjon (Finset & Krogstad, 2009). Det vil påvirke læringsevne og læringsstrategier i de områdene i hjernen som er rammet. Kartlegging blir viktig for å finne de områdene hvor det er funksjonsutfall, og for å finne de intakte ressursene og områdene som fungerer godt. Hjernens effektivitet blir generelt svekket ved en skade i hjernen og dette må tas høyde for både i kartlegging og rehabilitering. Både det motoriske og psykomotoriske tempo blir ofte redusert, oppmerksomhet, konsentrasjon og graden av aktivering, hukommelse og læringsevne påvirkes (Finset & Krogstad, 2009).

Nevrologene Broca og Wernicke oppdaget at skader i venstre hjernehalvdel ga språkforstyrrelser, kalt afasi (Finset & Krogstad, 2009). De har dannet grunnlaget for nyere og

nyansert hjerneforskning. Det legges i dag mindre vekt på hvor i hjernen skaden sitter og mer på omfanget av skaden.

2.2 Språk og kommunikasjon

Språk er det primære kommunikasjonssystemet for mennesket, og i hovedsak brukes språket til å overføre tanker via talen (Fernández & Smith Cairns, 2011). Det er i hovedsak venstre hemisfære som styrer språket hos mennesker, og for 96 % av befolkningen er det her språket er lokalisert (Gjærum, 2010). Den venstre hemisfære har spesialiserte oppgaver som fonologi og syntaks, mens den høyre hemisfære har betydning for situasjonsforståelse og integrasjon av språklig informasjon. Språk er biologisk betinget, komplekst og har mange aspekter, både muntlig og skriftlig.

Kommunikasjon betyr å dele eller å gjøre noe felles, og hensikten er å formidle noe til andre, eller at andre formidler noe til deg (Tetzchner, Feilberg, Hagtvatn, Martinsen, Mjaavatn, Simonsen & Smith, 2008). Det er fire viktige kommunikasjonsorganer som er: hjernen, taleorganene, hørsel og syn, og disse har et samspill som styres av nervesystemet.

Kroppsspråket i form av gester og tegn er viktig i den totale kommunikasjonen (Lind, Uri, Moen, & Bjerkan, 2000). Lind et al. (2000) påpeker at språket kan forstås som et uttrykksmiddel i vid forstand, at det kan være et bestemt system for kommunikasjon og måter å bruke dette systemet på i ulike situasjoner. Språket har en dobbel eksistensform, ved at det er kognitivt, individuelt og sosialt.

2.3 Afasi

Afasi er en ervervet språkvanske forårsaket av en lesjon i hjernen (Papathanasiou et al., 2013). Lesjonen, skaden i hjernen, kan oppstå etter slag, sykdom eller ytre skader mot hodet (Qvenild et al., 2010). Som regel er det en skade i venstre hemisfære som forårsaker afasi, siden det er der språksentrene i hovedsak befinner seg. Det er hjerneslag (apoplexia cerebri) som er den vanligste årsaken til afasi, og det rammer 15 000 personer årlig (Helsedirektoratet, 2010). Begrepet afasi kommer fra det greske ordet aphasia, som betyr tap av taleevne (Qvenild et al., 2010). Siden afasi rammer alle språkkomponentene blir det regnet som en

multimodal språkvanske, og det rammer områder som fonologi, syntaks, semantikk og pragmatikk (Papathanasiou et al., 2013).

Det finnes flere definisjoner på afasi, og Papathanasiou et al. (2013) definerer det slik:

...we operationally define aphasia as an acquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person's communicative and social functioning, quality of life, and quality of life of his or her relatives and caregivers. (s. xx)

Definisjonen til Papathanasiou et al. (2013) sier at afasi er en skade på språkmodalitetene som skyldes en hjerneskode i den språkdominerende hemisfæren, og som påvirker en persons kommunikative og sosiale fungering. I tillegg påvirker det pårørendes livskvalitet, siden afasien gjør at man mister den effektive verbale kommunikasjonsmåten, noe som kan være sosialt hemmende og nærmest som et handikap (Maher et al., 2006).

2.3.1 Afasityper og tilleggsversker

Det finnes ulike typer afasi som avhenger av hvor i den venstre hemisfæren skaden befinner seg (Finset & Krogstad, 2009). Grovt sett kan man si at skader i den fremre delen av venstre hemisfære vil gi en afasi med relativt god taleflyt, men med lite forståelse. Skader i den bakre delen av venstre hemisfære vil gi talespråkvansker, altså ekspressive vansker. Papathanasiou et al. (2013) opererer med åtte ulike afasityper, men de vanligste er Brocas, Wernickes, konduksjonsafasi, globalafasi og anomisk afasi, og det er de som blir nevnt her.

Brocas afasi kjennetegnes av å være ikke-flytende og består av korte fraser og enkeltord (Papathanasiou et al., 2013). Talen har telegramstil, siden den er preget av korte ytringer, i tillegg til at både funksjonsord og grammatiske bøyninger ofte blir utelatt (Qvenild et al., 2010). Det er individuelle forskjeller, hvor noen har nærmest total tap av tale mens andre kun har milde ordletningsvansker (Papathanasiou et al., 2013). Denne gruppen afatikere har god språkforståelse, men kan ha vansker med lesing og skriving. *Wernickes afasi* gir vanskeligheter med språkforståelsen, mens det ekspressive språket er så og si intakt (Papathanasiou et al., 2013). De med Wernickes afasi er som regel ikke klar over at de har problemer med språkforståelsen og talen er preget av å være flytende. De kan ha både fonemiske og semantiske parafasier, men også neologismer (nydannelser av ord) og tom tale, og det er redusert antall innholdsord i ytringene. Repetisjoner, benevning, høytlesning og skriving er redusert hos de med Wernickes afasi. Ved *konduksjonsafasi* har man relativt

flytende spontantale, talen er likevel preget av både ordletningsvansker og fonemiske parafasier. Denne gruppen afatikere har god språkforståelse, og er ofte klar over sine feil, og vil derfor forsøke å rette på seg selv (Papathanasiou et al., 2013). *Global afasi* vil si at alle språkmodaliteter er sterkt rammet slik som språkforståelse, benevning, gjentakelser, lesing og skriving. Selve talen er ikke-flytende og er ofte begrenset til kun noen stereotypiske ytringer (Lind et al., 2010). *Anomisk afasi* referer til en afasitype hvor man ikke er i stand til å finne navn på personer eller objekter (Papathanasiou et al., 2013). Selve talen er flytende, preget av mange pauser og ordletningsvansker.

Det er ikke bare talen som blir rammet ved afasi, også andre språk- og kommunikasjonskomponenter, som skriving, lesing, auditiv forståelse eller bruk av gester rammes (Qvenild et al., 2010). Tilleggsvansker er vanlig, hvor *lammelser* er det mest utbredte og rammer 80 % av dem som har fått hjerneslag. Ved slag vil lammelser oppstå på motsatt side av der hvor skaden befinner seg i hjernen, siden nervebanen krysser fra venstre til høyre cortex. Det vil føre til såkalt hemiplegi, som vil si høyresidig lammelse av ansikt, arm og bein (Qvenild et al., 2010). Andre mulige tilleggsvansker er synsfeltutfall, dysartri, dysfagi, apraksi, taleapraksi, oral apraksi, og hukommelses- og kommunikasjonsvansker.

2.3.2 Hjernens plastisitet

Ved afasirehabilitering vil språk og kommunikasjon omhandle endringer i hjernen. Nevroner har evnen til å endre sine strukturer og funksjoner i respons til ulike interne og eksterne påvirkningen, inkludert atferdstrening (Kleim & Jones, 2008). Plastisitet vil si hjernens evne til å endres på enten mikronivå (celle- eller nettverksnivå), kalt nevroplastisitet, eller på makronivå (atferds- eller systemnivå), kalt behavioral plastisitet, hvor hjernen responderer til miljøforandringer eller forandringer innad i organismen (Papathanasiou et al., 2013). Plastisiteten kan enten være tilpasset, som vil si at det er en effektiv omdirigering, eller utilpasset, som vil si vedvarende afatiske tegn og dårlig rehabilitering grunnet ineffektiv omdirigering. Kleim og Jones (2008) skriver at plastisitet er mekanismen når den skadde hjernen relærer en tapt atferd i respons til rehabilitering. Plastisitet gir muligheter til å trene opp hjernen til å utføre tidligere funksjoner som den kunne utføre før skaden. Det er en relæringsprosess som man oppnår gjennom behandlingen ved å praktisere noe. Gjenvinning av nevrologiske funksjoner er dynamiske og multifaktorielle, og avhenger av graden av skaden (Wieloch & Nikolich, 2006).

Det er viktig å være bevisst den spontane bedringen pasienter kan oppleve etter et slag. Det omtales ofte som spontanbedringstiden og er mest fremtredende de første 30 dagene, men fortsetter i minst seks måneder (Wieloch & Nikolich, 2006). Bare minimale spontane forbedringer er forventet etter mer enn ett år (Meinzer et al., 2004).

2.4 Rettigheter ved rehabilitering etter hjerneslag

Ved afasi trenger de fleste både intensiv og langvarig språkrehabilitering (Qvenild et al., 2010). Tidlig behandling og rehabilitering kan fremme reparasjons- og bedringsprosessene (Helsedirektoratet, 2010). Rehabilitering betyr «å gjeninnsette i verdighet» (Helsedirektoratet, 2010, s.91). I St.meld. nr. 21 (1998-99) defineres rehabilitering som:

”tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.” (Helsedirektoratet, 2010, s. 91).

Alle, uansett alder, har rett på rehabilitering og opplæring ved afasi (Qvenild et al., 2010). Kommunen har i henhold til opplæringsloven plikt til å sørge for grunnskoleopplæring og spesialundervisning. Plikten til å organisere opplæring, spesielt for voksne, er nedfelt i opplæringsloven kapittel 4A. Dette gjelder også fornyet opplæring i grunnleggende ferdigheter tilpasset den enkeltes behov, og omfatter også voksne som på grunn av sykdom eller skade har behov for fornyet opplæring.

Opplæringsetaten har et spesielt ansvar for voksne med språk- og talevansker.

Spesialundervisning kan være nødvendig, og blir gitt på bakgrunn av en sakkyndig vurdering som Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) har ansvaret for å utarbeide, og kommunen fatter vedtak om spesialundervisning (Helsedirektoratet, 2010). I Folketrygdloven § 5—10 er det også en bestemmelse om behandling av språk- og talevansker. Her må det være en henvisning fra legen, og kommunen må bekrefte at de ikke kan gi et tilbud til klienten før søknad om logoped kan innvilges via NAV. Opplæringen må også ha et omfang, lengde og innhold som gir den voksne muligheter til å nå realistiske mål. Helsedirektoratet (2010) indikerer at språktrening bør ha et omfang på over fem timer i uken, og at tiltak for afasirammede også kan gi bedring i en kronisk fase.

2.4.1 Gruppebehandling

Gruppebehandling i logopedien er krevende og man bør ha kunnskap om gruppeprosesser og sin egen mulige påvirkningskraft i en slik gruppe (Berntsen & Røste, 2010). Spesielt i en afasigruppe hvor kommunikasjonsvanskene kan være store, krever det mye av logopeden for å holde gruppeprosessen i gang. Det blir viktig å gi deltakerne følelsen av trygghet og av å lykkes. At man som leder for en gruppe kjenner til de ulike fasene i gruppeprosessen er en fordel, at man tar seg tid til å bli kjent, at alle finner sin plass i gruppen og blir inkludert. Samtidig bør man klargjøre regler for gruppen slik at man kan jobbe sammen som en gruppe og klare å danne et godt samarbeidsklima.

Man må på forhånd kjenne deltakerne og vurdere hvem som kan passe sammen i en gruppe. Det er ikke nødvendig at alle deltakerne på gruppen har samme utfordringer, siden ulikheter mellom deltakerne kan være spennende og utfyllende, og det kan skape en omsorg for hverandre. Likevel må det tas hensyn til de ulike behovene afasirammede har, når gruppene skal settes sammen (Berntsen & Røste, 2010). Man må også ta avgjørelser på gruppens størrelse, hvor man må ta hensyn til vanskene hver enkelt har og den oppfølgingen de trenger. Dette må vurderes individuelt. Berntsen & Røste (2010) skriver at tre til seks deltakere pluss leder er et passende antall på en gruppe, og nok til at alle føler en trygghet og har en mulighet til å bidra i gruppen. Når det kommer til tid, så antydes det her at en halvannen time daglig er passelig, men at det må tas hensyn til deltakerens kapasitet.

2.5 CIST

CIST er en intensiv språktreningsmetode for afasirammede (Kirmess & Becker, 2013). Formålet med CIST er å forbedre talespråkproduksjonen for de med afasi, slik at de skal kunne få sagt så fullstendige setninger som mulig. I tillegg til at taleproduksjonen skal bli mer automatisert, og de skal få lettere tilgang til ordene ved økt ordmobilisering. CIST bygger på flere prinsipper, hvor prinsippene om begrensninger og tvang brukes for å oppnå ønsket respons (Kirmess, 2007). Tvang betyr at de med afasi skal tvinges til å ta i bruk talespråket. Videre begrenses annen kommunikasjonsbruk, som nonverbal kommunikasjon. Prinsippet *shaping*, betyr at logopedene hjelper klientene til å oppnå respons på det mestringsnivået som er satt som målsetting. Logopedene kan bidra til dette ved å snakke i kor eller bruk av

prompting¹. Høy-intensiv trening innenfor en kort tidsperiode er også et viktig prinsipp. Det siste prinsippet er at treningen skal bygge på mest mulig naturlige og dagligdagse situasjoner. Gruppebehandlingen er også et viktig prinsipp, og kan sees på som en mer naturlig kommunikasjonssituasjon, enn enetimer mellom én klient og én logoped (Kirmess, 2007). CIST-behandlingen foregår i grupper med opptil fire eller seks klienter, hvor behandlingen består av et kortspill. Under kortspillet skal klientene samle par av to og to like billedkort. Bildene på kortene er av dagligdagsobjekter, som for eksempel matvarer, personer, gjenstander og dagligdagse aktiviteter (Kirmess & Becker, 2013). Spillet foregår ved at klientene blir oppfordret til å bruke talespråket for å be om de billedkortene de vil samle på for å danne par. Hver klient er delvis skjult for de andre ved hjelp av skjermer, slik at de ikke får brukt nonverbale kommunikasjonsmetoder, som nikking, gester, mimikk og liknende. Billedkortene består av ulike nivåer, fire totalt, hvor det laveste nivået skiller mellom hovedegenskaper av en kategori, som epler og pærer for frukt (Kirmess, 2007). På det høyeste nivået vil det i tillegg til å skille mellom hovedegenskaper, også være tallbegrep, som for eksempel tre røde pærer. Gjennom spillet jobber man med benevnning av enkeltord, og man former spørsmål som etter hvert vil bli mer komplekse (Kirmess & Becker, 2013). Det fokuseres på økt taleproduksjon i hverdagen, og forskning hittil kan vise til gode resultater (Kirmess, 2007; Meinzer et al., 2012).

Under behandlingen kan det være en eller flere logopeder tilstede. Logopedene bistår klientene ved å hjelpe til med å få fram taleproduksjonen, ved bruk av prompting, snakke i kor, gjentakelser og liknende. I følge forskningen gjennomføres CIST-behandlingen vanligvis tre timer per dag i fem etterfølgende dager i to uker. Totalt er det 30 timer fordelt på ti dager (Pulvermüller et al., 2001). Det finnes ingen konkrete tidsrammer for hvor intensivt behandlingen skal være for at det skal kunne defineres som CIST-behandling (Kirmess, 2015). Skal det kunne vurderes hvilken effekt CIST-behandlingen har hatt, må klientene kartlegges både før og etter CIST-behandlingen (Lyngås Skjelstad & Kirmess, 2010). Kartleggingen består av et testbatteri av seks deltester, som er følgene: NGA (Norsk Grunntest for Afasi), deltest 54 i PALPA (Psycholinguistic assessments of language processing in aphasia), deltest 7 i VOST (Verb- og setningstesten), Kaketyveriet, TROG-2 (Test for Reception of Grammar-2), og Oral apraksi.

¹ Logopeden sier første lyd eller stavelse for å lette ordletingen.

Difrancesco, Pulvermüller og Mohr (2012) har modifisert begrepet CILT til ILAT (intensive language-action therapy) for å unngå den tidligere misforståelsen om begrepet «tvang», og de negative assosiasjonene som kan komme av dette begrepet. De ønsket å få fokuset over på intensiteten og at språk praktiseres i en aktiv setting. De mener ILAT er en vennligere terminologi, som viser til veiledning av pasientene i stedet for å tvinge dem. Selve metoden er den samme, det er begrepet som er endret i den mening å unngå misforståelser i fremtiden. De mener også at å unngå bruk av nonverbal kommunikasjon er misforstått. Man skal ikke tillate bruk av det, dersom det erstatter talespråket, men man kan tillate det hvis det er noe klienten bruker for å komme i gang og avhjelpe starten i taleproduksjonen. Difrancesco et al. (2012) mener at man med dette begrepet kan gå litt lenger. Hvor CIST i hovedsak dekker en type kommunikasjon, forespørsel, så kan man i ILAT bruke et bredere og økende antall kommunikasjonstyper og de viser til to typer spill. Det ene er forespørsel som i CIST hvor man spør den andre deltakeren om vedkommende har det som vises på bildet. I ILAT har de en type spill til som går på planlegging. At man skal planlegge fremtidige aktiviteter i form av å foreslå en aktivitet å gjøre sammen.

Difrancesco et al. (2012) mener også at mange logopeder viser til intensiteten som et problem, men at dette er et dårlig argument. De fleste logopeder gir i dag like mange timer over lengre tidsrom, og ved å omstrukturere terapiformen kan de gi samme behandling over kortere tidsrom.

2.5.1 Bakgrunn

Selve ideen om CIST kommer fra kunnskap om hjernens plastisitet, og stammer fra en metode innen fysio- og ergoterapien, constraint induced movement therapy, forkortet til CIMT (Kirmess, 2007). Hensikten med CIMT er at slagpasienter skal ta i bruk den delen av kroppen som ble skadet etter slaget, slik at det ikke blir en varig tilstand av ikke-bruk av de slagskadede områdene (Meinzer et al., 2012). CIMT bygger på fire prinsipper, som er prinsippet om *lært ikke-bruk*, *intensiv trening*, *shaping*² og et *naturlig treningsmiljø*. Lært ikke-bruk har blitt presentert av Kleim og Jones (2008), hvor de påpeker at lært ikke-bruk kan føre til at man taper funksjon, for eksempel i armen. Ved motorrehabilitering, som for eksempel rehabilitering av en skadet arm, vil lært ikke-bruk av den affiserte armen oppstå i løpet av de

² Logopeden tilrettelegger for den enkeltes mestringsnivå

første månedene etter slaget. Følgene vil være at man kun bruker den friske delen av kroppen, mens den skadde delen bare blir dårligere. Den lærte ikke-bruken kan overstyres ved å skape situasjoner for klienten, hvor klienten må ta i bruk den skadde armen (Meinzer et al., 2012). Den friske armen legges i en fatle, og forhindres fra å kunne brukes, mens en samtidig tvinger fram bruk av den skadde armen. Ideen om å overføre prinsippene om constraint induced therapy fra fysio- og ergoterapi til språkterapi var det Pulvermüller et al. som gjennomførte (2001).

2.5.2 Resultater fra tidligere studier på CIST

Forskningen som har blitt utført hittil om CIST viser til positive resultater. Flere av studiene påpeker viktigheten av intensiteten i CIST-behandlingen, og i afasirehabilitering generelt.

Pulvermüller et al. (2001) var de første som forsket på overføring av CIMT-prinsippene over til språkterapi for afasirammede. Forskningsresultater viser til at intensiv og høyfrekvent trening fører til sterkere nerveforbindelser mellom oppgaverelevante hjerneområder. Det menes at dette er den nevrologiske grunnmuren for læring og rehabilitering ved hjerneskade (Meinzer et al., 2012).

For å kunne videreføre CIMT til språkrehabilitering, måtte man finne ut om språket var plastisk nok til å kunne ha effekt av en constraint induced behandlingsmåte (Pulvermüller et al., 2001). Man måtte finne ut hvordan en kunne «tvinge» pasienter til å ta i bruk de språkfunksjonene som hadde blitt rammet av en skade, som for eksempel slag. Det måtte gjøres ved å forhindre at pasientene tok i bruk alternative kommunikasjonsstrategier, som bruk av gester og annen nonverbal kommunikasjon. Pulvermüller et al. (2001) overførte prinsippene fra CIMT til CIST, og fant i sin studie at constraint induced terapi kunne fungere som språkrehabilitering for personer med kronisk afasi. I studien deltok ti pasienter med moderat til alvorlig afasi som fikk behandling etter CIST-prinsippene, mens syv pasienter ble behandlet med tradisjonell afasibehandling (kontrollgruppen). Gruppen som fikk CIST-behandling fikk 30 timer med behandling over ti dager, mens kontrollgruppen fikk 30 timers behandling fordelt på tre til fem uker. I forkant og i etterkant av behandlingen ble det gjennomført et testbatteri av språktester på de to gruppene. Resultatene av studien viste at gruppen som fikk CIST-behandling hadde signifikante forbedringer på språktestene i testbatteriet, mens kontrollgruppen kun hadde forbedring på én av deltestene i testbatteriet. I tillegg viste det seg at CIST-gruppen viste forbedring i sin daglige kommunikasjon etter

behandlingen, mens kontrollgruppen ikke viste slik forbedring. Studien til Pulvermüller et al. tyder på at pasienter med kronisk, afasi kan forbedre talespråket sitt etter en periode med intensiv språkterapi.

Meinzer et al. (2005) gjennomførte en studie med 27 deltakere som hadde kronisk afasi, hvor hensikten var å vurdere stabiliteten av langtidseffektene av CIST-behandlingen. Deltakerne i studien ble fordelt i to grupper, den ene gruppen fikk tradisjonell CIST-behandling, mens den andre gruppen fikk CIST-pluss. CIST-pluss-gruppen fikk mer materiell, hvor de i tillegg til billedkortene i selve kortspillet, også fikk flere billedkort, enn den andre gruppen, og de fikk bilder av hverdagssituasjoner, samt daglig trening hjemme sammen med en pårørende. Begge gruppene fikk 30 timers behandling fordelt på to uker (tre timers behandling daglig).

Forskjellen mellom gruppene var bildekortene som ble brukt under behandlingen. Bildene var mer personlige for CIST-pluss-gruppen, i tillegg til at pluss-gruppen gjennomførte øvelser hjemme. Resultatene av studien for begge gruppene var positive, og en oppfølgingsstudie seks måneder senere viste at forbedringene var stabile. Det viste seg at det var pasientene i CIST-pluss-gruppen som hadde mest forbedring etter behandling. Selv om man i Meinzer et al. (2005) sin studie ikke har hatt som mål å finne ut hvilke faktorer ved CIST-behandlingen som er viktig for positivt resultat, menes det at intensiteten er en viktig faktor for at behandlingen fungerer. Funnene deres viser til at intensiv språktrening i en kort tidsperiode kan føre til vedvarende forbedring i språkfunksjonen hos pasienter med kronisk afasi.

Intensitet i afasirehabilitering

En metastudie av Bhogal et al. (Bhogal, Teasell & Speechley, 2003) undersøkte sammenhengen mellom intensiteten i afasibehandling og afasirehabilitering. Metastudien deres bestod av til sammen 864 pasienter fordelt på ti studier. Resultatene viste at pasienter som i gjennomsnitt hadde 8.8 timer med behandling per uke i løpet av en periode på 11.2 uker hadde signifikante bedre resultater sammenliknet med pasienter som i gjennomsnitt hadde 2.0 timer med behandling per uke i løpet av en periode på 22.9 uker. Konklusjonen deres var at intensiv afasiterapi over en kort tidsperiode kan forbedre språket for slagpasienter som har afasi.

En studie som har funnet ut det samme som Bhogal et al. (2003) med henhold til intensiteten og behandlingens lengde i afasibehandling, er Basso (2005) sin review-artikkel. Der konkluderes det med at forskningen om temaet viser at mer intensiv behandling gir økt sjans for at det vil

påvirke rehabiliteringen positivt enn ved mindre intensiv behandling. Hun har og kommet frem til at forskningen om temaet viser at større mengde behandling gir økt sjanse for at det vil påvirke rehabiliteringen positivt enn ved mindre mengde behandling. I tillegg er det indikasjoner på at langvarig behandling, i flere måneder eller år, i et strikt regime med to eller flere behandlingstimer per dag viser klare forbedringer i dagligtalen og kommunikasjonsevnen hos afasirammede (Basso, 2005). Hun nevner også at bedringen i Pulvermüller et al. sin undersøkelse fra 2001, kan skyldes både intensiteten (antall timer) og type behandling (begrensningene), og at det likeså kan være begge faktorene som påvirker utbyttet. På dette området trengs det mer forskning, påpeker Basso (2005).

CIST i tidlig rehabilitering

Kirmess og Maher (2010) undersøkte anvendeligheten av å tilby CIST-behandling i en tidlig fase i afasirehabilitering. I studien deltok tre pasienter, som var innlagt på sykehus for rehabilitering, en til to måneder etter oppstått afasi. Studien fokuserte på det ekspressive språket hos de afasirammede og de fikk CIST-behandling tre timer per dag i ti dager. Grunnet andre medisinske forhold fikk ikke alle pasientene gjennomført CIST-behandlingen like intensivt, slik at noen fikk tre-timers økter, mens andre hadde økter på 45 minutter. Dermed varierte det hvor mange behandlingstimer totalt de tre pasientene fikk. I gjennomsnitt ble det gitt CIST-behandling mellom halvannen til tre timer daglig for de tre pasientene i studien. Fordelingen av behandlingstimene blant de tre pasientene var på 20 timer, 24.5 timer og 30 timer med CIST-behandling. Resultatene av studien viste en klar utvikling på det språklige området, både individuelt og for gruppen som helhet. Det ekspressive språket viste bedring, men det var mindre bedring på det reseptive og det skriftlige området. Dette mener Kirmess og Maher (2010) kan være en indikasjon på resultat av CIST-behandlingen. Spontan bedring kan være en forklaring på bedringen hos de tre deltakerne, siden de er i en akutt fase. Resultatene av studien til Kirmess og Maher (2010) henviser til at CIST kan anvendes i en tidlig fase i afasirehabiliteringen.

CIST og andre rehabiliteringsmetoder

Maher, Kendall, Swearingin, Rodriguez, Leon, Pingel, Holland og Gonzalez Rothi (2006) gjennomførte en studie hvor de sammenliknet to behandlingsmetoder for afasirammede. Den

ene metoden var CIST, den andre var PACE. Metoden PACE foregår ved at man skal beskrive bilder til andre, som ikke ser bildene. Den som beskriver bildene, kan bruke alle språkmodaliteter for å kommunisere til andre hva bildet viser (Røste, Haaland-Johansen & Knoph, 2013). Hovedforskjellen mellom gruppene var kommunikasjonsmåter under behandlingen. Deltakerne i CIST-gruppen fikk kun bruke talespråket, annen form for kommunikasjon var ikke tillatt. PACE-gruppen kunne både bruke talespråket og andre kommunikasjonsmåter, som skrivning, peking, gester og lignende. Et tillegg for CIST-gruppen var *shaping*, som vil si at gruppedeltakerne fikk hjelp fra logopeder til uttale av ord, slik at uttalen ble riktig. Det var individuelt hvor mye hjelp de enkelte trengte for å kunne få fram ytringene sine.

Hensikten med studien var å fastslå om det er en fordel å tilby CIST-behandling sammenliknet med annen afasibehandling. I tillegg ville de fastslå om tvungen bruk av talespråket er en kritisk komponent for metodens suksess. De fordelte elleve deltakere i to grupper, hvor den ene gruppen fikk CIST-behandling, mens den andre fikk PACE-behandling. Det var fem deltakere i CIST-gruppen og seks deltakere i kontrollgruppen (PACE-gruppen), men en deltaker fra hver av gruppene trakk seg før studiet var ferdigstilt. Alle deltakerne hadde moderat afasi. Begge gruppene fikk samme antall timer og intensitet på behandlingen, som bestod av tre timers behandling, fire dager i uka i to uker. Studien til Maher et al. (2006) viste at det var positive bedringer etter behandlingene hos begge gruppene, men at CIST-gruppen viste mer konsistent forbedring på tester gjort etter behandlingen. Til tross for at begge gruppene fikk behandling med samme grad av intensitet, var det likevel en forskjell mellom gruppene. I følge Maher et al. (2006) tyder disse funnene på at det er noen aspekter ved CIST-behandlingen som har større effekt enn andre behandlingsformer.

Modifisert versjon av CIST

Szaflarski, Ball, Gerther, Al-fwaress, Griffith, Niels-Strunjas, Newmeyer og Reichhardt (2008) gjennomførte en pilotstudie med en modifisert versjon av CIST for pasienter med kronisk afasi. Modifiseringen bestod av at selve behandlingen ble gjennomført på kun én uke. Hypotesen deres var at en intens CIST-gjennomføring på én uke skulle gi forbedringer i både det ekspressive og impressive språket hos klienter med kronisk afasi som følge av hjerneslag. Deltakerne var tre menn i alderen 58—64 år, som hadde hatt afasi i to år eller mer. Uken før

CIST-behandlingen ble det gjennomført pretester, hvor blant annet deltakernes auditive forståelse og verbale uttale ble målt. CIST-behandlingen bestod av 45 minutters økter, med ti til femten minutters pause, totalt tre timer hver dag i fem dager. Posttestene som ble gjennomført på gruppen etter CIST-behandlingen viste at det var en bedring på 41 % for auditiv forståelse, hvor to av de tre deltakerne viste forbedringer på dette punktet. På det ekspressive språket var det ingen av deltakerne som viste bedringer. Likevel var det bedring på en deltest som bestod av at deltakerne skulle gjenfortelle en historie, og her var det forbedringer på det ekspressive språket for de to deltakerne som gjennomførte testen.³ To av deltakerne viste her verbal forbedring, hvor begge hadde en økning i antall ord, ytringer og antall grunnord, hvor det indikeres en økning i variasjonen av ord som brukes i kommunikasjon. Studien til Szaflarski et al. (2008) viser til at en modifisert versjon av CIST, bestående av en kort periode med intensiv trening, kan gi personer med kronisk afasi, bedre ekspressivt og impressivt språk.

Sickert, Anders, Münte og Sailer (2014) har også gjennomført en studie bestående av en modifisert versjon av CIST. Studien besto av 100 deltakere med sub-akutt afasi, som vil si at det er en—fire måneder siden de fikk afasi. Deltakerne ble fordelt i to grupper på en randomisert måte, hvor 50 deltakerne fikk modifisert CIST-behandling, og de andre 50 fikk standard afasibehandling. Hensikten med studien var å vurdere muligheten av en modifisert versjon av CIST i tidlig sub-akutt fase, og undersøke effektiviteten av en modifisert versjon av CIST versus standard afasibehandling. Begge behandlingstypene ble gjennomført med samme intensitet, to timer daglig over 15 dager. Deltakerne ble inndelt i grupper uavhengig av afasitype, og det var fire—seks deltakere på hver gruppe. På gruppene var det en logoped som ledet gruppene, men som ikke deltok i selve spillet. Hver gruppe hadde i tillegg to deltakere uten afasi. Disse to var med som modeller for sine medspillere.

Gruppen som fikk standard afasibehandling kunne bruke all form for kommunikasjon, inkludert nonverbale kommunikasjonsmåter. De trente blant annet på å fullføre setninger, gjentakelser og å følge instruksjoner. CIST-gruppen spilte kortspill, hvor de hadde skriftlige hint på billedkortene, som ble fjernet dersom deltakerne klarte å navngi billedkortene uten bruk av disse skriftlige hintene. De deltakerne som mestret mer enn andre, fikk i oppgave å skrive ned dikterte ord under kortspillet, slik at evnen til å skrive ble tatt med i behandlingen.

³ Den ene deltakerne hadde for store utfordringer i talen sin til at hans test på gjenfortellingen av historien ble tatt med.

Logopedens rolle var å gi nødvendig hjelp som for eksempel prompting, og alle deltakerne satt bak visuelle hindringer.

Resultatene av studien viste at Begge gruppene hadde signifikante forbedringer etter endt behandling, og forskerne fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene. De mener resultatene indikerer at «massed practice» gir bedring uavhengig av type behandling man bruker. Deltakerne hadde alle former for afasi, også global afasi. Sickert et al. (2014) mener at heterogene grupper motiverer hverandre bedre enn homogene grupper gjør. Både de med lav grad av afasi og de med alvorlig grad av afasi kan ha nytte av hverandre og utbytte av denne forskjelligheten i gruppene. De mener at de med lav afasi kan ha nytte av og kanskje måtte forklare seg for de andre på utdypende måter, og ergo bruke språket enda mer. De med alvorlig grad av afasi har gode rollemodeller og kan lære av de med en mildere form for afasi. En annen ting ved denne modifiserte versjonen er at ingen av deltakerne trakk seg fra studien, og det mener forskerne kan ha sammenheng med at den ikke blir for intens. De mener at en modifisert versjon er mer praktisk i en logopedisk hverdag.

CIST og ordletning

Kavian, Khatoonabadi, Ansari, Saadati og Shaygannejad (2014) gjennomførte en studie med CIAT, hvor de undersøkte hvilken effekt CIAT har på ordletning hos de med kronisk afasi. I studien deres deltok to deltakere med kronisk afasi, en mann på 57 år som hadde slag for 60 måneder siden, og en kvinne på 45 år, som hadde hatt slag for 36 måneder siden. I forkant av studien ble deltakerne screenet ved bruk av Mississippitesten, som består av 310 bilder deltakerne skulle navngi. De fikk en score for hver oppgave de klarte, de fikk også poeng om de kunne navngi bildet med fonologiske eller semantiske parafasier. Etter dette fikk pasienten behandling i form av CIST, som foregikk i fire uke, tre dager hver uke. Hver behandlingsøkt hadde en varighet på to og en halv time. Deltakerne ble vurdert én gang hver uke i løpet av de fire ukene behandlingen foregikk. Deltakerne fikk ikke bruke kompensatoriske kommunikasjonsstrategier, de fikk kun bruke talespråket (Kavian et al., 2014).

Behandlingsformen CIST som ble brukt i denne studien skiller seg litt fra det som kan kalles tradisjonell CIST-behandling. Det ble brukt 120 billedkort hvor deltakerne trakk ett kort for så å navngi det. Etterpå skulle de andre deltakerne finne et likt kort og navngi det. I starten fikk deltakerne fonologiske og visuelle hint fra logopedene, som ble gradvis fjernet etter hvert som deltakerne viste bedring. I tillegg til billedkortene ble det brukt skriftlig materiale, som bilder

av ord, skriftlige minimale par, kryssord og setningsstimulerende bilder for å forbedre deltakernes verbale resultat. Studien viste at for begge deltakerne var det bedring i ordletning etter CIST-behandlingen, og dermed konkluderer Kavian et al. (2014) med at CIST kan være en effektiv behandlingsmetode for de som har ordletningsvansker i forbindelse med afasi.

CIST og kronisk afasi

En studie fra Hartelius og Mattsson (2008) undersøkte om CIST påvirker språklige funksjoner hos en gruppe individer med kronisk afasi. Disse funksjonene er ytringslengden, tale tempo, benevningssevne, informativ tale, auditiv forståelse og språkanvendelse i dagliglivet. I studien deltok elleve personer som hadde ulik grad av afasi. Deltakerne fikk ingen annen logopedisk behandling under studien, som hadde en varighet på to uker. I forkant og i etterkant av behandlingen ble deltakernes språk testet, blant annet språkforståelse, språkproduksjon og tale tempo. Deltakerne ble fordelt i tre grupper. Hver gruppe fikk tre timers daglig trening med CIST i ti arbeidsdager.

Resultatene viste at gruppen hadde forbedring på språkproduksjon, med unntak av tale tempo. Det ble ikke vist noen signifikant endring i språkforståelsen, noe Hartelius og Mattsson (2008) konkluderer med at kan skyldes at den funksjonen ikke har vært i fokus under behandlingen. Deltakerne viste forbedringer i billedbenevning, hvor de etter behandlingen benevnte bildene mer spontant, og de trengte ikke like mye hjelp i form av prompting. Studien deres indikerer at CIST viser til positiv effekt for personer med kronisk afasi ved språkproduksjon, men funnene kan ikke generaliseres, grunnet utvalgets størrelse.

Logopeders vurdering av CIST

Forskningen viser til gode resultater ved bruk av CIST, men hvordan vurderer logopedene selv metoden? Page og Wallace (2014) har undersøkt hva logopeder mener om CIST. Hypotesen deres var at logopedene ville ytre bekymring om intensiteten på CIST-metoden, siden tilsvarende undersøkelser av påvist dette hos fysioterapeuters vurderinger om CIMT-metoden. I undersøkelsen til Page og Wallace (2014) deltok 167 logopeder, hvor de svarte på en elektronisk undersøkelse om CIST. Det var ikke noe krav om at deltakerne måtte ha personlig erfaring med å bruke CIST-metoden. Undersøkelsen deres viste at av de spurte

logopedene var det flere logopeder som uttalte bekymring for metoden. Bekymringene omhandlet lengden og intensiteten på terapien, og logistikutfordringer for å få pasientene transportert til behandlingsstedet. Logopedene ytret også bekymring for sin egen rolle, hvor de var skeptiske til antall timer behandlingen bestod av og at behandlingen strakk seg over flere etterfølgende dager. Av de spurte logopedene mente 60 % at det ville være vanskelig å gjennomføre CIST, hvor mangel på ressurser blir nevnt som en grunn. Det ble trukket fram at logopeden vurderte at arbeidsstedene ville ha mangel på personell og rom til å kunne tilby denne behandlingen.

Logopedene fikk mulighet til å gi utdypende kommentarer, og de fleste kommentarene omhandlet tidsbruken som kreves av både logoped og afasirammede i deltakelsen i CIST. De ytret bekymring for frekvens og lengde på behandlingsøktene og utholdenheten som kreves av klientene. Intensiteten på øktene var noe logopedene fikk spørsmål om, hvor de skulle svare på hvordan de ønsket at lengden på CIST-øktene skulle være. Av de spurte logopedene ønsket 51 % at øktene skulle være mellom en til halvannen time daglig og kun 5,9 % mente den burde være tre på timer daglig. Videre uttrykte logopedene bekymring om logistikken, som tidligere nevnt. Det omhandlet ikke bare selve transporten, men også det at behandlingen skal passe inn i pasientenes timeplaner. Andre utfordringer og bekymringer som ble nevnt, var gruppesammensetningen, og å skulle hindre pasientene i å ta i bruk kompensatoriske kommunikasjonsstrategier. De ytret også bekymring rundt pasientenes motivasjon og frustrasjon i forbindelse med at behandlingsmetoden kan være kjedelig og gjentakende.

Logopedene pekte også på positive sider ved CIST, hvor den sosiale interaksjonen i gruppene ble trukket fram. I tillegg var de positive til at forskningen hittil har vist til gode resultater for behandlingsmetoden. Logopedene pekte på mulige endringer i CIST, som for eksempel at andre enn logopeder kunne benyttes i behandlingen, som studenter og frivillige.

2.5.3 Oppsummering av forskningen

Ovenfor har vi et utdrag av noe av den forskningen som har blitt gjort på CIST, som er aktuell for vårt prosjekt. Studiene ovenfor viser at CIST-behandlingen fungerer og de fleste som har fått denne behandlingen har hatt en positiv effekt av den. Det interessante er at logopeder selv, ifølge studien til Page og Wallace (2014) ytrer bekymring om metoden, spesielt vedrørende metodens gjennomføring og ressursbruken.

Det må presiseres at mange av studiene har få deltakere, som gjør det vanskelig å kunne generalisere funnene. Likevel kan mange små studier med positive resultat gi indikasjoner på at dette er en metode som fungerer.

3. Metode

Vi vil her gjøre rede for de metodevalg vi har gjort for å kunne besvare vår problemstilling: *Hvilke erfaringer har logopeder med CIST-metoden, når den gjennomføres med en mindre intensitet?* For å finne svar på problemstillingen har vi valgt å gjennomføre et kvalitativt intervju med to logopeder som har ett års erfaring med CIST. I kvalitativ metode er det de menneskelige prosessene i det virkelige liv vi utforsker (Postholm, 2010). Vi vil senere komme inn på hvordan vi har utarbeidet vår intervjuguide, og hvilke tema og spørsmål vi har valgt å ha med.

3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet er planen for hva eller hvem som skal undersøkes, hvordan undersøkelsen skal foregå og det er problemstillingen som former designet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). Videre påpeker Risberg (2012) at design er forskningsprosjektets overordnede logikk, som knytter de dataene man har til forskningsspørsmålene som man skal svare på.

Innenfor samfunnsvitenskapen er det fenomenologien som er relevant for vårt prosjekt. Det betyr at vi skal utforske og beskrive menneskers erfaringer og forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2011). I denne sammenhengen er det gjennomføring av behandlingsmetoden CIST som er fenomenet som skal utforskes og beskrives. Det har blitt gjennomført intervjuer med to logopeder om deres erfaringer og vurderinger av CIST-behandlingen. Våre informanter har tilbudt CIST-behandling til en gruppe på fire personer med afasi det siste året, og de har gjennomført to omganger med denne behandlingen.

3.2 Begrunnelse for valg av metoder

Bakgrunnen for at vi har valgt kvalitativ metode med intervju, er at vi ønsker logopedenes vurdering av hvordan CIST-behandlingen fungerer i hverdagen, både med tanke på det praktiske rundt metoden og selve gjennomføringen. Valget falt på disse logopedene fordi de hadde gjennomført CIST med en modifisering i forhold til intensitet.

Vi valgte semistrukturert intervju for at informantene kunne dele sine erfaringer på en åpen måte, og for å ha en mulighet til å stille åpne og reflekterende spørsmål underveis.

Utelatelse av kvantitative data

Opprinnelig ønsket vi å supplere intervjudataene med kvantitative data. De kvantitative dataene bestod av kartleggingsmateriale gjennomført på en gruppe CIST-deltakere, som hadde fått CIST-behandling av våre informanter. Kartleggingen bestod av pre- og posttester, som ble gjennomført i forkant og i etterkant av gruppedeltakernes CIST-behandling.

Vi ønsket opprinnelig å finne ut hvordan deltakernes språklige utvikling hadde vært i etterkant av behandling, ved å bruke resultatene fra kartleggingen, som skulle supplere våre informanters vurderinger av en eventuell framgang hos klientene. Det interessante ved det hadde vært å få vurdert hvordan den talespråklige endringen og eventuelle framgangen hos disse klientene hadde vært, siden de fikk en mindre intensiv CIST-behandling enn det som vanligvis beskrives i forskningen. Vi vurderte at resultatene fra kartleggingen ikke var fullstendig nok til at vi kunne gjennomføre en god nok analyse av materialet. Dermed valgte vi å makulere testresultatene, og de er derfor ikke presentert eller drøftet i denne oppgaven.

3.3 Informantene

Våre to informanter arbeider kommunalt som logoped. Begge har ett års erfaring med å tilby CIST-behandling. Den ene logopeden har lengre erfaring som logoped, mens den andre var nyutdannet for et par år siden. Begge jobber også med andre felt innenfor logopedien. Informantene er valgt ut på bakgrunn av prosjektets tema og problemstilling, som omhandler logopeders erfaringer og vurderinger av gjennomføring av CIST behandlingen, som gjennomføres med en lavere intensitet enn det som vanligvis beskrives i forskningen. De har i løpet av 2014 gjennomført to omganger med CIST, en i januar—februar og en i oktober—november.

3.4 Intervju som forskningsmetode

Intervju kan være så mangt, men fokuset er ifølge Dalen (2011) den menneskelige stemmen og den lyttende intervjueren. Bakgrunnen for at vi gjennomførte intervju med logopedene, var utfra ønsket om å få informasjon fra de som har administrert CIST. Det vi søker svar på er hvordan logopedene erfarer at gjennomføring av CIST har vært, og hvordan de vurderer at behandlingsmetoden fungerer.

Å gjennomføre et intervju er en situasjon som krever refleksjon over egen rolle. Som intervjuer må vi få informanten til å ville fortelle noe, og da må informanten få en opplevelse av at vi er interessert i det som fortelles (Dalen, 2011). Det viste vi ved å ha blikkontakt, ved å notere litt, nikke, smile og også gi verbalt uttrykk for at vi fulgte med.

Vi valgte et semistrukturert intervju, hvor vi hadde en intervjuguide og forberedte spørsmål, hvor vi kunne variere på rekkefølgen av spørsmålene. Under intervjuene hadde vi oppfølgings spørsmål til det informantene sa, og vi forholdt oss ikke bare til de forberedte spørsmålene. Dalen (2011) sier at det er viktig å lytte og la informanten få tid til å fortelle og til å reflektere. Videre er det viktig med respekt og smidighet over egne reaksjoner, og vi skal vise evne til forståelse, toleranse og empati. Dette er viktige stikkord som vi hadde med oss under hele intervjuprosessen.

Informantene ble intervjuet hver for seg og hvert intervju tok rundt 35 minutter. Under selve intervjuene ble informantene informert om hvem vi er, hvorfor vi var der og hva vi ønsket med intervjuet. Dette fikk informantene også informasjon om i det forhåndssendte informasjonsbrevet. Før selve intervjuene informerte vi om hva som ville skje med materialet. Vi har anonymisert materialet og det vil bli makulert når vi er ferdig med prosjektet. I tillegg vil informantene få innsyn i det materialet vi har dersom det er ønskelig. Dalen (2011) mener det er viktig at man som intervjuer klargjør disse punktene for informanten i forkant av intervjuet. I tillegg presiserte vi at informantene kan trekke seg fra prosjektet når som helst, og at det ikke trengs å oppgi noen grunn for å trekke seg.

3.4.1. Utarbeiding av intervjuguiden

I forkant av intervjuene ble det laget en intervjuguide med en disposisjon over hvilke temaer og områder angående CIST vi ønsket å intervju informanter om. Intervjuguiden hadde

hovedpunkter vi ønsket svar på, men med en åpning for at rekkefølgen på spørsmålene og eventuelle tilleggsspørsmål kunne endres underveis i intervjuet. Intervjuguiden bestod av fem ulike hovedtemaer eller områdene vi ønsket å stille spørsmål om. Disse hovedtemaene var som følger:

- Bakgrunnen for at CIST ble et tilbud på behandlingsstedet
- Gjennomføringen av CIST-behandlingen
- Gruppesammensetningen av CIST-gruppene
- Informantenes vurderinger av metoden, og om metoden fungerer
- Informantenes forslag til endringer ved behandlingen

Ut fra disse hovedtemaene konstruerte vi spørsmålene vi ønsket å stille informantene. Vi startet generelt ved å få informantene til å fortelle fritt om hvorfor de hadde valgt å tilby CIST som behandlingsmetode på deres arbeidssted. Videre spisset temaene seg inn mot det som vi i hovedsak ønsket å finne svar på, som var logopedenes egne vurderinger og erfaringer med CIST-metoden.

Semistrukturert intervju

Vi valgte å gjennomføre et semistrukturert intervju. Det vil si at vi hadde en intervjuguide med forberedte spørsmål, i tillegg til at vi fulgte opp med utdypende spørsmål som ikke var forberedt i forkant av intervjuet. Rekkefølgen på spørsmålsstillingen varierte etter hvordan informantene besvarte spørsmålene. Grunnen til at vi valgte et semistrukturert intervju var for å kunne stille oppfølgingsspørsmål på bakgrunn av svarene til informantene. Det tillot oss å være mer fleksible i intervjusituasjonen. Intervjuguiden var konstruert ved at den åpnet opp for utfyllende svar fra informantene i form av åpne spørsmålsformuleringer. Det skyldtes at vi har vært ute etter å få mest mulig innblikk i logopedenes egne erfaringer og vurderinger av CIST.

Intervjusituasjonen og transkribering

Dokumenteringen av intervjuet kan gjøres på ulike måter, både i form av lydopptak, filmopptak og notater (Johannessen et al., 2011). Vi valgte å benytte oss av lydopptak og notater. Vi hadde to lydopptakere til hvert av intervjuene for å forsikre oss mot eventuelle

tekniske problem. Bruken av lydopptak gjorde at intervjueren kunne konsentrere seg fullt om informantene. I tillegg gjorde lydopptakene at vi kunne være mer tilstede under intervjuene og vie all oppmerksomhet, mot informantene. Den som ikke utførte intervjuene var til stede under intervjuene, men hadde kun rolle som observatør og noterte. Observatøren hadde også oppfølgings spørsmål, men disse kom på slutten av intervjuene. Det at vi var to til stede gjorde at vi begge kunne observere og vi hadde også mulighet til å diskutere intervjuene i ettertid, noe Johannessen et al. (2011) påpeker. I tillegg var det viktig å få gode opptak av intervjuene slik at de kunne transkribes i ettertid. Vi valgte å transkribere intervjuene kort tid etterpå, og vi valgte å transkribere på bokmål for å forhindre eventuell indentifisering av informantene på grunnlag av dialekt, og fordi dataene skulle forstås og håndteres av oss begge i analysen.

3.5 Analysen

I analysen ble dataene fra intervjuene systematisert, slik at funn som var relevante for vår problemstilling kunne trekkes ut.

Ved kvalitativ analyse er det den eller de som har samlet inn dataene som bør analysere og fortolke. Det skyldes at de har en forforståelse basert på blant annet teori, noe som er et viktig utgangspunkt for dataanalysen (Johannessen et al., 2011). Vi vil selv analysere våre data og fortolke disse. Våre data foreligger i form av intervjunotater og transkripsjoner av intervjuene, som vi har systematisert og analysert i henhold til det Postholm (2010) omtaler som deskriptiv analyse. Dataene analyseres i en fenomenologisk og hermeneutisk tankegang. En fenomenologisk tankegang vil si at vi ønsker og utforske og beskrive menneskers erfaringer og forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2011). Prinsippene i den hermeneutiske sirkelen er at det er en frem og tilbake prosess mellom deler og helhet (Kvale & Brinkmann, 2010). Ved å tenke hermeneutisk ser vi på delene i forhold til helheten og helheten i forhold til delene, i vår analyse og drøfting. Når vi skal begrunne våre tolkninger må vi ved å fortolke delene henviser til helheten i teksten, og vi må tolke helheten ved å vise til deler eller utsnitt av teksten. Videre vil vi diskutere dataene våre i forhold til teori, og vi vil derfor gjennomføre en teoretisk analyse.

3.6 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om forskningsresultatene konsistens og troverdighet, og spørsmålet er om andre forskere kan forske på det samme grunnlaget og oppnå de samme resultatene (Kvale & Brinkmann, 2010).

Innenfor kvalitativ forskning, som vårt prosjekt faller inn under, er det lite hensiktsmessig med krav om reliabilitet, noe Johannessen et al. (2011) påpeker. Her er det vi som forskere som tolker det materialet vi får og det vil være preget av vår erfaringsbakgrunn. Derfor vil det være vanskelig for andre å kopiere det vi har gjennomført. Av den grunn er det viktig at vi gir en grundig beskrivelse av hva vi har gjort i vår forskning.

Når det gjelder validitet, som handler om at metoden man bruker undersøker det den skal undersøke, blir det vanskelig å skulle overføre dette til kvalitative metoder (Kvale & Brinkmann, 2010). Vi kan sikre validiteten i vår kvalitative undersøkelser ved at framgangsmåten som brukes og funnene reflekterer formålet med vår studie og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2011).

3.7 Etiske vurderinger

Forskning er underordnet etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannessen et al., 2011). Vi er bevisst på den makten vi har til å bruke dataene på den måten vi ønsker. Derfor er det viktig at vi bruker dataene på en etisk forsvarlig måte ved at vi anonymiserer og bruker de i henhold til de retningslinjer som gjelder for innsamling av data i forskningsøyemed. Personlige opplysninger skal ikke kunne tilbakeføres til deltakerne og dataene skal kun brukes til det formålet som er oppgitt. Vårt prosjekt er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Informantene har mottatt et informasjonsskriv med opplysninger om prosjektet og informantenes anonymitet og mulighet til å trekke seg fra prosjektet når de måtte ønske uten å måtte begrunne det (Johannessen et al., 2011). De har fått oppgitt at vi har taushetsplikt. Informantene er kjente for oss, ved at vi har direkte personidentifiserende opplysninger om dem. Dette er opplysninger som vi ikke har registrert på en slik måte at de kan spores tilbake til vedkommende og vil sikre deltakernes fulle anonymitet.

Vi har også et etisk ansvar for å være vitenskapelig redelige. Med det menes det at vi skal være til å stole på. Forskningen skal være valid og av kvalitet, og det skal ikke forekomme forfalskning av data eller plagiat (Befring, 2007). Konklusjonene skal baseres på de funn vi gjør med de rammene vi har, og bastante konklusjoner bør derfor unngås og være mest mulig objektive og faglig begrunnet. For å forhindre forfalskning eller plagiat vil vi konsekvent henvise til de kilder vi har brukt i vårt prosjekt, og vi vil være ærlige om våre data og våre funn. Samtidig som vi skal følge taushetsplikten i forhold til det vi får av personlige opplysninger under vårt forskningsprosjekt. Vi vil da finne frem til svar på vår problemstilling på en slik måte at det gir troverdige resultater.

4. Analyse av våre funn

Analysen av funnene gjennomføres på en hermeneutisk og fenomenologisk måte, som betyr at vi skal utforske og beskrive menneskers erfaringer og forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2011). Vi ønsker å finne ut hvilke erfaringer våre informanter har med CIST-behandlingen med en lavere intensitet enn det som vanligvis beskrives i forskningen. Funnene fra analysen danner grunnlaget for å finne svar på vår problemstilling, som er:

Hvilke erfaringer har logopedier med CIST-metoden, når den gjennomføres med en mindre intensitet?

Informantene våre har ulik erfaringsbakgrunn, hvor den ene har lang erfaring som logoped, mens den andre var ferdig utdannet for et par år siden. Felles for dem begge er at de har kort erfaring med CIST som de kun har jobbet med i to omganger på ett år. De jobber også med flere felt innen logopedien i tillegg til afasi. For å skille mellom logopedene og for å ivareta deres anonymitet, har vi valgt å omtale dem som Informant 1 og Informant 2.

Tema fra intervjuguiden danner grunnlaget for kategoriseringen i analysen, og vi har en kategoribasert inndeling av våre kvalitative data (Johannessen et al., 2010). Analysen er inndelt i seks hovedtema, som er: (1) Bakgrunnen for at CIST ble et tilbud på informantenes arbeidssted. (2) Hvilke materiale og tilpasninger informantene har brukt under behandlingen. (3) Gruppetilpasning og gruppestørrelsen. (4) Hvordan informantene vurderer CIST-metoden. Fokuset vil være på ressurskravene til metoden, intensiteten i behandlingen og samarbeidet mellom informantene våre. (5) Informantenes vurdering av om CIST-metoden fungerer, hvor deres vurdering av klientenes endringer, motivasjon og det sosiale aspektet blir trukket fram. (6) Informantenes forslag til endringer ved gjennomføringen av metoden.

Temaene ovenfor brukes for å systematisere og analysere funnene. Vi vil finne det Johannessen et al. (2010) kaller for meningsbærende elementer, det vil si at vi vil trekke ut fra transkripsjonene det som er relevant for vår problemstilling og systematisere dette. Disse elementene danner grunnlag for drøftingen av problemstillingen opp mot funnene og opp mot tidligere forskning.

4.1 Bakgrunnen for at CIST ble et tilbud på informantenes arbeidssted

CIST er en relativt ny behandlingsmetode både i Norge og internasjonalt, og våre informanter har kort erfaring med å tilby denne behandlingsformen. Vi ønsket litt bakgrunnsinformasjon om hvordan de fikk kjennskap til metoden.

Informantene har ulik bakgrunn for når de fikk kjennskap til CIST. Informant 1 hadde i regi av det lokale logopedlaget vært på kurs om CIST. Hun hadde også hospitert på to ulike plasser for å lære mer om CIST. Hospiteringen og informasjon fra artikler om CIST, førte til interessen for metoden. Informant 2 hadde kjennskap til metoden fra sin utdanning og hun har observert metoden på en annen plass. Informant 2 forteller at grunnen til at CIST har blitt innført hos dem skyldes forskning som viser at metoden har effekt, og at forskningen om CIST viser til positive resultater.

CIST ble nylig innført av informantene som behandlingstilbud på deres arbeidssted. Hittil har behandlingen blitt gjennomført i to omganger i løpet av året 2014, som betyr at informantene har kort erfaring med behandlingsmetoden.

4.2 Tilpassing, hjelp og støtte til klientene

CIST-behandlingen er lagt opp på en måte som skal få fremmet talespråket hos klientene. Samtidig skal bruken av nonverbale kommunikasjonsmåter hemmes, noe som gjøres ved bruk av visuelle hindringer som her består av skjermer. Klientene må da ta i bruk talespråket for å oppnå kontakt med de andre deltakerne, og for å kunne delta i kortspillet under behandlingen. På hvilke måter vil informantene hjelpe klientene dersom de står fast og ikke får fram taleytringene i behandlingssituasjonen?

Informant 1 forteller at de har brukt flere strategier for å støtte klientene. De har brukt prompting, for eksempel på første lyd eller på første stavelse. Informant 2 forteller at de også hjelper og støtter klientene ved å snakke sammen i kor. De har også hatt ordet som klientene skal ytre nedskrevet på selve billedkortene, slik at de i tillegg til å se bildet også har kunnet lese ordet. I starten av behandlingen har de valgt å ha navnelapper til klientene på skjermene, slik at det skal være lettere å henvende seg til hverandre. Hensikten er at når de spør andre på gruppen om et spesifikt kort, skal de henvende seg ved å bruke navnet på vedkommende. For noen er det vanskelig å mobilisere navn, men informantene forteller at navneskilt foran på

skjermene hjelper klientene i forhold til dette. Informantene vurderer under behandlingssituasjonen hvilke av klientene som trenger hjelp, og hva slags hjelp de trenger.

"Men etter hvert så vi at det ble automatisert. Da kunne vi ta bort navnelappene, siden det var en starthjelp. Det var for å øve opp evnen til å ta direkte kontakt med en annen deltaker på gruppen, noe som er viktig." (Informant 1).

I følge Informant 1 har navnelappene på skjermene hatt god effekt, og bidratt til å støtte klientene når de har trent på å skulle henvende seg til de andre på gruppen.

Materialet og gjennomføringen av CIST-behandlingen

Ved gjennomføringen av CIST-behandlingen kreves det materiale, som billedkort og skjermer. Selve behandlingen består av et kortspill hvor hensikten er at klientene skal samle par bestående av to og to like billedkort. Billedkortene kan tilpasses de enkelte klientenes behov. Det finnes ikke ferdige pakkelsninger for billedkortene, og informantene må selv lage disse. Informant 2 forteller at det finnes tilgjengelige lister over høyfrekvente og lavfrekvente ord, som de bruker når de lager billedkortene. De kunne ha kopiert billedkortene fra andre som har lagt disse, men grunnet den dårlige billedkvaliteten ved kopiering, har de valgt å lage de selv.

Under CIST-behandlingen sitter klientene rundt et bord og hver klient sitter bak en skjerm. Dette skal fremme bruken av talespråket ved at nonverbale kommunikasjonsmåter forhindres av skjermbruken, ved at de ikke ser hverandres hender. Skjermene skal også hindre at de kan se de andre klientenes kort. Forskjellige høyder på skjermene ble prøvd, og de valgte å tilpasse de til de klientene som var avhengig av blikkontakt for å opprettholde en god kommunikasjonssituasjon.

At CIST blir gjennomført i gruppe tilsier at det må være et rom tilgjengelig for å kunne tilby denne behandlingsformen. Våre informanter hadde rom tilgjengelig, som hadde god plass, og de har kunnet benytte det samme rommet til hver behandlingsøkt. Det skaper en forutsigbarhet for klientene, ved at de har samme rutiner hver gang, og det er gjenkjennbart for klientene fra tidligere behandlingsøkter.

4.3 Tilpassing av CIST-gruppene

Informant 1 forteller at det har blitt diskutert mye med kollegaer hvordan gruppene skal settes sammen. Etter de to gjennomføringene har informantene merket seg viktigheten av å ha mest mulig homogene grupper, og det er viktig at klientene har omtrent samme språknivå. Det handler både om opplevelsen av mestring, framgangen i kortspillet og om klientenes motivasjon. Informant 1 forteller at dersom det blir for avansert eller for enkelt, vil klientene miste en del av motivasjonen. Det er viktig å finne akkurat riktig nivå for klientene slik at de får en blanding av både utfordring og mestring.

Likevel er det utfordrende å få til en god gruppesammensetning, forteller Informant 1, siden det kan være vanskelig å finne tre til fire personer med samme språklige utfordringer. Hun forteller at gjennom den erfaringen de har hatt, opplevde de at noen klienter på gruppen skilte seg ut og ikke helt passet inn. I slike tilfeller forsøker de å finne andre gruppetilbud til dem det gjelder. Informant 1 forteller at det er viktig å gjøre seg erfaringer underveis, prøve seg fram og bruke erfaringene til å finne fram til løsninger. Det er den strategien de har brukt for å finne fram til hvilken gruppesammensetning de anser som best for klientene, og for dem som logopeder

Gruppestørrelsen

Informantene er klare på at gruppestørrelsene ikke bør vær for store, siden det kan gå utover hensikten med gruppebehandlingen. Hensikten er at klientene skal oppleve trygghet i gruppen, for at de skal kunne uttrykke seg og bruke talespråket mest mulig, og at det skapes en så naturlig samtalesituasjon som mulig.

Informant 1 forteller at det har satt en grense på fire personer per gruppe, siden erfaringene deres hittil har vist at det er en passe stor gruppe å håndtere. Hun forteller at poenget med behandlingen er taletreningen og språktreningen, og dersom det blir for mange på gruppen, blir det mye venting for hver deltaker før de får sagt noe. Dersom gruppene blir for store vil det ta lenger tid å komme gjennom en omgang av kortspillet i behandlingen. Det kan føre til at det blir mye venting på tur for klientene, noe som kan føre til at den enkelte får praktisert talespråket mindre. Informant 1 forteller at behandlingen skal være aktivt, og at flest mulig repetisjoner er viktig, ellers mister klientene effekten av at det skal være høy-intensiv trening. Her vises det til at ved en for stor gruppe, vil en gå glipp av hensikten med taletreningen. Noe

av hensikten med CIST-behandlingen er nettopp det som kalles *massed practice*, som vil si høyfrekvent og intensiv trening (Meinzer et al., 2012).

4.4 Informantenes vurdering av CIST

Nedenfor vil informantenes vurderinger av CIST bli presentert. Temaer som det fokuseres på er ressursbruken, intensiteten og tidsbruken i forbindelse med behandlingen. Videre kommer vi inn på samarbeidet mellom informantene.

4.4.1 En ressurskrevende metode

Det blir gjennomført en kartlegging av klientenes språknivå, både før og etter en behandlingsrunde med CIST. I løpet av behandlingsøkten er det lagt inn en pause på rundt ti minutter, slik at klientene ikke skal bli for slitne. Før behandlingsøkten bruker informantene tid på å ta imot klientene og hjelpe dem inn på grupperommet. Det er noen av klientene som trenger hjelp med praktiske ting som påkledning og følge inn og ut fra drosje, og det er satt av en halvtime til dette arbeidet. Alt dette samme med selve CIST-gjennomføringen, hvor det er to logopeder til stede er veldig ressurskrevende. Totalt bruker informantene to timer når de har en CIST-økt, hvor en og en halv time av dette er selve CIST gjennomføringen.

Kartleggingen er tidkrevende og Informant 2 synes ikke at de nødvendigvis får nok informasjon om klientenes språk ut fra disse testene. Hun forteller videre at noen av deltestene i kartleggingen skal transkriberes, noe som er både tidkrevende, og ressurskrevende. Til tross for at CIST er en ressurskrevende metode er Informant 1 positiv, og anser bruken av metoden som en mulighet til å oppnå Helsedirektoratets anbefalinger om fem timers behandling i uka for afasirammede (Helsedirektoratet, 2010).

"Det er jo noe vi ikke klarer å få til bestandig, men hvis man lager noen flere CIST-grupper, så kan man kanskje nettopp få det til etter en innkjøringsrunde. Det er ikke sikkert det blir så mye mer ressurskrevende, hvis man tenker sånn." (Informant 1).

Hun påpeker at dersom hun og hennes kollegaer hadde fått til et system på CIST-behandlingen, ville flere klienter muligens kunne fått et tilbud om CIST. Det vurderer hun til ikke å ville vært mer ressurskrevende enn å tilby de samme klientene enkelttimer. For å kunne oppnå dette mener hun at det må lages gode rutiner, slik at de kan ha flere CIST-grupper

samtidig. Dersom flere klienter hadde fått tilbud om CIST, mener Informant 1 at det ville vært lettere å oppnå Helsedirektoratets anbefalinger. CIST-behandlingen som foregår i grupper, gjør at logopedene kan tilby behandling til flere, samtidig.

Informant 1 ser mulige løsninger på å få til anbefalt rehabiliteringslengde, men ressursene spiller en rolle for om det vil bli en realitet eller ikke. Ressursbruken kan være det negative med metoden, fordi det opptar mye av dagen til logopedene. Det kan virke som om Informant 1 har tenkt gjennom at metoden krever en del ressurser, men at man kanskje kunne klare å finne fram til løsninger som ikke er like ressurskrevende.

4.4.2 Intensitet

I følge studier og forskningen på CIST-behandlingen generelt er det vanligste å tilby 30 timers behandling fordelt på to uker (Kirmess, 2015). Klientene får dermed tre timers behandling daglig, fem dager i uka, ti dager totalt i behandlingsperioden. Vi ønsket blant annet å vite mer om hvorfor intensiteten i behandlingsopplegget på våre informanters arbeidssted er lagt opp på en mindre intensiv måte.

Informantene våre har valgt å gjennomføre CIST mindre intensivt enn det som beskrives i litteraturen. De har valgt å ha 24 timer med behandling fordelt på totalt fem uker.

Behandlingen foregår halvannen time daglig, fire dager i uka. Deltakerne har en ukes behandlingsfri midt i fem ukers perioden, slik at selve behandlingen på 24 timer fordeles på totalt fire uker.

På spørsmål om det har blitt tatt noen valg angående tidslengde, timer og antall dager i uka som behandlingen skal bestå av, mener Informant 1 at det er ressursbruk som er den store utfordringen. Hun forteller videre at det ideelle ville vært å gi behandlingen fem dager i uka, men de har valgt fire dager i uka. Fridagen handler ikke bare om at logopedene skal få en fridag, men også om klientenes hverdag. Grunnen er at klientene ofte har andre gjøremål i løpet av dagen, som for eksempel fysikalsk behandling, noe som også er viktig i rehabiliteringen. Det ville vært vanskelig å kombinere en lang CIST-økt og fysikalsk behandling samme dag, siden det kan bli slitsomt for klientene. Det blir uttrykt at det også for informantene sin del ville vært utfordrende å ha CIST-behandlingen for intensivt, siden de også har andre arbeidsoppgaver innenfor andre logopediske felt.

På arbeidsstedet hos informantene, har CIST-økten en varighet på halvannen time per behandlingsdag, i tillegg til at det er en pause i løpet av behandlingsøkten. Informant 2 forklarer at man har som mål å klare å gjennomføre to omganger med kortspillet i løpet av denne tiden. Etter hvert som gruppen utvikler seg og blir vant til behandlingen rekker de flere runder med kortspill innen pausen. Pausen er viktig for at klienten ikke skal bli for slitne.

Hvordan vurderer våre informanter en utvidet tidsbruk, og økt intensitet i CIST-behandlingen, for eksempel med tre timers CIST-behandling per behandlingsdag? Informant 2 forteller at hun ikke vurderer det som hensiktsmessig å øke behandlingstiden. Hun mener at den tida per i dag på behandlingen er både passelig og overkommelig for at klientene ikke skal bli for slitne. Det begrunnes med at det omhandler klientenes kapasitet til å kunne delta i et mer intensivt behandlingsopplegg. Hun viser til at på større behandlingstiltak gis det lengre CIST-økter, men at det er forskjell mellom slike steder og mindre kommunale enheter. Hos våre informanter har enkelte klienter lang reisevei og dersom behandlingen blir enda lengre, vil det bli krevende for klientene.

Informant 1 forteller at gjennomføringen av CIST er tidkrevende, men også intens, slik at de må vurdere hvilke klienter som passer til å delta i en behandlingsgruppe som CIST. Dersom de har klienter på gruppene som har store kommunikative vansker, vil det kunne føre til lite flyt i gjennomføringen av behandlingen. Hun vurderer derfor at dersom intensiteten i behandlingen skal økes, så må det vurderes ut fra klientenes kommunikative nivå, slik at en ikke sliter ut klienter som ikke klarer å følge et mer intensivt behandlingsopplegg.

4.4.3 Samarbeidet mellom informantene

Våre informanter forteller at de har valgt å jobbe sammen under CIST-behandlingen. Det oppleves som en styrke å kunne samarbeide, og det er nyttig, faglig støttende og utviklende å kunne observere og diskutere klientenes framgang. Når de samarbeider under behandlingen, kan den ene lede gruppen mens den andre kan observere og være til ekstra støtte for klientene som trenger det. Observasjonene under selve behandlingen vil være verdifulle, ved at det da kan observeres språklige endringer som testene i kartleggingen kanskje ikke vil kunne fange opp. Selve spillet er en sosial setting, og man vil kunne legge merke til forbedringer hos klientene både verbalt og non-verbalt, for eksempel hvordan de henvender seg til de andre på gruppen.

Informantene har gode erfaringer med å arbeide sammen i gruppene, og setter stor pris på dette samarbeidet og den faglige utviklingen de får ut av det. Det er ikke så ofte de jobber to eller flere logopeder sammen, siden det er mest vanlig å arbeide alene som logoped.

Opplegget blir også mindre sårbart i og med at behandlingen kan gjennomføres selv om den ene logopeden skulle bli syk. Videre forteller Informant 1 at hun liker metoden godt, fordi metoden er systematisk og de arbeider målbart i form av testresultat.

4.5 Fungerer CIST ved lavere intensitet?

Begge informantene erfarte at gruppen i starten av behandlingsomgangene brukte lang tid på å komme gjennom en omgang med kortspillet. I starten kom de gjennom en omgang med kortspill før pause, mens utover i behandlingsperioden klarte gruppen to omganger før pause.

Informantene erfarer at kortspillet går raskere etter hvert, og det kan være et tegn på at klientene har utvikling og at metoden fungerer. Når klientene får bedre talespråk bruker de kortere tid på å få fram ord og ytringer. Klientene trenger ikke like mye støtte og hjelp fra logopedene i form av snakking i kor eller lyd til første ord og stavelser, og det blir da færre stopp i spillet. Det er også rimelig å tenke at grunnen til at kortspillet utover i behandlingsperioden går raskere, kan skyldes at frasene er blitt automatisert.

Hensikten med CIST-behandlingen er å forbedre talespråket. Informant 1 forteller at testene tatt i forbindelse med CIST ikke nødvendigvis viser all endring som kan komme i kjølvannet av behandlingen. Testene viser om klientene har noen språklige endringer, men gir ikke et helhetsbilde. Informantene utdyper at det er viktig å se utover endringene som vises i testresultatene, og Informant 1 forteller:

”Selv om det ikke er slike kjempestore endringer på resultatene av pre- og posttestene, så tror jeg det er endringer på flere plan (...) som kanskje ikke er målbare på de testene.”

Endringer etter CIST-behandlingen kan vise seg på flere områder hos klientene og ikke kun på det talespråklige. Hun utdyper og forteller at observasjon i forhold til den sosiale biten, selvbilder og selvinnviklingen også er verdifullt. Informantene observerer endringer på det sosiale planet hos klientene, noe testene i kartleggingen ikke fanger opp. Informant 1 poengterer det veldig godt her:

”Merker det særlig på én. Det er ikke sikkert at han på en måte mestrer det han ønsker bestandig, men jeg ser at han har en annen motivasjon for å prøve og da er jo mye gjort, tenker jeg.”

Informant 1 forteller her om en klient som retter på seg selv under CIST-behandlingen. Dersom han sier noe feil, så retter han på seg selv helt til han er fornøyd. Hun mener at dette kan skyldes at han har fått større selvinnsikt og større tro på seg selv til å prøve. Klientene er i en sosial sammenheng hvor det er andre med afasi, og det er en avslappende stemning. Dette vil kunne gjøre det enklere og prøve å feile, uten at noen avbryter. Det å oppleve mestring mener Informant 1 er en bieffekt av det å jobbe sammen i en gruppe. Informantene våre tilbyr ulike typer gruppebehandlinger for afasirammede. De observerer også at klientene i disse andre gruppene utviser trygghet ved at de uttrykker seg muntlig på den måten de mestrer, og at de derfor også utfordrer seg selv. For noen kan det være utfordrende å bruke talespråket når en er rammet av afasi, og selvtilliten kan ha fått seg en knekk. Det å være deltaker i en gruppe kan gjøre det lettere å forbedre selvtilliten (Berntsen & Røste, 2010). Informantene erfarer at grupper gir klientene trygghet, glede over å være i en sosial kontekst og mestringsfølelse.

Informant 1 forteller at det i gruppene er mye samhold mellom klientene, i form av at de er veldig støttende og oppmuntrende til hverandre. Som et eksempel viste hun til da en av deltakerne hadde fått igjen førerkortet, og alle de andre jublet og viste glede på hans vegne. Dette vitner om at de i gruppen er støttende til hverandre og viser glede når andre klienter har framgang.

”Veldig sånn støttende til hverandre, det synes jeg er litt morsomt at hvis en kommer og forteller at nå i dag har jeg fått tilbake sertifikatet. Så er det sånn woiii og alle blir kjempeglade, enda det sitter mange der som ikke får det tilbake. (...) Det er sånn et godt tegn på at man har fått til en positiv energi (...) Latter og glede tror jeg er kjempeviktig.”
(Informant 1)

Informant 2 forteller at hun opplever også å se endringer fra første omgang til andre omgang med CIST, hvor da rutinene var på plass og klientene hadde etablert mye kunnskap om CIST. De observasjonene Informantene gjør under CIST-behandlingen forteller dem at det er en endring hos klientene, og en forbedring i språk og kommunikasjon. Det som skjer i hjemmet og etter behandlingen har ikke informantene noe kontroll over. Informant 2 forteller at det er vanskelig å måle utvikling utenom selve CIST-behandling, og er usikker på hvor mye de får brukt språket utover det å være med på CIST-gruppen.

”(...) sånn at hvis du ikke har noe språkstimuli å forholde deg til (...) i særlig grad på hjemmebane, så er det klart at da er litt sånn mer tungrodd. (...) får ikke tatt i bruk på samme måte som dem som eventuelt har pårørende som de prater med og kommuniserer med i hverdagen.” (Informant 2).

Det Informant 2 ovenfor peker på er at det er vanskelig for dem å vurdere klientenes språkbruk, utenom på gruppene og på andre sosiale arenaer. Overføringsverdien er vanskelig å måle. De kan ikke vurdere hvordan det er på hjemmebane for klientene, siden de kun kan forholde seg til det klientene og pårørende forteller og gir tilbakemeldinger om.

4.5.1 Motivasjon og det sosiale aspektet

Informantene forteller om klienter som er motiverte for å delta i CIST-behandlingen, og at klientene ikke ville deltatt dersom de ikke hadde vært motiverte for det. CIST-behandling er en sosial behandlingsform som foregår i gruppe og klientene er sammen med andre i tilsvarende situasjon. Begge Informantene forteller om positive klienter, som har mye humor, latter og selvironi. Det er en hyggelig og positiv stemning i gruppene, selv om klientene kan bli slitne. Informant 1 forteller om motiverte klienter som passer på at pausene ikke blir for lange, og som er veldig tilstede under behandlingen. Det er en motivasjonsfaktor i seg selv det at de er sammen i en gruppe, mener Informant 1. De opplever en glede ved å jobbe sammen og klientene støtter hverandre. Noen ganger vil de hjelpe hverandre så mye at informantene må stoppe dem. Siden dette skal være en prosess hvor de er nødt til å prøve selv, er det klientene selv som må skape endringene for å få til et bedre talespråk. Det er sosialt for klientene og de føler på samhold ved at de ikke er alene om å ha afasi. Informant 1 ser verdien av det å arbeide i gruppe, fordi det er til nytte og glede for klientene og jobbe på denne måten. Hun forteller:

”Vi arbeider mye i grupper til vanlig (...). Fordi vi ser verdien av nettopp det at selv om det ikke er CIST, så har vi ukentlige samlinger. Vi ser jo det samme der også, at det blir trygt å uttrykke seg på den måten som hver enkelt mestrer, enten det er tegning, peking eller ordbruk.”

Hun poengterer at det er mer avslappende for klientene å møte likesinnede og skulle prate sammen, enn om de møter andre ute som ikke har tilsvarende vansker med talen. Det er noe med det å ha en forventning til hverandre som samtalepartnere, å skulle samtale med noen på samme nivå, er nok mer avslappende og enklere, enn å skulle samtale med noen som ikke har noen form for vansker med talen.

De områdene de merker mest endring på synes å gå på motivasjon og glede av å arbeide sammen i gruppe. Man er flere med en språkvanske og kan være til nytte og hjelp for

hverandre og oppleve mestring. Informantene mener at klientene prøver mye mer enn før, etter en slik CIST behandling.

Motivasjonen kan også vise seg på andre områder. Enkelte pårørende gir tilbakemelding om at de opplever klientene som slitne, mens klientene selv forteller at de ikke opplever å være slitne etter CIST-øktene. Det at klientene ikke opplever at de blir slitne av behandlingen tror Informant 1 skyldes at de er sammen i en gruppe, og at dette gir en motivasjon som overskygger følelsen av å være sliten. Det å være sammen med likesinnede er en positiv opplevelse for klientene, og gir en annen opplevelse enn om det hadde vært alenetimer med logoped. Hun fremhever at det er veldig moro at klientene selv er så positive til denne metoden.

4.6 Er det noe ved CIST-behandlingen informantene vil endre på?

Selv om våre informanter kun har jobbet med CIST i ett år, er det likevel interessant å få innblikk i om det er noe spesifikt ved behandlingen de kunne tenke seg å endre på. Det kan presiseres at informantene ikke har kommet med noen forslag til endringer ved selve metoden, det er kun selve gjennomføringen av behandlingen informantene har vurdert.

Informant 2 forteller at kartleggingen har vært diskutert, siden de synes at de ikke får så mye ut av den som de kunne ønske seg med tanke på hvor tidkrevende kartleggingen er. Den formelle språkkartleggingen gir ikke alltid et godt nok bilde på hvordan CIST-metoden fungerer. Noen tester viser framgang mens andre kan vise tilbakegang, og Informant 2 lurer på hvordan de skal kunne klare å få til gode målinger av klientens utvikling når testene gir ulike resultater. Selv om tester kan vise tilbakegang hos noen klienter kan pårørende fortelle at de merker en positiv endring, både endringer i forhold til ordmobilisering og tale.

Informant 2 stiller spørsmål om kartleggingen skal vektlegges mye, og hvis klientene opplever en bedring i talen er det kanskje det viktigste, uansett hva testene måtte vise. Videre forklarer hun at de har diskutert å ta i bruk andre typer tester, men de har ikke kommet noe videre med det. Det vises også til at kartleggingen kan ha feilkilder, siden de er flere logopeder som gjennomfører testingen og de kan vurdere resultatene ulikt. Dette kan være en årsak til at resultatene fra kartleggingen ikke alltid harmonerer med den tilbakemeldingen informantene får fra klientene og deres pårørende. Informant 2 forteller at hun merker bedring hos klientene etter CIST-behandlingen, men testene i kartleggingen er ikke sensitive nok til å fange opp all språklig endring. Hun forteller også at pårørende merker bedring, men at det

ikke kan måles ved bruk av testene. Også under behandlingen observeres det at klientene i større grad mestrer det de skal uten støtte fra informantene.

Informant 2 stiller spørsmål ved hvordan en skal kunne videreføre og opprettholde behandlingseffekten klientene har oppnådd. Hun stiller spørsmål med hvem som kan jobbe med klientene når gruppebehandlingen er ferdig, og viser til at det ikke er noen i kommunen som har ansvar for å se til dette. Derfor etterlyser hun et nærmere samarbeid med for eksempel sykehjem, for de av klientene som bor der. Hun foreslår et samarbeid med aktivitører, ergoterapeuter eller andre kanskje kan være en mulighet for å få videreført effekten av behandlingen.

5. Drøfting

I denne delen drøftes de mest relevante funnene fra analysen for å besvare vår problemstilling: *Hvilke erfaringer har logopeder med CIST-metoden, når den gjennomføres med en mindre intensitet?*

Funnene vi har valgt å drøfte er følgende: Metodens ressurskrav, hvor metodens krav til fysisk tilrettelegging, kartleggingen og tidsaspektet drøftes. I tillegg drøftes mulige forslag til måter å senke ressurskravene på, blant annet ved bruk av ufaglærte og pårørende i behandlingen. Intensiteten drøftes i forhold til at våre informanter har valgt en mindre intens gjennomføring enn det som det generelt er blitt forsket på. Vi ser på informantenes erfaringer i forhold til dette, og hvordan det fungerer for dem. Under gruppedynamikk vil gruppeinndelingen og gruppedynamikkens rolle for det sosiale samspillet mellom klientene drøftes. Til slutt drøftes informantenes forslag til eventuelle endringer ved metoden, hvor fokuset er kartleggingen og opprettholdelse av behandlingseffekten.

5.1 Ressurskravene til CIST-behandlingen

CIST er en metode som krever en rekke ressurser på flere områder og informantene har gitt uttrykk for at det er ressursbruken som er det krevende ved metoden. Det kreves en del materiale slik som billedkort og skjermer, for å kunne gjennomføre selve behandlingen. Videre må det være logoped til stede under behandlingen, og våre informanter har valgt å ha to logopeder til stede. De mener at ved å være to logopeder til stede, vil de kunne gjennomføre behandlingen på en mer tilfredsstillende måte for klientene.

5.1.1 Materialet til CIST-behandlingen

Informantene lager både billedkortene og skjermene selv. Billedkortene lages med bakgrunn i lister over hvilke høyfrekvente og lavfrekvente ord som kan være med i CIST-behandlingen. Dette er en tidkrevende prosess siden de skal finne passende bilder og tilpasse bildene til klientene på gruppen. Deretter må bildene skrives ut, klippes til og lamineres. Kan det tenkes at dersom materialet hadde vært tilgjengelig som en pakkelsøsning, ville det ha spart informantene tid og ressurser, siden de da ikke måtte ha laget billedkortene selv. På en annen side kan det føre til at de ikke i like stor grad kan tilpasse billedkortene til den enkelte klient,

noe våre informanter noen ganger velger å gjøre. Kirmess (2015) anbefaler at billedkortene tilpasses klientene, som deres yrker eller interesser. Dermed vil kanskje ikke en pakkeløsning redusere ressursbruken i så stor grad at det vil utgjøre en nevneverdig forskjell. Det avhenger kanskje av i hvor stor grad en velger å tilpasse bildene til klientene.

De visuelle hindringene som er skjermene som klientene sitter bak, kan kanskje også komme i form av en standardisert pakkeløsning. En skjermvariant i papp som våre informanter hadde, kan også fungere godt. Senere tids forskning har kommet frem til at lavere skjermer, hvor en klient kan bevare blikkontakt har flere sosiale fordeler for sosial interaksjon enn språklige begrensninger (Kirmess, 2015). Det at man har åpnet opp for dette fører til en bedre sosial interaksjon mellom klientene i form av blikkontakt og mer naturlig samtalesituasjoner. Det harmonerer bedre med Pulvermüller et al. (2001) sine tanker om en pragmatisk tilnæringsmetode. Våre informanter har også erfart at det har vært til hjelp for klientene, at skjermene har blitt tilpasset den enkelte. De grunngir det med at de har hatt klienter som har vært avhengige av å ha blikkontakt med de andre klientene på gruppen. Derfor valgte de å redusere høyden på skjermene under den siste CIST-omgangen.

5.1.2 Kartleggingen av klientene

Kartleggingen av klientene synes å være det som er mest ressurskrevende ved metoden, spesielt tidsmessig. Den gjennomføres på hver klient en gang i forkant og en gang i etterkant av CIST-behandlingen. Informantene forteller at kartleggingen er tidkrevende fordi gjennomføringen av testene, skåringen av de, og transkriberingen på enkelte av testene krever en del tid. Det fører til at informantene våre og deres kollegaer som gjennomfører kartleggingen bruker mye ressurser på denne delen av behandlingen. Hensikten med kartleggingen er å få informasjon om klientenes eventuelle utvikling, og kartlegge hvilke deler av språket klienten mestrer og hvilke de har vansker med. Den informasjonen vil informantene kunne bruke for å avgjøre hva den enkelte klient skal trene/arbeide med under behandlingen. Den ene informanten forklarte at kartleggingen ikke alltid gir gode konkrete svar på klientenes språklige utvikling og endring. Videre forteller hun at med tanke på tid og ressurser som brukes ved kartleggingen, får de lite igjen for det siden resultatene i kartleggingen kan virke noe mangelfull. Det begrunnes med at de erfarer at hos noen klienter viser kartleggingen nedgang på enkelte av språktestene, mens informantenes egne vurderinger er at det er motsatt. Både informantene, klientene selv og pårørende erfarer språklige

endringer hos klientene som kartleggingen ikke alltid viser til. Informant 2 mente at det kunne skyldes at enkelte av deltestene i kartleggingen muligens ikke er sensitive nok til å fange opp all språklig endring hos klientene. Dermed får ikke informantene et helhetsbilde på hvordan den totale språklige endringen hos klientene kan ha vært i etterkant av CIST-behandlingen.

Difrancesco et al. (2012) poengterer to ting om testing. Det ene er at testene ikke alltid er sensitive nok i forhold til afasien og de språklige utfordringene det medfører. Det andre er at kartleggingen kun består av et lite utvalg av enkelte deltester. Det kan tenkes at våre informanternes erfaringer med at testresultatene ikke harmonerer med observasjonene av klientenes talespråk, kan skyldes mangel på sensitivitet ved enkelte av testene. Det kan også tenkes at kartleggingen består av for få tester til at en kan fange opp all språklig endring. Drøfting om kartlegging kommer vi også inn på under forslag til endringer ved metoden.

5.1.3 Ressurskravene i behandlingsforløpet

Et annet aspekt ved CIST-behandlingen som våre informanter erfarer som ressurskrevende, er at de har valgt å ha to logopeder til stede under selve behandlingen. Informantene mener det er positivt å samarbeide under behandlingen, men det krever ressurser i form av logopedbruk. Samarbeidet gjør at den ene har rollen som gruppeleder, mens den andre kan observere og være til ekstra støtte for klientene under behandlingen. På den ene siden kan det diskuteres om det er hensiktsmessig og være to logopeder til stede under behandlingen, når det erfarer som ressurskrevende av informantene. På den andre siden gir samarbeidet informantene mulighet til mer faglig utbytte, samt at de i større grad kan observere og diskutere klientene i etterkant. Under behandlingen kan den ene logopeden ha hovedansvaret for at behandlingen foregår slik den skal, ved å lede spillet. Den andre logopeden kan observere og notere hvordan den enkelte klient kommuniserer. Videre kan vedkommende observere hvilke vanskeligheter en klient har, og hvilke forbedringer klienten viser under behandlingen. I tillegg kan logopeden som observerer hjelpe og støtte klienter, for eksempel ved bruk av prompting når det trengs (Difrancesco et al., 2012).

Informant 1 forteller at de har satt en grense på fire klienter per CIST-gruppe, siden de har erfart at det er håndterlig. De fire klientene er fordelt på to logopeder i to timer, som vil si at hver logoped til sammen har gjennomsnittlig en klient per time. Det er ikke høyere tidsbruk enn ved vanlige enkelttimer mellom logoped og klient.

Ser man på hva klientene sitter igjen med er dette et høyere timeantall per uke enn hvis de skulle hatt vanlige enetimer fordelt på samme antall dager. De har seks timer i uka fordelt på fire dager, som ved enetimer hadde blitt fire timer. Det vil si at våre informanter per uke får gitt en større mengde behandling med CIST enn ved å gi klientene enkelttimers behandling, til tross for at de gjennomfører CIST mindre intensivt.

I studien til Page og Wallace (2014) gir deres informanter uttrykk for at tidsbruken i forbindelse med transport av klienter til og fra behandlingsstedet vurderes som utfordrende. De vurderer også at det vil være vanskelig å finne plass på behandlingssteder til å kunne ha gruppebehandling. Bekymringer om plassmangel deler ikke våre informanter, siden de har tilgang på grupperom til CIST-økter og andre former for gruppebehandling. Likevel er det ikke utenkelig at hos andre logopeder og behandlingssteder vil plassmangel kunne være et reelt problem. Våre informanter mener at transporten av klientene kan være utfordrende, spesielt for de av klientene som har lang reisevei. Den lange reiseveien kan føre til at klientene er slitne allerede før behandlingen starter, noe som ikke er optimalt for klienter som skal gjennom en relativt intens behandlingsøkt. Dermed kan det tenkes at klientenes reisevei bør være en mulig faktor ved vurdering av hvor intenst en behandlingsøkt kan være, for klienter som har et kommunalt tilbud.

5.1.4 Ressursbruk i CIST

Informantene i studien til Page og Wallace (2014) ytrer bekymring om tilgangen på ressurser. Det samme gjør terapeuter innenfor CIMT (Page et al., 2002). Våre informanter uttaler ikke direkte bekymring omkring ressursbruken, men de forteller at det er kravet til ressurser som er det utfordrende ved metoden. Informant 1 forklarer at dersom de hadde fått til et system på CIST, etter en innkjøringsfase, kunne de ha utviklet måten de bruker CIST på. Da kunne de oppnådd Helsedirektoratets (2010) anbefalinger om fem timers behandling per uke for afasirammede. Hun antar at ved å få til flere CIST-grupper, gjennom å lage gode rutiner, vil flere afasirammede få tilbud om CIST-behandling. Det vil kunne gi flere mulighet til å få opptil fem timer med afasibehandling i uka. Ved å tilby flere CIST-behandling, gjennom å ha flere grupper, vil det øke behovet for logopeder og deres ressurser. Likevel tror ikke Informant 1 at det nødvendigvis vil føre til mer ressursbruk og tidskrav. Det begrunner hun med at dersom de hadde fått til et system ville det blitt en rutine, og dermed ser hun for seg at det ikke ville koste mer ressurser enn ved å tilby de samme klientene enkelttimer med en

logoped. Meinzer et al. (2012) nevner også at det på grunn av dårlige økonomiske rammer til intensiv behandling og begrenset antall logopeder tilgjengelig, skulle det blitt forsket på alternative måter å oppnå en intensiv behandling på. Våre informanter ser mulighetene, selv om de allerede nå merker at metoden CIST beslaglegger en del ressurser og tid. Det er vanskelig å skulle vurdere om våre informanters erfaringer med ressursbruken også vurderes likt av andre logopeder som bruker CIST. I studien til Page og Wallace (2014) oppgir deres informanter at tidsbruken er en faktor de vurderer som utfordrende ved CIST.

Finnes det måter en kan redusere ressursbruken på? Det har Meinzer, Streiftau og Rockstroh, (2007) undersøkt. De har undersøkt om ufaglærte kan overta logopeders rolle under CIST-behandlingen. Konklusjonen deres var at ufaglærte kunne gjennomføre CIST-behandlingen like godt som faglærte. Kan det tenkes at kommunale behandlingssteder som våre informanter arbeider ved, kan benytte seg av ufaglærte ved gjennomføringen av CIST-behandlingen? På den ene siden kan det føre til at man kan tilby CIST-behandling til flere innenfor en gitt tidsperiode, siden man ikke trenger to logopeder til stede under behandlingen. På en annen side vil man ikke ha den faglige kompetansen man burde ha for å vurdere, støtte og motivere klientene for videre behandling. En mulig løsning er at man har en ufaglært og en logoped til stedet ved behandlingen, slik at våre to informanter kan drive to CIST-grupper samtidig. Dette kan føre til økt ressursbruk på andre plan, slik som tilgang på rom og det økonomiske fordi man må lønne de ufaglærte. I tillegg må de ufaglærte gjennom en treningsperiode, slik at de kan gjennomføre CIST-behandlingen på en tilfredsstillende måte. Våre informanter har noen ganger benyttet seg av en frivilling i gruppearbeidet, som selv har lett afasi, og det har de gode erfaringer med. Difrancesco et al. (2012) er negative til forslag om å la ufaglærte ta over logopedenes rolle i CIST-gjennomføringen. De begrunner det med at ufaglærte mangler erfaring og bakgrunn om språk, til at de kan være en god erstatning for logopeder i denne sammenhengen. De mener at ufaglærte ikke vil klare å støtte og hjelpe klientene, ved for eksempel shaping, eller å føre protokoll over klientens utvikling og liknende. Difrancesco et al. (2012) stiller seg derimot positive til at pårørende sammen med klientene kan trene hjemme og mener at det kan være motiverende for klientene.

Det kan tenkes at våre informanter kunne samarbeidet med pårørende, hvor de kunne vært en ekstraressurs for de av klientene som har pårørende. Informantene har ikke noe direkte samarbeid med pårørende, men forteller om pårørende som er interesserte. Under den første gjennomføringen av CIST valgte informantene å la klientene få med seg øvingsord hjem, slik at de kunne trene på det der. Dette har de gått bort fra etter hvert, men det er klienter som ber

om å få med seg materiale til å øve hjemme. Kan det tenkes at ved bruk av pårørende ville man kanskje kunne sikre at den eventuelle framgangen hos klientene opprettholdes, ved at de får praktisert hjemme? Da kan kanskje overføringsverdien, hvor klientene bruker det de har lært fra behandlingen på andre arenaer enn hos logoped, bli større når det praktiseres hjemme. Tanker om å lage et treningsprogram for CIST til hjemmet, er forslag som kommer fram i studien til Page og Wallace (2014). Der vurderes det at det kan være et tiltak for å overkomme tidskravene i gjennomføringen av CIST. Meinzer et al. sin studie (2007) viste til at en gruppe, som blant annet fikk CIST med ekstratrening hjemme sammen med en pårørende, hadde positive erfaringer med dette. Det kan tenkes at det er mulig å skape et samarbeid mellom logopeder, klienter og pårørende for på den måten å kunne sikre mer språktrening for klientene, men også for å kunne fordele behandlingen. Basso (2005) mener at logopeder ikke bør ha enerett til å tilby behandling av de med afasi, men at familiene deres også må bli direkte involvert i behandlingsforløpet. Hun mener at logopedens rolle bør endres fra å være en direkte behandler til å være en veileder.

Basso (2005) sine vurderinger kan spores i studien til Page og Wallace (2014), hvor det kom fram at deltakerne hadde et ønske om å endre deler av CIST, ved for eksempel å la frivillige eller studenter, overta deler av behandlingen. Da kunne det sørges for at klientene får den intensiteten i behandlingen som kreves. Dette er en tanke som kan overføre til norske forhold, som nevnt ovenfor ved å ta i bruk ufaglærte til å gjennomføre kortspilldelen i CIST-behandlingen.

5.1.5 Tekniske hjelpemidler

En mulig løsning på å redusere ressursbruken under behandlingen kan være å ta i bruk videoopptak. Ved videoopptak vil man i ettertid kunne se på og vurdere hvordan behandlingen har gått og hvordan klientene utvikler seg. Det er et fint redskap å bruke både for å observere og til å bruke sammen med klientene. En kan vise klientene forskjellen fra første og siste gang i behandlingen, slik at de kan se egen talespråklig utvikling. I slike tilfeller er det viktig å vise framgang og positive endringer hos klientene, slik at man kan motivere de. Dersom video skal brukes som erstatning for at man kun er én logoped til stede under behandlingen, vil man på den ene side miste den ekstra hjelpen til å bistå klientene under spillet. På den andre siden kan man fortsatt ha faglige diskusjoner ved at man i etterkant kan se på videoen sammen med en kollega. Dette kan føre til mer tidsbruk i forbindelse med

kartleggingen, men kan være et viktig og godt hjelpemiddel siden man kan observere mer enn uten bruk av video. Informant 2 sa de hadde vært inne på tanken om å bruke video, men at dette krevde at de måtte sette seg inn i det tekniske ved å bruke det, og dermed ble det utfordrende å få det til per nå. Lyngås Skjelstad & Kirmess (2010) har positiv erfaring med å benytte video under hele prosessen. Den dokumentasjonen gir gode muligheter for å vise klientene hva de mestrer og eventuelle forandringer som oppstår under prosessen. De mener man også lettere kan se kommunikasjonsprosessene mellom deltakerne og at man også lettere kan se hva som bidrar eller hemmer kommunikasjonen. Videoopptakene kan også brukes som et supplement selv når man er to logopeder, ved at man i etterkant kan studere klientene nøyer for å se etter enkelte endringer, eller for å vurdere selve gjennomføringen av behandlingen. Det kan danne grunnlag for gode faglige diskusjoner.

5.1.6 Samarbeidet mellom informantene

Våre informanter har valgt å være to logopeder til stede under CIST-behandlingen. Den ene logopeden har rolle som gruppeleder, mens den andre er en observatør. Gruppelederen fører spillets gang, mens observatøren bistår klientene i gruppen ved for eksempel å hjelpe i form av prompting, samt å observere klientenes språklige endringer.

Informantene forteller at de kun har positive erfaringer med å samarbeide sammen om CIST. De trekker fram at det er sjeldent de har muligheten til å samarbeide så nært, og derfor liker de at de har den mulighet med CIST. Samarbeidet har vært nyttig og faglig støttende i form av at de har faglige diskusjoner. De begrunner det med at under selve behandlingen er de to som kan observere og at observasjonene kan diskuteres dem imellom i etterkant av behandlingsøktene. Dette mener også Difrancesco et al. (2012) er viktig, siden man da har større sjanse for å kunne observere mer enn dersom man kun er en logoped til stede. Videre forteller informantene at samarbeidet gir dem mulighet til å ha gode faglige diskusjoner om metoden. I tillegg blir det mindre sårbart dersom den ene skulle være syk en av behandlingsdagene, siden behandlingen likevel kan gjennomføres med kun den ene logopeden.

Det er ikke alle steder hvor det er praktisk gjennomførbart å være to logopeder til stede under CIST-behandlingen. I slike tilfeller kan det være en mulighet å ta i bruk videoopptak. Da kan man observere i etterkant hvordan klientenes framgang og endringer er. Er man kun én

logoped på gruppen, vil det være vanskelig å observere klientene godt nok når man samtidig skal både lede gruppen og bistå med hjelp og støtte til de som trenger det

5.2 Intensiteten i CIST-behandlingen

I forskningen om CIST blir intensiteten ved behandlingsmetoden trukket fram som én av de viktige faktorene for metodens positive resultater (Difrancesco et al., 2012; Kirmess & Maher, 2010; Kirmess, 2007). Våre informanter har valgt å gjennomføre CIST-behandlingen med en lavere intensitet enn det som vanligvis beskrives gjennom forskningen. Ingen studier har funnet hva den optimale mengden og intensiteten er, og kanskje finnes det ikke noe entydig svar på det (Cherney, Patterson, Raymer, Frymark, Schooling, 2008). Kirmess (2015) nevner at det ikke er funnet noen ideell tidsramme for CIST, og at det heller ikke er funnet studier om CIST som er gjennomført på nøyaktig samme måte. Hvordan vurderer våre informanter at CIST fungerer, når behandlingen gjennomføres mindre intensivt?

Informantene har vurdert intensiteten i sitt opplegg, og de vurderer at det ville vært utfordrende å få til et mer intensivt behandlingsopplegg for sine klienter. Grunnen til det mener de er at en økt intensitet i behandlingsopplegget ville vært for krevende for klientene, siden de også kan ha andre typer behandling i løpet av samme dag. Mange av klientene har blant annet fysioterapibehandling i tillegg til CIST-behandlingen. Det påpekes også at flere av klientene har en lang reisevei, på inntil én time til behandlingsstedet noe som fører til lange dager for klientene. Dette kan gjøre det slitsomt for klientene og dermed vurderer informantene at det er tilstrekkelig med et opplegg på til sammen to timer daglig.

Informantene er bekymret for at noen av klientene ikke ville hatt overskudd til og deltatt på et mer intensivt behandlingsopplegg. Til tross for denne vurderingen fra informantene, er de klare på at det ideelle ville vært å tilby behandling fem ganger i uka, men de har valgt fire dager. Fridagen i behandlingsukene er viktig for klientene, men også nødvendig for våre informanter som har andre arbeidsoppgaver i løpet av en arbeidsdag.

Informantene har reflektert over at på rehabiliteringssenter og tilsvarende har de andre forutsetninger for å kunne tilby et mer intensivt behandlingsopplegg, fordi klientene befinner seg på selve stedet over lengre tid. Da slipper de å bli trøtte og slitne av å måtte bruke tid og energi på å reise til og fra behandlingstedet. Likevel opplever også klienter på slike behandlingssteder å bli slitne etter intens jobbing med CIST (Kirmess, 2015).

Informantene vurderer at ved å øke intensiteten kan det føre til en mer slitsom dag for klientene. Det kan redusere motivasjonen som kreves for å kunne gjennomføre et behandlingsopplegg som CIST. Funnene fra studien til Page og Wallace (2014) viser til liknende resultat som det våre informanter forteller. Ett gjennomgående funn i studien deres var at logopedene ytret bekymring omkring timeantallet CIST-behandlingen består av, og at behandlingen foregår på etterfølgende dager. Våre informanter har valgt å redusere intensiteten i behandlingen ved å ha en fridag i uka, kortere behandlingsøkter og en lengre behandlingsperiode. Deres vurderinger virker å kunne stemme med den vurderingen logopedene i studien til Page og Wallace (2014) gir. Der gir majoriteten, 51 % av deltakerne, tilbakemelding på at CIST-behandlingen bør ha en varighet på mellom en til en og en halv time per dag. Det samme anbefaler Berntsen og Røste (2010), som skriver at en og en halv time er passe lengde på en behandlingsøkt med en gruppe på tre til fire deltakere.

I studien til Kirmess og Maher (2010) forteller to av de tre deltakerne at de kunne ønske seg færre behandlings timer per dag, mens den siste deltakeren ønsket seg flere behandlings timer. Deres funn kan skyldes individuelle forskjeller mellom deltakerne, hvor noen blir mer slitne enn andre. Det kan handle om motivasjon og engasjement, hvor den ene kanskje er mer motivert enn de andre. Det er ikke nødvendigvis selve intensiteten i behandlingen som trenger å være forklaring på at deltakere ønsker færre eller flere behandlings timer. Det vil uansett være en individuell vurdering fra klient til klient om dette er et behandlingsopplegg som vil fungere for den enkelte. Det kan tenkes at ved å variere intensitet, vil CIST-metoden kanskje være mer tilgjengelig for flere.

At våre informanter har valgt en redusert intensitet i behandlingen handler om ressurser. Informant 1 forteller at ressursene som kreves ved CIST er utfordrende. Blant annet beslaglegger den to logopeder i flere timer daglig, flere dager i uka i flere uker når CIST-behandlingen pågår. Det kan tenkes at dersom de skulle ha tilbudt CIST flere timer daglig enn per nå, kunne det ha gått på bekostning av andre klienter som får annen type behandling av våre informanter. Det handler om å ha nok logopeder til stede til å kunne gjennomføre behandlingen.

5.2.1 Fungerer CIST tilfredsstillende ved en lavere intensitet?

Våre informanter mener at CIST-behandlingen fungerer for deres klienter, selv når den gjennomføres med en lavere intensitet. Det begrunner de med å henvise til testresultatene etter

kartleggingen av klientene. I forkant og i etterkant av behandlingen gjennomgår klientene en kartlegging bestående av flere deltester, hvor deres språkutvikling kartlegges. Informantene forteller at det ikke alltid er store endringer i testresultatene, men hos de fleste klientene observerer de framgang. Likevel påpekes det av informantene at resultatene fra kartleggingen ikke nødvendigvis stemmer overens med det inntrykket de selv, klientene eller pårørende har om klientenes utvikling og framgang. Informant 2 forteller at det kan være tilbakegang på enkelte deltester, mens under behandlingen erfarer de det motsatte hos klientene. Det kan tyde på at testene ikke fanger opp all form for språklig endring hos klientene. Informantene mottar også positive tilbakemeldinger fra klientene selv og fra pårørende som forteller om merkbare endringer ved talespråket hos klientene. I tillegg erfarer informantene at klientene viser bedring under selve CIST-behandlingen, eksempelvis ved at noen klienter trenger mindre hjelp, som for eksempel bruk av prompting. De bruker ikke lenger like mye tid på ordletningen, flere ord blir ytret og klientene uttaler mer komplekse setninger.

Studien til Szaflarski et al. (2008), viste til positive endringer hos sine deltakere, som også mottok en mindre intensiv CIST-behandling. De vurderer at det er ikke nødvendigvis behandlingen i seg selv som kan være grunnen til positive endringer hos deres deltakere. Det trekkes fram at sosialiseringen som foregår på gruppen, spesielt i pausene, kan være en medvirkende faktor til at deltakerne forbedrer sin tale. Szaflarski et al. (2008) mener at kombinasjonen av et intensivt behandlingsopplegg, med en strukturert språkterapi og et sosialt program kan gi positive resultat hos klientene. Våre informanter er også oppmerksomme på at den sosiale delen av behandlingsformen kan ha en effekt på talespråket, noe vi kommer inn på senere.

Informantene forteller at de observerer at klientene deres bruker mindre tid på å gjennomføre en omgang med kortspillet i CIST. I starten brukte klientene den første økten på å komme gjennom en omgang av kortspillet. Det skyldtes at mange av klientene ikke fikk fram ytringene sine, noe som førte til pauser i spillet, siden enkelte av klientene trengte hjelp av våre informanter til å uttale ord og ytringer. I løpet av behandlingsperioden merket informantene endringer, ved at klientene ut over i behandlingen klarte å gjennomføre to omganger med kortspillet før pausen mellom øktene. En mulig forklaring på endringene i tidsbruken kan skyldes både det at de har kommet godt inn i spillet, fått automatisert frasene, eller at de har hatt en generell utvikling i løpet av behandlingstiden. Det er vanskelig å påpeke en spesifikk grunn til at klientene opplever bedring, siden det kan være mange mulige og sammensatte årsaker.

Effekt av behandlingen

Informantene forteller også at de mottar tilbakemeldinger fra pårørende om at de merker en endring hos klientene, men informantene er usikre på hvor mye de skal vektlegge dette. Den ene informanten forteller at det er usikkert om den forbedringen som klienter og pårørende gir uttrykk for er reell eller ikke. Det begrunner hun med at det kan være en forventning om at det skal skje en talespråklig forbedring i etterkant av en slik intensiv språkbehandling som CIST. Dermed kan dette være en mulig forklaring på at våre informanter får tilbakemelding om talespråklig framgang hos klienter, men at det nødvendigvis ikke betyr at det er reell framgang som skyldes CIST-behandlingen. Det er også Kirmess og Maher (2010) oppmerksomme på, hvor de nevner placeboeffekten. Deres studie omhandlet CIST i en tidlig fase og kan dermed ikke sammenliknes med våre informanternes erfaringer ved kronisk afasi, siden spontant bedring kan forekomme i den tidlige fasen etter oppstått afasi. Det er likevel viktig å være klar over slike fenomener som kan spille inn på opplevelsen av at det skjer en endring. Hartelius & Mattsson (2008) nevner en annen faktor som kan spille inn på klientenes opplevelse av bedring. De trekker fram Hawthorn-effekten, som vil si at dersom man har et sterkt ønske om bedring, kan det føre til en ubegrunnet opplevelse av bedring etter behandling. Effekten oppstår ved at det skjer en endring eller bedring i prestasjon, fordi klienter vet at de blir observert (Svartdal, 2009). Hartelius og Mattsson (2008) peker på at denne effekten kan oppstå når klienter har et ønske om bedring, og kanskje også et ønske om å glede logopedene, pårørende eller andre.

Den ideelle intensitet?

Informantene har ikke opplevd at klienter har trukket seg fra CIST-behandlingen, noe som kan tyde på at intensiteten i opplegget ikke er for intensivt eller for slitsomt. Klientene gir tilbakemeldinger om at de ønsker flere omganger med CIST, noe som kanskje tyder på at for klientenes del kunne man ha en økt intensiteten på behandlingen. Det kan tenkes at våre informanter har funnet en intensitet som passer, men at de har ivrige klienter som merker forbedringer og som ønsker enda mer CIST-behandling. Vedrørende intensiteten er det vanskelig å skulle konkludere med hva som kan betegnes som den ideelle intensiteten på CIST (Kirmess, 2015). I studien til Page og Wallace (2014) vurderte majoriteten av de spurte logopedene at ønsket lengde på CIST-øktene burde være på mellom én til en og en halvtime. Det er tilsvarende lengde våre informanter har på sine CIST-økter og som de erfarer fungerer

godt. Det finnes ingen konkret forskning på hvilken intensitet som må til for å kalle denne behandlingsmetoden for CIST, og man vet også lite om hva som er den ideelle lengden og intervallene på metoden for å gi optimal utbytte (Kirmess, 2015). Kanskje er dette vanskelig å finne også, i og med at det er forskjellige mennesketyper som får afasi og med forskjellige utfall. Forskning viser at det er flere som trekker seg fra høyintensiv trening enn fra lavintensiv trening (Brady, Kelly, Godwin & Enderby, 2012). Det positive med våre informanternes valg av intensitet er at ingen har trukket seg og synes det har vært for mye. De har ønsket flere omganger med CIST, noe som kan tilsi at intensiteten ikke er for stor.

5.3 Gruppedynamikken

Innenfor afasirehabilitering og annen rehabilitering har behandling i grupper vist seg å være en nyttig metode (Berntsen & Røste, 2010). CIST-behandlingen foregår i grupper og våre informanter har valgt å ha maks fire klienter i gruppen. Antall gruppedeltakere er valgt ut fra hva informantene mener er håndterlig for dem, og for gruppens dynamikk og sammensetning. Informantene mener at hadde det vært flere klienter på CIST-gruppene ville det gått utover hensikten med CIST, som blant annet er ”massed practice” som vil si høyfrekvent trening. Er det for mange deltakere må en vente lengre på tur før en får praktisert talespråket. Informantene er opptatt av at klientene skal få være aktive på gruppen, og det er derfor de har valgt å ha maks fire klienter på gruppen. Da sikrer de at samtlige får mulighet til å være aktive, og informantene får mulighet til å bistå og hjelpe den enkelte når det trengs i forbindelse med tale og ytringer.

Etter to gjennomførte CIST-omganger har informantene erfart at det er viktig at klientene på gruppen er mest mulig homogene når det gjelder språknivået og de språklige utfordringene. Informantene påpeker at det er viktig med homogene grupper for at motivasjonen hos klientene skal være god, samtidig som det er viktig at nivået er tilpasset klientene slik at det både fremmer mestring og gir utfordring. Det begrunnes med at klientene skal kunne oppleve det å mestre, og at det skal sikre en jevn framgang i behandlingen. Det kan tenkes at dersom noen på gruppen har et mindre fungerende talespråk enn de andre, vil forskjellene mellom klientene bli store, og det vil bli utfordrende for klientene og gruppen som helhet. Det kan være utfordrende ved at det blir for lite progresjon i spillet, at det går for sakte eller for fort fremover. Berntsen og Røste (2010) påpeker også at det er viktig å vurdere ut fra hvert tilfelle hvilken gruppestørrelse man ønsker. De skriver at det er viktig at gruppene ikke blir så store

at ikke alle deltakerne får delta aktivt, og at gruppene er mest mulig homogene. Difrancesco et al. (2012) mener også at det er viktig med homogene grupper, slik at man unngår at klientene blir frustrerte. Det kan oppstå frustrasjon dersom det for noen klienter blir for enkelt eller for vanskelig, eller dersom det går for raskt eller for sent framover grunnet klientenes ulike språknivå.

Sickert et al. (2014) mener derimot at gruppene ikke trenger å være homogene. I deres studie valgte de å dele deltakerne inn i grupper, uavhengig av hvilke afatiske karakteristikk de hadde. De erfarte at heterogene grupper førte til at gruppedeltakerne motiverte hverandre mer enn det de har observert hos homogene grupper. Det antar de skyldes at deltakerne i heterogene grupper lærer av hverandre. Siden CIST blir tilpasset den enkelte klient, vil det være mulig å gjennomføre CIST i heterogene grupper, mener Sickert et al. (2014). Våre informanter forteller at det ikke alltid er enkelt å finne gruppedeltakerne som har tilsvarende språkvansker. På den ene siden kan det tenkes at det ville vært lettere for informantene å lage CIST-grupper dersom de velger heterogene i stedet for homogene grupper. På den måten kan det være mulig å tilby CIST til enda flere og raskere, ved at de ikke må tilpasse til homogene grupper. Da slipper de å måtte avvente behandlingsoppstart til de har klienter som passer sammen til en CIST-gruppe. På en annen side kan det tenkes at det fører til store utfordringer for gruppeleder som skal holde på klientenes motivasjon og mestringfølelsen når klientene har forskjellige språklige utfordringer.

5.3.1 Trivsel i gruppen

Informantene forteller om klienter som trives i CIST-gruppene og som er støttende til hverandre, noe som skaper tilhørighet i gruppene. Informant 1 fortalte om en situasjon hvor den ene fikk sertifikatet tilbake, og de andre på gruppen viste glede på vedkommende sine vegner. Dette fokuserer Berntsen og Røste (2010) også på, og skriver at i grupper kan det skapes en sosial aksepterende atmosfære med samhörighet og støtte mellom gruppedeltakerne. Den aksepterende og støttende atmosfæren observeres av våre informanter, i tillegg til at de merker en glede hos klientene når de deltar i gruppen. De observerer også at det utvises trygghet, samhold og oppmuntring blant gruppedeltakerne. Berntsen og Røste (2010) påpeker at grupper er et sted hvor deltakerne kan dele både egne interesser og ressurser. Videre forteller de at å delta i gruppebehandling kan gi en bedre selvinnsikt og en styrket selvfølelse hos klientene ved at de lykkes. Dette observerer også våre informanter,

hvor de spesielt la merke til en klient som rettet på seg selv når han merket at uttalen ikke var helt riktig. Informantene mente at det skyldtes at klienten hadde fått en større selvinnsett og tro på seg selv, noe som kan ha oppstått ved at han er en del av en gruppe med andre som hadde tilsvarende vansker. En gruppe kan tenkes å skape en avslappet atmosfære slik at klientene tør å by på seg selv, ikke gir opp så lett og forsøker mer å ytre seg. I studien til Page og Wallace (2014) fortalte informantene at de var positive til at CIST foregår som gruppearbeid, og at klientene har en sosial interaksjon med hverandre.

Den sosiale arenaen en gruppe skaper kan være verdifull. Ved at man våger å ta til ordet og trener med likesinnede kan øke ens egen selvtillit. Her kan man også ha mulighetene til å skape nye bekjenskaper med andre i samme situasjon som en selv og være til støtte for hverandre. Det samme påpeker Holland og Nelson (2014), hvor de skriver at gruppebehandling kan øke fokuset på langvarige psykososiale behov. Det er ikke bare talen som kan ha positive effekter av CIST, men også andre viktige dagligdags behov som for eksempel kontakt med andre mennesker. Språk er sosialt og en afasigruppe kan forhindre følelsen av ensomhet, ved at gruppen kan gi mulighet for å skape kontakt og vennskap med andre i en tilsvarende situasjon. Dette understrekes av Szaflarski et al. (2008) som observerte at pausene under CIST-øktene var viktige for sosialiseringen mellom deltakerne.

5.3.2 Klientenes motivasjon

Informantene forteller at deres klienter er motiverte for delta i CIST-behandlingen. Dette begrunner de med at klientene viser med handling at de er motiverte til å delta. De viser det ved å uttrykke glede, de har mye humor, det er latter under CIST-behandlingen og de viser i tillegg selvironi. Videre forteller informantene at klientene er påpasselige med at pausene mellom behandlingsøktene ikke blir for lange, noe informantene mener kan være uttrykk for klientenes motivasjon. Informantene mener at det å være sammen i en gruppe er en motivasjonsfaktor i seg selv, og at klientene er flinke til å støtte og oppmuntre hverandre. Holland og Nelson (2014) skriver at gruppebehandling gir en unik mulighet for individer til å komme sammen i en sosialiseringsprosess, hvor de også kan lære av hverandre. Informantene forteller det samme, om klienter som i tillegg til å støtte hverandre også ønsker å bidra og hjelpe hverandre.

Våre informanters erfaringer skiller seg fra det Page og Wallace (2014) fant i sin studie, hvor logopedene ytret bekymring om pasientenes frustrasjon og motivasjon. Det samme viste en

studie om CIMT, fysioterapiversjonen av CIST, hvor terapeuter svarte at de var bekymret for klientenes motivasjon, siden behandlingen var av en så intensiv karakter (Page, Sisto & Johnston, 2002). I studien til Maher et al. (2006) fikk de tilbakemeldinger fra potensielle deltakere at de ikke ønsket å delta, på grunn av tidsperspektivet i CIST-behandlingen hvor blant annet lengden på behandlingsøktene ble trukket fram som årsak. Funnene i forskningen skiller seg fra det våre informanter erfarer med sine klienter. Det er viktig å påpeke at nettopp det at våre informanter gjennomfører behandlingen mindre intensivt, noe som kan være noe av forklaringen på at deres klienter virker å være motiverte. Det kan hende at dersom intensiteten hadde vært høyere ville klientene vært mer slitne, noe som kunne ha ført til mindre motivasjon. Informantene våre vurderer at dersom intensiteten skulle endres til å bli høyere, ville de måttet vurdere det ut fra den enkelte klient og vurdert om de hadde hatt overskudd til det. Ved å gjøre individuelle vurderinger kunne de kanskje forhindre at klienter vil bli umotiverte ved en eventuell økning i intensitet i behandlingen.

5.4 Informantenes forslag til endringer i gjennomføringen av CIST-behandlingen

Informantene har kort erfaring med CIST. Hittil har de jobbet med metoden i ett år og har gjennomført to omganger av behandlingen. Likevel har de gjennom denne tiden reflektert over forslag til mulige endringer ved gjennomføringen av CIST-behandlingen. Det var i hovedsak to tema som kom fram fra våre informanter angående mulige endringer. Det ene var kartleggingen før og etter behandlingen. Det andre var hvordan man kunne opprettholde behandlingseffekten etter gjennomføring av CIST.

5.4.1 Kartleggingen av klientene

Den ene informanten trekker fram kartleggingen som forslag til hva som kan endres med CIST. Informant 2 forteller at dette er en tidkrevende prosess, og det er spesielt skåringen og transkriberingen på enkelte av deltestene som er mest tidkrevende. Noe av kritikken fra Informant 2 er at resultatene fra testene ikke gir klare nok svar på den eventuelle framgangen hos klientene. På grunnlag av det er informantene i tvil om hvor mye kartleggingen skal vektlegges når klientenes framgang vurderes. De erfarer at på enkelte av deltestene i kartleggingen kan klientene ha en nedgang, mens en observerer i gruppene at klientene har talespråklig framgang. På bakgrunn av dette er informantene usikre på hvor mye

testresultatene dokumenterer den talespråklige framgangen som den enkelte klient faktisk har. De er også usikre på om det er mulig at andre tester kunne ha dokumentert den talespråklige framgangen eller endringen bedre. Kanskje kunne andre tester ha avdekket andre forhold ved klientenes språkfunksjon som hadde dokumentert fremgang hos klientene på en bedre måte. Hvilke typer deltester som kan være aktuelle har de ikke diskutert. Grunnen til at informantene mener at kartleggingen ikke gir gode nok svar, er at de vurderer at enkelte av deltestene ikke er sensitive nok til å fange opp all endring hos klientene.

Lind og Haaland-Johansen (2010) skriver at kartleggingen bør være omfattende, og det kan gjøres ved å kombinere kartleggingsmetoder. Bruk av videoopptak blir nevnt, noe våre informanter også ser som en mulighet å benytte i kartleggingen. Et videoopptak både i kartleggingssituasjonen og i behandlingssituasjonen kan gi informantene bedre svar på klientenes språklige endringer. Andre måter som kan benyttes for å vurdere klientenes språklige endringer på, er å ha samtaler med pårørende og få deres observasjoner. I tillegg kan en vurdere hvordan klientenes kommunikasjon fortøner seg i uformelle situasjoner. Pårørende gir allerede uformelle tilbakemeldinger til våre informanter, slik at det kunne vært mulig for informantene å innføre en form for organisert tilbakemelding fra pårørende. Det kan kanskje brukes som et supplement i kartleggingen. Det vil kanskje gi våre informanter mer grundig informasjon om hvordan klientenes utvikling viser seg i hjemmet og i andre situasjoner utenom på CIST-gruppene.

Informantene mener at en mulig forklaring på at testresultatene ikke alltid harmonerer med det de observerer, er at de er flere som gjennomfører testingen og skåringen i kartleggingen. Dermed mener informantene at det kan oppstå mulige feil ved skåringene, noe som kan gi et galt resultat. De vurderer ikke at dette er et stort problem, eller at det er et problem, men de har reflektert over at det kan være en sjanse for at feil kan oppstå ved skåring av testene. De har vurdert en mulig løsning, som å ta i bruk videoopptak, både av testingen, men også av selve behandlingen. Da kan logopedene i etterkant diskutere nærmere hva som observeres hos den enkelte klient, samt at flere kan skåre de testene hvor man kanskje er usikre. Ved å ta i bruk video trengs det både økonomiske og tekniske forutsetninger.

5.4.2 Opprettholde behandlingseffekten

CIST-behandlingen foregår i noen få uker og i løpet av behandlingen merker informantene våre, klientene selv og pårørende en framgang hos klientene. Den ene informanten stiller

spørsmål ved hvordan framgangen kan vedvare og holdes vedlike, siden det ikke finnes noe rutine på det eller avklaring av hvem som har ansvar for det. Informanten forklarer at det per i dag ikke finnes et system som har ansvar for å se til at klientenes framgang holdes ved like i etterkant av behandlingsslutt. Informant 2 etterlyser et tettere samarbeid med andre instanser for å sørge for og vedlike og opprettholde framgangen hos klientene. Det blir foreslått at det kan opprettes et tett samarbeid med sykehjem, for de av klientene som bor der. Her kunne man sammen med for eksempel ergoterapeuter, aktivitører eller andre åpne for å lage et system for å opprettholde framgangen. Hvordan en kan få til dette har ikke våre informanter vurdert, men de mener at det er et behov for et slikt system. Det har blitt observert andre steder i forbindelse med praksis, at logopedier, ergoterapeuter og fysioterapeuter har et tett samarbeid, hvor det har vært fokus på talespråket. Det har blitt gitt små oppgaver om for eksempel fraser som kan trenes på under for eksempel fysioterapibehandling. Da har fysioterapeut og klient, trent på å telle, eller å gjenta ukedagene samtidig som kroppslige øvelser gjennomføres. Et slikt tett samarbeid er naturligvis enklere å få til på rehabiliteringssenter og liknende, mens på et kommunalt logopedkontor kan det tenkes å være mer utfordrende å få til et slikt samarbeid.

Pårørende kan også være en viktig støttespiller og ressurs som kan involveres, og som kan bidra til å vedlikeholde framgangen. Det fordrer at klientene *har* pårørende som kan involveres. I studien til Meinzer et al. (2005) ble det gjennomført en CIST-versjon hvor noen av deltakerne fikk med seg øvelser som de kunne trene på hjemme. De som fikk dette tilbudet hadde en økt bedring i sin tale sammenliknet med gruppen av deltakere som kun fikk CIST-behandling på behandlingsstedet. Sett i lys av Meinzer et al. (2005) sine funn kan det tyde på at å kunne trene eller bruke talespråket hjemme, er viktig for å opprettholde framgangen fra CIST-behandlingen. Difrancesco et al. (2012) er også positive til at klientene øver hjemme sammen med pårørende. Våre informanter har selv opplevd at klienter har bedt om å få med seg CIST-materiell hjem, slik at de kan øve der. I tillegg får klientene tilbud om å få med seg et ark med aktuelle ord som det øves på under behandlingen, som de også kan trene på hjemme, men dette er ikke et krav. Informantene forteller at for noen er selve behandlingen så slitsom at det å skulle øve ekstra hjemme ikke er aktuelt. En løsning med trening hjemme må vurderes ut fra den enkelte klients kapasitet og ønske.

6. Oppsummering og konklusjon

Temaet vårt CIST, er en behandlingsmetode innenfor afasirehabilitering. Forskning viser til gode resultater ved bruk av denne metoden. Våre to informanter, har valgt å gjennomføre en modifisert versjon av CIST med en mindre intensitet. Dette skiller seg fra det som vanligvis beskrives i forskningen og litteraturen. Grunnet modifiseringen av CIST, ønsket vi å undersøke hvordan CIST erfares av våre informanter.

I denne delen oppsummeres våre hovedfunn fra analysen og drøftingen. Analysen bestod av intervju med våre to informanter, som dannet grunnlaget for drøftingen. Drøftingen av våre funn danner grunnlaget for svaret på problemstillingen:

Hvilke erfaringer har logopedene med CIST-metoden, når den gjennomføres med en mindre intensitet?

Vi har valgt å drøfte resultatene våre i forhold til metodens ressurskrav, intensitet, gruppedynamikk og endringer ved metoden fordi dette var de mest sentrale temaene i våre funn. Vi vil her oppsummere funnene på disse områdene.

Ressurskravene til CIST-metoden

Gjennomføringen av CIST krever ressurser på flere områder. Det området som informantene trekker fram som det mest tidkrevende og ressurskrevende ved CIST, er kartleggingen av klientenes språkutvikling. Kartleggingen, som består av seks deltester gjennomføres på hver av klientene i forkant og i etterkant av en omgang med CIST. Dette er tidkrevende siden enkelte av deltestene må transkriberes, og deler av skåringen er også tidkrevende. Den ene informanten påpeker at tida de bruker på kartleggingen ikke samsvarer med de svarene kartleggingen gir. Det grunnlegges ved at testene i kartleggingen ikke er sensitive nok til å fange opp all språklig endring hos klientene, og gir dermed ikke et helhetsbilde på klientenes språklige endringer

Intensiteten i CIST-behandlingen

Intensiteten er et sentralt aspekt ved metoden CIST og det var derfor interessant å få informantenes vurderinger av å arbeide med CIST, når de velger å gjennomføre behandlingsmetoden mindre intensivt.

Våre informanter har valgt en intensitet tilpasset dem selv og sine klienter. Til tross for lavere intensitet i behandlingen får klientene likevel flere timer med behandling per uke, enn de fem anbefalte timene fra Helsedirektoratet (2010). Informantene mener at en økt intensitet i behandlingen er mulig, men krevende. Difrancesco et al. (2012) mener problemer med intensiteten er et dårlig argument, og at ved å omstrukturere terapiformen vil de kunne gi samme behandling over kortere tidsrom. Informantene er også inne på det å lage gode systemer og rutiner på gjennomføringen, så kan det bli enklere å få til en mer effektiv behandling. Den ene informanten uttrykker at det handler om det å være kliniker og gjøre seg erfaringer, og finne frem til det som passer den enkelte klient og logoped slik som de har gjort. Deres erfaring hittil er at intensiteten passer klientene, og den passer det behandlingsopplegget informantene per nå tilbyr sine klienter.

Informantene mener at CIST-behandlingen har effekt for deres klienter, selv om intensiteten er lavere enn det som beskrives i litteraturen. Kartleggingen avdekker språklige endringer hos noen av klientene, selv om informantene av og til opplever at kartleggingen viser en tilbakegang på enkelte områder, mens eksempler på det motsatte kan observeres under behandlingen. Både klientene selv og deres pårørende gir uttrykk for at det observeres språklige endringer. Endringene i tidsbruken under selve gjennomføringen av kortspillet, hvor klientene etter hvert klarer å gjennomføre flere omganger med kortspill før pause, gir også indikasjoner på at det har skjedd endringer i klientenes talespråk.

Gruppedynamikken

Informantene forteller om klienter som trives i gruppebehandlingen. Sammensetningen av gruppene er noe informantene har vurdert etter de to CIST-omgangene, hvor de erfarte at det er passelig å fortsette med å ha fire klienter per gruppe. Det mener de er en grei størrelse, slik at samtlige klienter får muligheten til være aktive under gruppebehandlingen. Videre mener de at det er viktig med mest mulig homogene grupper, bestående av klienter som har tilsvarende språknivå og språklige utfordringer. Det mener informantene er viktig for å

oppretholde klientenes motivasjon, ved at det ikke blir for store forskjeller mellom klientenes språknivå. Litteraturen er noe delt om hva som er best, homogene eller heterogene grupper, hvor blant Sickert et al. (2014) mener at gruppene ikke trenger å være homogene. Difrancesco et al. (2012) mener derimot at det er viktig med homogene grupper.

Begge informantene mener at gruppene skaper et godt samhold mellom klientene. De erfarer at klientene utviser støtte til hverandre. Atmosfæren i gruppene er preget av positivitet, trygghet og glede. Den ene informanter forteller om klienter som blir tryggere på seg selv, som får økt selvtillit og som bruker en del humor. Informantene trekker fram at CIST ikke bare fører til endringer på det språklige området, men også på det sosiale. Det grunngir de ved at de ser klienter som trives i grupper, som våger å ta ordet, som byr mer på seg selv og som ikke gir så raskt opp når de ikke mestrer.

Forslag til endringer ved CIST

Hvordan kan en sikre at den språklige bedringen hos klientene ivaretas etter behandlingsslutt? Det er et spørsmål som den ene informanten stilte. Hun etterlyser et system på dette, og foreslår for eksempel et tettere samarbeid med andre instanser, som for eksempel sykehjem for klienter som bor der. Det påpekes av informanten at effekten av CIST-behandlingen kanskje vil forsvinne for de klientene som ikke har samtalepartnere i hverdagen, og som dermed ikke får praktisert talespråket. Difrancesco et al. (2012) er veldig positive til å involvere pårørende i prosessen. Ved å gjøre det kan klientene øve mer hjemme og på den måten få til en bedre overføring av den språklige framgangen klientene erverver seg under behandlingen til å gjelde på andre sosiale arenaer. Dette er ikke noe våre informanter har gjort så langt, de har involvert pårørende kun i form av informasjon i forkant og i etterkant av behandlingen. Pårørende kan være en ressurs som kan bli mer involvert i klientenes CIST-behandling. Den ene informanten foreslo et tverrfaglig samarbeid, noe som kan være viktig for de som ikke har noen pårørende. Både involvering av pårørende og tverrfaglig samarbeid kan være viktig for å opprettholde og vedlikeholde klientenes talespråklige framgang.

Et annet aspekt ved metoden som den ene informanten ønsker endring ved, er kartleggingen. Resultatene av kartleggingen viser ikke alltid til språklige endringer, selv om både klientene og pårørende merker bedringer. Informantene forteller at de også observerer språklige endringer, men at det ikke vises tydelig i kartleggingen. Det har blitt drøftet om testene er sensitive nok til å fange opp alle språklige endringer hos klientene. Informanten etterlyser

derfor tester som er mer sensitive. Mulige feilkilder i kartleggingen trekkes av informanten fram som en mulig grunn til at det er en skjevhet mellom erfart bedring og testresultatene. De er flere logopeder som gjennomfører kartleggingen, noe som kan gi feil i skåringen av testene, og dermed skjevhet i resultatene.

Våre informanter observerer fremgang, klientene sier de merker bedring og pårørende har uformelt sagt at de merker bedring. Selv om ikke alle testene viser til endringer, observeres det på andre måter. Det har vært drøftet om testene klarer å fange opp all endring hos klienten, og informantene mener at de ikke gjør det godt nok.

6.1 Kritiske betraktninger

Vårt prosjekt består av et lite utvalg med to informanter, som kun har erfaring med en modifisert versjon av CIST. I tillegg har de ett års erfaring med denne formen for CIST-behandling. På bakgrunn av dette kan ikke våre funn generaliseres, og vi kan kun si noe om våre informanters erfaringer med denne modifiserte versjonen av CIST. I tillegg har våre informanter liten erfaring med metoden, noe som kan gi andre svar enn hos logopeder som har mer erfaring med metoden. De har heller ikke arbeidet med den såkalte tradisjonelle CIST-metoden, bestående av høyere intensitet. Likevel er det interessant å få svar på hvordan CIST-behandlingen erfares i et relativt tidlig stadium.

Grunnet noen utfordringer fikk vi ikke analysert datamaterialet, som bestod av resultater av pre- og posttester på en gruppe av klienter som har mottatt CIST-behandling av våre informanter. Datamaterialet var noe mangelfullt, og på bakgrunn av det valgte vi å utelate dette fra vår oppgave. Se mer informasjon om dette i metodekapittelet. Dette materialet kunne kanskje ha bidratt til en mer utdyping av vårt tema.

Vi er uerfarne som intervjuere, noe som også kunne ha påvirket møtet med informantene og våre funn.

6.2 Videre forskning på CIST

Vår studie undersøkte to logopeders erfaringer og vurderinger av en modifisert versjon av CIST. I forbindelse med dette oppstod det spørsmål som vi ønsket besvart. Ett av dem var at det ville vært interessant med mer forskning om logopeders egne erfaringer og vurderinger

om behandlingsmetoden CIST, både den fullverdige tradisjonelle versjonen og andre modifiserte versjoner av CIST. Videre hadde det vært interessant og forsket på klientenes erfaringer og vurderinger av CIST-behandlingen for å få informasjon om hvordan klientene opplever selve behandlingsmåten, men også intensiteten og de lange arbeidsøktene.

En annen interessant vinkling hadde vært å undersøke om logopeders vurderinger og erfaringer med CIST-behandlingen endres i løpet av flere års erfaring. Siden vårt prosjekt omhandler logopeder som har liten og relativt ny erfaring med CIST-behandlingen, ville det vært interessant og sett om deres erfaringer og vurderinger endres i takt med økt erfaring med CIST.

6.3 Konklusjon

Våre funn viser at våre informanter har positive erfaringer med den modifiserte CIST-behandlingen. Informantene observerer at behandlingen har effekt, til tross for den lavere intensiteten i CIST-behandlingen. De mente at gruppedynamikken som oppstod mellom klientene, muligens spilte en rolle for klientenes språklige og sosiale framgang. Kontakten mellom klientene på gruppene mener informantene førte til trygghet og at det åpnet opp for at klientene våget å bruke talespråket sitt. Det å være en del av en gruppe skapte en støttende atmosfære som ga klientene større mestringsfølelse, bedre motivasjon og en bedre selvtillit.

Informantene mente at det var enkelte deler ved CIST-behandlingen som kan endres. Det ble foreslått endringer i kartleggingen av klientene, ved å ta i bruk andre typer tester, som er mer sensitive til å fange opp all språklig endring hos klientene. Videre ble det foreslått et system som tar sikte på å sikre at klientenes språklige framgang ivaretas og vedlikeholdes etter behandlingsslutt. I den forbindelse etterlyses det et tettere samarbeid med andre instanser i kommunen, som for eksempel sykehjem.

7. Litteraturliste

- Basso, A. (2005). How intensive/prolonged should an intensive/prolonged treatment be? *Aphasiology*, 19:10-11, 975-984, doi: 10.1080/02687030544000182
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget.
- Berntsen, M & Røste, I. (2010). "Vent litt, nå er det min tur!" Bruk av grupper i afasirehabilitering. I Lind, M., Haaland-Johansen, L. Knoph, M.I.K. & Qvenild, E. (Red.). *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 105—119). Oslo: Novus Forlag.
- Bhagal, S.K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003). Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. *Stroke*, 2003;34, 987—993. doi: 10.1161/01.STR.0000062343.64383.D0
- Brady, M.C., Kelly, H. Godwin, J. & Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane Library*, 2012, Issue 5. doi: 10.1002/14651858.CD000452.pub3
- Cherney, L.R., Patterson, J.P., Raymer, A., Frymark, T & Schooling, T. (2008). Evidence-Based Systematic Review: Effects of Intensity of Treatment and Constraint-Induced Language Therapy for Individuals With Stroke-Induced Aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 2008;51, 1282—1299. doi: 1092-4388/08/5105-1282
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Difrancesco, S., Pulvermüller, F. & Mohr, B. (2012). Intensive language-action therapy (ILAT): The methods. *Aphasiology*, 2012; 26 (11), 1317—1351.
- Fernández, E.M. & Smith Cairns, H. (2011). *Fundamentals of Psycholinguistics*. Wiley-Blackwell.
- Finset, A. & Krogstad, J.M. (2009). *Hodeskade: Virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Gjørum, B. (2010). Nervesystemets anatomi og fysiologi. I Gjørum, B. & Ellertsen, B. (Red.). *Hjerne og atferd*. (s. 23—65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hartelius, E. & Mattsson, L. (2008). Constraint Induced Aphasia-Therapy (CIAT) – effekt på en gruppe individer med kronisk afasi. (Institutionen för klinisk och experimentell medicin. Logopedprogrammet, 240 hp. Vårterminen 2008). Linköpings universitet. Hälsouniversitetet. Hentet fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:127731/FULLTEXT01.pdf>
- Helsedirektoratet, 2010. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonalt-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>
- Holland; A.L. & Nelson, R.L. (2014). *Counseling in Communication Disorders. A Wellness Perspective*. San Diego, CA. USA. Plural Publishing.
- Johannesen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2011). *Samfunnsvitenskapelig Metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kavian, S., Khatoonabadi, A.R., Ansari, NN., Saadati, M. & Shaygannejad, V. (2014). A Single-subject Study to Examine the Effects of Constraint-induced Aphasia Therapy on Naming Deficit. *International Journal of Preventive Medicine*, 2014; 5(6): 782—78.
- Kirmess, M. (2007). Constraint induced språkterapi: En introduksjon. *Norsk tidsskrift for Logopedi*, 53 (1), 12-17.
- Kirmess, M. (2015). Constraint induced språkterapi – en praktisk guide for implementering av metoden i afasirehabilitering i Norge. *Norsk Tidsskrift for logopedi*, 2015; 1, 26—33.

- Kirmess, M. & Becker, F. (2013). Intensive afasigrupper på Sunnaas: SunCIST-programmet. *Afasiposten*, 24 (3), 13—17.
- Kirmess, M. & Maher, L.M. (2010). Constraint induced language therapy in early aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 2010;24, 725—736. doi: 10.1080/02687030903437682
- Kleim, J.A. & Jones, T.A. (2008). Principles of Experience-Dependent Neural Plasticity: Implications for Rehabilitation After Brain Damage. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 2008; 51, 225—239.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Lind, M. & Haaland-Johansen, L. (2010). Kartlegging og dokumentasjon i afasilogopedisk praksis. I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K. & Qvenild, E. (Red.). *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s.42-64). Oslo: Novus Forlag.
- Lind, M., Uri, H., Moen, I. & Bjerkan, K.M. (2000). *Ord om ikke vil: innføring i språkpatologi*. Oslo: Novus forlag.
- Lyngås Skjelstad, A.M. & Kirmess, M. (2010). “Kristian, kan du gi meg bilde av en gassgrill?” Constraint induced språkterapi (CIST). I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K. & Qvenild, E. (Red.). *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s.150-162). Oslo: Novus Forlag.
- Maher, L.M., Kendall, D., Swearingin, J.A., Rodriguez, A., Leon, S.A., Pingel, K., Holland, A. & Gonzalez Rothi, L.J. (2006). A pilot study of use-dependent learning in the context of Constraint Induced Language Therapy. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2006; 12, 843—852.
- Meinzer, M., Elbert, T. Wienbruch, C., Djunga, D., Barthel, G. & Rockstroh, B. (2004). Intensive language training enhances brain plasticity in chronic aphasia. *BMC Biology* 2004, 2:20. doi 10.1186/1741-7007-2-20
- Meinzer, M. Djundja, D. Barthel, G. Elbert, T & Rockstroh, B. (2005). Long-Term Stability of Improved Language Functions in Chronic Aphasia After Constraint-Induced Therapy. *Stroke*, 2005;36, 1462—1466. doi: 10.1161/01.STR.0000169941.29831.2a
- Meinzer, M., Rodriguez, A.D. & Gonzales Rothi, L.J. (2012). First Decade of Research on Constraint-Induced Treatment Approaches for Aphasia Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.2012;93, 35—45. doi: 10.1016/j.apmr.2011.06.040.
- Meinzer, M., Streiftau, S. & Rockstroh, B. (2007). Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: Efficient training by laypersons. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2007; 13, 846—853. doi: 10.1017/S1355617707071111
- Page, S.J. & Wallace, S.E. (2014). Speech Language Pathologists’ Opinions of Constraint-Induced Language Therapy. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2014;4, 332—338. doi: 10.1310/tsr2104-332
- Page, S.J., Sisto, S. & Johnston, M.V. (2002). Stroke patients’ and therapists’ opinions of constraint-induced movement therapy. *Clinical Rehabilitation*, 2002; 16, 55—60.
- Papathanasiou, I., Coppens, P. & Potagas, C. (2013). *Aphasia and Related Neurogenic Communications Disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P. & Taub, E. (2001). Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke*, 2001; 32, 1621—1626. doi: 10.1161/01.STR.32.7.1621

- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I Lind, M., Haaland-Johansen, L. Knoph, M.I.K. & Qvenild, E. (Red.). *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 23—41). Oslo: Novus Forlag.
- Risberg, T. (2012). Prosjektplanlegging. I K. Fuglseth & K. Skogen, (Red.), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk: Design og metoder*. (s. 20—28). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Røste, I., Haaland-Johansen, L. & Knoph, M. (2013). Kommunikasjonsbasert og narrativ tilnærming i undervisning av afasirammede. *Norsk Tidsskrift for logopedi*, 2,24—32.
- Sickert, A., Anders, L.C., Münte, T., Sailer, M. (2014). Constraint-induced aphasia therapy following sub-acute stroke: a single-blind, randomised clinical trial of a modified therapy schedule. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2014;85: 51-55. Doi:10.1136/jnnp-2012-304297
- Szaflarski, J.P., Ball, A.L., Grether, S., Al-fwaress, F., Griffith, N.M., Neils-Strunjas, J., Newmeyer, A. & Reichardt, R. (2008). Constraint-induced aphasia therapy stimulates language recovery in patients with chronic aphasia after ischemic stroke. *Medical Science Monitor*, 2008; 14(5), CR243—CR250.
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder: En introduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tetzchner, S., Feilberg, J., Hagtvet, B., Martinsen, H., Mjaavatn, P.E., Simonsen, H.G. & Smith, L. (2008). *Barns språk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wielock, T. & Nickolich, K. (2006). Mechanisms of neural plasticity following brain injury. *Current Opinion in Neurobiology* 2006; 16:258—264. doi: 10.1016/j.conb.2006.05.011



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Irene Velsvik Bele
Profesjonshøgskolen Universitetet i Nordland
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 06.11.2014

Vår ref: 40208 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40208</i>	<i>Afasi og CIST. Hvilken effekt har CIST?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Irene Velsvik Bele</i>
<i>Student</i>	<i>Cathrine Østebrød Utne</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Cathrine Østebrød Utne c_utne@hotmail.com

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40208

Formålet er å få kjennskap til effekten av CIST, en intensiv behandlingsmetode for afasipasienter.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men følgende endring i skrevet til pasientene kan med fordel gjøre:

Endre setningen til: "Informasjonen fra testene vil ikke inneholde deltakerens navn når vi mottar de, de vil kun ha opplysninger om alder, kjønn, når afasien oppstod og eventuelle tilleggsvansker".

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.07.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydoptak

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

CIST

Bakgrunn og formål

Med bakgrunn i å ha observert CIST-metoden i praksis, ønsker vi å ha CIST som tema for vår masteroppgave i logopedi. Det vi konkret ønsker å undersøke i vår masteroppgave er å se på virkningen av CIST-metoden for brukerne. Vår foreløpige problemstilling er: *Hvordan er det språklige utbytte hos deltakerne etter CIST-behandling som er gjennomført med lav intensitet.*

Dette er et masterstudie i logopedi ved Universitetet i Nordland, og vi er to studenter som ønsker å forske på dette emnet. Vi ønsker å undersøke utvalget fra Logopedisk senter, siden CIST her blir gjennomført med en annen intensitet enn andre steder. Vi ønsker derfor å undersøke virkningen og effekten av CIST hos dem som har fått denne behandlingen ved Logopedisk senter.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker å samle informasjon fra testene dere tok før og etter CIST, for å sammenligne og se om det har vært en utvikling og hvilken utvikling det har vært for klientene. Vi ønsker i tillegg å intervju en av logopedene som deltok i CIST-gjennomføringen. Dette for å få et bedre bilde av selve gjennomføringen og logopedens syn på klientenes utvikling. Vi ønsker å ta lydopptak av intervjuet for å få med alle detaljer, deltaker kan om ønskelig få tilgang til lydopptak og transkribering for godkjenning.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og kun studentene som deltar i prosjektet og veileder vil ha tilgang til opplysningene. Deltaker vil ikke kunne identifiseres ved en publisering av sluttresultatet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 18.mai 2015, og alle opplysninger vil bli slettet etter godkjent masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet. Det trengs ikke å oppgi grunn for å trekke seg fra studien.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med vår veileder ved Universitetet i Nordland, professor Irene Velsvik Bele på tlf: 901832377 eller med Cathrine Ø. Utne pr tlf: 91856537 evt. Marita Kjørsvik på tlf: 41232767

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og godkjent.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

INTERVJUGUIDE

Består av fem hovedtemaer:

- Bakgrunnen for at CIST ble innført på informantenes arbeidssted
 - Hvorfor ble det innført?
 - Hvor lenge har informantene arbeidet med CIST?
- Gjennomføringen av CIST-behandlingen
 - Materialet og det praktiske
 - Intensiteten i behandlingen
 - Informantenes tanker om en økt intensitet i behandlingen
- Gruppesammensetningen
 - Gruppedynamikken
 - Gruppestørrelsen
 - Motivasjonen hos klientene
- Hvordan erfarer informantene at CIST fungerer
 - Observeres det endringer hos klientene?
- Informantenes forslag til endringer ved behandlingen