

MASTEROPPGAVE

Emnekode: PE323L

Navn: Rebekka E. Iversen
Kandidat nr: 6

Logopeders strategier for hjemmetrening
for personer med afasi.

Dato: 15.11.2023

Totalt antall sider: 55

Sammendrag

Formål: Tema for denne studien har vært logopeders strategier for hjemmetrening. Formålet med studien har vært å kartlegge hva logopeder selv har erfart som mer effektive metoder enn andre, og hvilke barrierer og tilrettelegginger de personlig tar i bruk for å oppnå vellykket bruk av hjemmetrenings program. Det finnes forskning på dette tema i flere andre fagfelt, og jeg vil derfor behandle denne oppgaven som et bidrag til å belyse dette tema nærmere i logopedisk sammenheng.

Metode: Metoden jeg har valgt å bruke til dette prosjektet er av kvalitativ art, jeg har tatt utgangspunkt i den fenomenologiske tilnærmingen. For å belyse problemstilling på den mest hensiktsmessige måten har jeg gjennomført 4 semistrukturert dybdeintervjuer av 4 logopeder som har erfaring og kompetanse rundt afasi rehabilitering. Materialet ble analysert med støtte av Anker (2020) sine analyserings faser med abduktiv analysemetode og Johannessen et al. (2021) sin teori- og empiri drevne koding.

Resultater: Resultatene deles inn i tre ulike kategorier, *Implementerings metoder for å fremme hjemmetrening*, *betydningen av pasientens forutsetninger*, *betydningen av relasjon*. Når det gjelder *implementerings metoder for å fremme hjemmetrening*, antyder logopedene at det er ulike metoder og verktøy de tar i bruk for at hjemmetreningen kan bli gjennomførbar. Her presenterer de flere metoder som er sentrale i oppgaven, digitale verktøy, tradisjonelle verktøy og kartleggingsverktøy. Logopedene nevner at digitale ferdigheter og språkferdigheter er avgjørende for å ta i bruk noen av verktøyene alene. Når det kommer til *betydningen av pasientenes forutsetninger*, forteller logopedene at personlige faktorer som kognitive evner, kapasitet, motivasjon og funksjon som betydelige faktorer for hjemme trening. Logopedene referer til erfaring rundt hvordan de jobber og tilrettelegger for at personen med afasi skal oppnå de ulike faktorene, og at en kombinasjon av de ulike viser seg å ha positiv effekt på det helhetlige målet. Videre til *betydningen av relasjon*, her beskriver logopeden hvorfor relasjon mellom dem og hvordan omsorgspersoner har en viktig rolle i hjemme trening. God logoped og pasient relasjon vil føre til god arbeidsrelasjon som videre kan sørge for at pasient får riktige oppgaver, og realistiske mål og forventninger. Logopedene nevner også hvor viktig det er å inkludere pårørende i rehabiliterings prosessen, ikke bare for at de skal støtte personen med afasi igjennom hjemmeleksene, men sørge for at hjemmeleksene passer godt til personens interessefelt og hverdagslige utfordringer.

Abstract

Purpose: The topic of this study has been speech therapists' strategies for homework. The purpose of the study has been to survey what speech therapists themselves have experienced as more effective methods than others, and which barriers and arrangements they personally use to achieve successful use of the homework programs. There is research on this topic in several other disciplines, and I will therefore treat this thesis as a contribution to elucidate this topic in more detail in a speech therapy context.

Method: The method I have chosen to use for this project is of a qualitative nature, I have started from the phenomenological approach. In order to shed light on the problem in the most appropriate way, I have conducted 4 semi-structured in-depth interviews of 4 speech therapists who have experience and expertise in aphasia rehabilitation. The material was analyzed with the support of Anker (2020)'s analysis phases with an abductive analysis method and Johannessen et al. (2021)'s theory- and empirically-driven coding.

Results: The results are divided into three different categories, Implementation methods to promote home training, the importance of the patient's assumptions, the importance of relationship. When it comes to implementation methods to promote home training, the speech therapists suggest that there are various methods and tools they use so that home training can be feasible. Here they present several methods that are central to the task, digital tools, traditional tools, and mapping tools. The speech therapists mention that digital skills and language skills are essential for using some of the tools alone. When it comes to the importance of the patients' prerequisites, the speech therapists say that personal factors such as cognitive abilities, capacity, motivation and function are significant factors for home training. The speech therapists refer to their experience of how they work and arrange for the aphasia sufferer to achieve the various factors, and that a combination of the various factors proves to have a positive effect on the overall goal. Further to the importance of relationship, here the speech therapist describes why the relationship between them and how next of kin have an important role in home training. A good speech therapist and patient relationship will lead to a good working relationship which can further ensure that the patient is given the right tasks, and realistic goals and expectations. The speech therapists also mention how important it is to include relatives in the rehabilitation process, not only so that they can support the aphasia sufferer through the homework, but also ensure that the homework fits well with the person's field of interest and everyday challenges.

Forord

Da var tiden her for innlevering av master oppgaven, og mine to fine år som student på Nord Universitet over. Det har vært en utrolig lærerik, gledelig og til tider utfordrende studietid. Men sammen med en fantastisk klassegjeng, og dyktige forelesere, har mastertiden vært en stor milepæl i livet.

Oppgaven min sitt formål er å sette lys på nødvendigheten av hjemmelekser i logopedisk sammenheng for personer med afasi, jeg håper denne oppgaven vil være en oppstarter for det tema.

Først og fremst vil jeg takke informantene som ville delta i dette prosjektet. Det hadde ikke vært noe oppgave uten dere. Videre vil jeg gi en stor takk til veileder Line Haaland – Johansen som har komt med gode råd, konstruktiv kritikk og veiledning. Takk for at du hadde troen på oppgaven og meg, samt oppmuntret meg i tidene jeg trengte det som mest.

Jeg vil også si takk til familie og venner som har heiet på meg igjennom hele prosessen. En ekstra stor takk til samboer, Kikkan, som har vært min stein og har oppmuntret meg fra start til slutt, og har ønsket å se meg lykkes. Å skrive denne masteroppgaven har inneholdt oppturer og nedturer, men har alt i alt vært en bratt læringskurve faglig og personlig.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	6
1.1	<i>Bakgrunn og aktualitet</i>	6
1.2	<i>Formål og problemstilling</i>	7
1.3	<i>Begrepsavklaring.....</i>	8
1.4	<i>Oppgaven sin oppbygning.....</i>	9
2	Teori.....	9
2.1	<i>Afasi</i>	10
2.1.1	<i>Flytende og ikke-flytende afasi.....</i>	11
2.2	<i>Afasi rehabilitering.....</i>	12
2.2.1	<i>Vanskebasert- og konsekvensbasert tilnærming.....</i>	13
2.2.2	<i>Afasi rehabilitering & ICF-modellen</i>	14
2.3	<i>Hjemme-trening</i>	16
3	Tidligere forskning	16
3.1	<i>Faktorer og verktøy i afasi hjemmetrening.....</i>	18
3.2	<i>Klient fokusert rehabilitering.....</i>	19
3.3	<i>Personlige faktorer.....</i>	20
3.4	<i>Omsorgspersoner til afasi pasienter</i>	21
4	Metode.....	23
4.1	<i>Vitenskapsteori.....</i>	23
4.2	<i>Kvalitativ metode</i>	23
4.3	<i>Fenomenologi.....</i>	24
4.4	<i>Metode for data innsamling, intervjuguide og informanter</i>	25
4.5	<i>Analyse og Transkripsjon.....</i>	26
4.6	<i>Kvalitetskriterier.....</i>	28
4.6.1	<i>Reliabilitet og Validitet</i>	28
5	Presentasjon av funn	29
5.1	<i>Implementerings metoder for å fremme hjemmetrening.</i>	30
5.1.1	<i>Digitale verktøy</i>	30
5.1.2	<i>Tradisjonelle verktøy</i>	32
5.1.3	<i>Kartlegging av hjemmearbeidet</i>	33
5.2	<i>Betydningen av pasientens forutsetninger.....</i>	34
5.2.1	<i>Kognitive evner & Kapasitet</i>	34
5.2.2	<i>Motivasjon & funksjon</i>	35
5.3	<i>Betydningen av relasjon</i>	35
5.3.1	<i>Logoped- pasient relasjon</i>	36
5.3.2	<i>Pårørende.....</i>	36
6	Drøfting av funn.....	38

6.1	<i>Implementerings metoder for å fremme hjemme trening i afasi rehabilitering.</i>	38
6.2	<i>Betydningen av pasientens forutsetninger</i>	41
6.3	<i>Betydningen av relasjon.</i>	44
7	Konklusjon	48
8	litteratur liste	52
9	53

1 Innledning

Tema for denne studien er bruken av hjemmetrening (øving hjemme på logopediske oppgaver) for personer med afasi. En person med afasi har ikke mistet språket sitt, men skadet evnen til å bruke det. (Lind, 2010). Etter en brå og uventet hendelse (sykdom eller skade), kan personer med afasi få problemer med å lese, skrive, uttrykke seg muntlig (muntlig språkproduksjon) og forstå hva andre sier (auditiv forståelse). Den viktigste årsaken til afasi, er hjerneslag, men afasi kan også skyldes andre sykdommer eller skader (Lind, 2010). Ut fra tallene for fjorårets årsrapport fra Norsk hjerneslagregister, kan vi slå fast at 9020 hjerneslag ble registrert i Norge i fjor (Fjærtøft et al., 2022). Fjærtøft og kolleger rapporterer videre at 19% av hjerneslagpasientene hadde språk- eller talevansker tre måneder etter slaget, mens 22% hadde problemer med å lese eller skrive (Fjærtøft et al., 2022). Ikke alle personer som fanges opp i kategoriene språk-/talevansker og lese-/skrivevansker vil være personer med afasi. Men det har vært vanlig å anta at en av fire slagpasienter får afasi som følge av hjerneslaget (Engstad et al., 2007). Alderssnittet for personer som rammes av hjerneslag er høyt (Fjærtøft et al., 2022), og vi vet at aldersgjennomsnittet i befolkningen øker (Folkehelseinstituttet, 2023). Å se på hvordan logopeder kan optimalisere arbeidet sitt, for å sørge for at personer med afasi får tilstrekkelig rehabilitering, blir derfor relevant. Hva kan man gjøre for å fremme personenes selvstendige øving utenfor logopedtimene?

1.1 Bakgrunn og aktualitet

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2017a) anbefaler at «språktrening ved afasi og/eller taleapraksi etter hjerneslag bør være spesifikk, igangsettes i akuttfasen og være av tilstrekkelig mengde og hyppighet» (Helsedirektoratet, 2010). De skriver videre at klinisk erfaring tyder på at mange personer med afasi «kan ha nytte av logopedi over lengre tid (i mange tilfeller flere år) for å oppnå optimal språkfunksjon og for å vedlikeholde funksjonsnivå», men etterlyser samtidig forskning som kan underbygge dette (Helsedirektoratet, 2017a). I tillegg bidrar empiriske undersøkelser fra brukerorganisasjoner til å underbygge inntrykket av at logopeddekningen i Norge ikke er tilstrekkelig, heller ikke for voksne med afasi (Dagens Medisin, 2022). Både anbefalingen fra retningslinjene, den kliniske erfaringen og undersøkelsen som er nevnt over, bidrar til å støtte ideen om at det kan være viktig å vite mer om det som er denne oppgavens tema: hvordan og hvorvidt logopeder hjelper personer med afasi med deres selvstendige øving hjemme.

I min praksisperiode fikk jeg innsyn i det logopediske arbeidet i direkte kontakt med pasientene. Inntrykkene var mange, og det var mye informasjon og kunnskap som skulle fordøyes. Fra en så kompleks arena som sykehus til privat organisert arbeid. Det som gjorde mest inntrykk på meg var kampen mot klokken. En stor andel logopeder ga uttrykk for at tiden var essensiell for å få gjort tilstrekkelig arbeid i løpet av arbeidsdagen. Samtlige av logopedene lente seg på løsninger som gruppetimeordninger og arbeid i samarbeid med pårørende. Det ble også nevnt at om pasientene ville se bedring, var de avhengig av å jobbe med øvelser også utenom logopedtimene. Dette interesserte meg veldig. Hvordan kan vi bedre kvaliteten på det logopediske arbeidet som gjøres med personen med afasi i feltet (hos logopeden), samtidig som vi kan bedre kvalitet og kvantitet på deres eget arbeid utenom disse gitte timene? Jeg fant derfor ut at hjemmetrening var noe jeg ville forske på, og jeg ville finne ut hva logopeder selv har erfart rundt konseptet.

Vi kan blant annet se til andre fagfelt som f.eks. fysioterapi, at hjemmetrening og utførelse av selvstendig øvelser, har en stor effekt og kan forhåpentligvis gi enda bedre resultater. Med forbehold om at pasienten har et tilstrekkelig funksjonsnivå, bør hjemmet være sterkt vurdert som en arena for rehabilitering. Likevel spiller det faktum at arenaens forhold, pårørendes muligheter til oppfølging og tilstedeværelse, samt rehabiliterings-teamets ressurser være en hindring for optimal effekt (Helsedirektoratet, 2017b). I studien til Yilmaz et al. (2019) innenfor fysioterapifeltet som forsket på effekten av hjemmeøvelser til kneskadede personer, viser resultatene at gruppen som gjennomførte hjemmeøvelsene hadde en signifikant bedre fremgang enn kontrollgruppen (Yilmaz et al., 2019). I det logopediske arbeid derimot, finnes det relativt lite forskning på hjemmetrening og hvorvidt dette gir rehabilitering av god kvalitet. Med bakgrunn av erfaring, manglende studier av dette i logopedisk praksis og resultater på effekten av det i andre fagfelt, vil jeg med dette prosjektet sette lys på hjemmetrening (pasientenes/personenes selvstendige øving hjemme) i logopedpraksis

1.2 Formål og problemstilling

Temaet for masteroppgaven min er logopeders strategier for hjemmetrening/hjemmeleker for personer med afasi. Formålet med studien har vært å kartlegge hva logopeder selv har erfart som bedre metoder enn andre, og hvilke barrierer og tilrettelegginger de personlig tar i bruk for å fremme vellykket øving/trening hjemme. Det finnes forskning på dette tema i visse

andre fagfelt, og jeg vil derfor behandle denne oppgaven som et bidrag til å belyse dette tema nærmere i logopedisk sammenheng. Jeg ønsket å rette fokuset nettopp mot personer med afasi, på grunn av min egen faglige nysgjerrighet rundt logopedisk arbeid med personer med afasi etter akutt fase. Samtidig har jeg en personlig interesse i forskning rundt denne tematikken generelt, samt studier som belyser implementering, og da med et mer løsningsfokuseret syn, spesielt. Jeg reflekterte grundig over hva jeg hadde opplevd og lært i praksis og i studiene. Fokuset mitt lå som oftest på «Hvordan kan vi bedre kvaliteten i arbeidet?», «Hva blir eventuelt neglisjert?», «Hva kunne jeg ønske jeg hadde lært mer om?». Etter litt refleksjon frem og tilbake innenfor det større logopediske fagfeltet som helhet, landet jeg på følgende problemstilling:

“Hvordan jobber logopeder for å fremme hjemmetrening (hjemmelekser) for personer med afasi?”

Jeg vil i oppgaven fokusere på logopeders tanker og erfaringer rundt dette i arbeid med personer med afasi. Men problemstillingen aktualiserer også spørsmålet om hva logopeder gjør mer allment i møte med flere av de personene de jobber med, også utenfor afasifeltet. Jeg så derfor på tidligere forskning rundt tematikken innenfor afasifeltet, logopedien generelt og innenfor andre fagfelt, for å finne inspirasjon og vinklinger til temaet, før arbeidet tok til.

1.3 Begrepsavklaring

Bruk av begrepet **hjemmetrening** i problemstillingen krever en begrepsavklaring, og jeg har møtt ulike utfordringer med begrepet i løpet av prosjektet. Hjemmetrening er et begrep vi kan bruke på ulike måter, opp mot en rekke bruksformer og arenaer. I denne oppgaven blir hjemmetrening brukt som definisjon av arbeid personer med afasi oppfordres til å gjennomføre utenom logopedtimene. I løpet av prosjektet møtte jeg utfordringer med hjemmetrening som søkeord, og måtte ta i bruk andre begreper som **hjemmearbeid**, **hjemmeterapi**, **hjemmerehabiltiering** og **hjemmelekser**. I engelskspråklige artikler fant jeg oftere hjemmeterapi og hjemmerehabiltiering som gjeldende begrep, men dette er også begreper som definerer en annen form for arbeid, nemlig logopedisk praksis gjennomført i hjemmet sammen med logoped. Jeg fant imidlertid også at det fantes studier som brukte de to sistnevnte begrepene også om situasjoner der pasienter øvde eller trente hjemme alene, og jeg har derfor valgt å beholde begrepet. Fra informanter i denne oppgaven, ble begrepet «lekser»

og «hjemmelekser» mye brukt. Dette ble derfor et naturlig begrepsvalg i presentasjon av funn og i drøfting. Jeg har valgt å respektere de begrepsvalg som er brukt i artikler jeg refererer til. Min begrepsbruk gjennom oppgaven vil derfor variere noe, blant annet ut ifra hvilken artikkel det refereres til. I dette prosjektet er min definisjon på de ulike begrepene: **hjemmetrening (øving, trening, lekser) som blir gjennomført i hjemmet, uten støtte fra logopeden.**

SLP: I oppgaven kan det finnes forkortelsen SLP som blir brukt i noen av de ulike studiene, Dette er en forkortelse på Speech-Language Pathologist, altså det samme som logoped.

1.4 Oppgaven sin oppbygning

Oppgaven er delt inn i syv ulike kapitler. Første kapittel er innledningen, her presenterer jeg blant annet problemstilling og formålet med oppgaven. I andre kapittel utgjør teoridelen, her gjør jeg rede for oppgavens kjernefenomener: afasi, afasirehabilitering og hjemmetrening. I det tredje kapittel forsøker jeg å gjøre rede for utvalgt tidligere forskning på en strukturert og til dels litt detaljert måte, da dette er forskning som jeg opplever er spesielt relevant for mitt masterprosjekt. Kapittel 4 er oppgavens metodekapittel. Kapittel 5 presenterer prosjektets funn. I det sjette kapittelet kommer drøfting av funn, hvor drøftingen fordeles etter kategoriene brukt i presentasjon av funn for å gi leser god oversikt. Det syvende og siste kapittelet, utgjør oppgavens avslutning og konklusjon.

2 Teori

I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for teori som vil hjelpe meg med å belyse problemstillingen min. Jeg har delt kapittelet inn i tre deler, hvor jeg i første del vil gjøre rede for ervervede språkvansker og definisjoner av afasi. Jeg vil videre gå inn på afasirehabilitering, samt se på afasi opp mot hjemmetrening/hjemmelekser.

Ervervede språkvanskes er språkvansker som kommer som følge av sykdommer eller skade i hjernen. Dette kan være hjerneslag, traume til hjernen osv. Skaden inntreffer et sted i hjernen som spiller en rolle for den språklige bearbeiding i hjernen. Afasis alvorlighetsgrad og nivå av språksvekkelse skyldes blant annet hvor og hvordan i hjernen sykdommen eller skaden har rammet. (Papathanasiou & Coppens, 2017). Tradisjonelt har afasi blitt delt inn i ikke-flytende

og flytende afasi. Under her igjen finner vi ulike afasityper som anomisk afasi, Wernickes afasi, global afasi, og Brocas afasi.

Afasi rammer ulikt, og det er klart at logopedens arbeid vil måtte ta utgangspunkt i de vansker personen med afasi har. Å gå inn i forklaringen av de ulike afasitypene vil likevel ikke være sentralt for denne oppgaven, da dette ikke er fulgt opp i samtalene med logopedene. Jeg har valgt å beskrive skillet mellom de større kategoriene flytende og ikke-flytende afasi, for å illustrere bredden av vansker som personer med afasi kan oppleve (avsnitt 2.1.1).

2.1 Afasi

Afasi er en språkvanske som skyldes en sykdom eller skade som rammer de deler av hjernen som er relevante for språk, ofte i venstre hjernehalvdel. Begrepet afasi kommer fra det greske ordet *aphasia*, og betyr: *tap av taleevne* (Qvenild, 2017, s. 24) I fjor ble ca. 9000 personer i Norge rammet av afasi (Fjærtøft et al., 2022). Det er vanlig å anta at ca. 25% av de rammede får afasi (Engstad et al., 2007). Afasien kan gå ut over alle de ulike språklige nivåene, både syntaktisk (vansker knyttet til setningers oppbygning), morfologisk (vansker knyttet til ordformer og bøyningsformer), fonologisk (vansker knyttet til språklyder), semantisk (vansker knyttet til ords betydning) og pragmatisk (vansker knyttet til språket i bruk). (Papathanasiou & Coppens, 2017). En afasi påvirker de ulike språk-modalitetene som lesing, skriving, muntlig språkproduksjon og auditiv forståelse (å forstå det andre sier) (Papathanasiou & Coppens, 2017, p. 59). I tillegg til de språklige utfordringene som kommer med vansken, opplever flere personer med afasi negative langtidseffekter slik som depresjon, dårlig livskvalitet og sosial isolasjon, ikke bare for dem, men også for familiemedlemmer og pårørende (Papathanasiou & Coppens, 2017, p. 61). Afasi er en vanske som arter seg forskjellig fra person til person. I tillegg til at ene er ulike, vil vansken også ramme dem forskjellig.

I litteraturen finnes det ulike definisjoner av afasi. Synet på afasi, som for andre vansker, sykdommer og tilstander, vil ha endret seg noe opp igjennom årene. Definisjonene har også noe å si ut ifra hvilket perspektiv man velger å ha på afasi. Et nevrologisk perspektiv kan være at afasi er en skade som følger av en fokal lesjon i hjernen som rammer hjernens språklige områder, mens man fra et kognitivt-nevropsykologisk perspektiv vil si at afasi rammer ulike deler av den språklige bearbeidingen som skjer raskt og uanstrengt hos typisk-språklige (personer uten språkvansker). Et funksjonelt perspektiv vil fokusere på hvordan afasi påvirker

den sosiale deltakelsen til personen, og vektlegger blant annet at afasi er en kommunikasjonsvikt som skjuler personens iboende kompetanse (Papathanasiou & Coppens, 2017, p. 59). Mange vil påpeke at en person med afasi ikke har mistet språket sitt, men at muligheten til å bruke det er blitt forringet (Lind, 2010)

Jeg lar følgende definisjon av afasi ligge til grunn for min oppgave:

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

Denne definisjonen fokuserer både på de språklige utfallene, at kommunikasjonen, personen selv og de rundt rammes. Jeg har valgt å bruke denne definisjonen, fordi den får frem de ringvirkninger afasien kan ha og at det kan være viktig å inkludere pårørende i prosessen.

2.1.1 Flytende og ikke-flytende afasi

Afasi rammer på ulike måter. Det er forskjell på hvilke vansker personen har fått, hva som fortsatt er relativt bevart, hvor skadelokasjonen er og andre kjennetegnene med vanskene. Jeg vil i min oppgave forholde meg til kategoriene flytende og ikke-flytende afasi.

Ikke-flytende afasi er en form for afasi som forekommer etter skade i den fremre delen av hjernen (fremre språkområde), som oftest i den venstre hjernehalvdelen. Ikke-flytende afasi vil i stor grad påvirke det ekspressive, som vil si at vansken i all hovedsak vil gå på å uttrykke seg gjennom språket. Personer med en ikke-flytende form for afasi vil altså ha vansker med artikulasjonsfeil, prosodi, grammatikk og det blir ofte brukt for mange innholdsord i setninger. (Clough & Gordon, 2020, p. 516). I tillegg vil det være eksempler som ordletingsvansker, hvor personen bruker lengre tid på å finne frem til riktige ord, talen kan virke langsom, støtvis eller med dårlig setnings-flyt i den muntlige språkproduksjonen.

Flytende afasi skyldes oftest en skadelokasjon i de bakre deler, og rammer det bakre område med relevans for språk, som oftest i den venstre hjernehalvdelen. I denne form for afasi har

personen med vansken problemer med å finne riktig ord for setningen, eller bygge setninger med ord som har betydning eller sammenheng med hva tema for samtalen er. Talespråket til personen med afasi kan være svært uforståelig, men talens flyt er god. Talen kan være lett og uanstrengt, men vanskelig å forstå. Det bakre språkområdet er spesielt relevant for auditiv forståelse. Denne kan være svekket i stor grad (Lind., 2010).

2.2 Afasi rehabilitering

Personer som brått rammes av en vanske som afasi, som snur hele livet på hodet, de er mennesker i en situasjon med behov for språklig, fysiske, psykiske og psykososial rehabilitering. (Reinvang, 2003). Disse har behov for å få tilrettelagt rehabilitering, som er helhetlig med tilpassede målsetninger og der behandlingen begynner så fort som mulig (Qvenlid, 2017, s. 35) Som tidligere nevnt anbefaler Helsedirektoratet (2017a) at personer med afasi skal få ofte og nok timer til språklig rehabilitering, for eksempel hos logoped. Det som representerer en god afasirehabilitering kan være logopedens inkluderende praksis rettet spesifikt mot vansken og personen, faktorer rundt personen, og et tilrettelagt tilbud for omsorgspersoner og pårørende. (Qvenlid, 2017, s.36).

I denne delen skal jeg ved å presentere to ulike tilnærminger vi finner til afasirehabilitering, forsøke å gi et innblikk i hva afasirehabilitering kan innebære. Afasirehabilitering handler om å redusere «verdifallet» og gi tilbake tilgangen til språkferdigheter og kommunikasjon til mennesker som har fått afasi, om det er det ekspressive språket som å uttrykke seg muntlig og skriftlig, eller det reseptive språket som er å forstå talt- og skriftlig språk. Eller det kan være å hjelpe personen med å tilpasse seg dette, og lære dem metoder og strategier som gjør at de kan bruke språket og kommunisere bedre. Eksempler på dette kan være å gi dem nye alternative metoder for kommunikasjon, som kompenserende strategier eller hjelpemidler.

Reinvang (2003) definerer afasirehabilitering som følgende:

«Afasibehandling er alle tiltak som tar sikte på å bedre pasientens øyeblikkelige eller langsiktige muligheter for å fungere i en situasjon som stiller krav til språklig oppfattelse eller produksjon» (Reinvang, 2003, p. 99)

Afasirehabilitering er et stort og variert felt. Man har ulike arbeids- og organiseringsformer, som direkte og indirekte arbeid, en-til-en-timer eller gruppetimer, konsekvensfokusert og vanskebasertfokusert tilnærming, en rekke ulike logopediske metoder, teorier å la seg

inspirere av, og så videre. Ulike tilnærminger og metoder som logopeder kan anvende eller være inspirert av i sitt arbeid, kan illustreres ved hjelp av ICF-modellen.

Vanskebasert og konsekvensfokusert tilnærming skal jeg gå nærmere inn på i neste underkapittel. Her skal jeg først presentere tre ulike tradisjoner og innfallsvinkler.

Den første er nevropsykologisk tradisjon. Denne tilnærmingen går tilbake til det mer tradisjonelle synet på afasi, der antakelser om skadelokasjon og språklige symptomer henger tett sammen. Under denne tilnærmingen finner vi for eksempel de ulike afasitypene som global afasi, Wernickes afasi, Brocas afasi og Anomisk afasi. Men ikke alle former for afasi lar seg plassere i en kategori. Om dette er tilfellet i denne tradisjonen, blir begrepet *blandet afasi* brukt (Qvenild, 2017). I dag vet vi at afasien er mer flytende enn som så. Vi vet at sammenhengen mellom språk og hjerne er mer kompleks enn tidligere antatt. Kognitiv nevropsykologisk tradisjon er på mange måter en reaksjon på den nevropsykologiske tradisjonen. I denne tilnærmingen går vi nær sagt vekk fra skadelokasjon som begrunnelse for vansken, og sammenligner heller vansken opp mot språkprosesseringsmodeller for å finne ut hva i språkprosesseringen som er svekket. Med utgangspunkt i kartlegging som finner ut hvor i språkprosesseringen det foreligger svekkelse, planlegger logopeden sitt arbeid (Qvenild, 2017, s. 30). Den siste tradisjonen som skal nevnes her, er psykososial tradisjon. Denne tilnærmingen fokuserer på hva personen med afasi har mistet av kommunikasjonsmuligheter for å opprettholde en god livsutfoldelse. Denne tradisjonen handler om å hjelpe personen til å tilvende seg det nye livet med vansken, og logopeden kan utarbeide strategier og metoder for å nå viktige sosiale og kommunikative mål for bedret livskvalitet (Qvenild, 2017, s. 31).

2.2.1 Vanskebasert- og konsekvensbasert tilnærming

Vanskebaserte tilnærming

Vanskebasert tilnærming, som i følge (Thompson, 2008) representerer de eldste arbeidsformene innen afasifeltet, og kan spores helt tilbake til tidlig 1900-tallet. Målet med en vanskebasert tilnærming er å rette sine tiltak direkte mot språket, og kanskje særlig mot det som har blitt svekket i språket. Målet er å «restaurere» språket så mye som mulig, slik at personen kan bruke sitt fulle potensiale av språk (Thompson, 2008. s.3). Vanskebasert tilnærming hevder ikke at språket er mistet, men at tilgangen til prosesseringsrutene for å bruke språket er svekket (Martin et al., 2008, p. 9).

Innenfor denne tilnærmingen kan vi si at målet for logopeden er å hjelpe personene med afasi til å få tilbake (eller få tilgang til) så mye som mulig av det som er ødelagt eller som gjør prosessen av språket vanskelig, slik at språk-prosesseringen og -funksjonen skal bli bedre.

Konsekvensfokusert tilnærming

I den konsekvensfokuserte tilnærmingen er fokuset på vansken rundt kommunikasjon som en helhet, og ikke bare rettet mot den eventuelle språkvansken personen har. Det vil si at rehabiliteringsarbeidet holder fokus på hvordan personen kan forbedre kommunikasjonen, slik at hverdagen kan bedres og hverdagslige mål kan bli nådd. Målet med rehabiliteringen i denne tilnærmingen er å redusere de konsekvensene personen har fått som følge av afasien (Martin et al., 2008, p. 3) Tenkningen bak den konsekvensfokusert tilnærmingen har påvirket afasifeltet mye. Noen mener at en viktig og stor grunn til dette er utbredelsen av ICF-modellen (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse) (Martin et al., 2008, p. 11). Denne tilnærmingen har også vært med på å sette fokus på miljøet og samfunnet personen lever i, ikke bare på personen selv. Konsekvensfokusert tilnærming kan også bli referert som den sosiale tilnærmingen, en bevegelse som i følge Martin et al (2008) er årsaken til at det i dag, i flere land, finnes lovgivning, hvor det er vedtatt at diskriminering av mennesker med nedsatt funksjonsevne er forbudt (Martin et al., 2008, p. 11).

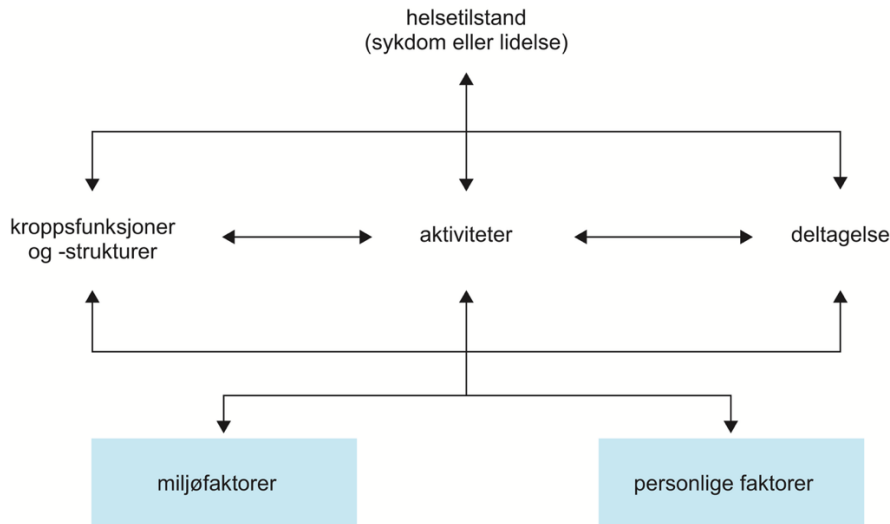
For noen med afasi kan det viktigste målet være å synge natta-sanger til barnebarna eller fortsette med å bidra i arrangementer i bygden. I denne tilnærmingen går fokuset mer på å måle opp mot hverdagslige aktiviteter, som igjen kan ha en indirekte effekt på livskvaliteten. Dette i motsetning til den vanskebaserte tilnærmingen, hvor rehabiliteringsarbeidet er mer rettet mot språkvanskene som avviker fra «vanlige ferdigheter/nivå» (Lind, 2010; Thompson et al., 2008)

Det er likevel viktig å si at det som regel vil være slik at logopedene er eklektiske, og kombinerer elementer fra de to tilnærmingene heller enn bare å jobbe på den ene måte.

2.2.2 Afasi rehabilitering & ICF-modellen

ICF er en forkortelse for *internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Modellen stammer fra Verdens helseorganisasjon (WHO), som er et supplement til av

diagnosekodeverket ICD-10 (Helsedirektoratet, 2018). Ifølge Helsedirektoratet (2018) skal ICF brukes til å beskrive personers helse, i form av kroppsfunksjoner, aktiviteter, deltagelse og mulighet til samspill med omgivelsene, og ikke kun på personens diagnose eller sykdom.



Figur 1: ICF-modellen (Helsedirektoratet, 2018)

ICF-modellen er ikke ment som et direkte kartleggingsverktøy, men som en støtte (et begrepsmessig rammeverk) for de fagpersoner som jobber med personer med ulike vansker, for eksempel afasi, en slags visuell representasjon av viktige faktorer innen og utenfor sykdommen. Modellen er utarbeidet for at klinikere skal få et overblikk over alle faktorene som følger med en vanske, sykdom, eller tilstand, slik at klinikeren vet å involvere alle de ulike faktorene ovenfor en eventuell rehabiliteringsprosess.

Ved arbeid med en person med afasi, kan logopeden gå inn i enhver av de ulike komponentene i modellen. Modellen viser afasien som del av noe større, og understreker betydningen av miljøet rundt personen. Dette er på samme måte som all annen rehabilitering. Er en person utsatt for en ulykke og får mobilitetsvansker eller funksjonsnedsettelse, blir det viktig å gjøre miljøet rundt personen tilpasset deres evner slik at personen når sitt fulle potensiale med færrest mulig miljøhindringer. På lik måte er det med afasipasienter, hjemmet, pårørende, hjemmearbeid, logopedtimer, støtteapparater, symboler og gester, og så videre: alt kan tas med i prosessen og integreres i rehabiliteringen. Afasirehabilitering kan ha en direkte eller indirekte fremgangsmåte. Man kan for eksempel jobbe direkte med personen med afasi eller mer indirekte, der vektleggingen kan være på det å heller veilede personer rundt personen med afasi. Dette må logoped vurdere ut ifra hvilken funksjon personen med afasi

har og hvilke mål som er blitt satt sammen med pasient og eventuelt pasientens pårørende. Og ofte kan man som sagt kombinere flere typer tiltak. (Papathanasiou & Coppens, 2017, p. 337).

2.3 Hjemme-trening

Hjemme-trening, hjemme-terapi, rehabilitering hjemme. Begrepene er mange, men mye av innholdet likt. Vi kan se i flere yrker som jobber med å hjelpe mennesker som har på en eller annen måte fått livet snudd på hodet. Det kan være alt fra ulykker, til slag, til sykdommer eller medfødte lidelser. Innenfor kategorien av yrker som jobber med mennesker, er det ett fokus på rehabilitering. Rehabilitering er etter definisjon av World Health Organization, (2023) er «en rekke av intervensjoner designet for å optimalisere bevegelser og redusere funksjonshemming hos individer med sykdommer eller andre skader, og legge til rette i samspill med omgivelsene deres». (WHO, 2023)

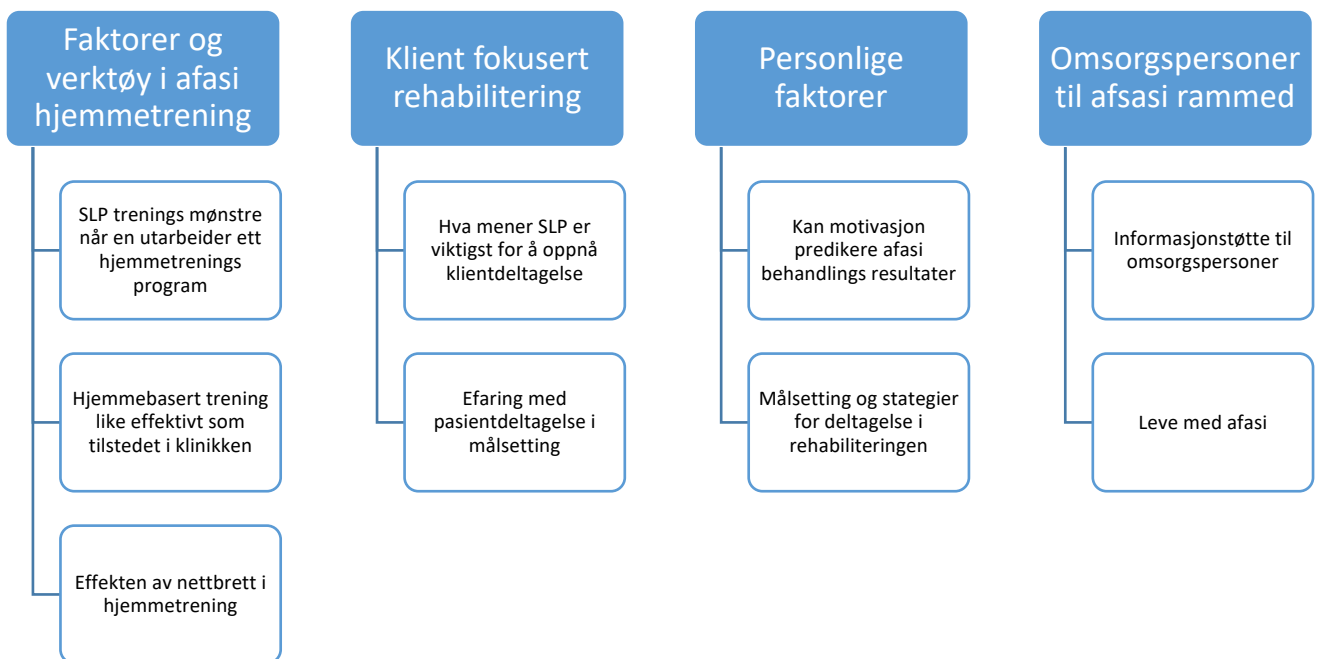
Når det kommer spesifikt til bruk av hjemmetrening ved afasi, finnes det ikke mange evidensbaserte metoder å støtte seg på. Logoped er avhengige av å finne arbeid som passer hver enkelt pasient og deres forutsetninger og rutiner. Pårørende og miljø er en stor faktor innenfor hjemmetrening, og arbeidet må være gjennomførbart for pasient, men også overførbart til pårørende, slik at de kan med trygghet jobbe sammen med pasienten hjemme. Tradisjonelt gir logoped ut oppgaver basert på kartleggingsresultater og hva som blir jobbet med i timene. Det blir også ofte tatt i betraktning av hva interessene til pasienten er, slik at hjemmetreningen kan speile hva som har blitt jobbet med hos logoped, men også noe som pasienten selv syntes er kjekk. Dette er nok faktorer som logoped tar hensyn til for å sørge for at hjemmetreningen faktisk blir gjort. Men direkte evidensbasert forskning på hva som faktisk fremmer eller hemmer gjennomføringen av hjemmetrening for afasi pasienter er det lite av.

3 Tidligere forskning

I dette kapitlet vil andre faktorer knyttet til hjemme-trening/ hjemmelekser i logopeders arbeid med afasi bli belyst gjennom tidligere forskning. Dette er faktorer som: hvilke typer verktøy som egner seg best for slikt arbeid, klient-fokusert rehabilitering, hvor klient-deltagelse og utarbeiding av realistisk målsetting står i fokus, samt personlige faktorer som kan hemme og fremme for hjemme-trening. Til slutt et fokus på omsorgspersonene og miljøet til personen med afasi.

Så langt jeg har klart å finne, er det ikke forsket mye på hjemme-trening/hjemmeleker når det kommer til personer med afasi etter hjerneslag. Men dette er også litt vanskelig å finne ut av. Min lesing og leting i forkant av søkingen har vist at det kanskje ikke er en etablert enighet om hvilke begreper som brukes om egenstyrt øving/trening mellom timene hos logopeden. Jeg har gjennom søk i databaser som ERIC, Google Scholar, Pubmed og CINAHL, prøvd å finne relevant forskning for å belyse problemstillingen min. Det har vært vanskelig å vite hva som er gode søkeord. Jeg brukte kombinasjoner av søkeord som aphasia, rehabilitation, “home practice”, “home therapy”, “home work” osv. Søkene ga endel treff. Mange var ikke relevante, men noen var av interesse. Etter å ha sett gjennom titlene på studiene, endte jeg opp med noen studier som så ut til å kunne tilføre oppgaven min noe.

Jeg har valgt å starte med en visuell fremstilling av de studiene som jeg har inkludert i oppgaven. Slik blir antall studier og den innholdsmessige bredden lettere å orientere seg i.



3.1 Faktorer og verktøy i afasi hjemmetrening

I studien *Speech-Language Pathologists' Practice Patterns When Designing Home Practice Programs for Persons With Aphasia: A Survey* (Donoso Brown et al., 2021) analyserte Donson Brown et al, (2021) fullførte 80 spørreskjema, som inneholdt både åpne og lukkede spørsmål. Skjemaet ble sendt til amerikanske logopeder, som hadde minimum 30% afasipasienter i sine saker og som nylig hadde utarbeidet minst to hjemme-program for personer med afasi. Målet med studien var å kunne beskrive hvordan praksisen til logopeder i dag fungerer angående implementering og opprettelse av hjemme-praksis program for personer med afasi etter hjerneslag. Resultatet viste blant annet at de fleste av informantene setter opp et hjemme-program for mer enn 75% av sakene sine. Hvor programmet vanligvis inneholdt intervensjoner opp mot funksjonell praksis og muntlig uttrykk/arbeid. Informantene beskriver hvordan de jobber for å bygge ferdighetspraksis i daglige rutiner og veiledet praksis (Donoso Brown et al., 2021). Det kommer også frem i studien at teknologiske eller formelle tiltak for å overvåke arbeidet personen gjør hjemme, sjeldnere ble rapportert. Det blir identifisert ulike barrierer og hjelpemidler for å utarbeide et hjemme-program, som miljøstøtte fra andre og personlige faktorer som motivasjon og kognitive forutsetninger. (Donoso Brown et al., 2021).

I studien *Is Home Based Therapy as Effective In-Clinic Therapy for Patients With Aphasia?* (Godlove & Kiran, 2017), ble 4500 slagpasienter med afasi analysert for en tidsperiode mellom 2013-2014. Pasientene brukte en teknologisk terapi-plattform, og trening ble lagret og analysert. Formålet med prosjekter er å se på om teknologisk rehabilitering er en billigere og mer praktisk metode for alternative oppfølgende rehabiliteringstilbud for afasipasienter. 4500 av informantene ble delt i to grupper, hvor den ene gruppen bare fikk terapi hjemme og den andre i klinikken. Alderen var fra 13–70 år, og tid siden slaget var 6 måneder–10 år. Treningen ble individualisert etter hver enkelt pasient, og inneholdt evidensbaserte metoder for språk og kognitive ferdigheter. (Godlove & Kiran, 2017). Resultatene viste at både hjemme-terapi og klinikkpasientene oppnådde 90% av nøyaktighet på oppgavene sine på samme måte. Men behandlingshyppigheten utgjorde en signifikant forskjell, hjemme-pasientene kunne gjennomføre terapi annenhver dag, mens klinikkpasientene fikk behandling en gang i uken. Dermed var gruppen som hadde hjemme-terapi i stand til å mestre oppgavene raskere enn den andre gruppen, med en median på 6 dager og klinikkpasientene med median på 13 dager. Konklusjonen til denne studien er at hjemme-trening kan være like effektivt som pasienter som mottar rehabilitering av en klinikk. Fordelen til hjemme-trening derimot er at

pasienten kan utføre terapien selv mens klinikk pasientene må følge et tilordnet terapi-tilbud som ofte kan bli 1 time i uken. (Godlove & Kiran, 2017)

Studien *Effects of a Tablet-Based Home Practice Program With Telepractice on Treatment Outcomes in Chronic Aphasia* (Kurland et al., 2018), fulgte 21 personer med kronisk afasi. Personene ble undersøkt før og etter et seksmåneders hjemme-treningsprogram, og med en oppfølgende undersøkelse fire måneder senere. Det ble laget individuelle hjemme-treningsprogram i «iBook Author», som inneholdt fonetiske, semantiske og ortografiske bilder og videoer som pasientene skulle jobbe med (Kurland et al., 2018). Målet med studien var å finne ut om nettbrettbaserte hjemme-treningsprogram med jevnlig støtte igjennom telepraksis, kan hjelpe med langsiktig vedlikehold av fremgangen gjort igjennom ordinær rehabilitering, og fremme nye språkutvikling (Kurland et al., 2018) .

Resultatene i studien viser at hjemme-treningen var effektivt for alle deltakere, men mindre effektivt for dem med mer alvorlig afasi. Studien viste en negativ korrelasjon mellom opplæringen av nettbrettet som krevdes for å gjennomføre prosjektet (Kurland et al., 2018). Studien konkluderer med at hjemme-trening alene uten klinikker, men med ukentlig telepraksis, er effektivt. Studien viser også at personer med en alvorlig form for afasi, og de personene som ikke har noe teknologiske ferdigheter fra før av, klarer å opprettholde og videreutvikle språkferdighetene sine. Dette viser til mulighetene om en kostnadseffektiv og praktisk metode innenfor afasirehabilitering, der ikke-fysisk bevegelse eller geografiske begrensninger kan hindre oppfølging videre fra den tradisjonelle afasi-rehabiliteringen (Kurland et al., 2018).

3.2 Klient fokusert rehabilitering

I studien *What do speech–language pathologists describe as most important when trying to achieve client participation during aphasia rehabilitation? A qualitative focus group interview study* (Berg et al., 2019) ble det gjort gruppeintervju med 11 logopeder. Målet med studien var å undersøke hva logopeder synes er viktige faktorer når det gjelder klient-orientert deltakelse i afasirehabilitering. Man fant fire hovedtemaer: (1) ta hensyn til personens sårbarheter, (2) diskutere personens urealistiske ønsker og mål, hjelpe dem med å sette riktige

mål for forutsetningene, (3) det er vanskelig å involvere personen selv i rehabiliteringen, da det er begrenset mengde med evidensbasert klinisk praksis å bygge på, og (4) gjør rehabiliteringsomløpet meningsfullt for personen selv (Berg et al., 2019, p. 493). Studien konkluderer med at afasirehabiliteringen slik den er, ikke kan betegnes som klientorientert, fordi personer med afasi er en sårbar gruppe. Det blir satt urealistiske mål og det finnes få evidensbaserte metoder til å veilede praksisen og planlegge behandlingen (Berg et al., 2019).

I studien *Experiences of participation in goal setting for people with stroke-induced aphasia in Norway. A qualitative study* (Berg et al., 2017) var målet å se på hvordan personer med afasi selv oppfattet sin egen rolle, og deltagelse i å finne frem til mål og kliniske valg i språkrehabiliteringen. 15 slagrammede personer med afasi gikk igjennom et semi-strukturert dybdeintervju. Ut i fra analysen av resultatene ble fire hovedtemaer belyst: (1) personene var fornøyd med hjelpen de fikk, (2) vaghet i språk-rehabiliteringen, (3) personlige mål eksisterer, og (4) ønsket nivå av deltagelse (Berg et al., 2017, p. 1122). Konklusjonen til denne studien sier at selv om personer med afasi generelt sett virker fornøyd med den språkrehabiliteringen de får, er det fortsatt behov for å jobbe med rammene rundt rehabiliteringen, slik at den ikke blir like vag som den er nå. Logopeder og terapeuter burde prioritere mer tid på å samarbeide med personene som er rammet, og bruke mer ressurser for å sikre en god kommunikasjon i rehabiliteringen. Funnene understreker et behov for å se på hva implementering kan gjøre for klientdeltagelse, når det kommer til målsetting og beslutninger i rehabiliteringen for personer med slagindusert afasi (Berg et al., 2017).

3.3 Personlige faktorer

I studien *Motivation as a Predictor of Aphasia Treatment Outcomes: A Scoping Review* (Weatherill et al., 2022) ble det gjort en gjennomgangen av litteraturen. Forfatterne gikk igjennom 4 databaser hvor de søkte med *motivasjon* og *afasi* som nøkkelord. De valgte studier og artikler skrevet mellom 2009 og 2020. De fikk 19731 treff. De endte opp med å analysere 365 av disse. Til slutt ble hver artikkel som spesifikt omhandlet motivasjon markert. 16 temaer ble laget og fordelt i to ulike grupper. Den første gruppen inneholdt igjen 5 temaer, som sammen hadde en felles mening om at motivasjon var et viktig fenomen i arbeid med personer med afasi, og at dette burde studeres og tas i betraktning i forskning og når pasientene deltar i kliniske aktiviteter. Den andre gruppen inneholder 11 temaer som

rapporterer at motivasjonsfenomenet allerede er med i forskning og kliniske aktiviteter. Resultatene til denne studien sier at klinikere, forskere og afasipasienter har tro på at motivasjon kan ha en innvirkning på de kliniske og forskningsbeslutninger. Studien avslutter med å si at om fremtidige studier om afasirehabilitering bruker teorier om dette fenomenet, vil det gi empirisk støtte for dem som legger vekt på motivasjon som en viktig faktor.

Studien *Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation* (Levack et al., 2015) går ut på fenomenet om målsetting og om dette har en betydning eller hvilken virkning det har på helseresultatene av rehabiliteringen for voksne med ervervet funksjonshemming. Målsetting er en viktig faktor innenfor all rehabilitering, men det finnes lite konkret å gå etter for å oppnå målsetting på best måte. Denne studien gjør en litteraturstudie (scoping review), og gjør søk i 4 store databaser. Det endelige antallet studier som blir inkludert for analyse, er 39 studier med 2846 deltagere totalt. I de 39 studiene, som omhandler målsetting i rehabilitering, kan vi se at 17 studier legger en strukturert plan for det å implementere målsetting i rehabiliteringsprosessen, mens 11 studier tar det som en mindre formell del av prosessen og bruker slike planer der det trengs. Resultatene i studien legger frem at det er lavt kvalitetsbevis for at høy inkludering av målsetting i rehabiliteringen er bedre enn ingen målsetting i rehabiliteringen. Men det er også bevist av lav kvalitet og en mer strukturert tilnærming til målsetting kan resultere i høyere pasientselveffektivitet/deltagelse og generell behandlingstilfredshet og prosessen som en helhet, sammenlignet med rehabiliteringsprosesser med mindre formell struktur for målsetting (Levack et al., 2015, p. 33). Altså viser resultatene at det vi har noe, men lav evidens for at målsetting er bedre enn ingen målsetting for resultatene, men at etablering av målsetting uansett har en positiv innvirkning på pasients engasjement i prosessen.

3.4 Omsorgspersoner til afasi pasienter

Studien *Barriers to Informational Support for Care Partners of People With Aphasia After Stroke* (Shafer et al., 2023) vil gå inn på behovet til omsorgspersoner/pårørende til personer med afasi. Disse personene trenger ulike former for støtte som informasjonsveiledning, undervisning om afasi, og veiledning og støtte til ressurser for psykososial hjelp. Hvordan dette praktiseres er varierende, men støtten viser seg å være et udekket behov. Målet med denne studien er å identifisere ulike barrierer som hindrer den informative støtten pårørende til afasipasienter skal ha. Metoden til studien var å se på tidligere studier de selv har gjort

rundt dette tema, hvor det ble gjennomført kvalitative intervju med både logopeder og pårørende. Denne studien kom frem til fire hovedtemaer for barrierer, som var (1) hvordan afasirehabilitering har en tendens til å ekskludere pårørende, (2) hvordan afasirehabilitering kan være vanskelig å forstå, (3) at det mangler en strukturert plan for hvordan pårørende kan sjekke inn underveis, og (4) at et fokus på pårørende vanligvis ikke strekker seg videre forbi akuttfasen (Shafer et al., 2023, p. 2217). Studien inneholder mange viktige utsagn og sitater fra både logoped og pårørende, som blir bedre presentert i drøftingskapittelet i denne oppgaven, men konklusjonen til studien viser resultater som tyder på at det er et stort behov for endring, det burde være retningslinjer som sikrer at pårørende og omsorgspersoner får informasjon som er skreddersydd deres situasjon og oppfølgende støtte til de som trenger det. Dette burde bli sett på i et omsorgsperspektiv, men også i et systemnivå (Shafer et al., 2023).

I boken *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (Papathanasiou & Coppens, 2017) kapittel 15: *Living with Aphasia: A client-centered approach* (Davidson & Worrall, 2017) går Davidson og Worrall (2017) i dybden av hva det innebærer en klient-fokusert (person-sentrert) tilnærming innebærer. De påpeker spesielt hvor mange som faktisk rammes når den ene personen får afasidiagnosen. Her snakker de om det å undersøke hvilke psykososiale påvirkninger afasi har på miljøet rundt personen med afasi, og hvordan man kan tilpasse rehabiliteringen slik at den er inkluderende for alle de ulike partene som står rundt nylig afasidiagnostisert person (Davidson & Worrall, 2017, p. 311).

I klient-fokusert arbeid er det anbefalt å gå sammen om avgjørelser og dele sine evalueringer og erfaringer med andre fagpersoner, og gjerne sammen med pårørende, utarbeide realistiske mål. De snakker om at det er et felles ansvar overfor personen med afasi, både fra logopedisk perspektiv, men også for å sørge for at det blir tatt i bruk tverrfaglige samarbeid der det er nødvendig, og å holde pårørende/omsorgspersoner inkludert. Ikke bare for vellykket måloppnåelse i rehabilitering og bedret livskvaliteten for personen med afasi, men også med tanke på personer og miljøet rundt dem. Det blir presentert ulike barrierer. For eksempel kan språkqualiteten til personen med afasi være såpass svekket, at det blir en språkbarrierer som hindrer. Eller kognitive evner er såpass svekket og vil deretter gjøre det vanskelig å inkludere personen med afasi å sette tilstrekkelige mål. Tidsbarrierer for logopeder blir også nevnt, dette kan føre til en svekket logoped/pasient-relasjon. Arbeid som kan gjøres for å forbedre dette, er å øke fagkompetansen på de ulike områdene, undersøke hva som er viktig for å få til å sette

mål sammen, og sørge for at det blir brukt nok tid på å etablere en god relasjon mellom personen med afasi og logopeden (Davidson & Worrall, 2017, p. 316).

4 Metode

Dette kapitlet vil beskrive den metodiske retningen og fremgangsmåten for gjennomføring av dette forskningsprosjektet, derunder hvilket metodisk valg og analysestrategier som er med på å besvare problemstillingen min på en hensiktsmessig måte. Ifølge Johnsen-Høines and Alrø (2019) handler forskningsmetodologi om å aktualisere hensikten med forskningsprosjektet. For å oppnå dette må du formulere en god problemstilling og eventuelle forskningsspørsmål, samt forskningsdesign, og en helhetlig konsistent forskningsprosess med teori, empirisk data og analyse. (Johnsen-Høines & Alrø, 2019, p. 34) Videre i dette kapitlet vil jeg redegjøre for prosjektas forsknings design og vitenskapsteoretiske tilnærming. Jeg skal presentere prosessen med data innsamling og informanter, og avslutningsvis redegjøre for analyseringsprosessen og prosjektets helhetlige kvalitet med tanke på validitet, reliabilitet og generelasering.

4.1 Vitenskapsteori

Vitenskapsteori kan deles inn i to grupper: naturvitenskap og samfunnsvitenskap. Naturvitenskap forsker i all hovedsak med komponenter med fastslåtte resultater som ikke kan argumenteres på. Som dyr, celler og gener. I samfunnsvitenskap gjennomføres det empiriske forskningsstudier for å undersøke forbindelser i samfunnet og mennesker. Denne fellesbetegnelsen handler altså om å analysere en større innsamling av meninger og oppfatninger. (Johannesen et al., 2016, s.27)

4.2 Kvalitativ metode

Jeg har valgt å ta i bruk kvalitativ metode som mitt forsknings design. Dette på bakgrunn av prosjektet problemstilling. I kvalitativ metode søker jeg empirisk data av hva relativt få informanter formidler, og vil dermed få innsikt og forståelse på ett dypere nivå (Tjora, A, 2021. s.35). Dette forskningsprosjektet er også ett prosjekt hvor det finnes lite forskning fra før, det vil derfor være gunstig å velge en metode hvor en får muligheten til å få empirien på nært hold og fortolkes. (Ringdal, 2013)

Innenfor kvalitativ metode blir det tradisjonelt sett tatt i bruk intervju eller observasjon eller en kombinasjon av begge. I mitt forskningsprosjekt har jeg valgt dybde intervju, hvor formålet blir å intervju et fåtall logopeder om sine egne strategier opp mot hjemmetrening og målet blir å avdekke informantenes erfaringer. Ett kvalitativ dybdeintervju kan struktureres i ulik grad, og ifølge Johannessen et al. (2016, s. 146) kan man skille det mellom semistrukturert, strukturert og ustrukturert intervju. Når forsker på forhånd har utarbeidet seg en intervjuguide av et spørreskjema struktur, hvor forsker i løpet av intervju krysser ut svaralternativer uten mye mulighet for fleksibilitet, kaller vi det for et strukturert intervju. Et ustrukturert kvalitativt intervju bærer mer preg av en normal samtale knyttet til ett bestemt tema. Semistrukturert intervju finner vi i midten av de to metodene over, og har egenskaper av begge. Semistrukturert har intervjuguide som inneholder flere åpne spørsmål, hvor samtalen kan flyte rundt ett strukturert spørsmål, men at forsker på samme måte har en rekke nedskrevne spørsmål som intervjuet skal innom, uten at det nødvendigvis blir punktvis gjennomgått.

Jeg har i mitt forskningsprosjekt valgt å ta i bruk semistrukturert intervju, hvor jeg utarbeidet en intervjuguide med flere åpne spørsmål, slik at jeg innhenter genuine sitater og utsagn uten å fremstå ledende. Med bruken av semistrukturert dybdeintervju vil jeg oppnå empirisk data som ligger vekt på hvorfor, hvordan og erfaringer. Med dette vil jeg kunne få innblikk i hva logopedene har til felles, hva de selv legger vekt på og hva de utelukker og aktualiserer i møte med min problemstilling; «Hvordan jobber logopeder for å fremme hjemmetrening (hjemmelekser) hos personer med afasi»

4.3 Fenomenologi

Jeg har valgt å ha en fenomenologisk fremgangsmåte i min oppgave. I fenomenologien finner vi tenkemåten at «for å forstå verden må vi forstå mennesket» (Johannesen, et al. s.171). Forskeren har da et ønske om å bli rikere på kunnskapen om folks livsverden, altså analysere meningsinnholdet til mennesket. I mitt forskningsprosjekt blir det min oppgave å fortolke og forstå dypere meninger med analyse resultatene til mine intervjuer. Jeg har ved hjelp av dybdeintervju gått inn i erfaringer til hver enkelt informant for å undersøke fenomenet, og få presenterte med sitater og utsagn slik at fenomenet blir presentert slik det oppfattes fra hver enkelt. Samtidig som det blir mitt ansvar å lese sitatene og utsagnene på en «fortolkende» måte, slik at jeg kan få en oppfatning av hver enkelt informants erfaring, på en dypere måte

(Johannessen et al., 2021, p. 171). I fenomenologisk fremgangsmåte er det viktig at jeg som forsker har en overordnet forståelse for fenomenet som skal forsker på, som i dette tilfellet blir hjemmetrening.

Datainnsamlingen blir innhentet fra dybdeintervju gjort med mennesker som har kunnskap om fenomenet, og i denne studien blir det logopedene jeg intervjuer. I fenomenologien har jeg ståsted som en som skal forstå informantenes erfaringer og må derfor vinkle spørsmål og intervjuguiden deretter. Sørg for at det er åpne spørsmål, slik at svarene blir autentiske med deres egne erfaringer og meninger som igjen vil gjøre min fortolkning av det som blir sagt riktig.

4.4 Metode for data innsamling, intervjuguide og informanter

Som presentert over var det mest gunstig for prosjektet å gjennomføre et semistrukturert dybdeintervju. Jeg utarbeidet en intervjuguide som er en liste med spørsmål og temaer som er viktig for oppgaven min og blir gjennomgått i intervjuene (Johannessen et al., 2021). Med tanke på at intervjuet skulle forholde seg til semistrukturert form, var det derfor viktig for meg og informantene, at intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål. Som støtte til meg selv i intervjuprosessen hadde jeg nedskrevet oppfølgingsspørsmål. Når jeg utarbeidet intervjuguiden startet jeg med å dele dokumentet inn i 3 ulike faser, hvor første fase ble oppvarmingsfasen, videre refleksjonsfasen, og til slutt avrundningsfasen (se vedlegg). Dette for å gjøre dokumentet oversiktlig for meg som intervjuer og for de intervjuobjektene som hadde ønske om å lese intervjuguiden på forhånd.

I oppstartsfasen av prosjektet ble prosjektet sendt inn til NSD for godkjenning, dette inneholdt intervjuguide, informasjonsskriv og samtykkeskjema. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble sendt til de informantene som hadde over telefonsamtale, vist interesse for prosjektet og ville lese mer. Når det kommer til utvalg av informanter er det viktig å velge informanter som er mest mulig kvalifisert for denne oppgaven, og har nok kompetanse til å belyse problemstillingen. (Johannessen et al., 2021, p. 113) Etter samtale med de ulike logopedene, ble jeg stående igjen med 4 informanter til prosjektet. Dette var logopeder som ble kontaktet ut fra en oversiktsliste på logopedlaget.no. Informantene kommer fra ulike kommuner, med ulike arbeidsarenaer. Alt fra privatpraktiserende logopeder, til logopeder ved voksenopplæring og rehabiliterings-sentre. Videre gjennomførte jeg et dybdeintervju over en nettbasert plattform. Intervjuet var av semistrukturert form og jeg prøvde å forholde meg til åpne spørsmål. Jeg brukte intervju guide vedsiden av hvert intervju som støtte, samt

noteringsblokk hvor jeg kunne notere ned viktige punkter og merkbare non-verbale trekk som kunne ha endret betydninger på det verbale opptaket som for eksempel ironi, samt memos til meg selv underveis. Det ble gjort lydopptak under hvert intervju som ble lagret trygt i databasen hos nettskjema ved UIO, som er godkjent av SIKT.

4.5 Analyse og Transkripsjon

Analysering og transkripsjon er neste steg etter at datamaterialet er ferdig innsamlet, ved kvalitativ forskningsmetode er forsker opptatt av at datanalysen får frem hva informantenes hovedtemaer og meninger er i tekst form. Dette gjøres ved å gjennomføre transkribering av lydopptakene, videre skal transkripsjonene av funn analyseres. Jeg tok inspirasjon i de fire ulike analyserings fasene til Anker (2020), samt inspirasjon av Johannssen et al (2021) sin teori- og empiridrevne koding som står i likheter med den abduktive analyseringen presentert i Anker (2020) sine faser. (Anker, 2020; Johannssen et al., 2021) Dette er metoder jeg vil redegjøre videre lengre nede i kapittelet.

I følge Azevedo et al. (2017) er transkriberingsprosessen av å reprodusere det informantene har sagt muntlig, å gjøre de om til skriftlig tekst, ved hjelp av for eksempel lydopptak. (Azevedo et al., 2017, p. 161) Transkripsjonsprosessen var for meg en pekepinn på mye av analyseringsprosessen, og ga teoriperspektivet flere nøkkelord og tanker. Jeg gjorde meg tanker og notater om kategorier, og begynte å kondensere innholdet ved å fjerne de delene av intervjuet som ikke hadde en direkte sammenheng med prosjektet.

I analyseringsprosessen min tok jeg utgangspunkt i Anker (2020) sine fire ulike analysefaser. I første fase handler det om materialinnsamling og tidlig analyse. I en analyseringsprosess er det jeg som forsker som konstruerer meg igjennom en mengde intervjuer og observasjoner (Anker, 2020, p. 64) Innenfor den første fasen har vi forskerlogg, og tankenotater. Denne fasen blir gjennomført usystematisk og skal i hovedsak være en støtte for større meningsbærende kategorier valgt senere. Den skal være med på å skrive mine første intuitive tanker om informantene og de ulike sitatene og utsagnene så langt. I denne prosessen utarbeidet jeg overraskende nok mange kategorier for kodingen før den strukturerte analyseringen begynte, og jeg hadde allerede notert ned bemerkelsesverdige funn. Det ble også et viktig punkt å notere ned irrelevant informasjon som kom frem for å minske analyserings-tidsomfanget, slik at prosessen av å fjerne og beholde material blir mindre utfordrende. Denne fasen skal være en støtte for det mer systematiske arbeidet i analysefase 2.

(Anker, 2020)

I analysefase 2 handler det om kondensering, koding og kategorisering. Når det kommer til kondensering av materialet i dokumentet, skal man skrive ned kort om hovedinnholdet til materialet til hver informant (Anker, 2020, p. 73). Ved dette steget kondenserte jeg ned mengden av tekst, og dro frem viktige punkter og skrev dette i mindre setninger eller stikkord. Herunder valgte jeg også å fargekode, samt understreke viktige utsagn og sitater som belyste hovedinnholdet til informantene. Deretter gjennomførte jeg koding for å systematisere det jeg hadde av materiale, jeg tok også inspirasjon av Johannesen et al, (2021) sine fremgangsmåte om teoridreven koding, hvor jeg så på viktige trekk innenfor teorien min og fikk en pekepinn og veiledning på hva som teoretisk er viktig å ta med fra intervjuene, men også finne frem meningsbærende elementer for å belyse problemstillingen (Johannesen et al., 2021, p. 173). Jeg startet derfra med å kategorisere i større kategorier, for å få overblikk over hva hver enkeltes informants hovedtrekk var. Videre gikk jeg innenfor hver og en av de kategoriene for å lage nye og mer strukturerte kategorier (Anker, 2020). I denne prosessen kommer det også frem deler som jeg kan fjerne fra prosjektet og mer lys på kategorier som er interessante for meg og problemstillingen min. Jeg har en kombinasjon av en *induktiv* og *deduktiv* koding også kaldt *abduktiv analyse* (Anker, 2020, p. 79). Jeg startet med å finne kode og kategorier ved å nærlese materialet mitt, hvor jeg også går innom teori, begreper og punkter som blir med på å støtte valg av ulike kategorier, og gir en pekepinn på hva som blir viktige temaer å ta med videre i analyseringen. En abduktiv analyse går innom det empiriske materialet med et øye for hva informanten vektlegger men også med ett teoretisk perspektiv for å spisse kondenseringen og kodingen (Anker, 2020).

I analyse fase 3 handler det å komme enda tettere på materialet, og hvordan jeg velger å presentere dette i oppgaven. I mitt prosjekt har resultatet av fase 3 blitt en modell, som strukturert kan vise til resultatet av kodingen med kategorier og underkategorier. Det er viktig i denne prosessen at man går tilbake til problemstillingen, og ser at det faktisk er med på å besvare den (Anker, 2020). Det er viktig at kategoriene blir godt presentert for leser, slik at de strukturert kan følge med og lese forskers fortolkninger. Anker (2020) nevner også to ulike fallgruver: gjenfortelling og påfunn. Det er fort gjort å sitere til utsagn og videre derfra gjenfortelle hva utsagnet var. Dette gjør ikke funnene interessant for leser. Det er derfor viktig å vise til ulike utsagn fra forskjellige informanter, samt skrive sine egne tolkninger og vise til de andre informanters meninger. I denne oppgaven har jeg løst gjentakelse fallgruven ved å

strukturere presentere hvert enkelt funn i ulike kategorier, opp mot hva hver enkelt informant sier om ulike sitater, utsagt og kategori. Slik at leser skal få innblikk i flere av synspunktene til informantene. Videre er fallgruven påfunn, hvor forsker kan trekke slutninger av dårlige grunnlag (Anker, 2020, p. 86). Det er viktig å vise til fortolkninger av utsagn med et sterkt utsagn og sitat, for å vise til gyldighet.

Til slutt er fjerde analyse fase. Denne fasen går ut på at teori og empiri skal drøftes sammen (Anker, 2020) I drøftingsdelen skal man presentere de viktige hovedfunnene man kom frem til i analysen, og drøfte dem opp mot teori man har presentert i teorikapittelet. Målet med dette kapittelet er at problemstillingen nå skal bli besvart.

4.6 Kvalitetskriterier

I en forskningsstudie er det visse kvalitetskriterier som ligger til grunne for en god studie. Blant disse finner vi blant annet validitet, reliabilitet og generalisering. Reliabilitet er et begrep vi ser oftere i kvantitative studier, fordi påliteligheten skal kunne bekreftes på nytt (Anker, 2020, p. 108). I en kvantitativ undersøkelse hadde det da vært gunstig å få de samme informantene til å gjennomføre spørreundersøkelsen en andre gang, slik at resultatene kan sammenlignet.

4.6.1 Reliabilitet og Validitet

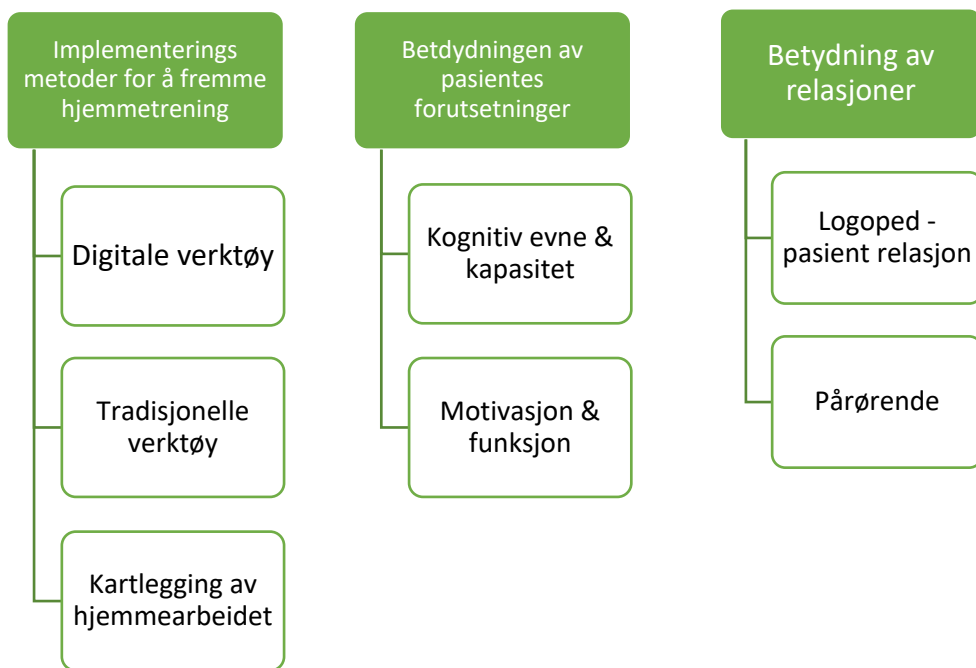
Reliabilitet handler om at leser skal kunne stole på det jeg legger frem, og at oppgaven i sin helhet er pålitelig. Dette handler om sammenhengen internt i forskningen og hvordan jeg representerer det for leseren, og at metodisk kapittel blir godt representert slik at leser får ta del i prosessen (Anker, 2020; Tjora, 2021). Hvordan jeg stegvis har gått frem for å analysere og tolke det innsamlede materialet, presenterer jeg under tittelen *analyse og transkripsjon*, samt presenterer over fremgangsmåten for *data innsamling* og hva jeg tok hensyn til i den prosessen. Når jeg presenterer funn blir det derfor viktig å dele sitater og begrunne dem, slik at leser kommer tettere på empirien og kan gjøre sin egen mening utenfor min fortolkning. Påliteligheten til studien kan svekkes av at en av informantene hadde ønske om å se intervjuguide før intervjuet tok sted. Ingen andre av informantene hadde ønske om dette. At informanten fikk mulighet til å etablere seg kunnskap rundt tema før de andre, kan ha påvirket dette. Intervju guiden min inneholder et spørsmål om retningslinjene for slaggrammede fra helsedirektoratet, dette kan tolkes som om at jeg som forsker har gjort meg en mening om logopeders tidsklemme som en barriere. Dette kan ha vært ledende for hvordan logoped vinkler seg til intervjuet, og det kan derfor svekke påliteligheten.

Når det kommer til validitet (gyldighet) i dette forskningsprosjektet, handler det om at prosjektet er gjennomført slik at man faktisk får svar på problemstillingen. For at leser skal oppleve prosjektet som gyldig, er den mest hensiktsmessige måten å la dem vurdere dette selv. For at jeg skulle oppnå gyldighet, har jeg grundig presentert valgt metodikk, informant og intervjuprosessen, og jeg viser til relevant teori som er med på å belyse problemstillingen. (Tjora, 2021, s. 260-263) Et prosjekt kan ha høy reliabilitet uten høy validitet. Dette omhandler presisering av besvart problemstilling. I mitt prosjekt har jeg lagt vekt på tidligere studier som kan bekrefte eller avkrefte utsagn fra informantene, da jeg stiller spørsmål om «hvordan» logopeder jobber uten å faktisk være der for å observere. Det blir derfor viktig for min oppgave å drøfte ulike fortolkninger, slik at det er hold i gyldigheten til oppgaven.

Når det kommer til generalisering av oppgaven, vil det være utfordrende å generalisere denne studien som er av mindre art til andre studier. Jeg har derfor lagt vekt på utvalg av tidligere studier, og sørget for at de blir sentrale i drøftingen. Selv om resultatene ikke kan generaliseres, kan de bidra til andre studier og være overførbare (Anker, 2020, p. 110). I analyseringsprosessen legger jeg vekt på en abduktiv metodetilnærming, samt en teori-empiridrevet koding. Dette for å sørge for at det blir hentet frem riktige funn fra materialet, slik at empirien står i takt med drøfting av relevant teori. På denne måten vil prosjektet ha større overførbarhet.

5 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere de empiriske funnene i de fire dybde intervjuene jeg har gjennomført. Empirien skal prøve å besvare problemstillingen min som er: *Hvordan jobber logopeder for å fremme hjemmetrening (hjemmelekser) for personer med afasi?* Resultatet fra analyse fase 3 om kondensering og kategorisering har viktige utsagn og sitater, som har gjort at jeg kommer frem til følgende kategorier og underkategorier. Dette blir presentert med visuell støtte, og modellen under viser dermed tre kodegrupper med syv antall undergrupper. Informantene mine har blitt anonymisert og går under navnene Jonas, Lars, Hilde og Karianne. Jeg har valgt å prøve å samle sitater, utsagn og informant innenfor hvert avsnitt slik at leser kan oversiktlig se hvilke sitater og utsagn som går innenfor likt tema og hva hver informant mener om hver kategori.



5.1 *Implementerings metoder for å fremme hjemmetrening.*

Jeg kom frem til denne kodegruppen av kondenseringen av koder, kategorier og sitater funnet i analyseringsprosessen. Jeg så i intervjuene at ulike verktøy ble nevnt av flere av informantene. Da kunne jeg se at verktøyene gikk under ulike kategorier igjen. Digitale verktøy, tradisjonelle verktøy og kartleggings verktøy, som jeg videre brukte som egne kategorier. I de underkategoriene samlet jeg alt som hadde med implementerings metoder for å fremme eller hemme hjemmetrening i afasirehabilitering.

5.1.1 *Digitale verktøy*

I analyseringsprosessen ble digitale verktøy nevnt som metode av flere av informantene. Dette ble en naturlig gruppe å ta med både for empiri mot teori, men også med fokus på problemstillingen som spørsmål. Denne kodegruppen ser på digitale midler brukt for å støtte hjemme-trening parallelt med gitte logopedtimer.

Samtlige av informantene er enig i at afasipasienter er en heterogen gruppe, at det derfor blir ulike tilnærminger for å få gjennomføre hjemmetrening. Noen vil ha bedre forutsetninger for digital, og andre for tradisjonell metode. Jonas er en av informantene som aktivt tar i bruk digitale verktøy i sin rehabilitering, Jonas sier *«jeg bruker et digitalt program som heter Lexia. Den har mange oppgaver som er laget for personer med afasi, og man kan velge oppgaver basert på hva modalitet i språket er påvirket, lesing, skriving, talespråk eller auditiv forståelse. Her kan jeg ta vekk oppgaver og legge til nye oppgaver, som de kan jobbe med*

hjemme». Jonas forteller videre at han også har tatt i bruk diverse apper som finnes for å stimulere språk, og bekrefter at han har tatt i bruk apper som for eksempel «Dagligliv», fra Statped.

Lars som også prøver så godt han kan på å implementere hjemmetrening utenfor logopedtimene, har ikke erfaring med bruk av digitale verktøy. Lars sier at *«Lexia finnes jo. Det er jo mye bra på Lexia, men det er et sånt eldgammelt program ... Det er jo så kronglete og så mye du må laste ned... Det er så mange runder man må gå med det ...»*. Videre forteller Lars om ulike apper, der han også nevner «Dagligliv», som han har anbefalt til de pasientene som på forhånd har teknologiske ferdigheter, men at han ikke legger stor vekt på at de må bruke dem. Når jeg snakker med Lars om hvorfor det ikke vektlegges som et «mål» å faktisk gjøre det hjemme, får jeg inntrykk av at han har mye erfaring med at det ikke blir gjort og at opplæringen av slike verktøy er tidkrevende, og at han heller bruke metoder han mener er bedre for personen med afasi.

Når jeg snakker med både Lars og Jonas om hvorfor de velger å bruke digitale verktøy, foreller Jonas at det er tilgjengelig og ikke kan rotes bort, at pasientene kan få bedre støtte til å gjennomføre oppgavene med ulike støttefunksjoner på verktøyet. Men at alt igjen blir påvirket av pasientens forutsetninger for å kunne gjennomføre oppgaver alene i det hele tatt, eller med digitale forutsetninger for å forstå apparatet. Lars forteller at hans fokus på digitale verktøy i rehabiliteringen er rettet mot kommunikasjonshjelpemidler personen kan måtte trenge, og appen «dagligliv». Direkte øvingsoppgaver til hjemmearbeid blir mer av den tradisjonelle form.

Hilde bruker digitale verktøy parallelt med logopedtimene og hjemmearbeidet, hun tar i bruk talesyntese på det meste. Hun hjelper dem til å laste ned programmet, drar hjem til de og prøver i beste evne å lære de opp til å bruke det. Hun tar også i bruk opplæringsmuligheter i Microsoft, slik at det skal være tilgjengelig for alle. Klientene hennes tar med seg Ipad i logopedtimene, slik at de kan ha en gjennomgang av nye oppgaver og at hun er sikker på at klientene har skjont bruken av appen eller oppgaven. Vi kan se at både Hilde og Jonas bruker aktivt digitale verktøy så langt det lar seg gjøre med pasientenes evner. Mens Lars og Karianne ikke bruker den metoden mer aktivt for å fremme hjemmetrening.

5.1.2 Tradisjonelle verktøy

I analyseringsprosessen kom tradisjonelle verktøy frem hos alle informantene, og blir naturligvis nevnt i flere teorier. Det ble derfor en viktig underkategori å ta med i denne oppgaven, fordi flere av informantene bruker det aktivt i hjemmetreningen, og det er et viktig nøkkelord i å besvare problemstillingen. Jeg tok derfor og sorterte utsagn og sitater fra informantene som handlet om hjemmetrening av den mer tradisjonelle måte. Alle fire informantene sier de bruker tradisjonelle metoder, som i dette tilfellet blir papirutgaver av «hjemmeleksene» som blir utdelt.

Karianne som ikke ble nevnt i undergruppen «*digitalt verktøy*», legger mest vekt på den tradisjonelle måten. Når jeg spør Karianne om hvilke verktøy eller metoder hun bruker i hjemmearbeid sier hun «*Er de på sykehjem kan jeg spille på de ansatte, og kan legge igjen oppgaver til dem der*». Videre forteller Karianne at hun lager oppgaver til dem etter hvilke vansker som kommer frem av kartleggingen. Er det semantiske vansker lager hun oppgaver ut ifra det. Hun sier videre at «*jeg legger vekt på at de skal øve hjemme og tilrettelegger oppgaver sånn at det er mulig å øve hjemme. Samtidig vise forståelse for at det kan være vanskelig*» Dette er oppgaver Karianne gir ut i papirutgave og har organisert i mapper. Karianne snakker og om sang og musikk som noe som går under tradisjonelt verktøy, og som ofte blir noe av det som er enklest å gi ut som hjemmelekser. Ikke fordi det ikke krever like mye arbeid og forberedelse fra hennes side, men fordi pasientene syntes det er en lettere hjemmelekse samt lettere å huske og ikke rotes bort. Karianne forteller at sang og musikk er noe de fleste pasienter syntes er kjekt, og nevner at hun har erfart at noen pasienter har et veldig dårlig forhold til «hjemmelekser». Dette kan rett og slett komme fra negative opplevelser av hjemmelekser i oppveksten som kan vekke frem noen dårlige minner og erfaringer, og at det er derfor viktig å kunne gi ut «lekser» som ikke alltid føles som «lekser».

Jonas sier han gir papirutgaver av hjemmelekser. Han sier også at han opplever at flere pasienter er veldig glade i kryssord og bruker derfor det i sitt arbeid. Han legger vekt på at hjemmelekser alltid blir formet etter kartleggingsresultatene, slik at oppgavene inneholder både styrken og svakhetene i språket for å holde motivasjon. Antonymer og synonymer, finne likheter og ulikheter, personlig pronomen osv. Dette blir printet ut og gitt til pasientene for hjemme arbeid. Jonas snakker også om at hjemmeoppgaver i papirform kan bli lekser for logopeden, at logopeden selv må sitte og jobbe med å forme oppgaver. Det er ikke alltid like oversiktlig over hva du har gitt ut før, hva som ikke fungerte osv. Om det ikke blir brukt

mapper eller andre hjelpemidler for å samle alt på ett sted. Jonas bruker både digitalt og tradisjonelt kombinert, men vektlegger pasientens forutsetninger for hvilke metoder som egner seg best.

Lars har mange likheter med Jonas. Han har også fokus på aktiviteter som også kan gjennomføres med pårørende og familie, som alias og kryssord. Lars forteller også om ulike ulemper med papirutgaver av oppgaven. Har han for eksempel pasienter som sliter med å lese, det vil dermed bli ekstra vanskelig å gjennomføre uten verbal støtte. Eller pasienter som har svekket kognitiv evne, kan det medføre at de ikke husker å finne frem oppgavene i det hele tatt, eller at papiret sporløst forsvinner for dem. Det kan derfor tolkes at Lars ser verdien i den tradisjonelle metoden, men at den i likhet med digitale verktøy kan komme med ulike utfordringer. Av Lars sine utsagn, får jeg et inntrykk av at han syntes hjemmetrening i seg selv er utfordrende med personer med afasi. Dette fordi han ofte refererer til erfaringer med hjemmelekser opp mot andre type vansker, som for eksempel Parkinsons.

Hilde derimot følger en mer strukturert plan for hjemmearbeid, hun har pasienter i grupper og følger CIST-metoden. Hun sier *«jeg har da CIST-1 for de som sliter mest, CIST-2 for de som kan litt mer. Alle får en kopi av alt vi jobber med i både CIST-1 og CIST-2 til å jobbe med hjemme»*. Hilde lager også oversiktsmapper til klientene og deres pårørende som står, *«dette jobber vi med i år»*. I den er det alt fra bilder, ord og uttrykk. Dette for å hjelpe pårørende eller personale til å få oversikt over arbeidet, som kan gi videre støtte i hjemmetreningen. Hilde sier at de fleste *«hjemmelekser»* som ikke handler om direkte samtaler eller sang og musikk, blir gitt digitalt eller i mappen med CIST.

5.1.3 Kartlegging av hjemmearbeidet

Under denne kodegruppen tok jeg med kartlegging, for det viste seg at flere av informantene syntes hjemmearbeid var utfordrende, fordi de ikke kunne se eller ha oversikt om arbeidet blir gjort hjemme.

Under denne kategorien er alle informantene enig om at det er en utfordring å ha oversikt over om arbeidet faktisk blir gjennomført. Man kan ikke overvåket hva de gjør hjemme, eller tvinge pårørende til å sørge for at de gjør *«leksene»* sine.

Det blir igjen utfordringer med å kartlegge fremgangen av hjemmetreningen. Jonas nevner metoder han bruker for å få en liten oversikt. *«Vi jobber jo over tid, det er da oppfølging*

basert på motivasjon og progresjon, med test og re-test over tid og ser om det er fremgang og at brukeren er motivert for å jobbe» Lars sier og at det er vanskelig å vite akkurat hvor mye det er blitt jobbet med hjemme, men sier at *«vi har alltid første post på programmet når de kommer til timen, at vi ser igjennom leksene i permen fra sist uke»*

Lars sier at han fort får et inntrykk om det er blitt jobbet arbeidet med utenom timene og hva som eventuelt er for vanskelig eller lett. Hilde forklarer at hun ikke har noen metoder og velger å stole på at de gjør det for seg selv, men opplever at pasientene ofte innrømmer at de ikke har fått gjort så mye.

Karianne i likhet med de andre, har lært seg å vite hva å se etter, og får dermed fort ett inntrykk på om de har jobbet med leksene eller ikke, *«jeg har aldri helt oversikt over hvor mye de har jobbet, noen er veldig ivrig og sier at de har gjort leksene sine, andre legger leksene frem å viser de trenger hjelp til noe, og andre viser dem og sier det var for enkle oppgaver»* Vi kan se ett fellestrekk hos alle informantene, at mye av kartleggingen av hjemmearbeidet går på en følelse og erfaring.

5.2 Betydningen av pasientens forutsetninger

I denne hovedkode-gruppen samlet jeg alle sitater og utsagn fra informantene som handlet om pasientens forutsetninger for at gjennomføring av hjemmetrening skal fungere. Under dette tema er det to under kategorier, *kapasitet & kognitive evner*, og *motivasjon & funksjon*. Dette var en kategori som ble relevant etter teoretiske ståsted, og informanters utsagn.

5.2.1 Kognitive evner & Kapasitet

Denne kodegruppen samlet jeg utsagn fra informantene som omhandlet kapasitet for både logopeder og pasienter, og motivasjonsutfordringer for pasienten. Alle informantene forteller at en av de største faktorene som er med på å hemme gjennomføringen av hjemmetrening er personens kognitive evner og kapasitet.

Jonas og Lars er de informantene som legger mest vekt på dette tema. Jonas sier gjentatte ganger at *«Alt er avhengig av hvilket behov vedkommende har og kapasiteten deres, i forhold til å ha med seg oppgaver hjem i det hele tatt»*. Lars sier *«Det er jo kapasiteten da ... De har mye annet de skal gjøre, fysioterapeut, dagsenter, legetimer, kontroller på sykehus, da blir man ofte mer sliten. Kognitive vansker sant ... Det er jo mange som rett og slett bare ikke*

husker at de har oppgaver å gjøre». Slik jeg tolker utsagnene til begge informantene, legger de vekt på at hjemmelekser vil være en utfordring med barrierene som svekket kognitive evner og svekket kapasitet. Kapasitet omhandler både tids kapasitet og den personlige kapasiteten til å tilegne seg flere gjøremål.

Begge informantene nevner at kapasitet også har en sammenheng med motivasjon og funksjon, som jeg valgte å bruke som en egen underkategori.

5.2.2 Motivasjon & funksjon

Under denne kodegruppen samlet jeg utsagn som gikk ut på pasientens egne evner til å kunne gjennomføre hjemmetrening uten direkte støtte fra logoped. To begreper ble nevnt gjentatte ganger fra informantene, nemlig motivasjon og funksjon.

Når Jonas får spørsmål om hva han tror er med på å hemme eller fremme hjemmetreningen sier han: *«Motivasjon, men så kommer man ikke helt uten funksjon heller. Motivasjon, er pasienter som sier at de ikke vil eller orker hjemmearbeid, men funksjon er gjerne personer med nedsatt funksjon i armen og kan derfor ikke skrive i det skriftlige hjemmeleksene»*. Jonas fortsetter å fortelle at motivasjon er viktig, og at det er logopedens ansvar å stimulere motiveringen hos pasienten, ved å finne oppgaver knyttet opp mot pasientens interessefelt og å sørge for at oppgavene ligger på deres vanskelighets nivå. Jonas sier *«om vi bommer totalt på oppgavene, er det ikke så rart om pasientene ikke blir motivert til å jobbe med den»*. Med dette mener Jonas at oppgavens innhold har en stor innvirkning på mottagelsen av hjemmeleksene, samt om det bidrar til å stimulere motivasjonen. Om oppgavene ikke passer etter vanskenivå og interesse, eller at personen med afasi ikke ser nyttigheten av oppgaven kan det fort bli vanskelig å holde motivasjonen oppe.

For å oppnå god dialog om riktige mål, riktig nivå og interessefelt kommer vi inn på teamet som er i neste kodegruppe, nemlig relasjon.

5.3 Betydningen av relasjon

I denne kodegruppen samlet jeg alt informantene sa om betydningen av relasjon for å fremme hjemmetreningen utenom logopedtimene. Både arbeidsrelasjon mellom logoped og pasient, men også innvirkningen relasjonen til pårørende kan ha.

5.3.1 Logoped- pasient relasjon

Her samlet jeg sitater og utsagn som handlet om relasjonen mellom pasient og logoped for å få gjennomført hjemme-trening på best mulig måte.

Karianne snakker mye om logoped – pasient relasjon. Hun sier: *«Jeg liker å dra å møte pasientene hvor de er, dette for å bygge en god relasjon oss imellom. Målet er å gjøre logopedtimene til noe hyggelig, slik at samtaler og små prat kommer naturlig»*. Karianne snakker også om at småprat før, i og etter timen, for henne også er kommunikasjonstrening. En god relasjon mellom pasient og logoped vil da også føre til bedre samtaler som vil i seg selv også stimulere språket. Karianne tar også frem poenger for å få en god relasjon. Hun bruker begrepet tillit flere steder. *«Tillit er viktig, pasienten og pårørende skal ha en tillit til meg som person, men og tillitt til at jeg gir oppgaver og behandling etter min beste evne. Dette kan jeg vise ved å inkludere pårørende i prosessen, passe på at valgte oppgaver og treningsmetoder er basert på pasients evner og interesser»*. God tillit gir god relasjon, som kanskje videre gir god motivasjon.

Karianne er den informanten som snakker mest om relasjon mellom logoped og pasient som en indirekte virkning på fremming av hjemmelekser. Ut ifra dette tolker jeg utsagnene som en mening av at tillit og relasjon, gjør at prosessen om å utarbeide et godt hjemme-trenings-program blir lettere. På alle felt, interesseområdet, målsetting og metoder.

Jonas nevner også relasjon i kortere trekk. Han snakker om samtaler i møte med pasienten for å bli kjent med dem. Lars forteller: *«Jeg starter timene med litt prat for å bli litt kjent»*. Jeg fikk inntrykk av at de brukte samtaler med pasient og pårørende for å finne interesser å bygge arbeidsoppgaver rundt, ikke direkte for å øke personens motivasjon.

5.3.2 Pårørende

Alle informantene bekrefter at de bruker pårørende som verktøy i rehabiliteringsprosessen. De forteller at pårørende kan brukes i selve rehabiliteringen og som støtteapparat rundt.

Jonas forteller at de pasientene som ikke har kapasitet til å gjennomføre hjemme-treningen alene, må ha hjelp av pårørende. Han inkluderer pårørende i prosessen samtidig som de ikke skal ta over rollen som logoped. Flere av informantene nevner at det er viktig at pårørende får beholde rollen som pårørende. Jonas forteller at for en del personer er pårørende det nærmeste de har, og gjerne de menneskene som kjente pasienter best før slaget. Og på den måten blir

pårørende ett veldig godt verktøy å bruke. Jonas sier at *«sammen med pårørende kan man utarbeide hjemmeoppgaver som går på hverdagen ... Sammen med pårørende kan man lage lister og lekser som går på objekter man finner i hjemmet til pasienten ... Samtidig informerer han at pårørende ikke skal føle seg pliktige til å ta en del av det»*

Lars er enig i at pårørende er en god ressurs og forteller at *«jeg anbefaler folk å jobbe i lag med pårørende, samtidig som man skal se på pårørende sin motivasjon og situasjon. Deres liv har også blitt snudd på hodet, og det viktig å ikke belaste dem med flere roller ... Det kan godt være de er fysioterapeuter, hjemme pleiere og sykepleier allerede for familiemedlemmet sitt»*. Lars nevner og en viktig faktor, og det er at det ikke nødvendigvis er familie som er nærmeste pårørende. For noen er hjemme pleiere eller sykepleier på syke- eller gamlehjem som er nærmeste pårørende, og da er kapasiteten en stor faktor. De ansatte på syke- eller gamlehjem har ofte mye de skal gjøre. Det er ikke sikkert de har kapasitet til å få gjort hjemmearbeid eller å følge opp pasientenes arbeid utenom logopedtimene. Lars forteller videre om sin dårlige erfaring med pasienter på sykehjem. Han opplever at pasienter der ikke får den støtten av de pårørende rundt dem som de trenger, for å kunne gjennomføre mange av oppgavene som blir gitt. Han sier videre at han pleier å legge igjen mapper og oppgaver slik at personalet kan gå igjennom det med dem, slik at hjemmetreningen kan opprettholdes. Men selv om personalet blir personens «pårørende» kan det ikke utelukkes at de kan være overarbeidet og ha flere arbeidsoppgaver å gjennomføre. «Pårørende er gull verdt for mange, men et hinder for noen.» sier Lars.

Lars snakker også om at pårørende kan bli en støtte for å få gjennomført hjemmelekser for dem som sliter med svekket funksjon. Han sier: *«Altså, pårørende er veldig viktig faktor der. Ja, for hvis man ikke kan lese og ikke kan følge skriftlige oppgaver som de har fått på papir, eller om de ikke klarer å huske hva de skal gjøre eller hva instruksjonen er, så er jo det veldig vanskelig»* Lars er innom barrierer for gjennomføring av lekser, jeg tolker de ulike utsagnene som at personen med afasi vil i flere situasjoner være avhengig av pårørende støtte for å kunne gjøre lekser. Fordi afasien vil gjøre det individuelle målet vanskelig. Selv om det gjerne er det målet vi går etter. Overraskende nok er det ingen av informantene som legger vekt på innholdet i leksen som påvirknings kraft, eller drøfter tanken om at oppgavene ikke er individualisert nok slik at pasient skal klare å øve på det selv.

Karianne er enig i de andre utsagn om pårørende som ressurs, og når jeg spør henne hva hun bruker som verktøy for å sørge for at hjemmeleksene blir gjort, sier hun: «*Er de på sykehjem så kan jeg spille på de ansatte, om ikke er det jo familiemedlemmer som kan se på arbeid med dem*». Videre nevnte hun noe interessant som de andre informantene ikke snakket om. Nemlig problemet med en for ivrig pårørende. Hun sier «*En for ivrig pårørende kan ødelegg. Det kan være med å hemme øvingen hjemme. Dette fordi de kan presse og mase for mye på den afasi berørte. De kan ofte tro de er deres feil om personen ikke blir som før fordi de ikke har øvd nok*» Karianne sier at denne type pårørende kan kjøre pasienten i senk, og rett å slett slite dem ut. Ofte kan de pårørende ta saken i egne hender og google og styre på for å komme frem til metoder som skal jobbes med, og rett å slett peke rehabiliteringen i en usunn retning.

Ut ifra hva informantene hevder om relasjoner og pårørende, kan det tolkes slik at alle informantene legger vekt på pårørende som verktøy i gjennomføring av hjemmeleker. Samtidig som de har mye erfaring rundt at pårørende i noen situasjoner kan være utilgjengelig, og at de derfor ikke kan brukes aktivt som verktøy i å fremme hjemmetrening. Videre er det heller ingen av informantene som referer til løsninger for problemet, eller ser på fravær av pårørende som en viktig barriere å kontrollere.

6 Drøfting av funn

Presentasjonen av funnene mine har belyst problemstillingen min, *Hvordan jobber logopedene for å fremme hjemmetrening (hjemmeleker) for personer med afasi?*

Jeg skal i dette kapitlet drøfte mine funn opp mot teori og forskning som omhandler dette tema. Jeg skal gå innom hvert av de tre hovedtemaene i kodegruppene mine. Først skal jeg belyse temaet om *implementeringsmetoder for å fremme hjemmetrening*, videre skal jeg belyse temaet *betydningen av pasientens forutsetninger*, og til slutt *betydningen av relasjon*.

6.1 Implementerings metoder for å fremme hjemme trening i afasi rehabilitering.

I dette kapitlet viser mine funn stor diversitet på hvordan de enkelte logopedene foretrekker å jobbe med afasirehabilitering. Ut ifra hva informantene selv sier ble funnene mine i denne kategorien fordelt i under kategorier, *digitale verktøy, tradisjonelle verktøy og kartlegging av hjemmearbeid*. Under analysen av funn var dette de største faktorene av metoder som kunne hindre eller fremme gjennomføringen av hjemme-trening. I dag finnes det ikke direkte evidensbaserte metoder som garanterer å fremme pasientens hjemmetrening. Man kan hevde at

det er logopeders jobb å prøve og feile på dette området, samtidig som de må påse at konsekvensene og påkjenningen ikke blir for stor for personene med afasi. I teori-kapittelet har jeg tematisert dette med digitale verktøy versus tradisjonelle metoder.

Informantene i min forskning forteller at de ser fordeler og ulemper med begge metoder.

Noen er mer åpen for begge metoder, mens andre ser ikke like mye poeng med en av de to. I funnene ser jeg at holdningen til hjemmearbeid har en vesentlig stor betydning for hvor stor innsats logopeden selv legger i å utarbeide et hjemme-program og om pasientene i det hele tatt jobber med det.

I starten av hvert dybdeintervju spurte jeg logopedene om de legger vekt på hjemmetrening utenom logopedtimene. Flertallet kunne med sikkerhet fortelle at dette var en del av deres afasirehabilitering. Lars sto alene i utsagnet om at han ikke la nok vekt på hjemme-trening, og syntes selv det ikke fantes noe egnede verktøy til dette, og at kartleggingen av treningen er utfordrende. Han sier selv han ikke har noe særlig erfaring med at det blir godt nok gjennomført, til at det skal gi noe bedring. Av artikkelen til Donoso Brown et al. (2021) kan man se at majoriteten av informantene forteller at de har utviklet hjemme-treningsprogram til mer enn 75% av sine pasienter (Donoso Brown et al., 2021). Disse tallene er sånn sett i tråd med at 1 av 4 av mine informanter ikke aktivt bruker hjemmetrening i sin rehabilitering. Brown et al. (2021) fant også at en barriere for aktiv bruk av hjemmetrening fra logopedenes side, var utfordringer med å overvåke og kartlegge arbeidet til afasipasientene. Få rapporterer om muligheter til å «overvåke» arbeidet personen gjør hjemme. Men både hjelpemidler og barrierer for dette er miljøstøtte fra andre og personlige faktorer som motivasjon og kognitive forutsetninger (Donoso Brown et al., 2021). Browns studie støtter utsagn fra både Lars og Jonas, når det kommer til helhetlig innvirkning av pårørende og personlige faktorer for personen med afasi. Motivasjon er viktig for kartlegging, men pårørende kan stimulere motivasjon og motsatt. Det kommer frem i studien at det ikke nødvendigvis er hvilke verktøy som blir brukt som er avgjørende, men de andre faktorene rundt. Som vi ser av ICF-modellen (figur 1) (Helsedirektoratet, 2018) er miljøfaktorer og personlige faktorer to sentrale påvirkende faktorer i denne modellen. Sammen med kroppsfunksjon, deltagelse og aktiviteter, står nettopp miljøfaktorer og personlige faktorer sentralt. Dette burde tas i betraktning av logopeder, også når det kommer til bruk og implementering av hjemmetrening.

Viktige spørsmål i denne oppgaven er om disse implementeringsmetodene har noe effekt eller ikke. I studien til Kurland et al. (Kurland et al., 2018), ser vi av resultatene at en digital

hjemmetrening var effektivt for alle deltagere, men at effekten ble svakere og svakere jo mer alvorlig afasien er. En av informantene mine, Jonas, snakker om nettopp dette med grad av afasi, og hvilke hjemmeoppgaver pasienten faktisk klarer å gjennomføre alene eller med støtte fra andre. Jonas legger opp digitale oppgaver til de pasientene han mener har kapasitet til å gjennomføre, og mener at det er flere og flere pasienter som kommer inn med digitale ferdigheter fra før. Han innrømmer også at han ofte kan hoppe over det digitale verktøyet for pasienter som har en krevende form for afasi, og som han mener vil synes dette er vanskelig. Basert på erfaring ser han positivt på digitale verktøy i afasirehabilitering, men passer på hvem som får den metoden og hvem som ikke får.

Hilde derimot sier at hun prøver aktivt å bruke digitale verktøy uansett utgangspunkt og grad afasi. Hun drar ofte hjem til pasientene og har grundig opplæring i verktøyet for å sikre seg at de kan det når hun ikke er til stedet. Lars og Hilde er to logopeder i denne studien som jeg vil si ha størst skille på hverdagslige påvirkninger. Lars kommer fra en storby og jobber i hovedsak en-til-en med pasientene. Hilde har fokus på grupperhabilitering og er logoped i en liten by, og med det har færre afasipasienter i kø. I intervjuet får jeg et inntrykk at Hilde har bedre tid til hver pasient, og dermed kanskje lagt mer vekt i opplæring av verktøy brukt i rehabiliteringen.

Jonas forteller blant annet at han opplever at de fleste har Ipad eller nettbrett tilgjengelig i dag og synes flere pasienter er mer positivt innstilt til dette, men nevner at det kan være lettere for de fleste parter å gi ut papirutgaver for dem med mindre digitale ferdigheter. Resultatene i studien om effekten av nettbrett i hjemmearbeid (Kurland et al., 2018) viste en negativ korrelasjon mellom digitale ferdigheter og effekten av rehabiliteringen, men resultatene viste også at de med en mer alvorlig form for afasi og med mindre digitale ferdigheter, fortsatt opprettholdt og videreutviklet språkferdighetene sine. Å opprettholde ferdighetene er ofte målet med rehabilitering utenfor en mer intensiv logopedtime.

Men er det mer effektivt i det lange løp med fokus på arbeid som kan gjøres hjemme, enn det som må gjennomføres med logoped? Jeg fant en studie som gikk på hvor effektivt det er å jobbe hjemme, uavhengig av hvilket verktøy som blir brukt.

Denne studien (Godlove & Kiran, 2017) antyder at både de pasientene som fikk hjemmebasert rehabilitering og de som fikk det fysisk hos en logoped, nådde samme grad av bedring sine. Men behandlingens hyppighet utgjorde en signifikant forskjell. De med hjemme-rehabilitering kunne jobbe med arbeidet annen hver dag, mens de som fysisk skulle til logoped fikk et mer realistisk rehabiliterings-timetilbud, med 1-2 timer i uken. Her viste det

seg at hjemme-treningsgruppen nådde sine mål dobbelt så fort som dem i klinikken. Ut ifra denne studien kan vi se at effekten er der, og ikke bare for å opprettholde, men også for å skape ytterligere fremgang. Her kan vi se at det å gi pasientene et godt fremlagt arbeid de kan jobbe med, kan det være fordelaktig. Men igjen, hvordan får vi det til? For Lars og Jonas sin del, som er to logopeder fra to store byer som jobber en-til-en og ikke har like mye tid som Hilde. Vil det basert på funnene til Godlove og Kiran (2017), Tenkes at Hilde, Jonas og Lars sine pasienter vil til slutt nå målsettingen sine, men hurtigheten til å nå samme resultat, blir forskjellig. Det vil for eksempel si at Hilde vil med riktig prioritering av tid med opplæring, få igjen for hvor effektivt et digitalt verktøy vil gjøre prosessen frem til pasientens mål.

Alle mine fire informanter fortalte at de tok i bruk tradisjonelle verktøy som metode alene eller ved siden av de digitale tiltakene. Karianne var den informanten som la mest vekt på den tradisjonelle tilnærmingen, altså papirutgaver. Hun syntes det var lettere å personalisere oppgavene mer, og treffe interessefeltene til pasientene. Som hun videre nevnte, hadde en domino effekt på både relasjon og motivasjon. Hilde nevnte noe jeg aldri hadde tenkt på før. *«Hvis du har veldig negative opplevelser med lekser fra du var barn, så vil det vekke noen følelser når du kommer med papirer og oppgaver og lekse»*. Her må vi se på individnivå og de emosjonelle og sosiale konsekvensene dette innebærer. Hun poengterer at det er viktig å ta vurderinger alt ettersom. Er det personer som ikke kan «fordra lekser», så må man tenke utenfor boksen for samme stimulans uten å gi mer belastning på personen. Har personen veldig dårlig erfaring med hjemmelekser fra tidligere, vil hele konseptet med hjemmetrening kanskje være mer skadelig enn gunstig for dem. Hilde snakker da om alternative metoder for språkstimulering, som sang og musikk, generelle samtaler og mer strukturerte samtaler rundt temaer, interesser osv. Dette kan medføre at pasienten føler seg mer tilfreds og kan utføre arbeidet selvstendig hjemme eller med støtte av pårørende.

6.2 Betydningen av pasientens forutsetninger

I denne kodegruppen har alle informantene hatt en mening om innvirkningen på rehabiliteringsprosessen som en helhet, men spesielt under hjemmetreningen.

Jonas er den informanten som snakket høyest om akkurat dette. Jeg vil nå ta utgangspunkt i mye av det Jonas sier, fordi det er merkbare utsagn som viser seg å være betydningsfulle i det store bilde og hadde stor virkning på analyseringsprosessen. Jonas og Lars er begge enig om at kapasitet er avgjørende for at pasienten skal kunne klare å utføre hjemmelekser. Lars går

inn på dette med tidskapasitet, og at hjemmelekser blir en av hundre ting de skal gjøre i løpet av en uke og at det fort kan glemmes. Jonas nevner også at pasientene har mye å forholde seg til ellers i hverdagen, men at den kognitive kapasiteten har mye å si. At pasienten ikke har kognitive ferdigheter til å gjennomføre lekser på egenhånd eller med noen andre enn logopeden. Ifølge ICF-modellen og tilnærminger til logopedisk arbeid vil jeg si at alle mine informanter er innom den konsekvensfokusert tilnærmingen i noen grad, de ser hvilke konsekvenser afasidiagnosen har på personene med afasi, når det kommer til funksjon og kapasitet. Og at informantene tar hensyn til dette når det kommer til å utarbeide hjemmelekser. Både Jonas og Lars sier de tar hensyn til diagnosens påvirkning av funksjon og kapasitet, og dette både på kognitiv kapasitet, men også språklig kapasitet. ICF-modellen (figur 1) viser tydelig ulike faktorerers samspill i helse, sykdom og rehabilitering, men innbakt i modellen ligger også det premisset at hvordan sykdommen/diagnosen rammer, altså hvor alvorlig og hvilken type afasi personen er rammet av, vil spille en rolle. Rehabiliteringen generelt og hjemmelekser må ta utgangspunkt i personens forutsetninger. (Helsedirektoratet, 2018)

Videre går Jonas inn på at kapasitet må sees i sammenheng med motivasjon og funksjon. Han nevner at motivasjon er det største fenomenet når det kommer til hva som direkte kan fremme eller hemme gjennomføringen av hjemmetrening. I transkriberingen i Jonas sitt intervju, kan jeg se at han stadig går tilbake til temaer som motivasjon, funksjon og kapasitet. Han mente at uavhengig av hvilke metoder eller verktøy som blir brukt, er motivasjon det viktigste å finne frem. Har ikke pasienten motivasjon til å gjøre «lekser» kommer de stort sett ikke til å gjøre de. Dette var noe av det første han så på når han fikk pasienter. «Hva kan jeg gjøre for å finne frem motivasjonen?» Jo, det å etablere mål sammen med pasient, bygge relasjon og utarbeide riktige oppgaver til dem som enkelt individ. Finne interesser og gå etter dem.» Han sa videre at han hadde erfart at en pasient største ønske, var å kunne lese og synge med barnebarnet sitt igjen. «Hva er ikke større motivasjon enn det?» sa han. Videre lagde han oppgaver rundt det som tema, og så videre fremgang.

Weatherill et al (2022) betrodde i sin studie, fenomenet motivasjon. Hva kommer motivasjon av? Hva opprettholder det, og hva er hensikten? I studien omtaler de selvbestemmelsesteori og sosial kognitiv teori opp mot motivasjon. Dette handler om at vi mennesker har en tendens til å unngå oppgaver vi ikke er selvsikre på at vi klarer å gjennomføre (Weatherill et al., 2022, p. 2422). Opp mot denne type teori kan det være logisk å tenke slik informantene mine gjør, når det gjelder motivasjon og afasirehabilitering. Weathertill et al (2022) undersøkte tre

områder: begrepet motivasjon i fysisk rehabilitering; slagrehabiliteringsfagfolks forståelse og kliniske bruk av begrepet motivasjon; og slagpasienters holdninger og tro (Weatherill et al., 2022, p. 2422). De fant at alle deltakerne nevnte motivasjon som en viktig faktor. Det andre tema var de sosiale faktorene, som pårørende og logoped. Her beskriver de at logoped og pårørende ikke skal se på motivasjon som noe man har eller ikke, men at det er deres ansvar å finne frem motivasjonen med å etablere klare mål og gjerne etablere dette sammen, akseptere pasientens verdier og bygge en god relasjon dere i mellom (Weatherill et al., 2022, p. 2422). Dette er faktorer informantene i min studie også betoner. De har selv erfaring med å arbeide med motivasjon i fokus.

Både Lars, Karianne og Hilde hadde et mer strukturert forhold til arbeid med motivasjon. De hadde faste planer de gikk igjennom og forholdte seg til det. Skulle jeg forsøke å kategorisere den grunnleggende tilnærmingen til logopedisk arbeid som mine informanter beskriver, kan vi tentativt si at Jonas og Karianne har en konsekvensfokuset tilnærming, der de ser på vansken i tillegg til forhold rundt pasienten, mens Lars og Hilde muligens har et mer vanskebasert fokus. Lars og Hilde kartlegger vanskemønsteret og lar rehabiliteringen ta utgangspunkt i dette. Målet for hver enkelt pasient varierer mye, og det gjør også fremgangsmåtene for å nå de mål som settes. I min studie kan jeg tydelig se at hver informant synes fenomenet motivasjon er viktig i afasirehabilitering.

Hva gjør de for å fremme hjemmetrening? Karianne er også enig i at motivasjon er viktig, men hun legger mest vekt på relasjon. Hun sier at fundamentet for en god rehabiliteringsprosess samt positiv fremgang er en god relasjon. God relasjon kan føre til at pasientene har et større ønske om å være der, og at det kan gi en annen type tillit til logopeden utenom den profesjonelle tilnærmingen.

Weatherill et al (2022) har en gjennomgang av begrepet motivasjon i ulike rapporter om afasirehabilitering. I rapportene kan man se at logopeder og pårørende antyder at motivasjon påvirker rehabiliteringens beslutninger så vel som behandlingsresultater. I rapportene kan man se at motivasjonsfenomenet baserer seg på en subjektiv vurdering og ikke på empiriske funn (Weatherill et al., 2022). Dette rimer med det jeg finner i min studie. Alle mine informanter baserer seg på følelsen av at de tror motivasjon er viktig, og at de av erfaring har sett at de pasientene de oppfatter som mer motivert får til mer i rehabilitering og i gjennomføring av hjemme-lekser. Logisk og psykologisk sett kan man si at motivasjon trenger man for å få noe til. Direkte i logopedisk forskning finnes det ikke mye empirisk

støtte, for dette. Man finner det gjerne i psykologisk litteratur om motivasjon, men ikke spesifikt knyttet til arbeid med personer med afasi (Weatherill et al., 2022).

6.3 Betydningen av relasjon.

Når jeg spurte mine informanter om hvordan pasient og pårørende tar imot dette med hjemmearbeid, fortalte de at det varierer. De fleste pasienter er motivert for å bli bedre, og de fleste pårørende har et ønske om at de skal bli bedre. Men det er her det blir viktig å opprettholde en jevn motivasjon for pasientene, ved å gi dem oppgaver de mestrer og som utfordrer dem rett. Igjen, å ta utgangspunkt i personens interessefelt og å etablere en god arbeidsrelasjon er viktig. Berg et al., (2019) fant blant annet at det å diskutere urealistiske ønsker og mål med pasienten, å hjelpe dem med å sette riktigere mål ut fra forutsetningene, kunne være av betydning. Jonas snakker om hvor viktig det er å finne riktige mål, og etablere mål for rehabiliteringsprosessen sammen med pasientene, slik at han har mulighet til å finne oppgaver og aktiviteter han vet vil passe til målene, men også sørge for at oppgavene matcher interesse feltet til pasient. Vi kan og også se at forskningen peker på at relasjonen mellom logoped og pasient, og det å samarbeide om å sette mål kan gi pasienten positive resultater, selv om forskningsevidensen er svak. Ut fra forskning fra Levack et al. (Levack et al., 2015) kan vi se at strukturert målsetting i seg selv ikke kan garantere at resultatene til slutt vil være bedre, men de beskriver at en mer strukturert tilnærming til det å sette mål i rehabiliteringsprosessen har et positivt utfall på pasientens deltagelse og engasjement i arbeidet, sammenliknet med rehabilitering uten slikt fokus på målsetting. Jonas snakker om målsetting sammen med pasient for å få oversikt over hvilke mål pasienten har, for igjen å kunne tilpasse til hvilke oppgaver han skal gi i hjemmelekse. Som nevnt tidligere, så kan han for eksempel forberede «lese-lekser» hvis målet er å lese høyt for barnebarna igjen. Men er målet å kunne ha foredrag for andre er gjerne videreformidling, og setningsbygning «leksen». Karianne snakker også om logoped-pasientforhold og målsetting, i form av tillit som jeg skal gå videre inn på senere.

Karianne er den informanten som nevnte relasjon som viktigst faktor for å fremme hjemmearbeid/hjemmetrening. Hun snakker om tillit og hvordan hun kan sørge for å få tillit fra pasientene sine. Og sier: *«Jeg liker å dra å møte pasientene hvor de er, dette for å bygge en god relasjon oss imellom. Målet er å gjøre logopedtimene til noe hyggelig, slik at samtaler og småprat kommer naturlig»*. Ifølge Davidson og Worrall (2017) er et tiltak mot barrierer som kan hindre en god rehabiliteringsprosess, som også tenker på det psykososiale miljøet

rundt pasienten og familie. Det er viktig å ta seg tid til å bygge god relasjon med pasient fra start av (Davidson & Worrall, 2017, p. 316). Videre snakker Karianne om at det kan være vanskelig å vise ovenfor personen med afasi og pårørende, hvorfor metoder hun bruker er riktig. Noen ser gjerne ikke behovet for å snakke sammen i starten av timene, men det gjør hun.

Her nevner Karianne noen faktorer som også ble nevnt i Berg et al (2019) studien, at det er vanskelig å involvere pasient og pårørende i rehabiliteringen da det er begrenset med evidensbasert forskning å vise til. Hvordan får man da etablert tillit? Karianne snakker her om det å la personene med afasi ta en del av prosessen, så langt det lar seg gjøre. Hun har fokus på å få dem til å føle seg viktig og hørt. Vise at man ønsker det beste for dem, og vise at man gir oppgaver og behandling etter sin beste evne i takt med pasients evner og interesse. Studien til Berg et al (2019) konkluderer, slik jeg forstår det, blant annet med at logopedisk rehabilitering ikke kan være utelukkende direkte klient-orientert, fordi afasipasienter er en sårbar gruppe og at det ofte blir satt urealistiske mål. Ut ifra hva informantene i min studie sier, fremmer de hjemmetrening ved å la pasientene ta del i prosessen for å sørge for at hjemme-programmet blir best mulig skreddersydd pasienten. Vi kan også se, fra Papathanasiou and Coppens (2017), at de pasientene som deltar i utarbeiding i mål for rehabiliteringen sammen med logopeden, oppnår bedre resultater. (Papathanasiou & Coppens, 2017, p. 340). I helhet handler det om at logopeden har ferdigheter med å ta ledelse i rehabilitering og ta styringen, men også basere avgjørelser på ideen om at pasientens meninger er viktig og skal ha innvirkning på prosessen.

Alle informantene i min studie bekrefter at de bruker pårørende som et verktøy i rehabiliteringsprosessen, men også i hjemme-treningen. Jonas snakker om at pårørende spiller en stor rolle for de pasientene som ikke har kapasiteten til å gjøre oppgaver selv, eller ikke selv finner tid og sted til det. Jonas og Lars snakker om at det er viktig at de pårørende ikke tar på seg rollen som logoped, men at de får lov å beholde rollen som pårørende også.

Karianne snakker om pårørende som en ressurs, men nevner også noe annet interessant. En for ivrig pårørende kan være med å hemme hjemme-treningen, fordi de kan presse og mase for mye på pasientene. De kan ofte sette for høye mål og lage seg for store forventninger for fremgangen, og kan rett å slett trene pasientene i senk og slite dem ut. I studien til Berg et al (2019) snakker de om å sørge for at det ikke blir for klientorientert. Karianne sier og at hun

har opplevd at pasienter googler og finner metoder selv utenom det logoped har gitt ut, og trener på eget initiativ hjemme med pasientene. Det er vanskelig å stoppe eller veilede en slik situasjon, når det ikke er mye evidensbasert som kan støtte utsagnene dine. Når det kommer til hjemme-trening, vil det mer bli sett på som en metode for å opprettholde treningen ved siden av logopedtimene. Det blir derfor viktig for pårørende å se på oppgaver gitt hjem på den måten også.

Det som er viktig å tenke på når det kommer til pårørende, er at rollen som pårørende også er en helt ny rolle for denne personen. Og det kan derfor i seg selv være krevende for personen å bare være det. Det kan være en påkjenning og mentalt utfordrende. De fleste pårørende trenger veiledning for denne rollen alene, og spesielt når den du er pårørende for har fått afasi, som for mange er helt nytt og ukjent.

Shafer et al. (Shafer et al., 2023) kom frem til fire ulike typer av barrierer for informasjon til pårørende. De fire temaene er (1) hvordan afasirehabilitering har en tendens til å ekskludere pårørende, (2) hvordan afasirehabilitering kan være vanskelig å forstå, (3) at det mangler en strukturert plan for hvordan pårørende kan sjekke inn underveis, og (4) hvordan pårørende vanligvis ikke strekker seg videre utover akutfasen (Shafer et al., 2023, p. 2217). Når det kommer til første tema som handler om at pårørende blir ekskludert i prosessen, kan vi se at informantene i den studien legger vekt på at de har et ønske om å være til stedet under timene, men skjønner at det kan være vanskelig for personen med afasi. Noen forteller også at de har erfart at logoped ikke har ønsket dem til stedet av ulike forståelige grunner, men at det ikke hjelper på for de å forstå hva det er som skjer. I min studie nevner ikke noen av informantene noe om pårørendes deltagelse i rehabiliteringen generelt, men legger vekt på at pårørende er en viktig faktor eller verktøy å lene seg på det når det kommer til hjemmetrening. Det jeg ser i Shafer et al. (2023) studien, er at dersom pårørende får lov å ta en del i rehabiliteringen fra start, vil det ha ringvirkninger på hvordan rehabiliteringsprosessen utvikler seg. Jeg kan skjønne at pårørende som ikke får ta del i eller ikke forstår rehabiliteringen, senere kan slite med å føle at de har nok kunnskap eller er en god nok støtte. Spesielt når det finnes tall på at pårørende ofte sliter psykisk etter at en de er glade i får afasi-diagnosen. Dette oppleves muligens ikke som direkte relevant for logopedisk arbeid, men om det går utover pasienten din og pasientens eventuelle bedring, så vil jeg si det blir relevant for logopeden likevel. Ifølge Davidson & Worrall (2017) er afasi noe som gjelder hele familien, og at familien må stå sammen ovenfor alle de ulike utfordringene som kommer med diagnosen, slik at det ikke

vil gi relasjonskonsekvenser for alle som står nærme personen med afasi. (Davidson & Worrall, 2017). Davidson og Worrall (2017) snakker også om delt ansvar (*shared responsibility*), og mener at det er viktig å finne og å se på likheter og ulikheter på tvers av de målene som pasient, pårørende/omsorgsperson og eventuelle andre klinikere har for arbeidet med den enkelte. Dette for å få et helhetlig perspektiv på pasient og pasientens ferdigheter, samt sørge for at alle som er involvert i tilfellet blir forstått og hørt. Sammen med pårørende kan man utarbeide nye kommunikasjonsmåter som passer pasient godt (Davidson & Worrall, 2017, p. 316), og med tverrfaglig team sørge for at pasients andre fysiologiske behov blir nådd samt eventuelle psykologiske behov til pårørende.

Nettopp dette går de også innpå i studien til Shafer et al (2023). Studien forteller at en av logoped-informantene har opplevd utfordringer med egen kompetanse når det kommer til det psykososiale til pårørende. Hun har nemlig opplevd flere sønderknuste pårørende som kommer til henne og ber om hjelp. Hun har blitt fortalt at livene deres er snudd på hodet, at de beskriver livet og hverdagen som deprimerende og tom. Logopeden nevner da at hun virkelig kunne ønske at vi som logopeder fikk riktig opplæring om hvordan å takle pårørende i slike situasjoner.

Det viser seg i flere av studiene jeg har presentert i denne oppgaven at pårørende er en viktig faktor for rehabilitering i sin helhet, også som en direkte påvirkning av resultatene i hjemmetrening. Ser pårørende verdien av hjemmetrening («lekser»), blir det en enklere prosess for de pårørende å bidra til at dette blir gjort. For å sørge for at dette kan være en faktor man kan ta i bruk, må man også passe på at pårørende også blir hørt og inkludert som selvstendige individer, ikke bare forventes at de er der og gir alt for den rammede. De pårørende trenger veiledning, tilstedeværelse og psykisk støtte igjennom hele prosessen. Det kan være lett å ta for gitt at pårørende er der for personen med afasi uansett, men det er ikke alltid tilfellet.

Vi kan se at mye av det informantene snakker om, om det å fremme og hemme, har en slags indirekte påvirkning på hverandre. Jeg ser temaene motivasjon og funksjon i sammenheng i materialet, siden flere av informantene ser direkte sammenhenger mellom disse. De hadde erfart at motivasjon utgjorde en forskjell på pasientene, og de kunne se at motivasjon ofte hadde en direkte sammenheng med hvorvidt pasientene gjorde «hjemmeleksene» sine eller ikke. Vi kan se fra studien til Berg et al (2019) at pårørendes og pasientens forhold til logoped kan ha en viktig innvirkning på hvordan rehabiliteringsprosessen faktisk blir gjennomført, og

om hjemmearbeid vil fange interessen og stimulere språkvansken samtidig. Pårørende har en viktig innvirkning for å fremme arbeidet, men kan også være en direkte hindring med å være for mye involvert. En balanse mellom alle faktorer virker som den metoden som fremmer hjemmearbeidet best, og rehabiliteringsprosessen som en helhet.

Det jeg finner noe overraskende er at ikke alle informantene mine snakker om felles målsetting som metode for å gi pasienten mulighet for å engasjere seg. Motivasjonen er det fenomenet alle fire er enige om at kan fremme eller hemme hjemmetrenings-prosessen. Men hvordan stimulere motivasjonen til best mulig kapasitet? Som mine informanter har en enighet om: for å oppnå motivasjon for lekser må leksene treffe et interessefelt, og de må inneholde arbeid som har fokus på det pasienten selv ønsker med rehabiliteringen. Og hvordan vet vi hva pasienten har størst ønske om å oppnå? Jo, gjennom det å sette mål, sammen med logoped, slik at de også får veiledning på realistiske mål som det forhåpentligvis kan gi god mening å arbeide mot. Som studien til Levack et al. (2015) viste, finnes det ikke nok evidens for å hevde at målsetting gir bedre resultater, men noe forskning viser at dette har en innvirkning på pasientens engasjement og tilfredshet for prosessen (Levack et al., 2015).

7 Konklusjon

I dag finnes det ikke en evidensbasert metode som kan garantere at hjemmetrening vil fungere bra. Afasipasienter er en så heterogen gruppe, at fremgangen av slike metoder varierer, og med nødvendighet vil variere fra pasient til pasient. Fremtidens mål handler mye om tid for logopeder, noe som vil kreve gode verktøy som kan støtte hverdagen til pasienter i å lykkes med hjemmetrening. Kanskje kan vi håpe at det i fremtiden vil bli utarbeidet et digitalt verktøy som kan gi, men også veilede pasientene gjennom «hjemmelekse-programmet»?

Vi ser imidlertid på sammenligningen av teori og funn i drøftingskapittelet, studier som for eksempel Donoso Brown (2021), at selve verktøyene man velger å bruke når en designer et hjemme treningsprogram, ikke nødvendigvis er like viktige som miljøfaktorene og de personlige faktorene rundt personen med afasi. Dette er lagt svært stor vekt på av mine informanter, og teorien støtter deres utsagn om hvor viktig dette kan være for hele rehabiliteringsprosessen. Motivasjon og funksjon var to viktige begrep i oppgavens drøfting, som nettopp omhandler dette med personlige faktorer. Hvor stor innvirkning det har vil

varierte, og hvor viktig det er for prosessen er uvisst. Man vet gjerne ikke hvor skoen trykker, før man har den på. En kvalitativ intervjustudie med et godt utvalg av afasirammede informanter i forskjellige faser, alder og livssituasjon, hadde vært optimalt for et bredere bilde av problemstillingen. En bedre innsikt i pasientenes meninger og situasjon, kunne gitt logopeder bedre forståelse og forutsetninger til å skape et tryggere og bedre støtteapparat av enda høyere kvalitet.

Klare mål og realistiske målsetninger, både fra logoped og pasient, vil nok føre til en jevnere motivasjonsflyt, som pasienten forhåpentligvis kan ta med seg i hjemmetreningen.

Vi kan se i forhold til studiene nevnt i teorien, at digitale verktøy har visse ulemper.

Tilgjengelighet, det kognitive nivået og digitale ferdigheter er tilsynelatende krevende faktorer som spiller inn, men det kan godt tenkes at digitale verktøy kan gi gode resultater for mange i det lange løp.

Et digitalt verktøy vil forhåpentligvis, i fremtiden, komme med funksjoner som vil gjøre det lettere for en logoped å kunne oppdatere og loggføre hjemmearbeid for videre arbeid i prosessen. Her kan logopeder også benytte tele-praksis og telefonsamtaler. Etter Covid-19 har vi lært at lange avstander ikke nødvendigvis trenger å hindre for god kommunikasjon. Zoom, Teams og andre plattformer for videosamtaler, er ikke bare brukbart, men også allment tilgjengelig. Dette vil også gå under digitale verktøy for å opprettholde et samarbeid for rehabiliterende arbeid og gode forhold for hjemme-trening.

I oppgaven legger informantene tydelig stor vekt på afasi-pasientenes egne personlige faktorer. Dette viser seg å være mye av kjernen i det logopediske arbeidet når det kommer til hjemmetrening. I andre kategori av modellen min: "betydningen av pasientens forutsetninger" ligger over halvparten av informantene mest vekt på individualitetens forskjeller og faktorer, mens et mindretall av informantene la mest vekt på kategorien som var "betydningen av pasientens relasjoner".

Altså relasjoner mellom pårørende/ omsorgspersoner og logoped - pasientrelasjon. Studier presentert nevner hvor viktig de ulike prosessene for afasirehabiliteringen er, og de kan ikke sammenlignes over hva som er mer aktuelt enn det andre, når det kommer til oppfølging. Studien til Wetherill et al. (2022), Berg et al. (2017), Levacker et al. (2015) og Shafer et al. (2023) ser på både dette med viktigheten av pasientens motivasjon for best resultater, på realistiske målsettinger for å stimulere både motivasjon og egen deltagelse, og pårørende sin rolle i rehabilitering.

I sin helhet må vi se på alle disse faktorene for optimal yrkesutøvelse som logoped i arbeid med afasirammede og deres pårørende.

Emosjonelle og sosiale konsekvenser, pårørendes deltakelse, ressurser og muligheter og et selvstendig fundament er mye av det som går igjen i oppgaven.

Får pårørende ta del i afasi-rehabiliteringen og generell støtte i det psykososiale, vil dette kanskje være en motivator for pasienten. Ikke minst det å ha noen å sette seg mål sammen med.

I takt med en av informantene og Davidson og Worrall (2017) kan vi tydelig se at relasjon mellom logoped og pasient har mye og si når det kommer til målsetting, men og som fokus på livskvalitet og tidlig innovasjon mot fremtidige barrierer som kan dukke opp. (Davidson & Worrall, 2017). Som for eksempel nye eller andre helseutfordringer, interessekonflikter for hva materiell man skal bruke i rehabiliteringen, om logopeden kjenner pasienten sin og omsorgspersonene, om logoped har klare mål, god faglig og sosial kompetanse, samt støtte fra andre fagfelt, vil dette kunne være avgjørende punkter for å utarbeide et vellykket hjemmearbeid med hjemmelekser.

Til syvende og sist henger de fleste faktorene nevnt i oppgaven sammen. Relasjon, motivasjon, kognitive evner, funksjon, pårørende, verktøy og miljø. For noen kan det være utfordrende å ta imot lekser uansett hvilket verktøy de tar i bruk, på grunn av svekket kognitive evner eller funksjon for å klare dette på selvstendig grunnlag. Noen har gjerne kognitiv evne, men ingen motivasjon. En annen motivasjon uten ressurser osv. En direkte konklusjon må være at det varierer, og at det er logopeders oppgave å luke ut de hindringene og heller fokusere på å minimere hindringene og stimulere vekst i andre komponenter for å få pasienten klar og motivert for arbeidet på generelt grunnlag. Målet må være å få pasientene i en tilstand slik at de kan, og vil jobbe med arbeid utenom logopedtimene. Det står delvis på personens egen innsats, men at det er logopeders jobb å hjelpe og veilede personen i riktig retning, slik at innsatsen hos pasientene vokser og at ønske om å få ting til ikke er så urealistisk. Og uten en god relasjon med pasientene kan det være en utfordring å vite hvor å starte.

Avslutningsvis vil jeg nevne at det trengs flere studier og mer forskning som kan se på sammenhengene mellom de ulike temaene, og hvilken som kan hemme eller fremme rehabiliteringen i seg selv. Men for hjemmetrening er fokuset på et selvstendig resultat, samt et godt støtteapparat rundt afasi-pasienten. Og for å komme dit må logoped luke ut hva som

mangler, og stimulere til progresjon og effektivitet der det hindrer og prøve å forbedre der det mangler.

8 litteratur liste

- Anker, T. (2020). *Analyse i praksis : en håndbok for masterstudenter* (1. utgave, 1. opplag. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Azevedo, V., Carvalho, M., Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, Â. (2017). *Interview transcription: conceptual issues, practical guidelines, and challenges* [159-168]. [Coimbra] :.
- Berg, K., Askim, T., Balandin, S., Armstrong, E., & Rise, M. B. (2017). Experiences of participation in goal setting for people with stroke-induced aphasia in Norway. A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 39(11), 1122-1130.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1185167>
- Berg, K., Askim, T., & Rise, M. B. (2019). What do speech–language pathologists describe as most important when trying to achieve client participation during aphasia rehabilitation? A qualitative focus group interview study. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(5), 493-503.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1413134>
- Clough, S., & Gordon, J. K. (2020). Fluent or nonfluent? Part A. Underlying contributors to categorical classifications of fluency in aphasia. *Aphasiology*, 34(5), 515-539.
- Dagens Medisin. (2022). Stryk til kunnskapsministeren for svar om logopeder.
<https://doi.org/https://www.dagensmedisin.no/blogg/stryk-til-kunnskapsministeren-for-svar-om-logopeder/162814>
- Davidson, B., & Worrall, L. (2017). Living with aphasia: A client centered approach. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*, 290-319.
- Donoso Brown, E. V., Wallace, S. E., & Liu, Q. (2021). Speech-Language Pathologists' Practice Patterns When Designing Home Practice Programs for Persons With Aphasia: A Survey. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30, 2605-2615.
https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00372
- Engstad, T., Viitanen, M., & Almkvist, O. (2007). Kognitiv svikt etter hjerneslag–diagnostikk og håndtering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Fjærtøft, H., Skogseth-Stephani, R., Varndal, T., Halle, K. K., Krokan, T. G., Bjerkvik, T. F., & Indredavik, B. (2022). Årsrapport for 2022.
- Folkehelseinstituttet. (2023). Sykdomsbyrden i Norge i 2050.
<https://doi.org/https://www.fhi.no/nettpub/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/sykdomsbyrde-i-norge-i-2050/>
- Godlove, J., & Kiran, S. (2017). Is Home Based Therapy as Effective In-Clinic Therapy for Patients With Aphasia? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(10), e77-e78. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.08.243>
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag
- Helsedirektoratet. (2017a). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. <https://doi.org/https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2017b). Tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om døgn-, dag- og hjemmerehabilitering.

- Helsedirektoratet. (2018). Bruk av kodeverk - internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (25.06.2018).
<https://doi.org/https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/bruk-av-kodeverk-internasjonalklassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse-icf>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. ed.). Abstrakt forlag.
- Johnsen-Høines, M., & Alrø, H. (2019). Forskningsmetodologi og undervisningsmetodologi i utdanningsforskning. In *Demokratisk dannelse i skolen: Tverrfaglige empiriske studier* (pp. 34-48). Universitetsforlaget Oslo.
- Kurland, J., Anna, L., & Stokes, P. (2018). Effects of a Tablet-Based Home Practice Program With Telepractice on Treatment Outcomes in Chronic Aphasia. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 61(5), 1140-1156.
https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-17-0277
- Levack, W. M., Weatherall, M., Hay - Smith, E. J. C., Dean, S. G., McPherson, K., & Siegert, R. J. (2015). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane database of systematic reviews*(7).
- Lind, M. (2010). *Afasi : et praksisrettet perspektiv*. Novus.
- Martin, N., Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). *Aphasia rehabilitation : the impairment and its consequences*. Plural Publishing Inc.
- Papathanasiou, I., & Coppens, P. (2017). *Aphasia : and related neurogenic communication disorders* (2 ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Qvenlid, E., Ingjerd Haukeland, Line haaland-Johansen, Monica I. K. Knoph og Marianne Lind. (2017). Afasi og afasirehabilitering. *Afasi- et praksisrettet perspektiv*.
- Reinvang, I. (2003). *Afasi : språkforstyrrelse etter hjerneskode*. Pensumtjeneste.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. ed.). Fagbokforl.
- Shafer, J. S., Haley, K. L., & Jacks, A. (2023). Barriers to Informational Support for Care Partners of People With Aphasia After Stroke. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 32(5), 2211-2231.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. ed.). Gyldendal.
- Weatherill, M., Tibus, E. O., & Rodriguez, A. D. (2022). Motivation as a predictor of aphasia treatment outcomes: A scoping review. *Topics in Language Disorders*, 42(3), 252-265.
- WHO. (2023). Rehabilitation. *World health organization*.
<https://doi.org/https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Yilmaz, M., Sahin, M., & Algun, Z. C. (2019). Comparison of effectiveness of the home exercise program and the home exercise program taught by physiotherapist in knee osteoarthritis. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 32(1), 161-169.

