

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: PE323L-1

Navn: Frida Granheim

---

Logopedens arbeid med personer med stor grad av afasi

---

Dato: 15.mai.2023

Totalt antall sider: 68

## **Sammendrag**

I denne kvalitative studien undersøkte jeg hvordan logopeder arbeider med personer som har stor grad av afasi. Studiens formål var å oppnå en dypere innsikt og forståelse i hvordan logopeder arbeider med stor afasi, samt å utforske hvilke tilnærminger og arbeidsmetoder som benyttes i dette arbeidet. Studien involverte fire erfarne logopeder som informanter. Problemstillingen var rettet mot å identifisere hvilke vanskebaserte, konsekvensfokuserte og indirekte tiltak som ble brukt, samt å utforske logopeders tilnærming til arbeidet med disse personene.

Målet med denne empiriske studien er å besvare følgende problemstillingen: *Hvordan arbeider logopeder med personer med stor grad av afasi?*

Resultatene viste at det ikke eksisterer en ensartet tilnærming blant logopeder i behandlingen av personer med stor grad av afasi. Informantene hadde imidlertid omfattende kunnskap om ulike oppgaver, strategier, metoder og tilnærminger som kan benyttes i arbeidet med disse personene. Noe av det mest gjentagende fra informantene var å fokusere på det enkelte individet, og tilpasse behandlingen til pasientens individuelle behov og interesser. Studien viser til bruk av vanskebasert, konsekvensfokuseret tilnærming og indirekte tiltak.

Vanskebaserte og konsekvensfokuserte tilnærminger var sentrale, der logopedene forsøkte å arbeide direkte med språkvanskene, samtidig som de hjalp personene med å oppnå egne mål. Indirekte tiltak, som involverte personens familie og venner i behandlingen ble også brukt.

Studien konkluderte med at det er viktig for logopeder å ha bred kunnskap, og vise allsidighet ved å benytte ulike tilnærminger og metoder i behandlingen av personer med stor grad av afasi. Ved å tilpasse behandlingen til personenes individuelle behov og interesser, samtidig som man fokuserer på konsekvensene av afasi, kan logopeder bidra til å forbedre kommunikasjonsevne og livskvalitet til personene. Studien påpeker også at det er mange utfordringer i arbeidet med stor grad av afasi, og understreker viktigheten av samarbeid med andre instanser og pårørende for rådgivning og tips.

## **Abstract**

This qualitative study aims to gain deeper insights and understanding into the approaches and methods employed by speech therapists as informants. The study involved four informants, all with extensive experience as speech therapists. The research question focused on identifying the impairment based, consequence-focused, and indirect measures used, as well as examining how speech therapists approached working with these individuals.

The object of this empirical study is to address the following research question: *How do speech therapists work with individuals with severe aphasia?*

The result revealed that there is no specific approach that speech therapists universally employ when work with individuals with severe aphasia. However, the four informants demonstrated extensive knowledge of various tasks, strategies, methods, and approaches that can be utilized in their work with these individuals. Some of the most common approaches included focusing on the individual and tailoring treatment of the patient's individual needs and interests. The study highlights the use of impairment based, consequence-focused, and indirect measures. Impairment-based and consequence-focused approaches were prominent, with speech therapists working directly with the individual's difficulties while helping them achieve their own goals. Indirect measures, such as involving the individual's family and friends in the treatment process, were also utilized.

The study concluded that it is essential for speech therapists to have a broad knowledge of various approaches and methods when working with individuals with severe aphasia. By adapting the treatment to the patient's individual needs, interests and focusing on the consequences of aphasia, speech therapists can help improve the communication abilities and quality of life. The study acknowledges the numerous challenges involved in working with severe aphasia and emphasizes the importance of collaboration with other professionals and involving family members for guidance and support.

## **Forord**

Etter 2 års studiegang ved Nord Universitet i logopedi, markerer denne masteroppgaven slutten av to interessante og lærerike år. Det er har vært to år med mye hardt arbeid som har gitt meg mye kunnskap og lærdom innen logopedifeltet. Min masteroppgave har vært til tider arbeidsom og krevende. Den har også vært interessant og gitt meg dypere innsikt og kunnskap innenfor afasifeltet. Målet med denne masteroppgaven har vært å få den dypere innsikten i arbeidet med stor grad av afasi, noe jeg føler den har innfridd.

Jeg vil takke alle mine medstudenter og lærere gjennom disse to årene, som har bidratt til trivelige og lærerike samlinger. Vil også takke en gruppe medstudenter for gode samtaler og råd gjennom hele studiet, som har ført til mange faglige refleksjoner, samt råd og motivasjon i masterprosjektet mitt. Jeg vil også rette en stor takk til veilederen min, Line Haaland-Johansen. Tusen takk for konstruktive tilbakemeldinger, støtte og godt humør gjennom hele masterprosjektperioden. Jeg vil også takke venner og familie som har gitt meg motivasjon gjennom dette prosjektet.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til alle mine informanter, uten dere hadde det ikke vært mulig for meg og utføre denne masteroppgaven. Tusen takk for at dere delte deres erfaringer, kunnskaper og tanker rundt arbeidet deres med stor grad av afasi.

Jeg håper denne masteroppgaven kan være en kilde til inspirasjon og hjelp for andre, og ikke bare meg.

Verdal, Mai 2023

Frida Granheim

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	i
Abstract .....	ii
Forord .....	iii
Innholdsfortegnelse .....	iv
1.0 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for temavalg .....	1
1.2 Formål og problemstilling .....	2
1.3 Begrepsavklaring .....	2
1.4 Oppgavens oppbygging .....	3
2.0 Teori .....	4
2.1 Afasi .....	4
2.2 Stor grad av afasi .....	5
2.3 Afasirehabilitering .....	7
2.3.1 Logopedisk arbeid ved afasi: vanskebasert og konsekvensfokusert tilnærming .....	7
2.3.2 Logopedisk praksiser i afasirehabilitering .....	9
2.4 Rehabilitering ved stor grad av afasi .....	9
2.4.1 Empirisk undersøkelse om logopedisk arbeid ved global afasi (Adjei-Nicol, 2020)..	10
2.4.2 Vanskebaserte mål, konsekvensfokusede mål, indirekte mål .....	13
3.0 Metode .....	19
3.1 Valg av vitenskapelig ståsted og tilnærming .....	19
3.1.1 Fenomenologi .....	20
3.1.2 Det kvalitative forskningsintervjuet .....	22
3.2 Planlegging av intervjustudien .....	23
3.2.1 Utforming av intervjuguide .....	23
3.2.2 Utvalg av informanter .....	25
3.2.3 Gjennomføring og min rolle som forsker .....	26
3.3 Analyse av datamaterialet .....	27
3.3.1 Transkribering og analyse av datamateriale .....	27
3.4 Vurdering av studiens kvalitet .....	29
3.4.1 Validitet og reliabilitet .....	29
3.5 Etikk .....	30
4.0 Presentasjon av funn .....	31
4.1 Logopedrollen .....	32
4.1.1 Individrettet arbeid: «Har du møtt en, så har du møtt en» .....	32
4.1.2 Logopedrollens kompleksitet: «Jeg trodde jeg var syk» .....	33
4.2 Arbeidet med personer med stor grad av afasi .....	34
4.2.1 Kartlegging: «Du plukker litt og litt» .....	35
4.2.2 Kommunikasjon: «Det er viktig å se helheten» .....	36
4.2.3 Impressive vansker: «Det handler om likeverdig arbeid» .....	37
4.2.4 Ekspressiv kanal: «Vi må ha med oss ørene» .....	39
4.3 Et liv med vansker? .....	41
4.3.1 Tidlig fase: «Jo større afasien er, jo vanskeligere er det» .....	41
4.3.2 Kronisk fase: «Noen ganger kan vi ikke fortsette» .....	42
5.0 Drøfting .....	43
5.1 Personer med stor grad av afasi er en sammensatt gruppe .....	44
5.2 Logopeder bygger på det de observerer og på det som fungerer .....	45
5.3 Det logopediske arbeidet er kreativt og komplekst .....	49
5.4 Hvor langt man kommer avhenger av flere faktorer .....	51
6.0 Avsluttende kommentar .....	53

Litteraturliste .....	54
Vedlegg .....	58

## **Oversikt over figurer og tabeller**

FIGUR 1: EKSEMPLER PÅ LOGOPEDERS MÅL FOR ARBEID MED PERSONER MED STOR GRAD AV AFASI (ADJEI-NICOL, 2020) .....	12
FIGUR 2: ARBEIDSARK FOR TILPASSET SFA VED STOR GRAD AV AFASI (MUNRO & SIYAMBALAPITYA, 2017) .....	16
TABELL 1: TI ARTIKLER SOM ILLUSTRERER VARIERTE MÅL OG METODER I ARBEIDET MED PERSONER MED STOR GRAD AV AFASI .....	13
TABELL 2: BREDDEN AV PRAKSISBESKRIVELSER I MITT MATERIALE: EKSEMPLER SATT OPP I TRÅD MED MODELLEN TIL ADJEI-NICOL (2020) .....	49

## **1.0 Innledning**

I dette kapitlet vil jeg begrunne bakgrunnen for temavalget afasi, og begrunne hvorfor jeg har valgt å fordype meg innenfor dette logopedifeltet. Jeg vil deretter begrunne hva formålet med oppgaven er, samt begrunne valget av problemstillingen. Til slutt vil jeg presentere ulike begreper som jeg synes er relevant å avklare for oppgavens relevans, før jeg avslutningsvis beskriver oppgavens oppbygning.

### ***1.1 Bakgrunn for temavalg***

Afasi er en språkvanske som oppstår etter en skade eller sykdom i hjernen. Språkvansken kalles en ervervet språkvanske fordi den afasirammede har hatt en normal språklig utvikling, og er dermed ikke født med språkvanskene. Den mest vanlige årsaken til afasi er hjerneslag etter hjerneblødning eller blodpropp. Det er ca. 15.000 mennesker som blir rammet hvert år i Norge, der 25% rammes i språksenteret i hjernen (Qvenild, Haukeland, Haaland-johansen, Knoph, & Lind, 2010, s. 24).

Personer som blir rammet av afasi trenger språklig, fysisk, psykisk og sosial rehabilitering. Noen vil behøve livslang rehabilitering, men de aller fleste trenger intensiv og langvarig språkrehabilitering. I følge opplæringsloven (1998) så har alle som rammes av afasi rett til rehabilitering uansett alder, og de kan også ha behov for fornyet opplæring. For de fleste med ervervede språk- og talevansker vil det være behov for spesialundervisning gitt av logoped (Helsedirektoratet, 2017).

Med bakgrunn for at afasi er en språkvanske som kan ramme hvem som helst, vil det være behov med kunnskap om rehabilitering angående afasi. Siden en stor andel får afasi etter hjerneslag, så synes jeg at dette er et svært relevant tema innenfor logopedifeltet. Med lovbestemmelser som tilsier at alle har rett til rehabilitering og logoped, så viser det til et relevant fagfelt innenfor logopedifeltet. Ved å ha kunnskap om dette samt egen interesse for afasifeltet falt det meg naturlig å undersøke dypere inn i afasifeltet. Etter å ha valgt temaet afasi, bestemte jeg meg for å spisse forskningen min, og valgte dermed stor grad av afasi. Beslutningen for stor grad av afasi kom fra interesse for afasifeltet samt egen erfaring fra praksisperioden, der jeg fikk muligheten til å arbeide med en person med store afatiske

vansker. Disse erfaringene ga meg mer interesse for afasifeltet og spesielt stor grad av afasi. I tillegg vet vi at mange personer med stor grad av afasi vil måtte leve resten av sitt liv med store afatiske vansker, tross rehabilitering (Chapey & Hallowell, 2008, Olsson, Arvidsson & Johansson, 2019). Det er også mangel på forskning om rehabilitering ved stor grad av afasi (Olsson, Arvidsson & Johansson, 2019). Dette pirret min interesse, og jeg ville derfor undersøke hvordan logopeder arbeider med denne pasientgruppa, hvis den språklige utviklingen er lav tross behandling. Derfor så jeg på dette som en mulighet for å undersøke dypere inn i afasifeltet.

### ***1.2 Formål og problemstilling***

Formålet med denne oppgaven er å undersøke logopeders arbeid med stor grad av afasi. Og dermed få en nyansert innsikt og dypere kunnskap innenfor logopeders arbeid med personer med store afatiske vansker. Siden stor grad av afasi innebærer vansker innenfor en, flere eller alle språkmodalitetene (tale, forståelse, lesing og skriving), er hensikten med oppgaven å undersøke hvordan logopedene arbeider med dette. Derfor er problemstillingen formulert slik:

*Hvordan arbeider logopeder med personer med stor grad av afasi?*

### ***1.3 Begrepsavklaring***

Formålet med denne oppgaven er å undersøke logopeders arbeid med personer med stor grad av afasi. Begrepet *stor grad av afasi* er svært sentralt i oppgaven, og vil utdypes mer i teorikapitlet. Jeg vil her bare kort forklare hva jeg legger i begrepet. Jeg vil også kommentere to andre fagbegreper fra oppgaven, nemlig *personen* med stor grad av afasi og *pårørende*.

Afasi er «en spesifikk ervervet vanske som påvirker språklige modaliteter og funksjoner, og som skyldes en fokal skade i hjernen i den språklig dominante hemisfæren» (Papathanasiou & Coppens, 2017, s. 4), som følge av en ervervet skade eller sykdom i hjernen. Begrepet *stor grad av afasi* er komplisert og det kan forstås på flere måter. Dette beskrives som nevnt ytterligere i teorikapitlet. Adjei-Nicol (2020) påpeker at termen «severe aphasia» både kan brukes for å referere til personer med sterkt nedsatt kommunikasjonsfunksjon grunnet alvorlige vansker i én språklig kanal eller for å referere til personer med betydelig nedsatt funksjon i alle språklige modaliteter og med betydelig nedsatt kommunikasjon i alle kanaler.



Som det vil fremgå senere i oppgaven, så vil dette prosjektet forholde seg til begge disse ulike forståelsene når stor grad av afasi blir omtalt. Dette er gjort for å forsøke å favne de ulike forståelsene som finnes, både i litteratur og forskning og blant logopedene som er informanter i dette masterprosjektet, noe som også kan gi masteroppgaven en faglig bredde.

I faglitteraturen, praksisfeltet og i lovverket er det ofte ulike begreper man møter når man skal beskrive en person med ervervet språkvanske. I lover og forskrifter brukes ofte et begrep som *bruker*, og i faglitteratur brukes *person med afasi*, *pasient*, *klient*, *afatiker*, *afasirammet* etc. Logopedene som stilte som informanter i denne oppgaven brukte også flere ulike begreper i beskrivelsene sine. Jeg har vekslet mellom forskjellige begreper i denne oppgaven. Dette for å unngå mange gjentakelser med lange begreper, og for å sikre en bedre flyt i teksten. I tillegg har jeg gjerne brukt begreper som forfatterne selv har brukt, for eksempel i teorikapitlet.

Begrepet pårørende blir brukt i resultatkapitlet og drøftingskapitlet senere i oppgaven. Med pårørende menes nær familie og andre som står personen nært. Dette kan bety ulike ting for den enkelte personen, for eksempel ektefelle, barn, barnebarn, søsken og/eller nære venner.

#### ***1.4 Oppgavens oppbygging***

Oppgaven er totalt oppdelt i 6 hovedkapitler, bestående av flere underkapitler. Oppgaven består videre av 5 kapitler, som jeg nå skal presentere kort innholdet i.

##### Kapittel 2

I kapittel 2 som utgjør Teori, inneholder opplysninger og teorigrunnlag om afasi og ulike afasirehabiliteringer. Videre så belyses det empiriske funn i undersøkelsen og dette er valgt med bakgrunn for oppgavens tema og problemstilling.

##### Kapittel 3

Her presenteres valg av metode, vitenskapelig ståsted og tilnærming. Jeg presenterer også utvalget av informanter, intervjustudien og analysen av datamaterialet. Til slutt beskriver jeg etiske aspekter ved denne oppgaven.

##### Kapittel 4

I dette kapitlet presenteres funnene av datamaterialet. Funnene er presentert på bakgrunn av datamaterialet av de 4 informantene, der det er gjengitt beskrivelser og sitater.

## Kapittel 5

Her kommer drøftingskapitlet, der jeg vil drøfte mine funn fra datamaterialet opp mot teori og tidligere forskning som er presentert og beskrevet i kapittel 2.

## Kapittel 6

Til slutt er det en avsluttende kommentar på denne forskningsstudien, som belyser arbeidet og problemstillingen min.

## **2.0 Teori**

I dette kapitlet vil jeg presentere relevant teori og forskning som er knyttet til min problemstilling. Først vil jeg beskrive hva afasi er, samt beskrive stor grad av afasi og dens prevalens. Så vil jeg gi beskrivelse rundt afasirehabilitering, og vise til både eldre og nyere teorier og forskning, med et spesielt fokus på rehabilitering ved stor grad av afasi.

### ***2.1 Afasi***

Selve ordet afasi kommer fra det greske ordet *aphasia*, som direkte oversatt betyr «tap av taleevnen» (Qvenild et.al., 2010, s. 23). Afasi er som nevnt tidligere en språkvanske som skyldes en ervervet skade i hjernen som kan oppstå etter skade eller sykdom. Afasi oppstår etter en ervervet hjerneskade hos personer som har hatt en normal språklig utvikling inntil tidspunktet for sykdom eller skade. Afasi kan defineres som:

«[E]n spesifikk ervervet vanske som påvirker språklige modaliteter og funksjoner, og som skyldes en fokal skade i hjernen i den språklig dominante hemisfæren. Dette påvirker personens kommunikative og sosiale fungering og hans/hennes livskvalitet, i tillegg til livskvaliteten til personens pårørende og omsorgspersoner» (definisjonen er oversatt fra engelsk). (Papathanasiou & Coppens, *Aphasia and related neurogenic communication disorders: Basic concepts, management, and efficacy.*, 2017, s. 4)

Videre forklarer Papathanasiou & Coppens (2017) at denne språksvikten kan ramme noen eller alle språklige funksjoner som fonologi, morfologi, syntaks, semantikk og pragmatikk. Det kan ramme muntlig språkproduksjon, lesing, skriving og auditiv forståelse. Chapey og

Hallowell (2008) betegner afasi som en multimodal språkvanske. Alle de språklige kanalene, de ekspressive og de impressive, kan rammes, men ikke nødvendigvis i like stor grad.

Afasien rammer ofte brått og uventet og forårsaker dramatiske endringer i livet til de som blir rammet og for deres familie. Hos de aller fleste skyldes afasi en skade i venstre hjernehalvdel, altså det vi lenge har oppfattet som den språkdominante hjernehalvdel. Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag, som omfatter både hjerneblødning og blodpropp i hjernen (Fogle, 2019). I følge Qvenild og kollegaer (2010) er hjerneslag en vanlig sykdom, særlig hos eldre, men yngre mennesker kan også rammes. I følge Collins (1986, referert i Adjei-Nicol, 2022, s.18) lå frekvensen av afasi på mellom 10% og 30% av tilfellene afasi etter slag. Med medisinske fremskritt ved akutt hjerneslag, mente han at frekvensen kunne falle som følge av fremskritt innen forskning og medisin (Collins, 1986, referert i Adjei-Nicol, 2020). Norsk Hjerneslagregister gir de beste tallene for hyppigheten av hjerneslag i Norge. I følge rapport fra registeret fra 2021, viste tallene 9158 tilfeller av hjerneslag i Norge, og vi ser at selv i dag har 24% av personer med hjerneslag afasi ved innleggelse på sykehus (Norsk Hjerneslagregister, 2022). Andelen eldre i befolkningen øker. Norge er blant landene i verden med høyest forventet levealder. Dette har økt jevnt gjennom de siste 50 årene (Folkehelseinstituttet, 2023). Derfor kan vi hevde at det vil være minst like viktig med afasirehabilitering og kunnskap om afasi også fremover i tid.

## ***2.2 Stor grad av afasi***

Man har tradisjonelt sett kategorisert afasier inn i flere ulike afasityper og man kan dele de ulike typene i to hovedkategorier; flytende og ikke-flytende afasi (Fogle, 2019, s. 333). Reinvang har beskrevet (1978) at alle afasier kan variere i alvorlighetsgrad. Men han påpeker at de afasier som har «generelt reduserte prestasjoner på språklige oppgaver» (Reinvang, 1978, s. 55), er global afasi innen de ikke-flytende afasiene og Wernickes afasi innen de flytende afasiene. I tillegg påpeker han at to andre afasityper har like reduserte språklige ferdigheter som global afasi og Wernickes afasi, med unntak av at personer med disse typer afasi har bevart evnen til å gjenta ord. Dette er to sjeldne afasityper kalt henholdsvis transkortikal motorisk og transkortikal sensorisk afasi (Reinvang, 1978, s. 55). Adjei-Nicol (2020, s. 18) beskriver global afasi som «a severe acquired impairment of communicative ability across all language modalities where often no single communicative modality is

strikingly better than another.” Hun hevder dessuten at global afasi er den afasien som kan forstås som den mest alvorlige og funksjonshemmende av afasier (Adjei-Nicol, 2020, s. 18).

Adjei-Nicol (2020, s. 18) viser til at vi kan finne at termene «global aphasia» og «severe aphasia» brukes om hverandre i forskningen. Det er noen forskningsartikler som også bruker termen total eller irreversibel afasi i stedet for global. Samtidig påpeker Adjei-Nicol (2020) at termen «severe aphasia» også ofte brukes for å referere til personer med alvorlige vansker i én språklig kanal, og da ofte den ekspressive kanalen, slik Adjei-Nicol (2020) forstår det.

På norsk kan man finne flere begreper på store vansker ved afasi, slik som global afasi, total afasi, alvorlig afasi, stor afasi, svær afasi, svær grad av afasi, stor grad av afasi, og så videre. I denne oppgaven brukes begrepet “stor grad av afasi”, uten at det i intervjuene (som er datainnsamlingen i prosjektet) er nøyaktig definert nærmere hva slags former for afasi eller afatiske utfall som faller innenfor eller utenfor denne termen. Logopedene som intervjues i denne studien får besvare spørsmål om personer med stor grad av afasi, uten at de blir bedt om å definere hva de legger i termen. Det kan muligens ses på som en faglig svakhet med oppgaven. På den annen side står informantene fritt til å snakke om den praksisen og de personene som de selv forbinder med stor grad av afasi. Det er muligens en styrke i prosjektet. Adjei-Nicol (2020) er som nevnt inne på at vi også i forskningen kan finne ulike forståelser av hva stor grad av afasi er. At en term som «global afasi» ikke er benyttet i intervjuene med informantene i dette prosjektet, skyldes at det ikke lenger er så vanlig å klassifisere afasi på denne måten i praksisfeltet i Norge (Qvenild et al., 2010).

Vansker med auditiv forståelse kan man ofte se hos personer med afasi og det er antageligvis den mest utfordrende vansken å behandle ved store afatiske vansker (Morris & Franklin, 2017). Forskning antyder også at personer med afasi med store auditive vansker har høyere frafall fra fysioterapi, ergoterapi og logopedi, sammenlignet med de med mildere auditive vansker (Paolucci, et al., 2018). Adjei-Nicol (2020) retter søkelyset mot kognitive vansker hos personer med stor grad av afasi, og mener dette er et moment som vi ikke vet nok om. Reinvang (1978, s. 96) vektlegger også at personer med det han kaller for «svær grad afasi» oftere har bilaterale skader (skader som har rammet begge hemisfærer, ikke bare den venstre).

Det kan med andre ord hende at denne gruppen, eller disse grupper, av afasipasienter skiller seg fra andre pasienter med afasi på flere måter.

Det er få studier som har utforsket alvorlig eller global afasi, og ofte er studiene begrenset til enkeltcasestudier. Når store afatiske vansker vedvarer, ser prognosen ut til å være dårlig. Det er fortsatt et behov for forskning om afasirehabilitering på dette feltet (Adjei-Nicol, 2020).

## **2.3 Afasirehabilitering**

I dette kapitlet vil jeg først, kort og generelt, beskrive behandling av afasi, samt kort skissere to ulike overordnede tilnæringer til arbeidet ved afasi: vanskebasert og konsekvensfokusert tilnærming (avsnitt 2.3.1). Deretter skal jeg svært kort beskrive kompleksiteten i logopeders praksis i afasifeltet, ut fra en nyere studie av Gauvreau og kolleger (2019) (avsnitt 2.3.2).

### ***2.3.1 Logopedisk arbeid ved afasi: vanskebasert og konsekvensfokusert tilnærming***

De som har blitt rammet av afasi har behov for et målrettet, helhetlig og individuelt tilbud over tid, uansett afasitype og grad. Afasirehabilitering handler om å gjenoppbygge språk og kommunikasjonsferdigheter, samt det å venne seg til en ny livssituasjon. Varighet og intensitet vil kunne ha stor betydning på resultatet av den logopediske behandlingen. For å få et best mulig resultat kan det være viktig å komme raskt i gang. Den logopediske behandlingen kan gis individuelt eller i gruppe, der kombinasjonen av disse ofte vil fungere godt (Qvenild et al., 2010). Afasirehabilitering innebærer å fokusere på språk og kommunikasjon. Samtidig bør man også fokusere på sosial interaksjon og det å fremme en positiv holdning til livet (Chapey & Hallowell, 2008). Logopedisk arbeid kan innebære gjenoppretting av eller kompensering for språklige funksjoner (Lesser & Milroy, 1993), og arbeidet kan også rettes mot pårørende.

Vanskebasert tilnærming er en metodeteori som er ansett som den mest tradisjonelle for afasibehandling (Thompson & Worrall, 2008). Fokuset i denne tilnærmingen er å ta utgangspunkt i en språkvanske, der et vesentlig mål er å forbedre de ulike aspektene av språket som er svekket (Basso, 2010). Den vanskebaserte tilnærmingen tar utgangspunkt i hvordan språket fungerer ved språklig prosessering. Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i

de språklige funksjonene der personen har vansker, for så å trene opp disse. I tillegg til å bygge videre på sterke språklige funksjoner.

Vanskebasert tilnærming handler rett og slett om å finne ut hvilke komponenter og prosesser i språkssystemet som har blitt svekket som følge av afasien, og å finne ut hvilke komponenter og prosesser i språkssystemet som fungerer relativt bra, og dermed finne tiltak som tar utgangspunkt i dette (Thompson & Worrall, 2008).

Konsekvensfokusert tilnærming har flere navn og kan også gå under beskrivelser som funksjonell modell, psykososial tradisjon og sosial modell (Thompson & Worrall, 2008). I denne oppgaven vil jeg bruke navnet konsekvensfokusert tilnærming. Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i konsekvensene av vanskene for personen med afasi, der man ser helheten av endringen i pasientens livskvalitet, kommunikasjonsvansker, og pasientenes mulighet til deltakelse i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger. Målet med denne tilnærmingen er å redusere konsekvensene afasien har for personens liv (Thompson & Worrall, 2008).

Ved å arbeide etter denne tilnærmingen har logopedene ikke bare fokus på selve språkvansken, men også på kommunikasjon, livskvalitet og deltakelse for både den afasirammede og pårørende. Konsekvensfokusert tilnærming har derfor et utvidet perspektiv og tilnærming. Det vil si at det kan innebære tiltak som er nært knyttet til vanskebasert tilnærming med fokus på de ulike språkvanskene. I tillegg til dette har konsekvensfokusert tilnærming et større fokus som kjennetegnes ved at det i stor grad fokuserer på livsendringene personen går gjennom ved å ha blitt rammet av afasi. Konsekvensfokusert tilnærming tar sikte på å forbedre livskvalitet, velvære og deltakelse hos personen med afasi og han/hennes nærpå personer (Worrall, Sherratt, & Papathanasiou, 2017). I følge Qvenild og kollegaer (2010) er den konsekvensfokuserede tilnærmingens mål i langt større grad definert ut fra forhold utenfor selve afasien. Dette kan innebære å kunne kommunisere med familien, komme tilbake til arbeidslivet og utføre dagligdagse gjøremål.

### **2.3.2 Logopedisk praksis i afasirehabilitering**

Det finnes flere måter å beskrive logopeders praksis i afasifeltet på. Her skal jeg forsøke å beskrive logopedisk praksis i afasirehabilitering med utgangspunkt i en relativt ny empirisk studie av Gauvreau og kollegaer (2019). Jeg anser at funnene fra denne studien kan bidra til å kaste lys over hvordan logopeder jobber med personer med afasi. Gauvreau og kollegaer (2019) studerte praktiserende logopeder i afasifeltet. De fulgte logopedene over tid og gjorde flere intervjuer. Ut fra det logopedene beskrev, så konkluderte forskerne med at vi kan skille mellom sentrale og perifere kliniske aktiviteter i logopedisk arbeid ved afasi. Sentrale kliniske aktiviteter prioriteres, mens mer perifere kliniske aktiviteter gjøres når tiden tillater det. De sentrale kliniske aktivitetene som ble identifisert i studien var rådgivning (*counselling*), å kartlegge svake og sterke sider (*assessing needs and abilities*), å sette mål (*setting therapy goals*) og selve det logopediske arbeidet (*conducting therapy*). Det forskerne tolket som mer perifere kliniske aktiviteter var å inkludere pårørende og å samarbeide med andre aktører, som for eksempel medlemmer i tverrfaglig team eller relevante organisasjoner i lokalsamfunnet (grupper eller organisasjoner for personer med afasi). Logopedenes praksis kunne kategoriseres som enten å ha fokus på de språklige vanskene eller på sosial deltakelse. Visse typer praksis fokuserte dessuten både på språklige vansker og på sosial deltakelse.

Gauvreau og kollegaer (2019) fant også at til tross for at logopedene i studien var erfarne logopeder, så hadde praktikerne en rekke underliggende spørsmål eller elementer de var usikre på. Dette var både spørsmål om hva som var gode mål for afasirehabilitering og spørsmål om hvilke aktiviteter som burde skje i logopedisk praksis. Dette antyder at å jobbe som logoped med personer med afasi, generelt kan kategoriseres som krevende. Det er mange beslutninger og spørsmål som logopedene står overfor i møte med hver enkelt med afasi, som det ikke finnes noe fasitsvar på. Gauvreau og kollegaer (2019) fant dessuten at stedet logopeden jobbet på påvirket den logopediske praksisen i stor grad. Mens noen arbeidsplasser så ut til å fremme logopedens profesjonelle autonomi, så var tidspress og opplevelsen av krav om visse typer arbeidsmåter mer tydelig på andre arbeidsplasser.

### **2.4 Rehabilitering ved stor grad av afasi**

I dette kapitlet vil jeg primært lene meg på ny forskning av Adjei-Nicol (2020). Hun har studert rehabilitering ved global afasi. Jeg vurderer hennes funn som svært relevante for mitt prosjekt om stor grad av afasi. Adjei-Nicol (2020) har blant annet gjort en spørreundersøkelse (survey) blant britiske logopeder om deres praksis ved global afasi, og hun har gjort en

omfattende litteraturstudie om forskning på feltet. Denne litteraturgjennomgangen gir oss en oversikt over mengder relevant forskning. I tillegg har jeg selv søkt etter forskning i databaser (se avsnitt 2.4.2). Det er disse artiklene og arbeidet til Adjei-Nicol som i størst grad preger innholdet videre i avsnitt 2.4.

#### ***2.4.1 Empirisk undersøkelse om logopedisk arbeid ved global afasi (Adjei-Nicol, 2020)***

Adjei-Nicol skrev en doktorgrad i 2020 om logopedenes arbeid med global afasi. Hun foretok en spørreundersøkelse blant britiske logopeder som viser til blant annet hvilke uformelle tester/oppgaver logopedene bruker i kartlegging, samt en modell som presenterer logopedenes mål for arbeidet. Denne modellen har hun valgt å dele inn i vanskebaserte mål, funksjonelle mål og indirekte mål. I sin doktorgrad ser hun også på kognitivt arbeid og tiltak logopedene bruker i undervisningen, samt årsaker til at de avslutter den logopediske behandlingen.

##### *Kartlegging/evaluering av språkvansken*

Vedrørende spørsmål om hvordan logopedene evaluerer/kartlegger personen med global afasi viser undersøkelsen at 42 av 45 (93.3%) bruker uformelle språkvurderinger (Adjei-Nicol, 2020). 23 av 45 (51.1%) rapporterte at de brukte standardiserte språkevalueringer og 13 av 45 (28.9%) svarte at de brukte «andre» måter å evaluere språket på. 3 av de 13 (23.1%) som svarte «andre» alternativ beskrev at de brukte observasjon og indirekte evaluering gjennom samtale og familiesamarbeid.

De 42 som oppga at de brukte uformelle ikke-standardiserte språkevaluering, oppga også hvilke oppgaver de oftest tok i bruk. Da viste det seg at matching av objekter var den mest rapporterte uformelle oppgaven som ble brukt. Etterfulgt av matching av bilder, produsering av gester, ja/nei-spørsmål, matching av gester til objekter, matching av ord til bilde og matching av gester til bilde. Disse 42 logopedene ble også spurt om de brukte å score disse resultatene ved å klassifisere klientene deres innenfor global afasi, der 78.3% svarte nei.

##### *Intervensjonspraksis*

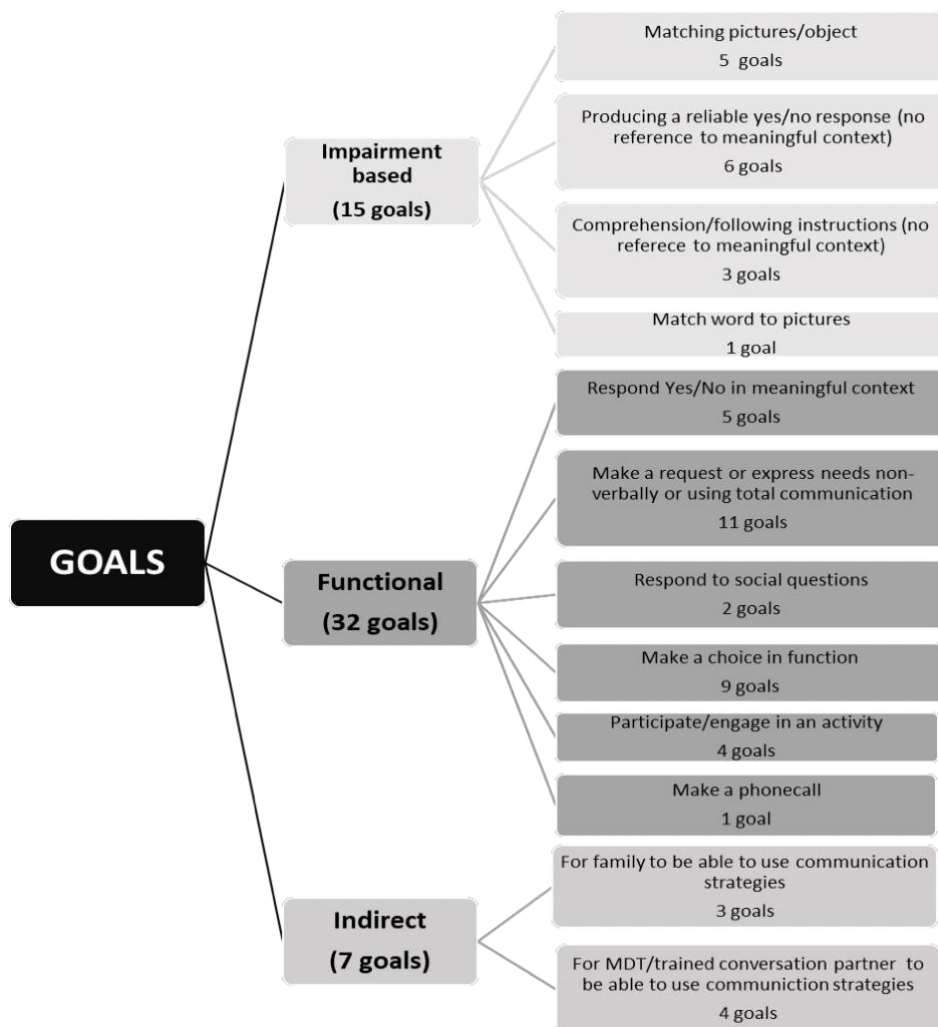
39 av 45 (86.7%) rapporterte at de brukte direkte behandling for personer med global afasi. 24 av 45 (51.1%) rapporterte at deres behandling for personer med global afasi besto bare av en



til en intervensjon, altså indirekte behandling. 2 av 45 tilby bare gruppebehandling og 14 av 45 beskrev at de brukte både direkte individuell behandling og gruppebehandling. Ser vi nærmere på bakgrunnen for å tilby direkte en-til-en-intervensjon ser vi at 45.9% svarer at man ved deres arbeidsplass bare kunne tilby denne type logopedisk hjelp for personer med global afasi. Deltakerne ble spurt om hvilke behandlingsmetoder de brukte for klientgruppa. Hele 95.5% brukte det man kan kalle for en kommunikasjonstilnærming. PACE ble brukt av 51.1%. Videre fortalte 28.9% at de støttet seg på databaserte programmer i det logopediske arbeidet.

### *Mål for logopedisk arbeid*

Ved spørsmål om målsetting for personer med global afasi var det 54 eksempler man kunne krysse ut. Målene var igjen delt inn i kategorier; vanskebaserte mål («impairment based»), konsekvensfokuserte mål («functional based») og indirekte mål (se figur 1, under). Resultatet viste at 27.8% av logopedenes mål var vanskebaserte, 59.3% var konsekvensfokuserte og 13% var indirekte mål. Det mest anvendte målet var arbeid med å hjelpe personen å uttrykke egne behov (et konsekvensfokuserert mål). Det nest mest rapporterte målet (16.7%) var relatert til det å foreta valg i en funksjonell sammenheng. De indirekte målene var rettet mot kommunikasjonspartnerne til personen med global afasi. Disse målene handlet om å veilede pårørende og andre kommunikasjonspartnere (blant annet tverrfaglige team (MDT)) i bruk av passende strategier i kommunikasjon med personen med global afasi (Adjei-Nicol, 2020).



Figur 1: Eksempler på logopeders mål for arbeid med personer med stor grad av afasi (Adjei-Nicol, 2020)

Etter spørsmål om målsetting for personer med global afasi fikk deltakerne i oppgave å oppgi hvilke spesifikke metoder de brukte med personer med stor grad av afasi. Det viste at totalkommunikasjon var den mest vanlige arbeidsformen, der arbeid som var rettet mot alternative kommunikasjonsmåter var det mest rapporterte. 84.4% rapporterte fokus på kommunikativ skrijving og tegning. Hele 80% rapporterte arbeid med gester som det mest anvendte og 40% oppga mer spillpregede oppgaver som sin mest anvendte arbeidsform.

### Utfordringer

Spørreundersøkelsen tok for seg hvilke grunner deltakerne hadde for å avslutte arbeidet med personene med stor grad av afasi. Tallene viste at 86.7% oppga at klientene hadde oppnådd sine mål eller at de viste ingen eller lite fremgang selv etter en viss behandlingstid. 86.7% oppga klientens motivasjon som avgjørende for å avslutte behandlingen og 6.7% oppga «annet», der de vurderte hvordan klienten mestret vanskene sine og der deltakerne selv

vurderte om tjenesten deres var i stand til å tilby ytterligere økter. Vedrørende spørsmål om hva som var det mest utfordrende for å arbeide med denne pasientgruppa oppga 28.1% manglende motivasjon fra pasientene selv. 21.9% oppga forventningene fra pårørende som mest utfordrende, mens 12.5% oppga størst utfordring knyttet til kognitive vansker hos personer med stor grad av afasi (global afasi) (Adjei-Nicol, 2020).

#### **2.4.2 Vanskebaserte mål, konsekvensfokuserede mål, indirekte mål**

I dette prosjektet har jeg forsøkt å sette meg inn i noe av forskningen om logopedisk arbeid ved stor grad av afasi. Det finnes tross alt en viss mengde forskning, men flere hevder som nevnt at eksisterende forskning ikke har særlig sterk evidens (Adjei-Nicol, 2020). Først undersøkte jeg temaet gjennom utforskende søk i flere databaser. Noe av den litteraturen brukte jeg i min projektskisse. Denne litteraturen ble supplert med et systematisk søk med søkeordene ("speech and language therap\*" OR "speech and language patholog\*") AND ("severe aphasia" OR "global aphasia") i PubMed. Her fant jeg 29 artikler, publisert fra 1951 fram til i dag, men ikke alle artiklene var relevante for mitt prosjekt. De relevante artiklene er varierte, og vi finner artikler med fokus på både vanskebaserte, konsekvensfokuserede og indirekte mål. Fra den forskningen jeg har funnet, gjennom både systematiske og utforskende søk, har jeg valgt ut noen forskningsartikler som tydelig fokuserer på logopedisk praksis.

Ved logopedisk praksis kan logopedene velge flere ulike tilnærminger og arbeidsmetoder som er rettet mot personen selv, personens vansker og de rundt. Logopedene har mange valg de må ta stilling til. Basert på Adjei-Nicols forskning, ser vi at logopeders mål for arbeidet med personer med stor grad av afasi, kan kategoriseres som indirekte mål, vanskebaserte mål og/eller konsekvensfokuserede mål, eller kombinasjoner av disse. Tabellen under (tabell 1) viser den bredden vi kan se i forskningsstudier om logopedisk arbeid ved stor grad av afasi.

Tabell 1: Ti artikler som illustrerer varierte mål og metoder i arbeidet med personer med stor grad av afasi

Logopedisk arbeid innen vanskebasert tilnærming	Logopedisk arbeid som kombinerer elementer fra begge tilnærminger	Logopedisk arbeid innen konsekvensfokuseret tilnærming
<b>Impressiv funksjon:</b> Intensivt arbeid med auditiv forståelse ved stor grad av	<b>Ekspressiv funksjon:</b> Implementerer elementer fra vanskebasert tilnærming i	<b>Ekspressiv funksjon:</b> Arbeid med kommunikativ tegning. På gruppenivå ser

afasi (Knollman-Porter et al., 2018).	naturlig samtale (Basso, 2010). Studien fokuserer også på generalisering, og drøfter implikasjoner slikt arbeid kan ha for logopedrollen.	de at tegne-ferdighetene øker. Man fant også at denne type strategi ble benyttet (og var til hjelp) også utenfor øvingsituasjonen. Øvingen var til hjelp også hjemme. (Sacchett et al., 1999)
<b>Impressiv funksjon:</b> Arbeid med å forbedre impressive forståelse hos personer med global afasi, ved hjelp av en tilpasset form for SFA (analyse av semantiske trekk). (Munro & Siyambalapitiyaa, 2017)	<b>Primært ekspressiv funksjon:</b> Studien ser på arbeid med et lite antall ord og gester, og ser om dette fremmer personens formidling av enkle budskap. Fremgang i øving ser ut til å fremme utvikling av generelle kommunikative ferdigheter, heller enn bedring spesifikt på produksjon av trente ord eller gester. (Caute et al., 2013; Marshall et al., 2012)	<b>Indirekte arbeid:</b> Arbeid med pårørende (Shrubsole et al., 2018; Simmons-Mackie et al., 2016; Nykänen et al., 2013), arbeid med psykososiale aspekter og det å leve med afasi (Northcott et al., 2021)

**Arbeid med ekspressiv funksjon:** To studier (vanskebaserte og konsekvensfokuserete)

I en enkeltcasestudie av Basso (2010) ble det presentert en arbeidsmetode for stor grad av afasi, ved å ta i bruk elementer fra både vanskebasert og konsekvensfokuseret tilnærming.

**Basso (2010) tar også for seg logopedrollen i møte med en person med afasi.** Målet for studien var å bruke begge tilnærmingene ved å ta prinsippene fra den vanskebaserte tilnærmingen og benytte dem i en «naturlig» situasjon som har direkte innflytelse på det daglige livet for personen med afasi (konsekvensfokuseret tilnærming). Studien bygger på «naturlig» samtale, med felles fokus og turveksling, i arbeidet med en person med stor afasi. Poenget er å fremme og styrke samtale (samtaleutveksling) der alle modaliteter er velkomne.

Anna Basso (2010) tar spesifikt for seg logopedens rolle ved arbeid med personer med stor grad av afasi, og beskriver viktigheten av at logopeden holder øyekontakt med personen man arbeider med, for å gi/vise personen oppmerksomhet, samt få tak i og tolke personens signaler. Logopeden må også ha fokus på egen muntlige språkproduksjon, der man må tenke på setningslengde, forenklet språk og ta i bruk pauser. Logopeden bør ta i bruk bilder eller objekter for å forsterke temaet i samtalen og å fange personens oppmerksomhet. Sist, men ikke minst bør logopeden ta i bruk alle kommunikative kanaler som muntlig språk, gester,

skrivning, tegning, mimikk etc. Basso (2010) mener at vi bør bruke samtalen som en metode i seg selv i det logopediske arbeidet, og at logopeden må føre samtaler slik man ville ha gjort med personer uten afasi. Logopeden bør også bygge samtaleutvekslingen på noe så nært som mulig for personen med afasi, aller helst noe han/hun ville ha snakket om i sitt daglige liv.

Artikkelen tar også for seg diskusjonen om at vi ved første øyekast kan se ulikheter mellom vanskebasert og konsekvensfokuset tilnærming, og at de ofte fremstilles som motstridende (Basso, 2010). Man kan likevel se flere fellestrekk ved disse to tilnærmingene, og i følge Hillis og kolleger (2008) er likhetene: 1) Samme mål (hjelp personer med afasi). 2) Samme grunnleggende tro på at alle personer med afasi har rett til en behandling der de får være involvert i egen behandlingsoppfølging. 3) At behandlingen er mest effektiv når behandlingen er gitt over lengre tidsrom. Studien til Basso (2010) er ment å vise at det er fullt mulig å ta i bruk begge tilnærmingene i en og samme behandlingsmetode. Det trengs fortsatt mer og «tyngre» forskning før man med sikkerhet kan anbefale denne logopediske arbeidsformen ved stor grad av afasi, men enkeltcasestudien til Basso viser lovende resultater (Basso, 2010).

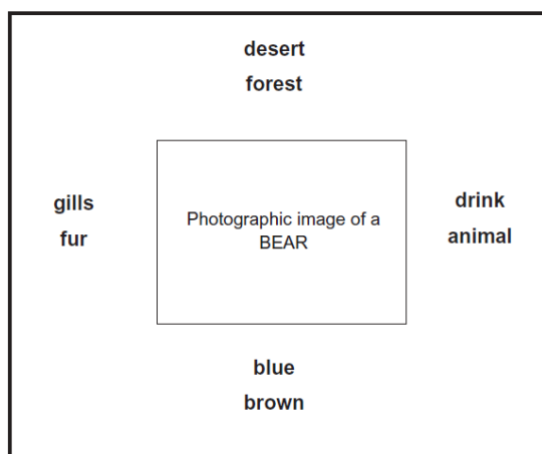
En studie med fokus på arbeid med ord og gester, fra City University i London (Caute et al., 2013; Marshall et al., 2012), er også en studie som ser ut til å kombinere de to tilnærmingene. Denne fokuserer også primært på ekspressiv funksjon. Øvingen skjer både hjemme hos den afasirammede og hos logopeden. Studien tar for seg arbeid med et lite antall ord og gester, og ser om denne type arbeid bedrer personenes mulighet til å formidle enkle budskap i etterkant av det logopediske arbeidet. I tillegg arbeidet man med ulike former for kommunikative strategier, både for personen med afasi og den pårørende. Personen med afasi øvde for eksempel på tegn for *ja*, *nei* og «*det er nesten det jeg mener, men ikke helt*». I tillegg lærte man samtalepartneren strategier, for eksempel å stille spørsmålet «*kan du forsøke å vise meg det?*» Fremgang viser seg ved at man fremmer utvikling av generelle kommunikative ferdigheter, heller enn bedring spesifikt på produksjon av trente ord eller gester (Caute et al., 2013; Marshall et al., 2012).

### ***Arbeid med impressiv funksjon: To vanskebaserte studier***

I en forskningsartikkel av Knollman-Porter og kolleger (2018) forskes det på om personer

med stor grad av afasi tolererer intensiv behandling med fokus på auditiv forståelse. Deltakerne i studien var to personer med kronisk afasi med stor auditiv svikt. Forskningen tar også for seg om den intensive behandlingen kan bedre personenes auditive forståelse, samt deres responsnøyaktighet ved å arbeide intensivt med et lite antall talte høyfrekvente ord. Studien gikk ut på at deltakerne matchet talte ord til det korrekte bildet. Personen med afasi fikk også enkle spørsmål relatert til egne interesser og dagligliv. De kunne besvare ved hjelp av muntlig språkproduksjon (tale), gester eller skrift. Studien viser at behandlingen kan bedre den presise auditive forståelsen hos personer med stor grad av afasi. Det var fremgang på tretti ord, og med en sannsynlig generalisering også til utrente ord.

En annen vanskebasert studie av Munro og Siyambalapitiyaa (2017) fokuserer på å øke enkeltordforståelsen hos personer med global afasi. Ved å bruke det de refererer til som en modifisert versjon av SFA (analyse av semantiske trekk), undersøkte de i løpet av en to ukers periode om den auditive forståelsen av enkeltord de hadde øvet på ble bedret hos personer med global afasi, med store auditive vansker. Modifisert SFA betyr at de i studien fokuserte kun på fire semantiske kategorier til hvert mål-ord (kategori, sted, bruk, egenskaper). I tillegg stod både rett svar og en distraktor oppført for hver kategori, slik at personen kunne gjøre et bevisst valg ved å utpeke mål-ordet, men uten selv å mobilisere mål-ordet muntlig (Munro & Siyambalapitya, 2017). Figuren under (figur 2) viser et eksempel på et arbeidsark fra studien.



Figur 2: Arbeidsark for tilpasset SFA ved stor grad av afasi (Munro & Siyambalapitya, 2017)

### ***Vanskebaserte tiltak, kognitiv funksjon og rest-kompetanse ved stor grad av afasi***

I følge Adjei-Nicol (2020) er det et problem at flertallet av vanlig brukte afasibehandlinger vurderer en persons impulsive og ekspressive funksjon gjennom bruk av bilder. Det er for eksempel mange ulike kartleggings- eller behandlingssettinger der personen med stor afasi får et mål-ord, der han/hun må peke på et bilde som samsvarer med det som blir sagt (se for eksempel Basso, 2010; Cauter et al., 2013; Knollman-porter et al., 2018; Marshall et al., 2012; Munro & Siyambalapitiyaa, 2017). Ofte er det slik at hvis personen med afasi presterer dårlig i disse type oppgaver eller evalueringer, så antas det at auditiv svikt er årsaken. Heuer og Hallowell (2007, 2009) er blant dem som antyder at feil respons i slike settinger kan skyldes forhold ved stimulus, som farge, størrelse eller annet ved de avbildede symbolene. De retter også oppmerksomheten mot de ikke-språklige ferdighetene som kreves, for å gjøre slike vurderinger: visuelt minne, oppmerksomhet, objektgjenkjenning og visuelle søkeferdigheter. De stiller derfor spørsmål ved validiteten av denne type kartlegging eller arbeidsformer.

I tillegg hevder Adjei-Nicol (2020) i sin forskning at mye kartlegging ikke inneholder oppgaver som er tilstrekkelig grunnleggende til å gi informasjon om gjenværende ferdigheter og kompetanse hos personer med stor grad av afasi, slik som for eksempel gest-forståelse. Ofte brukes relativt komplekse oppgaver langt over nivået til personer med stor grad av afasi. Dette medfører at de fleste scorer lavt på ulike formelle eller uformelle tester, der man får lite eller ingen informasjon om personenes gjenværende ferdigheter. Inkludering av mer grunnleggende språkoppgaver vil gjøre det mulig å forstå gjenværende kompetanse og fange opp små subtile endringer over tid (Adjei-Nicol, 2020). I studiene av blant annet Basso (2010), Cauter og kolleger (2013) og Knollman-Porter og kolleger (2018) benyttes tilpasset kartlegging i arbeid med individer med stor afasi, slik at man fanger positive resultater.

### ***Arbeid med ekspressiv funksjon: En konsekvensfokusert studie***

En konsekvensfokusert studie av Sacchett og medarbeidere (1999) viser til arbeid med kommunikativ tegning for personer med afasi. Studien tar for seg både individrettet arbeid og arbeid i grupper. Hensikten var å demonstrere, utvikle og praktisere nyttige strategier for å maksimere den kommunikative verdien av tegninger. For å overføre ferdigheter fra øving til hverdagskommunikasjon, ble strukturerte oppgaver alltid brukt sammen med mindre formelle

oppgaver som speilet naturlig samtale. Utstyret ble holdt på et minimumsnivå, til kun bruk av penn og papir. Studien viste at tegning som strategi kunne bidra til å bedre personenes ekspressive funksjon og man fant at dette var en strategi flere kunne ta i bruk i situasjoner utenfor behandling, som for eksempel i hjemmet (Sacchett, Byng, Marshall, & Pound, 1999).

### ***Indirekte arbeid: Presentasjon av flere konsekvensfokusede studier og arbeidsformer***

Indirekte tiltak via samarbeid med pårørende har tidligere blitt beskrevet som en faktor innen afasirehabilitering (Qvenild et al., 2010; Adjei-Nicol, 2020). Dette er for å gi råd og veiledning til pårørende som er blitt rammet av afasi i familien, samt gi råd innen ulike kommunikasjonsstrategier. Veiledning av pårørende er det en rekke studier som undersøker også i rehabiliteringen av afasi. I studien til Shrubsole og kolleger (Shrubsole et al., 2018) kommer det frem at logopedene rapporterer ulik praksis hva gjelder pårørendesamarbeid og kommunikasjonsarbeid. Undersøkelsen viser at flesteparten rapporterer at de av og til gir kommunikasjonstrening til pårørende. De fleste ser viktigheten av veiledning, men oppgir mangel på tid, mangel på tilgjengelig ressurser og vansker med å møte de pårørende som årsaker til at dette kan bli vanskelig (Shrubsole, Worrall, Power, & O'Connor, 2018).

I følge Simmons-Mackie (Simmons-Mackie et al., 2016) er det blitt mer vanlig de siste årene å inkludere tiltak som er tilknyttet språkmiljø og samtaletrening for pårørende, i rehabilitering for afasi. Deres studie er en omfattende litteraturstudie om kommunikasjonspartner trening. Undersøkelsen viste at alle de 25 inkluderte studiene rapporterte positive endringer etter partner trening. Videre viser det at 56 studier på tvers av to systematiske oversikter har rapportert positive resultater fra opplæring av kommunikasjonspartnere ved afasi (Simmons-Mackie, Raymer, & Cherney, 2016). I følge Simmons-Mackie og kollegaer (2016) antyder dette at kommunikasjonspartner trening bør gjennomføres for å forbedre partnerens ferdigheter for å lette kommunikasjonen til personer med afasi. Dette er i samsvar med funnene i studien til Nykänen og kollegaer (2013) som viser til gode resultater der pårørende har fått veiledning via samtaler og tilstedeværelse under logoped timene (Nykänen, Nyrkkö, Nykänen, Brunou, & Rautakoski, 2013). Pårørendesamarbeid kan også gi andre fordeler ved at de pårørende kan gi informasjon som logopeder kan bruke aktivt i timene, siden det er de som kjenner personen med afasi best (Bakken, 2010).



I tillegg er det et stadig sterkere fokus på arbeid med psykososial fungering i logopedisk arbeid, også ved stor grad av afasi. I den sammenheng kan man trekke frem en større studie av Northcott og medarbeidere (2021). De har undersøkt et i hovedsak samtalebasert tiltak for psykososialt arbeid ved afasi. De fant at ved utstrakt tilrettelegging, ved hjelp av blant annet bildestøtte, så kan denne type metode også være brukbar for personer med stor grad av afasi.

Etter å ha presentert teorigrunnlaget for denne studien, skal jeg nå i neste kapittel presentere mine valg omkring metodevalg og tilnærming. Skal også begrunne og beskrive hvordan jeg har innhentet datamaterialet via intervju, samt beskrive analysen av datamateriale, min egen forskerrolle og studiens validitet, reliabilitet og etikk.

### **3.0 Metode**

I følge Trine Anker er det den vitenskapsteoretiske posisjon som gir et rammeverk for hvordan virkeligheten forstås og hvordan vi vitenskapelig sett skal få tilgang til denne (Anker, 2021, s. 47). I forskningens historie er det mange ulike posisjoner og tradisjoner som har blitt brukt, og det er mange ulike fremstillinger av vitenskapsteori som legger ulike føringer for hvordan de ulike retningene skal kategoriseres (Anker, 2021, s. 47).

I dette kapitlet skal jeg begrunne hvilken vitenskapelig metode og tilnærming jeg har valgt for mitt masterprosjekt. Skal også beskrive hvordan jeg har innhentet data via intervju, utvalg av informanter, analyse av datamaterialet, min egen rolle og forklare om dataens validitet, reliabilitet og etikk.

#### ***3.1 Valg av vitenskapelig ståsted og tilnærming***

Som nevnt tidligere finnes det mange ulike posisjoner og tradisjoner, og det er forskjellige vitenskapsteorier som finnes for å legge ulike føringer i et vitenskapsteoretisk prosjekt. I følge Johannessen, Tufte og Christoffersen kan virkeligheten undersøkes ved hjelp av to ulike vitenskapelige tilnærminger; kvalitative og kvantitative metoder (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, s. 93). Kort forklart kan vi presisere at kvantitativ forskning kartlegger

at noe skjer, mens kvalitativ forskning avdekker *hvorfor* det skjer. Kvalitativ metode kjennetegnes ved at forskeren er mer opptatt av å forstå eller beskrive hvordan vi mennesker oppfatter verden og hvilke relasjoner som betyr noe for oss (Johannessen et al., 2016, s. 93). Kvalitativ metode er også opptatt av å forstå den menneskelige verden, og har et humanvitenskapelig blikk og er interessert i ulike former for fortolkning (Anker, 2021, s. 47). Vi kan bruke kvalitativ metode til å uttale oss spesifikt om sosiale mønstre innenfor et avgrenset område, og det er derfor forskere gjennomfører intervju eller observasjon for denne vitenskapelige metoden (Nyeng, 2012, s. 71).

Målet mitt for dette prosjektet har vært å undersøke i dybden av hvordan logopeder arbeider med stor grad av afasi, og valgte da intervju som forskningsdesign siden problemstillingen min er innenfor et avgrenset emne for logopedifeltet. Jeg som forsker har da vært mest interessert og hatt mest fokus på innholdet i datamateriale. Dette er også mest vanlig innenfor den fenomenologiske metoden, som jeg skal beskrive nærmere i neste kapittel.

### ***3.1.1 Fenomenologi***

Innenfor den kvalitative tilnærmingen finns det flere metoder og retninger. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider fra intervjupersonenes dagligliv og fra deres perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 42). I følge Kvale og Brinkmann (2017) er forskningsintervjuets struktur likt den dagligdagse samtalen, men som et profesjonelt intervju involverer det også en bestemt metode og spørreteknikk. For å utforske hvordan logopeder arbeider med stor grad av afasi har jeg valgt å ta utgangspunkt i den fenomenologiske tilnærmingen. I fenomenologisk metode ønsker forskeren å få økt forståelse og innsikt i folks livsverden. For å forstå verden må vi forstå mennesket (Johannessen et al., 2016 s. 78). Dette har vært hovedprinsippet mitt gjennom innsamlingen av datamaterialet. Ved å bruke intervju med en fenomenologisk tilnærming for innsamling av data, har jeg fokusert på informantens budskap, og fått innsikt i deres erfaringer av arbeidet med stor grad av afasi.

Det var filosofen Edmund Husserl som grunnla fenomenologien rundt år 1900 (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 44). Den ble videreutviklet av Martin Heidegger og senere eksistensialist og dialektisk retning av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponny. Fenomenologien ble

utvidet av Husserl og Heidegger til å omfatte menneskets livsverden.

I kvalitativ forskning er fenomenologien mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra informantenes egne perspektiver og beskriver verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45).

Et annet kjennetegn for denne inspirerte tradisjonen er at forskeren er opptatt av innholdet i datamaterialet og at forskeren må forstå menneskene man undersøker.

Tanken innenfor den fenomenologiske tradisjonen er at forskeren prøver å forstå et annet menneske ved at han eller hun skal se det samme som det mennesket man forsker på ser. I følge Gustavsson (2001), må forskeren sette seg godt inn i dette menneskets situasjon eller «verden» for å lykkes innenfor fenomenologisk tradisjon (Dalen, 2011, s. 17).

I mitt forskningsarbeid om hvordan logopeder arbeider med stor grad av afasi, så har intensjonen min vært at jeg må sette meg inn i informantenes arbeidshverdag for å få en større forståelse. Ved at jeg har fokusert på å sette meg inn i informantenes situasjon, så har datamaterialet blitt mer forståelig og håndterbart. Målet er å få økt forståelse og innsikt i hvordan logopeder arbeider med stor grad av afasi.

Et begrep som står sentralt innenfor det kvalitative forskningsintervjuet er livsverden. Ved å ha forståelse for livsverden innen fenomenologisk tilnærming, vil man innhente fordomsfrie beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46). Det er også en forskningsmetode som gir privilegert tilgang til menneskers grunnleggende opplevelser av livsverden, ved å beskrive den konkrete virkeligheten. I møte med informantene hadde jeg fokus på å forsøke å forstå informantenes livsverden, og få innblikk i deres yrkesliv for å få økt forståelse for deres arbeid med personer med stor grad av afasi.

Bakgrunn for valget av en fenomenologisk tilnærming for mitt forskningsprosjekt var at jeg ville gå mer i dybden av det jeg ville undersøke. Ved å bruke intervju som metode for datainnsamling, fikk jeg derfor muligheten til å gå mer i dybden ved å velge ut tema for intervjuet (Nyeng, 2012, s. 36). I møte med informantene så forsøkte jeg å se livsverden slik informantene så det, og jeg måtte da sette meg godt inn i deres situasjon eller verden (Dalen,

2011, s. 18). Med dette mener jeg at jeg brukte tid på forberedelser angående temaet for intervjuet, altså stor grad av afasi, samt at jeg forberedte meg til intervjusituasjonen. Slik kunne jeg bruke tidligere erfaringer, kunnskaper og utnytte min egen nysgjerrighet på å forsøke å se det samme som informantene, angående temaet stor grad av afasi. Formålet med disse kvalitative forskningsintervjuene var å forstå ulike sider fra informantenes dagligliv, erfaringer, kunnskaper og perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 42).

I og med at jeg forsket på hvordan logopeder arbeider med personer med stor grad av afasi, så falt valget mitt på en fenomenologisk tilnærming. Dette var jo som nevnt tidligere at jeg ville gå i dybden i denne forskningen og ville derfor møte informantene i en samtale for å få økt forståelse av deres verden, pluss at det gav meg mulighet for å analysere meningsinnholdet av datamaterialet. For å oppnå økt forståelse og beskrivelse av logopeders arbeid med personer med stor grad av afasi var det kvalitative forskningsintervju som gav meg muligheten for det.

### ***3.1.2 Det kvalitative forskningsintervjuet***

For å finne svar på min problemstilling valgte jeg som nevnt tidligere en kvalitativ metode, nærmere bestemt en fenomenologisk tilnærming med kvalitativt forskningsintervju. I følge Dalen (2011) er formålet med intervju å fremskaffe fyldig og beskrivende informasjon om hvordan andre mennesker opplever ulike sider ved sin livssituasjon. Det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet for å få innsikt i informantenes egne erfaringer, følelser og tanker (Dalen, 2011, s. 15).

Kvalitative intervju er en fleksibel metode som kan brukes nesten overalt og gjør det mulig å få fyldige og detaljerte beskrivelser av det vi studerer (Johannessen et al., 2016, s. 143). I mitt eget forskningsarbeid fikk jeg erfart at denne metoden var fleksibel, siden det er en metode man kan utføre ved personlig møte eller den kan utføres digitalt. I min forskning ble både fysisk møte og digitalt møte brukt. Jeg fikk også erfart gjennom intervjuene at informantene ga fyldige og detaljerte beskrivelser ut fra deres egne erfaringer og kunnskaper om arbeidet med stor grad av afasi.

Ved å bruke kvalitativt forskningsintervju er det flere måter å tilrettelegge dette på. Jeg som forsker kan selv velge hvordan jeg planlegger, tilrettelegger og strukturerer intervjuene (Johannessen et al., 2016, s. 146). I et kvalitativt forskningsintervju fra et fenomenologisk perspektiv er det mest vanlig å bruke semistrukturert livsverdenintervju (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 22). Semistrukturert intervju kan beskrives som at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 22). I semistrukturerte intervju kan man utarbeide seg en intervjuguide med åpne spørsmål, der man kan gå naturlig frem og tilbake i spørsmålene. Dette var noe som passet for mitt eget forskningsarbeid. Jeg ønsket å forske på spesifikke emner for å finne svar på problemstillingen min, samtidig som jeg ville ha et åpent intervju der informantene kunne formidle fritt. Med et semistrukturert intervju ble dette mulig, da jeg hadde en intervjuguide på forhånd med åpne spørsmål der informantene kunne fortelle fritt etter egen erfaring, kunnskap og tanker. På denne måten kunne informantene fortelle så mye de ville omkring hvert spørsmål og jeg kunne tilegne egne spørsmål ut fra samtalen i intervjuene. Slik ble det også en mer naturlig setting, der informantene fikk uttrykt sin erfaring og jeg som forsker kunne utnytte min nysgjerrighet.

Valget for kvalitativ forskning innenfor fenomenologisk tilnærming var på bakgrunn av at man får fyldige og beskrivende informasjon fra informantene og at det gir god innsikt i deres egne erfaringer, følelser og tanker angående arbeidet med stor grad av afasi. I følge Trine Anker (2021 s. 37) er fordelene med intervju at det er tidsavgrenset og selv lange intervju blir håndtert som tekst. Derfor falt valget på kvalitativt forskningsintervju, og med dette som grunnlag for datainnsamlingen ble det enklere for meg å planlegge intervjustudien.

### **3.2 Planlegging av intervjustudien**

I dette kapitlet skal jeg beskrive utformingen av intervjuguiden og begrunne utvalget av informantene. Til slutt skal jeg beskrive hvordan jeg som forsker har gjennomført intervjustudien og se på min egen rolle som forsker.

#### ***3.2.1 Utforming av intervjuguide***

For å ha støtte under intervjusituasjonen så valgte jeg å utforme en intervjuguide. I følge Anker (2021 s. 38) så er det vanlig å ha med en intervjuguide med åpne spørsmål i semistrukturert intervju. I følge Johannessen og medarbeidere (2016) er kjennetegnet på

semistrukturert intervju at det har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt. Jeg valgte å lage en intervjuguide der jeg noterte meg forskningsspørsmålene jeg ville ha svar på. Slik fikk alle informantene de samme spørsmålene, som igjen ga meg en fordel da jeg skulle sammenligne de ulike funnene for hvert spørsmål (Johannessen et al., 2016, s.146). Jeg valgte også åpne spørsmål slik at informantene kunne formulere svarene med egne ord, og for at jeg ville la informantene gå mer i dybden i sine svar.

Intervjuguiden min hadde en bestemt rekkefølge, men ved at spørsmålene var åpne ble det mer naturlig for informantene å hoppe frem og tilbake under intervjuet. Slik opplevde jeg at informantene kunne prate mer fritt og de fikk mer spillerom til å utdype seg om det de ville formidle. Dette var noe jeg ønsket i utgangspunktet, og jeg var derfor forberedt og fleksibel på at noen av spørsmålene kunne bli besvart allerede i starten av intervjusituasjonen, noe jeg ofte erfarte. Selv om jeg hadde en intervjuguide så opplevde jeg at informantene kunne svare på ulike spørsmål fra intervjuguiden ut fra hva informanten uttrykte seg om. Med dette så ble samtalen mer åpen, og informantene kunne prate fritt uten at jeg måtte avbryte. Dermed kunne informantene prate mer åpent og bruke spørsmålene som støtte.

I følge Kvale og Brinkmann (2017) er målet med forskningsintervju å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen. For å kunne hente inn de beskrivelser og erfaringene informantene har om arbeidet med stor grad av afasi har jeg derfor utarbeidet en prosjektbeskrivelse. Dette for å kunne invitere informantene til lange og utfyllende svar (Anker, 2021, s. 37). Prosjektbeskrivelsen som jeg utarbeidet besto av 6 åpne spørsmål, der et spørsmål inneholdt noen stikkord med forskningsspørsmål. Siden det var åpne spørsmål erfarte jeg at informantene kunne prate lenge angående et spørsmål og de kunne trekke inn de andre spørsmålene som de ville. Spørsmålene var åpne, enkle å forstå og jeg unngikk å bruke «hvorfor». Med dette så ble samtalen mer dynamisk, og det ga informantene mer spillerom til å uttale seg fritt og gå mer i dybden i hvert spørsmål. Dermed fikk jeg frem informantenes opplevelser og erfaringer av ulike situasjoner, som er målet innenfor fenomenologiske intervju (Anker, 2021, s. 38).

### **3.2.2 Utvalg av informanter**

Forskningsintervjuet er en interpersonlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 44). Med dette som bakgrunn så ville jeg kontakte informanter som delte min interesse for stor grad av afasi. Samtidig som utvelgelsen av informanter innenfor kvalitative intervju er viktig med tanke på innhenting av mye nyttig informasjon for å belyse problemstillingen min (Johannessen et al., 2017, s. 96). Med bakgrunn i dette så kontaktet jeg logopeder der jeg etterspurte erfaring innenfor stor grad av afasi.

Jeg begynte tidlig å undersøke og kontakte logopeder der jeg informerte om prosjektet mitt. Jeg kontaktet flere logopeder via mail og telefon, og opplevde at de fleste jeg kontaktet ikke responderte på forespørselen. Jeg fortsatte å kontakte flere logopeder og kontaktet en leder i PPT, der jeg etterspurte noen med erfaring med stor grad av afasi. Slik kom jeg i kontakt med den ene informantene. Noen av informantene mine responderte raskt og sa seg villig til å stille til intervju. En annen informant måtte avvente pga. tidspress i jobben, men heldigvis for min del så fikk informantene tid etterhvert. Jeg er svært takknemlig for at informantene ville stille til intervju for å dele erfaringer, kunnskap og tanker om arbeidet sitt med stor grad av afasi. Må også meddele at prosessen med å finne informanter var utfordrende og tok mer tid enn jeg trodde på forhånd.

Informantene til min forskning jobbet i to ulike fylker og er ansatt i ulike institusjoner. Felles for alle var at de hadde erfaring innenfor stor grad av afasi, og arbeidet med denne gruppen stort sett daglig. Dette oppfylte et av kriteriene mine, der at informantene måtte ha erfaring innenfor emnet jeg skulle utforske.

Informant 1 jobbet todelt i PPT og på rehabiliteringen i kommunen, informant 2 jobbet også i PPT og i privat praksis. Informant 3 og 4 arbeidet på sykehus, i ulike fylker. Dermed fikk jeg også innblikk i hvordan logopeder arbeidet i ulike instanser. Geografisk sett fikk jeg datainnsamling fra to fylker, Trøndelag og Nordland. Siden utvalget falt på fire informanter fra to ulike fylker, kan jeg dermed ikke si at utvalgene er representativ for hele populasjonen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276).

### **3.2.3 Gjennomføring og min rolle som forsker**

Intervjuene startet først med litt vanlig prat, der informantene viste interesse for utdanningsvalget mitt. Det ble dermed en lett prat om utdanningen, yrket og oss selv før selve intervjuet startet. Før vi begynte å se på intervjuguiden gikk vi igjennom informasjonsskrivet jeg hadde sendt på forhånd. På dette informasjonsskrivet sto det informasjon om prosjektet, og det var viktig for meg å få bekreftet at de samtykket til å delta på forskningsprosjektet. Selv om de skrev under skjemaet og samtykket, så ga jeg beskjed da jeg startet lydopptaket til intervjuet.

Jeg begynte da å spørre informantene om enkle spørsmål, om hvor lenge de hadde jobbet som logoped, og da begynte de raskt å beskrive deres yrkeserfaring. Allerede da var praten i gang og det ble en naturlig overgang til intervjuguiden. Med dette ble intervjuet mer naturlig, åpent og det ble raskt en god atmosfære. Dette kan igjen påvirke kvaliteten på intervjuet siden det er viktig med en god relasjon mellom informanten og forskeren (Kvale & Brinkmann, 2017).

Personlig synes jeg alle intervjuene føltes veldig naturlig, og det var enkelt for meg å tilpasse meg hver enkelt informant. Jeg lyttet aktivt i alt informantene formidlet og stilte oppfølgingsspørsmål der jeg følte det var naturlig. Jeg ville ikke avbryte informantene når de formidlet sine erfaringer og kunnskaper, så jeg valgte å bruke en del mimikk og kroppsspråk der jeg signaliserte at jeg lyttet og viste interesse. I naturlige pauser kommenterte jeg bekræftende «ja», «å sier du det?» eller «kan du fortelle mer?». Slik fikk jeg signalisert min interesse for det informantene formidlet (Kvale & Brinkmann, 2017).

Som beskrevet tidligere ble det gjennomført fire intervju. Noe av det som kom frem i intervjuene kunne jeg finne likhetstrekk ved. Jeg oppdaget også noen forskjeller ut fra deres arbeid med stor grad av afasi. Hadde jeg fått tak i flere logopeder hadde jeg sikkert gjennomført flere intervju. Med de fire jeg fikk intervjuet, så følte jeg at forskningen min ble godt besvart. Jeg fikk utdypende svar på det jeg forsket på. Dermed kan dette ha vært til fordel med færre antall intervjuer, isteden for å bruke mye tid på å analysere intervju og datamateriale (Kvale & Brinkmann, 2017).



### **3.3 Analyse av datamaterialet**

I dette kapitlet skal jeg beskrive hvilken analyse jeg har valgt for bearbeidingen av datamaterialet. Så vil jeg forklare mer grundig hvordan jeg transkriberte og analyserte datamaterialet.

Begrepet analyse betyr å løse i den betydning å brette opp til håndterbare biter og størrelser (Anker, 2021, s. 17). Når man har samlet inn materiale, må man velge ut de deler du skal ha med, samt forkaste andre deler, og dette inngår i analyseprosessen (Anker, 2021, s. 17). I følge Anker (2021) begynner den analytiske prosessen allerede da man velger tema, og etterhvert i prosessen prøver man å finne mening med materialet. Analysen av datamaterialet begynte for min del da jeg valgte tema og problemstilling. Jeg hadde allerede da noen tanker for datamaterialet og denne prosessen ble sterkere under intervjuene og transkriberingene i etterkant av intervjuene.

#### ***3.3.1 Transkribering og analyse av datamateriale***

I følge Kvale & Brinkmann (2017) er transkripsjon en samtale mellom to mennesker, der talen blir abstrahert og fiksert i skriftlig form. Kort beskrevet er det altså oversettelser fra talespråk til skriftspråk. Ved å transkribere fra muntlig til skriftlig form blir intervjuamtalene strukturert slik at det blir lettere å få oversikt og denne strukturen er begynnelsen på videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 206).

I en analyseprosess der intervjuene blir transkribert er det informantenes verbale utsagn som vil utgjøre hovedvekten av dataen (Dalen, 2011, s. 58). Siden lydopptak var det eneste verktøyet som ble brukt under intervjuene så mister man andre observasjoner som kroppsspråk, mimikk og gester. Derfor valgte jeg å transkribere lydopptaket etter hvert intervju. Dette gjorde jeg for å sikre en god gjengivelse av intervjuene der jeg kunne notere nonverbalt språk. Dermed fikk jeg anledning til å bli bedre kjent med datamaterialet, som igjen ga med nærhet til intervjuutskriftene som kan igjen styrke den senere analyseprosessen (Dalen, 2011, s. 58).

I transkriberingen ble informantene kodet med 1, 2, 3 og 4. Lydopptakene ble slettet etter at funn og resultater ble ordentlig analysert. Dette for å sikre råmaterialet av opptakene under analyseprosessen for funn og resultater (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 212).

Tematisk innholdsanalyse er den mest vanligste og mest generelle formen for analyse som benyttes i masterprosjekter (Anker, 2021, s. 40). En slik innholdsanalyse kan man betegne som en systematisk måte å beskrive tekstinnhold på. Det egner seg godt for å orientere et stort materiale eller for å gjøre et forarbeid før man benytter andre analysestrategier (Anker, 2021, s. 40). Jeg valgte derfor å bruke tematisk innholdsanalyse, ved å systematisere tekstinnholdet og for å gjøre forarbeidet til analyseprosessen. Selve analyseprosessen delte jeg opp i flere deler for å sikre et grundig arbeid av datainnsamling, og for å kunne skille hva jeg trengte for å svare på problemstillingen og hva jeg kunne forkaste. Som nevnt tidligere hadde jeg noen tanker for selve analyseprosessen, og etterhvert som intervjuene var ferdig transkribert, startet en mer grundigere analyse for datainnsamlingen. Etter at transkripsjonene var ferdig, begynte jeg å analysere hver enkelt transkripsjon på nytt. Her begynte jeg å markere det som var interessant.

I neste fase så begynte jeg å se på transkripsjonene på en mer grundig og systematisk måte. Målet her var å finne ut hva som var viktig å ha med, få en bedre oversikt over materialet og dermed finne interessante funn (Anker, 2021, s. 69). Her valgte jeg å trekke ut punkter fra hvert intervju der jeg markerte ulike utsagn i fargekoder for å få bedre oversikt over likheter og ulikheter i datamaterialet. En slik koding er en teknikk for å systematisere materialet, og formålet er å «rydde» i materialet for å systematisere funnene (Anker, 2021, s. 75).

I neste fase så valgte jeg å kategorisere de markerte funnene etter ulike emner jeg forsket på i prosjektet. Kategoriene var basert på problemstillingen, spørsmålene fra intervjuguiden og svarene fra intervjuene. Kategoriene var 1) Arbeidet med stor grad av afasi. 2) Kartleggingsverktøy. 3) Hjelpemiddel/verktøy. 4) Auditiv forståelse. 5) Ekspressivt språk. 6) Resultat. 7) Logopedtilbud. 8) Annet. Ved å arbeide grundig med transkripsjonene ved å trekke ut og forkaste utsagn, arbeide med koding og kategorisering så ble det brukt mye tid på dette. Det var en lang prosess der jeg gikk flere runder for å være sikker på at jeg hadde valgt ut og forkastet materialet korrekt ut fra problemstillingen.

### **3.4 Vurdering av studiens kvalitet**

Nå skal jeg knytte de sentrale begrepene validitet, reliabilitet og generalisering for studiens kvalitet. Jeg skal forklare hvordan jeg åpent og ærlig stiller meg til forskningsprosjektets kvalitet.

#### **3.4.1 Validitet og reliabilitet**

For å kunne stole på en studie må den være pålitelig og gyldig i den forstand at forskeren får fremstilt materialet eller dataene sine på en god og beskrivende måte (Anker, 2021, s. 108). Validiteten gjenspeiler seg i gjennomføringen av datainnsamlingen, om jeg som forsker har undersøkt det som er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 212). Det vil si at jeg som forsker bør vise og begrunne valget rundt metode og arbeidsprosess helt frem til funnene. Med tanke på å sikre validitet har jeg derfor valgt å beskrive forskningsarbeidet med bakgrunn av tema og problemstilling, metodiske tilnærminger og analyse av datamaterialet (Anker, 2021, s. 109). En annen måte å sikre validiteten på er å vise i hvilken grad intervjuene reflekterer forskningen av problemstillingen på (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 212). Derfor valgte jeg å beskrive tidligere i kapitlet; utformingen av intervjuguiden, utvalg av informantene og beskrive min rolle som forsker. Det er svært viktig at datamaterialet blir så fylldig og relevant som mulig for å sikre validitet (Dalen, 2011, s. 97). Derfor har jeg beskrevet tidligere intervjusituasjon, der informantene fikk anledning til å komme med innholdsrike og fylldige uttalelser (Dalen, 2011, s. 97).

For å sikre datamateriale ble det gjort opptak av intervjusituasjonen som igjen styrker transkriberingen av datamaterialet samt validiteten (Dalen, 2011). I følge Dalen (2001) bidrar dette også til bearbeiding av intervjumaterialet og det bidrar til å gjøre analyseprosessen mer transparent. En annen ting er at validiteten styrkes ved at jeg valgte ut logopedes som informanter i mitt forskningsprosjekt som arbeidet med stor grad av afasi.

Reliabilitet handler om dataens pålitelighet, og det knytter seg til forskningsresultatets konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 275). I følge Johannessen og kollegaer (2016) kan reliabilitet knytte seg til nøyaktigheten av dataen som undersøkes, ved å vise til hvilken data som benyttes, hvordan det samles inn på og hvordan den blir bearbeidet. Reliabiliteten er mindre hensiktsmessig i kvalitative undersøkelser siden

datainnsamlingsteknikken er nokså ulik den kvantitative som styres av data og tall (Anker, 2021). Selv i en kvalitativ undersøkelse kan man på ett sett måle reliabiliteten ved at en annen forsker ikke kan kopiere forskningen siden man bruker seg selv gjennom datainnsamlingen og at alle er ulike med ulike erfaringsbakgrunner (Johannessen et al., 2016). Ved å være åpen og gi beskrivelser om egen forskningsprosess kan jeg vise reliabiliteten for mitt forskningsprosjekt. Dette for å gi innblikk i hvordan jeg har innhentet data, analysert disse, og gjennom hvilken metode jeg har arbeidet ut fra (Anker, 2021).

Overførbarhet viser til om forskningsarbeidet har klart å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som vil være nyttig i en større sammenheng (Johannessen et al., 2016, s. 231). I følge Anker (2021) er det ikke mulig å generalisere en slik avgrenset kvalitativ studie. Selv om mitt forskningsprosjekt ikke kan generaliseres globalt, kan kunnskapen om arbeidet med stor grad av afasi overføres til andre relevante studier (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 290). Det kan være at andre logopedier (erfarne eller nyutdannede) kan finne studien interessant, eller at det kan være til hjelp for pårørende til en person med stor grad av afasi.

### **3.5 Etikk**

Forskningsetikk består både av formelle og skjønsmessige vurderinger (Anker, 2021, s. 104). I en kvalitativ undersøkelse som jeg har utført er det derfor etiske rammer man bør følge, og dette skal jeg nærmere beskrive her.

De formelle vurderingene er at jeg som forsker forholder meg til et sett av regler som skal sikre personvernet og informantenes anonymitet (Anker, 2021, s. 104). Etter at personopplysningsloven ble innført i 2001, ble det meldeplikt for prosjekter som omhandlet personopplysninger med elektroniske hjelpemiddel (Dalen, 2011, s. 100). Derfor sendte jeg inn et utfylt meldeskjema til NSD (Norsk senter for forskningsdata), der prosjektet ble vurdert som konsesjonspliktig (Dalen, 2011, s. 100). Da prosjektet ble godkjent av NSD kunne jeg begynne å sette i gang med arbeidet og kunne da starte å sende ut informasjonsskriv til informantene. Informasjonsskrivet omhandlet informasjon om prosjektet og informasjon om at det er frivillig å delta, samt at jeg skal sikre anonymitet og at de kan trekke seg fra

prosjektet når som helst uten negative konsekvenser (NESH, 2006, referert i Dalen, 2011, s. 100).

I følge Kvale & Brinkmann (2017) preger etiske problemstillinger hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og man bør derfor ta etiske hensyn fra begynnelse til slutt. Dette var noe jeg fokuserte på under forskningsprosjektet. Allerede ved planleggingen av prosjektet tenkte jeg på etiske rammer for hvordan jeg skulle innhente datamaterialet og hvordan jeg skulle bevare de på riktig måte. I selve intervjusituasjonen var det viktig for meg og for informantene at jeg ga rikelig med informasjon om prosjektet, der jeg påpekte at det var frivillig å delta, jeg skulle sikre anonymitet og at de kunne trekke seg når som helst (Anker, 2021, s. 106). Informerte også i informasjonsskrivet at intervjuene ble tatt opp via opptak, der jeg lovet informantene at dette ble slettet da prosjektet var ferdigstilt. Dette var også noe jeg ga beskjed om i de fysiske møtene med informantene, der jeg informerte om lydopptaket. I arbeidet med transkriberingen av intervjuene så kodet jeg de ulike intervjuene for å sikre anonymitet. I analysearbeidet og resultatkapitlet vil jeg bare henvise til informantene gjennom å bruke begrepet *informant* for å sikre anonymitet, og jeg har valgt å ikke navngi de ulike kommunene logopedene arbeider i pga etiske hensyn. Dette er for å sikre at all innsamlet informasjon ble behandlet konfidensielt og fortrolig, og for å sikre etiske hensyn jeg som forsker har ovenfor informantene (Dalen, 2011, s. 102).

#### **4.0 Presentasjon av funn**

I dette kapitlet skal jeg presentere funnene fra analysen av datamaterialet jeg samlet inn ved intervjuer av fire logopeder. Sentrale prinsipper og elementer ved analyseprosessen ble presentert i forrige kapittel. I min undersøkelse av hvordan logopeder arbeider med stor grad av afasi, kom jeg frem til et mindre antall relevante kategorier. Disse presenteres her, under hver sin overskrift. Jeg har av etiske hensyn ikke valgt å bruke navn da jeg skal presentere funnene. I analyseprosessen anonymiserte jeg logopedene ved å bruke informant 1,2,3 og 4, men av anonymitetshensyn velger jeg å ikke bruke nummereringen her i masteroppgaven. Det er viktig å presisere at alle informantene har kommet til orde gjennom teksten.

## 4.1 Logopedrollen

Gjennomgående i intervjuene kom logopedene med en rekke refleksjoner rundt egen yrkesrolle, og hvordan arbeidet med stor grad av afasi gir store og unike utfordringer. Jeg har valgt å dele opp refleksjonene i to underkapitler. Et som går på individrettet arbeid og samarbeid med pårørende, og et om logopedrollens kompleksitet.

### ***4.1.1 Individrettet arbeid: «Har du møtt en, så har du møtt en»***

Under intervjuene kom det tydelig frem at det ikke er noe fasitsvar for å arbeide med stor afasi. Siden det er store språklige vansker og ofte tilleggsvansker kan det være utfordrende å legge opp arbeidsoppgaver siden alle er ulike med ulikt skadeomfang, vansker, personlighet og interesser. *«Ingen pasienter er like, har du møtt en så har du møtt en».*

Informantene mener at det er svært viktig å prøve seg frem med ulike strategier. Og observasjon er viktig for å prøve å finne de rette innfallsvinkler og arbeidsformer for hver enkel pasient. Det handler mye om å finne styrkene til personene med stor grad av afasi. Felles for informantene var at man observerer mye for å prøve å se hvor styrkene og vanskene ligger.

Informantene fortalte at pårørende spiller en viktig rolle for denne pasientgruppa. Spesielt ved innhenting av informasjon rundt personen med stor afasi. Gjennom samtaler med pårørende kan logopedene innhente opplysninger om hvem personen var før slaget, hvilke interesser, hobbyer og yrkesbakgrunn de hadde etc.

*«Ofte kommer de med et fotoalbum eller hefte fra livet deres, og det er fint».* Fotoalbum og bilder som ligger nært pasienten selv kan brukes direkte i logopedtimene forteller informantene, og dette kan være til hjelp for å finne en inngangsport til personene med stor afasi.

Informantene beskriver samarbeidet med pårørende slik: *«det går for det meste i å gi tips og råd angående afasi og de ulike språkvanskene, samt innhente informasjon og opplysninger*

*rundt pasienten».*

En informant forteller at sykehuset hun jobber på arrangerer slagskole for pasienter og pårørende. Der får de all den informasjonen de trenger fra ulike yrkesgrupper. Logopeden har bidratt på slagskolen i flere år sammen med leger, kirurger, fysioterapeuter, ergoterapeuter etc. «*Dette skal være til hjelp for de afasirammede og pårørende som er blitt rammet av afasi».*

En av informantene har en annen erfaring og arbeidsmetode enn de andre informantene når det kommer til samarbeid med pårørende til personer med stor grad av afasi. Informanten sier det er svært viktig å inkludere pårørende og forteller at hun har svært gode erfaringer med det. Hun forteller at pårørende har vært med i logopedtimene og vært aktiv under øvelsene med de ulike språkvanskene. Hun påpeker også at man ser det litt an siden noen personer med afasi vil være alene i timene. De gode erfaringene informanten har med delaktighet fra pårørende, begrunner hun med at det kan være til god hjelp for henne siden pårørende kjenner pasienten best og kan være med å tolke signaler, samt at de kan bygge en plattform sammen. Dette kan også være lærerikt for pårørende ved at de får se hvordan de jobber hos logopeden og at pårørende kan få tips og råd i forhold til kommunikasjon med personen med stor afasi.

En ting informantene var grunnleggende enige om, var det at å arbeide med stor grad av afasi er utfordrende. En informant sa det slik under intervjuet «*stor grad av afasi er ikke enkelt, det er ikke enkelt».* En annen beskrivelse var at å arbeide med denne pasientgruppa er «*rett og slett utfordrende og vanskelig».*

#### **4.1.2 Logopedrollens kompleksitet: «Jeg trodde jeg var syk»**

*«Da jeg begynte å arbeide med afasi, så var jeg veldig utmattet. Men jeg forsto etterhvert at det var arbeidet som tok mye av meg, fordi man må være påkoblet hele tiden, bruke veldig mye av seg selv i møte med afatiske pasienter».*

Informanten får i utsagnet over frem en ærlig og brutal beskrivelse om hvor tøft og krevende det kan være å arbeide med stor afasi. Logopeden fortsetter: «*Jeg trodde jeg var skikkelig syk. Jeg var sliten hele tiden og følte meg rett og slett utmattet».* Dette utsagnet kom fra en

informant, som beskrev sin første periode med å arbeide med afasi. Informanten beskriver at hun fikk litt sjokk da hun begynte å arbeide på sykehus og spesielt med pasienter med afasi. Til sammen gir flere av informantenes utsagn et godt bilde av hvor mye logoped bruker av seg selv i møte med afasi, og kanskje især i møte med personer med stor grad av afasi. Lignende beskrivelser kommer frem fra de andre informantene. De beskrev at de brukte mye av seg selv i arbeidet med stor afasi. «*Man må være veldig på, og observere hele pasienten til hver tid for å observere gester, blikk, formidlingsevne og kroppsspråk*». Informantene forteller at det er viktig at man er påkoblet hele tiden for å fange opp lyder, blikk, mimikk og kroppsspråk. Dette for å hele tiden prøve å finne styrker man kan bygge videre på, eller observere hva som kan fenge pasienten.

Et annet fellestrekk for informantene var at alle beskrev observasjon og egen tolkning som svært viktig i møte med afatiske pasienter. Alle beskrev at de måtte bruke kanskje mer av seg selv enn selve kartleggingsverktøy i arbeidet med stor afasi. Flere påpekte også kreativitet som et svært viktig virkemiddel i arbeidet med disse personene. Det kan hjelpe, som en informant presiserte, å tenke «*utenfor boksen*».

Det kom også frem i intervjuene med logopedene at de opplever betydningen av å ha evnen til å tilpasse seg for hver enkelt pasient. De beskriver at de må tilpasse sitt eget språk og formidlingsevne med tanke på hvem man skal kommunisere med. Den ene informanten forteller at denne tilpasningsevnen var noe familien hennes hadde merket seg. Familien fortalte at hun begynte å prate mer langsomt og rolig også på hjemmebane. Informanten ler da hun forteller dette, men vil formidle til meg at arbeidet med personer med stor grad av afasi er utfordrende og det krever mye av deg, uansett om man er nyutdannet eller en erfaren logoped.

#### **4.2 Arbeidet med personer med stor grad av afasi**

Her skal jeg presentere hvordan informantene beskriver at de arbeider med stor grad av afasi. Først skal jeg fokusere på informantenes sammensatte arbeid med kartlegging. Så skal jeg beskrive funn relatert til tiltak under overskriftene kommunikasjon, impressive vansker og ekspressiv kanal. Dette kapitlet dreier seg om hvilke måter og metoder informantene arbeider med personer med stor afasi, og det vil beskrive spesifikke arbeidsmetoder og refleksjoner rundt eget arbeid.



#### **4.2.1 Kartlegging: «Du plukker litt og litt»**

Å få oversikt over den enkeltes afasi beskrives som utfordrende av informantene, nettopp på grunn av de vanskene og følgene man kan få ved stor grad av afasi. Informantene reflekterte rundt utfordringene som kan medfølge i kartlegging av store vansker, samt beskrev noe om hvilke kartleggingsverktøy de har opplevd kan fungere best ved stor grad av afasi.

Alle informantene pekte på at det kunne være vanskelig med tanke på skadeomfanget å bruke formelle kartleggingsverktøy, og at de derfor ofte og i vel så stor grad brukte sine egne observasjoner og erfaringer i arbeidet med å kartlegge og få oversikt over vanskene til pasientene sine. «*Ved observasjon kan man også plukke opp litt og litt og gå videre på det*». Et fellestrekk var i tråd med dette at informantene brukte mye grov (åpen, ustrukturert) observasjon, men også dynamisk kartlegging i møtet med pasienten. Dette for å få et overblikk over personens kommunikasjon, men også få et bedre bilde av språklige variabler som blant annet benevning, repetering, forståelse, gjentakelser etc. Dynamisk kartlegging kan innebære å bruke formelle, men også uformelle, kartleggingsverktøy på en tilpasset, friere måte, for eksempel ved å utforske hva personen får til med ulike former for hjelp og støtte i kartleggingssituasjonen. Informantene beskrev at de gjennom dynamisk kartlegging får mulighet til å danne seg et bedre bilde av styrkene og svakhetene til personen med stor grad av afasi. «*Ved å bruke dynamisk kartlegging kan man finne ut litt nå og litt da*». Slik kan de dermed danne seg et inntrykk av hva som er vanskelig og hva som kan bygges videre på.

Når det kommer til selve kartleggingsverktøyene var det mye fellestrekk blant informantene. Det kartleggingsverktøyet som ble trukket frem som mest brukt for alle informantene var HAST (Haukeland Afasiscreeing Test). Alle informantene fortalte at de brukte noen deler av HAST i møte med personer med stor grad av afasi, for å kunne kartlegge noe av vanskene. Tre av informantene fortalte også at de brukte deler av Norsk Grunntest for Afasi (NGA).

*«Det er ofte vanskelig å bruke et spesifikt kartleggingsverktøy for stor grad av afasi, men man kan bruke noen deler sammen med observasjoner og dynamisk kartlegging».*

Det kommer tydelig frem i intervjuene at informantene har samme oppfatning og erfaring når

det kommer til kartleggingsverktøy med stor grad av afasi. Alle forteller at de kan bruke deler av HAST eller deler av NGA, men at det er like viktig å bruke egen kompetanse og erfaring ved observasjon sammen med dynamisk kartlegging. To av informantene nevner spesielt at de også bruker egenprodusert materiell som skrift, bilder, kart etc. til hjelp for å kartlegge og utforske de ulike språkvanskene.

#### **4.2.2 Kommunikasjon: «Det er viktig å se helheten»**

Da informantene skulle beskrive hvordan de kommuniserte med personer med stor afasi var det mye av de samme poengene som gikk igjen. Siden store afatiske vansker innebærer vansker med det ekspressive språket og impressiv forståelse må man bruke det man har rundt seg som hjelpemidler.

Dette innebærer å bruke mye gester, mimikk og kroppsspråk og dette var noe alle informantene beskrev som viktige kommunikative egenskaper. Ved store vansker er det desto viktigere å bruke ikke-verbal kommunikasjon i møte med pasienter med afasi. *«Det går mye på gester, mimikk og kroppsspråk. Og det er viktig at personen med store afatiske vansker får frem sitt eget kroppsspråk»*. Ved at man kan kommunisere via gester, mimikk og kroppsspråk er det også viktig at man kan tolke det pasienten prøver å formidle. Man bør derfor være observant *«da pasienten kan sende ut signaler som man bør være obs på»*.

Noen av informantene forklarer at man også må bruke hjelpemidler som kan forsterke kommunikasjonssituasjonen. Da nevnes det skrift, bildestøtte og kart som kan være til hjelp. *«Jeg skriver veldig mye til noen, og tar med enkle hjelpemidler som bokstaver, bilder og kart. Dette for å forsterke kommunikasjonssituasjonen»*.

En informant trekker frem viktigheten med å skape en trygg arena, slik at personen med afasi kan utrykke seg på den måten de kan. Ved å ha en trygg arena er det enklere for begge parter å kommunisere. Da er det enklere å prøve å tolke de ikke-verbale signalene til pasienten, og man får en arena som gjør det enklere å bli kjent med hverandre. Dette igjen gjør det enklere å tolke signalene personen med afasi vil formidle.

I en kommunikasjonssituasjon med personer med stor afasi er det viktig å prøve å vekke interesse hos pasienten. Derfor er det viktig å ta utgangspunkt i noe personen engasjerer seg i eller interesserer seg for. *«Det er viktig å finne styrkene til pasientene, finne hva de interesserer seg for. Dette for å bygge videre på pasientens interesseområde for å skape en mestringsfølelse».*

Ved å kommunisere med personer med store afatiske vansker forklarte alle informantene at de som logopeder spiller en viktig rolle for hvordan de møter pasientene. *«Man må alltid tilpasse språket sitt i kommunikasjonssituasjoner med personer med stor grad av afasi. Vi må ned med tempo og bruke mye gestikulering. Vi må se nøye etter signaler til pasienten og følge med hvor pasienten har fokus, om han/hun vil formidle eller ta på noe».* Informantene forteller at det er viktig at de er påkoblet og observante i møte med pasientene for å fange opp hva pasienten vil formidle. Dette henger også sammen med at de kan observere hva de kan bygge videre på i arbeidet med de ekspressive og impressive vanskene. En informant forteller også at siden en slagpasient kan ha tilleggsvansker, kan det derfor være vanskelig å kommunisere. *«Man må ta hensyn til alt».* Siden det kan være ulike tilleggsvansker å ta hensyn til er det desto viktigere for oss å være påkoblet for å tolke signalene de sender ut, forteller en informant. *«Dette igjen kan man bygge videre på senere, i arbeidet med ekspressive og impressive vansker. Det er altså viktig å se helheten».*

#### ***4.2.3 Impressive vansker: «Det handler om likeverdig arbeid»***

I arbeid med auditiv forståelse og impressivt språk for personer med stor afasi, er det viktig å se helheten. Det å forsøke å tolke alle signaler fra pasienten samt å skape en trygg og rolig arena blir av informantene presentert som vesentlige ingredienser i det logopediske arbeidet. I dette kapitlet vil jeg presentere informantenes tanker rundt arbeidet med auditiv forståelse og impressivt språk. Først presenteres informantenes kompensatoriske strategier og refleksjon over egen logopedrolle. Til slutt blir de ulike arbeidsmetodene presentert, der informantene har beskrevet de vanligste arbeidsmetodene for deres arbeid.

*«Det er svært viktig å ha god tid.. Man må også legge alle faktorene til rette for at personene med afasi skal forstå. Man må snakke rolig, ha blikk-kontakt og ha rolig atmosfære.»* Ved å arbeide med impressivt språk ble det nevnt mye av det som er beskrevet over i kapitlet om

kommunikasjon. Når man arbeider med impressive vansker forteller informantene at man må legge miljøet til rette for å skape en trygg og rolig arena. «*Vi må tenke over hvor vi sitter for å ikke ha noen forstyrrelser. Er det vindu der vi sitter, så er det lurt å trekke for dem for å prøve å fange oppmerksomheten til personene mest mulig*».

Alle informantene nevner også at man må være oppmerksom på egen «utstråling», at man er påkoblet, viser interesse, har blikk-kontakt, kroppsspråk og ikke minst snakker rolig. «*Auditiv forståelse blir mye lytting og felles fokus*». Informantene bruker ofte korte setninger, snakker i rolig tempo og tenker mye på eventuell bakgrunnsstøy og andre forstyrrelser som kan hindre oppmerksomheten til personen med stor afasi. «*Det er viktig å tenke på kompensatoriske strategier til dette arbeidet*». Noen av informantene forteller også at man alltid prøver å fange oppmerksomheten til personen med afasi. Noen ganger må de endre toneleie på stemmen slik at talen deres blir mer lik en melodi, for å se om dette kan fange personens oppmerksomhet. Informantene mener det er viktig å arbeide med noe pasienten har kjennskap til, og da er det en fordel om man har blitt litt kjent. Man må alltid være på jakt etter en inngangsport, forteller en informant.

Informantene forteller at de har flere ulike måter å arbeide på for å fremme auditiv forståelse og impressivt språk. Felles for alle informantene er at de bruker mye bildestøtte. Dette kan være å bruke bilder for å prøve å forsterke forståelsen til pasienten eller bruke det aktivt med å jobbe med ordene i seg selv. Bildene kan også brukes når det arbeides med å gå fra lydnivå, til ordnivå og til setningsnivå. «*Går jo via bildene for å fremme det andre*». Ved arbeid vedrørende semantisk svikt trekkes også SFA frem som en arbeidsmetode samt bildestøtte som et viktig hjelpemiddel. Da brukes bildestøtten i semantiske oppgaver for å fremme ordforståelsen til personene med store impressive vansker. «*I starten gjøres det enkelt, jeg velger ord som er langt fra hverandre. Velger ikke kniv og gaffel, men kniv og paraply for eksempel*». Et annet eksempel var å bruke objekter eller bilder av for eksempel en nøkkel, der personen med afasi kunne peke på døra, «*Kan du peke på det vi bruker for å låse døra?*». Ved å fokusere på lyder og bestemt bokstavlyd, er det flere av informantene som bruker bildestøtte aktivt, der personen med afasi får ulike oppgaver knyttet til lyd og bilde. «*Å knytte det auditive opp mot et bilde, synes jeg har effekt*».

Noen av informantene nevner helt eksplisitt materiell de bruker i undervisninga. En informant trekker frem bruken av Sareptas afasikrukke, og begrunner det med at det er et fint hjelpemiddel å bruke siden det tilbyr masse bildestøtte. «*Bildestøtte vil alltid være praktisk, også penn og papir kan brukes for å se om dette kan være en inngangsport*». Dette for å bruke flere kanaler når man går inn i innholdet i ordene. Sammen med bildestøtte bruker informantene skriftstøtte: «*Man må bruke flere kanaler*». En informant trekker også frem dataprogrammet Lexia, som hun synes er veldig fint å bruke. Lexia kan tilpasses pasienten, forteller hun, og det er veldig fint siden man kan jobbe med ordnivå, lydnivå og bilde.

Informantene gir uttrykk for at man noen ganger føler man ikke kommer noen vei. Tilleggs vansker trekkes frem, og det kan vanskeliggjøre prosessen for personen med stor grad av afasi. Da er det viktig å finne måter å lokke frem forståelsen på. For eksempel gjennom sang, rim, gjentakelser og automatiserte rekker. «*Det handler mye om utprøving, og man ser det kan være utfordrende*». Informantene trekker også frem bildematching, fonologisk diskriminering og minimale par som arbeidsoppgaver. Man må alltid se om pasienten er i stand til å utføre de ulike oppgavene, og man ser ofte at man må endre vanskelighetsgraden og oppgavene ut fra vanskene til pasienten forteller en informant.

En informant poengterer at man må bygge det som er bevart, at man må se på helheten av alt når man arbeider med forståelsen. Dette for å bygge på det man hører eller observerer, slik at pasienten kan oppnå mestringsfølelse eller tilhørighet i det man arbeider med. «*Det handler om likeverdig arbeid mellom logopeden og personen med afasi og man må jobbe med et fellesprosjekt. Vi må bli godt kjent, og ha tid til lytting*».

#### **4.2.4 Ekspressiv kanal: «Vi må ha med oss ørene»**

Først presenteres informantenes egne refleksjoner rundt arbeidet med ekspressiv kanal ved stor grad av afasi. Så presenteres de ulike arbeidsmetodene og undervisningsmateriell informantene kan ta i bruk, ved å arbeide med store ekspressive vansker. Informantene har nevnt flere forskjellige metoder, men de presiserer gjennomgående at man må velge den arbeidsmetoden som egner seg best for hver enkelt person med stor afasi.

Det kom frem i intervjuene at å arbeide med ekspressive vansker så må informantene videreføre tankegangen og væremåten de følger i kommunikasjonssituasjoner og i arbeidet med impulsive vansker. Informantene forteller gjentagende under intervjuene at man alltid må «*plukke opp litt og litt*» og «*man må alltid se helheten*». Det er spesielt viktig å «*ha med seg ørene*». Dette gjelder også i arbeidet med de ekspressive vanskene. I dette ligger det at det er viktig å alltid være på jakt etter lyder og ord hos den enkelte pasient, som logopeden kan bygge videre på. Man må være påkoblet for å få med seg det personen får til å uttrykke.

En informant presiserer at ved fokus på ekspressivt språk må man tenke igjennom hvilken grad av vansker personen har. Er det for eksempel tilleggsvansker som talepraksi for eksempel, blir arbeidet enda mer vanskelig. Derfor bør man informere om dette til pasienten slik at pasienten selv får bestemme arbeidsmetoden. «*Man må jobbe veldig strukturert, og da bør man si det til pasienten at vi viser forståelse for at dette er tungt og kjedelig*».

Det er også viktig å støtte pasientene og la dem få vite når de oppnår noe, forteller en informant. «*Man må ta vare på øyeblikkene! Er så fantastisk når man ser at personer viser glede, der de hører at de sier ord eller forstår hva jeg sier*».

Automatiserte rekker trekker informantene frem som en god øvelse, da dette kan få frem lyder eller ord hos noen. Dette er telling til 10, ukedager, måneder, regler osv. Man kan også lokke frem språket med assosiasjonsprompting (opp og ned/ høyre og venstre). Sang, rim og regler ble nevnt av alle informantene. Det er en fin måte å arbeide på for å komme i gang, og for å gi pasienten mestringsfølelse. En informant bruker en del melodisk infonasjonsterapi hvis det er egnet og hvis pasienten liker det. Hun forteller at man alltid må prøve seg frem og man må alltid prøve å bygge opp suksessivt.

Er det stor skade og store vansker trengs det mye støttarbeid. Det kan oppstå mye misforståelser, så man må ofte ha bekreftelse på om man er på rett vei. Bruker ofte mye bildestøtte, snakker rundt et bilde og bildebenevning, forteller en informant.

Flere av informantene bruker også annet støttmateriell i arbeidet med de ekspressive vanskene. «*Det er viktig å bygge på flere kanaler, som syn og hørsel også,*» forteller en. Modeller for å støtte opp under syntaks brukes også, der det settes ulik farge for et verb,

adjektiv og substantiv. Dette for å knytte bilde opp mot ord, samt at det kan være til hjelp med å arbeide med enkeltord og setninger.

Benevningsoppgaver, ordmobilisering, bildelotto, kryssord og høytlesning er også nevnt som måter å arbeide på. PACE-oppgaver brukes der pasienten kan bruke alle kanaler og strategier for å formidle et budskap, blir også trukket frem som viktig.

Informantene ramset opp mange forskjellige arbeidsmetoder og hjelpemidler de tar i bruk for å arbeide med det ekspressive språket. Informantene nevnte svært mange forskjellige måter å arbeide på, og ville presisere at alt handler om å velge ut rett oppgave for hver enkelt pasient. Det er altså viktig, påpeker informantene, at alt ses i en sammenheng med observasjoner, type vansker og personlighet for pasienten. «*Man må alltid være på jakt etter nye lyder. Vi må alltid ha med oss ørene*».

### **4.3 Et liv med vansker?**

Etter å ha beskrevet arbeidet med store impulsive og ekspressive vansker, fikk informantene spørsmål om de hadde opplevd bedring i språkmodaliteter for personer med stor afasi. Dette kapitlet vil dreie seg om informantene opplever bedring hos personene med stor grad av afasi, og i hvilken grad. Samt refleksjoner rundt vanskene for denne gruppa og i forhold til behandlingstilbudet.

#### ***4.3.1 Tidlig fase: «Jo større afasien er, jo vanskeligere er det»***

Informantene som arbeider i akutfasen forteller at de kan observere bedring hos pasientene, og begrunner dette naturligvis delvis med at det er fordi de arbeider i den tidlige fasen. Selv om det er variasjon i bedringen for ulike pasienter, så begrunnes bedringen for eksempel med at hevelser i hjernen har gått ned, samt den virkning medisiner kan ha. «*Det er vanskelig å svare på bedring for denne gruppa, men mange viser spontan bedring på ordforståelsen de første månedene*». En informant synes han er heldig fordi han jobber i akutfasen og kan derfor møte pasientene samme dag. Informantene forteller at det kan endre seg veldig mye på kort tid, men «*jo større afasien er, jo vanskeligere er det*».

Jobben deres i tidlig fase er å kartlegge de ulike vanskene for å skrive en grundig og korrekt tekst om pasientens vansker til den logopeden som tar over arbeidet ut i kommunene. Da er det ofte at logopedene i akuttfasen kartlegger og prøver ut ulike øvelser og arbeidsformer for å gi mest mulig informasjon i henvisningene.

Jobben deres går også ut på å informere om afasi og de ulike vanskene, både til pasienten selv og pårørende. I samtaler kan de også gi tips og råd om kommunikasjon med en afatisk person. Informantene opplever også at de må endre kartleggingsverktøy og arbeidsmetode. Dette begrunner de med at pasientene kan ha store vansker i starten, men at den spontane bedringen endrer vanskene såpass at de må begynne på nytt med kartleggingen.

I akuttfasen kan informantene møte pasientene hver dag. De prøver å ha en time til rådighet for hver pasient, men forteller at pasientene kan bli raskt utmattet og må heller avslutte etter pasientens behov for hvile. *«De burde ha hatt minimum 5 ganger i uka, noen ganger kan vi arbeide i 20 min, men da kan de være helt utslitte».*

Hvis pasientene havner på rehabiliteringen på sykehuset kan de være der opptil 6 uker, og da får informantene møte pasientene over en lengre periode. En informant forteller at evidensen tilsier at det bør være 5 timer i uka for at språktrening skal ha effekt og forteller at det er dette de arbeider etter.

#### **4.3.2 Kronisk fase: «Noen ganger kan vi ikke fortsette»**

I kronisk fase beskrives bedringene som varierende og helt avhengige av personen selv. Det som er viktig er at man sjekker opp hele tiden om tiltakene man setter opp er relevant for hver enkelt person og vansker. Videre forklarer informanten at man må spørre seg selv om øvelsene har fungert, om det er noe bedring eller om det stagnerer.

En informant forteller at det også er avhengig av personen selv, fordi det handler mye om motivasjonen og engasjementet til pasienten. Det handler om hva du kan hente ut fra den enkelte å jobbe videre med, og det er ikke alltid enkelt. Informanten forteller at hun har opplevd bedring på flere av pasientene sine, men i ulik grad. Videre beskriver begge informantene at det ikke alltid er fremgangen å registrere, selv om de har hatt behandlingstilbud over en lengre periode.



«Noen ganger sier det seg selv at vi ikke kan fortsette». Informantene forteller at hvis de ikke opplever noe fremgang etter lang behandlingstid, der de føler at pasienten selv er lite motivert kan de ofte legge inn en pauseperiode i samråd med pasienten. Etter pauseperioden kan informantene oppleve bedring, men det er helt avhengig av motivasjon og grad av afasi.

Hvis de ikke opplever noe bedring og føler de står fast, er det ofte at de kan rådføre seg med pårørende, kollegaer og Statped. «Statped kan være til tips og råd når man trenger det». En informant forteller at hvis man ikke kommer noen vei med språkvanskene og føler det er lite hensiktsmessig å fortsette, så er det viktig å snakke om dette til pasienten og pårørende. For selv om man avslutter behandlingen så er det viktig å vise at døren alltid er åpen hvis de ønsker å gjenoppta denne, eller om pårørende trenger tips, råd eller en samtalepartner. Det er også viktig å påminne om logopedenes veiledning for pårørende og funksjonell kommunikasjon.

Behandlingstilbudet i den kroniske fasen er helt avhengig av hvilket tilbud den enkelte kommune har å tilby. Den ene informanten forteller at hun arbeider tre dager i uka, og planlegger alltid møte med de afatiske pasientene disse dagene. Slik får hun møte pasientene cirka 3 timer i uka. Den andre informanten forteller at hun arbeider bare en dag i uka i sin private praksis og kan derfor møte pasientene deretter. Så det blir en time i uka at informanten får møte pasientene med stor afasi. Selv forteller hun at hun ofte sender med lekser til pasientene, men det er uklart hvor mye som blir fulgt opp.

## **5.0 Drøfting**

Studiens hensikt er å få økt kunnskap og innsikt i hvordan logopeder arbeider med personer med stor grad av afasi. Oppgaven tar utgangspunkt i følgende problemstilling «*Hvordan arbeider logopeder med stor grad av afasi?*». Etter å ha presentert funnene fra studien skal jeg nå drøfte og tolke funnene i lys av teori. For å belyse problemstillingen ut fra resultat- og teorikapitlet har jeg valgt å drøfte de sentrale funnene i denne oppdelingen:

- Personer med stor grad av afasi er en sammensatt gruppe
- Logopeder bygger på det de observerer og på det som fungerer
- Det logopediske arbeidet er kreativt og komplekst
- Hvor langt man kommer avhenger av flere faktorer

Jeg vil nå drøfte funnene fra denne empiriske studien opp mot relevant teori fra kapittel 2. Først vil jeg drøfte rundt informantenes beskrivelse av at personer med afasi er en sammensatt gruppe. Så vil jeg drøfte hvordan funnene beskriver arbeidet med stor afasi, med å ta i bruk ulike tilnærminger, metoder, strategier og arbeidsoppgaver i møte med personer med stor afasi. I underkapitlet (5.1.3) vil jeg drøfte logopedrollen opp mot relevant teori, før jeg avslutningsvis drøfter at det avhenger av flere faktorer hvor langt man kommer med det logopediske arbeidet.

### **5.1 Personer med stor grad av afasi er en sammensatt gruppe**

Informantene gir uttrykk for at arbeidet med stor grad av afasi ikke er enkelt å beskrive. Mine funn viser til ulike strategier i arbeidet med stor afasi. Årsaken til dette begrunner informantene med at stor afasi kan variere betydelig fra person til person, både når det gjelder skadeomfang, vansker, personlighet og interesser. I følge Reinvang (1978) kan alle afasier variere i alvorlighetsgrad, der noen afasityper har generelt reduserte prestasjoner på språklige oppgaver. I min undersøkelse uttrykte informantene utfordring ved arbeidet med stor grad av afasi, på grunn av alvorlighetsgraden og omfanget av vanskene. Min tolkning på bakgrunn av informantenes beskrivelser er at det ikke er noe fasitsvar eller standardtilnærming som passer for alle personer med stor grad av afasi, og at hva man legger i begrepet *stor grad av afasi* kan variere.

Mine funn viser til vanskeligheter med å velge ut bestemte arbeidsmetoder og strategier, der begrunnelsen for dette er ulikt skadeomfang, vansker, personlighet, interesser og motivasjon. Funnene viser også at observasjon spiller en avgjørende rolle i å identifisere individuelle styrker og vansker hos hver enkelt pasient. Studien til Adjei-Nicol (2020) viser også til observasjon i arbeidet med global afasi, der deltakerne bruker ofte observasjoner i arbeidet med afasi for å velge ut bestemte arbeidsmetoder og strategier. Informantene i min studie beskriver at de bruker observasjon i sitt logopediske arbeid ved at de nøye observerer hvordan en person responderer på ulike tilnærminger og arbeidsformer, noe som kan bedre måten logopedene evner å tilpasse den logopediske behandlingen og finne de rette innfallsvinklene. Dette kan igjen bidra til å maksimere pasientens potensial og fremme bedret kommunikasjon.

Jeg tolker funnene slik at utfordringene med arbeidet med stor grad av afasi er mangfoldet blant pasientene. Hver person er unik, og det er nødvendig å tilpasse arbeidsoppgaver og tilnærminger individuelt. Dette krever en fleksibel og tilpasningsdyktig tilnærming fra logopedene. I mitt arbeid har jeg fått inntrykk av at informantene i denne studien viser fleksibilitet og er tilpasningsdyktige i arbeidet med stor grad av afasi. Med det siterte uttrykket fra denne studien: «*ingen pasienter er like, har du møtt en så har du møtt en*», synes jeg understreker at informantene ser viktigheten av å møte hver person på en individuell og tilpasset måte. Selv om det kan være felles utfordringer og liknende strategier som fungerer for flere, så får fortellingene fram at de tar hensyn til de unike behovene og forutsetningene til den enkelte pasienten.

## **5.2 Logoped er bygger på det de observerer og på det som fungerer**

Funn fra dette masterprosjektet indikerer at informantene ved bruk av observasjon forsøker å plukke ut litt og litt, slik at de kan prøve seg frem i arbeidet med de ulike vanskene hos personen med stor grad av afasi. Informantene i denne studien beskriver at mye handler om utprøving, der det er utfordrende å vite hvor man kan starte. Derfor er observasjon viktig for veien videre med kartlegging av vanskene. Funnene i denne studien peker på at det kan være vanskelig å bruke formelle kartleggingsverktøy på grunn av skadeomfanget ved stor grad av afasi. Derfor bruker de i stor grad egne observasjoner og erfaringer for å kartlegge og få oversikt over pasientenes vansker og sterke sider. Disse funnene har visse likhetstrekk med funnene i studien til Adjei-Nicol (2020), der resultatet viste at nesten alle logopedene brukte uformelle kartleggingsverktøy i arbeidet med global afasi og halvparten brukte formelle kartleggingsverktøy. Funnene i min studie avdekker også bruken av dynamisk kartlegging som innebærer interessert og åpen observasjon i møte med personen med stor afasi. Min forståelse av kartlegging for personer med stor grad av afasi, handler om at informantene må tilpasse og utforske ulike former for hjelp og støtte for å forstå personens potensiale, styrker og vansker. Funnene i min undersøkelse har også likhetstrekk med studien til Adjei-Nicol (2020), og styrker dermed tolkningen av at kartlegging for stor grad av afasi er utfordrende og det er derfor viktig å ta i bruk både formelle og uformelle kartleggingsverktøy.

Mine empiriske funn viser at kartleggingsverktøyene HAST og NGA brukes mest blant mine informanter, der det er tydelig at informantene ser på formelle kartleggingsverktøy som et

supplement til observasjon og dynamisk kartlegging. Ved bruken av formelle kartleggingsverktøy for personer med stor grad av afasi mener Adjei-Nicol (2020) at mye kartlegging ikke er tilstrekkelig grunnleggende. Som tidligere nevnt, problematiserer Adjei-Nicol (2020) at de fleste med stor grad av afasi scorer lavt på ulike språklige tester, der man i tillegg sjelden fokuserer spesielt verken på personens gjenværende ferdigheter eller på eventuelle kognitive tilleggsvansker. Spesielt trekkes kartleggingsverktøy som krever utpeking av bilder som ledd i å kartlegge både uttrykksevne og auditiv forståelse frem som et problem, i følge Adjei-Nicol (2020). Også Heuer og Hallowell (2007, 2009) mener at man bør stille spørsmål ved validiteten til denne type kartlegging. De nevnte forskerne mener at bruk av bildeutpeking i kartlegging av personer med stor grad av afasi også krever ikke-språklige ferdigheter som visuell oppmerksomhet, visuell persepsjon og objektgjenkjenning, og dermed kartlegger noe annet eller noe mer enn språklige vansker. Språklig kartlegging ved stor grad av afasi kan med andre ord være både opplysende og tilslørende, dersom man ikke er oppmerksom på alle de ikke-språklige krav kartleggingen stiller. Informantene i min studie bruker formelle kartleggingsverktøy i en viss grad, men beskriver at de synes dette ikke er tilstrekkelig, og de supplerer derfor med observasjon og dynamisk kartlegging. De kommenterer imidlertid ikke utdypende hva det er ved de formelle kartleggingsverktøyene som ikke er tilpasset stor grad av afasi, annet enn at de finner eksisterende formelle verktøy for komplekse. Videre understreker informantene viktigheten av å bruke sin egen kompetanse og erfaring i kartleggingsprosessen. Jeg tolker dette dithen at formelle kartleggingsverktøy ikke kan stå alene ved kartlegging av vanskene ved stor grad av afasi, og det er dermed viktig å supplere med andre uformelle kartleggingsmetoder. Gjennom dette får jeg også et inntrykk av hvordan noen logopeder håndterer utfordringene ved stor grad av afasi, og ved å bruke en kombinasjon av observasjon, dynamisk kartlegging og utvalgte kartleggingsverktøy, kan dette gi en bedre forståelse av pasientens språklige og kommunikative utfordringer og muligheter.

Funnene i denne undersøkelsen viser at arbeidet med de ulike utfordringene knyttet til personer med stor grad av afasi kan være komplekst. Informantene i studien må observere og tolke personen med afasi og velge tilnærminger og metoder som passer best for den enkelte. Slike beskrivelser finner vi i logopedenes fortellinger både om det mer vanskebaserte og det mer konsekvensfokuserede arbeidet. Det kommer også frem i denne studien at informantene bruker ulike tilnærminger, strategier og metoder for å fremme impressivt og ekspressivt språk og til å fremme kommunikasjon. Funnene viser også at det veksles mellom en vanskebasert

tilnærming som tar direkte tak i det spesifikke språklige vanskebildet, og en konsekvensfokuset tilnærming som fokuserer på å kompensere for, eller omgå språklige eller kommunikative vansker. Jeg tolker dette slik at det indikerer at informantene prøver forskjellige tilnærminger, avhengig av situasjon og behovene til personen med stor afasi.

Informantene bruker bildestøtte og ofte penn og papir i arbeidet med personer med stor afasi. Dette arbeidet kan man finne noe likhetstrekk ved i studiene fra Munro og Siyambalapityaa (2016), Knollman-Porter og kollegaer (2018) og Saccett og medarbeidere (1999), som studerer mer grunnleggende språkopp-gaver i arbeidet med ekspressivt språk for stor grad av afasi. Ved å finne likhetstrekk ved disse studiene og til funnene i denne oppgaven, understreker dette at logopedene i denne studien tar i bruk ulike støttematerialer og oppgaver for å fremme grunnleggende språkferdigheter. Min tolkning av dette er at logopedene i denne studien viser en allsidighet ved å veksle på støttemateriell og ulike arbeidsmetoder, som igjen styrker informantens budskap om at de alltid er observante og arbeider med det de tror passer best for hvert enkelt individ.

Funnene i denne studien viser naturligvis også at arbeidet med stor grad av afasi innebærer fokus på funksjonell kommunikasjon, der informantene bruker bildestøtte, gester og kroppsspråk til hjelp for å bygge og styrke kommunikasjonsstrategier. Gester, kroppsspråk og tilstedeværelse beskrives av logopedene som viktige punkter i en kommunikasjonssituasjon med personer med stor grad av afasi. Funnene i denne studien viser visse likhetstrekk med to enkeltcasestudier fra Basso (2009) og Cauter med kollegaer (2013), som tar i bruk en kombinasjon mellom vanskebaserte og konsekvensfokuserte arbeidsformer for å fremme kommunikative ferdigheter. Informantene i min studie referer følgelig til bruk av ulike former for kommunikative strategier, som også benyttes i studiene av Basso (2009) og Cauter med kollegaer (2013). Disse ulike formene for kommunikative strategier finner man også i det empiriske materiale i denne oppgaven, der informantene poengterer at alle språklige modaliteter bør brukes, samt at bildestøtte og objekter brukes for å forsterke temaet i samtalen og for å fange personens oppmerksomhet. Basso (2009) mener at logopedene bør ha fokus på egen muntlige språkproduksjon med å bruke korte setninger, forenklet språk og ta i bruk pauser. Dette er noe informantene i denne studien poengterer også ved egen rolle i en kommunikasjonssituasjon, med fokus på å bruke alle kommunikative kanaler og

støttmateriell. Disse funnene støtter også tidligere forskning på kommunikasjon som argumenterer for en kombinasjon av vanskebasert og konsekvensfokustert tilnærming, samt bruk av ulike kommunikative strategier og tilpasning av samtalepartneres språkproduksjon for å støtte kommunikasjonsevnen til personer med afasi (se Basso, 2009; Cauter et al., 2013). Slik jeg tolker det viser dette noe av allsidigheten ved det å være logoped for personer med stor grad av afasi, og jeg tolker informantenes fortellinger slik at de er villig til å endre arbeidsmetoder og strategier for å fremme kommunikasjon for personer med stor grad av afasi.

Funnene i denne masterstudien understreker også viktigheten av indirekte tiltak, som for eksempel pårørendesamarbeid. Alle informantene beskriver samarbeidet med pårørende med at det går for det meste i å gi tips og råd angående afasi, kommunikasjon og informasjon om de ulike vanskene personen har. Samarbeid med pårørende har tidligere blitt beskrevet som en del av afasirehabilitering (Shrubsole et al., 2018; Adjei-Nicol, 2020). De beskriver indirekte tiltak i likhet med hva funnene i denne studien viser til: Samarbeid med pårørende er å gi råd og veiledning til pårørende som er blitt rammet av afasi i familien, samt gi veiledning om ulike kommunikasjonsstrategier. I denne masteroppgaven viser funnene at alle informanter ser viktigheten med pårørendesamarbeid, og alle informantene oppgir at dette blir gjennomført, men i ulik grad. Dette står en viss motsetning til studien av Shrubsole og kollegaer (2018) som oppgir at en stor andel av logopeder rapporterer at de har for lite tid til pårørende. Fortellingene til informantene i denne masterstudien kan tolkes dit hen at de prioriterer samarbeid med pårørende, men i noe ulik grad. Jeg tolker informantene slik at de ser viktigheten av pårørendeinvolvering, og at de ser på pårørende som en positiv ressurs i afasirehabiliteringen.

I mitt empiriske materiale ser vi at en av informantene bruker pårørende mer aktivt enn de andre. Informanten beskriver at pårørende kan få tips og råd ved å se hvordan logopeden arbeider og kommuniserer, noe som igjen kan styrke pårørende i kommunikasjonen med den afasirammede. Dette samsvarer med studien til Nykänen med kollegaer (2013), som viser til positive resultater der pårørende har fått veiledning via samtaler og ved tilstedeværelse under det logopediske arbeidet. I følge Bakken (2010) gir dette også andre fordeler. De pårørende kjenner pasienten best, og dette gir mulighet for logopeder til både å få nyttig informasjon fra

de pårørende, men også å tilføre de pårørende ny kunnskap. Dette finner vi også beskrevet i min studie. Viktigheten av pårørendesamarbeid i afasirehabilitering finner man beskrevet i forskning (Shrubsole et al., 2018; Simmons-Mackie et al., 2016; Nykänen et al., 2013). Muligens kan man også hevde at pårørendesamarbeid kan være viktig i afasirehabilitering ved at det kan bidra til å øke fokuset på og innsats rettet mot psykososial fungering (Northcott et al., 2021) i det logopediske arbeidet. Samarbeid med de pårørende kan ha betydning for kommunikasjon og livskvalitet for personer med afasi og deres pårørende.

### 5.3 Det logopediske arbeidet er kreativt og komplekst

Dersom vi ser mine empiriske funn opp mot teori og forskning om arbeid med stor grad av afasi, ser vi at logopedene i denne studien arbeider allsidig. De prøver seg frem med ulike tilnærminger, arbeidsoppgaver og strategier ut fra deres egne observasjoner og tolkninger vedrørende personen med afasi. Funnene kan sies å illustrere at informantene arbeider med et bredt fokus innen vanskebasert og konsekvensfokusert tilnærming, ofte kombinasjoner av dette, og bruker pårørende aktivt. På tvers av mine empiriske funn om arbeid med kartlegging og tiltak rettet mot funksjonell kommunikasjon, ekspressive og impressive vansker ser vi at informantene tar i bruk flere tilnærminger og et spekter av aktiviteter og arbeidsoppgaver. Jeg tolker det slik at funnene mine fra denne studien i noen grad speiler funnene som er skissert i modellen til Adjei-Nicol (2020) (se figur 1, tidligere i oppgaven). Modellen hennes viste varierte arbeidsmetoder og strategier innen flere tilnærminger. Det spekteret av arbeidsformer og tenkemåter som modellen til Adjei-Nicol (2020) antyder, kan man finne i min studie. Jeg tolker dette dit hen at arbeidet med personer med stor grad av afasi krever allsidighet, der man både tar utgangspunkt i de ulike vansker og sterke sider personen har, samt i individets personlige preferanser og interesser. Tabell 2, under, illustrerer bredden av mine funn.

Tabell 2: Bredden av praksisbeskrivelser i mitt materiale: Eksempler satt opp i tråd med modellen til Adjei-Nicol (2020)

<p><b>Vanskebaserte</b> arbeid/aktiviteter</p>	<p>Eksempler: Arbeid med automatiserte rekker, bildematching, fonologisk diskriminering, arbeid med minimale par, semantisk matching.</p>
<p><b>Konsekvensfokuserte/ funksjonelle</b> arbeid/aktiviteter</p>	<p>Eksempler: Fokus på funksjonell kommunikasjon, bruk av bilder, kart og kalender. Å ta utgangspunkt i den enkelte persons liv og interesser.</p>

<b>Indirekte</b> arbeid/aktiviteter	Eksempler: Å involvere pårørende aktivt i logopedtimene. Tips og råd til/fra pårørende. Å informere om afasi til den rammede og de rundt.
--	---

I min empiriske undersøkelse ga informantene et innblikk i erfaringene og perspektivene i hvordan de som logopeder arbeider med personer med stor grad av afasi. Informantene understreker viktigheten av å eksperimentere med ulike strategier og arbeidsformer for å finne riktig tilnærming til hver pasient. Disse funnene kan man se opp mot funnene til Gauvreau med kollegaer (2019). Gauvreau og medarbeidere studerte begrunnelser hos logopeder i afasifeltet. De fant, som tidligere nevnt, at de valg logopedene tok, *både* bunnet aspekter ved personen man jobbet med *og* de rammer man jobbet innenfor ved arbeidsstedet. Dessuten fant man at en kunne dele inn de mål og de aktiviteter logopedene beskrev, kunne kategoriseres som enten vanskebaserte eller konsekvensfokuserte (med et fokus på sosial deltakelse), men at disse også til dels var overlappende. Dessuten fant Gauvreau og medarbeidere (2019) at logopedene som ble studert, som alle hadde ekspertise innen logopedisk arbeid ved afasi, hadde en rekke grunnleggende spørsmål til egen praksis. Min tolkning er at vi kan høre en tilsvarende grunntone hos mine informanter. De forteller mye om hva de gjør, men de deler også relativt åpent om usikkerheten som er forbundet med å jobbe med personer med stor grad av afasi, og om den kreativiteten som denne type arbeid derfor fordrer. Dette igjen illustrerer arbeidets kompleksitet, og den selvstendighet logopedisk arbeid med personer med stor grad av afasi krever. Mine informanter beskriver, slik jeg tolker dem, følelsen av utmattelse og slitasje, særlig begrunnet med den konstante påkoblingen og den store innsatsen som kreves i møte med personer med stor grad av afasi. En viktig faktor som funnene i denne studien illustrerer, er logopedenes evne til å justere eget språk, egen kommunikasjon og formidlingsstil i samsvar med pasientens behov og evner. Dette kan være krevende, men informantene peker på at det er nødvendig for å oppnå god kommunikasjon og for å møte pasientene der de er, og dermed ha et bedre utgangspunkt for logopedisk arbeid. Min tolkning av selve logopedrollen er at den settes høyt og sentralt i møte med personer med stor grad av afasi, både i denne studien og andre tilsvarende studier (Adjei-Nicol, 2020; Basso, 2009). Dette antyder at logopedens rolle er svært krevende, og jeg tolker dette dit hen at kontinuerlig lærling, tilpasning og kreativitet i møte med personer med stor grad av afasi er viktig.



Til tross for utfordringene informantene beskriver i denne oppgaven, gir de også uttrykk for at arbeidet oppleves som meningsfullt og verdifullt, og de understreker betydningen av å være mentalt og emosjonelt forberedt på utfordringene som kan oppstå i denne type arbeid.

#### **5.4 Hvor langt man kommer avhenger av flere faktorer**

Funnene i denne empiriske studien illustrerer en rekke utfordringer relatert til varierende grad av språklig bedring og kommunikative ferdigheter hos personer med stor grad av afasi. En naturlig konklusjon vi kan trekke, er at hvor langt man kommer avhenger av flere faktorer.

Informantene i denne studien beskriver mer intensiv behandling i tidlig fase, og mindre intensivt og mer varierende behandling i mer kronisk fase. Hvor langt man kan strekke behandlingen til en person med stor grad av afasi, avhenger blant annet av det eksisterende behandlingstilbudet, personens utholdenhet og motivasjon, og målsettingen for behandlingen. I følge Qvenild og medarbeidere (2010) har varighet og intensitet stor betydning på resultatet av den logopediske behandlingen. Hillis og kolleger (2008) betoner som nevnt det samme, når de hevder at behandlingen er mest effektiv når behandlingen er gitt ofte over lengre tidsrom. Nyere forskning (Pierce et al., 2020) viser imidlertid at både lavere intensitet (distribuert praksis) og høyere intensitet (intensiv praksis) kan være gunstig i rehabilitering ved afasi. Det er ikke alltid slik at et mer intensivt tilbud vil gi bedre resultater. Her kan vi se for oss at forhold ved personen selv, vanskene, utholdenhet og det besluttede målet for rehabiliteringen vil være sentrale faktorer. Vi kan dessuten tolke funn i denne masterstudien dit hen at intensiteten av behandlingen er rammer som logopedene selv ikke kan kontrollere, siden det i stor grad er avhengig av hvilke ressurser og hvilket tilbud hver enkelt kommune har. Varigheten derimot, kan logopedene selv i noen grad kontrollere, der de selv, med innspill fra personen med afasi, legge visse føringer for hvor lenge de fortsetter den logopediske behandlingen. Jeg opplever at logopedene i min studie gir så intensiv behandling som mulig ut fra de rammene de arbeider innen, og at de etter beste evne prøver å tilby personene et godt og tilrettelagt tilbud ut fra gitte rammer.

Funnene viser at det ikke er bare behandlingstilbudet som er utfordrende for informantene, men at også den enkelte rammedes utholdenhet, grad av vansker og motivasjon legger begrensninger for arbeidet. Funnene kan indikere at informantene i den kroniske fasen synes

det er utfordrende å vite når det ikke er hensiktsmessig å fortsette behandlingen, og en utfordring de beskriver i den sammenheng er mangel på fremgang. Disse funnene samsvarer med funnene fra Adjei-Nicol (2020). Studien til Adjei-Nicol (2020) bygger på et større antall logopeder, som i sum synes det er vanskelig å vite når det er hensiktsmessig å sette strek for behandlingen. Jeg tolker det slik at de utfordringene man møter i arbeid med personer med stor grad av afasi er mange og sammensatte. Funnene antyder at en rekke faktorer spiller inn, både knyttet til refleksjoner over egen praksis og begrensninger i det gjeldende tilbudet.

Adjei-Nicol (2020) og Gauvreau med kollegaer (2019) beskriver i sine studier, slik jeg tolker det, at på tross av afasirehabilitering er det ikke alltid personer med afasi kan gjenoppta sine tidligere livsvaner. Og ved store afatiske vansker kan prognosen være dårlig, tross behandling (Adjei-Nicol, 2020). Utfordringer i den kroniske fasen beskrevet i denne studien, samt resultater fra studien til Adjei-Nicol (2020), viser til at minimal fremgang er en stor utfordring for denne pasientgruppa, tross logopedisk innsats. Til tross for dette, viser funnene i denne empiriske undersøkelsen at det er utfordrende å vite når man har prøvd nok, og om behandlingen de har gitt har vært tilstrekkelig for hver enkelt pasient. Akkurat dette ble poengtert i studien til Gauvreau med kollegaer (2019), at de studerte logopedene satt igjen med ubesvarte spørsmål, der de var usikre på om behandlingen de gav pasientene var det som passet dem best. Min studie viser at arbeidet med stor grad av afasi innebærer en rekke underliggende, ubesvarte spørsmål, og at arbeidet med stor grad av afasi er utfordrende og komplekst. Logopeder prøver etter beste evne å gi det beste tilbudet de kan, utfra de rammene de har, men kan ikke vite med sikkerhet om tilbudet de ga var det beste for pasienten selv.

Utfordringene er svært mange i arbeidet med stor grad av afasi, og empirien i denne studien viser at informantene er svært bevisste på de ulike utfordringene. Jeg tolker det slik at informantene i denne studien ikke tar valget alene, men utnytter personer og ressurser de har rundt seg (personen selv, pårørende, kollegaer, Statped og andre) i tillegg til egen faglige og kliniske kompetanse, for best mulig å finne ut av hver enkelt person. Vi ser av materialet at logopedene prøver å gi best mulig hjelp, ut fra individets ønske, motivasjon og målsetting.

## **6.0 Avsluttende kommentar**

I denne forskningsstudien har drøfting av funn opp mot teori og tidligere forskningsartikler vist at arbeidet med stor grad av afasi er komplekst og kreativt. Informantene i denne studien viser til en bevissthet rundt sin rolle som logoped, og har vektlagt viktigheten av å være til stede og observere for å tilpasse behandlingen til hvert enkelt individ med stor grad av afasi. Funnene har også vist at logopedene bygger på det de observerer og på det som fungerer i arbeidet med denne gruppen.

Det kan være store utfordringene i arbeidet med stor grad av afasi, og denne empiriske undersøkelsen viser ingen unntak. Logopedene i denne studien har imidlertid vist en vilje til å eksperimentere med ulike tilnærminger og strategier for å finne frem til hva som fungerer best for den enkelte pasienten. Behandlingene viser til bruk av vanskebasert og konsekvensfokusert tilnærming, ofte en kombinasjon mellom disse, samt indirekte tiltak. De er åpne for endring av metoder og strategier for å kunne hjelpe personen med stor afasi best mulig. Samarbeid med pårørende og andre instanser har også blitt fremhevet som viktig i møte med utfordringene.

Denne kvalitative studien har bidratt til en dypere forståelse av logopeders arbeid med stor grad av afasi. Selv om studien ikke kan generaliseres globalt, kan funnene overføres til andre relevante studier. Studien har presentert et lite utvalg fra logopedfeltet, som kan gi innsikt i ulike tilnærminger til arbeidet med personer med stor grad av afasi. Videre kan refleksjoner, erfaringer og kunnskaper fra denne studien være nyttige for andre logopeder og forskere innen afasifeltet, samt bidra til utviklingen av logopedrollen generelt. Denne studien har bidratt med ny innsikt og kunnskap som kan være til nytte for fremtidig forskning og praksis innenfor afasifeltet.

## Litteraturliste

- Adjei-Nicol, S. K. (2020). *An investigation into the effect of a novel non-linguistic cognitive intervention on functional communication in global aphasia*. London: UCL (University College London).
- Alary Gauvreau, C. L.-C. (2019). *Understanding practices of speech-language pathologists in aphasia rehabilitation: a grounded theory study*. Hentet fra *Aphasiology*, Vol.33 (7), p.846-864: DOI: 10.1080/02687038.2019.1602814
- Anker, T. (2021). *Analyse i praksis- En håndbok for masterstudenter*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bakken, H. B. (2010). Afasi-en utfordring for hele familien. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. Knoph, & E. Qvenild, *Afasi-et praksisrettet perspektiv* (ss. 216-225). Oslo: Novus Forlag.
- Basso, A. (2010, september 16). *"Natural" conversation: A treatment for severe aphasia*. Hentet fra Taylor & Francis: *Aphasiology*, 2010, Vol.24 (4): DOI: 10.1080/02687030802714165
- Caute, A., Pring, T., Cocks, N., Cruice, M., Best, W., & Marshall, J. (2013). *Enchanging Communication through Gesture and Naming Therapy*. Hentet fra *Journal of speech, language and hearing research*. Feb;56(1):337-51.: doi: 10.1044/1092-4388(2012/11-0232)
- Chapey, R., & Hallowell, B. (2008). Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. Delivering Language intervention Service to Adult with Neurogenic Communication Disorders. I R. Chapey, *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorder (5th ed)* (ss. 203-228). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Collins, M. (1986). *Diagnosis and treatment of global aphasia*. London: Taylor & Francis.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode-en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fjærtøft, H., & Indredavik, B. (2007). Kostnadsvurdering ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 127(6), ss. 744-747.
- Fogle, P. T. (2019). *Essentials of communication sciences & disorders*. Jones & Barret Learning.
- Folkehelseinstituttet. (2023, februar 3). Hentet fra Sykdomsbyrde i Norge i 2050: [hht://www.fhi.no/nettpub/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/sykdomsbyrde-i-norge-i-2050/](https://www.fhi.no/nettpub/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/sykdomsbyrde-i-norge-i-2050/)
- Goodglass, H. (1981). *Topics in Language Disorders, 1(4), 1-14*. Hentet fra The syndromes of aphasia: similarities and differences in neurolinguistic features: [https://journals.lww.com/topicsinlanguagedisorders/citation/1981/09000/the\\_syndromes\\_of\\_aphasia\\_similarities\\_and.4.aspx](https://journals.lww.com/topicsinlanguagedisorders/citation/1981/09000/the_syndromes_of_aphasia_similarities_and.4.aspx)

- Helsedirektoratet. (2017, desember 21). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Rehabilitering etter hjerneslag- Norsk hjerneslagregister: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2017, desember 21). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Opplæringstilbud i kommunen til slagrammede med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/organisering-av-slagrehabilitering/opplaeringstilbud-i-kommunen-til-slagrammede-med-ervervede-sprak-og-kommunikasjonsvansker>
- Helsedirektoratet. (2017, desember 21). *Helsedirektoratet* . Hentet fra Hjerneslag Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Heuer, S., & Hallowell, B. (2007). *An evaluation of multiple-choice test images for comprehension assessment in aphasia*. Hentet fra *Aphasiology*, 21(9), 883-900: <https://doi.org/10.1080/02687030600695194>
- Heuer, S., & Hallowell, B. (2009). *Visual attention in a multiple-choice task: Influences of image characteristics with and without presentation of a verbal stimulus*. Hentet fra *Aphasiology*, 23(3), 351-363: <https://doi.org/10.1080/02687030701770474>
- Hillis, A., Worrall, L., & Thompson, C. (2008). The state of impairment-and consequences-based approaches to treatment for aphasia: Final commentary. I N. Martin, C. Thompson, & L. Worrall, *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences* (ss. 261-269). San Diego: Plural Publishing.
- Johannessen, A., Tuft, P., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Knollman-Porter, K., Dietz, A., & Dahlem, K. (2018, August). *Intensive Auditory Comprehension Treatment for Severe Aphasia: A Feasibility Study*. Hentet fra United States: American Speech-Language-Hearing Association: DOI: 10.1044/2018\_AJSLP-17-0117
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mark, V. W., Thomas, B. E., & Berndt, R. S. (1992). *Factors associated with improvement in global aphasia*. Hentet fra *Aphasiology*, 6(2), 121-134 : <https://doi.org/10.1080/02687039208248584>
- Marshall, J., Best, W., Cocks, N., Cruice, M., Pring, T., Bulcock, G., . . . Matthews, N. (2012). *Gesture and naming therapy for people with severe aphasia: a group study* . Hentet fra *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(3) s. 726-738: doi: 10.1044/1092-4388(2011/11-0219)
- Morris, J., & Franklin, S. (2017). Disorders of auditory comprehension. I P. Ilas, & P. Coppens, *Aphasia and related neurogenic communication disorders (2nd ed)* (ss. 151-168). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

- Munro, P., & Siyambalapitya, S. (2017). *Improved word comprehension in Global aphasia using a modified semantic feature analysis treatment*. Hentet fra England: Taylor & Francis. *Clinical linguistics & phonetics*, 2017, Vol 31 (2), p.119-136: DOI: 10.1080/02699206.2016.1198927
- Norsk Hjerneslagregister. (2022). *Årsrapport for 2021*. Trondheim: St. Olavs hospital HF seksjon for medisinske kvalitetsregistre.
- Northcott, S., Thomas, S., & James, K. (2021). *Solution Focused Brief Therapy in Post-Stroke Aphasia (SOFIA): feasibility and acceptability result of a feasibility randomised wait-list controlled trial*. Hentet fra *BMJ Open*, 11, e050308 : doi: 10.1136/bmjopen-2021-050308
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteri*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nykänen, A., Nyrkkö, H., Nykänen, M., Brunou, R., & Rautakoski, P. (2013). *Communication therapy for people with aphasia and their partners (APUTE)*. Hentet fra *Routledge: Aphasiology* 2013, Vol.27 (10), p. 1159-1179: DOI: 10.1080/02687038.2013.802284
- Olsson, C., Arvidsson, P., & Johansson, M. (2019). *Relations between executive function, language, and functional communication in severe aphasia*. Hentet fra *Aphasiology*, 33(7), 821-845: DOI:10.1080/02687038.2019.1602813
- Paolucci, S., Matano, A., Bragoni, M., Coiro, P., De Angelis, D., Fusco, F., & Bureca, I. (2018). Rehabilitation of left brain-damaged ischemic stroke patient: The role of comprehension language deficits. I K. Knollman-porter, A. Dietz, & k. Dahlem, *Intensive Auditory Comprehension Treatment for Severe Aphasia: A Feasibility Study* (ss. 936-949). United States: American Speech-Language-Hearing Association: *American journal of speech-language pathology*, Vol.27 (3).
- Papathanasiou, I., & Coppens, P. (2017). *APHASIA and related neurogenic communication disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Papathanasiou, I., & Coppens, P. (2017). Aphasia and related neurogenic communication disorders: Basic concepts, management, and efficacy. I I. Papathanasiou, & P. Coppens, *APHASIA and related neurogenic communication disorders* (ss. 3-14). Jones & Bartlett Learning.
- Pierce, J. E.-F. (2021). *Comparing higher and lower weekly treatment intensity for chronic aphasia: A systematic review and meta-analysis*. Hentet fra *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(8), 1289-1313: DOI: 10.1080/09602011.2020.1768127
- Potagas, C., Kasselimis, D. S., & Evdokimidis, I. (2017). Elements of Neurology Essential for Understanding the Aphasias. I I. Papathanasiou, & P. Coppens, *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (ss. 37-65). Burlington: Jones&Bartlett learning.
- Qvenild, E. (2017). *Hva er afasi? informasjon til deg som har afasi*. Oslo: Opprinnelig utgitt av Bredtvet kompetansesenter og Afasiforbundet i Norge, 2009. 2. utgave, 1.opplag: Statped og Afasiforbundet i Norge.

- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-johansen, L., Knoph, M. I., & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. Knoph, & E. Qvenild, *Afasi-et praksisrettet perspektiv* (ss. 23-37). Oslo: Novus forlag.
- Reinvang, I. (1978). *Afasi. Språkforstyrrelse etter hjerneskade*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sacchett, C., Byng, S., Marshall, J., & Pound, C. (1999). *Drawing Together: Evaluation Of A Therapy Programme For Severe Aphasia*. Hentet fra Oxford, UK: Informa UK Ltd: International Journal of Language & Communication Disorders, 1999, Vol.34 (3), p.265-289: DOI: 10.1080/136828299247414
- Shrubsole, K., Worrall, L., Power, E., & O`Connor, D. (2018). *Barries and facilitators to meeting aphasia guideline recommendations: what factors influence speech pathologists practice?* Hentet fra Disability and Rehabilitation, Vol 41: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1432706>
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. (2016). *Communication Partner Training in Aphasia: An Updated Systematic Review*. Hentet fra United States: Elsevier Inc: Archives of physical medicine and rehabilitation, 2016, Vol.97 (12), p.2202-2221: DOI: 10.1016/j.apmr.2016.03.023
- Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). Approaches to Aphasia treatment. I N. Martin, C. K. Thompson, & L. Worrall, *Aphasia Rehabilitation The Imprairment And Its Consequences* (ss. 3-25). San Diego: Plural Publishing.
- Wapner, W., & Gardner, H. (1979). *A note on patterns of comprehension and recovery in global aphasia*. Hentet fra Journal of speech Language and Hearing Research, 22(4), 765 : <https://doi.org/10.1044/jshr.2204.765>
- Worrall, L., Sherratt, S., & Papathanasiou, I. (2017). Therapy Approaches to Aphasia. I I. Papathanasiou, & P. Coppens, *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (ss. 109-124). Burlington, MA: Jones&Bartlett learning.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Samtykke fra NSD



[Meldeskjema](#) / [Hvordan arbeider logoped med personer med stor grad av afasi?](#) / Vurdering

### Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
102984

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
01.12.2022

**Prosjekttittel**

Hvordan arbeider logoped med personer med stor grad av afasi?

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Prosjektansvarlig**

Line Haaland-Johansen

**Student**

Frida Granheim

**Prosjektperiode**

02.11.2022 - 15.05.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.05.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TAUSHETSPLIKT**

Utvalget har taushetsplikt, og kan ikke dele opplysninger som kan spores tilbake til enkeltpersoner basert på sammenstillinger av bakgrunnsopplysninger og situasjonsbeskrivelser. Det er viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler derfor at dere minner informantene om taushetsplikten før dere gjennomfører intervjuene.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.5.2023.

**LOVLIG GRUNNLAG**

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

**PERSONVERNPRINSIPPER**

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



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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Hvordan arbeider logopeder med personer med stor grad av afasi?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke problemstillingen: «*Hvordan arbeider logopeder med personer med stor grad av afasi?*» I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Forskningsprosjektet er en masteroppgave i logopedi ved Nord universitet.

#### **Formål**

Mitt navn er Frida Granheim, og jeg studerer master i logopedi ved Nord universitet i Bodø. Jeg ønsker å finne ut hvordan logopeder arbeider med stor grad av afasi. Dette innebærer blant annet at jeg skal undersøke hvordan dere arbeider med impressive og ekspressive vansker. Prosjektet vil også undersøke hvordan dere kommuniserer med pasienter med stor grad med afasi og om dere bruker verktøy/hjelpemiddel i deres arbeid med denne pasientgruppen. Jeg er ute etter den erfaringen dere har innenfor dette emnet.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet og det er Line Haaland-Johansen som er min veileder. Hun kan også kontaktes hvis det oppstår spørsmål om dette forskningsprosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Forutsetningene for å delta i undersøkelsen er at du arbeider som logoped og har erfaring innenfor afasifeltet, nærmere bestemt stor grad av afasi. Jeg ønsker å intervju 4-6 logopeder. For å finne deltakere til prosjektet har jeg kontaktet logopeder som har erfaring innenfor afasifeltet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju. Det antas av intervjuet vil ta deg ca. 60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål angående arbeidet med stor grad av afasi. Det vil være spørsmål om hvordan dere arbeider med de ulike vanskene, og hvilke erfaringer dere har med ulike verktøy, strategier eller metoder for å fremme kommunikasjon. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Det er mulig å få spørsmålene til intervjuet tilsendt på forhånd.

#### **Det er frivillig å delta**

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

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Det er bare meg og min veileder som vil ha tilgang til opplysningene som gjelder oppgaven.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Jeg vil bruke lydopptak på diktafon app og koble det opp til sikkert nettskjema fra NSD. Intervjuene vil bli transkribert, og ingen navn eller andre personidentifiserende opplysninger vil komme fram i transkripsjonene.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon da vi ikke bruker personopplysninger som kan være gjenkjennbare, vi vil også benytte oss av fiktive navn i selve oppgaven.

### Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15. mai 2023. Jeg vil slette lydopptak straks prosjektet er avsluttet, og transkripsjoner vil bli makulert.

### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord universitet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Nord universitet ved Line Haaland-Johansen, [line.haaland.johansen@nord.no](mailto:line.haaland.johansen@nord.no) Tlf: 47032844
- Vårt personvernombud: Toril Irene Kringen, [personvernombud@nord.no](mailto:personvernombud@nord.no) Tlf: 74022750.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Hvis du ønsker å kontakte meg for spørsmål til prosjektet eller intervjuet er det bare å ta kontakt via:

Mail: [frida\\_g5@hotmail.com](mailto:frida_g5@hotmail.com)

Telefon: 93246418

Med vennlig hilsen

Student Frida Granheim

Prosjektansvarlig Line Haaland-Johansen

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan arbeider logoped med personer med stor grad av afasi?»

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Intervjuguide

«Hvordan arbeider logoped med personer med stor grad av afasi?»  
(Dette er åpne spørsmål som skal være til hjelp for intervjuet)

1. Hvordan har du arbeidet med pasienter med stor grad afasi?
  - Kartleggingsverktøy?
  - Kommunikasjonsmetoder?
  - Andre hjelpemidler/støttematerialet?
  - Har du noe erfaring innenfor Alternativ og Supplerende Kommunikasjon for denne pasientgruppen? (høy teknologi, bilder, gester)
2. hvordan har du arbeidet med å fremme auditiv forståelse?
3. Hvordan har du arbeidet med ekspressivt språk?
4. Hvordan har tiltakene/behandlingen hos logoped fungert for personene med stor grad av afasi? Har du opplevd bedring på noen språkmodaliteter og hvilke?
5. Har pårørende eller andre samtalepartnere vært inkludert i behandlingen? Hvis ja, i hvilken rolle?
6. Hvor lenge har pasienten(e) hatt logopedtilbud, hvor ofte og intensivt?