

# Samarbeid mellom logoped og helsepersonell i afasirehabilitering

Logopeders opplevelse av samarbeid med helsepersonell i afasirehabilitering

Malin Emilie Minde

Master i spesialpedagogikk med fordypning i logopedi

40 studiepoeng

Vår 2023

Institutt for spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet





# Sammendrag

## Tittel

Samarbeid mellom logoped og helsepersonell i afasirehabilitering: Logopeders opplevelse av samarbeid med helsepersonell i afasirehabilitering

## Bakgrunn og problemstilling

«Afasi er en ervervet, ikke-medfødt, språkforstyrrelse etter en skade i hjernen» kort oppsummert av Qvenild et al. (2010, s. 24). Den hyppigste årsaken til afasi er hjerneslag, hvor 9158 hjerneslag ble rapportert inn i 2021, med tenkelige mørketall (Fjærtøft et al., 2022). Rett til logopedisk behandling og afasirehabilitering etter et hjerneslag er hjemlet i opplæringslovens § 4A (Opplæringslova, 1998, § 4A) og Folketrygdloven § 5-10 (Folketrygdloven, 1997, § 5-10). Afasi rammer både fysisk, psykisk og sosialt og dermed har afasirammede behov for et helhetlig rehabiliteringstilbud, som ifølge Helsedirektoratet (2017) blir sikret gjennom et tverrfaglig samarbeid. Det tverrfaglige teamet skal bestå av en rekke fagpersoner med en spesiell kompetanse i rehabilitering, etter Helsedirektoratet (2017) sine anbefalinger. Denne masteroppgaven vil derfor undersøke logopeders opplevelser av samarbeidet med helsepersonell som jobber i subakutt fase med afasirammede. I tillegg har praksisperioden min med afasi gjort meg oppmerksom på varierende kunnskap om afasi og kommunikasjon med afasirammede hos helsepersonellet logopeden samarbeider med. Derfor ble problemstillingen:

## **Hvordan opplever logopeder samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter hjerneslag?**

## Metode

Studien ble gjennomført ved bruk av semistrukturert intervju med fire logopeder som jobber med afasirammede i subakutt fase. Spørsmålene omhandler blant annet hvem logopedene samarbeider med, hvem de samarbeider mest med, hva de synes fungerer godt med samarbeidet, hva som ikke fungerer like godt og hva logopedene savner av fagpersoner i teamet sitt. Intervjuene ble transkribert, kodet og analysert ved bruk av Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse i UiO sin tjeneste for sensitive data (TSD).

## **Resultater og konklusjon**

Det kom frem gjennom både litteraturen og informantenes utsagn at samarbeidet med helsepersonell er tverrfaglig, samtidig særfaglig, hvor kunnskap, erfaring og kompetanse varierer i stor grad. Helsedirektoratets (2017) anbefalinger om tverrfaglig team med spesiell kompetanse i rehabilitering varierte mellom de ulike faggruppene og de ulike teamene, og anbefalingene ser derfor ut til å bli fulgt opp i ulik grad. Det er i tillegg lite forskning på tematikken nasjonalt, og det vil derfor være behov for ytterligere forskning på det tverrfaglige samarbeidet i afasirehabilitering.

# Forord

Etter fem år som student går det mot slutten av studieløpet. Det har vært en krevende tid med pandemi og flytting mellom byer. Likevel har de fem årene vært ekstremt lærerike både faglig, men også personlig. Afasi har alltid vært det mest interessante området på masterstudiet. Det var derfor ingen overraskelse at tema for masteroppgaven landet på nettopp afasi. Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende med pendling, flytting, oppussing og oppstart i ny jobb på siden. Allikevel har jeg kommet i mål og det er takket være støtten jeg har hatt rundt meg.

Jeg vil først og fremst takke min fantastiske veileder, Hedda Døli, for å være fleksibel, tålmodig og motiverende. Jeg hadde ikke hatt en like behagelig reise uten dine anbefalinger om å ta en fridag i ny og ned, slappe av og jobbe jevnt og trutt med oppgaven. Deretter vil jeg takke de fire logopedene som ville la seg intervju og bidra til at prosjektet ble gjennomførbart. Takk til alle gode medstudenter fra fordypningen, gruppeveiledning og kollokvieregjengen. Oppgaven hadde ikke blitt like bra uten gode innspill, hjelp til søknadsprosessen hos Sikt og oppretting av TSD-bruker. Setter stor pris på dere!

Til slutt vil jeg takke venner og familie for god støtte og tilrettelegging gjennom skriveprosessen. Takk til svigerfamilien som har bistått med midlertidig bolig og mat, mens jeg har vært opptatt med masteroppgave og Didrik opptatt med oppussing av ny bolig. Takk til samboeren min Didrik som heldigvis var igjennom samme skriveprosess i fjor vår, og derfor har vært ekstra tålmodig og trøstende gjennom både små og store opp- og nedturer. Og takk for at du har bygget drømmehjemmet vårt og latt meg få tid og frihet til å satse på karriere og studier. Tusen takk til mamma og pappa som bad meg flytte fra trygge Bergen for å satse på drømmestudiet, da det følte skummelt og ubehagelig. Takk for at dere besøkte meg i Oslo og hadde troen på meg hele veien. Dere to og lillesøster Maren har lært meg at ingenting er umulig og at man får til alt man vil. Tusen takk!

Malin Emilie Minde

Bergen, mai 2023

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>5</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>10</b>
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA.....	10
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING .....	10
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	11
<b>2. TEORIGRUNNLAG</b> .....	<b>12</b>
2.1 AFASI.....	12
2.1.1 <i>Hva er afasi?</i> .....	12
2.1.2 <i>Årsaker til afasi</i> .....	13
2.1.3 <i>Hjerneslag</i> .....	14
2.1.4 <i>Faser etter hjerneslag</i> .....	15
2.2 ICF-MODELLEN.....	16
2.2.1 <i>ICF-modellen som rammeverk i afasirehabilitering</i> .....	16
2.3 REHABILITERING.....	18
2.3.1 <i>Rehabilitering</i> .....	18
2.3.2 <i>Tverrfaglig samarbeid i rehabilitering</i> .....	19
2.3.3 <i>Rett til rehabilitering</i> .....	20
2.3.4 <i>Afasirehabilitering</i> .....	21
2.4 OPPSUMMERING AV TEORIGRUNNLAG.....	22
<b>3. METODE</b> .....	<b>23</b>
3.1 VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING .....	23

3.2	KVALITATIV METODE.....	23
3.2.1	<i>Kvalitativt intervju</i> .....	24
3.2.2	<i>Utvelgelse av informanter</i> .....	26
3.2.3	<i>Utvalg</i> .....	26
3.2.4	<i>Lyddopptak</i> .....	27
3.2.5	<i>Transkripsjon</i> .....	28
3.3	TEMATISK ANALYSE.....	28
3.4	FORSKNINGSETISKE HENSYN.....	32
3.4.1	<i>Styrker og svakheter med studien</i> .....	33
3.4.2	<i>Validitet</i> .....	33
3.4.3	<i>Reliabilitet</i> .....	34
<b>4.</b>	<b>PRESENTASJON AV FUNN.....</b>	<b>36</b>
4.1	TVERRFAGLIG TEAM .....	37
4.1.1	<i>Fagpersoner i temaet</i> .....	37
4.1.2	<i>Organisering</i> .....	38
4.1.3	<i>Særfaglig samarbeid</i> .....	40
4.2	KOMPETANSE OM AFASI.....	41
4.2.1	<i>Støttet materiell</i> .....	41
4.2.2	<i>Kunnskap om afasi</i> .....	43
4.2.3	<i>Kompetanseheving</i> .....	44
4.3	HVA FUNGERER BRA MED SAMARBEIDET .....	45
4.3.1	<i>Flat struktur</i> .....	46
4.3.2	<i>Felles mål og møtepunkter</i> .....	46

4.4	OPTIMALISERING.....	47
4.4.1	<i>Tid og ressurser.....</i>	47
4.4.2	<i>Kommunikasjonstrening med annet personell.....</i>	48
4.4.3	<i>Fagpersoner som er ønsket i samarbeidet.....</i>	49
<b>5.</b>	<b>DRØFTING AV FUNN.....</b>	<b>51</b>
5.1	TVERRFAGLIG OG SÆRFAGLIG SAMARBEID .....	51
5.2	KUNNSKAP OM AFASI .....	52
5.3	KOMMUNIKASJON MED AFASIRAMMEDE .....	53
5.3.1	<i>Bruk av kommunikasjonsmateriell .....</i>	54
5.3.2	<i>Kommunikasjon med afasirammede.....</i>	55
5.3.3	<i>Kommunikasjonstrening med annet personell.....</i>	56
5.4	AVKLARING AV ROLLER I TEAMET .....	57
5.5	ETTERLYSTE FAGPERSONER .....	58
5.5.1	<i>Synspedagog.....</i>	58
5.5.2	<i>Fagperson innen psykisk helse .....</i>	59
5.5.3	<i>Musikkterapeut .....</i>	60
<b>6.</b>	<b>OPPSUMMERING.....</b>	<b>61</b>
<b>7.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>62</b>
<b>8.</b>	<b>LITTERATURLISTE:.....</b>	<b>64</b>
	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>73</b>
	<b>VEDLEGG 1: VURDERING FRA SIKT.....</b>	<b>74</b>
	<b>VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV TIL DELTAKERE .....</b>	<b>76</b>
	<b>VEDLEGG 3: SAMTYKKESKJEMA TIL DELTAKERE.....</b>	<b>78</b>
	<b>VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE.....</b>	<b>79</b>



**Antall ord i oppgaven:**

17692

**Oversikt over figurer i oppgaven:**

Figur 1: Utfordringer 3 mnd. etter slaget.

Figur 2: ICF-modellen.

Figur 3: Oversikt over de første kodene, fremstilt som et tankekart.

Figur 4: Oversikt over bearbeidet tema.

Figur 5: Oversikt over endelige tema.

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for tema

Under en av praksisperiodene mine innenfor afasi vitnet jeg en hendelse hvor en helsefagarbeider ikke var klar over at den afasirammede pasienten hennes kunne kommuniserer med talespråk. Hendelsen vekket flere spørsmål rundt hvordan logoped og helsepersonell samarbeider sammen rundt personer med afasi. Dermed kom ideen om å undersøke samarbeidet mellom logoped og helsepersonell som jobber med afasirammede på rehabiliteringsinstitusjoner, for å avdekke logopeders opplevelser av samarbeidet.

Qvenild et al., (2010, s. 24) definerer afasi som «en ervervet, ikke medfødt, språkforstyrrelse etter en skade i hjernen». Rett til logopedisk hjelp etter at afasien rammer, er hjemlet i Opplæringslovens § 4A (Opplæringslova, 1998, § 4A) og Folketrygdloven § 5-10 (Folketrygdloven, 1997, § 5-10). Rehabiliteringstilbudet skal være helhetlig gjennom et tverrfaglig samarbeid som består av en rekke fagpersoner (Helsedirektoratet, 2017). Afasien rammer alle i kommunikasjonssituasjonen, og vil dermed også gi utfordringer ikke bare mellom den afasirammede og pårørende, men også mellom den afasirammede og helsepersonellet (Lind et al., 2010). Her har logopeden mulighet til å bistå helsepersonellet med å løse kommunikasjon utfordringer mellom den afasirammede og helsepersonell, i alle fall gi tips og råd om kommunikasjon med personer rammet av afasi. På bakgrunn av dette ønsket jeg å se nærmere på hvordan logoped opplever samarbeidet med helsepersonell på steder hvor det utføres rehabilitering av afasirammede.

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

Formålet med denne studien er å få et innblikk i logopeders opplevelser av samarbeid med helsepersonell i afasirehabilitering. Problemstillingen ble spisset til hvordan logopeden opplever dette samarbeidet, slik at det muliggjør å undersøke logopedens opplevelser og synsvinkler. Problemstillingen er:

*Hvordan opplever logoped samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutfase etter hjerneslag?*

Opplevelser er en subjektiv kunnskap, preget av følelsesmessig karakter (Andrews & Hatch, 2000). Opplevelser kan lett forveksles med følelser, som også er subjektivt, og det blir derfor viktig å skille mellom opplevelser og følelser, da det er opplevelser som skal forskes på. Samarbeidet mellom logoped og helsepersonell som skal forskes på vil finne sted på plasser hvor det utføres rehabilitering av afasirammede i subakutt fase. Subakutt fase er valgt ut fremfor akutt fasen og kronisk fase, fordi akutt fasen er den korteste fasen, mens i kronisk fase er den afasirammede gjerne flyttet hjem eller oppholder seg på et hjem i form av sykehjem eller eldresenter (Helsedirektoratet, 2020). Derfor vil samarbeidet rundt afasirammede i akutt fasen være noe kort, mens afasirammede i kronisk fase omgås gjerne ikke fagpersoner som samarbeider i like stor grad. Det blir også tilbudt mindre logopedisk behandling ved eksempelvis sykehjem, da sykehjem ofte ikke har egne logopeder (Alstad, 2010). Hjerneslag som årsak ble valgt fordi hjerneslag er den hyppigste årsaken til afasi (Becker, 2020).

### 1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bestående av seks kapitler, hvor problemstillingen som er valgt blir forsøkt belyst. Kapittel 1 er innledning til oppgaven, som denne delen består av. Kapittel 2 utgjør teorigrunnlaget som kort oppsummert gjør greie for afasi, hjerneslag og afasirehabilitering. Teorigrunnlaget er basert på problemstillingens komponenter hver for seg og i helhet, i tillegg til funnene gjennom de fire intervjuene som ble gjennomført. Kapittel 3 tar for seg metoden for oppgaven, som er kvalitativ metode med bruk av semistrukturert intervju. Her blir også forskningsetiske hensyn gjort rede for. Fremgangsmåten for oppgavens analyse blir også gått igjennom steg for steg i dette kapitlet. Kapittel 4 består av presentasjon av funn, hvor funnene blir fremstilt som sitater i sin helhet og oppsummerende beskrivelser av logopedenes opplevelser og erfaringer. Kapittel 6 tar for seg drøfting av funnene i lys av problemstillingen, litteratur på feltet og tidligere forskning. Kapittel 7 er konklusjonen, som oppsummerer de drøftede funnene, konklusjoner og implikasjoner for videre forskning.

## 2. Teorigrunnlag

I dette kapittelet blir det teoretiske grunnlaget for oppgaven presentert. Teorigrunnlaget tar utgangspunkt i problemstillingen som er: «*Hvordan opplever logopeder samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter hjerneslag?*». Derfor vil det først bli redegjort for hva afasi er, årsaker til afasi, hjerneslag, faser etter et hjerneslag, ICF-modellen som rammeverk i afasirehabilitering og rehabilitering som også tar for seg tverrfaglig samarbeid i rehabilitering, rett til rehabilitering og afasirehabilitering.

### 2.1 Afasi

#### 2.1.1 Hva er afasi?

«Afasi er en ervervet, ikke-medfødt, språkforstyrrelse etter en skade i hjernen» (Qvenild et al., 2010, s. 24). Det betyr at vedkommende har gjennomgått en normal språkutvikling frem til skaden skjedde. Selve ordet afasi kommer fra det greske ordet «aphasia», som betyr tap av taleevne (Qvenild et al., 2010). Men afasi er langt mer enn tap av taleevne. Papathanasiou, Coppens & Davidson definerer afasi:

as an acquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person's communicative and social functioning, quality of life, and the quality of life of his or her relatives and caregivers. (Papathanasiou et al., 2021, s. 4).

Denne definisjonen er valgt fordi den er konkret og oppsummerende, i tillegg til at den belyser konsekvensene afasi har for både den som rammes og de pårørende. Fokuset på afasi har gått fra håndtering av de spesifikke språkvanskene, til en mer helhetlig håndtering av den afasirammede og miljøet rundt (Papathanasiou et al., 2021). Definisjonen inkluderer kommunikatív og sosiale konsekvenser som kan påvirke livskvalitet hos både den afasirammede og pårørende, i forhold til andre eldre definisjoner. Skaden befinner seg som oftest i den venstre hjernehalvdel, hvor språkområdet dominerer (Papathanasiou et al., 2021). Afasi handler ikke om å miste språket, men å miste den opprinnelige tilgangen til språket (Corneliussen et al., 2014). Afasi rammer en eller flere av de språklige modalitetene som består av talespråk, språkforståelse, lesing og skriving (Papathanasiou et al., 2021). Dermed

kan afasi innebære vansker med å forstå hva som blir sagt, med ordleting, setningsproduksjon og med lesing og skriving (Corneliussen et al., 2014). Hvilke av modalitetene som berøres, styres i større eller mindre grad av hvor i hjernehalvdelen skaden har skjedd.

Før var det mer vanlig å ta utgangspunkt i hvilken type afasi en person hadde, mens i dag vektlegges ikke kategorisering og inndeling i like stor grad (Papathanasiou et al., 2021). Tradisjonelt sett skilte man f.eks. mellom Brocas afasi, Wernickes afasi og global afasi som var de hyppigste og mest kjente afasitypene (Becker, 2020). Eksempelvis kan ofte en skade lengre fremme i venstre hjernehalvdel berøre det ekspressive språket, talespråk og skriving, også kalt Brocas afasi, mens en skade bak i venstre hjernehalvdel berører oftest det impressive språket som dreier seg om språkforståelse og lesing, omtalt som Wernickes afasi (Reinvang & Engvik, 1980). Rammer skaden alle fire språkmodaliteter, omtales det ofte som global afasi. Til tross for noen uenigheter er det per dags dato åtte ulike afasityper (Raymer & Gonzalez-Rothi, 2015). Slike klassifiseringer av afasi med utgangspunkt i ulike teoretiske rammeverk har vært vanlig helt frem til den dag i dag, men brukes i mindre grad i den kliniske hverdagen i norsk praksis nå til dags (Becker, 2020). Disse klassifiseringene vil ikke bli gått i dybden på da oppgaven ikke tar hensyn til de ulike typene afasi, i tillegg til at man går mer og mer vekk fra denne klassifiseringen. I dag deles afasi grovt sett inn i flytende og ikke-flytende talepreg, hvor ikke-flytende tale kjennetegnes av ordleting, selvkorrigerende og anstrengelse, mens flytende tale er mer uanstrengt, men ordene kan fremdeles mangle innhold og betydning (Raymer & Gonzalez-Rothi, 2015). Fremfor å kategorisere afasi etter typer, er det vanligere å kategorisere etter gradene mild, moderat og alvorlig afasi, i norsk praksis (Statped, 2021).

### **2.1.2 Årsaker til afasi**

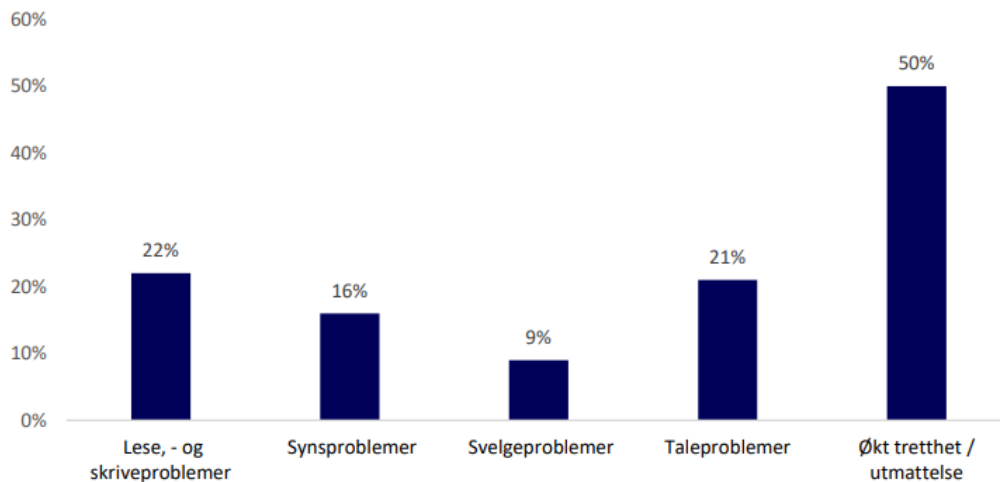
Den ervervede skaden kan både oppstå som følge av en sykdom i hjernen eller skade mot hodet (Qvenild et al., 2010). Årsaker til afasi kan være hjerneslag, traumatiske hjerneskader, hjernesvulst og infeksjoner, for å nevne noe (Becker, 2020). Traumatiske hjerneskader fører ofte med seg alvorlige funksjonsnedsettelse og i mange tilfeller død (Papathanasiou et al., 2021). Traumatiske hodeskader kan deles inn i åpne og lukkede hodeskader, hvor åpne hodeskader kan være skudd eller voldsskader hvor noe har trengt gjennom skallen og inn i

hjernen, mens lukkede hodeskader er mer typiske i sammenheng med bilulykker hvor en får et slag mot hodet (Papathanasiou et al., 2021). En svulst i hjernen kan også føre til hjerneskade og dermed påvirke språket (Papathanasiou et al., 2021). Infeksjoner kan eksempelvis være hjernehinnebetennelse, også kalt meningitt, som oppstår ved at bakterier smitter eller overføres til væske i ryggmarg og hjerne (Helsebiblioteket, 2023). Andre årsaker til afasi kan være oksygenmangel i hjernen (Papathanasiou et al., 2021). Oksygenmangel kan oppstå ved eksempelvis drukning og hjertestans (Topjian et al., 2012). Den hyppigste årsaken til afasi er hjerneslag, noe det kommende kapittelet vil gjøre rede for (Fjærtøft et al., 2022).

### **2.1.3 Hjerneslag**

Hvert år rammes tusenvis av nordmenn av hjerneslag. I 2021 ble det rapportert inn hele 9158 hjerneslag, med tenkelige mørketall utenom (Fjærtøft et al., 2022). Hjerneslag deles inn i underkategorier hvor hele 85% av hjerneslagene bestod av typen hjerneinfarkt dette året. Hjerneinfarkt er en blodpropp i hjernen eller en blodpropp et annet sted i kroppen som har forflyttet seg til hjernen (Qvenild et al., 2010). Ved blodpropp oppstår det en mangel på blodtilførsel i hjernen som påfører en hjerneskade fordi nervecellene dør relativt raskt uten friskt blod (Reinvang & Sundet, 1988). 14% av hjerneslagene i 2021 var av typen hjerneblødning, og 1% av slagene var av typen uspesifisert hjerneslag (Fjærtøft et al., 2022). Forskjellen på blodpropp og hjerneblødning er at det oppstår en forkalkning ved blodpropp, mens ved hjerneblødning er det en blodåre som brister som fører til blødning (Reinvang & Sundet, 1988). Hjerneslag rammer oftest eldre mennesker, men kan også ramme yngre (Corneliussen et al., 2014). Hjerneslag er dessuten den tredje mest vanlige årsaken til død og den hyppigste grunnen til uførhet (Ellekjær & Selmer, 2007). I tillegg vil eldrebølgen gi økt forekomst av hjerneslag, fordi det blir flere eldre mennesker i samfunnet (Alstad, 2010). Antall hjerneslag i 2021 økte med 3% fra året før, hvor 21% av tilfellene hadde utfordringer knyttet til tale og 22% utfordringer knyttet til lesing og skriving, tre måneder etter hjerneslaget (Fjærtøft et al., 2022).

Figur 1. Utfordringer 3 mnd. etter slaget.



Fra «Årsrapport for 2021», av Fjærtøft et al., 2022, 15.juni 2022, Norsk hjerneslagregisteret. Copyright © 2022.

Det er noe usikkerhet rundt antall tilfeller av afasi årlig, da afasi kan forveksles med dysartri og motsatt, i tillegg til noe varierende måter å undersøke på, men det ble rapportert om 24% tilfeller av afasi ved innkomst i 2021, kontra 30% i 2020 (Fjærtøft et al., 2021; 2022).

Dysartri er en av flere tilleggsvansker som kan opptre sammen med afasi etter et hjerneslag (Qvenild et al., 2010). Etter et hjerneslag kan man oppleve både lammelser, synsutfordringer som synsfeltutfall, og apraksi i tillegg til dysartri, for å nevne noen. Noen kan også ha afasisymptomer ved akutfasen etter et hjerneslag, men som forsvinner av seg selv av spontan bedring eller akuttmedisinsk behandling (Haaland-Johansen og Røste, 2023). Afasi og hjerneslag deles inn i ulike faser. Det vil neste avsnitt redegjøre for.

#### 2.1.4 Faser etter hjerneslag

Bedring og tiden etter et hjerneslag kan deles inn i tre faser; akutt fase, subakutt fase og kronisk fase (Papathanasiou et al., 2021). Disse fasene er også gjeldende for personer som har fått afasi etter et hjerneslag. Inndeling etter faser er nødvendig for å planlegge og evaluere rehabiliteringen (Basso, 2003). Den akutte fasen regnes som de første dagene etter hjerneslaget (Hillis & Heidler, 2002). I denne fasen skjer en spontan bedring av den skadde funksjonen (Basso, 2003). Spontan bedring ved afasi går ut på at hjernen selv arbeider med å bedre den skadde språkfunksjonen i hjernen (Papathanasiou et al., 2021). Spontan bedringen kan vare i flere måneder, men avtar i løpet av den subakutte fasen, og er ikke til stede ved

den kroniske fasen. Det er noe uenigheter i litteraturen og glidende overganger mellom de tre fasene, men Helsedirektoratet (2020) regner også akutt fasen som fasen umiddelbart etter hjerneslaget oppstår, og som varer i ca. en uke. Den afasirammede vil som oftest befinne seg på et sykehus under den akutte fasen (Finset & Krogstad, 2002). Under oppholdet vil hovedfokuset ligge på å redde personens liv, medisinsk stabilitet og kartlegging. Etter kartlegging og begynnende rehabilitering starter en mer inngripende rehabiliteringen, og man går over i den subakutte fasen. Den subakutte fasen kan ifølge Hillis og Heidler (2002) vare i uker eller måneder, det varierer ifølge dem fra individ til individ. I Norge regner man starten av kronisk fase når det ikke lenger skjer spontanbedring, og dette skjer etter ca. 12 måneder ifølge både Helsedirektoratet (2017) og Papathanasiou et al. (2021). Det som er enighet om angående den kroniske fasen, er at det ikke lengre er spontan bedring til stede (Kleim & Jones, 2008). Derfor vil det i denne oppgaven bli tatt utgangspunkt i at akutt fasen varer i ca. 1 uke, men kan vare noe lengre da det handler om å medisinsk stabilisere pasienten, mens subakutt fase vil starte etter 1-2 uker og kronisk fase etter ca. 1 år. Under den subakutte fasen befinner som oftest den afasirammede seg på en rehabiliteringsinstitusjon (Papathanasiou et al., 2021). Det vil bli tatt utgangspunkt i at akutt fasen er første til andre uke etter hjerneslaget, subakutt fase måneder etter slaget og den kroniske fasen vil finne sted ca. et år etter hjerneslaget. Som sagt vil også den afasirammede oppholde seg på ulike steder, bestemt ut fra hvilken fase en befinner seg i.

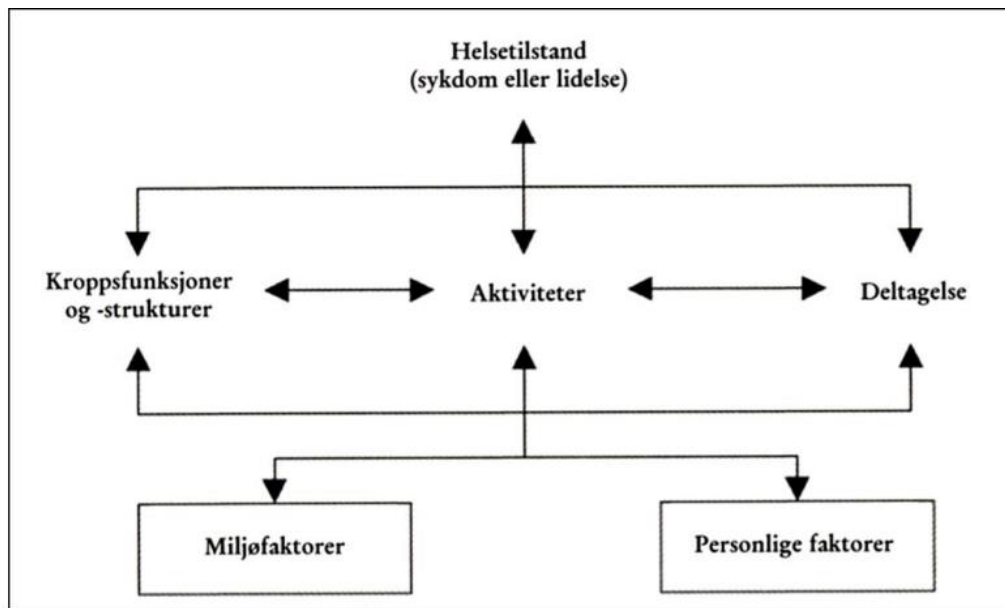
## 2.2 ICF-modellen

### 2.2.1 ICF-modellen som rammeverk i afasirehabilitering

«Afasi er en utfordring for alle i en kommunikasjonssituasjon» (Lind et al., 2010, s. 21). Kommunikasjon mellom den afasirammede og helsepersonell samt pårørende vil dermed også kunne bli utfordret. En person med afasi trenger derfor ikke bare språklig rehabilitering alene, men også fysisk, psykisk og sosial rehabilitering (Lind et al., 2010). Derfor tar denne oppgaven utgangspunkt i den internasjonale klassifikasjonen av funksjon, funksjonshemming og helse, forkortet ICF, som rammeverk (WHO, 2001). ICF-modellen er høyst relevant da afasirehabilitering har gått fra å kun fokusere på selve språkfunksjonen, til nå å fokusere på både språkfunksjon i tillegg til konsekvenser for personens sosiale liv samt inkludering av pårørende og miljøet rundt (Papathanasiou et al., 2021).



Figur 2. ICF-modellen



Fra «Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse», av WHO, 2003, Sosial- og helsedirektoratet, Copyright © 2003.

ICF-modellen er et rammeverk som ble utviklet av WHO - Verdens helseorganisasjon (World Health Organization) for å øke bevissthet rundt hvordan forholdet mellom funksjonsnedsettelse og miljø påvirker deltakelse og livskvalitet (WHO, 2001). For en person med afasi vil «helsetilstand» som står øverst på figuren være «afasi» (Qvenild et al., 2010). «Kroppsfunksjoner og struktur» vil dreie seg om svekkelsen/svekkelsene i hjernen og hjernefunksjoner, mens «aktivitet» vil omhandle de fire språkmodalitetene som brukes i eksempelvis samhandling med familie. «Miljø» dreier seg om alt fra hjelpemidler, holdninger fra samfunnet, relasjoner og retningslinjer. På denne måten bidrar modellen til å bevisstgjøre om at det ikke er ene og alene personen med afasi som står ansvarlig for de sosiale konsekvensene, men også miljøet rundt. Dette fører til både et mer helhetlig syn på en utfordring som afasi, men også en mer helhetlig afasirehabilitering (Qvenild et al., 2010).

Tradisjonelt sett har afasirehabilitering vært delt inn i to hovedtilnærminger, skadebasert og konsekvensbasert tilnærming (Thompson og Worrall, 2008). Den skadebaserte tilnærmingen fokuserer på den skadde språkfunksjonen, mens den konsekvensbaserte tilnærmingen fokuserer på konsekvensene av afasien. ICF-modellen bidrar her med å sette lys på viktigheten av å kombinere de to tilnærmingene i afasirehabilitering for en helhetlig

rehabilitering. Afasirehabilitering vil bli presenter mer i dybden senere i neste del som omhandler rehabilitering.

## 2.3 Rehabilitering

### 2.3.1 Rehabilitering

Å rehabilitere betyr å gjenoppbygge noe, som eksempelvis rehabilitere/gjenoppbygge et eldre hus, eller sette noe funksjonsdyktig stand på nytt (Wangensteen, 2005). Ifølge Helsedirektoratets (2020) nasjonale veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator er målgruppen for rehabilitering personer som har stått i fare for, eller som står i fare for begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne. Videre skildres det at kjennetegn ved målgruppen er behov for gjenvinning av tapte funksjoner etter sykdom, skade, inaktivitet eller rusavhengighet, hvor re-læring og trening av tidligere funksjoner og ferdigheter står i fokus. Personer med afasi etter et hjerneslag står i fare for begrensninger i både fysiske, psykiske, kognitive og sosiale funksjonsevner, og er derfor i målgruppen for rehabilitering. Helsedirektoratet (2017) og Helse- og omsorgsdepartementet (2011) definerer rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider for å gi nødvendig bistand til pasientens egen innsats for å kunne oppnå en best mulig funksjons- og mestringsevne samt selvstendighet og sosial deltakelse i samfunnet. Videre skildres det at når det kommer til slagpasienter skal det være en personsentrert og målrettet prosess som starter opp allerede første dagen etter slaget som innebærer trening og gjenvinning av tapt funksjon, i tillegg til reintegrering i samfunnet og tilvenning til den nye livssituasjonen (Helsedirektoratet, 2017). Personer med afasi får derfor et rehabiliteringstilbud bestående av trening og gjenvinning av tapt funksjon, i tillegg til fokus på sosial deltakelse i samfunnet.

Etter et hjerneslag kan utfordringene som følger med være alt fra halvsidige lammelser, svelgevansker, språkvansker, synsvansker, vansker med balanse, psykiske plager, smerter og blære- og tarmforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017). Derfor består det tverrfaglige samarbeidet av alt fra leger til sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, psykolog, logoped, synspedagog og klinisk ernæringsfysiolog. Det er disse faggruppene logopeden vil samarbeide med når de jobber med afasirammede i subakutt fase.

### 2.3.2 Tverrfaglig samarbeid i rehabilitering

Personer med afasi trenger et helhetlig rehabiliteringstilbud da afasien rammer både fysisk, psykisk og sosialt. For å sikre et tilbud av høy kvalitet anbefaler Helsedirektoratet (2017) at rehabiliteringen skal være tverrfaglig, da et tverrfaglig samarbeid sikrer en mer helhetlig rehabilitering. Tverrfaglig samarbeid er et mye brukt begrep for å beskrive et team med fagpersoner som samarbeider for å rehabiliterer (Boon et al., 2004). Tverrfaglig brukes når fagpersonene deler mål og jobber mot samme utfall, i motsetning til flerfaglig hvor det jobbes individuelt og kun samarbeides ved behov eller transdisiplinær som innebærer å samarbeide under kartlegging, men ikke under videre rehabilitering (Insalaco et al., 2007). Et helhetlig rehabiliteringstilbud avhenger av samarbeid på tvers av sektorer og profesjoner, hvor både leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, psykologer, logoped, synspedagog og klinisk ernæringsfysiolog kan være inkludert (Helsedirektoratet, 2017). Det understrekes også at fagpersonene teamet består av bør ha en spesiell kompetanse i rehabilitering av personer rammet av slag. Hvilken kompetanse eller utdanning som menes blir ikke videre utdypet, men det kan tenkes å være kompetanse og kunnskap om ulike tilstander hos personer i en rehabilitering for slagrammede. I tillegg til dette viser flere studier at samarbeid mellom logoped og resterende helsepersonell er helt avgjørende for å oppnå maksimal effekt av rehabiliteringen (Byrne & Pettigrew, 2010; Winstein et al., 2016). For å følge ICF-modellens anbefaling om å kombinere vanskebasert og konsekvensbasert tilnærming til afasirehabilitering, blir det viktig å inkludere pårørende i rehabiliteringen da afasi er en konsekvens for ikke bare personen med afasi, men også pårørende (Thompson og Worrall, 2008). Pårørende bør inkluderes i rehabiliteringen fordi afasi har en innvirkning på hele familien, man kan få mer informasjon om afasiens utfall gjennom samtale mellom pårørende og den afasirammede og fordi pårørende kan være gode støttespillere og motivatorer under rehabiliteringen (Kagan et al., 2001).

Tverrfaglig samarbeid har derimot ikke alltid vært en selvfølge i afasirehabilitering. Tidligere handlet afasirehabilitering i all hovedsak om å forbedre kommunikasjonsferdigheter, en vanskebasert tilnærming (Papathanasiou et al., 2021). Rehabiliteringen har gått fra å kun fokusere på skaden, til en mer helhetlig rehabilitering av både vansken, men også personens miljø inkluderes. I førkrigstiden lå alt fokus i hovedsak på en vanskebasert tilnærming, men vitenskap og teknologi skjøyt fart etter første

verdenskrig på grunn av mange skadde soldater med hjerneslag og afasi (Papathanasiou et al., 2021). Herfra ble det ensidige fokuset på selve skaden utfordret av et mer helhetlig syn på afasi og inkludering av blant annet det psykososiale. Dermed ble det brukt vanskebasert og konsekvensbaserte tilnærminger, både hver for seg, men også kombinert. I dag forutsetter et tverrfaglig samarbeid at man kombinerer de to tilnærmingene, slik at rehabiliteringen blir helhetlig (Papathanasiou et al., 2021).

### **2.3.3 Rett til rehabilitering**

Intensiv og langvarig språkrehabilitering er høyst aktuelt for de aller fleste med afasi (Brady et al., 2022). Rett til rehabilitering for afasirammede er hjemlet i to lovverk. Etter Opplæringslovens § 4A (Opplæringslova, 1998, § 4A) og Folketrygdloven § 5-10 (Folketrygdloven, 1997, § 5-10), har mennesker som rammes av afasi, rett til logopedisk behandling. Voksne afasirammedes rett til opplæring i Opplæringsloven er samlet under kapittel 4A som omhandler opplæring spesielt organisert for voksne, med utgangspunkt i § 4A-2 rett til spesialundervisning på grunnskolens område, som lyder:

Voksne som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet for voksne, har rett til spesialundervisning. Voksne som har særlige behov for opplæring for å kunne utvikle eller holde ved like grunnleggende dugleik, har rett til slik opplæring. (Oppl., 1998, § 4A-2)

Her går afasirammede inn under voksne som har særlige behov for å utvikle eller holde vedlike grunnleggende ferdigheter. Det samme gjelder Folketrygdloven om behandling hos logoped og audiopedagog:

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos logoped og audiopedagog. Det er et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist fra lege. Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne. Stønaden ytes etter fastsatte satser. (Folketrygdloven., 1997, § 5-10)

I Norge har afasirammede rett til rehabilitering både i akutt fasen, subakutt fase og kronisk fase hvor personen med afasi gjerne blir overført til kommunen i for videre oppfølging (Qvenild et al., 2010). Dette er fordi afasirammede i mange tilfeller vil ha behov for livslang oppfølging for å opprettholde ferdigheter for å delta i samfunnet. I land som England og

20

USA er det ikke like vanlig som i Norge å få oppfølging og videre behandling i den kroniske fasen, til tross for stor etterspørsel på dette området, grunnet økonomi (Verna, et al., 2009). I tillegg til retten til rehabilitering står det i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 4 pasient- og brukermedvirkning, at helseforetaket skal sikre at pasienten får medvirke i eget rehabiliteringstilbud, som innebærer planlegging, utforming, utøving og evaluering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, § 4). Dette er også viktig da afasi rammer så ulikt, og derfor vil rehabiliteringsmålene kunne se ulike ut.

### **2.3.4 Afasirehabilitering**

Afasirehabilitering er sammensatt og innebærer både direkte og indirekte språklige tiltak. Direkte tiltak er rettet mot den afasirammede, mens indirekte tiltak involverer arbeid med familie og nettverket rundt personen med afasi (Papathanasiou et al., 2017). Både direkte og indirekte tiltak kreves for en helhetlig rehabiliteringsprosess (Qvenild et al., 2010). Direkte tiltak innebærer reaktivering, reorganisering og kompensering av den skadde språkfunksjonen, mens indirekte tiltak vil i all hovedsak omhandle kompensering og tilrettelegging av den skadde språkfunksjonen i miljøet rundt. Disse tilnærmingene tar utgangspunkt i ICF-modellen hvor de to førstnevnte kan relateres til den skadde kroppsfunksjonen og kroppsstruktur, mens de sistnevnte handler om hvordan skaden påvirker personen med afasi sin mulighet for aktivitet og deltakelse (Qvenild et al., 2010). Reaktivering er tiltak som retter seg mot en direkte bedring av den skadde språkfunksjonen slik at den igjen kan brukes mer eller mindre som før personen ble skadet. Reorganisering dreier seg om at de skadde områdene er så skadet at andre områder i hjernen må overta, mens kompensering og tilrettelegging handler om å finne alternative måter å fylle den skadde funksjonen på, f.eks. opplæring av kommunikasjonspartnere (Qvenild et al., 2010). Kjente eksempler på kompensering er bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) som er samlebetegnelsen på kommunikasjonshjelpemidler i Norge (Kulø, 2021). Språkrehabilitering kan organiseres individuelt, i grupper eller en kombinasjon, hvor den vanligste formen for språkrehabilitering i grupper har navnet Constraint induced språkterapi (CIST) i Norge (Kirmness, 2007; Qvenild et al., 2010).

I tillegg til språkrehabilitering kan resterende team bestå av lege, sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, psykolog, logoped, synspedagog og klinisk

ernæringsfysiolog og derfor også andre rehabiliteringsformer enn bare språkrehabilitering (Helsedirektoratet, 2017). En person med afasi kan i løpet av en vanlig dag på rehabiliteringsinstitusjonen ha fysisk trening med en fysioterapeut, trene på aktiviteter som matlaging, husarbeid og håndtering av mobiltelefon med ergoterapeut, smertelindring sammen med en lege eller sykepleier, stell og måltider med hjelpepleiere og tilrettelegging og opptrening av synsutfordringer med en synspedagog, i tillegg til intensiv språktrening med logoped, for å nevne noe (Helsedirektoratet, 2017). Det betyr at dagene i rehabilitering kan være lange og omfattende for personen med afasi, samtidig som det er en mange ulike fagpersoner å forholde seg til. Derfor er det også viktig å gi resterende helsepersonell i teamet en innføring i kommunikasjon med afasirammede (Qvenild et al., 2010).

## 2.4 Oppsummering av teorigrunnlag

I dette kapitlet har det blitt vist til teori og forskning på feltet som skaper en ramme for temaet i oppgaven. Afasi er en ikke-medfødt språkforstyrrelse som oppstår etter sykdom eller skade i hjernen. Årsakene kan være ulike, men den hyppigste årsaken er hjerneslag. Tiden etter et hjerneslag deles inn i akutt, subakutt og kronisk fase, hvor det pågår helhetlig rehabilitering av et tverrfaglig team i akutt og subakutt fase. Rett til rehabilitering etter et hjerneslag er hjernet i opplæringsloven og folketrygdloven. Afasirehabilitering har endret seg opp gjennom årene, men består av både skadebasert og vanskebasert tilnærming da afasi rammer både språklig, psykisk, fysisk og det sosiale liv, inkludert pårørende.

### 3. Metode

I det følgende redegjøres det for valg av metode, utvalg, transkripsjon og analysevalg i tillegg til etiske hensyn. Studiens validitet og reliabilitet vil også drøftes.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Prosjektet har en fenomenologisk tilnærming, da fenomenologien dreier seg om å illustrere menneskers opplevelser (Befring, 2015). Det betyr at opplevelser står svært sentralt i dette prosjektet. Opplevelser blir betegnet som en subjektiv kunnskap som styres av følelsesmessig karakter, noe som ikke må forveksles med følelser, da opplevelser og følelser kan ligne om hverandre (Andrews & Hatch, 2000). Det er logopeders opplevelser, og til dels erfaringer som skal undersøkes i dette prosjektet. Fenomenologi har fra starten av vektlagt bevissthet og opplevelser, og i senere tid videreutviklet seg til å fokusere på menneskers livsverden (Kvale og Brinkmann, 2015). Det var filosofen Edmund Husserl som grunnlag fenomenologien som vitenskapsteoretisk tilnærming, hvor det har blitt foretatt noen mindre justeringer i senere tid, som eksempelvis mer fokus på menneskers livsverden (Johannessen et al., 2010).

#### 3.2 Kvalitativ metode

Tjora (2021) beskriver metode som en fremgangsmåte som skal besvare problemstillingen på best mulig måte. Dermed blir metodevalg en viktig avgjørelse for forskningen. Kvalitativ metode ble valgt fordi den var mest egnet til å kunne besvare problemstillingen som er: «hvordan opplever logopeder samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter hjerneslag?». Dermed falt valget på kvalitativ metode, da denne type forskning fokuserer på brede beskrivelser, selvopfatning, erfaringer og opplevelser, for å nevne noe (Befring, 2015). Kvalitativ metode samler inn ikke-numerisk data, i motsetning til kvantitativ forskning som samler inn tallfestet data (Aurini et al., 2022). Det betyr at gjennom kvalitativ forskning vil jeg kunne samle inn beskrivelser som baserer seg på erfaringer og opplevelser. Masteroppgaven undersøker logopeders opplevelser av et fenomen, nemlig samarbeid med helsepersonell i afasirehabilitering. Kvalitativ metode vil i

grovere trekk samle inn mye data fra et lavt antall informanter, mens en kvantitativ metode vil fokusere på langt mindre data fra et relativt større utvalg (Johannessen et al., 2021). Det betyr at denne studien vil innebære et lavt antall informanter.

### 3.2.1 Kvalitativt intervju

Observasjon, intervju, fokusgrupper og litteraturstudier er eksempler på kvalitative metoder, som samler inn kvalitativ data (Aurini et al. 2022). De hyppigste metodevalgene innenfor kvalitativ forskning er observasjon og intervju. Som nevnt tidligere lander ofte valget på intervju når man ønsker å søke menneskers opplevelser (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervju som forskningsmetode er svært relevant når en ønsker brede beskrivelser, oppfatninger og erfaringer (Befring, 2015). Derfor endte valget i denne oppgaven på intervju for å besvare problemstillingen som er: «*Hvordan opplever logopeders samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutfase etter hjerneslag?*». Oppgaven søker logopeders opplevelser med et fenomen, og dermed vil et intervju bidra til å fange disse opplevelsene. Observasjon kunne også egnet seg, men da hadde ikke informantene hatt mulighet til å gjenfortelle hendelser og historier (Johannessen et al. 2021). Et intervju derimot, vil gi informantene denne muligheten. Det finnes flere ulike typer intervju. I denne oppgaven ble det valgt et semistrukturert intervju fordi det egner seg innen forskning for nybegynnere da man får ta i bruk et strukturert manus, men også fordi det kan bidra til å gjøre analyseprosessen litt mer tidssparende. Semistrukturerte intervju gir nemlig mer systematisk dataanalyse og øker mulighetene for sammenligning mellom informantene, da informantene får de samme spørsmålene i samme rekkefølge (Aurini et al., 2022). Semistrukturert intervju som metode er en av tre hovedtyper intervju. De andre typene er ustrukturert intervju og strukturert intervju. Et ustrukturert intervju er nærmest en fri samtale. Et strukturert intervju innebærer strukturerte spørsmål med svarkategorier. Et semistrukturert intervju derimot har strukturerte spørsmål, men som gir rom for åpne og frie svar, også gjerne gjenfortellinger av hendelser (Befring, 2015).

Intervju er kort fortalt en samtale mellom en intervjuer som stiller spørsmål og en informant som gir svar. Det vanligste er at informantene blir oppsøkt av intervjuer i enten hjemmene sine, på skolen eller på arbeid (Befring, 2015). I mitt tilfelle er jeg være intervjueren/forskeren, og logopedene vil være informantene. Intervjuene fant sted på



logopedenes arbeidsplasser, og dermed ble det jeg som oppsøkte dem. I og med at jeg oppsøkte dem, ble disse intervjuene holdt personlig. Intervju kan holdes både personlig, på video og på telefon (Befring, 2015). Fordeler ved personlig intervju er et styrket forhold mellom intervjuer og informant, og mulighet til å oppfatte non-verbal kommunikasjon. Ulempene derimot kan eksempelvis være intervju-effekt, økonomiske ressurser, tid og sikkerhet (Aurini et al., 2022). Intervju-effekten går ut på at intervjusituasjonen kan oppleves som stressende eller pressende for informanten, og at informanten dermed vil svare annerledes på spørsmål enn om det ikke var under en intervju-setting (Aurini et al., 2022). Men så lenge temaet for intervjuet ikke er vanskelig eller sensitivt, så vil de fleste informanter føle seg komfortable under et intervju (Johannessen et al., 2021). Min opplevelse er at mitt tema verken er vrient eller sensitiv, da logopeder under min praksisperiode snakket mye og åpent om nettopp samarbeid med annet helsepersonell. Ressurser som tid og økonomi ble heller ikke en stor utfordring da jeg er heltidsstudent uten jobb på siden, og informantene befant seg i nærrområdene mine på Østlandet og Vestlandet. I og med at informantene mine er profesjonelle logopeder, ble heller ikke sikkerhet og trygghet noe utfordrende.

Intervju brukes både som hoved metode, men også som utfyllende datainnsamling i kombinasjon med andre metoder, også kaldt blandet metode/mixed method. (Aurini et al., 2022). I denne oppgaven er intervju hoved metoden og derfor den eneste metoden som ble tatt i bruk. To momenter som er viktig å huske på ved intervju er planlegging og bevisstgjøring av et asymmetrisk forhold. Et intervju uten planlegging og forberedelser kan ende med å innhente svært begrenset informasjon. Derfor er oversikt og kjennskap til teori på feltet essensielt, samt en godt utformet intervjuguide. En intervjuguide er et slags manus hvor man har skrevet ned alle spørsmål som skal stilles (Kvale og Brinkmann, 2015). Som nevnt tidligere vil også en god og strukturert intervjuguide bidra til tidsparing under arbeid med analyseprosessen. Når det kommer til et asymmetrisk forhold er utfordringen først og fremst at intervjuet ser verden fra informantens side (Kvale og Brinkmann, 2015). Det betyr at når logopedene fortalte om sine erfaringer og opplevelser, så tok jeg i betraktning at dette kun var fra deres ståsted og at ikke resterende helsepersonell fikk uttalt seg.

### 3.2.2 Utvelgelse av informanter

Ofte kan intervjustudier som arrangeres ansikt til ansikt medføre en geografisk begrensning da man ofte intervjuer informanter fra samme område. Denne studien medbringer den fordel at intervjuene ble holdt både på Vestlandet og Østlandet, fordi jeg oppholdt meg i begge landsdelene under prosjektperioden. Dermed ble ikke geografiske begrensninger en så stor utfordring som det kunne blitt, men studien dekker likevel ikke hele landet. Til tross for en geografisk styrke av den mindre sort, er studiens generaliseringsevne svekket til en viss grad fordi det er brukt et ikke-sannsynlighetsutvalg. Et ikke-sannsynlighetsutvalg skiller seg fra et sannsynlighetsutvalg da sist nevnte går ut på en loddtrekningsstrategi hvor alle i populasjonen har like stor sannsynlighet for å bli valgt ut (Lund, 2002). I motsetning til et sannsynlighetsutvalg vil et ikke-sannsynlighetsutvalg spare både tid og ressurser. Det er derfor brukt et ikke-sannsynlighetsutvalg i denne studien da det sparer tid og ressurser, men også da dette er et normalt valg for kvalitativ forskning (Lund, 2002). Typen ikke-sannsynlighetsutvelgelse som er brukt i denne studien kalles et bekvemmelighetsutvalg. Bekvemmelighetsutvelgelse går ut på å gjøre det som er mest bekvemmelig, man velger de informantene som er enklest å få tak i. Et bekvemmelighetsutvalg er også den mest brukte utvalgsmetoden av de ikke-sannsynlighetsutvelgelsesmetodene innenfor kvalitativ forskning (Johannessen et al., 2021). Derfor ble bekvemmelighetsutvelgelse valgt for denne studien.

### 3.2.3 Utvalg

Utvalget i det følgende prosjektet består av et homogent utvalg. Det vil si at informantene som velges har lite variasjon, og på den måten kan man avdekke potensielle likheter og ulikheter når det kommer til opplevelser og erfaringer (Johannessen et al., 2021). Dette kan igjen gjøre analyseprosessen litt enklere når det kommer til sammenligninger og avdekke potensielle mønstre. Informantene er logoped i Norge som har jobbet i minst et år sammenhengende som logoped på afasifeltet. Det betyr at de kan ha jobbet som logoped på andre felt tidligere, men må ha minst et års erfaring fra afasifeltet. Informantene jobber med personer som har fått afasi forårsaket av hjerneslag. Informantene ble rekruttert via nettverket til meg og veileder, kjent som et bekvemmelighetsutvalg. Rekrutteringen ble gjort ved bruk av telefon og e-post. Å rekruttere ved bruk av telefon og e-post sparte både tid og økonomiske ressurser, fremfor å reise rundt og oppsøke de potensielle informantene

(Johannessen et al., 2021). Målet var å rekruttere seks informanter til studien, men fire informanter ble vurdert som tilstrekkelig. Denne vurderingen ble tatt på grunnlag av både tid og ressurser, da alle intervjuene skulle arrangeres, for så transkriberes, analyseres og resultater fremstilles. Da intervjustudier er både tidskrevende og noen ganger også økonomisk krevende, anbefales det at antall intervju ikke er over 25, men heller ikke under 5 (Kvale og Brinkmann, 2015). Derfor var målet å rekruttere seks informanter, også fordi denne masteroppgave er en mindre studie med et tidsspenn på kun fem måneder. Det var anbefalt å avtale tid for intervjuet minst to uker før intervjuet skulle holdes, samt en påminnelse på SMS en uke i forveien (Johannessen et al., 2021). Dermed ble intervjuene avtalt i starten av februar og arrangert i midten av februar. Informantene fikk en vennlig påminnelse om intervjuet, en uke i forveien av intervjuene, og ingen hadde glemt avtalen. Alt gikk som planlagt.

### **3.2.4 Lydopptak**

Intervjuene ble tatt opp ved bruk av lydopptakeren Nettskjema-diktafon med smarttelefon (Universitet i Oslo, 2023). Nettskjema-diktafon muliggjør opptak av intervju ved bruk av smarttelefon, og kan sende opptakene direkte over til Tjeneste for Sensitive Data (TSD) om en ønsker det. Av sikkerhetsmessige årsaker blir opptakene umiddelbart kryptert, og en kan derfor ikke lytte til opptakene på smarttelefonen (Universitetet i Oslo, 2023). Fordelene ved bruk av lydopptaker som forskningsverktøy er at en kan konsentrere seg fullt og helt om informanten, fremfor å skulle huske alt som blir sagt, eller skrive alt ned for hånd (Kvale og Brinkmann, 2015). Lydopptakene ble overført fra lyd til tekst i forkant av analyseprosessen. Dette kalles transkribering (Befring, 2015). Talen i lydopptakene ble transformert til tekst ved at jeg lyttet til opptakene og skrev ned det jeg hørte, på en datamaskin. Denne prosessen foregikk på TSD-anleggene (Tjeneste for Sensitive Data), eid av Universitet i Oslo, drevet og utviklet av TSD-servicegruppen ved Universitet i Oslo, IT-avdelingen (USIT, u.å). Dette var for å sikre at dataene ikke kom på avveie. Lydopptakene er primærdataene i studien. Det betyr at informasjonen er samlet inn direkte fra kilden, fremfor sekundær data som er allerede eksisterende data (Befring, 2015).

### 3.2.5 Transkripsjon

Transkribering kan utføres på ulike måter. Det skilles mellom to hovedtilnærminger, de-naturalistisk og naturalistisk (Aurini et al., 2022). De-naturalistisk tilnærming ekskluderer blant annet støy, latter, sukk og pauser. Naturalistisk tilnærming forsøker å fange opp nettopp støy, latter og pauser, som tilrettelegge for en samtaleanalyse (Aurini et al., 2022). Det ble i denne studien valgt en de-naturalistisk tilnærming til transkripsjon både for å spare tid under transkripsjonsprosessen, men også fordi det ikke skulle foretas noe samtaleanalyse. Det ble videre benyttet en tematisk analyse, noe som vil bli gjort rede for i neste avsnitt. En de-naturalistisk tilnærming vil derimot ikke hindre bruk av notater som beskriver stemningen under intervjuet (Aurini et al., 2022). Noen forskere transkriberer kun stikkord og sitater fra intervjuene, mens andre transkriberer gjerne hele intervjuet (Aurini et al., 2015). Jeg valgte å transkribere intervjuene i sin helhet, fordi transkribering var helt nytt for meg, og for å ikke gå glipp av noe som kan ha verdi. Dette var så klart mer tidkrevende enn å kun transkribere stikkord og sitater, men der igjen bestod studien kun av fire informanter og dermed fire intervjuer å transkribere. Når det kommer til tid per transkribering vil dette påvirkes av kvaliteten til lydopptaket og skrivehastighet hos transkribent (Kvale og Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann (2015) regner ca. fem timer transkribering per intervju, tatt i betraktning at intervjuene varer i ca. en time. Derfor satt jeg av ca. en arbeidsdag per intervju som skulle transkriberes. Og på den måten kunne transkriberingsprosessen gjennomføres på en ukes tid, da jeg regnet med å bruke litt mer tid enn en erfaren transkribent til tross for kortere varighet enn en time per intervju. Intervjuenes lengde endte på 32 minutter, 43 minutter, 40 minutter og 26 minutter. Det var tenkt på forhånd at intervjuene kom til å ha en varighet på 30-40 minutter, som viste seg å stemme ganske bra. Det første intervjuet tok en og en halv arbeidsdag på å transkribere, trolig da det var mange nye funksjoner å sette seg inn i, som f.eks. hvilken hastighet man skulle ha på og mye spoling frem og tilbake. De tre resterende intervjuene tok ca. en arbeidsdag per intervju å transkribere og dermed tok transkriberingsprosessen nøyaktig en uke å fullføre.

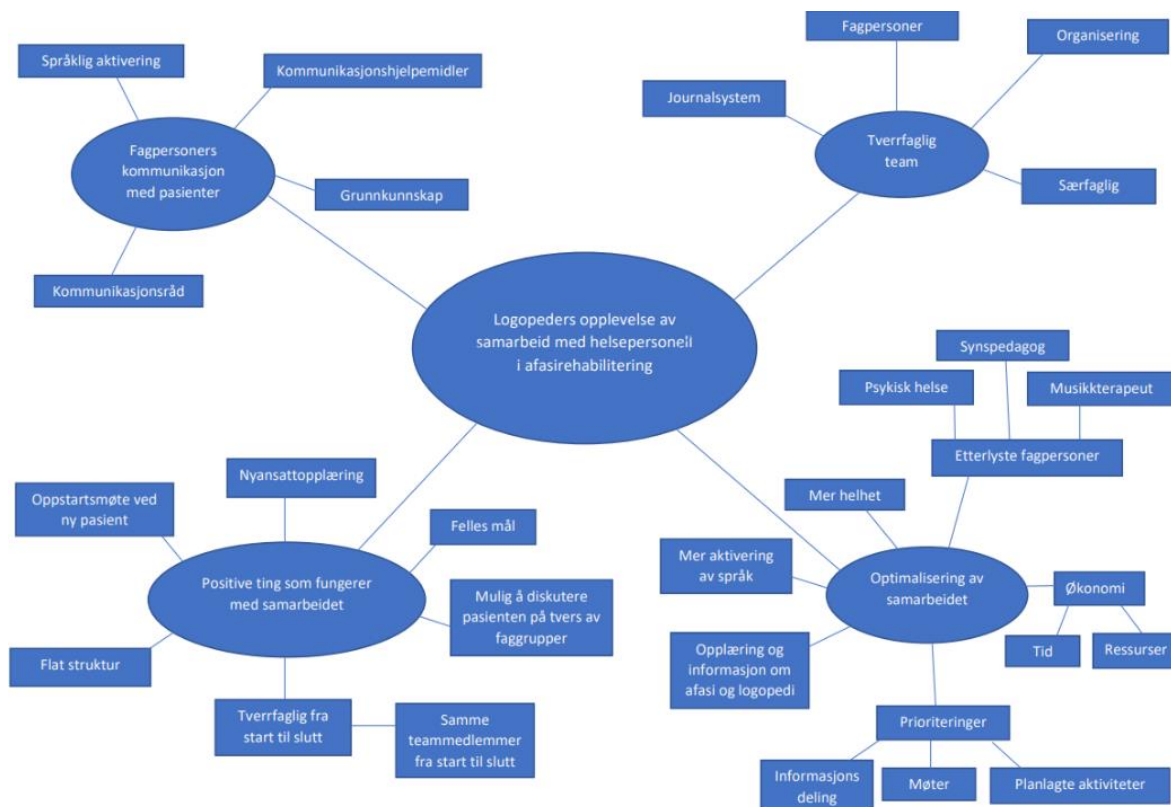
## 3.3 Tematisk analyse

I denne studien benyttes tematisk analyse fordi tematisk analyse i korte trekk går ut på forenkling og sammenstilling av den innsamlede dataen (Befring, 2015). Igjennom analysen

leter man etter gjennomgående mønstre og sammenhenger på tvers av datasettene (Braun og Clarke, 2006). Befring (2015) vektlegger også at man alltid må trekke ut sitater til resultatfremstilling, mens man fokuserer på det med typiske, men også det sjeldne og spesielle som skiller seg ut. Tematisk analyse ble valgt da dette er en av de mest brukte analysene for kvalitativ data, i tillegg til at den skal være nybegynnervennlig (Braun og Clarke, 2006). I denne studien ble Braun og Clarke (2006) sin prosedyre for gjennomføring av tematisk analyse benyttet. Analysen består av 6 faser. Fasene inneholder å bli kjent med datamaterialet, indentifisere de første kodene, samle og sortere kodene før kodene samles til tema, for at så temaene blir gjennomgått på nytt, presentere tema og til slutt sammenfatte en rapport (Braun & Clarke, 2006).

I den **første fasen** ble transkripsjonene lest igjennom tre ganger for å bli godt kjent med materialet. Allerede her ble tanker om koder og tema dannet og notert som stikkord. Intervjuene ble også transkribert av meg, som førte med den fordel at man ble ekstra godt kjent med materialet. Både transkripsjon og analyse foregikk inne på TSD – tjeneste for sensitive data, slik at data ikke skulle komme på avveie. Og da dette foregikk var **andre fase** i gang. De første kodene som ble til var tverrfaglig team, fagpersoner i teamet, fungerer bra med samarbeidet og optimalisering av samarbeidet. Dette var koder som skilte seg tydelig ut, men som også ble delvis til ut ifra intervju spørsmålene. Det ble blant annet spurt om hvordan det optimale samarbeidet ville sett ut, et spørsmål som informantene hadde lange og rike beskrivelser av. Når det kom til optimalisering var det gjerne utsagn som lignet på hverandre, også kalt mønster, som gikk igjen hos samtlige informanter. Derfor ble blant annet «optimalisering» fort en kode og senere om til et hovedtema. I starten ble det ikke tenkt å mye på hva som skulle være hovedtema og hva som skulle være undertema, men alle koder ble samlet sammen med tilhørende sitater som var grunnlaget for kodene.

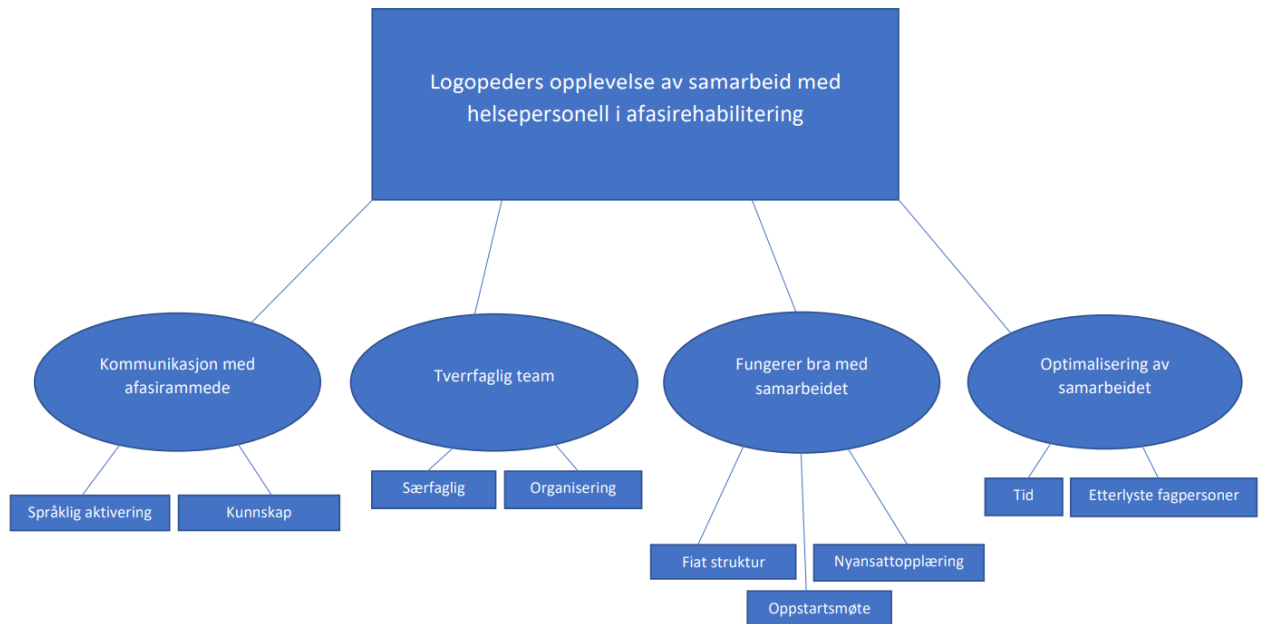
Kodene ble markert med gult i transkripsjonene og deretter overført til et eget dokument, inne på TSD – tjeneste for sensitive data. For å holde orden på de ulike informantens sitater fikk hver informant utdelt en egen farge, slik at eksempelvis informant 1 fikk tildelt lilla, og dermed tilhørte alle lilla sitat informant 1. Kodene ble først forsøkt å samles under de ulike intervju spørsmålene de tilhørte, men dette fungerte dårlig da det var rotete, tidkrevende og for uoversiktlig. Deretter ble det testet ut å sortere kodene i en tabell, men ikke dette heller føltes helt naturlig. Til slutt ble det forsøkt å samle kodene i et tankekart, noe som gav god oversikt over kodene og ble starten på dannelsen av tema. Figuren ble seende slik ut:



Figur 3. Oversikt over de første kodene, fremstilt som et tankekart.

Alt var koder til å begynne med, mens ved dannelsen av tankekartet er den største boblen i midten et utdrag fra problemstillingen, de fire mindre boblene ble forslag til hovedtema, mens alle de rektangulære boksene ble værende som koder og potensielle undertema. Dette er innhold som ble gjort i den **tredje fasen** som handlet om å samle kodene og sortere under tema. Deretter skulle temaene sees igjennom, som gikk inn under den **fjerde fasen**. Det som skjedde i den fjerde fasen var at koder som var for små eller hadde for lite innhold til å være et undertema alene, ble slått sammen. For eksempel ble kodene journalsystem og organisering slått sammen til undertemaet «organisering» som passet inn under hovedtemaet

«tverrfaglig team». Dermed ble figuren komprimert og omgjort til en fremstilling av tittel i øverste boks, forslag til hovedtema i de ovale boksene og undertema i de nederste boksene.



Figur 4. Oversikt over bearbeidet tema.

I den **femte fasen** ble temaene gjennomgått på nytt, og noen av undertemaene ble flyttet til andre hovedtema samt endring av navn på noen av hoved og undertemaene. Her ble det gått igjennom hva hvert tema innebar og på hvilken måte de bidro til å belyse problemstillingen. Noen av temaene ble for komplekse, eller svarte i for liten grad på problemstillingen, og dermed justert på. For eksempel ble undertemaet nyansattopplæring flyttet fra hovedtemaet «fungerer bra med samarbeidet» fordi dette heller passet inn under hovedtemaet «kommunikasjon med afasirammede» da nyansattopplæring skal styrke kommunikasjonen mellom fagpersoner og afasipasientene, dermed passet dette undertemaet bedre inn der. Hovedtemaet «kommunikasjon med afasirammede» ble i samme kontekst endret navn på til «kompetanse om afasi», hvor undertemaet «nyansattopplæring» ble byttet ut med navnet «kompetanseheving». Dette var fordi nyansattundervisning ikke var den eneste metoden for opplæring av andre fagpersoner. Undertemaet «språklig aktivering» ble fjernet fra hovedtemaet «kommunikasjon med afasirammede» da det heller passet bedre inn under hovedtemaet «optimalisering av samarbeidet». Det fikk også nytt navn fra «språklig aktivering» til «kommunikasjonstrening med annet personell». Under hovedtemaet

«tverrfaglige team» ble undertemaet «organisering» et for bredt og generelt undertema, og derfor ble det splittet opp til to undertema, «organisering» og «fagpersoner i teamet».

I den **sjette og siste** fasen ble beskrivelsen av hvordan analysen ble gjennomført skildret. Gjennom de fem fasene skildret over ble hovedtemaene til slutt «Tverrfaglig team», «Kompetanse om afasi», «Hva fungerer bra med samarbeidet» og «Optimalisering». Etterfulgt av totalt elleve undertema. Disse temaene blir presentert i neste kapittel som vil handle om resultater.

### 3.4 Forskningsetiske hensyn

Forskningsetiske hensyn skal bidra til en verdig og forsvarlig forskningsprosess (Befring, 2015). Hensynene er viktig fordi intervjuene utforsker menneskers liv, hvor skildringer og sitat legges ut i det offentlige (Befring, 2015). Lydopptak og kontaktinformasjon er begge eksempler på personopplysninger som blir brukt i dette prosjektet. Det betyr at det måtte søkes om godkjenning fra Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, tidligere NSD – Norsk senter for forskningsdata (Sikt, u.å.). Det ble søkt om godkjenning hos Sikt før rekrutteringen startet, hvor informasjonsskriv (vedlegg x), samtykkeskjema (vedlegg x) og intervjuguide (vedlegg x) ble lagt ved. Sikt var enige i våre vurderinger og søknaden ble dermed godkjent (vedlegg x). Ifølge forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (NESH) skulle det innhentes et informert og frivillig samtykke før gjennomføring av intervjuene (NESH, 2021). Derfor ble det utarbeidet et informasjonsskriv i tillegg til samtykkeskjema. Ved rekruttering ble informasjonsskrivet lagt ved i e-posten, men også delt ut fysisk ved intervjuet. Informasjonsskrivet røper ikke prosjektet, men gir en enkel beskrivelse om hva deltakelsen innebærer i tillegg til å understreke at alle opplysninger blir anonymisert og behandlet konfidensielt (Befring, 2015). Utover informasjonsskrivet ble det altså utarbeidet et samtykkeskjema som informantene skrev under på, og dermed gav skriftlig samtykke til deltakelse. Et informert samtykke er helt grunnleggende ved innhenting av forskningsdata (Befring, 2015). Samtykke skal være fritt, informert og forstått. Det skal komme frem at deltakelsen er frivillig og at man kan trekke seg når som helst ved å kontakte meg. Informantene har krav på at alt av personopplysninger blir behandlet med konfidensialitet (Befring, 2015). Konfidensialitet betyr at privat data ikke avsløres (Kvale og Brinkmann, 2015). Ved ansikt til ansikt intervju



er ikke informantene anonyme for forskeren. Derfor ble det opprette en kodenøkkel som oppbevares adskilt fra datasettene, før de makuleres. (Befring, 2015). I tillegg til konfidensialitet og anonymisering er det strenge krav om taushetsplikt som alle involverte i prosjektet følger.

Lydopptakene ble tatt opp ved bruk av mobilappen Nettskjema-diktafon. Opptakene ble umiddelbart kryptert på telefonen, og man kan av sikkerhetsmessige grunner ikke lytte til opptakene på mobiltelefonen. Lydopptakene blir oppbevart i TSD – tjeneste for sensitive data hos Universitet i Oslo. Etter endt prosjekt slettes lydopptakene og TSD kontoen avsluttes. De skriftlige samtykke skjemaene vil bli makulert i makuleringsmaskin.

### **3.4.1 Styrker og svakheter med studien**

Det befinner seg et asymmetrisk forhold i en intervjusituasjon, hvor utfordringen først og fremst er at intervjuet ser verden fra informantens side (Kvale og Brinkmann, 2015). Det betyr at når logopedten fortalte om sine erfaringer og opplevelser, så måtte jeg ta i betraktning at dette kun er fra deres ståsted og at ikke resterende helsepersonell får uttalt seg. For det andre vil det være en asymmetri under selve intervjuet, mellom intervjuer og informant. Intervju er en samtale som kun peker i en retning. Det kan medføre feiltolkning, og det er derfor viktig å reflektere over dette, og gjerne gjengi noe av det informanten forteller, og spørre om en har forstått det rett (Kvale og Brinkmann, 2015). For at informanten skulle føle seg vel var det viktig å opparbeide en god sosial relasjon til informanten, slik at det følte trygt og fritt. Jeg som intervjuer var hovedinstrumentet for innsamlingen. Derfor ble det være viktig å vektlegge min egen fremtreden og kompetanse (Kvale Og Brinkmann, 2015).

### **3.4.2 Validitet**

Validitet og reliabilitet handler om kvaliteten på studien. Det finnes ulike typer av validitet og reliabilitet (Cohen og Morrison, 2017). I dette avsnittet vil det bli redegjort for intern og ekstern validitet. Validitet har dessuten ulik betydning i kvalitativ og kvantitativ forskning (Cohen og Morrison, 2017). Kvalitativ forskning fokuserer i stor grad på indre validitet, og mindre på ekstern validitet da den ikke søker generalisering, mens kvantitativ forskning vektlegger i stor grad statistisk validitet, som f.eks. målefeil og variabler (Cohen og

Morrison, 2017). Validitet, fra engelsk «validity», er oversatt til gyldighet på norsk (Johannessen et al., 2021). Intern validitet, også kalt indre validitet, er ifølge kvantitativ forskning ikke noe man kan bruke ved kvalitativ forskning, da den kvantitative definisjonen uansett avviser validitet hos kvalitative studier (Johannessen et al., 2021). Den indre validiteten i kvalitativ forskning fokuserer på fremgangsmåten og om funnene speiler virkeligheten. For å styrke indre validitet vil jeg gå igjennom datasettene flere ganger og vise et tydelig skille på hva som er mine tolkninger og hva som er informantenes utsagn. På denne måten sikres det at mine tolkninger ikke taler alene for informantenes utsagn.

Ekstern validitet, også kalt ytre validitet, handler om funnene fra utvalget kan overføres til liknende fenomener (Johannessen et al., 2021). Det sies ofte at kvalitative funn ikke kan overføres til utvalgets populasjon, på grunnlag av få informanter. Her igjen skiller validitet i kvalitativ forskning seg fra validitet i kvantitativ forskning. Kvantitative funn søker generalisering, mens kvalitative funn søker å representere det fenomenet som studeres (Cohen og Morrison, 2017). Funnene kan derimot potensielt anerkjennes og gjenkjennes av andre logopedier, noe som gir funnene verdi likevel (Befring, 2015).

### **3.4.3 Reliabilitet**

Reliabilitet, også kjent som datas pålitelighet, dreier seg om nøyaktighet (Befring, 2015). Reliabilitet skiller seg også fra kvantitativ forskning. I kvantitativ forskning kan man eksempelvis kjøre en test-retest, men det lar seg ikke gjøre ved kvalitativ forskning (Johannessen et al., 2021). Dette er det ulike grunner til, og en av dem er at ved kvalitativ forskning brukes forskeren selv som datainnsamlingsinstrument. Ingen forskere har identisk erfaringsbakgrunn og førforståelse, og dermed vil heller ikke tolkningene være identiske (Johannessen et al., 2021). Reliabiliteten er viktig for at andre forskere skal kunne bruke samme framgangsmåte i andre studier (Befring, 2015). Denne reliabiliteten kan styrkes ved at forskeren legger frem en så nøyaktig som mulig beskrivelse av kontekst og framgangsmåte, gjennom hele forskningsprosjektet (Johannessen et al., 2021). På denne måten kan dokumentasjon av data, ulike metoder og alle valg som er tatt spores. For å styrke reliabiliteten i dette prosjektet har alle valg blir begrunnet hele veien. Framgangsmåter er beskrevet så nøyaktig som mulig og det er ikke blitt holdt tilbake funn eller valg, men derimot blitt lagt vekt på transparens og ærlighet i stor grad.

For å styrke reliabiliteten i denne studien har jeg forsøkt å begrunne alle valg jeg har tatt. Jeg har også prøvd å beskrive framgangsmåten min så nøyaktig som mulig gjennom hele prosessen. Det vektlegges også at framstillingen av framgangsmåten skal være åpen. Dette har jeg vektlagt ved å ikke holde tilbake funn eller valg, være transparent og ærlig.

## 4. Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil resultatene som ble funnet igjennom de fire intervjuene bli presentert. Funnene bidrar til å svare på problemstillingen som er: *Hvordan opplever logopeder samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter hjerneslag?* Det var fire hovedtema som ble dannet under analysen, og alle temaene medbringer to til tre undertema.



Figur 5. Oversikt over endelige tema

Figuren over viser fremstilling av problemstilling i øverste rektangulære boks, etterfulgt av hovedtema i de fire runde og undertema i de elleve rektangulære boksene nederst. Først vil informantene oppleves med tverrfaglig team presenteres, deretter deres opplevelser med kompetanse om afasi hos de andre fagpersonene, så hva informantene opplever som fungerende i samarbeidet og til slutt hvordan informantene ville optimalisert samarbeidet. De fire hovedtemaene har til sammen elleve undertema som underveis vil bli introdusert, før fremstilling av sitater fra informantene og deretter kort oppsummert. Sitatene som blir fremstilt er tatt ut i sin helhet for å ikke overse noe som kan ha betydning. I kapittelet etter vil funnene bli drøftet og gått mer i dybden på.

## 4.1 Tverrfaglig team

Dette hovedtemaet handler om det tverrfaglige teamet informantene jobber i. Temaet tar for seg undertemaer som handler om hvilke fagpersoner teamet består av, organisering av teamet og det særfgaglige ved teamene.

### 4.1.1 Fagpersoner i temaet

Samtlige ble spurt om hvilke fagpersoner de samarbeider med i tillegg til hvem av fagpersonene de jobber oftest/tettest med. Alle de fire informantene oppgir at teamene deres består av lege, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut, i tillegg til logoped naturligvis. Tre av informantene nevner sosionom som en del av teamet, samt psykolog eller nevropsykolog og helsefagarbeider. Kun to av informantene oppgir at de har samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog. Dette kan skyldes at spørsmålet ble stilt i forhold til afasi, og at de to resterende informantene ikke oppgav klinisk ernæringsfysiolog da dette oftest dreier seg om samarbeid om pasienter med dysfagi. En av informantene som oppgav klinisk ernæringsfysiolog som et teammedlem understreker også at klinisk ernæringsfysiolog er med i afasiteamet når det handler om pasienter med både afasi og dysfagi, og at dette er en kombinasjon med sykdommer som ofte kan forekomme. To av informantene samarbeider med hjelpepleier og/eller assistent i tillegg til helsefagarbeider. En av informantene trekker også frem teamkoordinator og erfaringskonsulent som en del av det tverrfaglige teamet. Og kun en informant forteller om samarbeid med musikkterapeut.

På spørsmål om hvem av fagpersonene informantene jobber tettest med forteller alle informantene at de jobber relativt tett med ergoterapeut etterfulgt av fysioterapeut og psykolog, for dem av de som samarbeider med psykologer eller nevropsykologer. Et annet funn var at etter informantene hadde oppgitt til dels ergoterapeut og fysioterapeut som dem fagpersonene de jobber tettest med, tok de seg en moderat tenkepause før de også oppgav sykepleier og resterende pleiepersonell, hvorav en av informantene endret mening fra ergoterapeut og fysioterapeut til sykepleiere:

Det må vel være nevropsykolog og ergoterapeut, men selvfølgelig, jeg kommer ikke utenom sykepleier og lege altså, for de er vi jo i kontakt med hele tiden, de har jo på en måte ansvar for dagen til pasienten og sånn. Sykepleiere definitivt, fordi de er jo

det hele dagen på en måte sant, hele tiden. De må jo på en måte administrere hele pasienten sin dag, få de opp og få timeplan på tavlene og administrere sånn at pasienten både får hvile mellom terapeutene og ja, så det er jo definitivt de som styrer dagen.

Informant 2 uttrykker at utenom sykepleiere så er det nok ergoterapeutene de jobber tettest med. Her blir sykepleiere nevnt som å være fagpersonene en jobber tettest med, men samtidig bare nevnt kort. Informant 3 understreker også at pleiepersonell er dem man samarbeider tettest med, men kanskje ikke så mye samarbeid rundt selve språkvansken som forekommer med afasi:

Men jeg er i kontakt med sykepleiere og fysio, og til dels ergoterapeut hver dag. Lege kanskje tre ganger i uken. Vil si jeg jobber tettest med psykolog og sykepleier, eller det blir litt sånn, sykepleier og hjelpepleier blir veldig sånn dagskontakt, men det er mest sånn høre hvordan det har gått, er det noe spesielt, kanskje ikke så mye om selve språkvanskene.

Informant 3 nevner også pleiepersonell, etter en tenkepause slik som informant 1.

Informanten forklarer at man samarbeider på ulike måter med de ulike, men at en har masse kontakt med sykepleiere og hjelpepleiere, etter å først ha oppgitt fysioterapi, ergoterapeut og psykolog som fagpersonene en jobber tettest med.

Informantene erfarte å samarbeide med mange av de samme fagpersonene i et tverrfaglig team i subakutt fase, hvor noen av informantene opplever å ha flere ulike fagpersoner med i teamet enn andre. Informantene opplever at de oftest er i kontakt med sykepleiere og annet pleiepersonell i løpet av en arbeidsdag, etterfulgt av tettest samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut.

### **4.1.2 Organisering**

På oppfølgingsspørsmål om hva samarbeidet går ut på, oppgav alle informantene at det holdes faste møter med teamet hver uke. Antall møter og type møter varierte i noe grad, hvor kun tre av informantene hadde en form for oppstartsmøte ved tilkomst av nye pasienter.

Oppstartsmøtene hadde ulike navn ved de ulike avdelingene hvor det noen steder kalles for blant annet målmøte og andre steder nyvisitter: «Også har vi det som heter mini team, men

målmøte er jo sånn som skal skje innen en uke etter at en pasient har kommet, men det er jo også med pasient og pårørende og hele teamet, en fast prosedyre». Ved en annen avdeling ble det oppgitt at: «Vi har nesten alltid nyvisitter, eller det har vi alltid. Da sitter man de som skal være med i teamet som oftest». Informanten som oppgav at teamet deres ikke har oppstartsmøte har allikevel møter en gang i uken hvor de får diskutert pasienter på tvers av yrkesgruppene, men ikke et eget møte som vier seg ene og alene til oppstart av nye pasienter:

Vi har et møte i uken som er litt grundigere når vi går igjennom hver pasient, og da deler jo hver yrkesgruppe det siste nye da, så sånn sett så får jo alle som er med på de møtene den samme informasjonen. Ikke helsefagarbeider, men ansvarlig sykepleier på avdelingen da, men resten av teamet er med der.

Når det kommer til hvem som deltar på møtene viste det seg at de fleste i teamet alltid er med, med unntak av helsefagarbeidere hos informanten som heller ikke hadde oppstartsmøte med teamet. Ellers var alle fagpersonene med på møtene, hvor hver pasient fikk utdelt hver sitt team. Det kunne også oppstå sjeldnere avvik hvor det var fravær fra noen av teammedlemmene, men da var det gjerne fordi en time med en pasient ble høyere prioritert enn møtene, men dette var i sjeldne tilfeller.

Videre tok alle informantene opp bruk av journalsystem som en del av organiseringen til teamene. Informantene trakk frem at mye informasjonsdeling skjer via journalsystem som alle i teamet selvsagt har tilgang til. Informant 2 sa eksempelvis at det blir ført pasientjournal hver dag hvor man kan gå inn å lese, hvor alle på tvers av yrkesgrupper har tilgang.

Utover organisering av faste møter og informasjonsdeling fikk pasientene ved de ulike avdelingene mye likt rehabiliteringstilbud, men det kalles gjerne ulike ting på de ulike rehabiliteringsstedene. Felles for alle informantene var at pasientene får tilbud om fysioterapi og ergoterapi hver dag, i tillegg til pleie hele døgnet fra sykepleiere eller helsefagarbeidere.

Pasientene hadde ofte timer med fysioterapeut og ergoterapeut hver dag, tilrettelagt etter tretthet og kapasitet. Sykepleiere og hjelpepleiere er der hele dagen, men fordi dette er personale som er på huset hele døgnet er det ikke kun en fast sykepleier eller

helsefagarbeider på lik linje som pasienten eksempelvis har en fast logoped og fysioterapeut under hele rehabiliteringsoppholdet.

Informantenes samlet opplevelse av organiseringen av samarbeidet i en subakutt fase var faste møter hver uke hvor tilnærmet hele teamet deltok, hvor møtene gjerne hadde ulike navn, men hvor innholdet var mye likt på tvers av informantenes avdelinger. Informantene hadde også gode erfaringer med bruk av journalsystem for informasjonsdeling.

Rehabiliteringstilbudet pasientene fikk på de ulike plassene var tilnærmet likt og ikke minst var det et helhetlig rehabiliteringstilbud, ikke bare tilbud om logopedisk oppfølging.

### **4.1.3 Særfaglig samarbeid**

Samtlige informanter beskriver særfaglighet som å ha en spisskompetanse som en utøver alene, uten å samarbeide med de andre fagpersonene i teamet. På både spørsmål om informantene jobber med andre fagpersoner, hva samarbeidet går ut på samt spørsmål om optimalisering av samarbeidet tok alle informantene på eget initiativ opp at samarbeidet er tverrfaglig, men også svært særfaglig. Informant 1 vektla at det er nyttig å jobbe mer særfaglig hvis det er det beste for pasienten: «Er mest alene med pasienten, men det kommer veldig an på problemstillingen. Noen pasienter jobber vi mer særfaglig med og noen mer tverrfaglig. Det kommer jo an på hva vi tenker er best for den enkelte pasient sant». Det er klart et samarbeid med så ulike yrkesgrupper blir særfaglig og at det i tilfeller lønner seg å vektlegge et mer særfaglig team, men informant 3 opplevde at det særfaglige også kunne begrense samarbeidet litt: «Det er så tverrfaglig, men så særfaglig samtidig. Men ja, man sitter litt på hver sin tue da, her er vi veldig særfaglige». Informant 2 opplevde også at det særfaglige kunne gå utover samkjøring i teamet:

Det kan også være det at man har hatt litt lite tid til å diskutere nok om pasienten felles da. Man kan jo selvfølgelig snakke med den enkelte i faggruppen, men det er jo kjekkere på en måte å få snakket med alle samtidig, da får man liksom samlet trådene litt da, så det er jo kanskje litt synd da, men sånn er det jo i sykehusverden og i arbeidshverdagen, at det er kanskje litt lite tid til å samtale og diskutere så mye som man kanskje burde gjort.



Mens informant 4 etterlyste et mer samkjørt og påkoblet team i tillegg til at rehabilitering burde vært et eget fag. Det er klart at et team med ulike fagpersoner med ulik utdanning, erfaringer og kompetanse vil være særfglige, men samtidig kaller alle de fire informantenes team seg for tverrfaglige team. Informantene erfarer at både det tverrfaglige og det særfglige i teamet kan varier fra avdeling til avdeling, men også fra pasient til pasient i en subakutt fase.

## 4.2 Kompetanse om afasi

Dette hovedtemaet tar for seg hvordan fagpersoner kommuniserer med afasirammede og hvilken kompetanse fagpersonene har om afasi. Teamet handler om hvilket støttet materiell som brukes i kommunikasjon med afasirammede, kunnskap om afasi og kommunikasjonsvansker samt kompetanseheving i teamet.

### 4.2.1 Støttet materiell

På spørsmål om det brukes kommunikasjonshjelpemidler med pasientene med afasi, kom det frem at det i hovedsak brukes kommunikasjonshjelpemidler som går inn under støttet kommunikasjonsmateriell. Informant 1 fortalte om støttet informasjonsmateriell som var tilgjengelig på hele bygget:

Vi bruker mye støttet informasjonsmateriell, altså sånn som denne som heter samtaler om helse, den står jo rundt på hele bygget i sånne der stativ sant, men det er jo litt fordi at det er, det går mye på dette med smerte og medisiner og sånt, så det er sånn viktig for hele teamet å ha, men ellers får pasientene en perm hvor de har kommunikasjonsmateriellet sitt sant, så det er jo på pasientrommet, ja, tilgjengelig for alle som er sammen med pasienten, om det er teamet eller pårørende eller ja.

«Samtaler om helse» er en visuell kommunikasjonsveileder som helsepersonell kan bruke i kommunikasjon med personer med afasi (Kitzmüller et al., 2016).

Det understrekes at generelt informasjonsmateriell er tilgjengelig for alle, mens materiell tilpasset den enkelte pasient oppholdes på pasientens rom og er tilgjengelig for alle som er sammen med pasienten. Det samme gjelder informant 2:

Vi har ikke så veldig mye kommunikasjons hjelpemidler å dele ut egentlig. Egentlig så har vi ingenting annet enn kanskje noe skriftlig bildemateriell osv. Noe henger tilgjengelig på fellesarealer og andre ting kan vi legge inn til pasienten. Så veldig enkle, enkelt kommunikasjonsmateriell da. Men det har jo samtlige tilgang til så lenge de fysisk besøker pasienten da, for det er noe pasienten har tilgjengelig.

Informant 4 deler like erfaringer som de andre informantene, men utdyper også hva materialet kan bestå av: «Oversikt over familie, adresse, hus, interesser, og ellers sånn standard, tallrekker og ukedag, måneder, ja. Ja det lager vi ganske ofte. Men tanken er da ofte at det er litt sånn kortere tid da, midlertidig».

Informant 3 problematiserte på eget initiativ at kommunikasjonsmaterialet ikke blir tilstrekkelig fulgt opp:

De generelle tingene de deler vi jo ut og er på rommet til pasienten, så da oppfordrer vi jo alle til å ta i bruk det. Det er der det glipper. Det blir ikke tatt i bruk så ofte, selv om det burde ha blitt det. Om de har et konkret hjelpemiddel, altså ta ASK da, da er det fortrinnsvis logopedene som bruker det.

Samtlige informanter problematiserte at kommunikasjonsmateriell blir ulikt fulgt opp etter at de fikk oppfølgingsspørsmål om kommunikasjons hjelpemidlene blir fulgt opp av de andre fagpersonene i teamet. Informant 1 sa at: «Ja, det er jo selvfølgelig forskjellig. Hvis du tenker sykepleiergruppen som er veldig stor med utrolig mange ulike mennesker, stor utskiftning fordi de er så mange, så det er klart at det er den vanskeligste gruppen å nå». Informant 2 trakk frem at det kan variere litt, men at det er vanskelig å vurdere da man ikke er til stede hele tiden. Man er ofte kun til stede med pasienten under logopedtimene, og ikke ellers når pasienten er med andre fagpersoner.

Mens informant 4 fortalte at det ikke alltid blir fulgt opp: «Også vil det være, kunne være anbefalinger rundt kommunikasjon, at man skal bruke, anbefaler skriftstøtte f.eks., den typen ting, og det er nok ikke alltid det blir gjort, men det er veldig vanskelig å vite helt».

Informantene oppgav at det blir brukt enkelt kommunikasjonsmateriell med afasirammende pasienter i en subakutt fase, fordi pasientene er på rehabilitering i kortere, midlertidige perioder av rehabiliteringen. I tillegg gav informantene samlet sett uttrykk for at det i større

grad er logopedene selv som bruker dette materiellet aller mest, sammen med pasientene. Informant 1 trakk også frem at sykepleiergruppen var de vanskeligste å nå fordi de var så mange og hadde høy utskiftning. Informantene erfarte at resterende fagpersoner i samarbeidet bruker materiellet i varierende grad, men også at det var vanskelig og helt vite hvor mye og hvor mange som egentlig tar det i bruk. Det kunne oppleves som vanskelig å ha oversikt og kontroll over oppfølging av bruk av materiellet hos andre fagpersoner.

#### **4.2.2 Kunnskap om afasi**

Når det kom til kunnskap om afasi og andre ervervede kommunikasjonsvansker så var det ikke noe informantene fikk spørsmål om, men en gjenganger som alle informantene tok opp på både like og ulike steder gjennom intervjuene. Informant 1 tok det opp i forbindelse med hva som var utfordrende med samarbeidet:

Ja, altså kanskje den største utfordringen vi har med tanke på språkvansker er jo kanskje det der med å forstå hva det vil si når vi skriver f.eks. at man må bruke enkelt og konkret språk, stille ja og nei spørsmål og de tingene. Retningslinjer for kommunikasjon, også det og da få på en måte alle til å forstå at du da ikke skal gå inn til en sånn pasient også si enormt mye bare for at det er det man gjør, kommer inn til noen og; ja det er fint vær i dag, og nå skal jeg bare skifte på sengen, også skal du ut og pusse tenner, også skal du. Det er alt for mye informasjon og kan veldig lett føre til frustrasjon for noen med store språkvansker. Så kanskje det er det vanskeligste å formidle, det at selv om det kan virke unaturlig så skal man ikke bruke så mye språk sammen med noen, også skal man ha blikkontakt, også skal man kanskje bruke kroppen mer og sørge for at det er lett for de å forstå det du sier.

Informant 3 tok også opp at det er ulik forståelse for hva afasi er:

Ja, vi har vel kanskje ikke samme forståelse alltid for afasi og hvor omfattende det kan være. Spesielt, vi får ofte tilbakemelding om; ja, jo pasienten forstår alt, også vet vi at det gjør de jo ikke, på grunn av impressive utfall da, så der skulle jeg kanskje ønske mer sånn grunnkompetanse på hva er, hva språkvansker egentlig er og hvordan man tilrettelegger, og at det blir tatt i bruk sånn på lesing og skriving f.eks. kan de ta i bruk korte ord eller trenger de bilder eller, sikre de at informasjonen er overført godt

nok, at ikke beskjeder blir gitt i forbi farten. Jeg har hatt mange sykepleiere som har sagt «ja nå har jeg gitt beskjed og har lagt inn en lapp til vedkommende» så er jeg sånn, det er kjempefint, men det forstår ikke personen, men samtidig så er det jo veldig, alle, også sykepleierne, veldig opptatt av at pasienten skal ha det bra og få uttrykt seg, så alle er veldig omsorgsfulle og med på den biten, men litt sånn grunnleggende ja.

Informant 4 problematiserte også at det ikke er like god kunnskap om afasi hos de ulike fagpersonene. Informant 2 tok også opp dette med grunnkunnskap, i tillegg til at det burde vært bedre avklaring av roller og forståelse for hva de ulike fagpersonene skal gjøre, og at dette kunne spare dem for tid om rollene var bedre avklart på forhånd. En annen ting informant 4 og informant 2 la til, var at logopedi er ukjent for svært mange og at det ikke er alle som vet hva en logoped driver med.

I lys av problemstillingen som er «*hvordan opplever logopeder samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter hjerneslag?*» opplevde informantene at det er varierende kunnskap om språk, språkvansker, afasi og rollen til logopedene blant fagpersonene. Informantene hadde erfaringer med at den varierende kunnskapen om disse temaene kunne påvirke kommunikasjonen mellom pasienten med afasi og de andre fagpersonene i teamet. Samtlige informanter tok opp at formidling om afasi og kommunikasjon til resterende personell i teamet kunne oppleves som utfordrende.

### **4.2.3 Kompetanseheving**

På oppfølgingsspørsmål om hva som kunne gjøres med varierende kunnskap om afasi og kommunikasjonsvansker i teamet ble nyansattundervisning og e-læringsportaler trukket frem som potensielle metoder for kompetanseheving i teamet. Høy utskiftning av personell kom frem som en god grunn til kontinuerlig kompetanseheving samt grunnlag for et bedre samarbeid i teamet. Informant 1 fortalte om nyansattundervisning for å sikre kunnskap hos nye teammedlemmer:

Vi har jo nyansattundervisning for de, sykepleiere da, eller en sånn oppsamlingshit et par ganger i året, men med nyansatte, ja det er ikke bare sykepleierne som får det, men det er bare det at de er jo så mange at der er du hele tiden mange nye, men det

kommer jo selvfølgelig også nye både fysioterapeuter og ergoterapeuter, det er bare ikke i samme antall.

Informant 4 problematiserte også høy utskifting, spesielt hos sykepleiere og hjelpepleiere, men at det gjaldt alle faggruppene. Derfor uttrykte informanten at det blir ekstra viktig å opprettholde kunnskapsnivået om språk og at det er en kontinuerlig prosess som bidrar til et lettere samarbeid. Informant 2 uttrykte også en merkbar utskifting av sykepleiere og hadde noen hypotetiske årsaker til hvorfor: «På sykepleiersiden, eller det er vel tradisjonelt mer bytte av personell der enn det kanskje er hos oss andre, av ulike årsaker, turnus, og det kan være tøft og stå i». Videre kom det frem at faste ansatte kunne bidra til å styrke samarbeidet: «Vi har en sånn åtte til halv fire jobb, mens sykepleierne jobber da hele døgnet. Men vi er ganske, vi kjenner hverandre kanskje godt og da er jo samarbeidet mye lettere, når man er trygge på hverandre». Informant 3 trakk også frem at til tross for muligheter til kompetanseheving så strekker gjerne ikke tiden til, visst opplegget er frivillig/uorganisert. Informanten trakk frem at det finnes e-læringsportaler med mye informasjon om blant annet afasi, men at det virker som de fleste har nok å drive med i sin jobbhverdag, og at derfor ikke slike portaler blir prioritert.

Det kom derfor frem at organisert kompetanseheving opplevdes som det mest effektive for å sikre kunnskap om afasi i teamet. Informantene opplevde også høy utskifting av personell som derfor gav grunnlag og et ønske for kompetanseheving. Selv om en av informantene erfarte at faste ansatte styrket samarbeidet i teamet, så er det gjerne vanskeligere å få gjort noe med utskifting av personell fremfor å kontinuerlig heve kompetansen i teamet og ved tilkomst av nye ansatte.

### 4.3 Hva fungerer bra med samarbeidet

Hovedtemaet «hva fungerer bra med samarbeidet» handler om hvilke erfaringer og opplevelser informantene har med samarbeidet som fungerer bra. Undertemaene som skilte seg ut, var flat struktur i teamet og felles mål og møtepunkter.

### 4.3.1 Flat struktur

Samtlige ble spurt om de opplever anerkjennelse fra de andre fagpersonene de samarbeider med. Det viste seg at informantene opplevde en form for flat struktur og at alle sine meninger er like mye verdt. Dette ble trukket frem som et grunnlag for et godt samarbeid. Informant 1, 2 og 3 hadde til felles at man har respekt for hverandre, at det en formidler blir mottatt og referert til og at en stiller likt. Informant 1 erfarte at det ikke er noe hierarki på avdelingen, men heller en flat struktur med respekt for hverandres roller. Informant 3 fortalte at de aller fleste i teamene anerkjenner logopedene. Mens informant 4 opplevde at anerkjennelse var: «På en god måte. Opplevelse at vi er likeverdige på huset ja. Også er det noen situasjoner man er mer etterspurt enn andre».

Informantene opplevde å bli anerkjent av fagpersonene de samarbeider med i teamene. Flat struktur, ingen hierarki og likeverdige teammedlemmer som både lytter og blir lyttet til, kan sees på som en viktig faktor for å lykkes i det tverrfaglige samarbeidet i en subakutt fase i afasirehabiliteringen.

### 4.3.2 Felles mål og møtepunkter

Informantene var enige om at felles mål og felles møtepunkter hvor man kan diskutere pasientene på tvers av yrkesgruppene fungerer bra for et samarbeid av kvalitet. Informant 1 uttrykte fornøyd at rehabiliteringen er tverrfaglig fra start til slutt med jevnlig møter hvor en kan oppdatere hverandre. Informant 2 kommenterte at det var svært positivt for samarbeidet å ha muligheten til å diskutere pasientene på tvers av yrkesgruppene på felles møter, også for å utarbeide felles mål. Informant 3 uttrykte at:

Jeg syns det, det som fungerer bra er at alle på hvert sitt vis vet veldig mye om pasienten, så det er nyttig å dele informasjonen for å få, skape en helhet da.

Pasientgjennomgang er jo bra, da får vi ut fellesmøtepunkt, og også med, vi har jo målmøter og pårørendemøter, så det fungerer jo ganske godt, hvor vi setter opp mål for eller sammen med pasientene.

Det samme gjaldt informant 4, som i tillegg understrekte at det er lett å samarbeide sammen når man har tett kontakt gjennom hele rehabiliteringsløpet til pasienten i tillegg til at det gir rom for å gi beskjeder samt oppdateringer, noe som fellesmøtepunkter vil kunne bidra til.

Informantene var unisone om at felles og faste møter var positivt for samarbeidet med andre fagpersoner i subakutt fase i afasirehabilitering. Det gjaldt også felles mål, som kunne bidra til at alle i teamet kom med oppdateringer til hverandre.

## 4.4 Optimalisering

Dette temaet handler om hva informantene trakk frem som forbedringspunkter. Informantene trakk frem tid og ressurser, kommunikasjonstrening med helsepersonell og etterlyste fagpersoner som ble undertema for dette hovedtemaet om optimalisering.

### 4.4.1 Tid og ressurser

Tid og ressurser hører gjerne sammen, da mer ressurser gjerne kan bidra til å frigi mer tid. Informantene beskrev sykehushverdagen som travel, da informantene ble spurt om hva som skal til for å optimalisere samarbeidet. Informant 1 sa at: «Alle har dårlig tid, løper og har ikke alltid tid til å løse alt og oppdatere seg». I tillegg til: «Økonomi, alltid. Skulle vært flere folk. Ja, det er vel likt over hele linjen i både stat og kommune, overalt sant». Informant 2 uttrykte mye det samme:

Jeg tror dette med tid kommer frem igjen jeg, som et punkt. Vi skal rekke veldig mye, eller si veldig mye, eller diskutere veldig mye på veldig kort tid, og da er det ikke sikkert man får muligheten til å komme frem med alle punkter som man kunne tenkte seg da, og det tror jeg hadde vært bra for samarbeidet.

Resterende informanter trakk også tid frem som et forbedringspunkt. Det ble nevnt at for lite tid kan påvirke både samarbeidet og naturligvis også rehabiliteringen i en negativ retning. Informantene ble spurt om hvordan det optimale samarbeidet ville sett ut i tillegg til hva de trodde kunne være årsakene til hindringer og begrensinger i samarbeidet. På disse spørsmålene trakk samtlige informanter frem at det er dårlig tid, høyt tempo og for lite ressurser i teamene. Dermed er informantenes tanker om optimalisering av samarbeidet mellom fagpersoner i subakutfase i afasirehabilitering mer tid og mer ressurser. Dette var fordi informantene opplever for lite tid og for knappe ressurser.

#### 4.4.2 Kommunikasjonstrening med annet personell

På spørsmål om fagpersonene får utdelt samme kommunikasjonshjelpemidler, hva som ikke fungerer like bra med samarbeidet samt beskrivelser av det optimale samarbeidet kom kommunikasjonstrening med annet personell frem som et forbedringspunkt. Til tross for at samtlige informanter opplever varierende bruk av støttet kommunikasjonsmateriell i kommunikasjon mellom fagpersoner og personer med afasi, så ser noen av informantene et potensiale for kommunikasjonstrening mellom personer med afasi og resterende personell i teamet, spesielt et optimaliseringspotensiale hos pleiepersonell. Informantene gav også uttrykk for varierende kunnskap om afasi og kommunikasjonsvansker hos fagpersonene i teamet, som her vil bli en forutsetning for å drive kommunikasjonstrening.

Kompetanseheving i teamet kommer gjerne først, men deretter er det gjerne muligheter for kommunikasjonstrening med ikke bare logoped, men også med resterende fagpersoner. Når det kommer til kompetanseheving som en forutsetning for kommunikasjonstrening uttalte informant 1 blant annet at for å optimalisere et samarbeid så er det helt essensielt å ha forståelse for hva afasi handler om, hvilke behov personer med afasi har og hvordan man kan tilrettelegge for god kommunikasjon. Informant 3 ønsket seg flere spørsmål angående råd om kommunikasjon fra de andre fagpersonene:

Ja, skulle gjerne ønske at de kanskje hadde stilt flere spørsmål i etterkant. Råd, ja. For det ser vi med afasipasientene våre at de har jo veldig mange tiltak som kunne blitt igangsatt, men så vet kanskje ikke de som, sykepleier, helsefagarbeider, hjelpepleier, de som ser dem mest da, hele tiden, hvordan de skal kommuniserer best mulig og hva de kan gjøre. Så da skulle jeg kanskje ønske at de hadde stilt litt mer spørsmål. Jeg ser at vi igangsetter veldig mye som ikke blir fulgt opp da.

I tillegg la informanten frem at det hele tiden er et potensiale for å kommunisere mer aktivt: «Det er hele tiden en form for aktivering av kommunikasjon, selvfølgelig avhengig av trettbarhet og alle de andre tingene, og at det brukes, det gjør veldig mange da, man bruker jo alltid kommunikasjon». Det kom frem at det er potensiale for aktivering av kommunikasjon gjennom hele dagen i større grad, og spesielt et potensiale hos pleiepersonell som er der mest. Resterende informanter la til at det er pleiepersonell som omgås pasienten mest, i forhold til de andre terapeutene i teamet.



På spørsmål om hvordan det optimale samarbeidet ville sett ut erfarte en av informantene at opplæring om afasi og kommunikasjon er helt essensielt for å forbedre samarbeidet. Mens en annen informant opplevde å bli stilt lite spørsmål og bedt om få råd fra de andre fagpersonene når det kom til afasi og kommunikasjon. Her kunne samarbeidet mellom logoped og andre fagpersoner i subakutt fase i afasirehabilitering blitt optimalisert ved at de andre fagpersonene bad om mer råd eller stilte spørsmål som gjelder aktivering av språk, for å oppnå kommunikasjonstrening i andre settinger enn bare logopedtimene.

#### **4.4.3 Fagpersoner som er ønsket i samarbeidet**

På spørsmål om informantene savnet noen yrkesgrupper i teamet ble dette spørsmålet påvirket av hvilke fagpersoner som allerede var med i teamet eller ikke. Informantene hadde noe ulike teammedlemmer som kom frem under hovedtemaet «tverrfaglig team» og undertemaet «fagpersoner i teamet». Tre av informantene savnet å samarbeide med en synspedagog, noe alle tre formidlet at hadde vært en etterspørsel i alle de år. Informant 3 trakk frem at de ønsket seg en synspedagog med i teamet fordi det er mye synsutfordringer blant de afasirammede da dette ofte er en tilleggsvanske, og som ingen har noe særlig spisskompetanse på innad i teamet. Synsutfordringene informant 3 oftest så var synsfeltutfall og dobbeltsyn, som påvirker blant annet lesing og skriving. Derfor var synspedagoger en kjempemangel i teamet i afasirehabiliteringen.

Informant 3 etterlyste i tillegg til synspedagog også en musikkterapeut. Det hadde blitt brukt musikk på avdelingen, men aldri vært en musikkterapeut der mens informanten jobbet der.

Informant 2 var eneste informant som ikke hadde en psykolog eller nevropsykolog i teamet, men selv om en nevropsykolog ikke er spesialist på eksempelvis depresjon, så etterlyste ikke de andre informantene en fagperson innen psykisk helse. Informant 2 etterlyste en fagperson innen psykisk helse fordi:

Det og hatt kanskje et tettere samarbeid med de som jobber innen forbi psykisk helse, tror jeg kunne vært bra for veldig mange, og vi har ikke noe nevropsykolog her. Nå jobber jo ikke nevropsykolog med akkurat den biten da, men vi har heller ikke noe psykolog. Vi har mulighet til å kontakte det man kaller konsultasjonspsykiater da, som er en psykiatrisk sykepleier som kan komme og snakke med pasienten, og det

hender jo av og til, og det er jo bra. Og det er jo veldig fint for pasienten, for mange pasienter med afasi kan jo da oppleve en depresjon, veldig mange, hvert fall en nedstemthet. Så gjør at man kanskje ikke sover så godt, og masse tanker, og det påvirker jo rehabiliteringen. Så det å få muligheten til å uttrykke seg er jo viktig. Kanskje litt vanskelig med afasi av og til, men jeg savner et tettere samarbeid, eller jeg savner kanskje en sånn tydeligere, tydeligere fokus på akkurat den biten og, for vi har ikke en fast person i teamet vårt, som er psykiatrisk sykepleier eller en psykolog da.

Oppsummert ønsket hele tre av informantene en synspedagog i teamet, en informant savnet en musikkpedagog og en informant savnet en fagperson innen psykisk helse. Dette er fagpersoner som informantene erfarte å etterspørre i temaene sine. Disse fagpersonene kunne bidratt til et mer komplett team og styrket samarbeidet i subakutt fase i afasirehabilitering.

## 5. Drøfting av funn

Basert på funnene fra intervjuene presentert over, vil hovedfunnene trekkes frem og drøftes i lys av relevant forskning og teori på feltet. Informantenes funn bidrar til å belyse problemstillingen som er: «Hvordan opplever logopeder samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter hjerneslag?». Først vil det tverrfaglige og særfaglige i samarbeidet bli drøftet, deretter kunnskap om afasi og kommunikasjon med afasirammede, etterfulgt av avklaring av roller i samarbeidet og avslutningsvis fagpersoner som var etterlyst i samarbeidet. Hvert hovedfunn vil kort bli introdusert før det settes opp mot og sammenlignes med eksisterende forskning og litteratur.

### 5.1 Tverrfaglig og særfaglig samarbeid

Samarbeidet i afasirehabilitering i subakutt fase blir utført av et tverrfaglig team. Til tross for at samarbeidet omtales som tverrfaglig, er samarbeidet også særfaglig. Det særfaglige i samarbeidet ble belyst som nødvendig for de pasientene som krever mer særfaglig rehabilitering, samtidig som det kunne bidra til en oppbremsing i samarbeidet da det kunne oppleves som et gap imellom de ulike fagpersonene. Rose et al., (2014) gjennomførte en kvantitativ survey ved bruk av spørreskjema, hvor formålet med studien var å rapportere om daværende afasirehabiliteringspraksis hos logopeder i Australia. Et nettbasert spørreskjema ble sendt ut til 230 deltakere, hvor 41 deltakere ble ekskludert for å ikke ha besvart alle spørsmål, og en ekskludert for å ikke være bosatt i Australia (Rose et al., 2014). Studien til Rose og kollegaer (2014) viste at noen personer med afasi kan kreve mer særfaglig rehabilitering enn andre, fordi afasi rammer mennesker så ulikt og dermed varierer også målene som settes for den enkelte. På den ene siden kan rehabiliteringstilbudet variere fra person til person, slik som Rose et al. (2014) bekrefter, men på den andre siden oppgir informantene mine at alle pasienter får utdelt et sammensatt team, og tilbud om både fysioterapi, ergoterapi og logopedi blant flere. Dette kan forstås som om at målene i tilbudet kan variere, selv om en får tilbud om en generell rehabilitering som er mer lik landet over. Målene kan variere fordi rehabiliteringen blant annet tar utgangspunkt i forskriften om habilitering, rehabilitering og koordinator §4 pasient- og brukervedvirkning, om at helseforetaket skal sikre brukervedvirkning i egen rehabilitering (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2011, § 4). Derfor vil målene i varierende grad se ulike ut. At rehabiliteringen er både tverrfaglig og individuelt tilpasset bekrefter også Brady et al. (2016) som understreker at faktorer i den afasirammedes liv og nærmiljø varierer, og dermed vil ønsker om rehabiliteringsmål også variere. De evaluerte effekten av logopedi for afasi etter hjerneslag ved bruk av en litteraturgjennomgang med 57 randomiserte kontrollerte studier (Brady et al., 2016). Dette bidrar til å svare på hvorfor afasirehabilitering i subakutt fase er tverrfaglig, men også særskilt.

De fire informantene mine identifiserte seg selv som medlem av et tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid er som nevnt i teorigrunnet et begrep som beskriver et team med fagpersoner som arbeider for å sammen rehabilitere (Boon et al., 2004). Insalaco et al., (2007) undersøkte 105 sisteårsstudenters oppfatninger og kunnskap om slagrehabilitering og logopedens rolle, bestående av 35 logopeder, 35 fysioterapeuter og 35 ergoterapeuter, ved bruk av en tverrsnittstudie i form av survey og spørreskjema som metodisk verktøy. I studien ble det trukket frem tre relevante modeller for teamtilnærming innenfor rehabilitering, flerfaglig team, tverrfaglig team og transdisiplinære team (Insalaco et al., 2007). Flerfaglig team dreier seg om fagpersoner som kartlegger og behandler uavhengig av hverandre, men som rapporterer til hverandre og samarbeider om behov. Tverrfaglig team inkluderer fagpersoner som deler mål og samarbeider mot samme utfall, mens transdisiplinær brukes når teamet kun samarbeider under kartlegging og ikke under behandling (Insalaco et al., 2007). Det betyr at de fire informantene i prosjektet identifiserer seg med den tverrfaglige tilnærmingen, nettopp fordi det arbeides mot felles mål og utfall. På den andre siden oppgav informantene at samarbeidet også er særskilt i varierende grad, og dermed kan gjerne momenter fra et flerfaglig og et transdisiplinært samarbeid også noen ganger inngå i samarbeidet. Informantene skildret felles mål og møtepunkter som noe positivt i samarbeidet, noe som støtter teorien om at samarbeidet til informantene er tverrfaglig. I tillegg bidrar en helhetlig rehabilitering utført av et tverrfaglig team til kombinasjon av skadebaserte og konsekvensbaserte tiltak, med utgangspunkt i ICF-modellen (WHO, 2001).

## 5.2 Kunnskap om afasi

Informantene tok opp på eget initiativ at det var varierende og manglende kunnskap om afasi blant fagpersonene i teamet. Det var ulik forståelse av hva afasi er, hvor omfattende afasi

kan være og generell mangel på grunnkompetanse om afasi. Dette samsvarer med Kitzmüller (2007) sin kvalitative studie hvor 13 afasirammede ble dybdeintervjuet, seks kvinner og syv menn. Kitzmüller (2007) fant ut at informantene opplevde helsepersonellet som omsorgsfulle, men med for lite bredde i kunnskapen om afasi. Funnene avdekket et større behov for opplæring av helsepersonell, i tillegg til at afasi fikk mindre oppmerksomhet enn hva andre utfall etter hjerneskade gjorde. En av informantene i studien påpekte i tillegg at det ikke er noe formell utdanning innenfor rehabilitering, og at rehabilitering burde være et eget fag. Helsedirektoratet (2017) understreker at fagpersonene i et rehabiliteringsteam bør ha en spesiell kompetanse i rehabilitering av slagrammede personer. Hvilken type kompetanse eller utdanning det er snakk om, blir ikke gått mer i dybden på, men her understrekes det at det bør være en kompetanse i rehabilitering. Det er gjerne en slik kompetanse informantene fra min studie savner og påpeker at burde vært et eget fag.

Det er også mulig å tilegne seg mer kompetanse om afasi ved å lære av hverandre innad i teamet. En litteraturstudie gjennomført for å utarbeide en amerikansk retningslinje for best klinisk praksis i rehabilitering for voksne, viser til at samarbeidet mellom logopedene og resterende helsepersonell er helt avgjørende for å oppnå maksimal effekt fra rehabiliteringen (Winstein et al., 2016). I teamet er det logopedene som har det overordnede ansvaret for afasidelen som en av følgene av hjerneslaget, i form av kartlegging og utarbeiding av tiltak (Sunnaas sykehus HF, 2022). Det betyr fremdeles ikke at resterende helsepersonell ikke skal ha kunnskap om afasi. Det er viktig at hele teamet samarbeider godt rundt personer med afasi. I tillegg til varierende og manglende kunnskap om afasi, opplevde informantene at det var stor variasjon rundt kunnskap og utøvelse av kommunikasjon med afasirammede, hos fagpersonene i det tverrfaglige teamet.

## 5.3 Kommunikasjon med afasirammede

Når det kommer til kommunikasjon mellom fagpersoner i det tverrfaglige teamet og afasirammede trakk informantene frem tre punkter. Det første punktet var bruk av kommunikasjonsmateriell, det andre de tok opp var kunnskap om kommunikasjon med afasirammede og det tredje var potensiale for kommunikasjonstrening utenfor logopedtimene. På grunnlag av de tre hovedfunnene, vil dette avsnittet deles inn i tre.

### 5.3.1 Bruk av kommunikasjonsmateriell

Felles for informantene var at det fantes generelt kommunikasjonsmateriell rundt om på institusjonen og individuelt tilpasset kommunikasjonsmateriell inne på pasientrommene. Dermed var generelt kommunikasjonsmateriell tilgjengelig for alle, mens individuelt tilpasset materiell var tilgjengelig for alle som besøkte pasientrommet. Informantene oppfordret de andre fagpersonene i teamet til å ta i bruk materialet, men de erfarte ulik oppfølging og noen ganger ingen oppfølging. Informantene opplevde at det var ekstra varierende oppfølging hos sykepleiergruppen, men samtidig vanskelig å helt vite da man ikke er til stede mer enn under logopedtimene ofte. I studien til Kitzmüller (2007) opplevde hennes 13 afasirammede informanter at ingen andre enn logopeden tok i bruk kommunikasjonsmateriell. Mine informanter opplevde at noen tok i bruk materialet noen ganger, men ikke i tilstrekkelig grad. Kulø (2012) gav ut en bearbeidet prosjektrapport fra hennes tidligere studie om hva slags kommunikasjons hjelpemidler afasirammede i Norge har fått, hvor det ble belyst at kommunikasjons hjelpemidler kun ble brukt i treningstimer med logopeden. Hun avdekket en svikt i oppfølgingen av kommunikasjons hjelpemidler til afasirammede, hvor det ble rapportert om at logopeder og pårørende ønsker bruk av hjelpemidlene i samtale med afasirammede, men helsepersonellet gjerne ikke vet hvordan de bruker slikt materiell eller ikke har tid til å ta dem i bruk i en travel arbeidshverdag (Kulø, 2021). Hun mener at det ikke nytter å anskaffe kommunikasjons hjelpemidler når helsepersonellet ikke har tid til oppfølging av det. Kommunikasjons hjelpemidler skiller seg noe ut fra kommunikasjonsmateriell, da hjelpemidler omfatter en større gruppe med alt fra ikke-teknologiske hjelpemidler, til høyteknologiske hjelpemidler som f.eks. skjermer som går på strøm (Kulø, 2010). Kommunikasjonsmateriell er bestående av f.eks. enkle brosjyrer og pekebøker. Det ser uansett ut som det er en generell tendens når det kommer til bruk av kommunikasjons hjelpemidler og kommunikasjonsmateriell, da også mine informanter opplyste om at det var igangsatt mange gode tiltak som ikke ble fulgt opp av resterende fagpersoner i det tverrfaglige teamet, deriblant kommunikasjonsmateriell.

Jensen et al. (2015) undersøkte gjennomføring av støttet samtale for kommunikasjon mellom pleiepersonell og afasirammede hvor 13 personer fra pleiepersonell fikk utdelt et spørreskjema og syv av dem også et semistrukturert intervju. Det ble funnet at varierende og manglende bruk av kommunikasjonsverktøy, som blant annet inkluderte bildestøtte, med

afasirammede var forårsaket av usikkerhet på hvordan materiellet skulle brukes samt for lite tid. I tillegg belyser Røste et al. (u.å) at å sette av mer tid til samtale med afasirammede er en viktig forutsetning for å lykkes med kommunikasjonen. Dette betyr at varierende oppfølging av kommunikasjonsmateriell ikke er ukjent, og hvor usikkerhet og tid kan være av årsaker.

### **5.3.2 Kommunikasjon med afasirammede**

Informantene opplevde at fagpersoner i teamet kunne kommunisere med afasirammede pasienter på en motstridende måte. Fremfor å f.eks. bruke korte og enkle setninger, kunne enkelte pøse på med mange og komplekse setninger, uten å sikre at pasienten hadde fått med seg innholdet. Litteraturen sier at helsepersonell bør få innføring i hvordan kommunisere med afasirammede på en god måte (Corneliussen et al., 2014). Dette støttes av Kagan et al. (2001) som rapporterte utviklingen og evalueringen av intervensjonen «støttet samtale for voksne med afasi» hvor det hadde blitt utført et eksperiment med 40 deltakere, 20 deltakere i eksperimentgruppen som fikk opplæring i kommunikasjon med afasirammede, og 20 deltakere i kontrollgruppen som ikke fikk opplæring. Det ble funnet at mangel på ferdigheter hos samtalepartnere uten opplæring førte til en barriere for effektiv kommunikasjon, mens deltakerne som fikk opplæring reduserte barrierer og skåret høyere på vurderinger av anerkjennende kompetanse. Studien fant også at opplæring av kommunikasjonspartnere til personer med afasi kan fremme den afasirammedes kommunikasjonsferdigheter.

Kommunikative ferdigheter hos helsepersonell som samarbeider i afasirehabilitering kan være helt avgjørende da utfordringer med å forstå mål og instruksjoner innenfor rehabiliteringen kan være en bidragsyter til redusert fremgang i rehabiliteringen (Gialanella et al., 2011). De utførte en kvantitativ studie over seks år med 262 deltakere hvor 131 hadde afasi, og 131 ikke hadde afasi. Formålet med studien var å undersøke den prediktive verdien av funksjonelt og sosialt utfall samt utskrivningsdestinasjon (Gialanella et al., 2011). Bryan et al., (2002) utførte også en kvantitativ studie om kommunikasjonsopplæring blant helsepersonell som jobber med eldre med kommunikasjonsvansker, hvor 118 deltakere fikk utdelt et spørreskjema før og etter opplæringen. Det ble funnet at helsepersonell som arbeider med eldre med kommunikasjonsvansker mangler helt nødvendige ferdigheter for å kommunisere effektivt med pasientene, som går negativt utover forståelsen av pasientens behov (Bryan et al., 2002). Dette stemmer overens med min studie, hvor de fire

informantene belyser en ikke-tilstrekkelig kommunikasjonsmåte hos mange fagpersoner i det tverrfaglige samarbeidet.

### **5.3.3 Kommunikasjonstrening med annet personell**

Med hensyn til trettbarhet og hvile er det et potensiale for kommunikasjonstrening hele tiden, opplyser informantene. Informantene skulle ønske resterende fagpersoner stilte flere spørsmål angående temaet og bad om flere råd rundt kommunikasjon med afasirammede. Informantene opplever at det settes i gang mange tiltak rettet mot kommunikasjon som ikke blir fulgt opp av resterende helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter hjerneslag. Det blir mer og mer kjent at intensiteten av afasirehabilitering har positiv effekt på bedring (Bhogal et al., 2003; Brady et al., 2022). Bhogal et al. (2003) fant ut gjennom sin litteraturstudie at intens afasirehabilitering kan forbedre resultatene av rehabiliteringen for personer med afasi etter hjerneslag. Målet med studien var å vurdere sammenhengen mellom afasirehabilitering og intensitet (Bhogal et al., 2003). Brady et al. (2022) foretok en systematisk gjennomgang ved bruk av metaanalyse, og fant at størst effekt av afasirehabiliteringen var assosiert med hyppig og funksjonelt tilpasset rehabilitering. Her kan det tenkes at kommunikasjonstrening også utenom logopedtimene kan bidra positivt til ønsket effekt. Sunnaas sykehus HF (2022) mener at som andre rehabiliteringsformer, bør også afasirehabiliteringen foregå døgnet rundt. Det understrekes at afasirehabilitering, som innebærer kommunikasjonstrening, er en tverrfaglig oppgave som dermed ikke skal begrenses til kun timene med logoped (Sunnaas sykehus HF, 2022). All kommunikasjonstrening som blir gitt utenom logopedtimene kan sees på som mengdetrening. Det betyr at fagpersonene informantene mine samarbeider med kan bidra til mer intensitet i afasirehabiliteringen, slik at det ikke blir et opphold fra kommunikasjonstrening mellom logopedtimene, noe som også hadde bidratt til mengdetrening. Det kom frem at terapeutene i teamet, eksempelvis ergoterapeut, fysioterapeut og logoped gjerne arbeider mandag til fredag i tidsrommet kl. 8-16. Det betyr at pasientene får et opphold fra kommunikasjonstrening resten av døgnet i tillegg til lørdager og søndager. Dette bekrefter Bakken et al. (2018) som belyser at pleiepersonell, særlig helsefagarbeidere, noen ganger er eneste fagpersonen som den afasirammede er i kontakt med i løpet av dagen. Vallumrød et al. (2020) foretok en kvalitativ litteraturstudie hvor totalt 317 studier ble lest og åtte studier til slutt inkludert. Målet med studien var å utforske hvilke



faktorer som påvirker sosial verdighet hos personer med afasi i deres kontakt med helsepersonell, hvor det ble funnet at utfallet for afasirammede er bedre når helsepersonell blant annet styrker dem i kommunikative ferdigheter (Vallumrød et al., 2020). Dette understreker viktigheten av at helsepersonellet logopedene samarbeider med burde engasjerer seg mer rundt kommunikasjon med afasirammede, og gjerne stille flere spørsmål og be om råd fra logopedene. Mens på den andre siden er sykehushverdagen travel, og kommunikasjon med afasirammede blir gjerne nedprioritert av den grunn.

## 5.4 Avklaring av roller i teamet

Informantene oppgav at det burde vært bedre avklaring av roller i teamet, i tillegg til bedre forståelse for hva de ulike fagpersonene gjøre. Samtlige informanter uttalte at det ikke er alle som vet hva logopedene driver med eller hva logopedi er. Byrne og Pettigrew (2010) påstår at en av de største barrierene for et effektivt samarbeid blant helsepersonell er mangel på kunnskap om rollene til hverandre. De undersøkte profesjonelt helsepersonells oppfatninger og opplevelser av slagrehabiliteringsteamet og logopedens rolle, hvor det ble utdelt spørreskjema til 21 logopedstudenter, 23 ergoterapeutstudenter og 20 fysioterapeutstudenter, alle på siste året av studiet sitt og alle var irske studenter (Byrne & Pettigrew, 2010). Det ble konkludert med at muligheter for mer samarbeid med hverandre på siste året av utdanningen bør gis, da dette kan øke innsikt i viktigheten av teamarbeid og forståelse av hverandre roller. Studien fant at ergoterapeutstudenter og fysioterapeutstudenter har generelt god forståelse av logopedens rolle (Byrne & Pettigrew, 2010). Dette motstrider med hva mine informanter sa, men på den andre siden sa ikke informantene at det mangler forståelse, men at forståelsen og avklaring av roller burde være bedre enn den er. Soklaridis et al. (2007) kaller manglende forståelse av hverandres roller i teamet for en tverrprofesjonell spenning. Ut ifra informantene i min studie tolker jeg det derfor som at samtlige opplever en tverrprofesjonell spenning i samarbeid med helsepersonell i afasirehabilitering i subakutt fase. Studien til Soklaridis et al. (2007) er en kvalitativ studie hvor det ble brukt fokusgrupper med et utvalg på 36 informanter, hvor informantene bestod av personer fra sykepleie, farmasi, logopedi, ergoterapi, fysioterapi, sosialt arbeid og familiemedisin. Det ble i likhet med min studie rapportert om uklarhet til ulike helsepersonells roller av ansvar (Soklaridis et al., 2007). Videre belyser Ryan og McKenna (1994) at tverrprofesjonelle

spenninger kan ha negativ påvirkning på det tverrfaglige samarbeidet, og dermed påvirke rehabiliteringen negativt. De gjennomførte en kvantitativ survey studie med 11 medisinstudenter og 19 sykepleierstudenter på fjerde eller femte studieåret som deltakere (Ryan og McKenna, 1994). Selv om dette ikke var en studie som inkluderte logopeder og afasirehabilitering, kan det tenkes at tverrprofesjonell spenning også kan påvirke afasirehabilitering negativt. Dette belyser viktigheten av forståelse og rolleavklaring i det tverrfaglige samarbeidet.

## 5.5 Etterlyste fagpersoner

Når det kom til fagpersoner informantene savnet i samarbeidet ble det nevnt synspedagog, fagperson innen psykisk helse og musikkterapeut.

### 5.5.1 Synspedagog

Nesten alle informantene oppga at de savnet en synspedagog i teamet. Afasirammede får ofte problemer med synet etter hjerneslag, noe som kan påvirke både lesing og skriving, som igjen kan brukes som en støtte eller kompensering i treningen av kommunikative ferdigheter. Synsproblemer kan redusere effekten av rehabilitering, i tillegg til å øke fallrisiko og problematisere lesing (Brækhus, 2023). Det er noe uenighet i litteraturen når det kommer til antall tilfeller av synsproblemer etter et hjerneslag. Ifølge Norsk hjerneslagregister var det 16 prosent som hadde synsproblemer tre måneder etter slaget i 2021, kontra 17 prosent året før (Fjærtøft et al., 2022). Rowe et al., (2019) gjennomført en kvantitativ epidemiologisk studie hvor det ble utført visuell screening og full visuell vurdering av 1033 pasienter (Rowe et al., 2019). Det ble funnet at 30 prosent fikk synsfeltutfall og 50 prosent opplevde endringer av synet etter et hjerneslag, da de rapporterte blant annet årlig forekomst av synsproblemer i en akutt voksen hjerneslagpopulasjon. Det som er enighet om er at uavhengig av nøyaktige tall på antall personer med synsvansker etter et hjerneslag, er at synsproblemer sees ut til å være vanlig etter et slag. Synsvansker blir ifølge Falkenberg et al. (2020) undervurdert i både akuttfasen og under videre oppfølging av hjerneslag.

De vanligste synsproblemene etter et hjerneslag er synsfeltutfall, som er tap av hele eller deler av synsfeltet, etterfulgt av tåkesyn, dobbeltsyn eller ustabil fokusering, i tillegg til

problemer med blanding, kontraster og farger samt neglekt (Falkenberg et al., 2020). Ifølge den Nasjonale faglige retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017) understrekes det at synet bør vurderes etter et hjerneslag, og etter vurdering henvises til enten synspedagog, øyelege og/eller optiker ved synsproblemer (Helsedirektoratet, 2017). Synsproblemer etter et hjerneslag kan være et tidlig symptom på selve hjerneslaget. Det arbeides med å implementere syn i Helsedirektoratets informasjonskampanje «Prate, smile, løfte – ring 113», til «Prate, smile, løfte, SE– ring 113» (Brækhus, 2023). Til sammen underbygger dette hvor viktig det er med kompetanse om syn i rehabiliteringen etter hjerneslag. Helsedirektoratet (2017) understreker at for å sikre en helhetlig rehabilitering etter et hjerneslag må rehabiliteringen være tverrfaglig. I tillegg uttaler Helsedirektoratet (2017) at aktuelle fagpersoner i det tverrfaglige samarbeidet er lege, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, logoped, sosionom, sykepleier, hjelpepleier, klinisk ernæringsfysiolog og synspedagog. Ut ifra informasjonen om synsproblemer etter et hjerneslag, og Helsedirektoratet (2017) sine anbefalinger, kan en slå fast at synspedagog er et behov i det tverrfaglige samarbeidet for å sikre helhetlig rehabilitering. Dette bekreftes av informantene mine som også ser behovet etter en synspedagog i teamet.

### **5.5.2 Fagperson innen psykisk helse**

Den eneste informanten som etterlyste en fagperson innenfor psykisk helse var også den eneste informanten som ikke hadde en psykolog eller nevropsykolog i teamet, men det var ikke en nevropsykolog som var ønsket, men heller en psykiatrisk sykepleier eller en psykolog. Dette var fordi pasientene ofte kunne oppleve depresjon eller nedstemthet som kunne påvirke rehabiliteringen negativt, som et resultat av dårlig søvn og motivasjon for å nevne noe. For det første aktualiserer Helsedirektoratet (2017) psykolog som en av fagpersonene det tverrfaglige samarbeidet i en rehabilitering etter hjerneslag burde bestå av. Det betyr at teamet til informanten burde bestå av også en psykolog. Andre årsaker til at en fagperson innen psykisk helse burde være er del av teamet er at afasirammede har en større risiko enn andre med hjerneslag til å utvikle depresjon etter et hjerneslag eller hjerneskode (Indredavik, 2004). Hackett & Pickles (2014) gjorde en litteraturstudie for å oppdatere den systematiske oversikten av frekvensen av depresjon etter hjerneslag, som ble publisert i 2005. De fant at 31% av de overlevende etter hjerneslag opplever en depresjon (Hackett & Pickles, 2014). Depresjon eller nedstemt kan også ha negativ påvirkning på rehabiliteringen

(Indredavik, 2004). Ifølge Papathanasiou et al. (2021) er depresjon en uønsket konsekvens av afasi som assosieres med dårligere livskvalitet, men som er mulig å forebygge. Og da depresjon, forårsaket av afasi etter et hjerneslag er mulig å forebygge, støtter dette anbefalingen om å ha en psykolog med i det tverrfaglige samarbeidet i rehabilitering i en subakutt fase. Kitzmüller (2007) antar også at profesjonell pleie og behandling kan lindre stress, krise og sorgreaksjoner, som kan bidra til å forebygge nedstemthet og depresjon.

### **5.5.3 Musikkterapeut**

En av informantene etterlyste også en musikkterapeut, da musikk kan være fint å supplere med i rehabiliteringen med afasirammede. I motsetning til synspedagog og en fagperson innen psykisk helse, inkluderer ikke Helsedirektoratet (2017) en musikkterapeut som en aktuell fagperson for det tverrfaglige teamet i en afasirehabilitering. Det er kjent at musikkbaserte intervensjoner kan ha rehabiliterende effekt hos personer utsatt for hjerneslag (Sihvonen et al., 2017). Sihvonen et al. (2017) gjennomførte en kvalitativ litteraturstudie hvor 41 randomiserte kontrollerte studier fra de siste 10 årene den gang, og hvor intervensjonen var brukt i minst en uke, ble inkludert for å se på effekten av musikkbasert rehabilitering ved nevrologiske lidelser. Leonardi et al. (2018) foretok også en kvalitativ litteraturstudie, men ved bruk av narrativ gjennomgang hvor målet var å beskrive musikkterapiens rolle i bedring av afasi og andre nevrologiske lidelser. De fant ut at musikkbaserte intervensjoner kan brukes for å forbedre blant annet kommunikasjon hos personer med en nevrologisk vanske, deriblant vansker etter hjerneslag (Leonardi et al., 2018). En tredje studie som støtter bruk av musikkterapeut i afasirehabilitering er Liu et al. (2021) som vurderte bevisene på effekten av musikkterapi for å rehabilitere språklige ferdigheter ved afasi etter et hjerneslag, sammenlignet med konvensjonell terapi og ingen terapi. De fant blant annet at sangbaserte musikkterapeutiske tilnærminger kan ha positiv effekt hos afasirammede etter hjerneslag, gjennom sin metaanalyse som inkluderte seks studier (Liu et al., 2021). Ifølge de tre studiene over, viser det seg at musikkbaserte tilnærminger har god effekt som en del av rehabilitering av afasirammede, men det er verken et krav eller anbefaling å inkludere en musikkterapeut i det tverrfaglige samarbeidet, ifølge Helsedirektoratet (2017).

## 6. Oppsummering

Dette prosjektet startet med en undring rundt samarbeidet mellom logoped og resterende helsepersonell i teamet i afasirehabilitering, da jeg personlig opplevde gjennom praksis variasjon i kommunikasjon mellom afasirammede og resterende helsepersonell i tillegg til varierende kunnskap om afasi hos helsepersonellet. Hensikten med denne studien var å undersøke logopeders opplevelser av samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter et hjerneslag. Problemstillingen som var: «Hvordan opplever logopeder samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutt fase etter hjerneslag?» ble besvart gjennom et semistrukturert intervju med fire logopeder. Dataene ble transkribert og kodet i UiO sin TSD – tjeneste for sensitive data, og en kodenøkkel ble laget. Deretter ble dataene analyserte ved hjelp av Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse, bestående av seks faser. Tverrfaglig team, kompetanse om afasi, hva fungerer bra med samarbeidet og optimalisering ble til slutt de fire hovedtemaene analysert frem gjennom funnene.

Studien viser at logopedene samarbeidet med for det meste de samme fagpersonene, med noe variasjon i form av flere fagpersoner i noen av teamene, i tillegg til hyppigst kontakt med pleiepersonell i løpet av arbeidsdagen. Det ble brukt journalsystem og faste møter for informasjonsdeling i alle teamene. Alle logopedene opplevde at det tverrfaglige samarbeidet også opplevdes som særskilt til tider. Logopedene opplevde stor variasjon hos teamet i bruk av støttet materiell i kommunikasjon med afasirammede og kunnskap om afasi. På grunnlag av denne variasjonen og høy utskiftning av personell ble kompetanseheving trukket frem som en viktig faktor for å sikre et tverrfaglig samarbeid som tilbyr et helhetlig rehabiliteringstilbud. Flat struktur, felles mål og felles møtepunkter opplevdes som suksessfaktorer i samarbeidet, mens tid, ressurser, kommunikasjonstrening med annet personell og et ønske om synspedagog, musikkterapeut og fagperson innen psykisk helse opplevdes som optimaliseringspunkter.

## 7. Konklusjon

Helsedirektoratet (2017) definerer afasirehabilitering som en tverrfaglig oppgave for å sikre et helhetlig tilbud, hvor det understrekes at helsepersonellet rundt den afasirammede bør ha en spesiell kompetanse i rehabilitering av slagrammede. Varierende kunnskap er bra for å sikre et sammensatt tilbud, men for stor variasjon i kunnskap om afasi og kommunikasjon med afasirammede opplevdes som en begrensning i rehabiliteringen av de aktuelle logopedene.

Resultatene kan bidra til å øke bevisstheten rundt viktigheten av en helhetlig rehabilitering hvor alle i teamet bør ha en grunnkompetanse i afasi og kommunikasjon med afasirammede i afasirehabilitering. Gjennom litteratur på feltet samt uttalelser fra informantene viser det seg at et godt organisert team, med de rette fagpersonene som har kompetanse i kommunikasjon med afasirammede kan bidra til et bedre utfall av rehabilitering i subakutt fase. Slik jeg tolker mine funn i lys av litteraturen kan kunnskap om afasi og kommunikasjon med afasirammede hos helsepersonell forebygge nedstemthet og noen ganger depresjon hos personer med afasi, og dermed optimalisere rehabiliteringen. Avklaring av roller er også grunnleggende for å effektivisere samarbeidet i den subakutte fasen. Det kom frem at synsutfordringer kan påvirke rehabiliteringen, og det er derfor behov for en synspedagog i teamet. En fagperson innen psykisk helse vil kunne forebygge nedstemthet og gi økt motivasjon for rehabilitering, mens en musikkterapeut kan fungere som et supplement i rehabiliteringen.

Funnene er ikke generaliserbare da det ble benyttet et ikke-sannsynlighetsutvalg i tillegg til et lite utvalg. Generalisering var heller ikke hensikten med studien, da det brukes et semistrukturert intervju på en liten gruppe informanter. Andre logopeder kan derimot kjenne seg igjen i informantenes opplevelser og erfaringer, samtidig som tematikken ble belyst og bevisstgjort.

Tematikken er til dels forsket på internasjonalt, men ikke i like stor grad nasjonalt. Det er nødvendig med ytterligere forskning på feltet nasjonalt for å få kunnskap om praksisen i Norge. Videre forskning til kunne bidra til optimalisering av afasirehabilitering i Norge. Det vil være aktuelt å undersøke resterende helsepersonells opplevelser av samarbeidet med logopedene i afasirehabilitering i subakutt fase, og andre faser av rehabiliteringsforløpet. Det

vil også kunne være aktuelt å undersøke afasirammedes opplevelser og erfaringer av teamet og rehabiliteringstilbudet etter et hjerneslag.

Oppgaven min vil være viktig for å undersøke hvordan dagens praksis fungerer når det kommer til samarbeidet mellom logoped og helsepersonell, fordi samarbeid med helsepersonell kan påvirke den afasirammedes utfall både når det kommer til forebygging av psykososiale vansker, men også økt mestring og effekt av den helhetlige rehabiliteringen.

## 8. Litteraturliste:

- Alstad, K. (2010). Eldre afasirammede på institusjon: spesielle utfordringer. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, & E. Qvenild (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 79-88). Novus Forlag.
- Andrews, P. & Hatch, G. (2000). A comparison of Hungarian and English teachers' conceptions of mathematics and its teaching. *Educational Studies in Mathematics*, 43(1), 31–64.
- Aurini, J., Heath, M., & Howells, S. (2022). *The how to of qualitative research* (Second edition.). SAGE Publications.
- Bakken, H. B., Mortvedt, A. M., Høeg, N., Silkstone, M. D. & Nordset, E. (2018). Språkvansker: Hvordan kan jeg som helsefagarbeider møte problemet. *Helsefagarbeideren*, s. 40-45.  
<file:///C:/Users/Bruker/OneDrive/Documents/MASTEROPPGAVE/masteroppgave%20H%C3%98ST%202022/Temahefte-hjerneslag-Helsefagarbeiderne.pdf>
- Basso, A. (2003). *Aphasia and its therapy*. Oxford University Press, Inc.
- Becker, F. (2020). Hodeskader og hjerneslag: Afasi. I N. G. Juel (Red.), *Faglig veileder for spesialistutdanningen i fysikalsk medisin og rehabilitering*. Norsk forening for fysikalsk og medisinsk rehabilitering.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/hjerneslag-og-hjerneslag/afasi>
- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap* (utg. 1). Cappelen Damm Akademisk.
- Bhokal, S. K., Teasell, R., & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* (1970), 34(4), 987–993.  
<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000062343.64383.D0>



- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-4-15>
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P. & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4>
- Brady, M. C., Myzoon, A., Vandenberg, K., Ruiters, M. B., Worrall, L., & Wright, H. H. (2022). Dosage, Intensity, and Frequency of Language Therapy for Aphasia. A Systematic Review. Based, Individual Participant Data Network Meta-Analysis. *Stroke (1970)*, 53(2), 956–967. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.035216>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bryan, K., Axelrod, L., Maxim, J., Bell, L., & Jordan, L. (2002). Working with older people with communication difficulties: An evaluation of care worker training. *Aging & Mental Health*, 6(3), 248–254. <https://doi.org/10.1080/13607860220142495>
- Brækhus, L. A. (2023, 24. februar). Synsendringer etter hjerneslag er svært vanlig: Må sikre relevant behandling og oppfølging. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/hjernehelse-hjerneslag-rehabilitering/synsendringer-etter-hjerneslag-er-svaert-vanlig-ma-sikre-relevant-behandling-og-oppfolging/545278>
- Byrne, A., & Pettigrew, C. M. (2010). Knowledge and attitudes of allied health professional students regarding the stroke rehabilitation team and the role of the Speech and Language Therapist. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(4), 510–521. <https://doi.org/10.3109/13682820903222791>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2017). *Research methods in education*. Taylor & Francis Group.
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M. & Qvenild, E. (2014). *Afasi og samtale: gode råd om kommunikasjon*. Novus.

- Ellekjær, H., & Selmer, R. (2007). Hjerneslag - Like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 127(6), 740–743.
- Falkenberg, H. K., Skar, T. & Hagen, A. (2020, 21. november). Synshemmede må bli sett i slagrehabiliteringen. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/synshemmede-ma-bli-sett-i-slagbehandlingen/187381>
- Finset, A. & J. A. Krogstad. (2002) *Hodeskade: virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*. Cappelen.
- Fjærtøft, H., Skogseth-Stephani, R., Indredavik, B., Krokan, T. G., Bjerkvik, T. F., Halle, K. K. og Varndal, T. (2022). *Årsrapport for 2021*. Norsk hjerneslagregister. <https://stolav.no/Documents/%C3%85rsrapport%20Norsk%20hjerneslagregister%202021.pdf>
- Fjærtøft, H., Skogseth-Stephani, R., Indredavik, B. Bjerkvik, T. F. & Varndal, T. (2021). *Årsrapport for 2020*. Norsk hjerneslagregister. [https://stolav.no/Documents/%C3%85rsrapport%20%20for%20Norsk%20hjerneslagregister2020\\_v2.docx.pdf](https://stolav.no/Documents/%C3%85rsrapport%20%20for%20Norsk%20hjerneslagregister2020_v2.docx.pdf)
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19>
- Gialanella, B., Bertolinelli, M., Lissi, M., & Prometti, P. (2011). Predicting outcome after stroke: the role of aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(2), 122–129. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.488712>
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: Frequency of Depression after Stroke: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ijs.12357>
- Helse Norge (2020, 13. oktober). *Hjerneskode hos voksne*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/hjerneskode-hos-voksne/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

- Helsebiblioteket. (2023, 10. februar). *Hjernehinnebetennelse og blodforgiftning ved meningokokksykdom*. Hentet 7. mai 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/pasientinformasjon/hjernehinnebetennelse-og-blodforgiftning-ved-meningokokksykdom>
- Helsedirektoratet (2017). *Hjerneslag: Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsedirektoratet (2020, 2 juli). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Målgrupper for rehabilitering*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/malgrupper-og-virkeomrade-for-veilederen/malgrupper-for-rehabilitering#malgrupper-for-rehabilitering>
- Hepworth, L., Rowe, F., Harper, R., Jarvis, K., Shipman, T., & Rodgers, H. (2016). *Additional file 1: of Patient reported outcome measures for visual impairment after stroke: a systematic review [Data set]*. Figshare. [https://doi.org/10.6084/m9.figshare.c.3636608\\_d1](https://doi.org/10.6084/m9.figshare.c.3636608_d1)
- Hillis, A. E., & Heidler, J. (2002). Mechanisms of early aphasia recovery. *Aphasiology*, *16*(9), 885–895. <https://doi.org/10.1080/0268703>
- Haaland-Johansen, L. & Røste, I. (2023). Logopedens arbeid med voksne med afasi. I T. L. Dahl, O-A. Holmsen & B. K. Sørland (Red.), *Fra begynnelsen – norsk logopedlag 75 år: organisasjon og fag* (s. 95-107). Norsk Logopedlag.
- Indredavik, B. (2004). Hjerneslag. I L. W. Lande & K. Vardeberg (Red.), *Når livet blir annerledes: lærebok i rehabilitering* (s. 125-148). Fagbokforlag.
- Insalaco, D., Ozkurt, E., & Santiago, D. (2007). The perceptions of students in the allied health professions towards stroke rehabilitation teams and the SLP's role. *Journal of Communication Disorders*, *40*(3), 196–214. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.06.007>

- Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A., Mathiesen, L. L., & Forchhammer, H. B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57–80. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Kagan, A., Black, S. E., Duchan, J. F., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training Volunteers as Conversation Partners Using "Supported Conversation for Adults With Aphasia" (SCA): A Controlled Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(3), 624–638. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001/051\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001/051))
- Kirmess, M. (2007). Constraint induced språkterapi: En introduksjon. *Norsk tidsskrift for Logopedi*, 53 (1), 12-17.
- Kitzmüller, G. (2007). Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 3(2), 42-54.
- Kitzmüller, G., Berg, K., Haaland-Johansen, L. & Olenik, D. (2016). *Samtaler om helse. En visuell kommunikasjonsveileder til bruk for helsepersonell i samtale med personer som har afasi*. Afasiforbundet i Norge / ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering.
- Kleim, J. A. & Jones, T. A. (2008). Principles of Experience-Dependent Neural Plasticity: Implications for Rehabilitation after Brain Damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), S225-S239. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/018\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/018))
- Kulø, L. S. (2010). Afasi og kommunikasjons hjelpemidler. I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. L. K. & Qvenild, E. (Red.) *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 120-135). Novus AS.

- Kulø, L. S. (2012). *Afasi og IKT-hjelpemidler?*. NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse. [https://afasi.no/wp-content/uploads/2013/05/AFASIOg-IKT-hjelpemidler\\_nettsversjonen.pdf](https://afasi.no/wp-content/uploads/2013/05/AFASIOg-IKT-hjelpemidler_nettsversjonen.pdf)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Leonardi, S., Cacciola, A., De Luca, R., Aragona, B., Andronaco, V., Milardi, D., Bramanti, P., & Calabrò, R. S. (2018). The role of music therapy in rehabilitation: improving aphasia and beyond. *International Journal Neuroscience*, 128(1), 90-99. <https://doi.org/10.1080/00207454.2017.1353981>
- Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. L. K. & Qvenild, E. (2010). *Afasi- et praksisrettet perspektiv*. Novus AS.
- Liu, Q., Li, W., Yin, Y., Zhao, Z., Yang, Y., Zhao, Y., Tan, Y., & Yu, J. (2021). The effect of music therapy on language recovery in patients with aphasia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*, 43(2), 863-872. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05743-9>
- Lund, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Unipub.
- NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa* (LOV-1998-07-17-61). Lovdata. <https://lovdata.no/NL/lov/1998-07-17-61>
- Papathanasiou, I. & Coppens, P. (2022). *Aphasia: and related neurogenic communication disorders* (Third edition.). Jones & Bartlett Learning.
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 23-41). Novus Forlag.

- Raymer, A. M. & Gonzalez-Rothi, L. J. (2015). *The Oxford handbook of aphasia and language disorders*. Oxford University Press.
- Reinvang, I. & Engvik, H. (1980). *Norsk grunntest for afasi: handbok*. Universitetsforlaget.
- Reinvang, I., & Sundet, K. (1988). *Afasi: når språket svikter*. Aschehoug/Norsk fjernundervisning.
- Rose, M., Ferguson, A., Power, E., Togher, L., & Worrall, L. (2014). Aphasia rehabilitation in Australia: Current practices, challenges and future directions. *International Journal of Speech Language Pathology*, *16*(2), 169–180.  
<https://doi.org/10.3109/17549507.2013.794474>
- Rowe, F. J., Hepworth, L. R., Howard, C., Hanna, K. L., Cheyne, C. P., & Currie, J. (2019). High incidence and prevalence of visual problems after acute stroke: An epidemiology study with implications for service delivery. *PloS One*, *14*(3), e0213035–e0213035. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213035>
- Ryan, A. A., & McKenna, H. P. (1994). A comparative study of the attitudes of nursing and medical students to aspects of patient care and the nurse's role in organizing that care. *Journal of Advanced Nursing*, *19*(1), 114–123. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01059.x>
- Røste, I., Dalby, M. D. og Nordset, E. (u.å). *Helsepersonell og kommunikasjon: tips til bedre kommunikasjon mellom personer med afasi og helsepersonell*. LHL Hjerneslag og Afasi. Hentet 25. mai 2023 fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/vi-kan-hjelpe-deg/afasi-for-logopedier/helsepersonell-og-kommunikasjon/>
- Sihvonen, A. J., Särkämö, T., Leo, V., Tervaniemi, M., Altenmüller, E., & Soynila, S. (2017). Music-based interventions in neurological rehabilitation. *Lancet Neurology*, *16*(8), 648-660. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30168-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30168-0)
- Sikt. (u.å.). *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*. Hentet 24. mai 2023 fra <https://sikt.no/>
- Soklaridis, S., Oandasan, I., & Kimpton, S. (2007). Family health teams Can health professionals learn to work together? *Canadian Family Physician*, *53*(7), 1198–1199.

- Statped. (2021, 26. april). *Kva er afasi?* Hentet 7. mai 2023 fra <https://www.statped.no/afasi/kva-er-afasi/>
- Sunnaas sykehus HF. (2022, september). *Afasibehandling ved Sunnaas sykehus HF: klinisk veileder og retningslinjer.* <https://www.sunnaas.no/Documents/Afasibehandling%20ved%20Sunnaas%20sykehus%20HF%20-%20klinisk%20veileder%20og%20retningslinjer.pdf>
- Thompson, C.K. & L. Worrall (2008). Approaches to aphasia treatment. I N. Martin, C. K. Thompson & L. Worrall (Red), *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences* (s. 3-24). Plural publishing.
- Tjora. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave.). Gyldendal.
- Topjian, A. A., Berg, R. A., Bierens, J. J., Branche, C. M., Clark, R. S., Friberg, H., Hoedemaekers, C. W. E., Holzer, M., Katz, L. M., Knape, J. T. A., Kochanek, P. M., Nadkarni, V., van der Hoeven, J. G & Warner, D. S. (2012). Brain resuscitation in the drowning victim. *Neurocritical Care*, 17(3), 441–467. <https://doi.org/10.1007/s12028-012-9747-4>
- Universitet i Oslo. (2023, 20. mars). *Nettskjema-diktafon mobilapp.* <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- USIT. (u.å). *Om tjenester for sensitive data.* Universitet i Oslo. Hentet 25. mai 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>
- Vallumrød, S., Johannessen, A., & Lyberg, A. (2020). Factors that influence social dignity in persons with aphasia in their contact with healthcare professionals: a systematic literature review of qualitative studies. *International Practice Development Journal*, 10(2), 1–12. <https://doi.org/10.19043/ipdj.102.009>
- Verna, A., Davidson, B., & Rose, T. (2009). Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia. *International Journal of SpeechLanguage Pathology*, 11(3), 191–205.

- Wangensteen, B. (2005). *Bokmålsordboka: definisjons- og rettskrivningsordbok*. (3. utg.). Kunnskapsforlaget.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke (1970)*, *47*(6), e98–e169.  
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Author. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- WHO. (2003). ICF, *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Sosial- og helsedirektoratet.



# Vedlegg

Vedlegg 1: Vurdering fra Sikt

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakere

Vedlegg 3: Samtykkeskjema til deltakere

Vedlegg 4: Intervjuguide

# Vedlegg 1: Vurdering fra Sikt

27.01.2023, 11:01

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave om afasi](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
439389

**Vurderingstype**  
Automatisk

**Dato**  
27.01.2023

**Prosjekttittel**  
Masteroppgave om afasi

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Universitetet i Oslo / Det utdanningsvitenskapelige fakultet / Institutt for spesialpedagogikk

**Prosjektansvarlig**  
Kari-Anne Bottegård Næss

**Student**  
Malin Emilie Minde

**Prosjektperiode**  
13.02.2023 - 01.07.2023

**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 01.07.2023.

[Meldeskjema](#)

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvermulemp og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

### Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet

<https://meldeskjema.sikt.no/630fec75-4aa8-46c8-9682-e39d7b4d3514/vurdering>

1/2

- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

#### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakere

# Vil du delta i forskningsprosjektet «Logopeders opplevelser og erfaringer av samarbeid med helsepersonell i afasirehabilitering»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan logopeder opplever samarbeid med annet helsepersonell innen afasirehabilitering. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Samarbeid i afasibehandlingen er viktig, da afasi rammer både fysiske, psykiske og sosiale funksjoner. En helhetlig rehabilitering avhenger derfor av et godt samarbeid på tvers av profesjoner. Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke logopeders opplevelser av samarbeidet i subakutt fase. Problemstillingen jeg skal undersøke er «*hvordan opplever logopeder samarbeidet med helsepersonell som jobber med afasirammede i subakutfase etter hjerneslag?*».

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for spesialpedagogikk ved Universitet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i prosjektet fordi du er logoped og jobber med personer med afasi i subakutt fase, og fordi du har jobbet i minimum et år.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil bli intervjuet fysisk eller digitalt og intervjuet vil ta maksimum 40 min. Intervjuet vil tas opp ved bruk av lydopptak gjennom mobilappen «nettskjema-diktafon». Det vil bli stilt spørsmål om blant annet samarbeidet med fagpersoner rundt den afasirammede, samt hvor mye tid og hvilken informasjon som blir brukt. Opptaket blir umiddelbart kryptert på telefonen og jeg kan av sikkerhetsmessige årsaker ikke lytte til opptak i mobilappen. Lydopptaket vil bli oppbevart i Nettskjema hos Universitet i Oslo, og slettet i henhold til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør sine retningslinjer etter endt prosjekt.

### 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

Vi 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 vil være meg, prosjektveileder Hedda Døli og prosjektansvarlig Kari-Anne Bottegaard Næss som vil ha tilgang til opplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, som lagres i UiO sin TSD – tjenester for sensitive data.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon.

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

Prosjektet vil etter planen avsluttes 1. juli 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes. Sletting av forskningsdata skjer på en hensiktsmessig, fullstendig og sikker måte i henhold til Sikt sine retningslinjer.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for spesialpedagogikk ved Universitet i Oslo har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandørs 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:

- Prosjektansvarlig: Kari-Anne Bottegaard Næss [k.a.b.nass@isp.uio.no](mailto:k.a.b.nass@isp.uio.no)
- Prosjektveileder: Hedda Døli [Hedda.Ruth.Doli@statped.no](mailto:Hedda.Ruth.Doli@statped.no)
- Student: Malin Emilie Minde [malinemi@uio.no](mailto:malinemi@uio.no)
  
- Vårt personvernombud ved UiO: Roger Markgraf-Bye [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen av prosjektet som er gjort av Sikts personverntjenester ta kontakt på:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
Kari-Anne Bottegaard Næss

*Prosjektveileder*  
Hedda Døli

*Student*  
Malin Emilie Minde

### Vedlegg 3: Samtykkeskjema til deltakere

---

#### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «logopeders opplevelse av samarbeid med helsepersonell i afasirehabilitering», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Innledning:

Først og fremst – tusen takk for deltakelsen din i mitt masterprosjekt.

Informasjon om meg og formålet med intervjuet.

Påminnelse om frivillig samtykke.

Kan hoppe over eventuelle spørsmål du ikke ønsker å svare på.

Jeg kommer til å ta opptak av intervjuet og transkribere dette. Transkripsjonen kan du få en kopi av om ønskelig. Gi beskjed om du oppdager eventuelle feil eller noe du ønsker slettet. Dataen vil anonymiseres og opptaket vil oppbevares i UiO sin TSD (tjeneste for sensitive data).

#### Generell informasjon:

Hvilken utdanning har du?

Hvor lenge har du jobbet som logoped?

Hvor lenge har du jobbet som logoped på afasifeltet (med ervervet hjerneskade)?

Hvilken sektor jobber du i (kommunal, privat osv.)?

#### Samarbeid

Samarbeider du med andre yrkesgrupper/fagpersoner? Hvilke?

Samarbeider du ulikt med de ulike yrkesgruppene/fagpersonene?

Kan du fortelle om hva samarbeidet går ut på?

Får de ulike yrkesgruppene samme informasjon av deg?

Er det noen som etterspør mer informasjon fra deg?

Har du oppstartsmøte/informasjonsmøte angående nye pasienter, med de andre yrkesgruppene?

Får de samme avsatt tid?

Hvor ofte er du i kontakt med de ulike yrkesgruppene/fagpersonene?

Hvem av de ulike yrkesgruppene/fagpersonene jobber du tettest med?

Vet du hvem av yrkesgruppene/fagpersonene som jobber tettest eller er oftest med pasienten?

Får de ulike yrkesgruppene/fagpersonene samme kommunikasjonshjelpemidler utdelt?

Opplever du at de ulike yrkesgruppene følger opp informasjon/hjelpemidler deler ut?

Hva fungerer bra med samarbeidet?

Hva fungerer ikke like bra med samarbeidet?

Hva opplever du som hindringer eller begrensninger i samarbeidet?

Hva tror du kan være grunnen til disse hindringene/begrensningene?

Er det noen yrkesgrupper savner å samarbeide med?

Er det noen yrkesgrupper du ønsker mer tid til samarbeid med?

Hvordan opplever du at de andre yrkesgruppene anerkjenner deg?

Kan du beskrive hvordan det optimale samarbeidet ville sett ut?

**Avslutning**

Hensikten med dette intervjuet er å få innsikt i samarbeidet med annet helsepersonell rundt personer med afasi, i tillegg til tanker rundt hvordan man kunne optimalisert dette samarbeidet.

Har du noen avsluttende kommentarer eller tilleggsinformasjon du tenker kunne vært relevant for prosjektet? Hvilke? Du kan også ta kontakt i etterkant om du kommer på noe du skulle sagt.

Har du noen spørsmål til meg?

Tusen takk for at tok deg tiden til å stille på mitt intervju.