

‘Ja takk, begge deler’ (og gjerne litt  
mer hvis det kan hjelpe oss)

*- en kvantitativ undersøkelse om logopeders  
fokus på teoretisk tilnærming i  
rehabilitering*

Caroline Susanne Hagen



Masteroppgave i spesialpedagogikk  
Institutt for spesialpedagogikk (ISP)  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

1. juni 2012



# **Logopedenes fokus på teoretisk tilnærming i rehabilitering; en kvantitativ undersøkelse**

© Caroline Susanne Hagen

2012

Ja takk, begge deler! (og gjerne litt mer hvis det kan hjelpe oss)

Caroline Susanne Hagen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

# Sammendrag

## Tittel

Opgavens tittel er: «Ja takk, begge deler! (og gjerne litt mer hvis det kan hjelpe oss)» En kvantitativ undersøkelse om logopeders praksis i rehabilitering.

## Bakgrunn, formål og problemstilling

Bakgrunnen for å skrive en masteroppgave om afasirehabilitering er interessen for fagområdet afasi som en språk- og kommunikasjonsvanske. Motivasjonen for en undersøkelse om afasi fikk jeg gjennom de erfaringer jeg gjorde i min praksisperiode. Jeg la merke til at et praktisk arbeid med mennesker som har afatiske vansker kan fremstå sammensatt og til dels uoversiktlig. Litteraturen som finnes på fagområdet påpeker ofte et behov for kartlegging og dokumentasjon om hva som er praksis blant dagens logopeder for og lettere kunne påvise virkningene av de ulike praksisformene. Derfor ble formålet med denne spørreundersøkelsen å få en innsikt i, og kartlegge hva logopeder gjør i praksis når de jobber med afasirammede. Jeg har tatt utgangspunkt i to tilnærminger til rehabilitering – språkskadebasert og konsekvensbasert. Problemstillingen for oppgaven er følgende:

*«Innenfor hvilken teoretisk tilnærming arbeider logopeder med afasirammede i rehabilitering?»*

Jeg har jobbet ut fra tre forskningsspørsmål for å få gode og utfyllende svar på hovedproblemstillingen;

- 1. Hvilken teoretisk tilnærming står i fokus hos logopeder når de jobber med afasirammede?*
- 2. Hvilke kartleggingsverktøy står sentralt i rehabilitering? Samsvarer disse med tilnærmingene som står i fokus?*
- 3. Hvordan vurderer logopedene eget bruk av arbeidsmetoder?*

## Metode

Jeg har i denne oppgaven benyttet kvantitativ metode ved bruk av spørreundersøkelse på nett. Nettundersøkelsen er konstruert og administrert ved hjelp av Universitetet i Oslo sin tjeneste kalt 'Nettskjema'. Spørreskjemaet ble sendt ut til informantene ved hjelp av e-post. Utvalget består av logopeder som deltok på afasidagene høsten 2011, og som jobber med afasi til

daglig. Relevant utvalg består av 31 personer, og det er deres respons som vil presentere undersøkelsens resultater.

## **Dataanalyse**

Dataene fra spørreundersøkelsen er behandlet og systematisert i dataprogrammet Statistical Package for Social Sciences versjon 19 (SPSS). Jeg har valgt å beskrive og presentere funnene i form av tekst, tabeller og grafisk fremstilling. På grunn av problemstillingens deskriptive karakter, og funnenes manglende relevante korrelasjoner, vil korrelasjonsanalysen Pearsons r kun benyttes i begrenset omfang.

## **Resultater og konklusjoner**

Resultatene viser at logopedene ønsker å kombinere den språkskadebaserte (primært fokus på afasi som språkvanske) og den konsekvensbaserte tilnærmingen (primært fokus på afasi som psykososial vanske) i afasirehabilitering. Den språkskadebaserte tilnærmingen har to tradisjoner som ligger til grunn, og i denne undersøkelsen ser man at den nevropsykologiske tradisjonen blir brukt sjeldnere enn den kognitive nevropsykologiske tradisjonen.

Videre velger logopedene i undersøkelsen å bruke språkskadebaserte kartleggingsverktøy og arbeidsmetoder fremfor konsekvensbaserte verktøy og arbeidsmetoder. Dette er interessant funnene i undersøkelsen viser at logopedene jobber innenfor begge tilnærmingene. Med andre ord er det sannsynligvis fullt mulig å arbeide med spesifikke språklige elementer, samtidig som det overordnede målet med afasirehabiliteringen er økt deltakelse i samfunnet. Dette gir meg en forståelse av at det ikke er et en-til-en-forhold mellom de teoretiske premissene man baserer afasirehabiliteringen på, og de målene man har satt for arbeidet. Uansett hvilket valg man tar i rehabilitering, vil enhver afasirammedes behov, ønsker og funksjonelle nivå variere - og selv om satte mål kan være like, vil som oftest veien dit være ulik. Et ønske om å tenke helhetlig, altså en kombinasjon av begge tilnærmingene, anses derfor som det optimale i rehabilitering av afasirammede. Av utfordringer ved rehabiliteringen nevnes tid og mangel på ressurser. Andre faktorer som for eksempel logopedens erfaring og bakgrunn, deres arbeidsplass og omfang av afasirammede vil også påvirke arbeidet.

# Forord

Etter fem år som student ved Universitetet i Oslo er studieløpet nå nesten slutt. Det har vært en spennende og utfordrende prosess å skrive denne masteroppgaven, og selv om det på mange måter har vært et fint semester er det med lettelse jeg nå skriver mine siste linjer på oppgaven som har fulgt meg denne våren. Arbeidet har vært lærerikt og interessant, men samtidig tidkrevende og frustrerende. Totalt sett sitter jeg nå igjen med større innsikt i, og en bedre forståelse av temaet for denne oppgaven, samt hvordan prosessen og gjennomføringen av et forskningsprosjekt fungerer.

Jeg vil gjerne få takke alle som har oppmuntret og hjulpet meg underveis. Først og fremst vil jeg takke alle informantene som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet mitt, og takk til Bredtvet kompetansesenter som ga meg tilgang til informantene. Uten dere hadde det ikke vært noen resultater å beskrive. Takk til veileder Melanie Kirmess for god faglig hjelp, og til Per Møller Sørensen for tålmodighet, hjelp og veiledning i bruk av SPSS. Jeg er svært takknemlig for deres imøtekommenhet og arbeid for å hjelpe meg til fremdrift i skriveprosessen.

Jeg vil også takke alle medstudenter på Helga Eng for gode ord underveis, og for en fin studietid sammen. Takk til Maja og Mailinn for hjelp til gjennomlesing av oppgaven. Til slutt vil jeg takke familie, venner og min kjære Vegard som har oppmuntret meg i en stressende og krevende periode.

Oslo, mai 2012

Caroline Susanne Hagen





# Innholdsfortegnelse

Logopedenes fokus på teoretisk tilnærming i rehabilitering; en kvantitativ undersøkelse .....	III
Sammendrag.....	V
Forord .....	VII
Innholdsfortegnelse .....	IX
1 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens tema .....	1
1.2 Begrepsavklaring .....	2
1.3 Oppgavens oppbygging .....	3
2 Teoretisk utgangspunkt .....	4
2.1 Hva er afasi? .....	4
2.1.1 Årsaker og forekomst .....	5
2.1.2 Afasi som en språk- og kommunikasjonsvanske .....	7
2.2 Afasirehabilitering .....	8
2.2.1 Logopedens rolle og bakgrunn for rehabilitering.....	9
2.2.2 Afasirammedes rettigheter i samfunnet.....	11
2.2.3 Tilnærminger til afasirehabilitering .....	12
2.2.4 Likheter mellom tilnærmingene .....	20
2.2.5 Ulike syn på tilnærminger i rehabilitering .....	22
2.2.6 Faser i rehabiliteringsprosessen .....	23
3 Metode.....	26
3.1 Undersøkelsens populasjon og utvalg .....	26
3.2 Deskriptiv statistikk.....	28
3.3 Planlegging og utforming av datainnsamlingen .....	29
3.3.1 Spørreskjema.....	29
3.3.2 Nettskjema.....	30
3.3.3 Utforming av spørreskjemaet .....	31
3.3.4 Innhold i spørreskjemaet .....	33
3.4 Gjennomføring av undersøkelsen .....	36
3.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet til egen undersøkelse .....	37
3.5.1 Reliabilitet .....	38

3.5.2	Validitet.....	40
3.6	Etiske overveielser.....	43
4	Presentasjon og drøfting av resultater .....	45
4.1	Bakgrunnsinformasjon.....	45
4.1.1	Logopedene .....	45
4.1.2	Arbeid med afasirammede .....	48
4.2	Bruk av tilnærminger i rehabilitering .....	51
4.2.1	Språkskadebasert versus konsekvensbasert tilnærming .....	52
4.2.2	Logopedens plassering av de to teoretiske tilnærmingene.....	54
4.3	Logopedenes praksis.....	56
4.3.1	Valget av teoretisk tilnærming – et bevisst valg? .....	56
4.3.2	Valg av kartleggingsverktøy .....	59
4.3.3	Arbeidsrammer.....	61
4.4	Logopedenes vurderinger og refleksjoner til egen praksis .....	64
4.4.1	Bruk av språkskadebaserte arbeidsmetoder .....	66
4.4.2	Bruk av konsekvensbaserte arbeidsmetoder .....	68
4.4.3	Arbeidsmetoder versus tilnærming i rehabilitering.....	69
4.5	Veien videre – fremtidsperspektiver.....	72
5	Avslutning .....	74
	Litteraturliste .....	77
	Vedlegg .....	89

Figur 4-1: Fordeling av logopedenes grunnutdanning i prosent .....	46
Figur 4-2: Todelt fordeling av logopedenes erfaring .....	47
Figur 4-3: Fordeling over logopedenes arbeidssteder i prosent .....	48
Figur 4-4: Fordeling over logopedenes mest brukte fokus i rehabilitering.....	52
Figur 4-5: Oversikt over de mest brukte kartleggingsverktøyene i prosent .....	59
Figur 4-6: En todeling av type kartleggingsverktøy i prosent.....	60
Figur 4-7: Samlet oversikt over bruk av de ulike språkskadebaserte arbeidsmetodene i prosent .....	67
Figur 4-8: Samlet oversikt over bruk av de ulike konsekvensbaserte arbeidsmetodene i prosent .....	68
Tabell 4-1:Fordeling over antall logopeder som jobber med unge og/eller eldre afasirammede .....	49
Tabell 4-2:Samlet oversikt over logopedenes plassering av tilnærmingene .....	55
Tabell 4-3: Korrelasjonstabell mellom logopedenes bevissthet ved valg av tilnærming og bruk av tilnærming i rehabilitering .....	57
Tabell 4-4:Korrelasjonstabell mellom bruk av arbeidsmetoder og valg av teoretisk tilnærming i rehabilitering .....	70



# 1 Innledning

## 1.1 Oppgavens tema

Tema for oppgaven er afasirehabilitering, og logopedenes valg av teoretiske tilnærming i arbeid med afasirammede. Afasi er en ervervet språkvanske etter hjerneskade, og rammer en eller flere språkmodaliteter; evnen til å snakke, skrive, lese og/eller forstå (Hallowell & Chapey, 2008; Patterson & Chapey, 2008; Code & Herrmann, 2003; Kelly, Brady & Enderby, 2010). Afasi kan også påvirke den afasirammedes mulighet til å bruke språket i kommunikasjon og sosiale sammenhenger med andre (Kagan, 1998). Med andre ord fremstår afasi som et komplekst fenomen. Det er store individuelle forskjeller (Cherney & Robey, 2008), som kan føre til at man trenger et variert rehabiliteringstilbud (Andreassen, Landmark, Sandmo, Aasheim & Alstad, 2004).

Det er flere årsaker til at jeg har valgt dette som tema for min oppgave. For det første har jeg en interesse og nysgjerrighet for afasi som fagfelt. Det er mange ubesvarte spørsmål når det gjelder rehabilitering av afasi. Som følge av at afasi er en sammensatt vanske, og at det rår stor usikkerhet rundt afasirehabilitering, ser jeg for meg at det kan være utfordrende for logopeder å velge teoretisk ståsted, tiltak og behandlingsmetoder (Hallowell & Chapey, 2008). I stadig flere sammenhenger har det innenfor logopedien blitt påpekt behovet for å undersøke virkningene av de ulike logopediske praksisformene, samt å dokumentere hva som skjer i logopedenes praksishverdag (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010). Grunnlaget for denne oppgavens tema blir å få en innsikt i, samt å kartlegge hva logopeder gjør i rehabilitering for å hjelpe afasirammede. Dette vil jeg gjøre med utgangspunkt i to tilnærminger, språkskadebasert og konsekvensbasert. Afasirammede har rett til vurdering og eventuell undervisning hos logoped, og mange vil ha behov for et langvarig rehabiliteringsopplegg (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2006). Formålet med denne undersøkelsen blir å få rettet større fokus mot det som skjer i rehabilitering med utgangspunkt i dagens praksis blant logopeder. Med disse tankene som utgangspunkt har oppgaven fått følgende hovedproblemstilling:

*«Innenfor hvilken teoretisk tilnærming arbeider logopeder med afasirammede i rehabilitering?»*

For å få gode og utfyllende svar har jeg valgt å operasjonalisere hovedproblemstillingen i tre forskningsspørsmål:

- *Hvilken teoretisk tilnærming står i fokus hos logopedene når de jobber med afasirammede?*
- *Hvilke kartleggingsverktøy står sentralt i rehabilitering? Samsvarer disse med tilnærmingene som står i fokus?*
- *Hvordan vurderer logopedene eget bruk av arbeidsmetoder?*

Valg av teoretisk tilnærming og tiltak (verktøy og arbeidsmetoder) i rehabilitering kan sees på som sentralt for å belyse hvordan logopedene arbeider med afasirammede.

## 1.2 Begrepsavklaring

Noen begreper og fagtermer som benyttes i oppgaven vil nå avklares. Mye av faglitteraturen som omhandler tilnærminger til afasi er skrevet på engelsk og fagtermene blir ofte direkte oversatt til norsk. Det å oversette begreper fra ett språk til et annet kan føre til små endringer i innholdet, og informasjon kan derfor gå tapt. I tilfeller der begrepene beholder sitt opprinnelige innhold kan de likevel assosieres ulikt på norsk og på engelsk. Dette vil være problematisk, og kan fremstå misvisende. Jeg har derfor valgt å avklare noen av oppgavens kjernebegreper.

Som problemstillingen for oppgaven sier, vil temaet innebære logopedenes valg av **teoretisk tilnærming** i rehabilitering med afasirammede. Ordet teoretisk tilnærming henviser til tilnærmingene språkskadebasert og konsekvensbasert, som i engelsk litteratur kalles *impairment-based approach* og *consequences approach*. Den sistnevnte refereres også under flere navn; «Functional, social, life participation, psychosocial» (Thompson & Worrall, 2008). Jeg vil i min oppgave bruke de norske termene på tilnærmingene.

Oppgaven dreier seg om afasirehabilitering, og begrepet **rehabilitering** vil derfor stå sentralt. Betydningen av rehabilitering kan uttrykkes som «gjeninnsetting i verdighet» (Helsedirektoratet, 1995). Det innebærer i praksis en prosess hvor den enkelte blir i stand til å mestre tilsvarende og nye oppgaver på en tilfredsstillende måte (ibid). Rehabilitering brukes i forhold til voksne med en ervervet skade, som for eksempel afasi. Med rehabilitering vil jeg i denne oppgaven ta utgangspunkt i den tiden logopedene bruker på å jobbe med de afasirammede; fra kartlegging til undervisning/behandling, og fra afasien inntreffer (akutfasen) til den kroniske fasen der den rammede skal lære seg å leve med afasi (Sundet &

Reinvang, 1993). Samlebetegnelsen 'rehabilitering' blir brukt av praktiske årsaker. Begrepet 'intervensjon' blir også brukt om rehabilitering.

Av respekt for individet er det å foretrekke å benytte betegnelsen *personer som er rammet av afasi* (Hallowell & Chapey, 2008). Denne termen blir av plassbesparende og språklige hensyn i oppgaven som oftest referert til **afasirammede**. Afasirammede inkluderer termer som afatiker, klient, bruker, pasient og elev. I engelsk litteratur kalles afasirammede blant annet; patient, client, person with aphasia. **Logopedene** i denne undersøkelsen jobber med afasi til daglig.

### 1.3 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgaven vil kapittel 2 presentere oppgavens teoridel. Dette kapitlet vil ta for seg teori om afasi og afasirehabilitering. Kapittel 3 er en fremstilling av metodiske framgangsmåter som er brukt. Her vil jeg gjøre rede for valg av metode, presentere utvalget mitt og hvordan innsamlingen av data har foregått. I tillegg vil jeg drøfte generalisering, validitet og reliabilitet både underveis og i et eget underkapittel. Til slutt i dette kapitlet vil noen etiske betraktninger belyses. I kapittel 4 presenteres og drøftes resultater fra spørreundersøkelsen. Avslutningsvis vil jeg i kapittel 5 oppsummere funnene som svarer på problemstillingen.

## 2 Teoretisk utgangspunkt

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant teori og forskning som danner grunnlag for min problemstilling og videre drøfting av funn. Først vil jeg redegjøre for hva afasi er, årsaker og forekomst. Med henhold til oppgavens omfang vil jeg begrense definisjonene til det som best omfavner oppgavens tema. Videre vil jeg se nærmere på afasirehabilitering. Her beskrives logopedens rolle og den afasirammedes rettigheter i samfunnet, ulike tilnærminger til rehabilitering, samt faser i afasirehabiliteringen.

### 2.1 Hva er afasi?

Å definere afasi er en utfordrende oppgave, og vil få innvirkning på kartlegging, diagnostisering, tiltak, undervisningsinnhold - og metode i rehabilitering (Hallowell & Chapey, 2008; Tesak & Code, 2008). Utfordringen kan ses i sammenheng med at det er ulike definisjoner i litteraturen på hva afasi er, og hvordan det forstås, alt etter hvilken synsvinkel fenomenet betraktes fra (Hallowell & Chapey, 2008; Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph & Lind, 2010; McNeil & Pratt, 2001). I Norge har kanskje Reinvangs definisjon vært mest kjent. Han definerer afasi som «en språkdefekt etter hjerneskade hos et individ som har gjennomgått normal språklig utvikling inntil tidspunktet for skaden» (Reinvang, 1994, s.11). Ordlyden i hans definisjon ser ut til å imøtekomme en nevropsykologisk tradisjon til afasi, som tar del i den språkskadebaserte tilnærmingen til rehabilitering. En annen kjent definisjon, beskrevet av Hallowell og Chapey (2008), springer ut av en kognitivt nevropsykologisk tradisjon til afasi. Denne tradisjonen er en reaksjon på, og en videreføring av den nevropsykologiske tradisjonen, som også tar del i den språkskadebaserte tilnærmingen til rehabilitering. Afasi betraktes som en «ervertet kommunikasjonsvanske forårsaket av en hjerneskade, karakterisert av en svekkelse i språkmodalitetene, men at afasi ikke er et sensorisk, motorisk eller intellektuelt problem» (Hallowell & Chapey, 2008, s.3).

Definisjonen antyder at afasi primært kan ses på som språk- og kommunikasjonsvanske. Vanskene anses som multimodal der ulike språkmodaliteter; evnen til å snakke, forstå, lese og skrive, er svekket i ulik grad (Hallowell & Chapey, 2008; Patterson & Chapey, 2008; Code & Herrmann, 2003; Kelly et al., 2010). Dette kan ses i sammenheng med at språket som system, består av flere mindre deler som kan kombineres på utallige måter, og hos en afasirammet oppstår det en forstyrrelse i en eller flere av disse delene. Forstyrrelsen er forårsaket av en



skade i det nevrologiske grunnlaget for språkfunksjonen (Qvenild et al., 2010). Med andre ord mister den afasirammede *tilgangen til* språket, men har ikke mistet selve språket.

Videre finnes det også definisjoner som fokuserer på den pragmatiske dimensjonen ved det å få afasi, altså hvilke konsekvenser språkvansken har for kommunikasjon i sosiale sammenhenger (Qvenild et al., 2010). Kagan (1998) presenterer en slik pragmatisk/sosial tilnærming til afasi, og legger hovedvekt på kommunikasjon i et helhetsperspektiv i sin definisjon: «An acquired neurogenic language disorder that may mask competence normally revealed in conversation» (s. 818). Definisjonen antyder at ved afasi maskeres iboende kompetanse hos den afasirammede. Personen rammes av språklige begrensninger som igjen kan hemme den afasirammede til å kommunisere i sosiale sammenhenger. Kagan (1998) har med bakgrunn i en psykososial innfallsvinkel klargjort samtalepartneres ansvar for at den afasirammede skal kunne ha mulighet til å uttrykke sin personlighet, vilje og kunnskap i kommunikative sammenhenger. Dette bidrar til større bevissthet om hvilke konsekvenser språkvanskene har for den afasirammede. Et slikt syn på afasi kjennetegner den konsekvensbaserte tilnærmingen i rehabilitering, som jeg senere kommer nærmere inn på.

Selv om et fåtall definisjoner er beskrevet ovenfor, påpeker McNeil og Pratt (2001) at det ligger et mangfold av definisjoner til grunn for afasi. Til tross for flere ulike definisjoner og teoretiske utgangspunkt (McNeil & Pratt, 2001), enes likevel de ulike definisjonene om flere faktorer: afasi er ervervet, det er en språkforstyrrelse og den er nevrologisk (Hallowell & Chapey, 2008; Corneliussen et al., 2006; Qvenild et al., 2010; Simmons-Mackie, 2008).

### **2.1.1 Årsaker og forekomst**

Personer med afasi har fått en skade i språkområdene i hjernen (Whitworth, Webster & Howard, 2005). Hjernen er delt i venstre og høyre hemisfære, og afasi skyldes som oftest en skade i venstre hjernehalvdel, enten i de fremre eller bakre språkområdene. Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag (apoplexia cerebri), som innebærer både hjerneblødning og blodpropp i hjernen (Qvenild et al., 2010). Internasjonale undersøkelser tyder på at omlag en tredjedel av de som blir rammet av hjerneslag, vil få afasi som følge av skaden (Hallowell & Chapey, 2008). Dette er også sannsynligvis tilfellet i Norge (Fjærtøft & Indredavik, 2007). Andre årsaker til afasi kan være for eksempel ytre hodeskader eller sykdommer i hjernen (f.eks. hjernesvulst eller virus) (Qvenild et al., 2010).

I Norge rammes omtrent 15 000 mennesker av hjerneslag hvert år (Helsedirektoratet, 2010). Av disse er det omlag 6-7000 (ca. 25 %) som får afasi. Med andre ord vil det si at 17-18 nordmenn rammes hver eneste dag (Corneliussen et al., 2006). I løpet av de neste 20 årene kan man anta at andelen av hjerneslag vil øke med 50 % (Helsedirektoratet, 2010). Mye av årsaken ligger i den økte levealderen i befolkningen. Med en slik økning kan man også anta at antall mennesker som rammes av afasi vil øke og behovet for hjelp vil fremtre.

Afasi vil ofte være en liten del av et større sykdomsbilde hos slagrammede, og språkvansker vil som regel ikke være de eneste symptomene på at det er en skade i hjernen (Patterson & Chapey, 2008; Theie & Qvenild, 2010). Vansker som lammelser i ansikt, armer og ben, nedsatt følesans, spise- og svelgevansker, dysartri (nevrologisk betingede talevansker), synsbortfall eller apraksi (vansker med viljestyrte handlinger) er tilleggsvansker som kan virke inn på rehabiliteringen (Qvenild et al., 2010). I tillegg kan hukommelses- og konsentrasjonsvansker forekomme (ibid). Afasi kan videre føre til forandringer i familielivet og den sosiale situasjonen. Vansker med språket vil ofte være assosiert med lavere deltakelse på ulike områder i livet, og bidrar dermed til å redusere muligheten den afasirammede har til å oppfylle ønskede sosiale roller i ulike sammenhenger (Elman, 2005; Simmons-Mackie, 2008). Den afasirammedes oppfattelse av hvem han/hun er vil påvirkes av dens egen og andres oppfattelse av hva personen mestrer, og afasi vil dermed i mange tilfeller endre den afasirammedes identitet og oppfattelse av seg selv (Qvenild et al., 2010). Nedsatt selvfølelse kan igjen føre til utrygghet, isolasjon og depresjon hos den afasirammede (Patterson & Chapey, 2008). Med utgangspunkt i de ovennevnte tilleggsvanskene kan afasi fremstå som et komplekst fenomen som rammer flere aspekter ved den afasirammede. Dette bekrefter igjen hvorfor det er vanskelig å definere afasi, og hvorfor rehabiliteringen kan være ulik. Hver afasirammede betraktes som unik i seg selv (Reinvang, 1994).

Afasi oppstår plutselig og oppleves ofte som en svært dramatisk hendelse for personen som rammes, men også for pårørende. Siden personen med afasi har hatt en normal språklig fungering før hjerneskadene (Hallowell & Chapey, 2008), kan opplevelsen av slag føre til et stort sjokk. Afasi kan oppleves som nytt og ukjent, da det for mange er første gang de hører om det (Corneliussen et al., 2006). Selv om mange personer får afasi i dag, er det undersøkelser som viser at det fortsatt er få som vet hva afasi er. En undersøkelse gjort i England, USA og Australia bekrefter lite kjennskap til afasi. Resultatene viser at bare 13,6 % av informantene hadde hørt om afasi, og kun 5,4 % hadde basiskunnskaper om hva det var

(Simmons-Mackie, Code, Armstrong, Stiegler & Elman, 2002). En lignende undersøkelse gjort av Haaland-Johansen (2004) ble gjennomført i Norge og bekrefter begrenset kjennskap til afasi. Likevel var det flere som hadde hørt om ordet afasi (ca. 57 %), men bare 14 % hadde basiskunnskaper om hva det var (Haaland-Johansen, 2004). Lite kunnskap om afasi kan få betydning for hvordan den afasirammede blir møtt ute i samfunnet, der også politiske og økonomiske beslutninger kan påvirkes. Dette skaper ekstra utfordringer, både for dem som rammes og for pårørende, men også for logopeder som skal arbeide med rehabiliteringen.

Personer som får afasi representerer en bredde av ulike vansker. Derfor vil omfang av skaden, hvilke områder i hjernen som er skadet, alder og type rehabilitering være faktorer som påvirker hvordan afasien arter seg, og hvordan prognosene for bedring vil være (Cherney & Robey, 2008). For mange kan en spontanbedring inntreffe i løpet av de seks første månedene etter skaden (Basso, 2003). En spontanbedring kan oppstå når den foreløpige oppsvulmingen i vevet (hvis det fortsatt er levedyktig) forsvinner slik at det ikke lenger blokkerer koblinger til andre funksjoner. Etter en ervervet skade i hjernen hevdes det at hjernen er i stand til å gjøre enkelte tilpasninger, i samsvar med hjernens plastisitet, som bidrar til bedring av afasi (Lesser & Milroy, 1993). Plastisitet defineres som «hjernens evne til å endre struktur og funksjon» (Becker, 2009). Det er viktig å påpeke at hjernen tilpasser seg endringer hele tiden, og ikke bare etter skade eller sykdom. Hjernen forandrer seg med utvikling og ytre påvirkning (ibid). Med andre ord vil derfor de afatiske vanskene som afasirammede har, mest sannsynlig forandre seg og logopediske tiltak kan for eksempel bidra til å gjenopprette og erstatte funksjoner slik at vanskene reduseres. På denne måten hjelper man den afasirammede til å tilpasse seg et liv med afasi.

### **2.1.2 Afasi som en språk- og kommunikasjonsvanske**

Språk sees på som en essensiell menneskelig kvalitet, og ved afasi blir språket svekket. Språk er evnen til å kommunisere gjennom tale eller skriving, og ved å motta informasjon gjennom hørsel og lesing (Reinvang, 1994). Ofte benyttes de tre lingvistiske hovedkomponentene: innhold, form og bruk, når man snakker om språk (Bloom & Lahey, 1978). Disse tre komponentene av språk er grunnleggende når man skal beskrive og forstå språkvansker (ibid). Med innhold menes det den mening, oppfatning, tolkning eller forståelse man har om ord og uttrykk, setninger, fraser, logiske resonnementer og narrative fremstillinger. Språkets form inneholder uttale, grammatikk, ordbøyninger, setningsoppbygging og ordstilling. Mens

språkets bruk er hvordan språket anvendes i forhold til ulike kontekster, sosiale krav og forventinger (Bloom & Lahey, 1978; Hallowell & Chapey, 2008). Ved afasi blir en eller flere av disse språkfunksjonene svekket, og en afatisk språkvanske kan dermed fremstå forskjellig. For eksempel kan enkelte afasirammede ha relativt flytende tale, men redusert forståelse. Da vil talen ofte være preget av lite innhold og mening (Corneliussen et al., 2006). For andre afasirammede kan talen være redusert, men forståelsen i god behold. De vil ha problemer å finne ord når de skal snakke selv. For atter andre afasirammede kan begge språkfunksjonene (forståelse og produksjon) være svekket, og det vil være vanskelig å kunne kommunisere med andre mennesker. De fleste afasirammede vil i tillegg ha vansker med å lese og skrive (ibid.).

Som tidligere nevnt, defineres også afasi som en kommunikasjonsvanske med bakgrunn i den afasirammedes mulighet til å bruke språket i sosiale sammenhenger (Hallowell & Chapey, 2008). Ifølge Bleser og Cholewa (2003) medfører afasi en svekkelse i kognitive språklige funksjoner som kan forårsake vanskeligheter både i kommunikasjon og psykososialt. En person som er rammet av afasi vil inneha bevarte kunnskaper og ferdigheter som ikke er knyttet til språk, men disse ferdighetene blir skjult bak språkvanskene slik at det blir krevende å få tak på dem og vise dem (Kagan, 1998). Når afasi fører til en slik språklig og kommunikativ vanske kan det også bli en sosial vanske. Siden personer med afasi kan streve med å presentere og forstå språklig informasjon og språkregler (Corneliussen et al., 2006), kan dette få konsekvenser i kommunikative, sosiale sammenhenger. Videre vil denne kompleksiteten - at det er flere ulike definisjoner og måter å betrakte afasi på – kunne være medvirkende til at det er ulike fokus i rehabilitering. Som Chapey og Hallowell (2008) beskriver det:

«The study of Aphasia is complex because of the variable manifestations of aphasia, the heterogeneity of its underlying neurological substrates, and the sophistication required to understand the mechanisms behind its associated symptomatology. Therefore, there are many ways of conceptualizing it.» (s. 3).

## 2.2 Afasirehabilitering

Et overordnet mål og felles behov for afasirammede er å få best mulig hjelp og rehabilitering (Qvenild et al., 2010; Thompson & Worrall, 2008). Helsedirektoratet (1995) definerer en medisinsk rehabilitering som «helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig selvstendighet og

livskvalitet på egne premisser». Med andre ord forsøker man som logoped å gjøre den afasirammede skikken til noe på nytt, man gjenoppbygger eller setter noe i funksjonsdyktig stand igjen (Lind & Haaland-Johansen, 2010). Med 'noe' refereres det her til de språklige vanskene og/eller de psykososiale vanskene som medfører afasi. Det er utfordrende og sjelden at man kan oppnå en fullstendig tilbakeføring til en tidligere situasjon, og derfor brukes termen rehabilitering i praksis om «å føre personen fram til et optimalt liv, innenfor de forutsetningene som foreligger» (Tangerud, 2001, s.506). Dette kan ses i sammenheng med nyere rehabiliteringstenkning som setter brukeren i fokus og som anser et individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet rehabiliteringstilbud over tid som det optimale (Andreassen et al., 2004; Qvenild et al., 2010). LaPointe (2005) henviser til uttrykket «Aristos», som er gresk og betyr å gjøre det beste ut av en gitt situasjon. LaPointe (2005) sammenligner det å tilpasse seg og akseptere forandringer og livsendringer etter nevrologiske skader (f. eks. afasi), med en hasardiøs reise med båt. For hvert vrak finnes det en flåte, og som profesjonelle logopeder skal vi bidra til å hjelpe afasirammede til å klatre opp på flåten og se etter land. Prosessen med å oppnå resultater og gjøre det beste ut av enhver situasjon vil nesten alltid være verdt strevet og innsatsen. Dette setter ulike krav til blant annet logopedene.

### **2.2.1 Logopedens rolle og bakgrunn for rehabilitering**

Ut fra det ovennevnte kan fokus i afasirehabilitering fremstå forskjellig fra logoped til logoped. Dette kan ha sammenheng med logopedenes teoretiske ståsted, tilnærming til praksis, personlighet, kompetanse, utdanningsbakgrunn og så videre. For den sistnevnte kan det påpekes at logopedutdanningen har endret seg i takt med økt kunnskap, og i Norge har logopedutdanningen utviklet seg over 60 år (Rygvold, 2005). Rygvold (2005) fremstiller videre at logopedi er et profesjonsstudium som alltid vil befinne seg et sted mellom tradisjon og fornyelse, altså vil logopedutdanningen alltid være «i støpeskjeen». Tidligere var det ofte kun lærere og førskolelærere med bakgrunn og erfaring fra skoleverket som tok utdanningen, mens det i dag også utdannes logopeder med andre pedagogiske grunnutdannelse.

Logopedstudiet har fra 2003 vært et mastergradstudium (Rygvold, 2005; SøkUtdanning, 2012). Dette utgjør et bredt spekter av erfaring, samt ulike referanserammer blant logopedene. En tilføyelse som kan nevnes er at innenfor logopedistudiet foreligger det flere utdanningssteder her i landet som også kan påvirke logopedenes referanseramme. Ifølge Norsk logopedlags nettsider (2011) kan man ta utdannelsen ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Universitetet i Nordland, samt et deltidsstudium ved Universitetet i

Tromsø. Logopedutdanningene i Bergen og Oslo beskriver en ulik fagprofil – der Bergen er helsefagrettet, mens Oslo har en pedagogisk fremstilling (UiB, 2012;UiO, 2012). Videre speiler pensumet også en forskjell. UiB legger hovedvekt på nevropsykologiske kliniske forskningsartikler, mens UiO presenterer et bredt spekter av tilnærminger til afasi. Dette fører til at fokuset for rehabilitering kan fremstå ulikt etter hvor man tar utdannelsen sin. I spørreundersøkelsen har jeg valgt å se nærmere på logopedenes grunnutdanning, men ser i ettertid at å inkludere logopedutdanningen hadde vært interessant for undersøkelsens funn – da den også viser til forskjeller.

Til tross for et bredt spekter av kompetanse og erfaring, bør alle logopeder ha en utdanning som gjør dem faglig kompetent til å kunne kartlegge og undervise på en måte som gir afasirammede en god rehabilitering (SøkUtdanning, 2012). Ifølge Opplæringsloven er vi som logopeder/spesialpedagoger forpliktet til å gi en tilpasset opplæring, dvs. en «skreddersydd» undervisning, et individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet tilbud til den enkelte (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010).

For å imøtekomme afasirammedes rettigheter, kan et alternativ for logopedene være å planlegge undervisningen på bakgrunn av didaktiske og metodiske overveielser av språksituasjon og totalsituasjon (f. eks. arbeid, interesser, familie, venner) (Corneliussen, 2005). Fokus i rehabilitering kan være både på helheten (psykososialt og språk) og det spesifikke (språket eller det psykososiale) (ibid), for å oppnå et felles mål om å hjelpe personer med afasi til å kommunisere så effektivt som mulig i det virkelige liv. Dermed er logopeders oppgaver mange, og bredden av disse blir godt beskrevet av Byng (1995), her oversatt til norsk av Corneliussen (2005, s. 3):

- Ta rede på og beskrive språkbruken før personen fikk afasi
- Lette tilpasningen til endrede kommunikasjonsferdigheter
- Kartlegge og beskrive språksvikten og virkningen av den i forhold til hele språkssystemet
- Forsøke å reparere selve språksvikten
- Utnytte og øke bruken av alle andre mulige måter å kommunisere på ved å støtte, fasilitere og kompensere for språksvikten
- Legge til rette for og søke å intensivere bruken av det språket som er intakt
- Sørge for at personen med afasi får anledning til å bruke tiltakende språk- og kommunikasjonsferdigheter ikke bare i logopedtimene, men også i vanlige, dagligdagse kommunikasjonsituasjoner

- Forsøke å forandre kommunikasjonsferdighetene hos personer i kretsen rundt personen med afasi

Rehabilitering i spesifikke språklige ferdigheter og funksjonell kommunikasjon kan antas å være like viktige, og den ene trenger ikke å utelukke den andre (Corneliussen, 2005). En fullstendig oppskrift for hvordan afasirehabilitering skal arte seg eksisterer ikke, og hvordan den tar form vil som sagt være betinget av mange faktorer. Blant annet vil enhver logopedes definisjon av afasi få betydning for hvordan han/hun tilnærmer seg afasiproblematikken i praksis (Hallowell & Chapey, 2008). Mennesker med afasi er ikke en homogen gruppe, og dette vil bidra til å bestemme hvilke konsekvenser rehabiliteringen får. Arbeid med afasi fremstår uforutsigbart, og en logoped vil ha mange ulike rehabiliteringsvarianter både i tilnærming, innhold, materiell og metodikk. I denne oppgaven blir det interessant å se hvilken teoretisk tilnærming som fremtrer i praksis. Som Kelly, Brady og Enderby (2010) påpeker «there is no universally accepted treatment that can be applied to every patient with aphasia and therapists select from a variety of methods to manage and facilitate rehabilitation including, for example, impairment-based therapy and social participation approaches.» (s.2-3). Utgangspunktet for rehabilitering bør med andre ord tas i forhold til hva som vurderes som mest suksessfullt i forhold til enhver afasirammedes behov og ønsker. Til tross for forskjeller og likheter, er punktene ovenfor sentral i en logopedes arbeid. Punktene har tatt del i spørreskjemaet som presenteres og drøftes i kapittel 4.

### **2.2.2 Afasirammedes rettigheter i samfunnet**

En person som rammes av afasi har rett til språklig rehabilitering. Norsk logopedlag trekker frem i sitt informasjonshefte for 2010 at «Språk- og talehemmedes rett til opplæring og rehabiliterende undervisning er hjemlet i opplæringsloven, og er skoleverkets ansvar» (s.4). Afasirammede har behov for språklig, fysisk, psykisk og sosial rehabilitering, som til sammen gjør det mulig å få et liv med god livskvalitet (Qvenild et al., 2010). I tillegg har de fleste også behov for intensiv og langvarig språktrening hos logoped (ibid). Hva slags logopedisk hjelp den afasirammede får, vil variere ut fra hvor man befinner seg i rehabiliteringsprosessen (se underkapittel 2.2.6). Afasirehabilitering ligger i grenseland mellom opplæring og helse, og som logoped jobber man med afasirammede både på sykehus, sykehjem, voksenopplæring osv.

Ansvar for å oppfylle rettighetene ligger på ulike forvaltningsnivå. Fylkesmannen har ansvar for opplæring i sykehus, og kommunen har ansvar når personen med afasi utskrives til hjemkommunen (Qvenild et al., 2010). Skoleverket har plikt til å oppfylle rettigheter etter Opplæringsloven. I § 4A-2 (opplæring spesielt organisert for voksne) påpekes det at;

«Vaksne som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet for vaksne, har rett til spesialundervisning. Vaksne som har særlege behov for opplæring for å kunne utvikle eller halde ved like grunnleggjande dugleik, har rett til slik opplæring» (Lovdata, 2002).

I de tilfeller der afasirammede av en eller annen grunn ikke mottar kommunal logopedisk hjelp (og der kommunen kan bekrefte at det er gitt avslag) har det blitt vanligere å bruke private logopeder. Logopedkostandene vil da bli dekket av NAVs Helsetjenesteforvaltning (HELFO) og utgangspunktet for hjelpen tas i Lov om folketrygd (1997). I § 5-10 står det at «de kan gi stønad til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende logoped, dersom det offentlige ikke yter stønad etter andre lover» (Arbeids -og velferdsdirektoratet, 2008). Videre er det et vilkår at behandlingen er rekvirert av lege, at den er et ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom eller skade, og/eller at behandlingen er av vesentlig betydning for brukerens funksjonsevne (ibid). Denne ordningen er et supplement til de tilbudene som skoleverket er pliktig til å gi (Qvenild et al., 2010).

### **2.2.3 Tilnærminger til afasirehabilitering**

I rehabilitering kan en logoped ha flere innfallsvinkler når han/hun skal arbeide med afasirammede. Andreassen et al. (2004) trekker frem at det praktiske arbeidet man har til afasirammede i rehabilitering tar utgangspunkt i teori om årsaker til afasi, og at dette igjen forklarer hvordan man som logoped best tror en rehabilitering kan gjennomføres.

Afasiforskningen har siden midten av 1880-årene båret preg av stadig nytenkning om ulike tilnærminger til afasi. Etter hvert som ulike fagprofesjoner har gjort seg kjent med afasi, utvidet også begrepsapparatet seg. Man fikk større kunnskap og forståelse for hva afasi er, hvilket skadeomfang det har, og hvilke konsekvenser afasi kan få for en person (Reinvang, 1994). Hallowell og Chapey (2008) hevder at for at en logoped skal kunne utvikle sitt eget teoretiske ståsted, må logopeden ha innsikt i og kunnskap om de ulike teoretiske rammeverkene som har gjort seg gjeldene. Det er dette man kan anta er utgangspunktet for den logopediske praksis (Hallowell & Chapey, 2008).



Basso (2003) trekker frem et økende behov om en felles forståelse innen rehabilitering. Som svar til dette presenteres en rekke grunnleggende tilnærminger til afasirehabilitering (Byng, 1995). I denne oppgaven vil jeg trekke frem to teoretiske retninger som dominerer i dag, og som det er naturlig at logopedene forholder seg til (Andreassen et al., 2004; Thompson & Worrall, 2008; Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Wertz, 1993). I tradisjonell afasibehandling har arbeidet fokusert på selve språkskaden og den afasirammede (nevropsykologisk og kognitiv nevropsykologisk), mens det de siste 10-20 årene har vært en utvikling mot mer systemrettede, psykososiale og helhetlige tilnærminger (en funksjonell behandling) (Sarno, 2004). Dette kan ses på som et utgangspunkt for de to retningene språkskadebasert tilnærming og konsekvensbasert tilnærming. Videre vil disse to tilnærmingene skisseres ut fra det faglitteraturen beskriver, med høyde for at de omtales noe ulikt og at verdien av de ulike tilnærmingene beskrives forskjellig ut fra hvilket ståsted forfatteren har. De to tilnærmingene vil danne et teoretisk bakteppe for min forståelse av afasi og fokus i rehabilitering, og er en del av det teoretiske grunnlaget for drøftingen videre i presentasjon av resultatene. I denne oppgaven defineres som nevnt alle tiltak i form av behandling og kartlegging under samlebetegnelsen rehabilitering.

### **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**

Verdens Helseorganisasjon har utviklet et klassifiseringssystem for systematisering av helseforhold som på norsk er oversatt til Internasjonale Klassifikasjon av Funksjon, Funksjonshemming og Helse (ICF) (WHO, 2004). Modellen er blitt mer betydningsfull de senere år for å fange virkningen av afasi (Garcia, 2008), da ICF har «til hensikt å klassifisere menneskers helse i form av funksjon og funksjonshemming, både i forhold til kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer på den ene side, og til dagliglivets aktiviteter og deltagelse i sosial sammenheng på den annen side.» (WHO, 2004, s.3). ICF legger fire områder (punkter) til grunn for å beskrive personer (Theie & Qvenild, 2010, s.1);

- 1) Kroppsfunksjoner som defineres som kroppens fysiologiske funksjoner (inkludert mentale funksjoner). For personer med afasi vil dette for eksempel være språkforståelse.
- 2) Kroppsstrukturer omfatter de anatomiske delene av kroppen. For personer med afasi kan det f.eks. være knyttet til selve den fysiologiske skaden etter hjerneslag.
- 3) Aktivitet og deltagelse er «personens utførelse av oppgaver og handlinger», og det «å engasjere seg i en livssituasjon» (KITH, 2003, ref. i Theie & Qvenild, 2010). Dette

kan for eksempel være hjelpemidler, tegn eller strategier som formidles og utvikles slik at personen kan kommunisere med omgivelsen.

- 4) Miljøfaktorer er de fysiske, sosiale og holdningsmessige faktorene i personens kontekst. Siden afasi rammer kommunikasjonsevnen, vil for eksempel dette få betydelige konsekvenser for familie, venner, kollegaer m.fl.

Nedenfor presenteres det to tilnærminger til rehabilitering, språkskadebasert og konsekvensbasert som kan ses i sammenheng med ICFs klassifisering. De to første punktene kan inkluderes i den språkskadebaserte tilnærmingen, og ser ut til å skape større aktivitet og deltagelse i sosiale sammenhenger, men anses ikke som viktigst eller eneste tilnærming i ICF-modellen (Thompson & Worrall, 2008). Det påpekes at ICF ikke er en lineær modell, og at man derfor bør se på mål for svekkelsen og funksjonelle utfall på tvers av hverandre fordi de påvirker hverandre (ibid). Med bakgrunn i dette vil ICF presenteres nærmere under den konsekvensbaserte tilnærmingen, med særlig fokus på deltagelseskomponenten.

## **DEN SPRÅSKADEBASERTE TILNÆRMINGEN**

Den språkskadebaserte tilnærmingen fokuserer på afasi som en språkvanske, og springer ut fra den tradisjonelle tenkningen (Thompson & Worrall, 2008; Chapey, 2008; Raymer & Rothi, 2008; Aten, 1986). Målet med en språkskadebasert rehabilitering er å forbedre de ulike aspektene av språket som er svekket, og å gi bedre språkferdigheter (Thompson & Worrall, 2008; Aten, 1986). Språket ses på som et individuelt fenomen, og tilnærmingen ligger til grunn for en kontrollert og intensiv stimulering for å fremme en maksimal bedring av språket (Chapey, 2008). Individuell behandling med logoped kan nevnes som et tiltak. Behandlingen medvirker til å styrke, utvikle og gjenvinne språk og kommunikasjonsferdigheter hos den afasirammede. Timene preges ofte av god struktur med planlagte oppgaver som har til hensikt å kartlegge, beskrive og reparere språksvikten (Aten, 1986). I de senere år har det vært mer forskning på effekt av rehabilitering, der spesielt tidlig intervensjon har kommet frem som viktig (Thompson & Worrall, 2008). Likevel påpekes det at den mest effektive rehabiliteringen fortsatt ikke er kjent, og at dagens studier på feltet gir motstridende svar og begrensede vilkår (Bhogal, Teasell & Speechley, 2003; Byng, 1995). I denne sammenheng kan forskning på generelle utfall i rehabilitering, med utgangspunkt i grupper med afasirammede fremheves. Resultatene viser til at den språkskadebaserte tilnærmingen faktisk bidrar til å forbedre språkevnen hos mennesker med afasi (Bhogal et al., 2003; Byng,

1995;Thompson & Worrall, 2008). Ved intens rehabilitering over et kort tidsrom vil den afasirammedes språklige utfall fremmes (Bhagal et al., 2003; Basso, 2005).

Tilnærmingen har historie tilbake til tidlig på 1900-tallet (Thompson & Worrall, 2008), der to tradisjoner har satt sitt preg: nevropsykologisk tradisjon og kognitiv nevropsykologisk tradisjon. På 1970-tallet utviklet Bostonskolen en klassifikasjon av ulike afasisyndromer basert på viten om anatomi av hjernen (Basso, 2003). I Norge har denne retningen vært vesentlig innen den nevropsykologiske tradisjonen, mye fordi Norsk Grunntest for afasi utviklet av Reinvang og Engvik (1980) har vært sentral (Qvenild et al., 2010). NGA bygger på en klassisk forklaringsmodell som het Wernicke-Lichtheims modell (Reinvang & Engvik, 1980). Det spesielle med denne modellen var at ulike afasisymptomer ble relatert til ulike skadesteder i hjernen. Tradisjonen ønsker å bidra til at logopeder kan forsøke å reparere selve språkskaden ut fra type afasisyndrom og lokalisering i hjernen, for og på denne måten kunne lette tilpasningen til endrede kommunikasjonsferdigheter. Det skilles mellom ni ulike afasisyndromer, f. eks. Broca, global, Wernicke, anomisk osv. (Qvenild et al., 2010; Reinvang, 1994) - men i mange tilfeller har det blitt påpekt at det er vanskelig å klassifisere språkvansken som et bestemt afasisyndrom. Basso (2003) fastholder at afasisyndromer ikke eksisterer. Det er problematisk å sette opp et helt klart og entydig mønster av symptomer som deles av alle. Dette støttes av Müller (1992), som påpeker at å dele afasi inn i syndromer kan kalles "convenient fictions" – en inndeling som kan avlaste det kliniske arbeidet, men som ikke er særlig godt teoretisk grunnet. Mye av årsaken ligger i at det er glidende overganger mellom de ulike afasisyndromene, samt store individuelle forskjeller hos afasirammede (Qvenild et al., 2010).

I tillegg til Bostonskolen kan tilnærmingen til Alexander Luria plasseres innenfor denne tradisjonen (Qvenild et al., 2010). Han definerer også ulike syndromer etter språklig variasjon, men med et mål om å rekonstruere de svekkede funksjonene (Thompson & Worrall, 2008; Basso, 2003). Luria støtter idèen om at behandling har en direkte effekt på hjernen ved at det medvirker til og for eksempel gjenopprette svekkede språkfunksjoner (Thompson & Worrall, 2008). Videre forsøker han å forstå forholdet mellom språk og hjerne ved å skille ut og å lokalisere forskjellige språkkomponenter i ulike deler av hjernen som bidrar til å påvirke ulike faktorer som utløser handling hos en person (Basso, 2003). Hans syndromer har fått andre navn enn Boston-skolens syndromer, selv om de inneholder en del av de samme tankene.

De klassiske afasisyndromene falt likevel ikke naturlig sammen med spesifikke hjerneskader, og de ulike skademønstrene som mange pasienter representerte samsvarte ikke med de atferdsmønstrene som de klassiske afasitypene presenterte (Thompson & Worrall, 2008). Symptomene kan forandre seg og fremstå ulikt fra person til person. Dermed har relasjonen mellom skadested og afasitype vist seg og ikke være helt riktig. Forskning, både på afasirammedes språkvansker og på strukturer og aktivitet i hjernen, har trukket frem at forholdet mellom dem er noe annerledes enn man først antok (ibid). Det hevdes derfor at den kognitive nevropsykologiske tradisjonen har oppstått som en reaksjon på, og en videreføring av den klassiske syndromteknigen. Den kognitive nevropsykologiske tenkningen utviklet seg så sent som i 1980-årene (ibid) og har sin hovedtyngde i Storbritannia. Whitworth, Webster og Howard (2005) hevder at interessen for denne tankegangen endret seg fra å være sentrert rundt forhold mellom hjerne og atferd til og i hovedsak konsentrere seg om funn innen normal språkprosessering. Modeller for normal språkprosessering viser detaljert hvilke prosesser som er involvert når man oppfatter, forstår og produserer språk skriftlig eller muntlig (Qvenild et al., 2010). Tenkningen innebærer dermed at man fokuserer på å innhente informasjon som viser den afasirammedes individuelle språkfunksjon etter skaden, for og på denne måten hjelpe personens individuelle språkvanske. Med andre ord har den kognitive nevropsykologiske tradisjonen blitt mer ulik den første ved at fokuset har endret seg fra å plassere afasityper i grupper til å tenke på afasi som en individuell vanske, og fra å se på lokalisasjon av hjerneskaden, til å fokusere på modeller for normal språklig prosessering (Qvenild et al., 2010; Basso, 2003; Whitworth et al., 2005). Tanken i kognitiv nevropsykologisk tradisjon er at selv om det er ulike måter å lære og tenke på, starter alle med samme type prosesser. Likeledes har personer med en hjerneskade stort sett de samme språklige prosessene som andre personer. Hensikten innen rehabilitering har dermed ikke vært å skape en ny type språklig fremstilling hos de som er rammet av afasi, men å ta vare på de normale språkkomponentene som allerede er tatt i bruk for å kunne utføre en oppgave (Hillis & Newhart, 2008). Samtidig er det viktig å påpeke at identifisering av hvilke språklige funksjoner som er redusert og hvilke som er intakt, ikke kan avgjøre hvilke tiltak som er best eller mest effektive (Qvenild et al., 2010). Som logoped ønsker man heller å kartlegge språksvikten og virkningen av den i forhold til hele språkssystemet for og på denne måten bidra til å redusere antall mulige innfallsvinkler til logopediske oppgaver i rehabilitering med hver enkelt afasirammede (ibid). Modellen for normal språkprosessering vil derfor være et fint hjelpemiddel for logopeden for å avgjøre hvilke språklige områder hjerneskaden har

svekket (Qvenild et al., 2010; Thompson & Worrall, 2008), og med dette grunnlaget hjelpe den afasirammede ut fra deres individuelle behov. Informasjonen man får vil gjøre at det arbeides målrettet med problemområdene, med hensikt i å legge til rette for å ta vare på bruken av det intakte språket. Målet er å gjenopprette eller kompensere for skader i språkprosesseringen nettopp ved bruk av intakte språkkomponenter. På denne måten kan man forsøke å omdirigere prosessene forbi de skadde komponentene, også kalt «bypass-tankegang» (Edmundson & McIntosh, 1995; Wertz, 2000). Man analyserer altså flere sider av de afatiske språkvanskene innenfor denne tradisjonen. Modellen brukes for å studere ikke-afatiske språklige vansker og normal fungering (Whitworth et al., 2005). Denne tradisjonen kan sies å ha vært en viktig del av arbeidet med den språkskadebaserte tilnærmingen.

Den språkskadebaserte tilnærmingen kan ligge til grunn for noen ulike kartleggingsverktøy (med forbehold om hvordan man definerer tilnærmingen); Verb- og setningstesten (VOST) (Bastiaanse, Lind, Moen & Simonsen, 2006), Pyramide- og palmetesten (PyPat) (Howard & Patterson, 2005), Psykolingvistisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede (PALPA) (Kay, Lesser & Coltheart, 2009), Alfabetprøven (Corneliussen, 2003) og Norsk Grunntest for Afasi (NGA) (Reinvang & Engvik, 1980). Videre er det enkelte generelle tester hvor det i hovedsak fokuseres på kartlegging av språklige utfall hos afasirammede, og som dermed tas med her; Renata (norsk oversatt Whurr, 1993), Ullevål afasiskcreening (Thoresen & Thommesen, 1999), Aker-modellen (Vogt, u.å.), Haukeland Afasi ScreeningTest (HAST) (Sandmo, Haukeland & Stoller, 2010), samt Bilingual Aphasia Test (BAT) (Paradis, 1987). Alle ovennevnte verktøy inkluderes i et av spørsmålene i spørreskjemaet mitt.

## **DEN KONSEKVENSBASERTE TILNÆRMINGEN**

Den andre tilnærmingen defineres som konsekvensbasert (også kalt funksjonell modell, sosial modell og deltakelsesmodell), og fokuserer på den psykososiale vansken ved det å få afasi (Thompson & Worrall, 2008; Qvenild et al., 2010; Aten 1986; Simmons-Mackie, 2008). Med dette menes hvordan afasi kan endre muligheten til aktiv deltagelse, livsutfoldelse og for kommunikasjon med andre. Med livsutfoldelse menes hvilken mulighet den afasirammede har til å gi uttrykk for sine behov og sin plass i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger (Qvenild et al., 2010) - nettopp fordi man i det daglige bruker språk og kommunikasjon for å identifisere seg selv som en person (ibid). Den afasirammede er fortsatt den samme personen, men har fått afasi, med de utfordringer og problemer som følger på enkelte områder. I en

behandling er derfor målet innenfor tilnærmingen å redusere konsekvensene eller påvirkningen afasi har på en persons liv i henhold til de ulike språkmodalitetene (talt språk, forståelse, gester og mimikk, skriving osv.) (Thompson & Worrall, 2008; Aten 1986; Simmons-Mackie, 2008). Utgangspunktet for den konsekvensbaserte tilnærmingen ligger i en psykososial modell for å avgjøre hvordan afasi påvirker livet til den rammede (Thompson & Worrall, 2008). Modellen viser til kommunikasjon som en sosial handling, som sammen med tilnærmingen er med på å endre den tradisjonelle innfallsvinkelen til rehabilitering. Som Byng og Duchan (2005) antyder:

«There is a view that speech and language therapists should only carry out therapies that directly target the language impairment. The social model philosophy makes clear that speech therapists are there to provide the service and resources needed by people learning to live with aphasia, by offering a variety of ways to address the impairment, and identity and lifestyle changes experienced by people with aphasia» (s.919).

Det påpekes at et tidligere fokus på språkskaden nå blir møtt med et annerledes syn der man også inkluderer hvordan afasirammede skal kunne leve med vanskene. Afasi er en kronisk vanske med langtidsvarende konsekvenser, som fører til at mange afasirammede erfarer redusert kommunikasjon som vil påvirke deres daglige liv betydelig (Simmons-Mackie, 2008). Blant annet rapporteres det om negative følger som sosial isolasjon, ensomhet, tap av selvstendighet, begrenset med aktiviteter, rolleforandring og stigmatisering (Simmons-Mackie, 2008; Sarno, 1997). Tiltakene innenfor denne tilnærmingen bør derfor fokusere på barrierer som gjør det vanskelig å bruke språk og kommunikasjon i «det virkelige liv», samt hvordan afasirammede kan tilpasse seg en ny tilværelse med vanskene (Qvenild et al., 2010; Simmons-Mackie, 2008). Innenfor denne tilnærmingen kan det blant annet fokuseres mer på den afasirammedes evne til å formidle budskapet, fremfor formen på språket (Patterson & Chapey, 2008). Ved bruk av for eksempel gruppetimer, med fokus på å fremheve interaksjon, vil direkte og spesifikk språktrening ikke være like fremtredende (Simmons-Mackie, 2008; Berntsen & Røste, 2010). Kommunikasjonen er i disse gruppene heller ment som en delt aktivitet som må skje i samspill med andre, med større fokus på for eksempel kroppsspråk, skriving, lesing osv. (Vickers, 1998), som da kan bidra til å forbedre personens evner til å formidle budskapet. Studier viser at denne type rehabilitering fremmer deltakelse i det sosiale liv, samt at det vil kunne hjelpe den afasirammede til å knytte og opprettholde kontakten med familie, venner og arbeidsliv (Elman, 2007). Det åpner for mål som i større grad er utenfor selve afasien, og som heller fokuserer på det å kommunisere med andre i vanlige, dagligdags situasjoner. På denne måten kan man bidra til å øke livskvaliteten til den afasirammede

(Brumfitt, 2006). Fremgangen i den konsekvensbaserte tilnærmingen måles ut fra hvor mye de faktiske uttalte mål blir representert i rehabilitering med logoped (Elman, 2007). Til tross for bedring, vil likevel de fleste som får afasi måtte komme til å leve med det resten av livet (Reinvang, 1994; Simmons-Mackie, 2008).

Thompson og Worrall (2008) trekker frem noen påvirkninger utenfor det logopediske feltet som i den senere tid har bidratt til endrede oppfatninger og verdier innenfor den konsekvensbaserte tilnærmingen. I denne sammenheng kan påvirkningene av WHO's ICF-modell hovedsakelig trekkes frem. Denne modellens virkning har fått størst aksept internasjonalt (Thompson & Worrall, 2008). ICF gir mulighet til å se den afasirammede i et deltakelsesperspektiv, der meningsfulle tiltak blir tatt i forhold til afasirammedes behov og muligheter for deltakelse og aktivitet i samfunnet (Andreassen et al., 2004). Det poengteres at man bør se på mål for svekkelsen og funksjonelle utfall på tvers av hverandre fordi de påvirker hverandre (Thompson & Worrall, 2008), men at eventuelle tiltak på språkvanskene bør være rettet mot individets behov også sett i et deltakelsesperspektiv (Andreassen et al., 2004). En språkskadebasert tilnærming vil med andre ord kunne styrke deltakelse og aktivitet i sosiale sammenhenger, men at ICF utfordrer den tradisjonelle troen om at afasirehabilitering begynner med å behandle skaden av språket for så å søke å generalisere dette til dagliglivet («bottom-up»-tenkningen) (Thompson & Worrall, 2008). Tenkningen går ut på at dersom språkskaden kan reduseres, vil også konsekvensene bli redusert (Garcia, 2008). Dette står i kontrast til målet med den konsekvensbaserte tilnærmingen - der Basso (2003) hevder at deltagelse er det primære målet, og rehabiliteringen er da først og fremst målrettet mot konsekvensene til afasi («top-down»-tenkning). Psykososiale faktorer vil derfor spille en rolle når man fastslår en persons funksjonsnivå, og språkvanskene bør heller plasseres i en større kontekst (Garcia, 2008). Den konsekvensbaserte tilnærmingen vil dermed direkte eller indirekte rette seg mot aktivitet og deltagelse, miljømessige og personlige faktorer. Oppsummerende kan man si at hjertet til denne tilnærmingen ligger i dens påvirkning, verdier og prinsipper – og logopeder som følger denne retningen vil bruke dette i sitt arbeid for å hjelpe den afasirammede til å kunne leve med afasi i ulike sammenhenger (Thompson & Worrall, 2008).

For å kartlegge den afasirammedes kommunikasjonsevne og andre psykososiale faktorer er verktøy som Communicative Effectiveness Index (CETI) på norsk (Lomas, Pickard, Bester, Erlbard, Finlayson, Zoghaib, 2006), Visuell-analog selvaktelsesskala (VASAS) (Brumfitt &

Sheeran, 2005) og SALK-39 (livskvalitetsmål) (Berg, Haaland-Johansens & Hilari, 2010) aktuelle innenfor denne konsekvensbaserte tilnærmingen. Disse verktøyene er også et utgangspunkt for ett av spørsmålene i spørreskjemaet mitt, og i videre presentasjon og drøfting av resultater.

## 2.2.4 Likheter mellom tilnærmingene

Enhver tilnærming har en verdi i seg selv, og som logoped vil valg av tilnærming i rehabilitering være ulik. Ut fra tidligere beskrevet teori, har disse to tilnærmingene ulik innflytelse, samt forskjellige mål og intervensjon. For logopeden og den afasirammede er det viktig å klargjøre sine valg for rehabilitering. Det er ingen fasitsvar - og hvilke mål, ønsker og behov de afasirammede har, vil variere. Utbyttet av rehabilitering vil også variere individuelt fra person til person (Qvenild et.al, 2010).

Til tross for tilnærmingenes ulike holdepunkter, antyder Thompson & Worrall (2008) at afasi er «både og», man må tenke glidende overganger for å få til en helhetlig rehabilitering. Dette får støtte fra Qvenild et al. (2010) som også trekker frem at det er viktig å tenke at en slik kombinerer er hovedregelen og ikke unntaket. Det er ønskelig at man ikke gjør forskjellene større enn de er, selv om verdiene og synene er ulike. Som Whitworth et al. (2005) belyser: «...the aim of all therapies with people with aphasia is to improve their functioning in the real, social world, to enable them to cope with barriers to participation and fulfillment» (s. 264). Slike konsekvensbaserte mål kan ofte best ivaretas gjennom å bedre språkevnen. De påpeker derfor videre at:

«...there is no contradiction between functional, social aims and therapy directed at reducing impairments. In music, one practises scales not because a performance consists of playing scales, but because doing this develops skills that result in better performance. The same applies to “impairment-oriented” therapy» (Whitworth et al., 2005, s. 264).

Ut fra dette kan man få en forståelse av at det ikke er et en-til-en-forhold mellom det teoretiske grunnlaget man baserer afasirehabiliteringen på, og de målene man har for arbeidet (Qvenild et al., 2010). For eksempel kan det overordnede målet være økt deltakelse i samfunnet, samtidig som man jobber med spesifikke språklige elementer i rehabiliteringen (Qvenild et al., 2010; Garcia, 2008). Forskning viser til at psykososiale dimensjoner er like viktige som det språklige når man ser på utfall av rehabiliteringen (Brumfitt, 2006).



Enhver intervensjon vil påvirke og stimulere de afasirammede, og ulike tilnærminger til rehabilitering kan ut fra dette og det ovennevnte ses på som en styrke – både hver for seg og i sammenheng med hverandre. I denne forbindelse kan Best og Nickels (2000) forskning trekkes frem. De har studert sammenhengen mellom rehabilitering og utfall, og påpeker at samme type intervensjon kan påvirke afasirammede forskjellig. Hovedmålet i Best og Nickels (2000) forskning har vært å finne en spesifikk rehabiliteringsform som passer for mennesker med en spesiell afatisk vanske. Tilnærmingen de konsentrerer seg om er språkskadebasert, og deres forskning er sentrert om personer med afasi som har anomie (ordletingsvansker) eller vansker med å lese. Det trekkes blant annet frem at det er spesielt når rehabiliteringen handler om spesifikke ordletingsvansker at forholdet mellom vansken, aktiviteten og resultatet blir lettere å tolke, enn dersom man tar utgangspunkt i andre typer vansker, som for eksempel lesing (Best & Nickels, 2000). Videre påpekes et tilfelle der to personer ble identifisert til å ha samme afatiske vansker i lesing, og som mottok samme rehabilitering, og responderte på samme måte. Derimot viste det seg at tre personer som ble identifisert til å ha de samme anomiske vanskene og ble gitt samme rehabilitering, ikke nødvendigvis responderte likt (ibid). Igjen påpeker det vanskeligheten med å si noe om hvilken rehabiliteringsform som er best, og at ulike personer med samme type vansker fortsatt kan reagere forskjellig. Selv om denne artikkelen har konsentrert seg om en språkskadebasert tilnærming til rehabilitering, kan man kanskje anta et lignende utfall for konsekvensbasert tilnærming til rehabilitering – uten at dette kan sies med sikkerhet. Wertz, (1993) fastslår at ulike metoder i rehabilitering ikke med sikkerhet kan sies og effektivt påvirke ulike typer av afasi. Afasirehabilitering er med andre ord en sammensatt prosess, og Best og Nickels (2000) hevder at det er viktig å utvikle en større forståelse av rehabilitering slik at man mer presist kan gi tilbud om en målrettet rehabilitering. Selv om rehabiliteringen belyses med utgangspunkt i to teoretiske tilnærminger (enten hver for seg eller «både-og») vil altså en diskusjon om hvilken retning som er best være lite hensiktsmessig. Forskning viser til at dette fortsatt er vanskelig å vite, og at ulike typer intervensjon er bra på hver sin måte (Verna, Davidson & Rose, 2009). Hensikten med denne oppgaven blir derfor heller å kartlegge dagens praksis med utgangspunkt i både en språkskadebasert og konsekvensbasert tilnærming til rehabilitering.

### **Afasirehabilitering i endring**

Rehabilitering i ervervet afasi har kommet mer i søkelyset de siste årene (Best & Nickels, 2000). Mye av debatten handler om effekten av intervensjon for å se en sammenheng i type

rehabilitering og afasirammedes utfall. Til tross for større oppmerksomhet, er det fortsatt ubesvarte spørsmål og behov for mer forskning, spesielt med tanke på hvilken rehabiliteringsform eller tilnærming som mest suksessfullt kan behandle afatiske vansker (Best & Nickels, 2000). Kelly, Brady & Enderby (2010) påpeker at det fortsatt er lite bevis som kan trekke konklusjoner i forhold til effekten av den ene tilnærmingen fremfor den andre. Randomiserte undersøkelser kan tyde på at en språkspesifikk rehabilitering kan være en fordel, men at det er utilstrekkelig med bevis som kan fastslå at dette er den beste tilnærmingen (Kelly et al., 2010). En undersøkelse gjort i Australia, med fokus på logopeders praksis ut fra ICF-modellen, viser at de fleste logopeder rapporterer om bruk av en funksjonell tilnærming til afasirehabilitering (hele 85,5 %), men at språkskadebaserte oppgaver og metoder likevel var dominerende (Verna et al., 2009). Dette er interessant da det understreker en «både-og tenkning» i rehabilitering. Likevel trekker Verna et al. (2009) frem at det historisk sett har vært mest språkskadebasert fokus på rehabilitering, men at nye undersøkelser og forskning viser til mer fokus på konsekvensbasert tilnærming i rehabilitering. Afasirehabilitering har med andre ord forandret seg, fra å ha et ensidig perspektiv på det som vektlegger å få språket tilbake, til å også fremme en funksjonell kommunikasjon hos den afasirammede (Patterson & Chapey, 2008). En naturlig tankegang er at logopeden bør ta med seg hovedtrekk fra begge retninger – og fremheve det som fungerer best for den individuelle afasirammede. Fokuset bør være på sammenhengen mellom rehabilitering og ønsket resultat. Videre er det viktig å se hva som faktisk blir gjort ut fra hvilken verdi de ulike tilnærmingene har i seg selv – samtidig som man er mottakelig for en kombinasjon av tilnærmingene (Thompson og Worrall, 2008). Det er også interessant å se om logopedene er bevisste på sine valg av teoretiske tilnærminger til rehabilitering, og om valgene *kan* påvirke resultatene. Dette er momenter jeg kommer nærmere inn på i presentasjon og drøfting av undersøkelsens funn.

### **2.2.5 Ulike syn på tilnærminger i rehabilitering**

I afasirehabilitering skilles det mellom direkte og indirekte tiltak. Ved direkte tiltak er fokuset sentrert på personen med afasi, og mot selve språkskaden (Qvenild et al., 2010). Ved de indirekte tiltakene er interessen fokusert på personene den rammede skal kommunisere med, som f.eks. familie og venner. Slike indirekte tiltak har et sterkere fokus på konsekvensene av skaden når det kommer til personens mulighet for aktivitet og deltakelse i ulike sosiale sammenhenger (ibid). Tiltakene kan dermed virke nærliggende til hver av de to ovennevnte

tilnærmingene språkskadebasert og konsekvensbasert, som presenterer to ulike teoretiske utgangspunkt. Med andre ord kan tiltakene fremstå som motsetninger, men begge kan også ses på som nødvendighet i en helhetlig rehabilitering av afasirammede (ibid). Dette forsterkes også av Thompson og Worrall (2008).

En annen inndeling er de tre tilnærmingene reaktivering, reorganisering og kompensering, som er knyttet til rehabilitering ut fra ulike underliggende antakelser om hvordan hjernen fungerer (Howard & Hatfield, 1987; Lesser & Milroy, 1993). Begrepene kan ses i sammenheng med Verdens Helseorganisasjons Internasjonale Klassifikasjon av Funksjon, Funksjonshemming og Helse (ICF) (WHO, 2004). De to første tilnærmingene; reaktivering og reorganisering, konsentrerer sitt fokus til afasi som en skade på en kroppsfunksjon med tilhørende kroppsstrukturer (Qvenild et al., 2010). Man kan tenke at disse deler mange av de samme tankene som den språkskadebaserte tilnærmingen. Mens den tredje tilnærmingen, kompensering, fokuserer mer på afasi som en skade som påvirker individets mulighet til aktivitet og deltagelse i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger (ibid). Altså mer tilnærmet lik den konsekvensbaserte tilnærmingen. Igjen kan vi også snakke om direkte og indirekte tiltak, der reaktivering direkte ønsker å bedre den skadde språkfunksjonen slik at den mer eller mindre kan brukes som før personen ble skadet. Reorganisering dreier seg også om å rehabilitere den skadete funksjonen, men her ønsker man at de områdene som i hovedsak var knyttet til en bestemt funksjon skal kunne overtas av helt andre områder i hjernen. Innenfor denne tilnærmingen kan det nevnes at Alexander Luria har vært et kjent navn (Thompson & Worrall, 2008). Den siste tilnærmingen, kompensering, innebærer en forventning om at den skadde funksjonen ikke kan rehabiliteres gjennom de to første tilnærmingene, men at alternative måter å fylle funksjonen på vil kunne fungere (Qvenild et al., 2010). Dette kan tolkes som at man indirekte påvirker skaden til den rammede slik at han eller hun skal kunne kommunisere med andre gjennom ulike hjelpemidler som f.eks. blyant, papir, datamaskiner, og trene samspillsferdigheter. Det å se på rehabilitering ut fra «andre syn» er viktig, da tilnærmingene belyses fra flere vinkler. Likevel vil det videre i oppgaven være sentrert om termene språkskadebasert og konsekvensbasert tilnærming til rehabilitering.

### **2.2.6 Faser i rehabiliteringsprosessen**

Enhver som rammes av afasi vil gå gjennom ulike faser i rehabilitering, og hvor i løpet logopeden møter den afasirammede kan antas å få betydning for valg av tilnærming, tiltak,

metoder, samt hvilke mål man setter seg. Mlcoch og Metter (2008) skiller mellom to faser i rehabilitering: akuttfasen og den kroniske fasen. De retter den første fasen mot å begrense skadeomfanget slik at man reduserer funksjonshemmingen knyttet til et hjerneslag, mens den andre fasen handler om komme tilbake til et liv så godt det lar seg gjøre ut fra de skadene man har. Deres inndeling fokuserer primært på rehabilitering av hjerneslag, og mindre om rehabilitering av utfallet afasi. Videre presenterer Sundet og Reinvang (1993) en tredeling av fasene i rehabilitering: akuttfasen, treningsfasen og den kroniske fasen. Denne inndelingen vil være mitt utgangspunkt.

Akuttfasen, eller den tidlige fasen (Holland og Fridriksson (2001), er den fasen der krisen oppstår, altså når hjerneskaden inntreffer. I tråd med 'Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag' (Helsedirektoratet, 2010) defineres akuttfasen som den første uken etter debut av symptomer på hjerneslag. Forskning viser at en målrettet og intens språkrehabilitering som blir iverksatt raskt gir god effekt og fremmer den afasirammedes språklige utfall, samt at det gir gevinst for pårørende, og for samfunnet (Robey, 1998 ref. i Stoller, 2010; Indredavik, 2007 ref. i Qvenild et al., 2010; Bhogal et al., 2003; Basso, 2005). Tidlig kartlegging av utfall, og iverksetting av tverrfaglige rehabiliteringstiltak er dermed ideelt (Stoller, 2010). Kartlegging av den afasirammedes språklige og kommunikative funksjonsnivå vil være en forutsetning for å kunne utarbeide et målrettet undervisningsopplegg senere i prosessen (Lind og Haaland-Johansen, 2010). Stoller (2010) påpeker at logopedens tilnærming til rehabilitering i akuttfasen er språkskadebasert. Det handler om å kartlegge språklig svikt, og hvilke språklige funksjoner som er bevart. Ifølge Marshall (1997, ref. i Holland & Fridriksson, 2001) foreslås det at man i den tidlige fasen heller bør fokusere på å støtte, forebygge og gi veiledning til den afasirammede snarere enn på å gi en strukturert språklig behandling.

I neste fase, treningsfasen, vil noen fortsatt være på sykehus, mens andre blir sendt til hjemkommunen for videre logopedisk behandling (Sundet og Reinvang, 1993; Qvenild et al., 2010). Den medisinske tilstanden vil ofte stabilisere seg, og det er viktig at rehabiliteringen tar utgangspunkt i den afasirammedes funksjonelle nivå. Personer rammes forskjellig, og behovet for hjelp vil være ulikt. Målene for behandlingen bør justeres underveis, slik at fremgang og bedring blir oppnåelig (Qvenild et al., 2010). Logopedens valg av teoretisk tilnærming, verktøy og behandlingsformer i rehabilitering, bør tilpasses den afasirammedes mål, ønsker og behov underveis. I tillegg kan personlige faktorer som alder, kjønn, samt

psykososiale faktorer påvirke utfallet (Cherney & Robey, 2008). Selv om personlige og biologiske faktorer ser ut til å spille en mindre rolle for bedring sammenlignet med nevrologiske faktorer, bør de likevel ikke ignoreres (ibid).

I siste fase, den kroniske, lever den afasirammede videre med vanskene etter krisen. Forskning viser at to tredjedeler fortsatt har afatiske vansker et år etter skaden, men at alvorlighetsgraden på vanskene stagneres noe fra akutfasen til den kroniske fasen, og omtales i hovedsak som en 'mildere' form for afasi (Pedersen, Vinter & Olsen, 2004). I denne fasen vil behandlingen for de fleste derfor trappes ned (Sundet & Reinvang, 1993). Logopedenes valg tidligere i rehabiliteringen vil kunne få betydning for den afasirammedes utsikt til å leve videre med afasi. For noen vil det være behov for en livslang rehabilitering der en kan få utvikle ferdigheter og opprettholde funksjoner som gjør det mulig å delta i samfunnslivet igjen (Qvenild et al., 2010). Klinisk erfaring viser at personer med afasi kan ha utbytte av logopedisk innsats flere år etter skade (ibid). Denne fasen vil med andre ord aldri ta slutt. Den afasirammede må lære seg å leve med afasi.

Fasene kan representere viktige sider av rehabiliteringsprosessen. De gir innblikk i hvilke utfordringer enhver logoped må forholde seg til, når de møter afasirammede – enten i akutfasen eller i senere faser. Blant annet vil, som nevnt ovenfor, valg av tilnærming, verktøy og arbeidsmetoder ha betydning, samtidig som man tar hensyn til den afasirammedes individuelle behov. Selv om fasene i seg selv ikke dominerer videre drøfting, er en beskrivelse sett på som nødvendig, med grunnlag for en bedre forståelse av logopedenes valg av fokus i rehabilitering.

## 3 Metode

I dette kapitlet vil det gjøres rede for de metodiske valgene som er gjort i oppgaven.

Problemstillingen for denne oppgaven er: «*Innenfor hvilken teoretisk tilnærming arbeider logopeder med afasirammede i rehabilitering?*». Som litteraturen antyder er det ulike måter å definere afasi, og dermed tenkelig at det også er ulike tilnærminger og fokus i rehabilitering. Med bakgrunn i dette er formålet med undersøkelsen å kartlegge hva logopeder gjør konkret når de arbeider med afasirammede, ut fra hvilken teoretisk tilnærming som står i fokus hos den enkelte.

For å besvare problemstillingen på en best mulig måte anser jeg det som mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i en kvantitativ metode. En kvantitativ metode betyr fokus på og utforske bredden i stedet for dybden, og vil gi meg en systematisk innsamling av data, som kan analyseres statistisk (Gall, Gall & Borg, 2007). Forskeren gis mulighet til å velge data som skal innhentes ut fra allerede eksisterende teori og kunnskap (ibid). Jeg har valgt å se etter mønstre, sammenhenger og generelle besvarelser i dataene som samles inn. Med dette får jeg breddekunnskap og et overblikk over arbeidsmetoder og valg av teoretiske tilnærming innenfor afasirehabilitering – som også fremhever nytten med en kvantitativ form for kartlegging. Kvantitativ forskning gir muligheter for å si noe om generelle tendenser med utgangspunkt i ett større antall enheter (Vedeler, 2009), og siden denne undersøkelsen har til hensikt å henspille hva som forekommer i praksis er det nødvendig med mange informanter.

Videre i dette kapitlet vil det gis en nærmere beskrivelse av undersøkelsens populasjon og utvalg, deskriptiv statistikk og hvordan data skal presenteres. Deretter vil planlegging og utforming av spørreskjema, og selve gjennomføringen omtales. Dette vil sees i sammenheng med validitet og reliabilitet for å vurdere om jeg har fått svar på det jeg spør om, svarenes pålitelighet, og eventuelt om funnene kan generaliseres. Til slutt vil noen etiske betraktninger i forhold til undersøkelsen diskuteres.

### 3.1 Undersøkelsens populasjon og utvalg

En populasjon kan forklares som det totale antall enheter som forskningsspørsmålet handler om og som forskeren ønsker å generalisere til (Johannessen et al., 2010; Lund, 2002a). Selv om man evner å avgrense og definere populasjonen på en relativt entydig måte, har man

sjelden mulighet til å spørre alle i en populasjon om et tema med bruk av en kvantitativ tilnærming (Befring, 2002). Dermed skilles det mellom *en målpopulasjon*, den populasjonen som det refereres til i forskningsproblemet og som forskeren fokuserer på, og *en tilgjengelig populasjon* som gjengir det forskeren faktisk trekker utvalget fra (Lund, 2002a). I denne undersøkelsen er målpopulasjonen alle logopeder i Norge som jobber med afasirammede. På grunn av en manglende oversikt over logopeder som jobber med afasi, vil det være vanskelig å finne alle i målpopulasjonen. Med hensyn til dette ble min tilgjengelige populasjon logopeder som jobber med afasi og som deltok på afasidagene på Bredtvet kompetansesenter høsten 2011.

Utvalget til denne undersøkelsen kan kalles et bekvemmelighetsutvalg (convenience sample) eller formålstjenlig utvalg (Gall et al., 2007; Befring, 2002). Det vil si at utvalget er praktisk og formålspassende, fordi de aktuelle informantene er representative for selve undersøkelsens tema og problemstilling (Gall et al., 2007). Siden logopedene som jobber med afasi sitter med den spesifikke kunnskapen jeg ser etter i min undersøkelse, anses disse som mine nøkkelinformanter (ibid). Et alternativ som jeg vurderte, var å ta utgangspunkt i Norsk Logopedlags medlemmer. Dette vil kanskje gi meg flere informanter, men ikke nødvendigvis flere informanter som jobber med afasi. Siden hensikten var å ta utgangspunkt i afasilogopeder, konkluderte jeg at den beste og sikreste måten var å bruke afasidag-listene. I tillegg kan man gå ut fra at logopedene som deltok på afasidagene er mer oppdatert i fagfeltet (og ønsker og etter-kurses), og har antageligvis større forståelse for betydningen av teoretiske tilnærminger i afasirehabilitering.

I forkant kontaktet jeg Bredtvet kompetansesenter (arrangør av afasidagene) for å få tillatelse til å bruke listen. Siden jeg selv deltok på afasidagene var dette uproblematisk, og listen ble sendt til meg per post. For at listen kun skulle bestå av logopeder, hadde en person på Bredtvet hjulpet meg med å fjerne alle studenter og spesielt inviterte fra listen. I tillegg krevde det nettbaserte spørreskjemaet e-postadresser, og jeg måtte dermed forsikre meg om at dette fulgte med listen. Fem personer hadde ikke registrert e-postadresse, og ble utelukket fra undersøkelsen. Utvalget bestod til slutt av 67 personer som jeg sendte spørreskjemaet til.

## 3.2 Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk representerer teknikker og metoder som spiller en viktig rolle for all empirisk forskning (Befring, 2002). Slik statistikk kan presenteres i form av tabeller, grafer og/eller ved statistiske analyseverktøy. I min kvantitative undersøkelse har jeg benyttet meg av disse matematiske teknikkene og metodene for å bearbeide, presentere og tolke funnene. Tingenes tilstand studeres slik de er uten noen form for påvirkning, som for eksempel undervisning eller behandling, også kalt ikke-eksperimentelt design (Kleven, 2002). Man beregner ut fra de elementene man har, og resultatene gjelder da bare for disse (ibid).

Resultatene fra spørreundersøkelsen vil beskrives og bearbeides statistisk ved hjelp av Statistical Package for the Social Sciences versjon 19 (SPSS). For å få en oversikt har jeg valgt å presentere og tolke funnene gjennom bruk av tabeller og grafiske framstillinger. Tabellene vil i første omgang gi meg en oversikt over data, mens grafene vil gi et mer konkret visuelt overblikk, som oppdager karakteristiske tendenser som gjør resultatene lettere å forstå (Befring, 2002). I tillegg brukes SPSS som statistisk analyseverktøy, for å få en meningsfull karakteristikk av variablene (ibid). Et slikt verktøy er til stor hjelp for å avdekke statistiske funn. På den måten kan jeg si noe om datamaterialets sentraltendens, spredning og form, samt noe om sammenhengen (korrelasjon) mellom variabler. Sistnevnte kan regnes ut ved hjelp av korrelasjonskoeffisienter som for eksempel Cramers V eller Pearsons r. Dersom man ønsker å se på årsakene til sammenhengene, eller sette i gang tiltak i forhold til variablene, vil ikke statistiske sammenhenger gi tilstrekkelig informasjon (Kleven, 2002).

Denne undersøkelsen har til hensikt å beskrive et mønster, og se på korrelasjoner mellom ulike variabler, og statistiske sammenhenger gir derfor nok informasjon. Det vil si at det vil benyttes univariate analyser for å beskrive hver variabel for seg, og bivariate analyser der det er aktuelt å se på to variabler samtidig (De Vaus, 2002). For å beregne om det er samvariasjon mellom to variabler, ble korrelasjonskoeffisienten Pearsons r (variabler på intervallnivå<sup>\*1</sup>) brukt i denne undersøkelsen (Befring, 2002; De Vaus, 2002). Det er et korrelasjonsmål som prøver å finne den rette linje som best mulig beskriver sammenhengen mellom to variabler (en såkalt lineær sammenheng), der verdiene strekker seg mellom -1 og 1, der verdier nær 0 er lite/ingen samvariasjon mellom variablene og verdier nær -1 og 1 er henholdsvis positiv eller

---

<sup>1</sup> Intervallnivå innebærer at alle mulige verdier er forskjellige, de kan rangeres, og vi kan si at avstanden mellom to naboverdier er den samme som avstanden mellom to andre naboverdier (Jonsborg & Sørensen, 2011)



negativ samvariasjon mellom variablene (Jonsborg & Sørensen, 2011). Retningsgivende kan det nevnes at en verdi mellom .10 og .29 (-.10 og -.29) anses som en svak korrelasjon, verdi på .30 til .49 (-.30 og -.49) anses som middels og .50 til 1 (-.50 og -1) anses som sterk (Pallant, 2004). Korrelasjonskoeffisienten blir vurdert etter et signifikansnivå på .05. Ved å kjøre korrelasjonstest på ulike variabler i undersøkelsen kom det frem få signifikante sammenhenger, og ved nærmere undersøkelse av disse viste det seg at de fleste sammenhengene ga lite informasjon. Dermed vil kun et fåtall korrelasjoner presenteres i resultatdelen.

Som oppgavens problemstilling viser, er altså beskrivende resultater fra nåtidens praksis mitt hovedfokus, og resultatene fra spørreskjemaet vil i størst mulig grad beskrives deretter. Årsaksforklaringer var aldri min intensjon for undersøkelsen. Resultatene presenteres ved hjelp av frekvenstabeller, korrelasjonstabeller, sektordiagrammer og stolpediagrammer. Frekvenstabellene jeg bruker er hentet ut fra SPSS.

### **3.3 Planlegging og utforming av datainnsamlingen**

For å belyse hvordan logoped jobber med afasirammede i rehabilitering, har jeg valgt å bruke spørreskjema som metodisk tilnærming. Spørreskjema er en kjent metode for de fleste, og i senere tid har også nettbaserte undersøkelser blitt mer akseptert. Nedenfor vil jeg gå nærmere inn på hva spørreskjema som instrument er, hva et nettskjema er, samt utformingen av og innholdet i mitt nettbaserte spørreskjema.

#### **3.3.1 Spørreskjema**

Bruk av spørreskjema som metode bidrar til å samle inn, organisere og analysere undersøkelsens data, og er derfor karakterisert som mer strukturert og systematisk (De Vaus, 2002; Kruise, 2007). I engelsk litteratur blir metoden referert til begrepet «survey». «Survey» betyr overblikk (Mordal, 2000), som også er hensikten med denne spørreundersøkelsen. Undersøkelsen er ute etter fakta og deskriptiv informasjon fra et større antall informanter, som er svært hensiktsmessig når man skal avdekke hva som skjer i virkeligheten (De Vaus, 2002; Sapsford, 2007; Befring, 2002).

For at jeg skal kunne nå ut til de aktuelle informantene valgte jeg et elektronisk spørreskjema, gjennom tjenesten Nettskjema, administrert av Universitetets senter for informasjonsteknologi

(USIT) ved Universitetet i Oslo. Grunnet de økonomiske og tidsmessige rammene, samt ønsket om deskriptive data ved undersøkelsen, var dette mest praktisk når jeg skulle hente informasjon fra mange informanter samtidig. Informantene fikk med denne metoden også anledning til å svare i sitt eget tempo og anonymiteten ble sikret (Haraldsen, 1999; Mordal, 2000).

### 3.3.2 Nettskjema

Et nettbasert spørreskjema er et verktøy for å samle inn data, der forskeren sender skjemaet via e-post til informantene i den utvalgte populasjonen (Neuman, 2000; UiO, 2011).

Datainnsamling på nett ble valgt som et hensiktsmessig sted å administrere mitt spørreskjema. Universitetet i Oslo (UiO) drifter en slik nettbasert tjeneste, som er tilgjengelig for alle UiOs brukere. Viktige fordeler med slike spørreskjemaer er at man unngår at data blir borte ved overføring fra papir til elektronisk, samtidig som man sparer papir, kostnader og tid (Cheskis-Gold, Shepard-Rabadam, Loescher & Carroll, 2006). I tillegg sikrer Nettskjematjenesten fra UiO anonymitet, slik at man ikke kan identifisere hvem som har svart hva (UiO, 2011). I denne undersøkelsen kan utvalgets antall sies å være stort nok til at undersøkelsen kan kalles anonym. Informantene mottar brukernavn og passord sammen med informasjon om spørreskjemaet. Dette gir begrenset tilgang, og er en sikkerhet mot at fremmede ikke skal kunne besvare skjemaet.

En ulempe ved bruk av nettbasert skjema kan være at informantene ikke er personlig involvert og bestemmer seg for og ikke returnere spørreskjemaet (Neumann, 2000). Generelt har nettskjemaer mindre svarprosent enn skjemaer i papirform. En slik svakhet gjør at man kan miste potensielle informanter på grunn av for eksempel mangel på internett-tilgang eller begrenset teknisk kunnskap for å besvare et slikt skjema. Slike faktorer kan true representativiteten til utvalget, som igjen kan påvirke generaliserbarhet til populasjon (Kristiansen & Bech, 2009). Informantene i denne undersøkelsen er yrkesaktive logopeder, som man kan regne med har kjennskap til internett og e-post. I denne sammenheng kan man argumentere for bruk av nettskjema. Det er tenkelig at en undersøkelse i papirform kunne gitt flere svar, da utfylling kanskje hadde vært lettere for noen. Likevel er e-post mindre tidkrevende, og det er lettere å sende ut påminnelser. Av hensyn til økonomiske forhold, oppgavens tidsramme, praktiske hensyn og ikke minst fordelene ved bruk av Nettskjema ble den nettbaserte løsningen valgt.

UiOs Nettskjema har enkelte valgmuligheter til kreativ utforming av skjemaets utseende. Man kan for eksempel velge mellom et begrenset antall skrifttyper og skriftstørrelser, eller dele skjemaet i ulike deler med egenvalgt tittel og fargebakgrunn. Fargebruk og visuelle elementer kan ha betydning i et spørreskjema fordi det estetiske designet i en slik undersøkelse kan virke inn på informantenes følelsesmessige reaksjoner i en svarsituasjon. Dette kan igjen påvirke svarene i undersøkelsen (Dillman & Mahon-Haft, 2010). For mye «støy» i spørreskjemaet kan trekke oppmerksomheten bort fra temaet (De Vaus, 2002), og jeg har derfor valgt et enkelt uttrykk hvor hver del har samme farge, og temaene ble det sentrale.

Videre gir Nettskjemaet mulighet til å velge mellom lukkede eller åpne spørsmål. Ved de lukkede svaralternativene kan det velges mellom radioknapper, nedtrekkmeny og avkrysningsbokser (UiO, 2010a). De to første alternativene gir mulighet til å krysse av på ett alternativ, mens den siste gir mulighet for flere alternativer. Ved de åpne spørsmålene følges spørsmålet av et tekstfelt hvor informanten kan skrive inn svaret sitt. Et annet alternativ er å velge matriseløsning. Her forenkler man innsamlingen av data når man ønsker sammenlignbare svar og for å måle svarene på en skala. Dette vil si at flere spørsmål blir besvart ved å velge svaret fra samme liste med svaralternativer (UiO, 2010b). For å se spørreskjemaets format i henviser jeg til Vedlegg 1.

### **3.3.3 Utforming av spørreskjemaet**

I redegjørelsen av spørreskjemaets utforming vil validitet, reliabilitet og generaliseringsproblematikk bli omtalt. En mer utfyllende drøfting av disse vil også komme senere i metodekapitlet.

Spørreskjemaet har til hensikt å representere problemstillingen og temaet for oppgaven på best mulig måte. Derfor bør skjemaet konstrueres på en logisk måte, med riktig rekkefølge og med spørsmål som gir interessante, men også nyttige svar (Cheskis-Gold, et al., 2006). Dette setter blant annet krav til at spørsmålene bør være lette å forstå for å unngå feiltolkninger. Spørsmålene må inneholde enkle fagbegreper, samt nøytrale, korte og enkle formuleringer. Som forsker må man være konkret og ikke ledende, slik at resultatene ikke styres for mye og dermed bidrar til å svekke reliabiliteten (Dillmann, 2007; Haraldsen, 2003; Johannessen, et al., 2010). I denne undersøkelsen har det vært en utfordring og ikke lede informantene til å lese mellom linjene at det kan være en fordel å kombinere de to teoretiske tilnærmingene. Det er viktig å påpeke at undersøkelsens intensjon ikke har vært og kun argumentere for en

kombinasjon av tilnærmingene i rehabilitering, men også prøve å se hver av tilnærmingene separat, ut fra hva som fungerer for logopedene i dagens praksis. Jeg har derfor forsøkt å være så nøytral som mulig i utformingen av spørreskjemaet.

I tråd med hvordan man bør utforme et skjema er det naturlig at de enkle innledende spørsmålene kommer først, og hoveddelen med de mest faglige spørsmålene kommer etterpå (Haraldsen, 1999). I denne undersøkelsen innebærer de innledende spørsmålene en del bakgrunnsinformasjon. Dette er faktaorienterte og demografiske spørsmål som krever mindre av informantene og som dermed egner seg å starte med (ibid). Som forsker må jeg tenke nøye gjennom hvordan jeg kan vekke interesse og tillit, fremfor mistanke hos informantene. Spørreskjemaet bør derfor ikke oppleves som tidkrevende eller komplisert (Dillman, 2007). For å oppmuntre informantene til og delta har jeg dermed lagt vekt på at utfyllingen av spørreskjemaet skal oppleves som enkel og rask. Videre oppfylles kravet gjennom systematikk og struktur i oppbygging av spørsmål og svarkategorier (Neumann, 2000). Det vil si at jeg må grundig tenke gjennom hvordan jeg ønsker å spørre, hva jeg bør spørre om, og hvilke svar jeg er ute etter for å sikre oppgavens reliabilitet og validitet. Dette ble gjort ved at jeg på forhånd satte meg godt inn i oppgavens tema gjennom faglitteratur og forskning. Å sitte inne med en god forforståelse gir mulighet til å utforme gode spørsmål og svaralternativer. Dette vil gjøre at respondentene lettere gir respons, og man unngår vilkårlige svar. Dette sikrer oppgavens reliabilitet og validitet (Dillman, 2007). Selve undersøkelsen består av standardiserte spørsmål som er utformet på samme måte til alle informantene. En slik strukturering er både til god hjelp når informantene skal svare på skjemaet, og for meg når jeg skal sammenfatte mine data og senere analysere dem.

Det skilles mellom åpne og lukkede spørsmål og svar, og jeg har i hovedsak valgt lukkede, faste formulerte spørsmål med oppgitte svaralternativer. Det vil si at det svares på et begrenset antall svaralternativer som man typisk tror vil være en respons informantene vil tilføre (Dillman, 2007). Et gjennomgående problem med lukkede spørsmål er at det ofte kan være vanskelig å finne dekkende og naturlige svaralternativer. Fordi informantene må forholde seg til kun de alternativene som er satt opp, kan dette bidra til at de svarer vilkårlig der de er usikre. Dette kan igjen påvirke validiteten på undersøkelsen. I undersøkelsen har jeg forsøkt å unngå dette ved å gi svaralternativer som «annet» og «vet ikke». På denne måten kan man omfavne alle slik at hver og en svarer ut fra hva som er riktig for dem. Et «annet»-alternativ er et åpent svar, og dermed også vanskelig å behandle statistisk. Som forsker vet jeg

ikke hva informantene legger i svarene og de behandles derfor mer usikkert. Svarene vil likevel kategoriseres, for deretter å kode resultatene inn i et statistisk program (SPSS). Siden informantene også får oppgitt andre svaralternativer på disse spørsmålene, vil det ikke være store mengder med informasjon som må analyseres (Creswell, 2008). Ved bruk av «vet ikke»-svaralternativ gis en realistisk og fornuftig holdning til respondentens svarreaksjon. For mange kan et «vet ikke»- svar være mest dekkende på enkelte spørsmål, fordi de ikke har en bestemt mening eller oppfatning om det stilte spørsmål. Samtidig kan et slikt alternativ bidra til at man lar respondenten slippe å gi et konkret svar. Faglig sett ligger det også informasjon i et «vet ikke»-svar (Mordal, 2000).

Åpne spørsmål vil forekomme i min undersøkelse (henviser til Vedlegg 1). Dette er aktuelt der man ønsker å gi mulighet til mer utfyllende og nyanserte svar enn det faste svaralternativer kan gi (Neuman, 2000; Dillman, 2007). I etterkant av undersøkelsen har jeg erfart at ved for eksempel spørsmål 1.10 var det ikke mulig å kategorisere svarene slik jeg i utgangspunktet hadde tenkt. Svarene er svært ulike, og lukkede svaralternativer kunne gitt meg en bedre oversikt for å behandle svarene statistisk. Åpne spørsmål kan oppleves som omfattende eller tidkrevende av informantene, slik at man ikke får de svarene man ønsker. Både fordi de ikke utdyper nok, eller fordi de unngår å svare (Creswell, 2008). Jeg har forsøkt å kategorisere svarene i grupper der det var mulig (spørsmål 1.6) for å kunne utføre statistiske målinger. En del kommentarer (spørsmål 1.9, 3.4 og 5.5) er ikke mulig å beregne statistisk og vil heller brukes i resultatdelen der de er med på å underbygge mine drøftinger om temaet. Oppsummerende vil både lukkede og åpne spørsmål og svar til sammen gi meg god informasjon om mitt tema for oppgaven.

### **3.3.4 Innhold i spørreskjemaet**

Oppgavens problemstilling genererer spørsmål som har til hensikt å få svar på hvilke tilnærminger og tiltak logopedene anvender i rehabilitering. Jeg benyttet tre forskningsspørsmål som utgangspunkt i utformingen av skjemaet. Det vil si at hvert forskningsspørsmål ble operasjonalisert slik at alle spørsmålene i skjemaet besvarer ett av de overordnede forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmål 1 ble operasjonalisert ut ifra ønsket om å få svar på hvilken tilnærming logopedene jobber etter. Operasjonaliseringen gikk ut på å formulere spørsmål som kunne gi svar på logopedenes hyppig bruk av hver tilnærming og hvordan tilnærmingene påvirker rehabiliteringen. Forskningsspørsmål 2 samlet informasjon

om logopedenes valg av verktøy, og om disse samsvarer med valg av tilnærming i rehabilitering. Spørsmålene ble formulert slik at jeg fikk innblikk i logopedenes valg av tiltak, men også hvorfor de velger som de gjør. Det tredje forskningsspørsmålet ble operasjonalisert med tanke på å finne svar på hvilke arbeidsmetoder logopedene velger, og jobber ut fra. Spørsmålene bidrar til å utdype logopedens valg av teoretisk tilnærming i rehabilitering.

Hele spørreskjemaet består totalt av 36 hovedspørsmål og ti underspørsmål. Av alle disse er det 41 lukkede spørsmål med gitte svarkategorier og fem åpne spørsmål uten svarkategorier. For å gjøre det mer oversiktlig for respondentene, og for at undersøkelsen skulle fremstå lettlest og logisk oppbygget, ble spørsmålene organisert i ulike deler (De Vaus, 2002). Skjemaet i sin helhet kan ses i Vedlegg 1

Den første delen ble kalt «Bakgrunnsopplysninger». Her ble informantene først spurt om de jobber med afasi. Dette var for å forvise meg om at den informasjonen jeg hadde fått om utvalget stemte. Videre ble det stilt spørsmål om informantenes kjønn, utdanningssted, type arbeidssted og hvor lenge de har jobbet med afasi. Dette er faktorer som kan bidra til å skille logopedene som gruppe. Det ble også spurt noen innledende spørsmål om de afasirammede som informantene jobber med. Dette har til hensikt å gi et bedre innblikk i og en større forståelse for deres valg av fokus i rehabilitering. Spørsmålene gir informasjon om logopedenes omfang av afasirammede de siste tre månedene (en tidsavgrensning som skulle være oversiktlig for informanten å tenke tilbake til og som samtidig ga meg nok informasjon), hvilken aldersgruppe logopedene jobber med, om aldersgruppen påvirker videre fokus i rehabilitering, og tiden de har med hver afasirammede.

Den andre delen fikk tittelen «Om de ulike tilnærmingene». Her ble utgangspunktet for spørsmålene tatt i de to teoretiske tilnærmingene språkskadebasert og konsekvensbasert. Den første er som nevnt, delt i to tradisjoner; nevropsykologisk og kognitiv-nevropsykologisk. For og ikke forvirre informantene betydeligere, ble begge tradisjonene omtalt som skadebasert tilnærming i spørreskjemaet. Jeg må påpeke at begrepet skadebasert i skjemaet, omtales i denne oppgaven som språkskadebasert. Informantene fikk mulighet til å svare på om de generelt bruker en bestemt tilnærming hyppig i rehabilitering, og deretter gradere deres bruk på en skala fra 1 (aldri) til 6 (alltid). I etterkant ser jeg at en navngitt gradering, lettere ville latt seg presentere i resultatene. Jeg har likevel forsøkt å tolke med ord hva som kan menes med de ulike verdiene. Videre stilles spørsmål som gir meg informasjon om tilnærmingene positivt eller negativt innvirker på videre arbeid. Hva som ligger i begrepene positivt og

negativt er vanskelig å vite med sikkerhet. Likevel kan man anta at jeg som forsker og de som informanter har et tilnærmet likt syn på hva begrepene innebærer. Hva som gjør påvirkningen positiv eller negativ gir dette spørreskjemaet ikke svar på. Svarene vil til tross for dette gi meg informasjon om bestemte tendenser, blant annet om en eventuell påvirkning av tilnærmingene er i positiv forstand eller negativ forstand uansett hva det måtte innebære. Jeg minner om at å årsaksforklare ikke er intensjonen med denne undersøkelsen. Informantene fikk også et spørsmål på hver tilnærming, der de selv skulle angi om de synes et bestemt fokus i rehabilitering var språkskadebasert eller konsekvensbasert. Spørsmålene kontrollerte om vi delte samme «syn» på tilnærmingenes fokus. Alle spørsmålene har innenfor denne delen av spørreskjemaet fått samme ordlyd og formuleringer, for at informantene ikke skal la seg lede av det ene eller andre tilnærmingen, og på denne måten forsøke å ikke svekke reliabiliteten og validiteten til undersøkelsen.

Den neste delen av skjemaet ble kalt «Praksis (behandling inkludert kartlegging)». Under denne overskriften er det både en del 3 og en del 4. I del 3 forsøker spørsmålene å gi informasjon om bruk av tilnærmingene i spesifikke faser av rehabiliteringen, i kartleggingsfasen og selve behandlingsfasen. Spørsmålene omhandler: bevisst valg av tilnærming, valg av type kartleggingsverktøy, arbeidsrammenes innvirkning på logopedenes valg, og hvilken tilnærming de anser som viktigst i rehabilitering. Med disse spørsmålene ønsket jeg å se om det oppstår indikasjoner som viser en dominerende tendens til den ene eller andre tilnærmingen, eller om tendensen preges av en «både-og-tenkning». I forhold til kartleggingsverktøy er jeg interessert i å se om valg av verktøy kan ha sammenheng med valgt teoretisk tilnærming. Jeg har her tatt utgangspunkt i verktøy som grovt sett representerer og deles inn under hver av de to tilnærmingene. De generelle testene vil i resultatene presenteres som språkskadebaserte – da disse hovedsakelig ønsker å kartlegge språkvansken til afasirammede.

I del 4 har jeg valgt matriseløsningen. Jeg har satt opp ti arbeidsmetoder (påstander), der informantene kan gradere på en skala fra 1 (aldri) til 6 (alltid) i hvor stor grad de ulike «påstandene» reflekterer deres fokus i rehabilitering. Disse måtene å jobbe på er valgt ut fra Byngs (1995, norsk oversatt av Corneliussen, 2005) bredde av logopedoppgaver, og kan grovt sett representere begge tilnærmingene. En slik matriseløsning gir meg en oversikt over ulike tendenser i praksis. Jeg vil kunne se om den ene retningen dominerer mer enn den andre, eller om det preges av en «både-og-tenkning». I etterkant ser jeg at jeg også her kunne valgt navn

på verdiene, da dette mest sannsynlig hadde vært mer oversiktlig når resultatene skal presenteres og drøftes.

Den siste delen ble kalt for «Avslutningsfase/oppsummerende». Her er spørsmålenes intensjon å se om et ensidig fokus på en av tilnærmingene påvirker rehabiliteringen annerledes - enten i positiv eller negativ forstand – sett fra et praktisk logopedperspektiv. Igjen befinner det seg en usikkerhet i begrepene positivt og negativt, men det gir meg likevel en indikasjon på hva logopedene anser som sentralt i rehabilitering. Samtidig vil slike lukkede svaralternativer gi meg informasjon som lettere kan analyseres statistisk. I etterkant ser jeg at et tredje spørsmål som omfavner en kombinasjon av tilnærmingene, også kunne vært inkludert. Det ville gitt meg en klarere tendens, samtidig som jeg bedre ville ha sikret at informantene ikke lot seg lede av spørreskjemaets utforming. Dette er en svakhet ved spørreskjemaet som kan bidra til å svekke dens reliabilitet og validitet. Helt til slutt er det stilt et åpent spørsmål, der informantene har mulighet til å komme med generelle kommentarer i forhold til fokus i rehabilitering og bruk av tilnærmingene i praksis. Ved å stille åpne spørsmål får man tilgang på tilleggsinformasjon som ellers ville vært uavdekket (De Vaus, 2002). Slike svar kan imidlertid være vanskelig å analysere statistisk, og kan kanskje best presenteres kvalitativt. I min drøftingsdel vil som nevnt kommentarer bli tatt frem der de bidrar til å underbygge mine drøftinger.

### **3.4 Gjennomføring av undersøkelsen**

I forkant av selve undersøkelsen ble det utført en pilotundersøkelse. Haraldsen (1999) trekker frem at hovedpoenget med en slik pilotundersøkelse er å identifisere frafallsproblemer og problemer med spørsmålene. Pilotundersøkelsen bidrar på denne måten å sikre reliabilitet og validitet til undersøkelsen. I tillegg vil den avdekke både sterke og svake sider ved undersøkelsen. Uansett hvor grundig man er i utforming av et spørreskjema, er det helt nødvendig med forhåndstesting (Creswell, 2008). Jeg valgte å sende spørreskjemaet til 4 medstudenter og meg selv. Årsaken til at jeg sendte til meg selv var for å se utformingen ferdig, og for å få innblikk i hvordan det vil være for informantene å svare – altså få et «annet syn» på spørreskjemaet. Jeg ble også anbefalt dette av veileder. Med pilotundersøkelsen fikk jeg gode tilbakemeldinger fra medstudentene på spørsmål og svaralternativer som var gode, men fikk også påpekt der spørsmålene var uklare eller flertydige. Det ble derfor omgjort noe



på ordlyd og formuleringer for at spørsmålene ikke skulle feiltolkes før det endelige spørreskjemaet ble sendt ut til utvalget mitt.

Videre var det viktig for meg at informantene hadde interesse av å svare på min undersøkelse. Når man skal sende ut spørreskjemaet er derfor selve informasjonsskrivet viktig (Personvernombudet for forskning, 2012). For å motivere informantene til å svare og fullføre undersøkelsen må formålet med undersøkelsen og hvorfor de blir bedt om å delta komme godt frem. En anmodning om deltakelse på grunn av undersøkelsens viktighet, kan også bidra til å øke svarprosenten (ibid). I tillegg er kontakten mellom forsker og utvalg viktig, og hvordan det etableres og foregår vil påvirke svarprosent og svar kvalitet (Haraldsen, 1999). Som en del av utformingen av spørreskjemaet i Nettskjema, ble det skrevet et informasjonsskriv som ble sendt med selve undersøkelsen (se Vedlegg 2). Skrivet ga informantene den informasjonen som de trengte for å svare på spørreskjemaet.

Spørreskjemaet samt informasjonsbrevet ble sendt ut til 67 logopeder den 28. februar 2012. Av disse 67, fikk jeg tilbakemelding om at det var en ugyldig e-postadresse, fire adresser som ikke kom frem, en student, en som hadde sluttet å jobbe med afasi, og to med andre arbeidsoppgaver. Relevant utvalg bestod derfor av 58 personer. Informantene fikk frist til å respondere innen 20. mars 2012, og for dem som ikke hadde svart en uke etter første kontakt ble tilsendt en påminnelse. En ny og siste påminnelse ble sendt 14. mars. Da den endelige fristen løp ut, hadde jeg fått inn 34 svar - en svarprosent på 58,6 %. Av disse besvarelsene var det tre svar som ble tatt bort, da en ikke jobbet med afasi og to var ufullstendige. På grunn av for store mangler i de ufullstendige svarene ble de utelatt fra den statistiske analysen. Det kom likevel frem gode kommentarer i det siste åpne spørsmålet, som kan og vil inkluderes for å underbygge mine drøftinger. Til slutt stod jeg igjen med 31 besvarelser som former grunnlaget for presentasjon og drøfting av resultater.

### **3.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet til egen undersøkelse**

Når man skal vurdere graden av tillit til en undersøkelse refereres det til høy eller lav validitet og reliabilitet. Om målingen er brukbar avgjøres av om vi har fått et rett og troverdig bilde av resultatene gjennom undersøkelsen (Befring, 2007). Videre i dette kapitlet vil jeg derfor

drøfte i hvilken grad undersøkelsen er valid, undersøkelsens reliabilitet og eventuell generaliserbarhet til populasjon.

### 3.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet i en undersøkelse handler om hvordan målingene utføres, og i hvilken grad forskningen er pålitelig (Hellevik, 2002; Johannessen et al., 2010). Pålitelighet vil si at man ville fått de samme svarene ved å repetere undersøkelsen (Befring, 2007). Dersom informantene svarer tilsvarende likt ved å ta den samme undersøkelsen to ganger har undersøkelsen reliabilitet (De Vaus, 2002). Reliabilitet er derfor et uttrykk for om man har klart å redusere forekomsten av målefeil, og i hvor stor grad måleresultatene er stabile og presise. Målefeil vil si at det er forskjell på informantenes sanne skåre eller måling på en test, og den målingen som faktisk han/hun får på undersøkelsen (Gall et al., 2007). Slike målefeil kan komme av flere grunner; blant annet uklare formuleringer der informanten ikke leser spørsmålet slik forskeren har tenkt. Dette kan også svekke reliabiliteten. Spørsmål 2.3, 2.8 og 2.13 (se Vedlegg 1) kan være et eksempel på dette. Her har jeg brukt formuleringer som «inndelingen» og «videre arbeid». Disse uttrykkene kan fremstå uklare for informantene, og en tydeliggjøring og konkretisering av spørsmålene kunne bidratt til å øke reliabiliteten, for eksempel; «Påvirker denne tilnærmingen arbeidet ditt i rehabilitering med afasirammede?». Videre vil spørsmål der informantene ikke har nok kunnskap eller ikke har gjort seg opp en mening om svaralternativene også påvirke reliabiliteten negativt (De Vaus, 2002; Gall et al., 2007). For å bruke de samme spørsmålene som eksempel (2.3, 2.8 og 2.13), kan informantene med rette være lite bevisst tilnærmingenes påvirkning på rehabilitering, og dermed ikke gjort seg opp mening om dette. Det er likevel ingenting i resultatene som indikerer at dette er tilfelle, og man kan dermed anta at reliabiliteten er god. På enkelte spørsmål, f.eks. 1.8, 2.1, 2.6 (se Vedlegg 1) er det gitt «vet ikke»-svaralternativer. Dette er gjort for å ta høyde for at noen av informantene ikke har gjort seg opp en mening eller tatt stilling til spørsmålet. Informantene vil derfor unngå å måtte krysse av på mer eller mindre tilfeldige svar dersom de er usikre eller ikke vet. Jeg har også brukt «annet»- som svaralternativ (f.eks. spørsmål 1.4, 1.5, 3.6,) med det samme i tankene. Dette har vært for å sikre at jeg får med alle informantene, og at alle får det svaret som representerer hver enkelt på best mulig måte. På denne måten opprettholdes en god reliabilitet.

Videre er det flere grep man kan gjøre for å sikre reliabilitet. I forkant av undersøkelsen ble det gjennomført en pilotundersøkelse der testpersonens tilbakemeldinger førte til endringer i skjemaet. Jeg har også lagt vekt på nøyaktighet ved innlegging av data i SPSS (dataene ble kontrollert i etterkant). Det kan også nevnes at det er viktig å tydeliggjøre fremgangsmåten og premissene for en konklusjon. På denne måten bidrar man til at andre senere kan gi en tilsvarende konklusjon med de samme premissene. Det skal altså være mulig å bekrefte at data og konklusjoner er korrekte ved å ha tilstrekkelig med informasjon om prosessen og dermed kunne vurdere om konklusjonene følger av data (Vedeler, 2000). I tillegg har jeg i denne undersøkelsen forsøkt å lage gode nok spørsmål, slik at det senere skal kunne være mulig for populasjonen å gi samme svar på de samme spørsmålene (De Vaus, 2002). Dette setter også krav til hvordan spørsmål og svaralternativer blir formulert. Klare og tydelige spørsmål er vesentlig da det bidrar til færre feiltolkninger og målefeil (De Vaus, 2002). Flere steder i undersøkelsen kan målefeil på grunn av uklare formuleringer diskuteres. For at for eksempel spørsmål 2.15 ikke skulle påvirkes for mye av spørsmålsformuleringen til 2.11, kunne spørsmålet vært uttrykt på en annen måte (se Vedlegg 1). Jeg skulle muligens ikke brukt begrepet 'konsekvens' i spørsmålets formulering, da dette kan ha påvirket informantenes svar. Samtidig blir tilnærmingen i litteraturen presentert som konsekvensbasert og dermed kan man ikke avgjøre om informantene har latt seg lede av mine formuleringer, eller av sin egen kunnskap. Ved spørsmål 3.2 har flere svart både mindre og mer enn 4 alternativer, og i etterkant ser jeg at en bedre tydeliggjøring av og *kun* velge fire alternativer ville bidratt til at informantene ikke overså dette. Likevel er dette feil som man må regne med i slike undersøkelser. Feiltolkninger kan bidra til at det er vanskeligere å bruke dataene slik de i forkant var tenkt. I tillegg kan ufullstendige svar fra informantene bidra til manglende informasjon i resultatene og de statistiske målene kan dermed fremstå mer usikkert. Dette vil kunne få betydning hvis det er ønskelig å generalisere til populasjonen.

Til slutt vil jeg trekke frem at flere spørsmål om samme tema kan sikre flere indikatorer på det man ønsker å måle, og på den måten gi undersøkelsen god reliabilitet. I min undersøkelse har jeg spurt spørsmål som kontrollerer at jeg som forsker og de som informanter tenker «i samme bane» (f.eks. spørsmål 2.5, 2.10 og 2.15 – se Vedlegg 1), eventuelt hvis vi tenker ulikt så kommer også dette frem. Spørsmålene har ikke fasitsvar, og det er fullt mulig for informantene å være uenig i det som teorien sier.

En viktig ting å merke seg er at undersøkelsen kan være reliabel uten å være valid. Det vil si at forskeren kan være nøyaktig i prosessen med innhenting og bearbeiding av data, men at spørsmålene i spørreskjemaet ikke er en operasjonalisering av det man ønsker svaret på. I undersøkelser er reliabilitet viktig, men ikke dekkende nok da det ikke får frem tydelig om man måler det man ønsker å måle. Med dette ønsker man derfor at undersøkelsen fremstår valid.

### 3.5.2 Validitet

Validitet handler om resultatenes gyldighet; at undersøkelsen måler det vi ønsker å måle (Befring, 2002; De Vaus, 2002). Cook og Campbell har utviklet et generelt validitetssystem som omfatter fire typer av validitet som må tilfredsstilles, og som jeg vil ta utgangspunkt i (Lund, 2002b). I hovedsak er deres system utformet for kausale undersøkelser, men blir også brukt i beskrivende forskning (Lund, 1996). Systemet er blitt brukt som en metodologisk referanseramme innen kvantitativ forskning og kan derfor ha nytteverdi for flere undersøkelser som involverer kvantitative data. De skiller mellom fire ulike typer validitet: statistisk validitet, begrepsvaliditet, ytre validitet og indre validitet (Lund, 2002b). Den sistnevnte validiteten vil ikke bli drøftet videre her, da denne i hovedsak dreier seg om å påvise årsakssammenhenger (mer aktuell i kausale undersøkelser) som ikke har vært hensikten med denne oppgaven.

Den første, statistisk validitet, refererer til hvorvidt de statistiske forutsetningene for å foreta en analyse er tilstede (Lund, 2002b; Vedeler, 2009). Det forteller om det er tilstrekkelig statistisk grunnlag for å trekke konklusjoner av dataene. Mer spesifikt innebærer det om sammenhengene er statistisk signifikante (Lund, 2002b). Statistisk signifikans handler om i hvilken grad man kan slutte at sammenhengen man har funnet representerer noe systematisk og ikke er et resultat av tilfeldigheter. Slutninger som trekkes på grunnlag av statistisk beregninger, kan betraktes som valide når det er mulig å finne tendenser i data som har nok styrke til at de kan betegnes som statistisk signifikant. I denne undersøkelsen har jeg valgt en statistisk signifikans på .05 nivå. Signifikanssannsynligheten for samfunnsvitenskapelige undersøkelser blir vanligvis satt til  $p < .05$ . Det vil si at det er 5 % sannsynlighet for at det i realiteten ikke er en systematisk sammenheng mellom variablene. Resultatene fra denne undersøkelsen indikerer få signifikante sammenhenger, og man kan dermed ikke trekke slutninger om at resultatene fra denne undersøkelsen ikke er et resultat av tilfeldigheter. Dette

kan mest sannsynlig ha sammenheng med størrelsen på undersøkelsens utvalg. Små normgrupper øker sjansen for betydelig utvalgsfeil (Murphy & Davidshofer, 2001). Dermed bør den statistiske validiteten styrkes i en spørreundersøkelse ved å øke antall observasjoner (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Siden mitt utvalg var mest formålstjenlig for oppgavens tema og problemstilling, og afasidag-listene ble vurdert som det beste alternativ – var flere observasjoner ikke aktuelt, og kan dermed redusere den statistiske validiteten. Gall, Gall og Borg (2007) mener at det i kvantitative design må være et utvalg på over 30 informanter for at man skal kunne trekke statistiske slutninger fra utvalget til populasjonen. Det endelige utvalget bestod av 58 informanter med 31 brukbare svar, som dermed anses som stort nok for en kvantitativ undersøkelse. Videre vil den statistiske validiteten være en nødvendig forutsetning for de andre validitetene (Lund, 2002b).

Den andre, ytre validitet, trekker frem hvilke muligheter man har for å generalisere resultatene (Lund, 2002b; Vedeler, 2009). Det er et grunnleggende mål i forskning å generalisere funn fra en studie til en større populasjon (De Vaus, 2002). I denne undersøkelsen handler ytre validitet om i hvilken grad funnene kan være gjeldende for alle logopedier som jobber med afasi. Denne undersøkelsen har benyttet ikke-sannsynlighetsutvelging, det vil si at sannsynligheten for å bli valgt er ukjent. Dette bidrar til at representativiteten ikke sikres like godt fordi man velger ut fra det som er tilgjengelig (Gall et al., 2007; Lund, 2002a). Utvalget i spørreundersøkelsen representerer med andre ord ikke målpopulasjonen på en mer generell tilfeldig måte, som igjen fører til at det i etterkant kan bli vanskeligere å generalisere resultatene til alle afasilogopedier i Norge.

Et ytre validitetsproblem, som man også må regne med i spørreskjemaundersøkelser, er frafall. For å generalisere resultatene til populasjonen bør svarprosenten være forholdvis høy. Hva som regnes som å være en akseptabel svarprosent avhenger av datainnsamlingsmetode, type informanter, emnets vanskelighetsgrad og sensitivitet (Ilstad, 1989). Ifølge Haraldsen (1999) bør det være en svarprosent mellom 60 og 75 % i postale undersøkelser. I denne undersøkelsen er svarprosenten 58,6 %, som i sammenheng med type informanter og emnets vanskegrad trolig kan anses som et akseptabelt nivå. Statistisk generaliserbarhet har dermed også noe å si i forhold til ytre validitet. Med et endelig utvalg på 31 informanter i denne undersøkelsen kan resultatene i noen grad generaliseres, fordi utvalget er akkurat stort nok. Likevel ønsker man at utvalget trekkes tilfeldig, som det i denne undersøkelsen ikke er, og dermed kan man ikke generalisere med sikkerhet. Siden vi ikke vet størrelsen på populasjonen, kan dette også være med på å svekke den ytre validiteten.

Andre forhold som kan påvirke ytre validitet, er stor variasjon i individtyper, situasjoner og tider. For store variasjoner vil være mer usikkert når man ønsker å generalisere (Lund, 2002b). I undersøkelsen er det spredning i logopedenes erfaring og logopedenes omfang av afasirammede. Dette er eksempler på faktorer som kan påvirke ytre validitet. Samtidig vil et for homogent utvalg være en utfordring, fordi individene er for like. Et utvalg som er for ensartet kan gjøre det vanskelig å generalisere resultatene senere (ibid). I denne undersøkelsen har utvalget en relevant likhet, de jobber med afasi (situasjonsnivå) og tilhører samme tid. Man kan derfor argumentere for at undersøkelsen har god ytre validitet. Likevel vil personene ha individuelle forskjeller. Utvalget mitt er spredt geografisk, utdanningsmessig og erfaringsmessig, og kan derfor sies og ikke være *for* ensartet. Selv om slike faktorer bidrar til å styrke den ytre validiteten, kan man oppsummert anta at resultatene for denne undersøkelsen i mindre grad kan gjelde for flere som arbeider innenfor samme felt og til samme tidsperiode. Siden vi ikke vet hvor mange logopeder som jobber med afasi, er det vanskelig å vite med sikkerhet om mitt utvalg er et representativt utvalg. Likevel vil jeg ikke utelukke at disse resultatene kan gi en indikasjon på hva logopeder legger vekt på i rehabilitering med afasirammede.

Den tredje typen, begrepsvaliditet, ser på i hvilken grad det instrumentet man har konstruert for undersøkelsen, som i dette tilfellet er spørreskjema, måler det man har tenkt å måle (Lund, 2002b; Vedeler, 2009). Spørreskjema er godt egnet for å gi og få informasjon av et stort utvalg på samme tid, og disse dataene kan lettere analyseres statistisk (Johannessen, et al., 2010). Dette gir større rom for å generalisere resultatene fra utvalget til populasjonen. Samtidig begrenser spørreskjemaet seg som metode, ved at man ikke kan oppklare spørsmål underveis eller gi oppfølgingsspørsmål. Den som svarer kan påvirkes av andre spørsmål, og man kan ikke kontrollere at respondenten har forstått eller tolket spørsmålene riktig (Mordal, 2000; De Vaus, 2002). Begrepsvaliditet blir med andre ord brukt om graden av samsvar mellom begrepet slik man har definert det, og begrepet slik man har lyktes med å operasjonalisere det (Vedeler, 2009). I spørreskjemaet har jeg for eksempel bevisst brukt begrepene skadebasert og konsekvensbasert tilnærming (med korte beskrivelser) i rehabilitering. Hvis det er mangel på klare definisjoner på det som anses som nøkkelbegreper i undersøkelsen kan det bidra til å svekke begrepsvaliditeten. Samtidig er spørreskjemaet rettet mot og utviklet for logopeder som arbeider med afasirammede, og det er benyttet velkjente grunnleggende begreper som man kan forvente at slike fagfolk kjenner innholdet av. Siden jeg selv ble kjent med begrepene i mitt studiet, antar jeg at logopedene som jobber ute i

feltet også har fått noe tilsvarende i sin utdanning. En utfordring ble likevel å prøve å lage enkle spørsmål om et komplekst fenomen, der alle skal ha mulighet til å svare på mest riktig måte. Jeg har forsøkt å ivareta begrepsvaliditeten ved og på forhånd tilegne meg forkunnskaper om temaet. Dette har vært viktig for at både jeg som forsker og de som informanter har samme teoretiske ståsted for å unngå for mange misforståelser. Jeg kunne spurt mine informanter om deres teoretiske kunnskap av egen interesse og for å vite helt sikkert at vi satt med samme forståelse, men dette hadde ikke en klar sammenheng med resten av oppgaven og ble dermed utelatt. Oppsummerende handler validitet om kvaliteten på spørreskjemaet. I denne sammenheng har vært spørsmål i spørreskjemaet blitt operasjonalisert til å besvare hvert av de tre forskningsspørsmålene på best mulig måte.

### **3.6 Ethiske overveielser**

Når man skal gjennomføre et forskningsprosjekt må man forhold seg til ulike etiske retningslinjer. Dette er for å beskytte mot psykisk stress, skade, tvang eller uærlighet om formålet med undersøkelsen (De Vaus, 2002). I kvantitative undersøkelser er forholdet mellom informant og forsker mer upersonlig, men det stiller likevel krav til etiske overveielser (Gall et al., 2007). Informantene i denne undersøkelsen deltar frivillig, og «som hovedregel skal forskningsprosjekter som inkluderer personer, settes i gang bare etter deltakerens informerte og frie samtykke» (NESH, 2006, s.13). Med fritt samtykke menes det at personene ikke utsettes for ytre press som kan hemme deres handlingsfrihet og være en ulempe for dem selv. Med informert samtykke menes det at informantene i dette prosjektet blir informert om deres deltakelse og rolle (ibid). Dette setter videre et krav om tilstrekkelig informasjon fra forskeren i forkant av undersøkelsen. Som NESH (2006) også påpeker skal «de som er gjenstand for forskning, få all informasjon som er nødvendig for å danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, av følgene av å delta i forskningsprosjektet og av hensikten med forskningen.» (s.12). For å på best mulig måte ivareta dette, ble det sendt ut et informasjonsskriv til de utvalgte informantene (se Vedlegg 2). I dette skrivet ble det informert om sentrale forhold ved prosjektet, dens formål, bruk av metoder og det som skulle ha betydning for deres deltakelse av undersøkelsen. Det ble påpekt at informantene gir sitt samtykke til å delta ved å svare på spørreundersøkelsen. Det er videre viktig å konstatere at all informasjon blir behandlet konfidensielt, og at man ønsker å ivareta deres anonymitet på best mulig måte. Jeg har brukt UiOs Nettskjema, og dette har gitt meg mulighet til å velge en

anonym undersøkelse. For å delta måtte informantene bruke et tilsendt brukernavn og passord, som ga dem hvert sitt referansenummer i resultatlistene. Det ble derfor umulig for meg å spore hvem som har svart på invitasjonen, og hva dem har svart. Det settes med andre ord strenge krav til hvordan identifiserbare opplysninger som f.eks. lister med navn oppbevares og tilintetgjøres (NESH, 2006). De må også kunne velge selv om de vil delta, og vite at de kan trekke seg når som helst (De Vaus, 2002). På denne måten ivaretar man retten til selvbestemmelse. I denne undersøkelsen samles det ikke inn følsom informasjon, og det bes kun om enkle personopplysninger som kjønn og type arbeidssted. Vurderingen er derfor at informantene utsettes for minimal risiko for skade ved å delta i denne undersøkelsen.

I tillegg til de nevnte momentene er det enkelte etiske hensyn å forholde seg til når man skal presentere resultatene i analysedelen og selve rapporteringen. I forhold til rapportering er det viktig å gjengi hva man har gjort i et godt dokumentert metodekapittel (De Vaus, 2002). Når man skal presentere resultatene er det viktig at beskrivelsene ikke oppleves som uthenging av informantene, og at man ikke prøver å overdrive funnene. Noen funn vil diskuteres mer enn andre. Dette er avhengig av mitt teoretiske utgangspunkt og relevans for problemstillingen.

Siden datainnsamlingen foregår elektronisk og opplysninger om informantene og resultatene lagres elektronisk, har man meldeplikt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjenestepersonvernombudet for forskning (NSD) (Johannessen et.al, 2010). Med opplysninger menes data som kan identifisere enkeltpersoner enten direkte eller indirekte (NSD, 2012). Prosjektet ble godkjent av NSD (se Vedlegg 3).



## 4 Presentasjon og drøfting av resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere og drøfte undersøkelsens resultater. Først vil bakgrunnsinformasjon om utvalget omtales. Deretter vil de tre forskningsspørsmålene fra innledningen danne utgangspunkt for videre presentasjon og drøfting;

- *Hvilken teoretisk tilnærming står i fokus hos logopeder når de jobber med afasirammede?*
- *Hvilke kartleggingsverktøy står sentralt i rehabilitering? Samsvarer disse med tilnærmingene som står i fokus?*
- *Hvordan vurderer logopedene eget bruk av arbeidsmetoder?*

Siden spørreskjemaets deler er bygd opp i den ordenen som forskningsspørsmålene, vil resultatene i hovedsak legges frem i den rekkefølgen de ble stilt i spørreskjemaet. Se vedlegg 1 for utfyllende spørsmålstekst i spørreundersøkelsen.

### 4.1 Bakgrunnsinformasjon

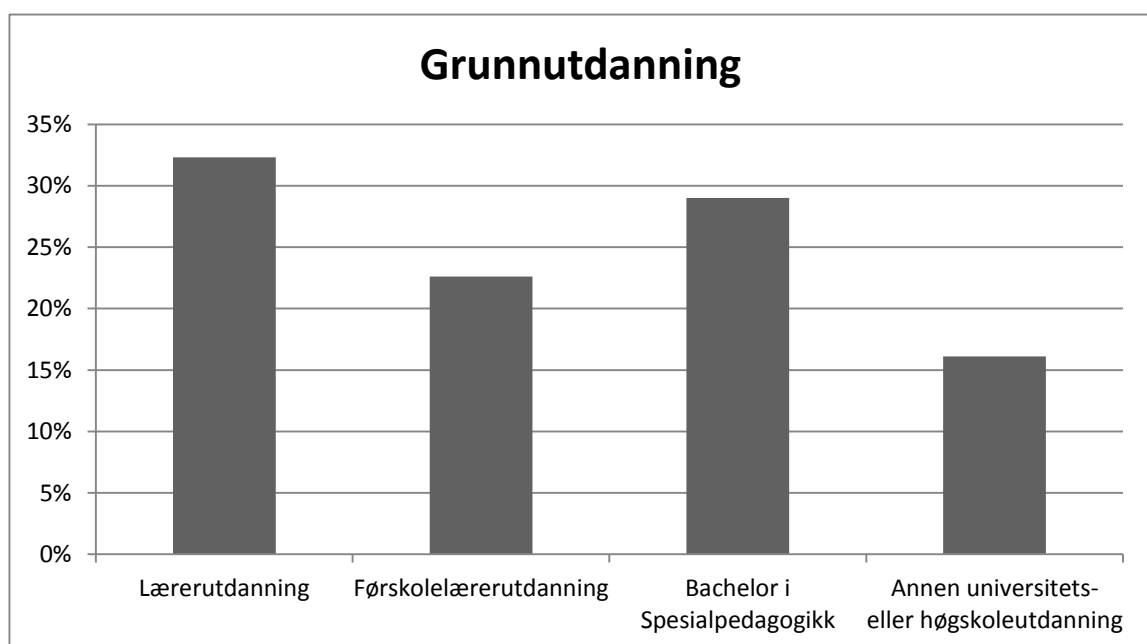
Når resultatene fra undersøkelsen skal presenteres og drøftes tas det utgangspunkt i svarene fra 31 logopeder som arbeider med afasi. Minner om at kommentarer fra det ene ufullstendige svaret vil inkluderes der de støtter opp til drøftingene mine, men vil ikke være en del av statistikken (på grunn av for store mangler).

#### 4.1.1 Logopedene

Logopedene som besvarte undersøkelsen representerer 30 kvinner, samt en person hvor kjønn ikke er oppgitt. Selv om også menn var en del av utvalget (7 personer) er disse sannsynligvis ikke representert i denne undersøkelsen. Jeg vil dermed utelukke drøfting av kjønnsforskjeller, da fordelingen er skjev eller ikke-eksisterende. Derimot har logopedene i denne undersøkelsen ulik bakgrunn, som kan påvirke deres arbeidsmetoder, valg av verktøy og teoretisk tilnærming i rehabilitering og som derfor er interessant å se nærmere på her.

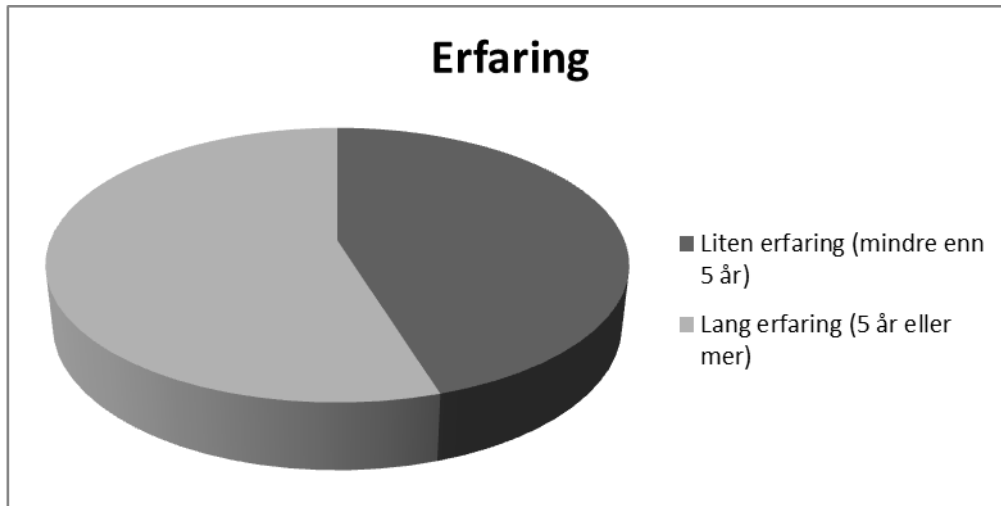
Den første forskjellen er grunnutdanningen logopedene har forut for deres logopedutdanning. Tidligere har logopedenes grunnutdanning i hovedsak vært lærerutdanning eller

førskolelærerutdanning, mens det i dag også inkluderes andre pedagogiske grunnutdannelse (Rygvoid, 2005). Tallene fra denne undersøkelsen viser at den ene halvparten (55 %) av logopedene har enten lærer- eller førskolelærerutdanning. Mens den andre halvparten (45 %) av logopedene har grunnutdanning i bachelor i spesialpedagogikk eller annen universitets- eller høyskoleutdanning. Resultatene viser en interessant tendens mot at andre grunnutdannelse, her spesielt spesialpedagogisk utdanning, har vokst mer frem og kan antas å være like vanlig som grunnutdanningene lærer og førskolelærer. Dette kan bidra til å skape et bredere spekter av erfaringer og forkunnskaper til logopediutdanningen, og til senere i arbeidslivet i forhold til valg av arbeidsmetoder og fokusområder.



Figur 4-1: Fordeling av logopedenes grunnutdanning i prosent

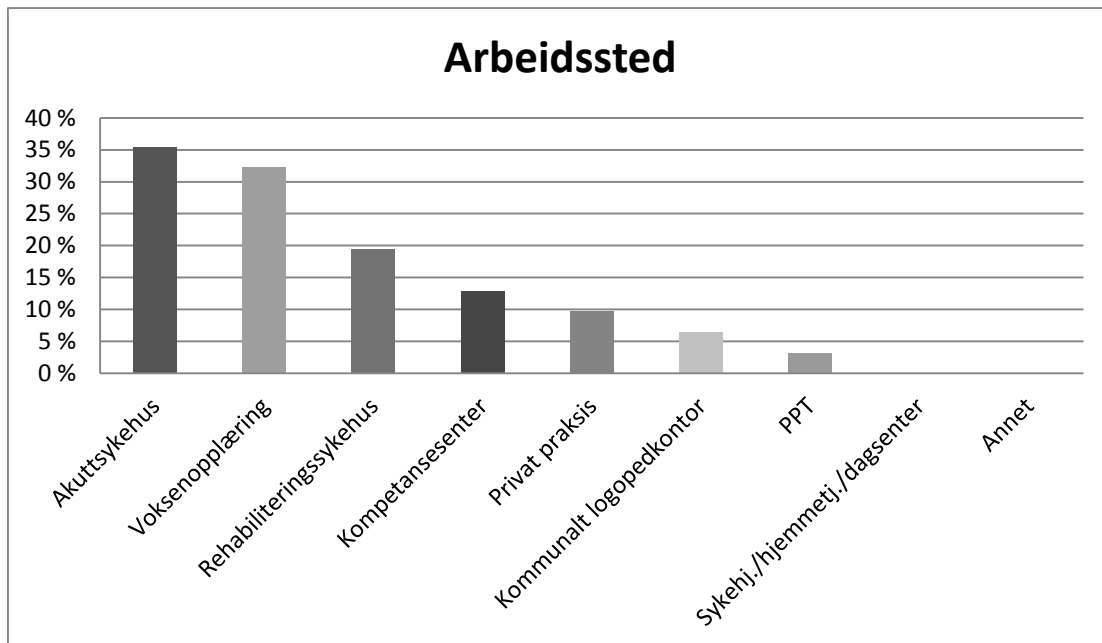
Logopedens arbeidserfaring utgjør også en forskjell, derfor bør jeg videre se nærmere på dette. I spørreundersøkelsen ble svaralternativene fordelt i fire kategorier (Se Vedlegg 1), men for å få en bedre oversikt har jeg her valgt å dele erfaringen i to grupper; de med mye erfaring (jobbet 5 år eller mer) og de med liten erfaring (mindre enn 5 år).



Figur 4-2: Todelt fordeling av logopedenes erfaring

Som figur 4-2 viser, har den ene halvparten (55 %) av logopedene lang erfaring og den andre halvparten (45 %) liten erfaring. Dette tyder på at logopedene i denne undersøkelsen, representerer god og bred arbeidserfaring om oppgavens tema. I tillegg kan det være fordel for undersøkelsens resultater at begge gruppene er godt representert. Med utgangspunkt i at fagfeltet stadig forandrer seg i takt med økt kunnskap (Rygvold, 2005), er en antagelse at pensumet utdanningsstedet vektlegger ikke representerer det samme som for 10-20 år siden. Min hypotese er at logopedene med liten erfaring trolig har hatt ulikt fokus i pensum under utdanning sammenlignet med utdannelsen til de med lang erfaring. I samsvar med mer forskning har tilnærmingene til rehabilitering forandret seg fra et ensidig perspektiv på tilbakeføring av språket (språkskadebasert), til å også fremme en funksjonell kommunikasjon hos den afasirammede (Patterson & Chapey, 2008). Med andre ord kan man anta at det i senere tid også har blitt mer fokus på en konsekvensbasert tilnærming. Dette kan bidra til at kunnskapen hos de med lite erfaring kan være både annerledes og lik den kunnskapen som de med lang erfaring representerer. Videre kan en antagelse være at de med lite erfaring bruker pensum/litteratur mer aktivt når de er ny ute i fagfeltet enn de med lang erfaring, og kan derfor lettere ha tilgang til informasjon om tilnærmingene. Dette kan være med på å påvirke logopedens svar til undersøkelsen. Samtidig er det viktig å påpeke at utvalget mitt er basert på informanter som deltok på afasidagene, og de er mest sannsynlig interessert i ny og bred kunnskap om afasi som fagfelt, uavhengig av erfaring. Med dette er det derfor gunstig at både informantene med liten og lang erfaring er representert i denne spørreundersøkelsen.

En tredje forskjell er at informantene representerer flere ulike typer arbeidssteder både innen privat sektor og innen offentlig sektor. Fem informanter har også svart at de jobber to steder. Kombinasjonene som kom frem var; akuttsykehus og rehabiliteringssykehus (N=3), rehabiliteringssykehus og voksenopplæring (N=1), og PPT og voksenopplæring (N=1).



Figur 4-3: Fordeling over logopedenes arbeidssteder i prosent

Figur 4-3 viser at den største gruppen, 35,5 %, av logopedene i denne spørreundersøkelsen jobber på akuttsykehus, tett etterfulgt av voksenopplæring med 32,3 %. Svarene viser at det er ingen som jobber på sykehjem/hjemmetjeneste/dagsenter eller med «annet», som kan være for eksempel skole/barnehage/barne- og ungdomspsykiatri. Det har mest sannsynlig sammenheng med at det på disse stedene arbeides lite med rehabilitering av afasirammede. I tillegg utgjør ikke de ovennevnte arbeidstedene alene en stor gruppe for denne undersøkelsen, og vil dermed ha lite betydning for videre drøfting av resultater.

#### 4.1.2 Arbeid med afasirammede

Alle 31 logopedene som er inkludert i denne spørreundersøkelsen jobber med afasirammede. Logopedene har ulik arbeidserfaring, ulik grunnutdanning og ulik type arbeidssted, samt at de har forskjeller i antall afasirammede de arbeider med, hvor ofte de møter dem og hvilken aldersgruppe de afasirammede presenterer, som derfor er interessant å se nærmere på her.

Logopedene svarer i undersøkelsen at de siste tre månedene har de gjennomsnittlig arbeidet med 11 afasirammede. Ved å sammenligne logopedenes erfaring med antall afasirammede de siste tre månedene, ser det ut til at de med lang erfaring generelt har jobbet med flere afasirammede enn de med lite erfaring. Logopedene i undersøkelsen som jobber på sykehus har behandlet flere afasirammede de siste tre månedene enn de som jobber andre steder, de har også oftere over ti afasirammede. En antagelse kan være at afasi som logopedisk fagområde blir arbeidet mest med på sykehus. Videre er det i denne undersøkelsen et overtall av logopeder som jobber på sykehus og som derfor kan føre til at resultatene påvirkes. Man kan tenke seg at logopeder på andre typer arbeidsplasser, som for eksempel voksenopplæringen, jobber like mye med afasirammede – men at denne undersøkelsen ikke utdyper dette nok.

Når det kommer til omfang av tilbud for den enkelte afasirammede, strekker logopedenes svaralternativer seg fra antall ganger til antall timer per uke. Dette gjør det vanskelig å kategorisere og beregne tallene statistisk. En tendens jeg likevel legger merke til er at det ofte nevnes tre timer eller tre ganger, som kan være veiledende, men usikkert. Henviser til Vedlegg 4 for utfyllende tabell over svarene til informantene.

Videre jobber logopedene med ulike aldersgrupper i rehabilitering som er interessant å se nærmere på. For undersøkelsens del har jeg delt de afasirammedes alder i to grupper; unge (t.o.m. 50 år) og eldre (f.o.m. 51 år) for å se om dette har betydning for valg av teoretisk tilnærming i rehabilitering. Nedenfor viser tabell 4-1 en oversikt over svarene fra undersøkelsen.

Tabell 4-1: Fordeling over antall logopeder som jobber med unge og/eller eldre afasirammede

	Antall	Prosent
Valid Unge	0	0
Eldre	5	16.1
Begge deler	26	83.9
Ingen av delene	0	0
Total	31	100.0

Funnene viser at ingen logopeder jobber bare med unge afasirammede. Ca. 84 % av logopedene jobber både med unge og eldre afasirammede, mens ca. 16 % jobber kun med eldre. I og med at ingen logopeder jobber med bare unge afasirammede, er det vanskelig å sammenligne alderens påvirkning til valg av tilnærming i rehabilitering. For de som har svart at de behandler både unge og eldre kommer det ikke spesifikt frem i denne undersøkelsen hvilken tilnærming de har benyttet mest innenfor de ulike aldersgruppene. Likevel kan det se ut til at de som bare jobber med eldre, oftest velger en kognitiv nevropsykologisk tradisjon som teoretisk tilnærming, mens de som jobber med begge deler generelt velger begge tilnærmingene mye. Dette er naturlig, da de ulike aldersgruppene krever ulike behov i rehabilitering som dermed gjør at en kombinasjon av tilnærmingene er optimalt. Alder er en av mange faktorer som kan påvirke hvordan afasien arter seg og hvordan prognosene for bedring vil være (Cherney & Robey, 2008). Samtidig er det viktig å påpeke at alderen ikke utelukkende definerer personens afatiske vansker, da eldre og unge afasirammede kan identifiseres med samme type vansker. Av størst betydning for bedring er heller skadens lokalisering i hjernen, type rehabilitering og omfang av skaden (Cherney & Robey, 2008; Sundet & Reinvang, 1993). Sundet og Reinvang (1988) påpeker at personens alder indirekte har betydning for bedringsforløpet og målene i rehabilitering, siden eldre mennesker ofte har et annet sykdomsbilde enn yngre. Samtidig viser forskning at det i hovedsak ikke er noe som tyder på at det er forskjell mellom unge, middelaldrende eller eldre, samt vil heller ikke personens kjønn eller utdanning ha en stor betydning for prognosene senere (Sundet & Reinvang, 1988). Med andre ord er det personens afatiske vansker man hovedsakelig tar utgangspunkt i, og ikke hvilken alder de har. Hovedregelen er at bedringen står i forhold til utgangspunktet (ibid), og derfor vil personens afatiske vansker ha betydning for utfallet av rehabiliteringen.

Videre er det likevel interessant å se om logopedene i undersøkelsen tenker at alder påvirker rehabilitering. Ca. halvparten av logopedene svarer at afasirammedes alder påvirker deres fokus videre i rehabilitering. Med bakgrunn i at den afasirammedes individuelle behov skal avgjøre tilbudets form, innhold og omfang (Qvenild et al., 2010), kan afasirammedes alder ha en betydningsfull og medvirkende faktor. Blant kommentarer fra logopedene nevnes den afasirammedes livssituasjon som en avgjørende faktor for hvordan treningen vil arte seg. For eldre påpeker en logoped at hovedfokuset ofte handler om kommunikasjon og veiledning med pårørende. Mens en yrkesaktiv afasirammet som man antar vil ha en funksjon som tilsier at de har mulighet til å komme tilbake i jobb, vil få tilrettelagt rehabiliteringen sin etter dette.

Hvilken rehabilitering logopeden snakker om kan jeg ikke vite med sikkerhet, da dette ikke fremheves. Dette kan anses som en svakhet ved åpne spørsmål. Hvor mye logopedene utdyper sine svar avhenger trolig av deres interesse for og tid til undersøkelsen, og uklarheter må derfor regnes med. Videre antyder en annen logoped at: «de som er yrkesaktive og har mulighet til å komme tilbake til jobb, får nok mer allsidig treningstilbud mht. ekspressiv og impressiv språk og lese- og skriveferdigheter som forutsettes i arbeidslivet». Ut fra denne logopedens kommentar kan jeg tolke det som at den språkskadebaserte tilnærmingen i rehabilitering er viktig for yrkesaktive afasirammede, og blir derfor fremhevet i rehabiliteringen. Min antagelse er likevel at den konsekvensbaserte tilnærmingen kan være like viktig når man skal tilbake til jobb. For selv om språkvanskene innbefatter begrensninger, vil psykososiale faktorer hos den rammede også kunne hindre personen i å møte til jobb, med forbehold om type arbeid personen har. Videre skisserer en annen logoped at: «jeg jobber individtilpasset, da spiller alder inn på samme måte som kjønn, interesser, familiesituasjon, yrke mm, hvordan treningssituasjonen legges og tilpasses». Dette kan tolkes som at behovet favner en helhetlig rehabilitering. Uansett alder gis det mulighet til en målrettet rehabilitering med ønske om bedring. Motivasjon kan også oppgis som å ha betydning for og er en viktig del av personens fremgang. Rehabiliteringen blir å føre den afasirammede personen frem til et optimalt liv, innenfor de individuelle forutsetningene som ligger til grunn (Tangerud, 2001). Dette er et perspektiv som bekrefter det unike med enhver person som rammes av afasi (Reinvang, 1994).

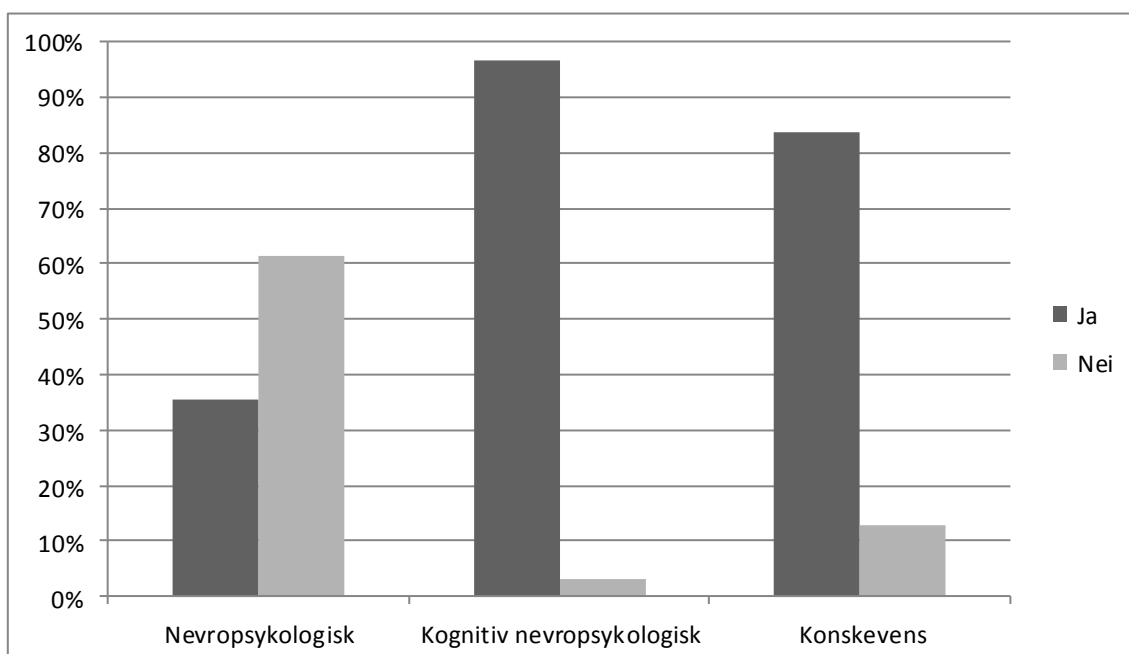
## 4.2 Bruk av tilnærminger i rehabilitering

For å belyse forskningsspørsmål 1: *Hvilken teoretisk tilnærming står i fokus hos logopeder når de jobber med afasirammede?* har jeg samlet inn informasjon om hvilken teoretisk tilnærming de bruker, omfang av tilnærmingene, og om tilnærmingene påvirker deres arbeid positivt eller negativt. Logopedene ble også spurt om hvilken tilnærming som representerer hvert fokus i rehabilitering, for å undersøke samsvar mellom teori om tilnærmingene og logopedens praksis. Med fokus mener jeg hva logopedene vektlegger i rehabilitering, om det for eksempel er språkfunksjon og bedring av den, eller om det er språket brukt i kommunikasjon med andre. Videre presenteres og drøftes logopedenes bruk av tilnærmingene i rehabilitering.

## 4.2.1 Språkskadebasert versus konsekvensbasert tilnærming

Den språkskadebaserte tilnærmingen deles i to tradisjoner, nevropsykologisk og kognitiv nevropsykologisk, der begge primært fokuserer på afasi som en språkvanske, med tilhørende intervensjon på spesifikke språklige elementer (Thompson & Worrall, 2008; Qvenild et al., 2010; Aten, 1986). På den andre siden fokuserer den konsekvensbaserte tilnærmingen primært på hvilke konsekvenser afasi har for den afasirammede med utgangspunkt i for eksempel livsutfoldelse, kommunikasjon med andre, livskvalitet og lignende (ibid). For å forsøke å svare på det første forskningsspørsmålet har jeg nedenfor satt inn i en figur hvor hyppig de to teoretiske tilnærmingene blir brukt av logopedene i rehabilitering.

Jeg ønsket i utgangspunktet å sette sammen de to tradisjonene til en språkskadebasert tilnærming i tabellen. Hensikten var å forsøke å gjøre det lettere å se om en av tilnærmingene pekte seg ut i rehabilitering med afasirammede. Ut fra oppbygging av spørreskjemaet var en direkte sammenligning ikke mulig. Derfor presenteres en oversikt over de to tradisjonene innen den språkskadebaserte tilnærmingen sammen med den konsekvensbaserte tilnærmingen. Siden informantene ble spurt om hver tilnærming for seg utgjør ikke disse tallene til sammen 100 %.



Figur 4-4: Fordeling over logopedenes mest brukte fokus i rehabilitering (med mulighet til å svare på flere)



Resultatene fra undersøkelsen viser at et overtall av logopedene (61,3 %) ikke bruker den nevropsykologiske tradisjonen hyppig i rehabilitering. Innenfor denne tradisjonen grupperes afasirammede etter fellestrekk i språkfunksjon/vanske (Qvenild et al., 2010). Selv om tradisjonen ikke brukes hyppig utelukker ikke dette at den brukes i noen grad. Derfor ble logopedene spesifikt bedt om å gradere deres bruk av tradisjonen. Graderingen inkluderer en skala fra 1 (aldri) til 6 (alltid) - der jeg har tolket verdiene 1-3 som sjeldent brukt og verdiene 4-6 som mye brukt. Det viser seg at 64,5 % av logopedene responderte med en verdi på 2 eller 3, som tolkes som sjeldent brukt. Dette samsvarer med svaret ovenfor.

Videre ser man ut fra figur 4-4 at hele 96,8 % av logopedene i denne undersøkelsen bruker den kognitive nevropsykologiske tradisjonen hyppig i sin rehabilitering. Denne tradisjonen tar utgangspunkt i kognitive prosesser som er skadet og hvilke som er intakt, og jobber ut fra en normal språklig prosesseringsmodell (Qvenild et al., 2010; Basso, 2003). Over 80 % av logopedene graderte bruken som en verdi på 5 eller 6, som tolkes som mye brukt. Denne tradisjonen følges tett av den konsekvensbaserte tilnærmingen, som fokuserer på den psykososiale vansken ved det å få afasi (Thompson & Worrall, 2008; Qvenild et al., 2010; Aten, 1986; Simmons-Mackie, 2008). Her svarer 83,9 % av logopedene at de fokuserer hyppig på denne tilnærmingen i rehabilitering. Dette samsvarer med graden av bruk, der to tredjedeler av logopedene svarer verdi til 5 og 6, altså forstått som mye brukt.

Logopedenes valg av tilnærming kan påvirke deres arbeid i rehabilitering. 38,7 % av logopedene svarte at den nevropsykologiske tradisjonen påvirket deres arbeid i rehabilitering, av disse var det 35,5 % som mente at påvirkningen er positiv. Videre er logopedene nesten enstemmig enige om at den kognitive nevropsykologiske tradisjonen påvirker arbeidet, der 87 % av disse mener det er i positiv forstand. Til slutt mener 87 % at den konsekvensbaserte tilnærmingen påvirker arbeidet i rehabilitering, der nesten like mange, 80,6 %, mener at påvirkningen er positiv.

Oppsummerende viser disse tallene samt figur 4-4 at et flertall av logopedene bruker den kognitive nevropsykologiske tradisjonen hyppig i sin rehabilitering, tett etterfulgt av den konsekvensbaserte tilnærmingen. Tendensen ser dermed ut til å være at logopedene både bruker en språkskadebasert tilnærming og en konsekvensbasert tilnærming i rehabilitering – et fokus som bidrar til å gi en helhetlig rehabilitering for personen som er rammet av afasi (Qvenild et al., 2010). Dette er interessant da tilnærmingene i teorien beskrives med ulike fokusområder, ulik innflytelse, ulike mål og ulik intervensjon. Likevel blir det påpekt av blant

annet Thompson og Worrall (2008), at man må tenke at fokuset i rehabilitering innebærer en kombinasjon av tilnærmingene. Den ene tilnærmingen trenger ikke å utelukke den andre. Et «både-og perspektiv» kan derfor være mer ønskelig for å se kompleksiteten ved de afasirammede, uten at man fremstiller den ene tilnærmingen som bedre enn den andre. Selv om jeg i denne oppgaven har forsøkt å skille tilnærmingene, og se hver tilnærming som viktig i seg selv – viser denne undersøkelsen at dagens praksis heller ønsker en kombinasjon med glidende overganger. På denne måten vil man ha mulighet til å ta vare på verdien i hver av tilnærmingene også sett i sammenheng med hverandre. For selv om tilnærmingene kan fremstå som motsetninger, er begge en nødvendighet i en helhetlig rehabilitering (Qvenild et al., 2010). Som en informant påpekte: «Sosiale modellen er i min innfallsvinkel, men har på tross av det fokuset også stor respekt for de skadene som pasienten er blitt rammet av. Jobber innenfor begge tilnærmingene». Samtidig som man har et kombinert fokus, er det viktig å huske på at valg av fokus logopeden vektlegger i rehabiliteringen også avhenger av hva logopeden vurderer som best for hver enkelt afasirammede – samt hvilke erfaringer, bakgrunn og teoretisk referanseramme den enkelte logoped har.

#### **4.2.2 Logopedens plassering av de to teoretiske tilnærmingene**

Tilnærmingene deles opp, som nevnt, med ulike fokusområder, mål og intervensjon i rehabilitering – som bidrar til et todelt fokus blant logopeder. Det ble derfor interessant å se om logopedens plassering og oppfatning av tilnærmingene samsvarer med inndelingen av de teoretiske tilnærmingene i litteraturen. Nedenfor illustreres logopedenes plassering av tilnærmingene.

Tabell 4-2: Samlet oversikt over logopedenes plassering av tilnærmingene

Valid	Nevropsykologisk tradisjon		Kognitiv Nevropsykologisk tradisjon		Konsekvens tilnærming	
	N	%	N	%	N	%
Skadebasert (impairment)	12	38,7 %	4	12,9 %	0	0 %
Konsekvensbasert (sosial modell)	1	3,2 %	7	22,6 %	19	61,3 %
Begge deler	17	54,8 %	17	54,8 %	11	35,5 %
Ingen av delene	0	0 %	1	3,2 %	0	0 %
Total	30	96,8 %	29	93,5 %	30	96,8 %
Missing	1	3,2 %	2	6,5 %	1	3,2 %
Total	31	100 %	31	100 %	31	100 %

Som tabell 4-2 viser, mener den største halvparten av logopedene at begge tradisjonene, nevropsykologisk og kognitiv nevropsykologisk, kommer innenfor både den språkskadebaserte og konsekvensbaserte tilnærmingen. Samtidig er det 38,7 % av logopedene som mener at den nevropsykologiske tradisjonen bare er språkskadebasert, mens bare 12,9 % mener det samme om den kognitive nevropsykologiske tradisjonen. Videre mener 61,3 % av logopedene at fokus på for eksempel livsutfoldelse, kommunikasjon med andre og økt livskvalitet, er konsekvensbasert, mens 35,5 % av logopedene mener at den er både konsekvensbasert og språkskadebasert.

Ut fra de ovennevnte tallene kan man få en forståelse av at logopedene plasserer den nevropsykologiske og den kognitive nevropsykologiske tradisjonen innenfor begge tilnærmingene, heller enn bare den språkskadebaserte - slik de presenteres i litteraturen (i for eksempel Thompson & Worrall, Qvenild et al., Andreassen et al.). Et flertall av logopedene er derimot innforstått med at fokus på psykososiale konsekvenser er en konsekvensbasert tilnærming i rehabilitering – slik også litteraturen beskriver den. Det er likevel logopeder som mener at fokus på slike konsekvenser også er både språkskadebasert og konsekvensbasert. Å årsaksforklare logopedens plassering av tilnærmingene har ikke vært hensikten med denne oppgaven. Min antagelse kan likevel være at logopedene er usikre på hva de skal svare, eller

at de anser en slik tenkning som den «beste» måten å jobbe på. Logopedene kan også ha inntrykk av at for å jobbe konsekvensbasert må de også jobbe språkskadebasert, eller omvendt – ved å jobbe språkskadebasert vil de også jobbe konsekvensbasert. Ifølge Thompson og Worrall (2008) er skillet mellom tilnærmingene ikke like klart som man skulle tro. Målene man har satt for arbeidet, og de premissene man baserer afasirehabiliteringen på, gjør at selv om man jobber etter en språkskadebasert tilnærming kan man ha et konsekvensbasert mål for rehabiliteringen. Med andre ord bør man se på mål for rehabilitering og funksjonelle utfall på tvers av hverandre. Enhver person som er rammet av afasi har ulike behov, ønsker og mål som mest sannsynlig bidrar til at logopedene ikke kan fokusere for ensidig på selve språkskaden. Derimot kan et språkskadebasert fokus i rehabilitering skape en større deltakelse hos de afasirammede, og på denne måten åpne for fokus på den konsekvensbaserte tilnærmingen (Thompson & Worrall, 2008). Som en av informantene beskrev: «jeg tenker det ville vært galt ikke å gi en afasirammet mulighet til å trene opp sine språklige/kognitive ferdigheter hvis det er mulig. Derfor er jeg ikke en tilhenger av å fokusere for ensidig på den sosiale modellen».

I neste avsnitt undersøkes logopedens praksis, både i forhold til kartlegging og behandling. Vil logopedenes valg av tilnærming samsvare med valg av verktøy og arbeidsmetoder i rehabiliteringen? Dette vil jeg forsøke å svare på nedenfor.

## **4.3 Logopedenes praksis**

For å forsøke å besvare det andre forskningsspørsmålet: *Hvilke kartleggingsverktøy står sentralt i rehabilitering? Samsvarer disse med tilnærmingene som står i fokus?* fikk logopedene i spørreundersøkelsen spørsmål som skulle gi meg nyttig informasjon om deres bevissthet om valg av tilnærming, hvilken tilnærming de anser som viktigst, hvilke kartleggingsverktøy de bruker mest, og om arbeidsrammenes påvirkning i rehabiliteringen.

### **4.3.1 Valget av teoretisk tilnærming – et bevisst valg?**

I spørreundersøkelsen ble logopedene spesifikt spurt om hvilken tilnærming de velger i behandling. Resultatene viser at 90,3 % av logopedene velger bevisst å bruke begge tilnærmingene, mens 9,7 % bevisst velger å bruke bare den konsekvensbaserte tilnærmingen. For å se om logopedenes bevissthet ved valg av tilnærming har sammenheng med

tilnærmingene som dominerer deres praksis i tidligere funn (se underkapittel 4.2.1) har jeg beregnet det statistiske korrelasjonsmålet Pearsons r.

Tabell 4-3: Korrelasjonstabell mellom logopedenes bevissthet ved valg av tilnærming og bruk av tilnærming i rehabilitering

Variabel	Nevropsykologisk tradisjon	Kognitiv nevropsykologisk tradisjon	Konsekvensbasert tilnærming
Logopedenes bevissthet ved valg av tilnærming	.426*	-.057	.405*

\*Signifikant på .05 nivå (2-tailed)

Korrelasjonsanalysen viser at når det kommer til hvor bevisste logopedene er når de tar valg korrelerer middels med både de som benytter den nevropsykologiske tilnærmingen (.43) og den konsekvensbaserte tilnærmingen (.41). Derimot kan det se ut til at det ikke er en sammenheng mellom logopedenes bevissthet og bruk av kognitiv nevropsykologisk tradisjon (.06). Funnet er ikke signifikant, og det kan derfor være vanskeligere å tolke sammenhengen mellom disse to variablene. Dette er likevel interessant da denne undersøkelsen viser at den kognitive nevropsykologiske tradisjonen brukes mest og fremstår som mest vanlig. Den nevrologiske tradisjon og den konsekvensbaserte tilnærmingen er ifølge funnene i denne undersøkelsen mindre brukt og anses derfor som mindre vanlig. Min antagelse er at logopeder tar flere bevisste valg når de jobber ut fra en tilnærming som de ikke er like kjent med. Grunnen til dette kan være at logopedene grundigere tenker gjennom sine valg for at de skal samsvare med tilnærmingens intensjon. Til sammenligning kan logopeder som er godt kjent med en tilnærming handle ut fra vante fremgangsmåter, og valgene kan derfor fremstå mer innarbeidet og automatisert.

Videre svarer ca. 84 % av logopedene at det er viktigst å jobbe med begge tilnærmingene i rehabilitering, mens ca. 16 % svarer at det er viktigst å jobbe bare etter den konsekvensbaserte tilnærmingen. Ingen logopeder i denne undersøkelsen anser det å jobbe bare språkskedefokuseret som viktigst i rehabilitering. Ved å beregne korrelasjonsmålet Pearsons r ser det ut til at logopedenes bevisste valg av teoretisk tilnærming har en beskjeden, men ikke signifikant sammenheng med hva de anser som viktigst i rehabilitering ( $r=.204$ ,  $p=.27$ ). Med andre ord kan man ikke anta at det logopedene ser på som viktigst, og det som bevisst blir

utført i rehabilitering samsvarer. Dette antar jeg kan være vanlig i dagens praksis, som jeg vil komme nærmere inn på når jeg omtaler hvilken påvirkning arbeidsrammer kan ha (underkapittel 4.3.3).

Logopedene har på spørsmålene om bruk av tilnærmingene i behandling, og hva de anser som viktigste tilnærming i rehabilitering (se spørsmål 3.5 og 3.6 i Vedlegg 1) ikke svart at de kun jobber etter den språkskadebaserte tilnærmingen. Dette er interessant da tidligere funn (se figur 4-4) har vist at logopedene også bruker en språkskadebasert tilnærming til rehabilitering. Ovennevnte resultater viser at denne tilnærmingen sjelden opptrer alene i rehabilitering, og i er stedet ofte en del av en helhetlig rehabilitering der også den konsekvensbaserte tilnærmingen blir brukt. En undersøkelse gjort i Australia (Verna et al., 2009), viser at det historisk sett har vært mest språkskadebasert fokus i rehabilitering, men at den konsekvensbaserte tilnærmingen har blitt mer fremtredende de siste tjue årene. Siden denne undersøkelsen ikke har til hensikt å se på rehabilitering i et historisk perspektiv, kan jeg bare si noe om hvordan det ser ut til å være i dag blant logopeder som deltok i denne spørreundersøkelsen. Funnene viser nettopp hvor stor innvirkning den konsekvensbaserte tilnærmingen har fått. Dermed bør målet for intervensjonen, klientens språklige svekkelse og behov, ses i sammenheng med logopedens valgte fokus for rehabiliteringen. Som Qvenild et al. (2010) påpeker – det er naturligvis fullt mulig å jobbe med spesifikke, språklige elementer, samtidig som det overordnede målet for rehabiliteringen er økt deltakelse i samfunnet. På denne måten klarer man å tenke helhetlig. Dette bekreftes også av en av informantene:

«For å drive god rehabilitering mener jeg at god kunnskap om klientens skadeområder og funksjonsnivå må ligge til grunn for arbeidet. Da kan man ta fatt i det som fungerer godt og utnytte ferdighetene i treningsarbeidet. Målet for meg er kommunikasjon. Vi mennesker har behov for å forstå og bli forstått, og språk utvikles når man er i en kommunikatív setting. «Bruk derfor alt som fremmer kommunikasjon», tilpasset den enkeltes behov, slik at de opplever at de fortsatt kan kommunisere og ikke mister motet og isolerer seg. Etter hvert er det mange som gjør seg uavhengig av «krykkene», også det avhenger av konsekvenser av skade».

Videre påpeker flere informanter at en kombinasjon av tilnærmingene er viktig:

«For meg er det viktig å gjøre en grundig kartlegging og igangsette trening med tanke på trening/gjenvinning av språkfunksjon, skadebasert trening, samtidig som det er viktig å tenke kommunikasjon som et overordnet mål og tilrettelegge for dette både i form av hjelpemidler til bruk i kommunikasjonssammenheng og styrke selvfølelsen i forhold til å ta språket i bruk».

«Jeg har tro på å ta i bruk forskjellige tilnæringsmåter ut fra pasientens vansker, behov, motivasjon og ønsker».

«Jeg tror det er nyttig å balansere mellom de to tilnærmingene i rehabilitering.»

Hver av tilnærmingene har med andre ord en verdi i seg selv, og ulike typer intervensjon er bra på sin måte (Verna et al., 2009). Derfor vil en kombinasjon av tilnærmingene i rehabilitering kunne anses som en styrke heller enn en svakhet (Qvenild et al., 2010).

### 4.3.2 Valg av kartleggingsverktøy

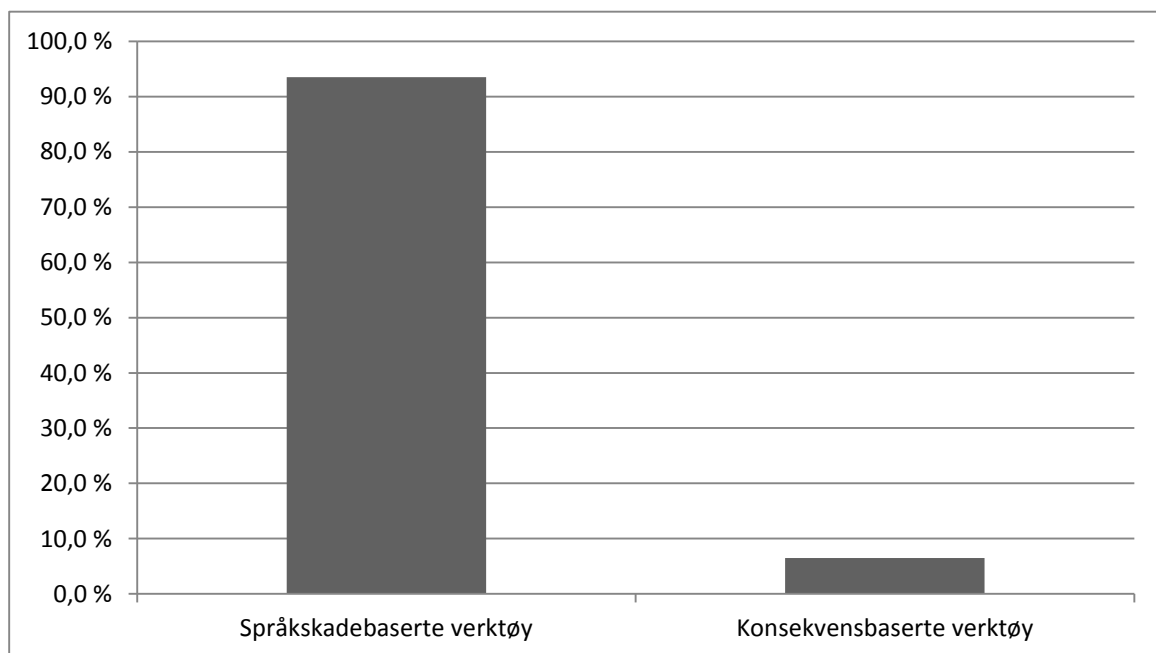
Logopedene bruker mest sannsynlig en kombinasjon av den språkskadebaserte og den konsekvensbaserte tilnærmingen i deres rehabilitering med afasirammede. Videre ønsket jeg derfor å se om et slikt fokus samsvarer med logopedenes valg av kartleggingsverktøy i rehabilitering. Figur 4-5 viser en samlet oversikt over logopedenes bruk av hvert enkelt verktøy.



Figur 4-5: Oversikt over de mest brukte kartleggingsverktøyene i prosent (med mulighet for å velge flere)

I denne undersøkelsen er de fire mest brukte verktøyene blant logopedene; HAST (87,1 %), PALPA (83,9 %), NGA (77,4 %) og uformell kartlegging i form av samtale og observasjon (71 %) med de afasirammede.

Tilnærmingene kan sies å ligge til grunn for verktøyenes utvikling (Qvenild et al., 2010), da hvert av verktøyene har til hensikt å kartlegge afasirammedes språkvansker eller psykososiale vansker. For å illustrere hvilken tilnærming kartleggingsverktøyene presenterer har jeg tatt utgangspunkt i Lind og Haaland-Johansen (2010) sine inndelinger. I utgangspunktet deles verktøyene i tre deler, men jeg har valgt å fokusere på to; språkskadebaserte verktøy og konsekvensbaserte verktøy. Siden den tredje delen, generelle verktøy, hovedsakelig også tester språklige vansker og styrker på et mer overordnet plan, har jeg valgt å plassere disse verktøyene også under de språkskadebaserte verktøyene. Et unntak er den uformelle kartleggingen som jeg mener mest sannsynlig kan ta utgangspunkt i begge tilnærmingene og som dermed ikke er tatt med i denne inndelingen. Språkskadebaserte verktøy inkluderer verktøyene: Renata, Aker, Ullevål, HAST, BAT, VOST, PyPat, PALPA, Alfabetprøven og NGA (Lind & Haaland-Johansen, 2010). Konsekvensbaserte verktøy inkluderer verktøyene: SALK-39, CETI og VASAS (ibid). Med dette representerer de tre mest brukte verktøyene (HAST, PALPA og NGA) blant logopedene en språkskadebasert tilnærming til rehabilitering (se figur 4-5). Videre vil en todeling av type kartleggingsverktøy presenteres nærmere.



Figur 4-6: En todeling av type kartleggingsverktøy i prosent

Som figur 4-6 illustrerer, dominerer bruken av språkskadebaserte kartleggingsverktøy, mens konsekvensbaserte sjeldent blir brukt. Dette er interessant da funn i denne spørreundersøkelsen viser bruk av både en konsekvensbasert og språkskadebasert tilnærming



til rehabilitering. Siden kartlegging kan antas å legge grunnlaget for logopedenes fokus videre i behandling, er det bemerkelsesverdig å se at det er de språkskedefokuserte verktøyene som dominerer. Som Lind og Haaland-Johansen (2010) påpeker kan kartlegging av afasirammedes språklige og kommunikative funksjonsnivå være en forutsetning for å kunne utarbeide et målrettet behandlingsopplegg. Samtidig er det en skjev fordeling i type verktøy, og det fins langt færre konsekvensbaserte verktøy enn språkskadebaserte. Men, det er også viktig å merke seg at de konsekvensbaserte verktøyene som inkluderes her, blir lite brukt av logopedene som representerer denne undersøkelsen. Bare 6,5 % av logopedene bruker denne type verktøy.

Hvorfor språkskadebaserte verktøy er dominerende, har jeg ikke grunnlag for å si noe om da denne undersøkelsen ikke har til hensikt å forklare årsaker. Jeg vil likevel fremheve en australsk forskningsrapport som påpeker at selv om de fleste logopedene rapporterer bruk av konsekvensbasert tilnærming i rehabilitering, er språkskadebaserte oppgaver ofte overrepresentert (Verna et al., 2009). Dette bekrefter til en viss grad den antagelsen man har om hvorfor rehabiliteringen preges av en kombinasjon av konsekvensbasert og språkskadebasert tilnærming. Et fokus på språk vil kunne forbedre psykososiale vansker som følge av afasi, den ene tilnærmingen trenger dermed ikke utelukke den andre. Rehabilitering kan være «både-og» (Thompson og Worrall, 2008). Samtidig kan det trekkes frem at uformell kartlegging, som kan antas å inkluderes i begge tilnærmingene, mest sannsynlig også preger rehabiliteringen. Den gir rom for bruk av både språkskadebasert og konsekvensbasert tilnærming. Selv om valg av verktøy viser en tendens til mer språkskadebasert tilnærming, vil kanskje logopedens og den afasirammedes målsetninger føre til at det senere i rehabiliteringen fokuseres på å endre de konsekvensene afasien innebærer - men at denne undersøkelsen ikke får frem dette tydelig nok.

### **4.3.3 Arbeidsrammer**

Selv om ønsket fokus i rehabilitering kan være på den ene, andre eller begge de teoretiske tilnærmingene, vil arbeidsplassen til logopedene kunne påvirke mulighetene til afasirehabilitering. Som tidligere nevnt, viser statistiske analyser at sammenhengen mellom det logopeden ser på som den viktigste tilnærming i rehabilitering – altså tolket som ønsket fokus, ikke samsvarer med det fokuset de faktisk har. På lik linje med andre tidligere nevnte påvirkningsfaktorer (for eksempel logopedens erfaring og bakgrunn, omfang av afasirammede

osv.), kan også arbeidsrammene bidra til å endre logopedenes valg i rehabiliteringen, og ved nærmere omtale kan dette gi meg en bedre forståelse for logopedenes beslutninger om bruk av tilnærmingene.

Ovenfor viser logopedene tydelig at de ønsker å kombinere tilnærmingene, og se enhver afasirammede i en helhet som den personen den er. Likevel kan arbeidsforhold som tid og ressurser sette begrensninger til å bruke begge tilnærmingene slik en har tenkt. Av de 31 logopedene som deltok i denne spørreundersøkelsen, var det flest logopeder (45,2 %) som svarte at arbeidsrammene påvirker deres valg av tilnærming i rehabilitering. Ut fra de tilhørende kommentarer er det spesielt logopeder fra akuttsykehus som påpeker problemet med tid, siden afasirammede ofte er på sykehusene i korte perioder, før de senere blir utsendt til hjemkommunen. Jeg vil påpeke at siden flesteparten av informantene jobber på akuttsykehus i denne undersøkelsen, kan dette ha påvirket resultatene til bruk av flest språkskadebaserte verktøy, da man på sykehus som regel i første omgang ønsker å kartlegge språkskaden hos den afasirammede (Stoller, 2010). Logopedene antyder videre at korte opphold kan føre til mindre tid til kartlegging og trening i rehabilitering, og kanskje spesielt med et sosialt fokus (konsekvensbasert). Likevel foreslår for eksempel Marshall (1997, ref. i Holland & Fridriksson, 2001) at man i en tidlig fase av rehabiliteringen (akuttfasen), bør sette fokus på å støtte, forebygge og å gi veiledning til den afasirammede snarere enn å gi en strukturert språklig behandling. Samtidig fremstiller forskning at en målrettet språkrehabilitering som blir iverksatt raskt, for eksempel i akuttfasen, gir god effekt (Robey, 1998 ref. i Stoller, 2010), og akuttbehandling er et optimalt tiltak som senere ikke bare gir gevinst for den afasirammede, men også for samfunnet (Indredavik, 2007 ref. i Qvenild et al., 2010). Dermed kan det viktigste antakelig være å begrense skadeomfanget, kartlegge utfall og iverksette tverrfaglige rehabiliteringstiltak så tidlig som mulig, uansett valg av teoretisk tilnærming (Stoller, 2010). Siden slagpasienter som får afasi også kan ha andre type vansker, vil rehabiliteringsarbeidet sannsynligvis ikke ha samme fokus på akuttsykehusene som ved andre institusjoner og tiden man har til rådighet kan være annerledes. Logopedene er ofte en del av et større tverrfaglig team, som kan bidra til at tidsfordelingen påvirker rammene for den logopediske rehabiliteringen.

Videre beskriver en logoped at arbeidsstedet har et ønske om å tenke «skole», og at begrepet 'opplæring' er å foretrekke fremfor 'rehabilitering'. Dette mener logopeden reduserer mulighetene for å fokusere på den afasirammedes psykososiale vansker. Igjen vil dette bidra

til at arbeidsplassen begrenser logopedene til å bruke mer språkskadebasert tilnærming i rehabilitering. Om et slikt ensidig fokus er bra eller dårlig har jeg ikke noe grunnlag for å si. Men det jeg kan konstatere er at 77,4 % av logopedene i denne undersøkelsen mener at og bare jobbe med språkskadebasert tilnærming påvirker resultatene og målene for både logopeden og den afasirammede. Mens de resterende 22,6 % av logopedene ikke vet eller svarer nei på spørsmålet om tilnærmingen påvirker rehabilitering. Av de logopedene som svarer ja og mener at å bare jobbe språkskadefokusert påvirker rehabiliteringen - er det 38,7 % som tenker at den både kan være positiv og negativ og 35,5 % som tenker at den bare er negativ. Det er bare 3,2 % som ikke vet hva påvirkningen er, mens ingen mener at den ensidig positivt påvirker rehabiliteringen. Selv om det å prøve å reparere selve språkskaden er viktig, kan for eksempel bruk av språket i kommunikasjon med andre være like viktig (konsekvensbasert). På denne måten vil kommunikasjonserfaringene som tilegnes være mer naturlig (Simmons-Mackie et al., 2002). Det viser seg at 80,6 % av logopedene mener at et ensidig fokus på konsekvensbasert tilnærming også vil påvirke målene/resultatene annerledes både for logopeden selv og for den afasirammede i rehabiliteringen, mens 19,4 % av logopedene ikke vet eller svarer nei på spørsmålet om tilnærmingen påvirker rehabilitering. Av de som svarte ja, og som mener at den konsekvensbaserte tilnærmingen alene påvirker rehabilitering - er det 38,7 % som mener at den både er positiv og negativ, 25,8 % som mener den bare er negativ, mens 16,1 % mener den bare er positiv. Altså er det flere logopeder som er positive til bruk av bare konsekvensbasert tilnærming. Oppsummert kan det likevel tolkes som at logopedene mener at et begrenset fokus på en av tilnærmingene ikke nødvendigvis er positivt. For selv om premissene og synene bak hver tilnærming er forskjellig vil en kombinerings av tilnærmingene heller være hovedregelen enn unntaket (Qvenild et al., 2010). Uansett hvilken behandlingsform som velges, vil faktorer som hvor alvorlig skaden er, hvordan skaden arter seg og hvordan den språklige og sosiale fungeringen er hos de afasirammede, også ligge i bunn. I tillegg vil nevnte faktorer som blant annet antall afasiklienter, tid og egnet lokale være relevant når logopeden skal velge fokus og organisering i rehabilitering. Som noen informanter beskrev:

«Siden undervisningen for det meste foregår på logopedkontoret, begrenser mulighetene seg for å jobbe i større grad i forhold til den sosiale modell».

«Det jobbes mye med utredning og veiledning, men lite med direkte arbeid på grunn av arbeidsstedet».

«Mulighet for å trene i praktiske situasjoner kan være begrenset. Antall pasienter påvirker hvor lang øktene er for hver pasient.»

Med andre ord er det flere som antyder at begrensinger ved arbeidsplassen deres medfører at mulighetene for å gi afasirammede en helhetlig rehabilitering blir utfordrende. Likevel vil jeg ikke utelukke at logopedene kan, til tross for begrensningene ved arbeidsplassene, fortsatt få til å jobbe med begge tilnærmingene. Selv om den ene tilnærmingen får mer tid enn den andre, trenger ikke dette å være negativt. For som forskning viser er ulike typer intervensjon bra på hver sin måte (Verna et al., 2009). Fokuset rettes da heller mot det som fungerer best for den afasirammede ut fra satte mål, ved å ta hensyn til den afasirammedes ønsker, behov og funksjonelle nivå.

## 4.4 Logopedenes vurderinger og refleksjoner til egen praksis

For å besvare det tredje og siste forskningsspørsmålet: *Hvordan vurderer logopedene eget bruk av arbeidsmetoder?* ble det i spørreskjemaet lagt opp til at logopedene skulle vurdere og reflektere over sitt fokus i rehabilitering, og gradere deres svar etter hvor mye de ulike påstandene representerer deres måte å jobbe på i praksis. Dette vil jeg forsøke å se i sammenheng med de resultatene som er kommet frem tidligere.

Logopedene fikk mulighet til å gradere sine svar på en skala fra 1 til 6, der 1 betyr aldri og 6 betyr alltid. For å lettere se bruken av arbeidsmetodene har jeg i figurene nedenfor valgt å slå sammen verdiene 1-3 som mindre brukt og verdiene 4-6 som mye brukt. Utgangspunktet mitt og inspirasjonen til hvilke arbeidsmetoder som skulle vurderes, ble tatt fra Byngs inndeling (1995, norsk oversatt av Corneliussen, 2005). Byng skiller mellom flere ulike arbeidsmetoder som afasilogopeden kan ta utgangspunkt i når de skal arbeide med afasirammede i rehabiliteringen. Afasilogopedens oppgaver er mange, og omfatter et stort teoretisk område. For å prøve å se disse arbeidsmetodene i sammenheng med tilnærmingene, har jeg forsøkt å dele de inn i to grupper, fordelt på til sammen ti påstander (tiltak), ut fra hva som er essensen i tilnærmingene. For å lettere kunne kategorisere arbeidsmetodene innenfor de to tilnærmingene har jeg også gjort om noe på påstandene. Innen den språkskadebaserte tilnærmingen har jeg valgt å plassere følgende tiltak:

- Individuelle timer (der logopeden jobber en-til-en)

- Lette tilpasningen til endrede kommunikasjonsferdigheter (for å senere øke muligheten til å kommunisere på andre måter og i samspill med andre)
- Legge til rette for å ta vare på og intensivere bruken av språket som er intakt
- Kartlegge språksvikten og virkningen av den i forhold til hele språkssystemet. Med tiltak som fokuserer på språk.
- Forsøke å reparere selve språkskaden ut fra afasisyndromer (lokalisasjon av skaden).

Disse fem påstandene ble plassert under den språkskadebaserte tilnærmingen fordi jeg anser at det primære fokuset i hver av dem er språk. For eksempel har individuelle timer med logoped ofte fokus på å gjenvinne språk- og kommunikasjonsferdigheter, og er en svært viktig behandling som danner god og støttende relasjon mellom logopeden og den afasirammede (Vickers, 1998). Disse timene legger ofte opp til at logopeden skal danne seg et bilde av den afasirammede, gjennom kartlegging av språkvanskene (Berntsen & Røste, 2010).

Jeg vil påpeke at den ene arbeidsmetoden; «å lette tilpasningen til endrede kommunikasjonsferdigheter», også kan være konsekvensbasert. Siden jeg innenfor denne metoden har en antagelse om at logopeden ønsker å forbedre kommunikasjonsferdighetene gjennom språket, velger jeg å plassere denne arbeidsmetoden under den språkskadebaserte tilnærmingen. Likevel vil en slik endring av kommunikasjonsferdighetene også kunne øke muligheten til å kommunisere med andre personer senere, og derfor ønsker jeg å påpeke at man ikke kan utelukke at logopedene også har tenkt at det er et konsekvensbasert fokus.

Videre velger jeg å plassere de neste fem påstandene innenfor den konsekvensbaserte tilnærmingen:

- Gruppetimer (der logopeden jobber med flere afasirammede i samspill med hverandre)
- Gi den afasirammede anledning til å bruke tiltakende språk- og kommunikasjonsferdigheter også i vanlige, dagligdagse kommunikasjonssituasjoner
- Øke livskvaliteten til den afasirammede
- Tilpasse den afasirammede til å kunne leve med afasi: til aktivitet og deltagelse i sosiale samfunnsmessige sammenhenger

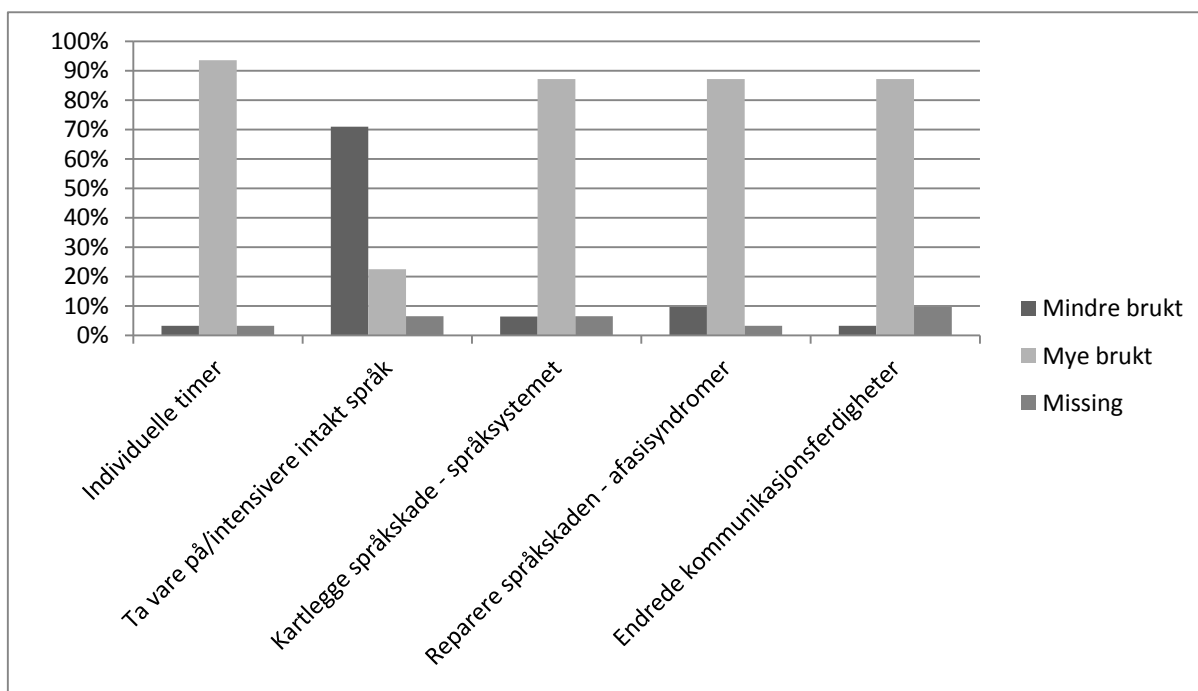
- Tiltak som fokuserer på barrierer som gjør det vanskelig å bruke språk, samt å kommunisere i det virkelige liv

Disse påstandene ble gruppert innenfor denne tilnærmingen fordi jeg anser at det primære fokuset i hver av dem er de psykososiale vanskene afasi kan ha for en person. For eksempel anses gruppetimer å være aktuelt innenfor den konsekvensbaserte tilnærmingen, fordi timene kan ha god overføringsverdi til andre sosiale og samfunnsmessige situasjoner senere. Gruppene skaper en sosialt aksepterende atmosfære, der medlemmene vil oppleve samhørighet og gi hverandre støtte (Berntsen & Røste, 2010). Her blir funksjonell kommunikasjonen et mål i seg selv (ibid).

Selv om jeg deler påstandene inn i to grupper, vil jeg ikke utelukke at noen av disse kan ses på som både en språkskadebasert tilnærming og en konsekvensbasert tilnærming. Det er viktig å påpeke at dette ikke er en absolutt inndeling. I rehabilitering kan spesifikke språklige ferdigheter og funksjonell kommunikasjon være like viktige, og den ene arbeidsmetoden kan bygge opp den andre i stedet for å erstatte den (Corneliussen, 2005). Som Thompson og Worrall (2008) hevder er det glidende overganger mellom tilnærmingene, og dermed kan man også anta at det er slike overganger når det gjelder arbeidsområdene eller arbeidsmetodene. Arbeidsmetodene kan i noen tilfeller antageligvis påvirke både språkskadene og de sosiale konsekvensene som den afasirammede har. Jeg vil derfor kun bruke denne inndelingen som en illustrasjon på om en av tilnærmingene peker seg ut eller ikke, og om logopedenes praksis samsvarer med valgte fokus i rehabilitering. Jeg vil først presentere hver tilnærming med tilhørende arbeidsmetoder, før jeg ser disse resultatene i samsvar med tidligere funn i denne undersøkelsen.

#### **4.4.1 Bruk av språkskadebaserte arbeidsmetoder**

Min antagelse er at de arbeidsmetodene jeg har valgt å plassere innenfor den språkskadebaserte tilnærmingen anser afasi primært som en språkvanske. Målet med den språkskadebaserte tilnærmingen er å tilby en rehabilitering som fokuserer på ulike aspekter ved språket, og samtidig gi bedre språkferdigheter (Thompson & Worrall, 2008; Aten, 1986). Nedenfor har jeg lagt inn en figur som beskriver hvor mye de ulike språkskadebaserte arbeidsmetodene blir brukt av logopedene i undersøkelsen.

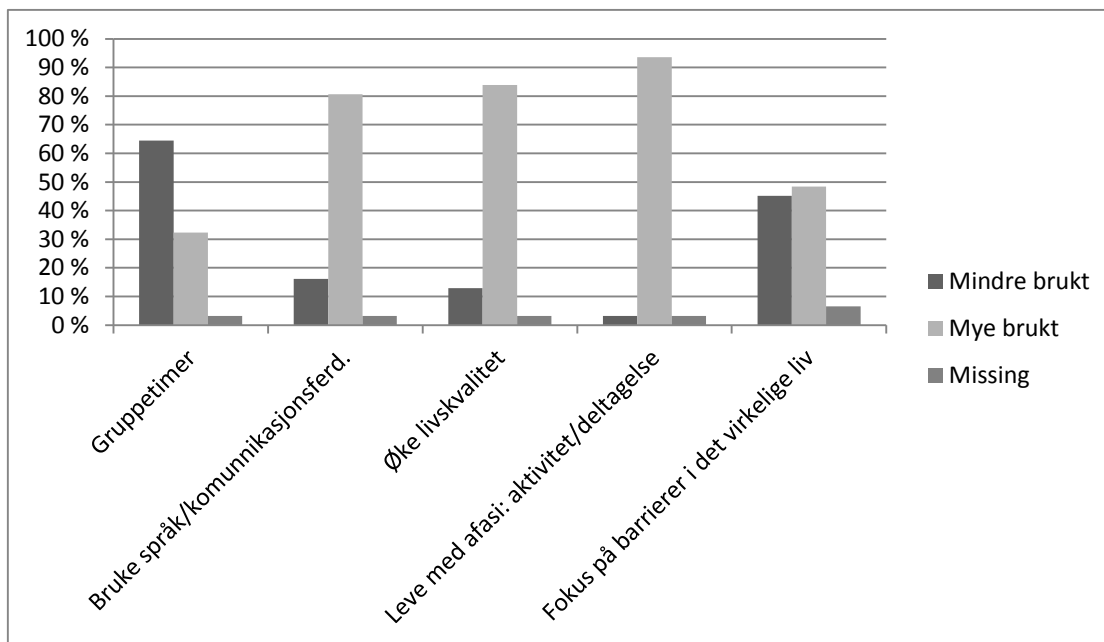


Figur 4-7: Samlet oversikt over bruk av de ulike språkskadebaserte arbeidsmetodene i prosent

Resultatene viser at over 90 % av logopedene i denne undersøkelsen har gradert bruken av individuelle timer til 4 eller mer, som kan tolkes som mye brukt i rehabilitering. I slike timer er det ofte logopedene som strukturerer og planlegger, for så å lede de i stor grad. En slik behandling har ofte som mål å bedre språket, både i forhold til forståelse og produksjon (Chapey, 2008). Med andre ord vil jeg si at logopedene har et tradisjonelt ståsted til afasirehabiliteringen. Forskning viser at et spesielt fokus på språklige vansker kan ha en forbedrende effekt (Thompson & Worrall, 2008), og det er dermed interessant å se at slike tiltak brukes mye av logopedene. Videre har ca. 70 % av logopedene i denne undersøkelsen gradert bruken av «å ta vare på og intensivere språket» som 3 eller mindre, som jeg tolker som lite brukt av logopedene. Derimot blir arbeidsmetodene; «å kartlegge språksvikten ut fra hele språkssystemet», «å reparere selve språkskaden ut fra afasisyndromer», eller «å lette tilpasningen til endrede kommunikasjonsferdigheter» gradert som mye brukt (verdi 4-6) av 87,1 % av logopedene. Med andre ord indikerer dette at logopedene er opptatte av den afasirammedes språkvansker, og ønsker å jobbe ut fra metoder som får frem språklige vansker og styrker. Oppsummert viser disse resultatene at språkskadebaserte arbeidsmetoder graders som ofte brukt av afasilogopeder, med unntak av den ene nevnte metoden, og man kan dermed anta at de dominerer store deler av rehabiliteringen.

#### 4.4.2 Bruk av konsekvensbaserte arbeidsmetoder

Afasi kan også primært ses på som en psykososial vanske, der målene for rehabiliteringen er å redusere de sosiale konsekvensene afasi kan ha på en persons liv (Thompson & Worrall, 2008; Qvenild et al., 2010; Aten, 1986; Simmons-Mackie, 2008). Jeg anser også at det innenfor konsekvensbaserte arbeidsmetoder ønskes å endre mulighetene de afasirammede har til aktiv deltakelse, livsutfoldelse og til kommunikasjon med andre, samt å lære å leve med afasi.



Figur 4-8: Samlet oversikt over bruk av de ulike konsekvensbaserte arbeidsmetodene i prosent

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at et mindretall av logopedene (32,3 %) graderer gruppetimer som 4 eller mer, altså mye brukt. De fleste (64,5 %) bruker sjeldent eller aldri denne metoden. Som vist tidligere, jobber et flertall av logopedene med individuelle timer. Min antagelse er at flere logopeder har arbeidet med slike timer over lengre tid, og at det dermed er vanskeligere for den enkelte å anvende nye innfallsvinkler, som for eksempel gruppetimer. Slike gruppetimer kan muligens bidra til forsterke det som er oppnådd i individuelle timer, samtidig som det kan lette tilpasningen til konsekvensene afasi har fått for den afasirammede. Hva som er årsaken til lite bruk av denne metoden har jeg ikke grunnlag å si noe om, da denne spørreundersøkelsen ikke har til hensikt å årsaksforklare, men som flere logopeder beskrev i spørreskjemaet, skaper ofte både tid og type arbeidsplass en del begrensninger til å aktivt ta i bruk gruppetimer selv om de gjerne ønsker dette.



«Det at jeg ikke jobber med afasirammede i grupper har med arbeidsforholdene å gjøre. Jeg tror arbeid i grupper er svært positivt for mange afasirammede».

Videre graderes arbeidsmetoden; «å gi den afasirammede anledning til å bruke tiltakende språk- og kommunikasjonsferdigheter også i vanlige, dagligdagse situasjoner», som mye brukt av 80,7 % av logopedene. I tillegg vurderer over 90 % av logopedene et fokus på «å tilpasse den afasirammede til å kunne leve med afasi, ved å gi dem mulighet til aktivitet og deltakelse i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger», som mye brukt i rehabilitering (verdi på 4 eller mer). Videre bruker nesten 85 % av logopedene tiden i rehabiliteringen på «å øke den afasirammedes livskvalitet». Med andre ord jobber de fleste logopedene med å få den afasirammede til å delta i ulike sammenhenger for å bedre de psykososiale vanskene afasi kan ha på afasirammede.

Samtidig svarer nesten halvparten (48,4 %) av logopedene at de bruker mye tid på «tiltak som fokuserer på barrierer som gjør det vanskelig å bruke språk og kommunikasjon i det virkelige liv», mens den andre halvparten (45,2 %) bruker mindre tid på dette. De resterende 6,4 % har valgt å ikke svare. Siden de fleste logopedene synes det er viktig å «gi afasirammede mulighet til deltagelse i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger», er det interessant å se at det bare er halvparten av logopedene som fokuserer på barrierer som kan forsinke afasirammede i det virkelige liv. Min antagelse er at disse ofte kan henge sammen. Likevel vil jeg ikke utelukke at logopedene tenker på språkskadebaserte arbeidsmetoder som en vei mot å bedre muligheten til afasirammedes deltagelse og aktivitet – og at andre typer barrierer, for eksempel å bruke språket i kommunikasjon med andre, deretter vil komme naturlig. Resultatene viser altså delte vurderinger om bruk av arbeidsmetodene, men det ser ut til at også konsekvensbaserte arbeidsmetoder brukes en god del blant logopedene i denne undersøkelsen.

#### **4.4.3 Arbeidsmetoder versus tilnærming i rehabilitering**

Som resultatene viser har logopedene en kombinasjon av språkskedefokusert tilnærming og konsekvensbasert tilnærming i sin rehabilitering. Samtidig dominerer språkskedefokuserte kartleggingsverktøy i praksis. Ved å beregne gjennomsnitt (mean=M) ser man også at språkskadebaserte arbeidsmetoder (M=5,21, SD=.594) oftere vurderes som mer brukt enn konsekvensbaserte (M= 4,23, SD=.848). Likevel ser det ut til at arbeidsmetodene generelt brukes mye uansett tilnærming til rehabilitering - en antagelse det er interessant å se nærmere på.

For å se om språkskadebaserte arbeidsmetoder faktisk brukes mer innenfor tilnærmingene enn konsekvensbaserte arbeidsmetoder valgte jeg å sammenligne bruken av arbeidsmetodene med den nevropsykologiske tradisjonen, den kognitiv nevropsykologiske tradisjonen og den konsekvensbaserte tilnærmingen. Dette ga meg en indikasjon på at begge gruppene av arbeidsmetoder brukes mye av logopedene. Siden begge arbeidsmetodene er godt representert blant logopedene kan man anta at dette bekrefter bruk av en kombinasjon av tilnærmingene heller enn en bestemt tilnærming i rehabilitering.

Tabell 4-4: Korrelasjonstabell mellom bruk av arbeidsmetoder og valg av teoretisk tilnærming i rehabilitering

Variabel	Språkskadebaserte arbeidsmetoder	Konsekvensbasert arbeidsmetoder
Nevropsykologisk tradisjon	-.210	-.322
Kognitiv nevropsykologisk tradisjon	-.229	.261
Konsekvensbasert tilnærming	-.422*	-.541**

\*Signifikant på .05 nivå (2-tailed). \*\*Signifikant på .01 nivå (2-tailed)

Ved hjelp av korrelasjonsanalysen Persons r, viser tabell 4-4 at type arbeidsmetoder og valg av teoretisk tilnærming har svak korrelasjon og er ikke signifikant, med unntak av konsekvensbasert tilnærming som signifikant korrelerer sterkt med bruk av arbeidsmetoder i rehabilitering. Med andre ord kan man ikke med sikkerhet si at valg av arbeidsmetoder samsvarer med valg av teoretisk tilnærming i rehabilitering, bortsett fra når det gjelder bruk av arbeidsmetoder innenfor den konsekvensbaserte tilnærmingen. Dette kan ha bakgrunn i logopedenes bevissthet om valg av tilnærming, og at ved bruk av den konsekvensbaserte tilnærmingen i praksis må logopedene spesifikt velge metoder som bidrar til å bedre psykososiale vansker hos den afasirammede. I tillegg kan man anta at siden logopeden må ta hensyn til den afasirammedes vansker og behov, vil valg av arbeidsmetoder ikke alltid samsvare med fokus i rehabiliteringen. Som Best og Nickels (2000) påpeker, vil to personer som er definert med samme type afatiske vansker ikke nødvendigvis respondere på samme måte, og en arbeidsmetode trenger ikke fungere like godt på en afasirammede som hos en

annen. Dette gjør at selv om man velger å jobbe innenfor den ene eller andre tilnærmingen, eller kanskje i kombinasjon av begge, vil type arbeidsmetoder variere ut fra hver afasirammedes behov og ønsker – og selv om satte mål kan være like, vil som oftest veien dit være ulik.

Videre var det også interessant å se om det er en forskjell i bruk av arbeidsmetoder hos de logopedene med lang erfaring (5 år eller mer) og hos de logopedene med lite erfaring (mindre enn 5 år), da min antagelse er at erfaring hos logopedene kan påvirke valgene som tas. Muligens vil valgene til de med lite erfaring være mer tilfeldig enn hos de med lang erfaring - da logopedene med lite erfaring kanskje oftere må prøve litt forskjellige metoder for å se hva som fungerer, mens logopedene med mye erfaring lettere ser nytten av de ulike arbeidsmetodene hos afasirammede. Funnene viser at de med liten erfaring (mindre enn 5 år) bruker i gjennomsnitt språkskadebaserte arbeidsmetoder ( $M=5$ ,  $SD=.74$ ) mer enn konsekvensbaserte arbeidsmetoder ( $M=4$ ,  $SD=.76$ ). Det samme gjelder for de med lang erfaring (5 år eller mer), som også i gjennomsnitt bruker språkskadebaserte arbeidsmetoder ( $M=5,3$ ,  $SD=.39$ ) mer enn konsekvensbaserte arbeidsmetoder ( $M=4,4$ ,  $SD=.91$ ). Oppsummert viser disse tallene at de med lang erfaring gjennomsnittlig bruker språkskadebaserte og konsekvensbaserte arbeidsmetoder noe oftere enn de med liten erfaring, men at skillet ikke er veldig stort. Funnene viser med andre ord ingen stor sammenheng mellom erfaring og valg av arbeidsmetoder, da det ser ut til at samme type arbeidsmetoder gjør seg gjeldende hos begge grupper med erfaring.

Ved å se nærmere på betydningen av antall afasirammede logopedene har og hvilke arbeidsmetoder de velger, kommer det frem at uansett gjennomsnittlig omfang, er de språkskadebaserte arbeidsmetodene gjennomsnittlig mer brukt enn konsekvensbaserte. Funnene viser også at språkskadebaserte arbeidsmetoder oftere blir brukt hos de logopedene som har flere enn ti pasienter. Med bakgrunn i dette er min antagelse, også sett i forhold til tidligere funn i denne undersøkelsen, at arbeidsmetodene logopedene velger i noen grad kan ha sammenheng med antall afasirammede. Selv om jeg nok en gang ikke ønsker å årsaksforklare resultatene kan muligens arbeidsrammer som tid og ressurser være faktorer som påvirker. Som en logoped beskrev:

«Brukerne er på mitt arbeidssted i kortere perioder, dermed vanskeligere å følge opp i hverdagen. Blir mindre sosialt fokus av den grunn»

Likevel vil jeg ikke utelukke at logopedene jobber konsekvensbasert, men at det kanskje er mer aktuelt der de afasirammede selv ønsker det. Som flere logopeder kommenterte:

«Antall timer man har til rådighet i uken pr. elev er selvsagt med på å påvirke stort»

«Jeg har erfart at pasientene er mer motivert for å jobbe i sosiale og praktiske settinger. De ønsker å lære teknikker som gjør dem i stand til å mestre hverdagen».

Oppsummerende kan man si at en helhetlig rehabilitering med fokus på både den språkskadebaserte tilnærmingen og den konsekvensbaserte tilnærmingen ser ut til å dominere blant logopedene i denne undersøkelsen. Likevel vil jeg fremheve at å jobbe med afasi er uforutsigbart, og en logoped vil som regel ha mange og ulike rehabiliteringsvarianter både i tilnærming, innhold, materiell og metodikk.

## 4.5 Veien videre – fremtidsperspektiver

Undersøkelsen viser at det logopediske fagområdet afasi har fått et mer helhetlig fokus i rehabilitering gjennom tidene (de siste 10-20 år). De fleste logopeder ser ut til å jobbe ut fra en kombinasjon av en språkskadebasert tilnærming og en konsekvensbasert tilnærming. Det har historisk sett vært mer språkskadebasert fokus i rehabilitering av afasirammede, mens det nå ser ut til at den konsekvensbaserte tilnærmingen har fått større plass, om ikke like stor plass som den språkskadebaserte. Til tross for dette kan man ane et større behov for kunnskap om rehabiliteringsprosessen, og dermed mer forskning om afasirehabilitering.

Tidligere forskning baserer seg oftest på hvilken effekt ulike arbeidsmetoder har på den afasirammede, sett i sammenheng med type rehabilitering og afasirammedes utfall (Best & Nickels, 2000). Det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål, og mer forskning på dette området kan bidra til at man får en bredere kunnskap om afasi og intervensjon, som da gjør muligheten til å finne de gode tilnærmingene, metodene og verktøyene i rehabilitering større. Videre vil en god oversikt og mer informasjon om hva man kan og bør fokusere på i rehabilitering, skape større praktisk kunnskap. Det kan bidra til en økt bevissthet og en større klarhet i de valgene logopedene tar for hver person som er rammet av afasi. Økt kunnskap kan medvirke til å skape en god, individuelt tilpasset rehabilitering.

Videre trekker logopedene i undersøkelsen frem at det er utfordrende å arbeide etter spesifikke tilnærminger på grunn av tidspress og for lite ressurser til å følge opp de afasirammede slik de ønsker. Spesielt tidsmangel er et problem. En løsning på dette kan være

å opprette flere logopedstillinger, slik at kapasiteten for å følge opp hver afasirammede slik man ønsker det, blir større. Spesielt logopeder på sykehus viser frustrasjon over liten tid til å arbeide med afasirammede. Frustrasjonen dreier seg blant annet om; at de sjelden får mulighet til å følge opp afasirammede over tid, som påvirker mulighetene til å gi en rehabilitering som også fokuserer på å komme tilbake til et normalt hverdagsliv. Som en logoped skriver: «I arbeid med pasienter i akutfasen har en gjerne mindre tid til kartlegging og trening og en får ikke alltid rom for å jobbe med flere ulike tilnærminger». Videre skriver en annen logoped at:

«Det er ofte belastende at vi sender pasienter tilbake til kommuner som ikke har logopeder eller dårlig logopeddekning!! Vi har ikke reell rehabilitering på vårt sykehus, men det hender at vi får beholde pasientene noen ekstra dager for å gi intensiv logopedbehandling».

Det at logopedene selv sier at de har dårlig kapasitet, eller at det er få logopeder å sende pasientene til, viser tegn på at det både er for mange oppgaver å ta seg av, men også for få stillinger til å dekke de afasirammedes ønsker og behov. Dette vil svekke muligheten og kravet de afasirammede har til å få et individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet tilbud (Johannessen et al., 2010). Flere kurstilbud kan også være et skritt på veien mot å kunne tilby en så god afasirehabilitering som mulig.

## 5 Avslutning

Min hensikt med denne undersøkelsen har vært å kartlegge hvilken teoretisk tilnærming som ligger til grunn for logopedenes arbeid i rehabilitering med afasirammede, og på denne måten kunne svare på oppgavens problemstilling; «*Innenfor hvilken teoretisk tilnærming arbeider logopeder med afasirammede i rehabilitering?*». Videre har jeg derfor forsøkt, gjennom tre ulike forskningsspørsmål, å undersøke hvilken teoretisk tilnærming som hovedsakelig er i fokus hos logopedene, hvilke kartleggingsverktøy de bruker og hvordan de vurderer bruken av ulike arbeidsmetoder. Resultatene ble belyst i forrige kapittel. I dette kapittelet vil jeg forsøke å samle trådene fra resultatdelen, for å gi en oppsummering av hva jeg har kommet frem til i spørreundersøkelsen.

Det første forskningsspørsmålet er; *Hvilken teoretisk tilnærming står i fokus hos logopeder når de jobber med afasirammede?* Denne undersøkelsen viste at flesteparten av logopedene som besvarte spørreskjemaet fokuserer på en kombinasjon av språkskadebasert tilnærming og en konsekvensbasert tilnærming i rehabilitering med afasirammede. Innenfor den språkskadebaserte tilnærmingen var det spesielt den kognitive nevropsykologiske tradisjonen som dominerte, mens få jobbet etter den nevropsykologiske tradisjonen.

Det andre forskningsspørsmålet er; *Hvilke kartleggingsverktøy står sentralt i rehabilitering? Samsvarer disse med tilnærmingene som står i fokus?* Her ønsket jeg å se om logopedens fokus samsvarte med type kartleggingsverktøy som dominerte. Det viste seg at logopedene oftest velger å bruke språkskadebaserte verktøy, mens konsekvensbaserte sjeldent blir brukt. Denne tendensen ser ut til å samsvare i liten grad med de samme logopedens bruk av begge tilnærmingene i rehabilitering. Likevel kan det tenkes at for eksempel spesifikke språklige oppgaver kan ligge til grunn for et konsekvensbasert mål, og dermed benytter man et «både-og fokus» i rehabilitering, men at mitt spørreskjema ikke har fått frem dette godt nok. Tidligere forskning viser at selv om logopedene rapporterer om en konsekvensbasert tilnærming til rehabilitering, er språkskadebaserte oppgaver ofte dominerende (Verna et al., 2009). Dette ser ut til å samsvare med denne undersøkelsen og med logopedenes kombinerings av tilnærmingene. Det kan også nevnes at logopedenes bevisste valg eller ønske om valg av verktøy, arbeidsmetoder og teoretisk tilnærming kan, i deres rehabilitering, påvirkes av faktorer som afasirammedes behov og ønsker og/eller logopedens arbeidsrammer.

Det tredje og siste forskningsspørsmålet er; *Hvordan vurderer logopedene eget bruk av arbeidsmetoder?* Logopedene fikk her mulighet til å gradere sin bruk av arbeidsmetoder i deres praksis. Det kom frem at språkskadebaserte arbeidsmetoder oftest vurderes som mest brukt, tett etterfulgt av konsekvensbaserte arbeidsmetoder. Undersøkelsen viser at de fleste logopedene bruker arbeidsmetoder fra begge tilnærmingene i ulik grad, som bekrefter en sammensatt rehabilitering.

Det kan diskuteres om resultatene kan generaliseres til alle logopeder i Norge som jobber med afasi. Faktorer som at det endelige utvalget kun består av 31 personer (N=31), at størrelsen på populasjonen er ukjent eller at utvalget ikke representerer populasjonen på en tilfeldig måte og dermed ikke med sikkerhet kan si at utvalget er representativt, bidrar til at det blir vanskelig å overføre resultatene til alle afasilogopeder. Samtidig vil jeg si at utvalget trolig kan være akseptabelt i forhold til emnets vanskelighetsgrad og type informanter.

Informantene representerer en relevant likhet i forhold til situasjon og tid, men også individuelle forskjeller som er med på å styrke generaliseringen av resultatene. Jeg vil dermed ikke utelukke at resultatene kan gi en indikasjon på hva logopedene vektlegger i rehabilitering med afasirammede. For å svare på hovedproblemstillingen min; *«Innenfor hvilken teoretisk tilnærming arbeider logopeder med afasirammede i rehabilitering?»* - viser resultatene at et ønske om å tenke helhetlig og at en kombinasjon av begge tilnærmingene er det ideelle. På denne måten gis personer som er rammet av afasi en rehabilitering som dekker deres behov og ønsker på best mulig måte. Med andre ord vil mitt forsøk på å skille tilnærmingene være lite hensiktsmessig, sett i forhold til «både-og fokuset» som preger praksis. Som en logoped så godt beskrev;

«Så jeg jobber nok litt som Ole Brumm: «Ja takk, begge deler» (og gjerne mer hvis det er noe som kan hjelpe oss!)»





# Litteraturliste

- Andreassen, A.B, Landmark, A., Sandmo, T., Aasheim, V. & Alstad, K. (2004), Kapittel 1. *Afasi, Språk- og talevansker hos voksne. Idésamling*, (s. 7-57). Oslo: Vox
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2008), Rutiner i NAV Helsetjenesteforvaltning ved søknad om stønad til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog – forholdet til kommunens ansvar etter opplæringsloven, Hentet 21. mars 2012 fra: [http://www.helfo.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg%20helsepersonell/07-16218\\_Landets\\_kommuner\\_25\\_februar\[1\].pdf](http://www.helfo.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg%20helsepersonell/07-16218_Landets_kommuner_25_februar[1].pdf)
- Aten, J.L. (1986), Functional communication treatment, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*, (s. 266-276), Baltimore: Williams & Wilkins
- Basso, A. (2003), *Aphasia and its therapy*, New York; Oxford University press, Inc
- Basso, A. (2005), How intensive/prolonged should an intensive/prolonged treatment be?, *Aphasiology*, 19 (10-11), 975-984
- Bastiaanse, R., Lind, M., Moen, I. & Simonsen, H.G. (2006), *Verb- og setningstesten (VOST)*, Oslo: Novus forlag
- Becker, F. (2009), *Afasi og plastisitet: hvordan språkbearbeidelse i hjernen kan endre seg etter skade*, Hentet 21. mai 2012 fra: <http://www.norsklogopedlag.no/tidsskriftet/utgaver/logopeden-1-09/afasi>
- Befring, E. (2002), *Forskningsmetode, etikk og statistikk*, Oslo: Det Norske Samlaget
- Befring, E. (2007), *Forskningsmetode, etikk og statistikk*, 2.utgave, Oslo: Det Norske Samlaget
- Berg, K., Haaland-Johansen, L. & Hilari, K. (2010), *Slag og afasi – et mål for livskvalitet (SALK-39)*, Nordreisa: Statped Nord & Bredtvet kompetansesenter

- Berntsen, M. & Røste, I. (2010), "Vent litt, nå er det min tur!" Bruk av grupper i afasirehabilitering, I: M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*, (s. 105- 119). Oslo: Novus AS
- Best, W. & Nickels, L. (2000), From theory to therapy in aphasia: Where are we now and where to next?, *Neuropsychological rehabilitation*, 10 (3), 231-247. Hentet 22. mars fra: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/096020100389147>
- Bhogal, S.K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003), Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery, *Stroke*, 34, 987-993
- Bleser, R.D. & Cholewa, J. (2003). Cognitive neuropsychological approaches to aphasia therapy. An overview. I: I. Papathanasiou & R. D. Bleser (red.). *The Sciences of Aphasia. From Therapy to Theory*. (s. 95-110). Oxford: Pergamon, Elsevier Science.
- Bloom, L. & Lahey, M. (1978), *Language Development and Language Disorders*, Canada: John Wiley & Sons, Inc
- Brumfitt, S. (2006), Psychosocial aspects of aphasia: Speech and language therapists' views on professional practice, *Disability and Rehabilitation*, 28(8), 523-534
- Brumfitt, S. & Sheeran, P. (2005) VASAS; *Visuell analog selvaktelsesskala* (E. Qvenild, oversettelse), Oslo: Bredtvet kompetansesenter (Originalt arbeid publisert 1999)
- Byng, S. (1995), What is aphasia therapy?, I: C. Code & D. Müller (red.), *The treatment of Aphasia: From theory to practice*, London: Whurr Publishers Ltd
- Byng, S. & Duchan, J.F. (2005), Social model philosophies and principles: Their application to therapies for aphasia. *Aphasiology*, vol.19 no.10-11, 906-922
- Chapey, R. (2008), Cognitive stimulation: stimulation of recognition/comprehension, memory, and convergent, divergent, and evaluative thinking. I: R. Chapey (red.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (s. 469-506). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

- Cherney, L.R. & Robey, R.R. (2008), Aphasia Treatment: Recovery, Prognosis and Clinical Effectiveness, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication disorders*, (s. 186-202). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Cheskis-Gold, R., Shepard-Rabadam, F., Loescher, R. & Carroll, B. (2006), Essential Steps for Web Surveys: A Guide to Designing, Administrating and Utilizing Web Surveys for University Decision-making, *The Association for Institutional Research*, No.102, 1-16
- Code, C. & Herrmann, M. (2003), The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation, *Neuropsychological Rehabilitation*, 13 (1/2), 109-132
- Corneliussen, M. (2003), *Alfabetprøve. Kartlegging av alfabetkunnskap hos afasirammede*, Oslo: Bredtvet kompetansesenter
- Corneliussen, M. (2005), *Afasi og spesialundervisning. Veiledning i dokumentasjon av praksis*, Bredtvet kompetansesenter, Oslo. Hentet 2. februar 2012 fra: [http://www.statped.no/Global/1\\_Tema/Spr%C3%A5k%20og%20talevansker/Spr%C3%A5k%20og%20talevansker%20dokumenter/Afasi/Afasi%20og%20spesialundervisning\\_web.pdf](http://www.statped.no/Global/1_Tema/Spr%C3%A5k%20og%20talevansker/Spr%C3%A5k%20og%20talevansker%20dokumenter/Afasi/Afasi%20og%20spesialundervisning_web.pdf)
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K, Lind, M. & Qvenild, E. (2006), *Afasi og samtale – gode råd om kommunikasjon*, Oslo: Novus AS
- Creswell, J.W. (2008), *Educational research: Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research (3<sup>rd</sup> ed)*, Upper Saddle River, N.J.: Pearson
- De Vaus, D.A (2002), *Surveys in social research*, London: Routledge
- Dillman, D.A. (2007), *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method (2<sup>nd</sup>.ed)*, New York: John Wiley & Sons
- Dillman, D.A, & Mahon-Haft, T.A. (2010), Does Visual Appeal Matter? Effects of Web Survey Aestheticson Survey Quality, *Survey Research Methods*, 4.(1), 16

- Edmundson, A., & McIntosh, J. (1995), Cognitive neuropsychology and aphasia therapy: putting the theory into practice, I: C. Code, & D. Müller (Red.), *The Treatment of Aphasia: From Theory to Practice*, (s. 137-163). London: Whurr Publishers Ltd.
- Elman, R. J. (2005). Social and Life Participation Approaches to Aphasia Intervention. I: L. LaPointe (red.), *Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders*. (s. 39–50). New York: Thieme.
- Elman, R. J. (2007), The importance of aphasia group treatment for rebuilding community and health, *Aphasiology*, vol.27 (4), s. 300-308
- Fjærtøft, H. & Indredavik, B. (2007), Rehabilitering av pasienter med hjerneslag, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 4, 2007:442 – 5.
- Folketrygdloven (1997), *Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. Hentet 29. januar 2012 fra: <http://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/147613.cms>
- Gall, M.D., Gall, J.P. & Borg, W.R. (2007), *Educational research – An introduction*, New York: Longman Publishers
- Garcia, L. J. (2008), Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping Individuals Get What They Need, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication disorders*, (s. 349-375). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Haaland-Johansen, L. (2004), *The Public Awareness of Aphasia: A Norwegian Study*, Hentet 1. februar 2012 fra: <http://bib.irb.hr/datoteka/541786.Symposium.pdf>
- Hallowell, B. & Chapey, R. (2008), Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication disorders*, (s. 3-19). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Haraldsen, G. (1999), *Spørreskjemametodikk- etter kokebokmetoden*, 1.utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS
- Haraldsen, G. (2003), *Ti tips for skjemasnekkere*. Hentet 1. mars 2012 fra: <http://www.ssb.no/omssb/skjema.html>

- Hellevik, O. (2002), *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, Oslo: Universitetsforlaget
- Helsedirektoratet (1995), *Habilitering og rehabilitering – en felles definisjon*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 10. mai 2012 fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1995/nou-1995-6/12.html?id=140048>
- Helsedirektoratet (2010), *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*, Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 28. januar 2012 fra:  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Publikasjoner/Nasjonale-retningslinjer-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-\(fullversjon\).pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Publikasjoner/Nasjonale-retningslinjer-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-(fullversjon).pdf)
- Hillis, A.E. & Newhart, M. (2008), Cognitive Neuropsychological Approaches to Rehabilitation of Language Disorders: Introduction, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication disorders*, (s. 595-606). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Holland, A. & Fridriksson, J. (2001), Aphasia Management During the Early Phases of Recovery Following Stroke, *American Journal of Speech – Language Pathology*, Vol 10, 19-28
- Howard, D. & Hatfield, F.M. (1987), *Aphasia therapy. Historical and contemporary issues*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates
- Howard, D. & Patterson, K. (2005), *Pyramide- og palmetesten* (M. Corneliussen, oversettelse), Oslo: Novus forlag (Originalt arbeid publisert 1992)
- Iltstad, S. (1989), *Survey-metoden- en veiledning i utvalgsundersøkelser*, Oslo, Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Johannessen, A., Tufte, D.A. & Kristoffersen L. (2010), *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, Oslo: Abstrakt
- Jonsborg, L. & Sørensen, P.M. (2011), *Statistikk for masterstudenter*, Kompendium SPED4010, Oslo: Universitet i Oslo

- Kagan, A. (1998), Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversation partners, *Aphasiology*, 12 (9), 816-830.
- Kay, J., Lesser, R. & Coltheart, M. (2009), *Psykolingvistisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede (PALPA)* (Bredtvet kompetansesenter, Logopedtjenesten-Helse Bergen, Statped Vest & Øverby kompetansesenter, oversettelse), Oslo: Novus forlag (Originalt arbeid publisert 1992)
- Kelly, H., Brady, M.C. & Enderby, P. (2010), *Speech and language therapy for aphasia following stroke (review)*, The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons, Ltd.  
Hentet 22. mars 2012 fra:  
[http://eresearch.qmu.ac.uk/1757/1/Speech and language therapy for aphasia following stroke - Cochrane review.pdf](http://eresearch.qmu.ac.uk/1757/1/Speech_and_language_therapy_for_aphasia_following_stroke_-_Cochrane_review.pdf)
- Kleven, T. A. (2002), Ikke-eksperimentelle design, I: T. Lund (red), *Innføring i forskningsmetodologi*, (s. 265-286). Oslo: Unipub Forlag AS
- Kristiansen, M.B. & Bech, M. (2009), Differential response rates in postal and Web-based surveys among older respondents, *Survey Research Methods*, 3 (1), 6.
- Kruuse, E. (2007), *Kvantitative forskningsmetoder – i psykologi og tilgrænsede fag*, Danmark: Dansk psykologisk Forlag
- LaPointe, L. (2005), Foundations: Adaptation, Accomodation, Aristos, I: L. LaPointe (red.), *Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders (3<sup>rd</sup> ed)*, New York; Thieme, 1-18
- Lesser, R. & Milroy, L. (1993), *Linguistics and aphasia. Psycholinguistic and pragmatic aspects of intervention*, London: Longman
- Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K., Qvenild, E. (2010), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*, Oslo: Novus AS
- Lind, M & Haaland-Johansen, L., (2010), Kartlegging og dokumentasjon i afasilogopedisk praksis, I: M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph, E. Qvenild (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*, (s. 42- 64). Oslo: Novus AS

- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Erlbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (2006), *Spørreskjema for nærpersoner. Communicative Effectiveness Index (CETI) på norsk* (L. Haaland-Johansen, M. Lind & L. Hammersvik, oversettelse), Oslo: Bredtvet kompetansesenter (Originalt arbeid publisert 1989)
- Lovdata (2002), *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (Opplæringslova)*, Hentet 29. januar, 2012 fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19980717-061-005.html>
- Lund, T. (1996), *Metoder i kausal samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Lund, T. (2002a), Generaliseringsproblematikk, I: T., Lund (red), *Innføring i forskningsmetodologi*, (s. 125-140). Oslo: Unipub Forlag AS
- Lund, T. (2002b), Metodologiske prinsipper og referanserammer, I: T., Lund (red), *Innføring i forskningsmetodologi*, (s. 79-123). Oslo: Unipub Forlag AS
- McNeil, M.R. & Pratt, S.R. (2001), Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition, *Aphasiology*, 15 (10-11), 901-911
- Mlcoch, A.G. & Metter, E.J. (2008), Medical Aspects of Stroke Rehabilitation, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication disorders*, (s. 42-63). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Mordal, T.L. (2000), *Som man spør får man svar*. Oslo: Universitetsforlaget
- Murphy, K.R. & Davidshofer, C.O. (2001), *Psychological testing, Principles and applications*, 5.utg. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Müller, R. A. (1992), Modularism, holism, connectionism: Old conflicts and new perspectives in aphasiology and neurology, *Aphasiology*, 6 (5), 443 – 475.
- Neumann, W.L. (2000), *Social research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches (4th.ed)*, Boston: Allyn and Bacon

- NESH (2006), *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnskunnskap, humaniora, juss og teologi*, Oslo; De nasjonale forskningsetiske komiteer. Hentet 6. mars 2011 fra: [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf)
- Norsk Logopedlag (2010), *Informasjonshefte 2010*, Hentet 22. februar 2012 fra: [http://www.norsklogopedlag.no/uploads/docs/Infohefte\\_2010\\_redigert.pdf](http://www.norsklogopedlag.no/uploads/docs/Infohefte_2010_redigert.pdf)
- Norsk Logopedlag (2011), *Utdanningssteder*, Hentet 26. april 2012 fra: <http://www.norsklogopedlag.no/utdanning/utdanningssteder>
- NSD (2012), *Personvernombudet for forskning*, Hentet 6. mars 2012, fra [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/begreper.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/begreper.html)
- Opplæringsloven (1998), *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. Hentet fra Lovdata, 29. januar 2012: <http://www.lovdata.no/all/tl-19980717-061-005.html>
- Pallant, J. (2004), *SPSS Survival Manual second edition*, Maidenhead; Open University Press
- Paradis, M. (1987), *The assessment of bilingual aphasia*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Patterson, J.P. & Chapey, R. (2008), *Assessment of Language Disorders in Adults*, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication disorders*, (s. 64-160). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Pedersen, P.M., Vinter, K. & Olsen, T.S. (2004), *Aphasia after Stroke: Type, Severity and Prognosis*, *Cerebrovasc Diseases*, 17, 35-43
- Personvernombudet for forskning (2012), *Informasjon til utvalget*, Hentet 28. februar 2012 fra: [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/informasjon.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/informasjon.html)
- 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). Oslo: Novus AS



- Raymer, A.M. & Rothi, L.J.G. (2008), Impairments of Word Comprehension and Production, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication disorders*, (s. 607-631). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Reinvang, I. (1994), *Språkforstyrrelse etter hjerneskade*, Oslo: Universitetsforlaget
- Reinvang, I. & Engvik, H. (1980), *Håndbok. Norsk Grunntest for afasi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Rygvold, A.L. (2005), Logopedutdanningen i Norge – fra ettårig videreutdanning til mastergradstudium, *Norsk tidsskrift for Logopedi*, 51(1), 30 -31
- Sandmo, T., Haukeland, I. & Stoller, S. (2010), *HAST: Haukeland afasi-screeningtest*, Bergen: Logopedtjenesten Helse-Bergen, Haukeland universitetssjukehus
- Sapsford, R. (2007), *Survey research*, London: Sage Publications.
- Sarno, M. T. (1997), Quality of life in Aphasia in the first post-stroke year, *Aphasiology*, 11, 665-678
- Sarno, M.T. (2004), Aphasia therapies: Historical perspectives and moral imperatives, I: J.F. Duchan & S. Byng (red.), *Challenging Aphasia Therapies*, (s. 19-31). Hove: Psychology Press
- Shadish, W.R, Cook, T.D. & Campbell, D.T. (2002), *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*, Boston: Houghton Mifflin Company
- Simmons-Mackie, N. (2008), Social Approaches to Aphasia Intervention, I: R. Chapey (red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication disorders*, (s. 290-318). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Simmons-Mackie, N., Code, C., Armstrong, E., Stiegler, L. & Elman, R.J. (2002), What is aphasia? Results of an international survey, *Aphasiology*, vol. 16, no.8, 837-848.
- Simmons-Mackie, N. & Kagan, A. (2007), Application of the ICF in Aphasia, *Seminars in speech and language*, 28 (4), 244-253

- Stoller, S. (2010), En kassstudie av afasi i tidlig fase, I: M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*, (s. 136-149). Oslo: Novus AS
- Sundet, K. & Reinvang, I. (1988), *Afasi. Når språket svikter*. Oslo: H. Aschehoug & Co
- Sundet, K. & Reinvang, I. (1993), Psykologiske reaksjoner ved afasi, I: M.L. Amundsen, E. Høy-Petersen, T. Sandmo & K. Sundet (red.), *Å leve med afasi. Veiledning for afasirammede og pårørende*, (s. 33-43). Oslo: H. Aschehoug & Co
- SøkUtdanning (2012), *Logoped – Utdanning/Yrke*, Hentet 26. april 2012 fra: <http://www.sokutdanning.no/info/logoped-utdanning-yrke/logoped.aspx>
- Tangerud, H. (2001), Alderdom, samfunn og teknologi, I: E. Befring & R. Tangen (red.), *Spesialpedagogikk*, (s. 502-521). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Tesak, J. & Code, M. (2008), *Milestones in the History of Aphasia*, Hove og New York: Psychology Press, Taylor & Francis Group
- Theie, S. & Qvenild, E. (2010), ICF brukt i utredning av afasi, *Norsk tidsskrift for logopedi*, 56 (4), 10-18
- Thompson, C.K & Worrall, L., (2008), Approaches to aphasia treatment, I: N. Martin, C.K. Thompson & L. Worrall (red), *Aphasia Rehabilitation. The Impairment and Its Consequences*, (s. 3-24). San Diego: Plural Publishing, Inc
- Thoresen, G.E. & Thommesen, B. (1999), *Ullevål afasiskreening (UAS)*, Oslo: Ullevål sykehus
- Universitetet i Bergen (UiB) (2012), *Masterprogram i helsefag – logopedi*, Hentet 21. mars 2012 fra: <http://www.uib.no/studieprogram/MAPS-LOG06>
- Universitetet i Oslo (UiO) (2010a), *Nettskjema trinn for trinn*, Hentet 23. februar 2012 fra: <http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/hjelp/trinn-for-trinn.html>
- Universitetet i Oslo (UiO) (2010b), *Om matriseløsningen*, Hentet 23. februar 2012 fra: <http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/hjelp/lage/matrise.html>

- Universitetet i Oslo (UiO) (2011), *Hva er Nettskjema*, Hentet 23. februar 2012 fra:  
<http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/mer-om/>
- Universitetet i Oslo (UiO) (2012), *Logopedi studieretning*, Hentet 21. mars 2012 fra:  
<http://www.uio.no/studier/program/spesped-master/logopedi/>
- Vedeler, L. (2000), *Observasjonsforskning i pedagogiske fag - en innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vedeler, L. (2009), *Observasjonsforskning i pedagogiske fag – en innføring i bruk av metoder*, 2.opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- 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 Speech-Language Pathology*, 11(3), 191-205
- Vickers, C. (1998), *Communication Recovery: Group conversation activities for adults*. Texas, San Antonio: Communication Skill Builders.
- Vogt, H. (u.å), *Aker-modellen*, Oslo: Aker sykehus
- Wertz, R. T. (1993), Efficacy of various methods, I: M. Paradis (red.), *Foundations of aphasia rehabilitation*, (s. 61-75), Oxford, New York, Seoul, Tokyo: Pergamon Press
- Wertz, R. T. (2000), Aphasia therapy: a clinical framework, I: I. Papathanasiou (red.), *Acquired Neurogenic Communication Disorders: A Clinical Perspective*, (s. 3-27). London and Philadelphia: Whurr Publishers.
- Whitworth, A., Webster, J. & Howard, D. (2005), *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia. A clinician's guide*, Hove: Psychology Press
- WHO (2004), *ICF – Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*, (KITH, oversettelse). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet 7. februar fra:  
<http://www.kith.no/upload/1855/NorskBruerveiledning-v1.pdf>

Whurr, R. (1993), *Aphasia screening test* (J. Hovden, norsk oversettelse til Renata-testen), Oslo: Institutt for Spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo (Originalt arbeid publisert 1974)

# Vedlegg

## Vedlegg 1: «Logopeders fokus i afasirehabilitering»

### Spørreskjemaet

#### 1. Bakgrunnsopplysninger

- 1.1. Jobber du med afasi?

- 1.2. Er du mann eller kvinne?

- 1.3. Hvor lenge har du jobbet med afasi?

- Under 1 år
- 1 til 5 år
- 6 til 10 år
- Over 10 år

- 1.4. Hvilken grunnutdanning har du forut for logopedutdanningen?

- Lærerutdanning
- Førskolelærerutdanning
- Spesialpedagogikk
- Annen universitets- eller høgskoleutdanning

- 1.5. Hvor er du ansatt? Flere valg er tillatt

- Privat praksis
- Akuttpsykehus
- Rehabiliteringssykehus
- Sykehjem/hjemmetjeneste/dagsenter
- Kommunalt logopedkontor
- PPT
- Voksenopplæring
- Kompetansesenter
- Annet

- **1.6. Hvor mange afasirammede har du jobbet med de siste 3 månedene? Skriv ca antall personer**

- **1.7. Jobber du med unge (t.o.m. 50) eller eldre (f.o.m.51) afasirammede?**

- Unge
- Eldre
- Begge deler
- Ingen av delene

- **1.8. Påvirker den afasirammedes alder ditt fokus for rehabilitering?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

- **1.9. Hvis ja på spørsmålet over, på hvilken måte påvirker den afasirammedes alder ditt fokus i rehabilitering?**

- **1.10. Hvor ofte vil du cirka si at du jobber med hver afasirammede? Gjennomsnittlig per uke**

## 2. Om ulike tilnærminger

- **2.1. En måte å se afasi på er å gruppere afasirammede etter fellestrekk i språkfunksjon/vanske (også kalt afasisyndromer som f.eks. Broca og Wernicke). Er dette en tilnærming du bruker hyppig i rehabilitering?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

- **2.2. I hvilken grad bruker du denne tilnærmingen?** På en skala fra 1-6, der 1 er aldri og 6 er alltid

1  2  3  4  5  6

- **2.3. Påvirker denne syndromtenkningen ditt videre arbeid med den afasirammede på noen måte?**

Ja  
 Nei  
 Vet ikke

- **2.4. Hvis ja på forrige spørsmål, vil du si at denne påvirkningen er positiv eller negativ?**

Positiv  Negativ

- **2.5. Vil du si at en slik syndromtenkning har et skadebasert (impairment) eller konsekvensbasert (sosial modell) fokus?**

Skadebasert (impairment)  
 Konsekvensbasert (sosial modell)  
 Begge deler  
 Ingen av delene

- **2.6. En annen måte er å ta utgangspunkt i hvilke kognitive prosesser som er skadet og hvilke som er intakt (modell for språklig prosessering). Er dette en tilnærming du bruker hyppig i rehabilitering?**

Ja  
 Nei  
 Vet ikke

- **2.7. I hvilken grad bruker du denne tilnærmingen?** På en skala fra 1 til 6, der 1 er aldri og 6 er alltid

1  2  3  4  5  6

- **2.8. Påvirker denne inndelingen ditt videre arbeid med den afasirammede på noen måte?**

Ja  
 Nei  
 Vet ikke

- **2.9. Hvis ja på forrige spørsmål, vil du si at denne påvirkningen er positiv eller negativ?**

Positiv  Negativ

- **2.10. Vil du si at denne tilnærmingen (jf.punkt 2.6) har et skadebasert (impairment) eller konsekvensbasert (sosial modell) fokus?**
  - Skadebasert (impairment)
  - Konsekvensbasert (sosial modell)
  - Begge delene
  - Ingen av delene
  
- **2.11. En tredje måte er å ta utgangspunkt i hvilke konsekvenser afasi har for den afasirammede (sosial modell), med tanke på livsutfoldelse, kommunikasjon med andre, livskvalitet osv. Er dette en tilnærming du bruker hyppig i rehabilitering?**
  - Ja
  - Nei
  - Vet ikke
  
- **2.12. I hvilken grad bruker du denne tilnærmingen? På en skala fra 1-6, der 1 er aldri og 6 er alltid**
  - 1  2  3  4  5  6
  
- **2.13. Påvirker denne inndelingen ditt videre arbeid med den afasirammede på noen måte?**
  - Ja
  - Nei
  - Vet ikke
  
- **2.14. Hvis ja på forrige spørsmål, vil du si at denne påvirkningen er positiv eller negativ?**
  - Positiv  Negativ
  
- **2.15. Vil du si at en slik tilnærming (jf.punkt 2.11) har et skadebasert (impairment) eller konsekvensbasert (sosial modell) fokus?**
  - Skadebasert (impairment)
  - Konsekvensbasert (sosial modell)
  - Begge delene
  - Ingen av delene



### 3. Praksis (behandling inkl. kartlegging)

- **3.1. Bruker du en av tilnærmingene videre i behandling?**

- Ja, bare skadebasert
- Ja, bare konsekvensbasert
- Ja, begge deler
- Nei, ingen av delene
- Vet ikke

- **3.2. Hvilke kartleggingsverktøy har du brukt mest de siste tre månedene på dine afasirammede? Kryss av for de FIRE mest brukte verktøyene**

- NGA
- Renata
- Aker
- Ullevål
- HAST
- BAT
- CETI
- VOST
- PALPA
- VASAS
- Pyramide- og palmetesten
- SALK-39
- Alfabetprøven
- Uformell kartlegging: samtale/observasjon

- **3.3. Påvirker dine arbeidsrammer hvilken tilnærming du har i rehabiliteringen?**

- Ja  Nei  Vet ikke

- **3.4. Hvis ja på forrige spørsmål, på hvilken måte vil du si at arbeidsrammene påvirker?**

Eventuelt hva som påvirker.

- **3.5. Er du bevisst valg av tilnærming i ditt daglige arbeid med afasirammede?**

Ja  Nei  Vet ikke

- **3.6. Hvilken tilnærming ser du på som viktigst i rehabilitering av afasirammede?**

- Skadebasert (impairment) tilnærming  
 Konsekvensbasert (sosial modell) tilnærming  
 Begge tilnærmingene  
 Ingen av tilnærmingene  
 Annet

#### 4. Praksis (Behandling inkl. kartlegging)

Kryss av for i hvilken grad de følgende påstandene reflekterer ditt fokus i rehabilitering. På en skal fra 1 til 6, der 1 er aldri og 6 er alltid.

	1	2	3	4	5	6
<b>4.1. Individuelle timer (jobbe en-til-en)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4.2. Gruppetimer (i samspill med andre afasirammede)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4.3. Lette tilpasningen til endrede kommunikasjonsferdigheter</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For å øke muligheten til å kommunisere på andre måter og til å kommunisere med andre						
<b>4.4. Legge til rette for å ta vare på og intensivere bruken av språket som er intakt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4.5. Gi den afasirammede anledning til å bruke tiltakende språk- og kommunikasjonsferdigheter også i vanlige, dagligdagse kommunikasjonsituasjoner</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4.6. Kartlegge språksvikten og virkningen av den i forhold til hele språkssystemet</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Med tiltak som fokuserer på språk						
<b>4.7. Forsøke å reparere selve språkskaden ut fra afasisyndromer (lokalisasjon av skaden)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4.8. Øke livskvaliteten til den afasirammede</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4.9. Tilpasse den afasirammede til å kunne leve med afasi: til aktivitet og deltagelse i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.10. Tiltak som fokuserer på barrierer som gjør det vanskelig å bruke språk og kommunikasjon i det virkelige liv



## 5. Avslutningsfase/oppsummerende

- **5.1. Tenker du at å jobbe bare skadebasert (impairment) i rehabiliteringen generelt vil påvirke resultatene/målene annerledes for deg og de afasirammede?**

Ja  Nei  Vet ikke

- **5.2. Tenker du denne påvirkningen vil være positiv eller negativ?**

Positiv  
 Negativ  
 Begge deler  
 Ingen av delene  
 Vet ikke

- **5.3. Tenker du at å jobbe bare konsekvensbasert (sosial modell) i rehabiliteringen generelt vil påvirke resultatene/målene annerledes for deg og de afasirammede?**

Ja  Nei  Vet ikke

- **5.4. Tenker du denne påvirkningen vil være positiv eller negativ?**

Positiv  
 Negativ  
 Begge deler  
 Ingen av delene  
 Vet ikke

- **5.5. Hvis du har gjort deg opp noen tanker om fokus i rehabilitering, og/eller det er noe du ønsker å tilføye i forhold til bruk av tilnærminger i rehabilitering, kan du gjerne skrive det ned her :)**

## Vedlegg 2: Informasjonsbrev

Informasjonsbrev vedrørende undersøkelse om afasirehabilitering

Kjære logoped

Jeg er student ved Universitetet i Oslo der jeg studerer spesialpedagogikk med fordypning i logopedi. I forbindelse med mitt masteroppgaveprosjekt ønsker jeg å invitere logopeder til å delta i en spørreundersøkelse om afasirehabilitering. Jeg har fått tilgang til din e-postadresse via deltagerlisten fra de siste afasidagene (høsten 2011). Det er til stor hjelp om du har mulighet til å sette av tid til å besvare dette nettskjemaet. Enten du har lite eller mye erfaring med afasi er enhver besvarelse verdifull for å kunne gjennomføre prosjektet.

Jeg ønsker å kartlegge fokus i rehabilitering. Spørsmålene er fordelt under temaene: bakgrunnsopplysninger, om ulike tilnærminger, praksis (der både behandling og kartlegging er i fokus), før det til slutt kommer noen oppsummeringsspørsmål. I litteraturen skilles det mellom tilnærmingene skadebasert (impairment) og konsekvensbasert (sosiale modell) som danner mitt utgangspunkt for denne undersøkelsen.

For å besvare dette har jeg utviklet et elektronisk spørreskjema. Ved å trykke på linken nedenfor vil du bli sendt til spørreskjemaet. Her vil du bli bedt om å logge inn med brukernavn og passord (dette finner du helt nederst i mailen). Tjenesten Nettskjema administreres av Universitetets senter for informasjonsteknologi, USIT, ved Universitetet i Oslo. Din deltakelse vil bli registrert, men ikke i direkte tilknytning til din besvarelse. Denne informasjonen er bare for å ha oversikt over antall besvarelser, og for å senere kunne sende ut en påminnelse til inviterte personer som ikke har sendt inn skjemaet. Ved å svare på skjemaet gir du ditt samtykke til å delta i undersøkelsen.

Masteroppgaven planlegges å leveres 1. juni 2012, og alle besvarelser og andre opplysninger vil slettes etter sensurfrist, planlagt høsten 2012.

Deltakelse er frivillig og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysningene som samles inn vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Med dette håper jeg at du har mulighet og lyst til å bidra til denne undersøkelsen av norske logopeders praksis med afasirehabilitering.

Tusen takk for at du tar deg tid!

Svarfrist 14. mars 2012 kl. 23.59.

En påminnelse vil bli sendt ut til personer som ikke har besvart skjemaet innen 7.mars 2012.

Dersom du har noen spørsmål om undersøkelsen kan du kontakte meg på telefon: 95882293 eller e-post: carolsh@student.uv.uio.no. Eller du kan henvende deg til min veileder ved Institutt for spesialpedagogikk, Melanie Kirmess, på telefon: 95129142 eller e-post: melanie.kirmess@uv.uio.no

Med vennlig hilsen

Caroline Susanne Hagen

## Vedlegg 3: Svarbrev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørlagsgate 29  
N-0667 Østern  
Norske  
Tlf: +47 55 58 21 17  
Fak: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.no  
www.nsd.no  
Org nr: 085 371 886

Melanie Kirmess  
Institutt for spesialpedagogikk  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1140 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 24.02.2012

Vår ref: 29548 / 3 / PB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29548	<i>Logopeders fokus i afasirehabilitering</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Melanie Kirmess</i>
Student	<i>Caroline Susanne Hagen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

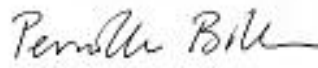
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.no/personvern/forsk\\_snad/skjema.html](http://www.nsd.no/personvern/forsk_snad/skjema.html).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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Pernilla Bollman

Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Caroline Susanne Hagen, Gunnar Schjelderupsvei 13a, rom 646, 0485 OSLO

Ansøkningskontor / Data Office

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47 22 85 52 11. [nsd@nsd.no](mailto:nsd@nsd.no)  
BIRMINGHAM NSD, Margie-Talbot-norsk-statistisk-og-undersøkt, 2401 Broadview, tlf: +47 71 99 19 17. [lyris@nsd.no](mailto:lyris@nsd.no)  
TRONDHEIM NSD, WF, Universitetet i Trondheim, 8037 Trondheim. Tlf: +47 77 64 43 35. [nsd@uao.no](mailto:nsd@uao.no)



Formålet med denne masteroppgaven er å få en innsikt i og kartlegge hvordan logoped jobber med afasirammede. Resultatet vil bli sammenlignet og diskutert opp mot teori om ulike tilnærminger man kan bruke i rehabilitering med afasirammede.

Rekruttering av deltakere blir foretatt på grunnlag av e-postadresser som Bredtvet kompetansesenter har over deltakere i Afasidagene 2011. Utvalget vil bestå av ca.60 logopeder. Spørreskjema med informasjonsbrev til de utvalgte logopedene blir sendt ut gjennom tjenesten Nettskjema, adm. av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved Universitet i Oslo .

Det vil samles inn opplysninger om hvor de jobber (type arbeidsplass - men ikke selve navnet på arbeidsplassen), hva de jobber med og hvordan de jobber. Direkte personidentifiserende opplysninger (navn/e-postadresse) vil bli registrert atskilt fra det øvrige datamaterialet men kan kobles til dette ved hjelp av koblingsnøkkel. Senest ved prosjektslutt 31.12.2012 vil datamaterialet anonymiseres.

Behandlingen av personopplysninger vil foretas på grunnlag av et aktivt gyldig samtykke, jf. personopplysningsloven § 8 første ledd (samtykke).

**Vedlegg 4: Frekvenstabell: Samlet oversikt over hvor ofte logopedene jobber med afasirammede (jf. spørsmål 1.10)**

	Antall	Prosent	Kumulativ Prosent
Valid			
1 til 2 ganger	1	3.2	3.2
1 time i uka,	1	3.2	6.5
1-2 timer	1	3.2	9.7
1,5 time	1	3.2	12.9
17	1	3.2	16.1
2	2	6.5	22.6
2 ganger	1	3.2	25.8
2-3	1	3.2	29.0
2-3 ganger	1	3.2	32.3
2.5	1	3.2	35.5
3	5	16.1	51.6
3 dager pr uke	1	3.2	54.8
3 timer	1	3.2	58.1
3-4 t	1	3.2	61.3
3-4g	1	3.2	64.5
3-5 timer daglig, når de er på ukesopphold	1	3.2	67.7
4 timer	1	3.2	71.0
5	1	3.2	74.2
5 timar	1	3.2	77.4
5 timer	2	6.5	83.9
5t	1	3.2	87.1
5t/uke	1	3.2	90.3
daglig	1	3.2	93.5
Har for tiden 8 afasiklienter, fra 1 - 2,5 timer pr. klient pr. uke	1	3.2	96.8
konsultativ basis	1	3.2	100.0
Total	31	100.0	



