

Gruppebehandling for afasirammede

En kartlegging av logopeders arbeid med afasirammede

Av

Tone Olsen Siira



Masteroppgave i spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Institutt for spesialpedagogikk

Våren 2009

Sammendrag

Tittel

Oppgavens tittel er “gruppebehandling for afasirammede”. Jeg har foretatt en kartleggingsundersøkelse, der jeg har sett på hvor mange logopeder som arbeider med afasirammede og hvilke behandlingsmetoder disse bruker. Videre har jeg undersøkt hva som gjør at informantene velger å bruke afasigrupper i behandlingen.

Bakgrunn og formål

Motivasjonen for å skrive om afasigrupper er på bakgrunn av de erfaringer jeg gjorde i afasipraksis i forbindelse med logopedstudiet. Jeg fikk innsikt i hvordan både enetimer og gruppebehandling ble gjennomført, og de kvaliteter begge behandlingsmåtene hadde. Jeg så imidlertid at afasigrupper hadde andre kvaliteter enn enetimer med logoped, og jeg ble svært interessert i en slik behandlingsform. Det var et samspill som gjorde at alle deltok i gruppen, og jeg så at flere virket motivert og engasjert i kommunikasjonen. Jeg opplevde at de ville dele sine meninger og erfaringer på bakgrunn av en interesse der mennesket var i fokus, ikke afasien.

Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som gjør at logopeder bruker gruppebehandling, og hvilke vurderinger de har rundt det å bruke gruppe. Jeg vil også forsøke å se om det er noen forskjeller mellom logopeder som arbeider med afasirammede og de som ikke arbeider med afasirammede. Videre vil jeg undersøke hvordan logopedene opplever at logopedutdannelsen har gjort dem kvalifisert til å arbeide med afasi.

Problemstilling

Problemstillingen i oppgaven er som følger:

I hvilken grad bruker logopeder gruppebehandling for afasirammede og hvilke faktorer blir lagt til grunn for å velge denne type behandling?

Metode

Det er i denne undersøkelsen valgt survey som design og spørreskjema som metode, da dette egner seg ved store respondentgrupper. Jeg ønsker å gjennomføre en forholdsvis stor undersøkelse, der jeg kan nå flere informanter samtidig. Utvalget er aktive medlemmer i Norsk logopedlag, som har oppdatert mailadresse i regionslaget de hører til. Selve utvalget består av 595 logopeder.

Dataanalyse

Datamaterialet er statistisk bearbeidet og analysert i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), et dataprogram for statistisk analyse av kvantitative data. Det er brukt frekvenstabeller og krysstabeller for å fremstille resultatene, og chi- kvadrat for å beregne signifikansnivået på krysstabellene.

Resultater og konklusjon

Det var få forskjeller mellom de som arbeider med afasirammede og de som ikke gjør det. Det var flere som driver privat praksis og som arbeider med afasirammede, og av de som arbeider med afasirammede har de fleste arbeidssted på enten sykehus, voksenopplæring eller i privat praksis.

Det viser seg at det knytter seg endel usikkerhet til feltet afasi og gruppebehandling, der nesten halvparten av informantene savnet mer praksis fra utdanningen.

Usikkerheten er først og fremst knyttet til gruppebehandling for afasirammede, og i mindre grad til afasifeltet.

70 % av de som arbeider med afasirammede bruker enetimer i behandlingen, mens kun 30 % bruker enetimer og grupper. Grunnen til at de fleste ikke bruker gruppebehandling er få klienter, klientene er i akutfase eller utfordringer i forhold til sammensetning av gruppe. Faktorer for at de 22 logopedene i undersøkelsen velger å bruke gruppebehandling er hovedsakelig bedring av kommunikasjonen, det sosiale aspektet, som et supplement til enetimer og praktiske forhold.

FORORD

Det er med blandede følelser at jeg nå skriver de siste setningene på masteroppgaven. Etter flere år som student ved Universitetet i Oslo, er studieløpet nå nesten slutt. Ferdigstilling av masteroppgaven har vært en lang prosess med mange bekymringer i forhold til innsamling av data, tidspress og kvalitet på innholdet. Arbeidet har vært meget lærerikt og interessant, men samtidig svært tidkrevende og frustrerende. Totalt sett vil jeg si at arbeidet har vært en positiv prosess, der jeg har fått større innsikt og forståelse for temaet i oppgaven, samt hvordan man gjennomfører et forskningsprosjekt.

Masteroppgaven er krevende og omfattende, som innebærer nøye planlegging og vurderinger i forhold til aktuelle teorier og metoder. Jeg hadde aldri greid meg uten oppmuntring og hjelp fra de rundt meg. Jeg vil først og fremst takke veilederen min Anne- Lise Rygvold for god faglig hjelp, inspirasjon og til tider nødvendig pådriver og motivator. Videre vil jeg takke regionslagslederne i Norsk logopedlag for deres imøtekommenhet og arbeid i forhold til datainnsamlingen. Uten deres hjelp ville jeg aldri kunne nådd informantene på en like effektiv og ressursbesparende måte. Jeg vil også rette en stor takk til informantene i undersøkelsen, som gjorde det hele mulig å gjennomføre prosjektet.

Til slutt vil jeg takke familie, kollegaer, venner og medstudenter som har støttet og oppmuntret meg i en stressende periode. Og ikke minst min kjære forlovede Marius som har vært der for meg når presset har gjort seg gjeldende.

Innhold

1. KAPITTEL 1 INNLEDNING	9
2. KAPITTEL 2 AFASI	11
2.1 HVA ER AFASI?	11
2.2 AFASI- HOVEDTYPER	13
2.3 SPRÅKLIG OG SOSIAL FUNGERING	14
2.4 SOSIAL ISOLASJON	15
2.5 BEHANDLING.....	18
AFASIGRUPPER	20
2.6 HVA ER AFASIGRUPPE?	20
2.7 GRUPPETILNÆRMING OG BEHANDLINGSMÅL	20
2.8 HENSIKTEN MED AFASIGRUPPER	22
2.9 IDENTITET OG MESTRING	24
2.10 SAMMENSETNING AV GRUPPE.....	26
2.11 PÅRØRENDE I GRUPPEN	27
2.12 LOGOPEDENS ROLLE.....	29
2.13 EFFEKTE AV GRUPPEBEHANDLING.....	30
3. KAPITTEL 3 METODE	31
3.1 UTVALG.....	31
3.2 VALG AV METODE	32
3.2.1 Spørreskjema som metode.....	34
3.2.2 Åpne og lukkede spørsmål.....	36

3.2.3	<i>Svarprosent og svarkvalitet</i>	37
3.3	UTFORMING AV SPØRRESKJEMA	39
3.3.1	<i>Bakgrunnsinformasjon</i>	40
3.3.2	<i>Arbeid med afasirammede</i>	40
3.3.3	<i>Behandlingsmetoder</i>	41
3.3.4	<i>Gruppebehandling</i>	42
3.4	VALIDITET, RELIABILITET OG GENERALISERBARHET TIL EGEN UNDERSØKELSE.....	42
3.4.1	<i>Reliabilitet</i>	42
3.4.2	<i>Validitet</i>	43
3.4.3	<i>Generaliserbarhet</i>	46
3.4.4	<i>Svakheter i spørreskjema</i>	47
3.5	DATAANALYSE.....	50
3.6	ETISKE HENSYN.....	51
4.	KAPITTEL 4 RESULTATDEL	53
4.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	53
4.1.1	<i>Kjønn og alder</i>	54
4.1.2	<i>Arbeidssted</i>	54
4.1.3	<i>Regionsfordeling</i>	57
4.1.4	<i>Utdanning</i>	59
4.1.5	<i>Syn på utdanningen</i>	62
4.2	ARBEID MED AFASIRAMMEDE	65
4.2.1	<i>Behandlingsperspektiv</i>	66
4.2.2	<i>Organisering av behandlingen</i>	68

4.2.3	<i>Logopedenes faktorer for at de ikke bruker gruppebehandling</i>	71
4.2.4	<i>Samarbeid med pårørende</i>	73
4.2.5	<i>Henvendelser ved faglig usikkerhet</i>	74
4.3	GRUPPEBEHANDLING.....	75
4.3.1	<i>Organisering av afasigrupper</i>	75
4.3.2	<i>Faktorer for at logopedene velger gruppebehandling</i>	77
4.3.3	<i>Utfordringer i forhold til gruppe</i>	82
4.3.4	<i>Mål for gruppebehandlingen</i>	85
4.3.5	<i>Måloppnåelse</i>	86
5.	KAPITTEL 5 AVSLUTNING	88
5.1	ARBEIDER MED AFASIRAMMEDE.....	88
5.2	KUNNSKAP OM AFASI.....	89
5.3	BEHANDLINGSMETODER.....	90
5.4	AFASIGRUPPE SOM BEHANDLINGSMETODE	91
5.5	BETRAKTNINGER PÅ UNDERSØKELSEN	92
	KILDELISTE	94
	VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV.....	99
	VEDLEGG 2: SPØRRESKJEMA	100

1. KAPITTEL 1

INNLEDNING

Personer med afasi kan ha vansker med å bruke språket sitt til å kommunisere og være i sosialt samspill med andre. Dette kan påvirke livskvaliteten til den afasirammede, siden kommunikasjon blir sett på som en viktig del for livsdeltakelse (Chapey og Hallowell, 2001). Det finnes forskjellige behandlingsmetoder, tilnærminger og mål for behandlingen. Logopedene kan bruke enetimer og/eller afasigrupper i behandlingen, og han eller hun kan bruke ulike tilnærminger vurdert ut fra hva som er best for den enkelte. Afasibehandlingen kan i tillegg foregå på sykehus, i akutfase og/eller rehabiliteringsfase, eller den kan foregå hos lokale logopeder som arbeider alene.

Når jeg startet arbeidet med masteroppgaven hadde jeg forventninger om at logopedene sitter inne med ulike kunnskaper og vurderinger i forhold til afasigrupper, og at dette vil ha en sammenheng om de bruker gruppebehandling i arbeid med afasirammede. Det er også naturlig å tenke at utdanningstidspunkt vil spille en rolle i forhold til hvor stort fokus utdanningen hadde på dette området. Videre hadde jeg en antakelse om at logopedene møter endel utfordringer når det gjelder sammensetning av gruppe, pasienttall, og hvordan de skal strukturere og organisere timen på, som gjør at endel velger å bruke enetimer fremfor grupper. Det kan også være lite opplæring og kunnskap blant logopeder i forhold til hvordan de skal utføre gruppebehandling, som gjør at de er usikre på hvordan gruppen skal gjennomføres.

Disse betraktningene gjorde jeg meg før undersøkelsen startet, og var derfor utgangspunktet for selve problemstillingen. Formålet med oppgaven er å kartlegge mulige faktorer som gjør at logopeder bruker gruppebehandling, eller om de vurderer enetimer som den beste behandlingsmetoden. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

I hvilken grad bruker logopeder gruppebehandling for afasirammede og hvilke faktorer blir lagt til grunn for å velge denne type behandling?

Med denne problemstillingen vil jeg altså fokusere på afasigrupper som et tilbud og behandling for afasirammede, og hva som gjør at logopedene enten velger eller ikke velger denne behandlingsformen. Jeg ønsker samtidig å kunne si noe om de logopedene som arbeider med afasirammede og de som ikke gjør det, for å se om det finnes noen forskjeller mellom disse to gruppene.

Teoridelen i oppgaven gir en oversikt over afasi og afasigrupper som behandlingsmetode. Jeg var nødt til å velge ut det jeg anser som viktig i forhold til oppgaven og etter hvilke temaer som er vektlagt i spørreskjemaet. Metodedelen tar for seg begrunnelser for valg av metode og utvalg, gyldighet til egen undersøkelse og svakheter i spørreskjema. Jeg vil forsøke å gi en grundig forklaring av fremgangsmåten og hva jeg anser som svakheter i denne prosessen. Tredje del er en presentasjon og drøfting av resultatene i undersøkelsen. Jeg valgte å drøfte resultatene underveis, da jeg opplevde det som uoversiktlig med presentasjon av data i starten av resultatdelen. Noen av resultatene er drøftet mer enn andre, siden ikke alle funnene er like relevante og interessante. Til slutt vil jeg gi en kortfattet oversikt over de funnene jeg har gjort, samtidig som jeg vil forsøke å trekke noen slutninger fra undersøkelsen.

2. KAPITTEL 2

AFASI

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hva afasi er, årsaksforklaringer, samt hvordan afasi påvirker kommunikasjonen og det sosiale aspektet. Afasi er en språkforstyrrelse som rammer alle språkmodaliteter. Det opptrer ofte andre vansker samtidig med afasi, og i denne sammenheng vil jeg fokusere på sosial isolasjon som følge av skaden. Siste del av dette kapitlet handler om afasigrupper som behandlingsmetode, og hvilke kvaliteter gruppebehandling har.

2.1 Hva er afasi?

Chapey og Hallowell (2001) definerer afasi slik: "aphasia is an acquired communication disorder caused by brain damage, characterized by an impairment of language modalities: speaking, listening, reading and writing". (s.3). Årsaken til afasi skyldes altså en skade i hjernen. Hjerneslag er den hyppigste årsaken, men man kan også få afasi på grunn av hjernesvulster, hodeskader eller infeksjoner. Afasi er ikke et resultat av sansefeil, en generell intellektuell defekt eller som følge av en psykiatrisk lidelse (Chapey og Hallowell, 2001). Afasi involverer språkvansker, og språksvikten kan vise seg i ulik grad innenfor en eller flere av de ulike språkmodalitetene: evnen til å uttrykke seg muntlig og skriftlig, til å forstå tale og til å lese. Videre kan afasi ramme evnen til å utføre matematiske utførelser, lese klokken, forstå musikalske notesystemer, håndtere penger eller spille kort (LaPoint, 2005). Individet er ikke født med afasi, og personen har gjennomgått en normal språklig utvikling inntil tidspunktet for skaden. Afasi skyldes skade på de områdene i hjernen som bearbeider språklige symboler og som knytter tanker og ord sammen. Det er omfanget av skaden i hjernen som avgjør hvor stor språkforstyrrelsen blir og hvordan den arter seg. De fleste som blir rammet av afasi er eldre mennesker, ettersom hjerneslag er den vanligste årsaken til afasi (Chapey og Hallowell, 2001). 16000 mennesker rammes av

hjerneslag hvert år i Norge, og tallet vil øke siden det blir stadig flere eldre (Scholz, 2009). Hjerneslag kommer av plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelse i hjernens blodtilførsel. Slag skyldes enten et hjerneinfarkt eller hjerneblødning. Den hyppigste årsaken til slag er hjerneinfarkt, som oppstår ved at det setter seg blodpropp i en av hjernens blodårer (LaPoint, 2005).

Afasirammede vil som regel ikke kun ha språkvansker som sin eneste vanske etter skaden (Murray og Chapey, 2001). Det kan være lammelse av armer og ben, nedsatt følesans, lammelser i ansiktsmuskulaturem, spise- og svelgevansker, dysartri (nevrologisk betingede talevansker), synsfeltbortfall eller apraksi (vansker med viljestyrte handlinger). Tilleggsforstyrrelser som hukommelses- og konsentrasjonsvansker kan også oppstå. Afasi kan føre til endringer i familielivet og den sosiale situasjonen, både for den som rammes og pårørende rundt personen. Vanskene kan også virke inn på selvfølelsen som kan føre til utrygghet, isolasjon og depresjon (Murray og Chapey, 2001). Konsekvensene av afasi er mer omfattende enn det forskere og terapeuter trodde til å begynne med (Lyon & Shadden, 2001). Det handler om mer enn bare språk og det å kommunisere noe. Kommunikasjon handler også om å delta og bidra med ulike aspekter, slik som humor, diskusjoner, gjensidig støtte, respekt og kjærlighet (Lyon & Shadden, 2001). Den som har fått afasi, har ikke mistet språket, men det er evnen til å bruke det i kommunikasjon som er skadet. Flere afasirammede har kun en liten skade der de synlige og hørbare symptomene forsvinner etterhvert, mens andre får en mer omfattende skade der de behøver oppfølging og behandling livet ut. Uansett omfang, kan kapasiteten deres blitt betydelig redusert, og skaden kan ha merket dem for livet. Ulike funksjonsvansker, om det er synlig eller ikke, kan føre til alvorlige psykiske problemer som det kan være vanskelig for andre å oppdage (Lyon & Shadden, 2001).

2.2 Afasi- hovedtyper

Afasi deles inn i ikke-flytende og flytende tale. Ikke- flytende afasi er global, transkortikal motorisk og brocas afasi, mens flytende afasi deles inn i wernickes, transkortikal sensorisk, kondusjon og anomisk afasi (Chapey, 2001). Ved å beskrive de ulike afasitypene, vil en ha større oversikt over hvilke behandlingsmetoder som passer, samt hvilke utfordringer man ofte kan møte på som logoped. Jeg velger å bruke termen afasi videre i oppgaven, med bakgrunn i at en afasirammet sjelden har en ren afasitype. De fleste har "blandet afasi", hvor språkvansken arter seg forskjellig fra person til person. Jeg vil nå redegjøre for wernickes afasi, brocas afasi og global afasi.

Wernickes afasi (sensorisk eller impressiv afasi), påvirker evnen til å tolke eller forstå tale (Chapey, 2001). Personer med denne type afasi kan ha lett og flytende tale, men produksjonen av ord er ofte overdrevent med lite innhold. De kan ha vanskeligheter med å benevne, og lager da heller nye ord (neologismer) til sin flytende spontane tale. Det kan være vanskelig å forstå hva personen sier, fordi de ofte har lyd- og ordvekslingsvansker. Personer med wernickes afasi har ofte vansker med lesing, skriving og gjentakelse av ord. De kan også mangle bevissthet i forhold til sin egen vanske, spesielt i sammenligning med andre afasirammede (Chapey, 2001).

Brocas afasi (motorisk, ekspressiv afasi) er den mest klassiske formen av ikke-flytende afasi, og den er ofte vurdert som det motsatte av Wernickes afasi (Chapey, 2001) Kjennetegn ved brocas afasi er langsom tale med dårlig flyt, begrenset vokabular, og relativt godt bevart og fungerende språkforståelse (LaPoint, 2005). Benevning og repetisjon av ord og uttrykk er ofte vanskelig, og den afasirammede strever med å få frem ordene. Lese- og skriveferdighetene er også redusert (LaPaoint, 2005).

Når både fremre og bakre språkområde er sterkt skadd, kalles det global afasi (Chapey, 2001). Det innebærer vansker med å uttrykke seg ekspressivt, samt store vansker med impressiv forståelse. Personer med denne type skade har liten eller ingen verbal forståelse, og de har små muligheter til å kommunisere med ord. De produserer

få uttrykk og har meget begrenset vokabular. Global afasi betraktes ofte som en kombinasjon av wernickes- og brocas afasi. I likhet med wernickes- og brocas afasi vil også lese- og skriveferdigheten være redusert, men i betydelig større grad. Mange afasirammede med denne type vanske vil ofte ha en godt bevart situasjonsforståelse (Chapey, 2001).

2.3 Språklig og sosial fungering

Afasi rammer menneskets evne til å kommunisere (Chapey og Hallowell, 2001). Måten skaden rammer kommunikasjonen på vil variere fra person til person, samtidig som at språkvanskene kan forandre seg i løpet av dager, måneder og år. For mennesker med afasi kan aktiviteter bli begrenset som følge av språkvansken, slik som det å snakke, lytte, lese og skrive. Videre påvirkes oppgaver som er nødvendige i dagliglivet, som for eksempel det å kommunisere med sykehuspersonell, pårørende og venner, telefonbruk, betale regninger, lese aviser og se på TV, samt delta på ulike aktiviteter som å reise, shopping osv. (Murray og Chapey, 2001). Dette viser at afasi påvirker mer enn kun språket, men også flere aspekter i livet som igjen kan føre til psykososiale vansker (Jordan og Kaiser, 1996). Det kan påvirke både familien til den afasirammede, kontakt med venner og det sosiale livet, og yrkesutøvelse. Videre er det viktig å påpeke at afasi ofte kommer uventet som kan innebære alvorlige forandringer og sjokk (Jordan og Kaiser, 1996). I løpet av minutter, blir livet til mennesket med afasi forandret totalt. Det dreier seg om at personen går fra å være i en livstruende situasjon til at han eller hun skal lære seg å leve med vansker som påvirker hele livssituasjonen (Lubinski, 2001). Mange føler at de blir fanger i sitt eget hodet og kropp, der de vil bevege seg, kommunisere tanker og meninger, uten at de klarer det (Chapey og Hallowell, 2001).

Mennesker med afasi kan oppleve at samtaler går altfor fort og de får kun med seg de siste ordene av en setning (Jordan og Kaiser, 1996). Det å komme med egne innslag eller ta initiativ til samtale blir ofte vanskelig. Andre opplever at man blir snakket til

som man er dum eller at folk nærmest skriker til dem. Kommunikasjon i gruppe kan også være svært anstrengende, spesielt hvis det er flere som snakker samtidig, i tillegg til bakgrunnsstøy. Mange velger å unngå slike situasjoner og trekker seg heller tilbake. Det er viktig å poengtere at dette kun har en begrenset effekt, da en ofte unngår flere andre aktiviteter som etterhvert kan føre til passivitet og isolasjon (Jordan og Kaiser, 1996). En annen faktor er at mennesker med kommunikative eller fysiske vansker ofte opplever negative holdninger, til tross for den innsatsen som gjøres for at mennesker med ulike vansker og sykdommer blir behandlet med respekt (Chapey og Hallowell, 2001). Individuer med afasi kan oppleve liten sosial status, avvising, mistenklighet og stigmatisering fra miljøet de lever i. Deltakelse i samtale vil altså ikke kun dreie seg om den afasirammedes evne til å kommunisere, men også samfunnets holdninger og hvordan miljøet tilrettelegger for den enkelte (Chapey og Hallowell, 2001). Det er viktig at mennesker med afasi blir behandlet som den voksne, resonnerende personen de er, som fremdeles har følelser, tanker og meninger de ønsker å dele med andre (Jordan og Kaiser, 1996).

2.4 Sosial isolasjon

Kommunikasjon blir beskrevet som *“et grunnleggende behov og en grunnleggende rett for alle mennesker”* (Chapey og Hallowell, 2001, s. 9). I kommunikasjon forholder vi oss til andre mennesker, der den som kommuniserer har til hensikt å formidle noe til en annen person (Rommetveit, 1972). Vellykket budskapsformidling forutsetter at språket produseres og forstås på motpartens premisser. Dette krever vilje og evne til å sette seg inn i den andres situasjon, og at språkinnhold og form tilpasses lytter sine forutsetninger for å forstå (Rommetveit, 1972). Når kommunikasjonen blir svekket er det flere som blir mer passive og isolerer seg fra deltakelse i samfunnet. Afasirammede kan føle seg mer alene, oppleve forandringer i sosiale roller og usikkerhet på egen identitet, som gjør at mange prøver å unngå aktiviteter og sosiale situasjoner (Simmons-Mackie, 2001). Den rollen den afasirammede har spilt i sosiale sammenhenger kan være drastisk forandret og personen kan ha vansker med å kjenne

seg igjen. Det er lett å sammenligne seg med hvordan de var før, som kan gi følger for eget selvbildet og identitet. Å forsøke å forstå seg selv er sentralt i alle menneskers liv (Mæhle og Martinsen, 2007). Når livet endrer seg og man opplever seg selv som annerledes i møtet med andre, kan selvforståelsen, altså den måten man beskriver seg selv på, bli forandret. Man blir daglig påtvunget selvrefleksjon i møtet med andre, som forsterker opplevelsen av at man ikke oppfører seg slik som før skaden inntraff. Det er de reaksjoner som samtalepartneren gir, som bidrar til å forme eget syn på meninger og hvordan man tenker om seg selv (Mæhle og Martinsen, 2007).

Vi vet at afasi ofte gir følger for livskvaliteten for den afasirammede, nettopp fordi kommunikasjon er et grunnleggende trekk ved menneskelige samvær. Livskvalitet er ikke et entydig begrep og det er stor frihet i hva man legger i begrepet (Eknes, 2000). Mange benytter begrepet uten særlig dybde eller mening med det. Man bør derfor ha en definisjon som alle er enige om, eller *større* enighet om. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer livskvalitet som “personers oppfatning av sin egen posisjon i livet, i lys av aktuell kultur og verdisystemer og i forhold til deres egne mål, forventninger, standarder og det de er opptatt av” (Eknes, 2000, s. 447). Følelsesmessige og emosjonelle aspekter er også viktige elementer som bør tas i betraktning når man beskriver livskvalitet. Livskvalitet er et overordnet begrep som omhandler flere sider ved det å leve. Stort hus, god fysisk helse, mye penger eller fast inntekt betyr ikke det samme som god livskvalitet. Først og fremst handler livskvalitet om hvordan vi tenker og føler at vi har det, altså vår subjektive opplevelse. Med dette som grunnlag vet vi at helse, sosioøkonomisk status, sivilstand eller inntekt, ikke nødvendigvis fører til dårligere livskvalitet, men slike objektive forhold har en viss sammenheng med folks subjektive livskvalitet. Sett i sammenheng med afasi kan det gi konsekvenser for hvordan mennesker tenker og føler om seg selv, og videre den påvirkning og kontroll de har over eget liv (Eknes, 2000).

Mange blir usikre eller redd for den oppmerksomheten kommunikasjonsvansken gir, og trekker seg unna. Det kan være utfordrende å gå på butikken eller i banken alene

på grunn av språkvanskene. Nederlag i forhold til dagligdagse gjøremål kan oppleves tungt og mange velger heller å overlate dette til andre (Ringdal, 2003). Det brukes lengre tid på slike ting og pårørende tar ofte over oppgavene som skal gjøres. Dette vil påvirke mestringsfølelsen som igjen vil forsterke passiviteten. Man bør heller fokusere på å styrke personens mestring av situasjonen slik at han eller hun kan møte utfordringer i hverdagen. Den afasirammede har godt av å prøve seg på egenhånd, og som regel klarer han mye mer enn det pårørende tror (Ringdal, 2003). Mestring innebærer en opplevelse av kompetanse fremfor nederlag, samtidig som at personen opplever følelsesmessig støtte som gir nærhet og tilhørighet. Innenfor en mestringsteori fokuserer man på hvordan den enkelte møter belastningene. Det handler om at en selv kan være med på å endre situasjonen, som igjen vil få betydning for utfallet av livskvaliteten (Eknes, 2000).

Afasirammede blir beskrevet som en usynlig gruppe som trekker seg unna det sosiale liv (Sundet og Reinvang, 1988). Det er viktig å forebygge eller unngå dette ved at afasirammede prøver å leve et så normalt liv som mulig etter akuttfasen. Man bør prøve å gjøre aktiviteter og hobbyer som den afasirammede liker, oppsøke venner og familie, delta i foreninger osv. Det er også viktig at familie og andre stimulerer språket og oppmuntrer til kommunikasjon (Sundet og Reinvang, 1988). Studier viser at sosial utelukkelse avhenger mye av hvordan andre mennesker reagerer og oppfører seg innenfor ulike situasjoner (Parr, 2007). Holdninger og forskjellige tilnærminger fra pårørende, venner og miljøet rundt har mye å si for selve bedringsforløpet videre. Kritikkk eller latterliggjøring av kommunikasjonen kan føre til stagnasjon i bedringen til den som har afasi. En positiv holdning vil derfor være meget gunstig, siden atmosfæren ofte smitter over på de rundt (Parr, 2007). En slik tilnærming vil motvirke antakelser om at individet er fullt ansvarlig for sosiale konsekvenser av sin skade (Chapey og Hallowell, 2001).

En studie gjort av Davidson, Worrall og Hickson (2007) viser at det er tre faktorer som påvirker den sosiale deltakelsen for mennesker med afasi. Det første faktoren dreier seg hvordan andre oppfatter deg. Mange opplever å bli behandlet som man er

dum, og de rundt har en feiloppfattelse av deres kognitive kompetanse. Et annet moment er at utenforstående ikke vet hva afasi er, som kan føre til endel misforståelser. Mennesker med afasi kan få en følelse av å være helt alene, mye på bakgrunn av at folk ikke forstår hva afasi dreier seg om. Den andre faktoren handler om selve kommunikasjonen og deres ferdigheter til å omgås andre. Deltakerene i undersøkelsen forteller at det er lettere å kommunisere ansikt til ansikt med personer, fremfor å snakke i telefonen. Dette kan berøre den kontakten mange kun har over telefon, eller at man kvier seg for å ringe og avtale møter. Til slutt handler den sosiale kommunikasjonen om personlig karakter, den stahet og motivasjon man har for å delta, på tross av vanskene afasi kan føre til. Det å kunne holde ut og tåle den motgang det måtte medføre, og forsøke det som kan oppleves vanskelig (Davidson m.fl., 2007).

2.5 Behandling

Når man skal beskrive hva afasibehandling er, må en først og fremst påpeke at behandlingen er individuell siden afasien arter seg forskjellig fra person til person (Hallowell og Chapey, 2001). Det som er rett innfallsvinkel for en afasirammet, er ikke nødvendigvis rett eller hensiktsmessig for en annen. Det er også viktig at språkrehabiliteringen starter tidlig i akutfase, vedvarer over tid, samt har en viss intensitet for at behandlingen skal være av god kvalitet. Språktreningen bygger på en grundig diagnostisering ved hjelp av en afasitest og vurdering av den enkeltes kognitive, lingvistiske, og kommunikative ferdigheter, for å vektlegge de faktorene som er nødvendige for den enkeltes bedringsforløp. Afasibehandling fokuserer ikke bare på språk og kommunikasjon alene, men logopeden hjelper også den afasirammede til å opprettholde aktiviteter, deltakelse i dagliglivet og sosiale samspill, til å sette og oppnå mål i livet, gi større innsikt og forståelse om vansken, fremme en positiv holdning til livet og medvirke til emosjonell stabilitet (Hallowell og Chapey, 2001).

Afasibehandlingen tar utgangspunkt i ulike perspektiv, ettersom hva som blir vurdert som best for den afasirammede. Et produksjonsperspektiv på kommunikasjonen fokuserer på betydningen av å få tilgang til ord og ordformer, både med tanke på forståelse og produksjon (Chapey, 2001). Språkferdigheter, evnen til å lytte, samt lese- og skriveferdigheter blir vektlagt i et slikt perspektiv. Språket blir betraktet som et individuelt fenomen. Tilnærmingen har lagt til grunn at personen med afasi ikke har mistet lingvistiske elementer, men at språkssystemet jobber med redusert effekt. Det kreves derfor kontrollert og intensiv stimulering for å fremme en maksimal bedring av språket (Chapey, 2001). Individuell behandling vektlegger ofte dette perspektivet, der hvor logopeden og den afasirammede jobber sammen i enetimer for å bedre språket.

Transaksjonsperspektivet betoner betydningen av å formidle et budskap (Murray og Chapey, 2001). Språket blir vektlagt som et sosialt fenomen hvor man jobber med evnen til kommunikasjon. Logopeden tenker tiltak som involverer den afasirammede, samtalepartnern og kommunikasjonen dem imellom. Vi kan også kalle dette et pragmatisk perspektiv, som involverer personens kognitive, lingvistiske og pragmatiske ferdigheter til å delta i dagliglivssituasjoner og samspill. Dette perspektivet fokuserer mer på afasirammedes evne til å formidle budskap, fremfor formen på språket (Murray og Chapey, 2001).

Kommunikasjon benyttes ikke bare for å sende og motta budskap, det er også redskap for å skape og opprettholde sosiale relasjoner (Rommetveit, 1972). Språket er dermed et sosialt fenomen. I en slik tilnærming vil man fokusere på arbeid med afasirammedes samtalepartnere, alene og/eller sammen med andre afasirammede. De senere årene har man blitt mer bevisst på å fremme en funksjonell kommunikasjon fremfor å få ord tilbake. Det handler om å lære den afasirammede å leve med afasi ved hjelp av en helhetlig tilnærming til vanskene som involverer hele mennesket og dets hverdag (Murray og Chapey, 2001). På bakgrunn av dette har gruppebehandling kommet mer i fokus, og ikke kun individuell undervisning i enetimer (Elman, 2007).

Afasigrupper

Afasigrupper blir sett på som et viktig tilbud i afasirehabiliteringen. I denne delen av oppgaven vil jeg belyse hvorfor afasigrupper blir brukt som behandlingsmetode og hvilke kvaliteter, mål og tilnærminger grupper har, også sett forhold til individuell undervisning.

2.6 Hva er afasigruppe?

Gruppebehandling er ingen ny behandlingsmetode, men det er først i de senere årene terapeuter og logopeder har fått større interesse på området. Ny oppmerksomhet og interesse har resultert i flere publikasjoner og undersøkelser når det gjelder mål og tilnærminger for afasigrupper (Kearns og Elman, 2001). I afasigrupper fokuserer logopeden på å fremme interaksjon blant medlemmene, fremfor å trene direkte på språkferdigheter. Studier viser at gruppebehandling bidrar til deltakelse i det sosiale liv og samfunnet, og det kan hjelpe den afasirammede med å knytte og opprettholde kontakten med familie, venner og arbeidsliv (Elman, 2007). I likhet med enetimer, vil afasigrupper variere med henhold til mål og fremgangsmåter (Kearns og Elman, 2001).

2.7 Gruppetilnærming og behandlingsmål

Psykososiale grupper fremmer en støttende atmosfære hvor afasirammede kan dele følelser og lære å mestre psykologiske aspekter ved afasi (Kearns og Elman, 2001). I tillegg vil afasigrupper være en arena der mennesker kan danne relasjoner og kontakter med andre personer “i samme båt” (Kearns og Elman, 2001). Hovedmålet med psykososiale grupper er å lette utviklingen av emosjonelle bånd som hjelper medlemmene å takle konsekvenser av afasi. Psykologiske mål i forhold til gruppebehandling sikter på å skape en positiv livsholdning og øke viljen til å leve

videre (Pachalska, 1991). Vi kan kalle dette “tilbake til livet”, hvor man ser en positiv fremtid, fremfor kun nederlag. I afasigrupper ønsker en også å forlenge læringssituasjoner og forsterke det som er oppnådd i enetimer. I tillegg har afasigrupper som mål å redusere redselen mange har for å snakke om egne problemer, samt gjøre det lettere å knytte følelsesmessige bånd. Sosiale mål handler om å motvirke sosial isolasjon og gjenskape en positiv selvfølelse ved å gi en følelse av å lykkes. Det skal gis mulighet for å uttrykke og diskutere problemer som måtte oppstå. Dette kan bidra til at man lærer å lytte til andre og akseptere andres reaksjoner, både positive og negative. Videre har gruppebehandling som mål å gjøre det lettere å bruke et passende språk i naturlige situasjoner (Pachalska, 1991).

I tillegg til psykososiale vansker hos den afasirammede, vil også familie og pårørende oppleve emosjonelle og psykologiske forandringer (Kearns og Elman, 2001).

Familierådgivnings- og støttegrupper kan være til hjelp for å lære ektefeller og familiemedlemmer om afasi, og for å takle vanskelige situasjoner i hverdagslivet. Temaer i slike grupper dreier seg ofte om kommunikative og emosjonelle livsendringer som rammer familiesituasjonen (Kearns og Elman, 2001). *Tale-/språktreningsgrupper* dreier seg om direkte språktrening, bl.a. minske ordleting, forme spørsmål, lage setninger, og trening gjennom lesing og skriving. (Kearns og Elman, 2001). Det er likevel stor variasjon i gruppetilnærmingen, som går fra strukturert til en mer ustrukturert tilnærming. I direkte språktreningsgrupper vil vi finne paralleller til individuell behandling, men det er viktig at logopeden ikke forholder seg til hver enkelt individuelt slik at deltakelsen blir svekket. Spørsmålet er hvor direkte en skal ta for seg språkvansken, når dette ofte skjer i den individuelle behandlingen. En annen tilnæringsmåte kan heller være indirekte språktrening som for eksempel vanlig samtale, sosialt samvær og turer som styrker kommunikasjonen.

Kommunikative mål til språkgrupper sikter på å lette bruk av kommunikasjonsferdigheter som er i behold, og bedre evnen til å delta i samtale slik at funksjonell kommunikasjon utvikles (Kearns og Elman, 2001). Det kan være vanskelig å ha et klart skille på hva slags type afasigruppe som dannes, siden en

gruppe kan ha flere behandlingsmål og tilnærminger. Ofte vil afasigrupper kombinere psykososiale og kommunikative mål i behandlingen. På bakgrunn av dette vil jeg ikke ha et klart skille på hvilken tilnærming som er lagt til grunn, men heller ha et overordnet mål om sosial deltakelse.

2.8 Hensikten med afasigrupper

Vickers (1998) mener at kanskje den beste grunnen for å danne en afasigruppe er at kommunikasjon er ment som en delt aktivitet som må skje i samspill med andre. Enetimer med logoped skjer individuelt, med fokus på å gjenvinne kommunikasjonsferdigheter. Denne behandlingen er svært viktig, og den danner en støttende relasjon mellom logoped og den afasirammede. Allikevel er det noe som “mangler” i de tradisjonelle treningsoppleggene (Vickers, 1998). Enetimer har ofte fokus på individuell kognitiv eller lingvistisk svekkelse og aktiviteter forbundet med dette (Simmons-Mackie m.fl., 2007). Slike timer pleier å være strukturerte og planlagte, samtidig som at logopeden styrer tempo og administrerer oppgavene som skal gjøres. Det er altså logopeden som leder timen, nettopp for å ha å kartlegge, beskrive og reparere språksvikten. Undervisning i spesifikke språkferdigheter og funksjonell kommunikasjon blir beskrevet som like viktige tilnærminger, men spørsmålet er hvor mye den afasirammede får brukt språket sitt i en slik behandling. Kagan (1998) poengterer betydningen av å legge til rette for samtaler, der også den afasirammedes kompetanse kommer til syne. Hun understreker videre at en optimal samtale er en samtale der den afasirammede glemmer sin afasi (Kagan, 1998). I tradisjonell logopedi kan variasjonen i språket bli nokså begrenset, mye på bakgrunn av den måten samtalen ofte er strukturert. Det påpekes at afasiundervisning i enetimer struktureres ulikt og tilnærmingene kan være forskjellige. Dette har mye med de overveielserne logopeden gjør når det gjelder språklig funksjon og totalfunksjon, og hvilken innfallsvinkel som er nyttig for hver enkelt. Uansett hvilke metoder som benyttes blir afasigrupper beskrevet som mindre strukturert, nettopp for å sikte på kommunikasjonsferdigheter som er mer naturlig (Simmons-Mackie m.fl., 2007).

Afasigrupper fokuserer på kommunikasjon i det sosiale liv for å fremme selvtilit og trygghet på seg selv som kommunikasjonspartner (Elman, 2007). Afasibehandling generelt skal i tillegg rette seg mot å kvalifisere den enkelte til mest mulig selvstendighet. Her kan vi se kvaliteter i afasigrupper som er vanskelig å finne igjen i enetimer når den afasirammede kun forholder seg til en person. Siden afasigrupper fremmer mer naturlig kommunikasjon og i tillegg bidrar til samspill blant gruppemedlemmene, er det lettere å overføre det personen har lært i gruppen til tidligere omgangskrets. Det handler om å overføre kommunikasjonsferdighetene til flere mennesker og sosiale situasjoner, for eksempel slekt, venner, naboer, arbeidsplass, foreninger osv. (Elman, 2007).

Nevnt tidligere danner ofte enetimer en relasjon som kan være svært støttende (Vickers, 1998). Denne relasjonen er viktig for interaksjonen mellom logoped og klient, og for å skape en trygg og imøtekommende situasjon (Vickers, 1998). På den andre siden kan det føre til at personen får en avhengighetsfølelse til logopeden (Pachalska, 1991). Afasigrupper vil virke positivt i forhold til en gradvis selvstendigjøring og bidrar til en frigjøring fra logopeden (Pachalska, 1991). Afasigrupper gir mulighet til å møte andre som er i lignende situasjon som gjør det lettere å utveksle tanker, følelser og meninger. Et støttende miljø i samhandling med andre afasirammede vil også bedre selvfølelsen til den enkelte og fremme en positiv holdning til livet (Elman, 2007). De finner ut at de ikke er alene om kommunikasjonsvanskene og at det er mennesker som liker selskapet deres (Vickers, 1998). Familie og venner stiller gjerne opp under sykehusoppholdet og like etter, men som tiden går hender det at venner ikke tar like mye kontakt. En vanlig dag kan ofte bestå av å kle på seg, spise, se på tv og legge seg. Før dette skjer trenger de en mulighet til å se at de fortsatt kan kommunisere med andre, og at det sosiale livet ikke er slutt selv om ikke alt er slik som før skaden inntraff. I en gruppe mottar de aksept og emosjonell støtte mens de praktiserer ulike ferdigheter, samtidig som man prøver å medvirke til at det skal være gøy å kommunisere med andre (Vickers, 1998).

Afasigrupper skal ikke være et tiltak som settes inn når man oppdager at den afasirammede allerede har isolert seg, men skal heller virke forebyggende i den grad at en ønsker å begrense en negativ utvikling etter skaden. Som nevnt tidligere beskriver litteraturen forskjellige typer tilnæringer, alt etter målet med dem. Summen av de ulike målene kan bidra til økt livskvalitet (Kearns og Elman, 2001). Ved å gi den afasirammede bedre kommunikasjonsevne og større trygghet på seg selv, vil en motvirke tilleggsvansker som påvirker livskvaliteten (Elman, 2007). Man lærer å leve med afasien, til tross for de forandringer som skjer i livet. Det handler også om å øke mestring i forhold til eget liv, der personen styrer livet sitt mot egne behov (Elman, 2007).

2.9 Identitet og mestring

Mange afasirammede strever med spørsmål om egen identitet og beskriver ofte vanskene som fysiske, fremfor psykiske (Sundet og Reinvang, 1988). Det å kunne praktisere kommunikasjonen i gruppe gjør at klienten kan øke selvinnsikten ved at en opplever seg selv i en sosial situasjon med andre. Kommunikasjon, identitet og selvbildet henger nøye sammen. Ved å praktisere kommunikasjonen med andre, spesielt med andre afasirammede som forstår hva man går igjennom, vil det gi en opplevelse av kompetanse som mange ikke har følt etter skaden inntraff. Følelsen av egenverd blir styrket i samspeillet med andre og det gjør at man kan hente impulser for å delta mer i kommunikasjonen (Sommerschild, 1998). Dette forteller oss at individet og deres syn på seg selv er viktige faktorer som spiller inn. Man bør derfor ha fokus på hvordan afasien virker inn på hver enkelt, og tolke den enkeltes signal og ønsker. Det er vanskelig å vite hva egenverd er for hver enkelt, fordi det varierer fra person til person. Det må alltid være menneskets personlig oppfatning som legges til grunn når en skal undersøke dette, fordi den reelle kompetansen ikke alltid er sammenfallende (Sommerschild, 1998). Logoped og fagfolk kan tro at livskvaliteten eller synet på egen identitet er forandret som følge av afasien, men dette kan vi ikke vite for sikkert. En må derfor undersøke hvordan den afasirammede var før skaden. Noen har alltid

hatt ordet i sin makt, mens andre har vært mer beskjedne og stille. Mange har vært deltakende og engasjert i samfunnet, og andre har vært mer reservert og tilbakeholden. Vi skal da ikke påtvinge noen vennskaplige bånd eller at de må snakke om personlige temaer hvis de ikke ønsker det. Logopeden bør også lytte til pårørende på de erfaringer han eller hun deler, for å få informasjon som kan være relevant for den videre behandlingen.

Bekreftelser på egen identitet kan bidra til økt selvtillit til den enkelte. Ofte må slike bekreftelser gis om og om igjen for å trygge personen på den han er (Sundet og Reinvang, 1988). I mange tilfeller vil det være positivt å få bekreftelser fra andre enn fagpersoner og pårørende, kanskje fordi noen opplever dette som mer naturlig. Bekreftelser og trygghet i gruppen virker også positivt på deltakelsen blant medlemmene, samtidig som man etterhvert utvikler gode relasjoner til medlemmene (Elman, 2007). Det blir dannet en relasjon mellom personene som gjør at man blir mer engasjert og motivert i arbeidet. Vi kan se at gruppemedlemmene etterhvert bryr seg om andres utvikling, fremfor kun sin egen tilværelse. Mange liker å hjelpe hverandre med ulike oppgaver eller med ordleting, noe som gjør at logopeden kan trekke seg mer unna. De benytter ulike teknikker og metoder som er lært i enetimer for å hjelpe andre med ord og uttrykk. De kan for eksempel gi alternativer og gjette, promte eller motivere personen til å skrive (Elman, 2007). Dette gir en mestringsfølelse som gjør at det gøy å være sammen med andre. Den afasiammede er ikke kun en person som trenger hjelp, men er også en person som kan bidra med ulike erfaringer, tanker og meninger. Det er akkurat denne følelsen afasigrupper skal fremme, nettopp fordi de er mennesker som fortsatt har mye å dele med andre.

Personer med afasi kan oppleve at pårørende tar hånd om avgjørelser i hjemmet og kan overse meninger og interesser den afasirammede har (Simmons-Mackie og Damico, 2007). Ved en sosial tilnærming til gruppebehandling vil en forberede klienten direkte med de problemer som kan oppstå i dagligdagse situasjoner (Marshall, 2007). Logopeden prøver å engasjere til øvelser som ligner på kommunikasjonen i hverdagslivet, som igjen gjør det lettere å videreføre ferdigheter

utenfor gruppen. Gruppemedlemmer kan også ta opp bekymringer eller problemer, enten om det gjelder dem personlig eller temaer som gjelder hele gruppen. Erfaringer viser at mange i gruppen kjenner seg igjen når medlemmer tar opp personlige temaer, og det gir en trygghet på at man faktisk ikke er alene om slike vansker. Medlemmene kan samarbeide med hverandre for å finne mulige løsninger på ulike problemer og situasjoner, med eller uten hjelp fra logopeden. Det kan dreie seg om bekymringer i forhold til det å betale på matbutikken når mange står i kø, eller nederlag afasirammede føler når de ikke får sagt det de vil si, spesielt under tidspress.

Løsninger gruppen kommer fram til kan for eksempel være å handle på tider der det ikke er så mange mennesker, og øve på eller skrive ned viktige beskjeder man vil formidle (Marshall, 2007).

Afasirammede lærer også å trene på situasjonsforståelse, ved at en klarer å trekke slutninger ut ifra sammenhengen, som bidrar til at de kan følge med selv om de ikke forstår alt som blir sagt. Videre lærer personen å lytte aktivt til andre, vente på tur og ta hensyn (Elman, 2007). I akuttfasen og under rehabilitering forholder klienten seg til terapeuter og pleiere som har tålmodighet og toleranse. Dette kan virke inn på hvordan den afasirammede forholder seg til andre, og at han ikke har fått trent på å være i et gjensidig samspill der begge tar hensyn. I gruppen blir det reelle kommunikasjonssituasjoner der man tar kontakt, viser hensyn og danner forståelse for andre menneskers situasjoner (Elman, 2007).

2.10 Sammensetning av gruppe

Logopeden organiserer ofte sammensetningen av gruppen på bakgrunn av interesser, alder, tilleggsvansker, yrke osv. (Vickers, 1998). Dette kan være positivt når det gjelder å ta utgangspunkt i ulike temaer, situasjoner, hobby, jobb og hendelser. Noen ganger bør gruppen være så homogen som mulig, spesielt når det gjelder nyskadde og afasirammede med betydelig nedsatt forståelse. Nå er det ikke slik at alle nyskadde har like behov, så dette må en også ta i betraktning (Vickers, 1998). Det kan i tillegg

være vanskelig å avvikle en godt sammensveiset gruppe og medlemmene kan bli vant med å kun omgås mennesker som har samme interesser og sykdomserfaringer som seg selv. Ut ifra dette kan en danne grupper som er mer forskjellige, noe som kan gjøre gruppen mer spennende og effektiv (Berntsen, 1997). “Veteranene” i gruppen kan også være en viktig ressurs når man får nye gruppemedlemmer (Worrall m.fl., 2007). Man har sett at de tar seg av “nykommerne” på en veldig fin måte og prøver å inkludere dem i gruppen. Ingen vet jo bedre enn de som har opplevd dette hvordan den nye har det (Worrall m.fl., 2007). Problemet for flere logopeder er at de ikke har nok klienter til å sette sammen grupper, spesielt i små kommuner (Vickers, 1998). Noen logopeder har få klienter i året og har ikke så mye erfaring med gruppebehandling. I slike tilfeller kan det være lurt å samarbeide med for eksempel nabokommunen for å danne en gruppe, eller kontakte kompetansesentre/sykehus som har erfaring med afasigrupper (Vickers, 1998).

I samfunnet møter en alle slags mennesker ut fra ulik alder. Det er derfor viktig å la medlemmene erfare at de greier seg sammen med andre “ikke-afatikere” slik at de kan danne forskjellige erfaringer med ulike mennesker (Berntsen, 1997). Afasigruppen kan for eksempel gå på kafè, fotballkamper, kino, teater, besøke den lokale afasiforeningen og gå turer. De fleste bruker logopedkontoret som et fast møtested, men av og til kan man for eksempel møtes hjemme hos noen av deltakerne. Gruppemedlemmene kan gradvis overta planlegging og gjennomføring av slike besøk, noe som vil trygge dem i å ta ansvar. Ved at personer med afasi får mange forskjellige opplevelser og får være med på ting de likte å gjøre før de ble syke, vil det være lettere å gjenoppta disse interessene når de er mer på egenhånd (Berntsen, 1997).

2.11 Pårørende i gruppen

Studier viser at kommunikasjonen og hvor vellykket den er, avhenger av hvordan andre samarbeider med dem. Behandlingen bør derfor inkludere en beskrivelse av den

afasirammede, hans samtalepartnere og samspillet dem imellom (Simmons-Mackie og Damico, 2007). I denne sammenheng kan pårørende delta i gruppen for å lære seg samtaleteknikker som gjør at den afasirammede får hjelp til å vise sin kompetanse i samtalesituasjoner (Kagan, 1998). Afasiinstituttet i Toronto har god erfaring med å lede samtalegrupper der både afasirammede og i blant deres pårørende deltar. Samtale-støtte for afasirammede står sterkt i fokus, som bygger på ideen om et samtale- partnerskap. Tanken i samtalestøtten er å gi personer med afasi større delaktighet i det sosiale liv og bedre tilgang til samfunnet. Samtalepartneren lærer ulike teknikker og benytter forskjellige hjelpemidler som fører til at den afasirammedes personlighet, vilje og kunnskap kommer til syne (Kagan, 1998). Når en skal danne en samtalegruppe hender det at pårørende er skeptiske til at ektefellen med afasi skal delta (Qvenild, 2000). Noen mener at samtalegruppe ikke er noe vits siden ektefellen "ikke kan snakke". Ved bruk av samtale-støtte vil en kunne fremme en følelse av en naturlig voksen samtale for alle som har fått afasi. En vektlegger samspillet i kommunikasjonen, der hvor samtaleteknikker blir valgt etter situasjon og behov. Ved å la pårørende delta på afasigrupper vil man også bearbeide noen av de holdninger mange har (Qvenild, 2000).

Spesielt når det gjelder venner er det flere som blir usikre på hvordan man skal ta kontakt og hvordan dette vil bli mottatt (Vickers, 1998). Mange er kanskje usikre på hvordan de skal forholde seg til den afasirammede og hvordan de skal kommunisere sammen. Det kan derfor være fint å invitere venner til gruppen, også for å gi en motivasjon til å gjenoppta kontakt. Slike initiativ bør være klarert med klienten, siden ikke alle er like komfortabel med venner og familie tilstede (Vickers, 1998). I tillegg til å invitere familie og venner til gruppen, kan også tidligere gruppemedlemmer delta (Worrall m.fl., 2007). Denne prosessen blir en forlengelse av deres egen bedring og utvikling. Ved at de hjelper gruppemedlemmene, forsterker det selvfølelsen som fører til en større lyst til å kommunisere. Dette bidrar også til at de får en ny mening i livet ved at de kan bidra til noe positivt overfor andre mennesker (Worrall m.fl., 2007). Vi ser her at afasigrupper kan benytte flere tilnærminger, der hvor elementer fra for

eksempel familierådgivnings- og støttegrupper inngår i selve gruppebehandlingen til den afasirammede (Kearns og Elman, 2001).

2.12 Logopedens rolle

Det ultimate målet med afasigrupper er å danne funksjonell kommunikasjon i settinger og situasjoner som er naturlige, samtidig som at man ikke baserer seg på direkte trening av ferdigheter (Kearns og Elman, 2001). Det kan være lett at logopeden blir en såkalt "talk-show host" som Berstein- Ellis og Elman (2007) kaller det. Med dette mener de at temaer som blir tatt opp og spørsmål som blir stilt ofte går fra logopeden til et gruppemedlem, og tilbake igjen, for dermed å fortsette til neste person i gruppen. Målet er heller å fremme en fortsettelse på temaer via spørsmål og kommentarer fra andre medlemmer i gruppen. I starten kan det hende at logopeden leder gruppen, siden gruppemedlemmene ikke kjenner hverandre så godt. Det er likevel andre måter å få medlemmene til å bli kjent med hverandre, fremfor sterk styring fra logopeden. Ulike arbeidsformer kan være spill, spørreleker, samtale ut ifra avisartikkel, TV-program, musikk, video osv. Andre måter å jobbe på kan være friere samtale ut ifra tema, samarbeide to og to, diskusjon eller planlegging av aktiviteter. Valg av arbeidsformer bør være ut fra hver enkeltes evne til å formidle et budskap. Det er helt nødvendig å ta hensyn til funksjonsnivå for å få gruppeprosessen i gang, samtidig som man bør variere aktivitetene innenfor de begrensninger som finnes hos hver enkelt (Berstein-Ellis og Elman, 2007). Selv om logopeden fokuserer mer på utveksling av budskap, fremfor lingvistisk nøyaktighet, kreves det fortsatt bevisst planlegging. Afasigrupper viser seg å være mer krevende enn mange tror. Flere logopeder synes det er utfordrende å forandre måten man har organisert og strukturert timen på. Det å gå fra et produksjonsperspektiv med primært å arbeide med den afasirammedes språk, til å jobbe med språk og kommunikasjon for å skape og opprettholde sosiale relasjoner, kan for noen være en stor omstilling (Berstein-Ellis og Elman, 2007). I denne sammenheng bør vi fokusere på opplæring av logopeder

slik at de får praksis på hvordan man skal utføre gruppebehandling (Kearns og Elman, 2001).

2.13 Effekten av gruppebehandling

Noen logopeder stiller spørsmålstegn med effekten av gruppebehandling, men litteraturen sier lite om hvilken type gruppe de sikter til (Kearns og Elman, 2001). Spørsmål er knyttet til om grupper er et like godt redskap som enetimer for å åpne veien for den afasirammede ut til samfunnet igjen, og hvilke kvaliteter enetimer ikke har- og omvendt. Denne skepsisen kan ha bakgrunn i at vi ikke alltid ser effekten av behandlingen like fort som en skulle ønske. En annen faktor er at hvis den afasirammede kun får tilbud om gruppe en gang i uken, ikke alltid utvikler seg slik han eller hun har mulighet for. Dette gjelder spesielt hvis ikke gruppen kombineres med enetimer. Videre kan det hende at personen med afasi blir i samme gruppe for lenge, som kanskje ikke helt passer til de behovene personen har. Bedring er en prosess, så en bør derfor vurdere kontinuerlig hvilken gruppe de forskjellige har best utbytte av å være i (Kearns og Elman, 2001).

De verdier logopeden sitter inne med er også svært viktig når det gjelder å støtte inkluderingen i afasigruppen (Simmons-Mackie og Damico, 2007). Verdier som at den afasirammede er en kompetent person, og med den rette støtten kan han eller hun bli en kompetent kommunikasjonspartner. Den afasirammede har noe å bidra med i samtaler og alle parter i interaksjon har et ansvar for å støtte og fremme deltakelsen. Man må også lære seg å respektere den afasirammede og tro på at deltakelse i ulike kommunikasjonsammenhenger lønner seg (Simmons-Mackie og Damico, 2007).

3. KAPITTEL 3

METODE

Bakgrunn for valg av metode var at jeg ønsket å undersøke om logopeder bruker gruppebehandling for afasirammede, samt de faktorer som gjør at de velger denne behandlingsmetoden. Første del av problemstillingen dreier seg om i hvilken grad logopeder bruker gruppebehandling. Det handler altså om en kartlegging av hvor mange som velger denne type behandling. For å finne ut av dette var jeg avhengig av å nå ut til mange logopeder, både de som jobber alene, de som jobber med flere logopeder, de som jobber offentlig eller i privat praksis, samt de som har stor eller liten stillingsprosent. På bakgrunn av dette var jeg nødt til å finne en hensiktsmessig måte å samle inn data på, som gjør at jeg klarer å få et bredt utvalgsgrunnlag i flere landsdeler, og i tillegg få flest mulig informanter.

3.1 Utvalg

For å få svar på problemstillingen må jeg innhente informasjon fra logopeder som både befinner seg innenfor et stort geografisk område, og som har svært ulik arbeidssituasjon. Når man skal gjøre et utvalg er det viktig å undersøke hvem som kan gi deg den informasjonen du trenger for å svare på problemstilling og forskningsspørsmål (Creswell, 2008). Hvilke utvalg som brukes avhenger av spørsmål eller hypoteser som man ønsker svar på. Videre må man spesifisere utvalget, om man skal ha et lite utvalg som ikke er representativt, eller om man skal velge ut informanter som er representativt for den populasjonen resultatene eventuelt skal generaliseres til (Gall, Borg & Gall, 2003). I noen undersøkelser vil man velge informanter basert på de som frivillig melder seg til å delta eller de som det er praktisk hensiktsmessig å ta med i undersøkelsen (Creswell, 2008). Hvis jeg i denne undersøkelsen velger å si noe om en hel populasjon, må jeg undersøke hele populasjonen, eller det må være mulig å foreta konklusjoner fra utvalget til populasjonen som helhet. I denne sammenheng er det hensiktsmessig å foreta store

utvalg for å få et representativt utvalg av en populasjon (Gall et al., 2003). Det å trekke utvalg vil alltid være forbundet med usikkerhet og avveininger i forhold til hvor stort utvalget skal være og hvor homogen populasjonen er. Det vil alltid være skjevhet i utvalget, spesielt når man velger å trekke ut grupper av populasjonen (Creswell, 2008).

Undersøkelsen min dreier seg om logopedier som arbeider med afasirammede. Jeg antok at det ville bli praktisk vanskelig å gjøre et representativt utvalg av logopedier som kun arbeider med afasirammede. I tillegg til at det ville bli vanskelig og tidkrevende, ønsket jeg også å undersøke om det finnes en sammenheng mellom utdanningstidspunkt, alder, kvalitet på utdanningen, arbeidssted osv. i forhold til de som arbeider med afasirammede og de som ikke gjør det. Med dette som utgangspunkt valgte jeg å kontakte Norsk logopedlag for å finne informanter fra deres medlemslister. Det er vanskelig å vite eksakt hvor mange som driver logopedisk virksomhet i Norge, men det ville være til stor hjelp å ta utgangspunkt i de som er aktive medlemmer i logopedlaget. Jeg ble rådet til å kontakte lederne i de 12 regionslagene i Norsk logopedlag siden de har mailadresser til sine medlemmer. De fleste var behjelpelige og imøtekommende, men mange av dem manglet mailadresser til alle medlemmene, i tillegg var det to regionslag som ikke svarte på forespørselen. På bakgrunn av dette måtte jeg utelukke regionslag som ikke hadde mailadresse med begrunnelse i store kostnader til frakt, i tillegg til at jeg måtte utelukke regionslagene som ikke svarte. Utvalget mitt ble dermed hele populasjonen av aktive medlemmer i Norsk logopedlag, som betaler full kontingent til logopedlaget og som har oppdatert mailadresse. Selve utvalget bestod til slutt av 595 informanter.

3.2 Valg av metode

Jeg har valgt å utføre en survey med spørreskjema som metode. Ved bruk av surveyforskning kan man innhente informasjon fra en stor gruppe mennesker, og der hvor datainnsamlingen foregår ved bruk av spørreskjemaer, intervjuer eller observasjoner

(De Vaus, 2002). Siden jeg skulle foreta en forholdsvis stor undersøkelse, måtte jeg finne en metode som egnet seg til å nå de aktuelle informantene. Jeg valgte derfor å lage et nettbasert spørreskjema som ble sendt ut via mail.

Fordelene med survey er at det er egnet for store utvalg, og utvalget kan være geografisk spredt. I tillegg kan respondenten svare når det passer innenfor en gitt tidsramme, og det gir mulighet for absolutt anonymitet (Neuman, 2000). Disse fordelene vurderte jeg som viktige i undersøkelsen, men jeg måtte samtidig være oppmerksom på ulempene til slike undersøkelser. Den største ulempen med survey og spørreskjema er at man alltid må regne med et visst frafall. De fleste svar vil ofte komme ganske raskt, men etter hvert vil det avta noe (Neuman, 2000).

Samarbeidsvilje fra regionslagslederne, oppdaterte maillister, samt motivasjon og involvering blant informantene var viktige faktorer for å oppnå en tilfredsstillende svarprosent. Spørsmålsstiller kan øke motivasjonen til informantene ved å nå ut til de informantene som kan være interesserte i temaet for undersøkelsen, og fange interessen allerede i informasjonsskrivet. På denne måten kan undersøkelsen øke motivasjonen som igjen kan gi høye svarprosent. Et metodisk problem i survey er å finne ut hva som karakteriserer de personer eller grupper som ikke svarer. I denne sammenheng hadde jeg ingen oversikt over de som ikke svarte, og jeg visste ikke om det gjaldt problemer med utfylling, at de ikke hadde mottatt spørreskjemaet, eller at noen informanter ikke følte at undersøkelsen var viktig for dem. Det er vanskelig å vite eksakt hva årsaken kan være, men det kan ofte dreie seg om motvilje mot å svare på spørsmål og fylle ut skjemaer (Ringdal, 2007). Et annet moment kan være at flere hadde vanskeligheter med utfylling av skjemaet og ga opp i forsøket, fremfor ta kontakt for veiledning.

Hvis jeg hadde valgt å sende ut spørreskjema via post, hadde jeg kanskje nådd flere informanter og det kunne vært lettere for enkelte å fylle ut. Mine antakelser er at ikke alle kjenner til ulike programmer på internett, og at ikke alle har like god kjennskap til nettbaserte undersøkelser. På den andre siden er e-post mindre tidkrevende og det er

lettere å sende ut purringer. Av hensyn til økonomiske forhold, tidspress og praktiske hensyn valgte jeg derfor å bruke nettbasert spørreskjema for selvutfylling. Målet mitt i forhold til selve spørreskjema var at svarene skulle si noe om afasibehandlingen i Norge. Jeg hadde på forhånd satt opp en rekke spørsmål og temaer jeg ønsket svar på. Utfordringen ble da å lage et spørreskjema ut ifra de aktuelle forskningsspørsmålene som skulle svare på problemstillingen. Det var viktig å lage et dekkende, men ikke for omfattende spørreskjema, hvor jeg fikk svar på selve problemstillingen og som samsvarte med tema for undersøkelsen. Ved et for omfattende spørreskjema kan informantene velge å ikke svare på skjemaet fordi det kan oppleves som tidkrevende og overveldende (De Vaus, 2002).

3.2.1 Spørreskjema som metode

Spørreskjema er en metode de fleste kjenner til, og i den senere tid har også flere blitt fortrolige med nettbaserte undersøkelser. Nettbaserte spørreskjemaer er en form for datainnsamling der forskeren sender skjemaet via e-post til medlemmene i den utvalgte populasjonen (Neuman, 2000). Ulempene med slike undersøkelser er at informantene ikke har personlig involvering og kan bestemme seg for å ikke returnere spørreskjemaet (Neuman, 2000).

Det er krevende å lage et godt spørreskjema siden man ikke har interaksjon med informantene på samme måte som ved et intervju. Når skjemaet er sendt ut kan ikke forskeren rette opp feil eller avklare uklarheter, slik som man ofte kan ved intervjuer. Videre har en ingen kontroll på hvordan spørsmålene oppfattes, som kan føre til at respondentene ikke forstår spørsmålene på samme måte. Det stilles derfor strenge krav til systematikk og struktur i oppbygging av spørsmål og svarkategorier (Neuman, 2000). Det er viktig å tenke grundig gjennom hvordan vi skal spørre for å få svar på det vi er ute etter. Spørsmålene må utformes på en slik måte at ikke informantene oppfatter spørreskjemaet som for komplisert eller tidkrevende. Informantene skal forstå spørsmålene slik at de kan gi meningsfulle svar, og det skal ikke være mulig å tolke spørsmålene på flere måter (Dillman, 2007). Det er viktig at svarkategoriene er

dekkende og gir passende svarmuligheter som ikke overlapper hverandre. Videre skal spørsmålene være korte og presise, og man skal bruke et språk og en ordlyd som respondentene forstår (Dillman, 2007). Forskeren må sette seg godt inn i tema og ha en forståelse for hva informantene kommer til å svare, slik at man kan lage gode nok spørsmål og svarkategorier. På den måten kan man unngå at respondentene unnlater å gi respons eller gir vilkårlige svar (Dillman, 2007).

I følgebrevet til undersøkelsen ble det skrevet at undersøkelsen skulle anonymiseres senest 29.05.2009, samt hva anonymisering innebærer. Hvis det dreier seg om kontroversielle tema er det viktig at informantene kjenner seg trygge på at anonymiteten er sikret (Befring, 2007). En slik usikkerhet kan føre til at flere unngår å svare. Når man benytter nettbasert spørreskjema vil direkte personidentifiserte opplysninger oppbevares sammen med datamaterialet i forbindelse med innsamlingsprosessen. Denne ulempen unngår man ved bruk av postenquete, og respondentene hadde da kanskje følt seg tryggere på å besvare skjemaet. Det vil også være større sjanse for at de tillater seg å vise svakheter og være ærlige når undersøkelsen har absolutt anonymitet.

I store undersøkelser med mange informanter, kan flere føle seg lite forpliktet til å svare. Det gjelder spesielt hvis ikke temaet er interessant for populasjonen man studerer. Ved å sende ut purringer, vil en vanligvis oppnå svar fra de som følte at undersøkelsen ikke gjaldt dem. Når man benytter postenquete vil det være problematisk å vite hvem som har svart, i tillegg til at det er kostbart å sende purringer. Ved bruk av mail kan forskeren lagre spørreskjema og navn på respondent atskilt fra hverandre, slik at man får en oversikt over de som har svart. På denne måten har ikke forskeren mulighet til å knytte besvarelsen til direkte personidentifiserte opplysninger, og kan samtidig sende ut purringer til utvalget som ikke har besvart undersøkelsen.

3.2.2 Åpne og lukkede spørsmål

Et strukturert spørreskjema har fast formulerte spørsmål, med oppgitte svaralternativer. Respondentene skal krysse av på et begrenset antall svaralternativer som samsvarer med spørsmålet som har blitt stilt. Alternativene må være forskjellige fra hverandre og inkludere en typisk respons informantene kan tilføre (Dillman, 2007). Ved bruk av lukkede spørsmål kan forskeren lettere sammenligne svar, samtidig som resultatene er lettere å behandle statistisk. Lukkede spørsmål er også nyttig for sensitive temaer da informantene kan føle seg mer komfortable til å svare når det blir oppgitt responsalternativer (Creswell, 2008). Den som utarbeider spørreskjema kan ofte ha problemer med å finne naturlige og dekkende svarkategorier. Dette er et vanlig problem med lukkede spørsmål. Informantene har da ingen mulighet til å svare noe annet hvis de mener at alternativene ikke passer. Det kan føre til at de svarer vilkårlig som igjen vil påvirke validiteten til undersøkelsen. Jeg valgte å bruke alternativet ”annet” der jeg mente at det trengtes en sikkerhet for at alle kunne svare ut ifra det som var riktig for dem. Dette alternativet er å betrakte som et åpent spørsmål, og er dermed vanskeligere å behandle statistisk. På de stedene jeg brukte ”annet” hadde jeg allikevel mulighet til å kategorisere svarene, for deretter å kode resultatene inn i et statistisk program. Siden informantene også får oppgitt svaralternativer på disse spørsmålene, vil det ikke bli så store mengder med informasjon som må analyseres (Creswell, 2008).

I noen tilfeller ønsker en å få mer utfyllende svar og utforske ulike fenomener som kan forekomme når informantene utformer sine egne svar (Neuman, 2000). Åpne spørsmål er spørsmål der informantene står fritt til å utforme sitt eget svar, og hvor forskeren ikke kommer med faste svarkategorier. Det kan ofte være lurt å bruke åpne spørsmål når forskeren ikke vet hvilke svaralternativer som skal benyttes, samtidig som det kan være interessant å få mer nyanserte svar (Dillman, 2007). Videre bidrar åpne spørsmål til at informantene kan utforme egne svar ut ifra deres kulturelle og sosiale opplevelser, fremfor forskerens erfaringer og opplevelser (Neuman, 2000). Ulempene med åpne spørsmål er at det kan være vanskelig å kode og analysere de inn

i et statistisk system. Forskeren må kategorisere svarene inn i temaer, en prosess som kan ta lang tid. Videre kan informantene oppfatte de åpne spørsmålene som for omfattende eller tidkrevende, at de ikke svarer utdypende nok eller unnlater å svare (Creswell, 2008).

3.2.3 Svarprosent og svarkvalitet

Spørsmålsstilling og de gitte svarkategoriene er av stor betydning for at validiteten til en undersøkelse skal blir tilfredsstillende. Jeg vil nå gå nærmere inn på hva som påvirker svarprosent og hvordan man kan oppnå god svarkvalitet. I en spørreundersøkelse bør man se på hvilke faktorer som påvirker de svarene som blir gitt, slik at man er klar over hvordan man skal forholde seg til resultatene i undersøkelsen.

Utsendelsen av spørreundersøkelsen er av stor betydning, og her spiller selve informasjonsskrivet en stor rolle (Personvernombudet for forskning, 2009). For å motivere informantene til å fullføre undersøkelsen, må de vite hvorfor de blir bedt om å delta og hva som er formålet med undersøkelsen. En appell om deltakelse på grunn av undersøkelsens viktighet, kan også øke svarprosenten (Personvernombudet for forskning, 2009). Interesse for et fagfelt man arbeider med vil være større enn for et felt man ikke har noe forhold til. I dette tilfelle vil de som arbeider med afasi kanskje ha større motivasjon til å svare. Samtidig har alle informantene kjennskap til afasi fra logopedutdanningen, så selv om det ikke er en del av arbeidet i dag, kan de allikevel føle en viss forpliktelse til å svare. Hvordan kontakten mellom spørsmålsstiller og utvalget etableres og foregår, vil ha betydning for svarprosent og svarkvalitet (Haraldsen, 1999). I denne sammenheng har spørreskjema blitt sendt ut av regionslagslederne i Norsk logopedlag, som har oppfordret sine medlemmer til å svare. Informantene har større kjennskap til regionslagslederen enn til en vilkårlig masterstudent, noe som igjen kan virke motiverende. De kan samtidig føle seg tryggere til å svare siden lederne har bidratt.

Kunnskapsnivået til informantene er også viktig å ta hensyn til. I spørreskjemaet spør jeg om når logopedutdanningen ble avsluttet og om de har utdanning på master- eller hovedfagsnivå. Dette kan ha betydning for teoretisk bakgrunn og i hvor stor grad afasi og gruppebehandling ble vektlagt på utdanningstidspunktet. I utformingen av spørreskjemaet bør man ta hensyn til ulike referanserammer og forskjellig teoretisk ståsted. Dette er også en yrkesgruppe der kunnskapsnivået ikke er så ulikt som ved en sammensatt gruppe, som for eksempel hvis jeg skulle valgt informanter med forskjellige yrker. På den andre siden er det mange logopeder som arbeider innen et eller to logopedfelt, slik at de ofte glemmer mye av teorien fra de andre områdene innenfor logopedien. Gjennom flere år som student kan man også bli for teoretisk, i motsetning til de som har vært i feltet i flere år som kanskje svarer ut ifra et mer praktisk ståsted. Selv om det er fare for at informantene misforstår, måtte jeg allikevel ta utgangspunkt i et visst kunnskapsnivå og tilrettelegge spørsmålene ut ifra dette nivået.

Spørreskjemaet er utformet slik at de enkle innledende spørsmålene kommer først, og hvor hoveddelen med de vanskeligste spørsmålene kommer senere i skjemaet (Haraldsen, 1999). Rekkefølgen på spørsmålene kan ha ulike virkninger, derfor må forskeren tenke nøye gjennom hvordan han skal vekke interesse og tillit, fremfor mistanke. Bakgrunnsinformasjonen inneholder faktaorienterte og demografiske spørsmål som gjerne krever mindre av informanten, noe som kan være lurt å ha i starten av et spørreskjema som en slags innledning (Haraldsen, 1999). I denne delen ville jeg og luke ut de som ikke arbeider med afasi, som gjør at disse kun skal svare på en liten del av spørreskjemaet. Mot slutten av første del spør jeg om kvalitet og kunnskap i forhold til utdanningen. Jeg ville ha med dette i første del før jeg filtrerer ut de som ikke arbeider med afasi fordi det var ønskelig å få så mange svar som mulig. Det var i tillegg interessant å se om dette vil påvirke om de arbeider med afasi. Et slikt spørsmål kan virke sårt for noen siden det kan oppfattes som jeg spør om deres kunnskapsnivå. De spørsmålene som da var ment som en slags innledning eller oppvarming, kan i større eller mindre grad påvirke hvordan de svarer på andre spørsmål (Holand, 2006). Det er et bevisst valg å legge de spørsmålene som krever

mye av informantene mot slutten av spørreskjemaet, slik at informantene ikke blir usikre på hva jeg spør om og dermed lar være å svare på resten. I tråd med dette vil lukkede spørsmål komme før de åpne siden disse oftere er enklere å besvare.

3.3 Utforming av spørreskjema

Med bakgrunn i tema og problemstilling for oppgaven utarbeidet jeg et spørreskjema som skulle dekke de faktorer som jeg mente var viktige for å kunne svare på problemstillingen. Både spørreskjema og problemstilling måtte justeres underveis, og det var en lang bearbeidingsprosess frem til spørreskjemaet kunne sendes ut. Først og fremst tok denne prosessen sikte på kommunikasjon mellom meg som forsker og utformer av skjemaet, og alle respondentene.

Uansett hvor grundig man er, eller hvor mye metodelitteratur man har lest, er det helt nødvendig med forhåndstesting av spørreskjemaet (Creswell, 2008). Jeg valgte derfor å sende ut en pilotundersøkelse på forhånd for å avdekke mulige svakheter og feil ved skjemaet. Ved hjelp av forhåndstesten fikk jeg tilbakemeldinger på spørsmål og svaralternativer som fungerte, samtidig som testutvalget pekte på flertydigheter i spørsmålene.

I spørreskjema kan en skille mellom to hovedtyper av spørsmål. Den ene kalles faktuelle spørsmål som omfatter spørsmål om demografiske forhold, miljøforhold, atferd m.m. Med den andre typen av spørsmål søker en holdninger, opplevelser, motiver og preferanser (Haraldsen, 1999). I denne undersøkelsen ble spørreskjema hovedsakelig delt inn på samme måte, der demografiske forhold utgjorde størsteparten av del 1. Spørreskjema ble sendt ut til alle logopeder som hadde registrert mailadresse i Norsk logopedlag, men til kun de regionene som deltok i undersøkelsen. Skjemaet måtte derfor gjelde for alle logopeder, uansett om de jobbet med afasirammede eller ikke. Spørreskjema var delt inn i fire deler, der den første delen omhandlet logopedens bakgrunnsinformasjon. Det ble totalt 18 spørsmål i del 1.

Den andre delen var kun for de som arbeider med afasirammede. Her ble det spurt om antall afasiklienter i løpet av 2008, og hvor stor stillingsprosent de arbeider med afasirammede. Tredje del i spørreskjema handlet om behandlingsmetoder, samarbeid med pårørende og faktorer for at de ikke bruker afasigrupper i behandlingen. Denne delen bestod av åtte spørsmål. Fjerde og siste del dreide seg om gruppebehandling for afasirammede, med i alt 10 spørsmål. Denne delen skulle kun besvares av de som bruker gruppebehandling. Hele skjemaet bestod av 39 spørsmål, hvorav 32 var lukkede med gitte svarkategorier og 7 var åpne uten svarkategorier. 6 av de åpne spørsmålene kom under den siste delen.

3.3.1 Bakgrunnsinformasjon

Det ble spesifisert i informasjonsskrivet at alle skulle besvare første del, også de som ikke arbeider med afasirammede. Jeg stilte spørsmål om kjønn, alder, utdanningssted og utdanningstidspunkt, arbeidssted og stillingsprosent. Dette er faktorer som jeg mente var viktig å få med i forhold til arbeid med afasirammede for å undersøke om det var noe som skilte disse gruppene. Slike spørsmål er ofte enklere å besvare, da respondenten kan svare objektivt. Videre ønsket jeg å undersøke om informantene mente at logopedutdanningen har gjort dem kvalifisert til å arbeide med afasirammede og gruppebehandling. Jeg ville finne ut om de mener at utdanningen er tilstrekkelig og god nok i forhold til arbeid etter endt utdanning. Jeg ville også se om det fantes noen sammenheng mellom arbeid med afasirammede og kunnskaper om dette fra logopedutdanningen. Videre ble det stilt spørsmål om det var flere logopeder på samme arbeidssted og i kommunen, om de driver privat praksis i tillegg til fast stilling, samt når utdanningen ble avsluttet. I denne delen kartla jeg også de som arbeider og de som ikke arbeider med afasirammede.

3.3.2 Arbeid med afasirammede

Denne delen bestod kun av tre spørsmål og hovedpoenget var å kartlegge hvor mange afasiklienter logopedene arbeider med. Jeg var også opptatt av hvor mange nye

afasiklienter de hadde i løpet av 2008, da dette kan ha noe å si i forhold til sammensetning av gruppe. Antall afasiklienter er ofte den faktoren som gjør seg gjeldene for valg av behandlingsmetode, samt hvor stor stillingsprosent de arbeider med afasirammede.

3.3.3 Behandlingsmetoder

Jeg ville først og fremst finne ut hvordan logopedene organiserer afasibehandlingen ved å spørre om de bruker enetimer og/eller gruppebehandling. På denne måten kunne jeg luke ut de som ikke bruker gruppebehandling og finne ut hvilke faktorer som gjør at de ikke velger denne type behandlingsmetode. Jeg fant det også interessant å spørre om hva som kunne gjort det lettere å bruke gruppebehandling. Her vil en også kunne finne sammenhenger til informasjon gitt tidligere, slik som antall afasiklienter, kunnskap fra utdanningen og om det er flere logopeder på samme arbeidssted. Afasihandlingen kan ta utgangspunkt i flere perspektiv, alt ut ifra logopedens vurderinger og hva som er best for den afasirammede (Chapey, 2001). Jeg ville derfor samle informasjon om hvilke perspektiv logopedene vektlegger i sin behandling. Spørsmål 22, 23 og 24 henger nøye sammen da det dreier seg om hvordan logopedene arbeider, i form av direkte språktrening, naturlig kommunikasjon eller i hvor stor grad logopedene leder timen. Samarbeid med pårørende var også et spørsmål i denne delen, da målet var å avdekke hvor mye logopedene samarbeider med de som står den afasirammede nær.

Det siste spørsmålet går på om hvor logopedene søker kunnskap når de er faglig usikker på afasibehandlingen. Jeg ønsket å finne ut hvilken faglig støtte de har og om de eventuelt bruker litteratur eller kompetansesentra for å få veiledning. Dette spørsmålet valgte jeg å holde åpent slik at logopedene kunne komme med egne svar og betraktninger.

3.3.4 Gruppebehandling

Siste delen av spørreskjema skulle gi meg informasjon om gruppebehandling og hvordan gruppen i hovedsak blir organisert. Jeg valgte å ha flere åpne spørsmål slik at informantene kunne utforme sine egne svar. Målet med spørsmålene er å få kunnskap om hvilke faktorer som gjør at logopedene bruker gruppebehandling, samt hvilke utfordringer de møter når de skal sette sammen og gjennomføre afasigrupper. I tillegg ønsket jeg å finne ut om pårørende tar del i afasigruppen. Er det slik at pårørende blir inkludert i selve behandlingen, eller foregår samarbeidet kun i forbindelse med samtaler og/eller rådgivning? Dette spørsmålet henger sammen med et tidligere spørsmål om samarbeid. Det var også viktig å spørre om hva som er det overordnede målet i gruppebehandlingen, og om logopedene mente at de lyktes med det de gjorde i forhold til gruppen.

3.4 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet til egen undersøkelse

Graden av tillit til en undersøkelse uttrykkes ved å referere til høy eller lav validitet og reliabilitet. Det som avgjør om målingen er brukbar, er om vi har fått et rett og troverdig bilde av resultatene fra undersøkelsen (Befring, 2007). Videre i dette kapittelet vil jeg drøfte i hvilken grad undersøkelsen er valid, og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes for å styrke validiteten.

3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet dreier seg om vi har klart å redusere forekomsten av målefeil, og i hvor høy grad måleresultatene er stabile og presise. Med andre ord vil det si om vi kan måle det samme ved gjentatte målinger (Befring, 2007). Det er derfor viktig å tydeliggjøre fremgangsmåten og premissene for en konklusjon, slik at det er mulig å komme frem til samme konklusjon hvis man bruker like premisser. Det skal være mulig å bekrefte at data og konklusjoner er korrekte, ved at man har nok informasjon

om prosessen slik at man kan vurdere om konklusjoner følger av data (Vedeler, 2000). I denne undersøkelsen har jeg forsøkt å lage gode nok spørsmål, slik at populasjonen gir samme svar om de blir stilt spørsmålene på et annet tidspunkt (De Vaus, 2002). Det som kan true reliabiliteten er hvis informantene skifter oppfatning på spørsmålene som er stilt, eller hvis forskeren ikke bearbeider dataene på en hensiktsmessig måte. Det er viktig å merke seg at undersøkelsen kan være reliabel uten å være valid. Det betyr at forskeren kan være nøyaktig i prosessen med innhenting og bearbeiding av data, men at spørsmålene i spørreskjema ikke er en operasjonalisering av det man ønsker svar på. God reliabilitet er viktig i undersøkelser, men det er ikke tilstrekkelig fordi det sier ikke om man måler det man har satt for å måle.

3.4.2 Validitet

Validitet refererer til hvorvidt man har fått et måleresultat for det man ønsker å måle (De Vaus, 2002). Validiteten dreier seg om hvor gyldig måleresultatet er, altså selve gyldigheten til undersøkelsen. Det er ikke selve målingen som er valid eller ikke, men hvordan man bruker den valgte metoden (De Vaus, 2002).

I et forskningsprosjekt hvor innsamling av data skjer gjennom bruk av spørreskjema, er det flere forhold som kan føre til mulige validitetsproblemer. Validitet i survey vil si at de målinger som er gjort på utvalget, gjelder for hele populasjonen, og at målingene samsvarer med det man har satt for å måles. I forhold til survey- design med bruk av spørreskjema velger jeg å bruke Cook og Cambells validitetssystem for kausale undersøkelser (Lund, 2002). Selv om validitetssystemet er utarbeidet for kausal forskning, altså der det er snakk om årsakssammenhenger, kan det ha nytteverdi for flere undersøkelser som involverer kvantitative data. Cook og Cambell opererer med fire validitetstyper; statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet. Jeg velger å utelukke indre validitet da det er mer aktuelt for kausal forskning.

Hvis vi først tar for oss statistisk validitet, refererer det til hvorvidt det finnes statistiske forutsetninger for å foreta den analysen man har gjort. Det forteller oss om vi har et tilstrekkelig statistisk grunnlag for å trekke de konklusjoner vi gjør eller ikke. Ved en spørreundersøkelse sikrer vi best mulig validitet ved å øke antall observasjoner, i tillegg til at utvalget skal være representativt. Videre gjelder det å bruke riktig analysemetode slik at vi kan trekke riktige konklusjoner gjennom statistisk analyse (Lund, 2002). Jeg har forsøkt å ivareta den statistiske validiteten ved å foreta en forholdsvis stor undersøkelse, og etter min mening et representativt utvalg.

Begrepsvaliditet omhandler i hvilken grad vi virkelig måler det vi ønsker å måle, på bakgrunn av det instrumentet som er valgt for å måle et fenomen (Kleven, 2002). Begrepsvaliditet blir altså brukt om graden av samsvar mellom begrepet slik man har definert det, og begrepet slik man har lyktes med å operasjonalisere det. I denne undersøkelsen gjelder det å operasjonalisere spørsmålene i spørreskjema på best mulig måte i forhold til problemstillingen og tema for undersøkelsen. For å ivareta begrepsvaliditeten har jeg utformet spørsmålene på bakgrunn av oppgavens formål og tema, slik at undersøkelsen måler det jeg ønsket ut ifra forskningsspørsmålene. Jeg var derfor avhengig av å ha endel forkunnskap om temaet slik at jeg klarte å finne passende spørsmål ut ifra litteraturen. Slik jeg tenker i ettertid hadde det ikke vært mulig å lage et godt nok spørreskjema hvis jeg ikke hadde satt meg inn aktuell teori, og det kunne samtidig bydd på endel misforståelser hvis ikke informantene og spørsmålsstiller hadde samme teoretiske ståsted. Det var samtidig spørsmål som kunne være interessant å stille informantene, men dette valgte jeg bort da det ikke hadde en klar sammenheng med oppgavens problemstilling og fokus.

Ytre validitet angir i hvilken grad vi kan generalisere resultatene. Generaliserbarhet handler om hvorvidt forskeren kan generalisere funnene fra undersøkelsen til andre grupper og individer som er tilsvarende lik informantene i undersøkelsen (Maxwell, 1992). I en spørreundersøkelse hvor en forholder seg til hele populasjonen og det i tillegg er høy svarprosent, vil generaliserbarheten være ivaretatt. Man bør allikevel regne med et visst frafall når man benytter spørreskjema for å samle inn data. Dette

kan by på statistiske problemer i forhold til generaliserbarheten (Lund, 2002). I denne undersøkelsen er ikke den ytre validiteten ivaretatt, da det har kommet inn få svar i forhold til utvalget. Dette kommer jeg tilbake til senere.

Det er viktig at spørsmålsstillingen i spørreundersøkelsen er entydige, slik at ikke informantene tolker spørsmålene på forskjellige måter (Befring, 2007). Det stilles strenge krav til utformingen av spørreskjemaet for å oppnå valide data med en slik metode. Det skal være språklig lett tilgjengelig for de som skal svare på spørreskjemaet, det skal være selvinstruerende når det gjelder måter å svare på, og det skal virke oppmuntrende til å gi troverdige svar (Befring, 2007). I spørreskjema skal spørsmålene være relevante for undersøkelsen og svarkategoriene må være dekkende for det svaret informanten gir. Når spørreskjemaet var klart til å sendes ut, mente jeg at jeg hadde klart å oppnå dette. Jeg ser nå i ettertid at noen av spørsmålene burde hatt flere svaralternativer. Noen av informantene pekte blant annet på spørsmål 16 og 17 som omhandler utdanning og kunnskap om afasi, der de savnet “vet ikke” som svarkategori. Spørsmål 27, som dreier seg om faktorer for at logopedene ikke bruker gruppebehandling, kunne hatt en svarkategori for akutfase i tillegg. Jeg fikk tilbakemelding fra flere informanter som savnet “akutfase” som svaralternativ, siden det ofte vil være vanskelig med gruppebehandling i denne perioden. I forbindelse med spørsmål 27, understreket jeg at de som ikke bruker gruppebehandling skulle svare, men det viste seg at flere av de som bruker grupper også svarte. Her kunne jeg vært enda tydeligere og skrevet instruks foran selve spørsmålet.

Svarkvalitet er avhengig av hvor ærlig respondentene svarer. Det er lite ønskelig med svar der informanten svarer det han eller hun tror spørsmålsstiller vil frem til.

Tilfeldige svar blir ofte gitt når skjemaet er for omfattende eller er lite relevant for informanten, eller hvis respondenten har vanskeligheter med å gi troverdig svar. Det vil være bedre hvis informanten ikke svarer, siden validiteten ikke blir svekket på samme måte (Haraldsen, 1999). De Vaus (2002) peker på problemer i forhold til hvordan vi skal tolke svarene til informantene. Spørsmålene som blir stilt kan bli oppfattet annerledes av informanten, og svarene de gir kan bety noe annet enn slik

forskeren oppfatter det. Det er vanskelig å unngå dette problemet, uansett hvilken metode som benyttes. Det er allikevel ulike virkemidler forskeren kan ta i bruk for å øke validiteten til undersøkelsen. Bevissthet på problemet kan påvirke hvordan forskeren analyserer dataene, samtidig som man blir mer forsiktig når resultatene skal tolkes. Ved å bruke forskjellige metoder, slik som observasjon og intervju, kan forskeren få innblikk i holdningene som informanten uttrykte i spørreskjemaet. Mønsteret til hvordan informanten har svart kan også hjelpe oss i å forstå hvorfor respondenten har svart som hun har gjort (De Vaus, 2002).

I denne undersøkelsen hadde jeg ikke mulighet til å benytte flere metoder på grunn av tidsramme på oppgaven. Ut ifra problemstillingen var det heller ikke så relevant å bruke andre metoder, da jeg først og fremst ville nå mange logopedier på kortest mulig tid. Det kunne allikevel vært interessant å velge ut de som bruker gruppebehandling for å få mer dybde i undersøkelsen. Siden jeg ikke hadde mulighet til å bruke flere metoder, var det enda viktigere å være bevisst på svarene som ble gitt for å ikke foreta feil konklusjoner. I forhold til dette vil jeg nevne spørsmål 22, 23 og 24, som omfatter ulike behandlingsperspektiv. Spørsmålene består av samme svarkategorier, fra svært liten grad til svært stor grad, noe som kan føre til at respondentene svarer vilkårlig og ikke tenker så nøye gjennom hvordan behandlingen faktisk foregår. På den andre siden kan det være mulig å se om det finnes en viss sammenheng eller mønster på svarene, siden spørsmålene omhandler hva logopeden vektlegger i afasibehandlingen. Som følge av validitetsdrøftingen vil jeg konkludere med at svarkategoriene og tydelighet rundt spørsmålene er den største svakheten i spørreskjema, men dette skal jeg komme tilbake til etterhvert.

3.4.3 Generaliserbarhet

Generalisering handler om ytre validitet og om vi kan generalisere funnene til hele populasjonen utvalget er trukket fra. Jeg vil trekke frem generaliserbarhet siden dette er aktuelt da resultatene i undersøkelsen ikke kan generaliseres. Et frafall på ca. 50 prosent er det meste som kan aksepteres før utvalget ikke lenger er representativt for

populasjonen. Svarprosent på 60 og 70 prosent regnes som tilfredstillende (Creswell, 2008). Siden min svarprosent kun er 30%, har jeg et problem med generaliserbarheten. Jeg fikk flere henvendelser fra informanter som spurte om det var nødvendig å svare på spørreskjemaet når de ikke arbeider med afasirammede. Videre var det flere som sendte mail fordi de hadde problemer med utfylling, og at de ønsket å få sendt skjemaet via post. Noen klarte ikke åpne selve vedlegget, mens andre fikk opp noen rare tegn på selve spørreskjemaet. Ulike programmer, eller ikke oppdaterte programmer, kan gjøre det vanskelig å åpne vedlegg sendt via mail. Jeg fikk også tilbakemeldinger fra informanter som ikke driver logopedisk virksomhet lenger. Jeg velger å tro at flere glemte å svare på skjemaet, noe som ofte er ulempen med elektronisk spørreskjema. De kan ha lest mailen, men lagt det til side for å svare på det senere. Mail er heller ikke like personlig som å få skjema tilsendt i posten, og mange kan velge å overse eller filtrere ut mail som ikke er interessant ved første øyekast. Når purringer ble sendt ut, viste det seg at flere allerede hadde svart, men at jeg ikke hadde mottatt svaret deres. Slike problemer kan ofte oppstå ved bruk av nettbasert spørreskjema. Jeg vil også nevne at ikke alle informantene mottok purring på skjema, siden det bare var noen få regionslagsledere som sendte purringer til sine medlemmer. I tillegg var det et logopedlag som sendte ut spørreskjema dagen etter svarfristen var gått ut, noe som førte til endel usikkerhet i forhold til om informantene skulle svare eller ikke. Disse faktorene hadde nok en stor innvirkning på svarprosenten. Uansett hva årsaken til at mange ikke besvarte skjemaet, kan jeg kun forholde meg til de svarene jeg har fått. Jeg har dermed bare mulighet til å si noe konkret om hva de 174 logopedene har svart, uten å generalisere dette til resten av populasjonen.

3.4.4 Svakheter i spørreskjema

Utforming av spørreskjema er en tidkrevende prosess, hvor hver minste detalj må være på plass. Jeg gikk gjennom skjemaet flere ganger og fikk hjelp av et test-utvalg av medstudenter og logopeder som leste gjennom og pekte på svakheter i undersøkelsen. Min erfaring med selve pilotundersøkelsen var at informantene ikke

var like motiverte til å svare på undersøkelsen, som førte til at de gjennomførte undersøkelsen uten særlig interesse. På grunn av dette ble det kanskje ikke oppdaget like mange uklarheter som det ville gjort hvis utvalget følte at undersøkelsen gjaldt dem.

To av test-informantene gjorde meg oppmerksom på spørsmål som var feil nummerert, noe som kunne ført til misforståelser blant informantene. De pekte også på spørsmål som kanskje overlappet hverandre noe. Det gjaldt spørsmål 12 og 13, der jeg spør om det er flere logopeder i kommunen, samt hvor langt det er til nærmeste logoped. Jeg valgte allikevel å ha med disse spørsmålene fordi jeg ville undersøke om antall logopeder og km-avstand har noen sammenheng om de arbeider med afasirammede og sammensetning av afasigruppe. Det ble også stilt spørsmål til del 3, under behandlingsmetoder. Der var det noen som synes ordlyden kunne forandres, og at spørsmål 22 kunne vært del i to. Spørsmål 22 dreier seg om hvor stor grad logopeden strukturerer og leder afasigruppen. Jeg drøftet om spørsmålet skulle endres, men jeg valgte å ha det slik det var i utgangspunktet siden begrepene kan overlappe hverandre i behandlingssammenheng. Det ser også ut til at informantene har gitt respons på spørsmålet, men det er usikkert om de har forstått det slik det var ment fra spørsmålsstiller sin side. Spørsmål 23 er noe uklart siden naturlig kommunikasjon kan være så mye. I denne sammenheng menes det i hvor stor grad behandlingen tar form av en gjensidig samtale der den afasirammede deltar, fremfor at det kun er logopedene som stiller spørsmål. Det vektlegges også at språket er et sosialt fenomen der hvor man fokuserer på evnen til å kommunisere.

På spørsmål under arbeid med afasirammede og antall nye afasiklienter, burde jeg hatt et eget felt der logopedene kunne skrive inn eksakt hvor mange nye afasiklienter de hadde. De logopedene som hadde mellom 1 og 10 klienter, kunne ikke gjøre annet enn å krysse av på samme svaralternativ på neste spørsmål. Dermed ble resultatet kun at de har få afasiklienter, men ikke hvor mange av de som var nye i 2008.

Det vil nesten alltid snike seg inn feil i spørreskjema, uansett hvor nøye man er. Jeg fikk erfare dette når spørreskjema akkurat hadde blitt sendt ut til regionslagslederne.

Feilen gjaldt under del 4 og gruppebehandling. Her skrev jeg at delen skulle besvares av de som hadde svart ja på spørsmål 25. Dette ble feil siden spørsmål 25 verken gjaldt gruppebehandling eller at de kunne svare ja eller nei på spørsmålet. Feilen ble riktignok oppdaget fort og nytt spørreskjema ble sendt ut. Noen av informantene hadde mottatt det gamle spørreskjema, men ingen av disse arbeidet med afasirammede, så delen om gruppebehandling gjaldt ikke dem.

Jeg oppdaget også at spørsmålene om kommune burde hatt flere svaralternativer. Det viste seg at flere logopeder arbeider under fylke og ikke er knyttet til en enkelt kommune. Spørsmål som gikk på kommune ble dermed vanskelig for fylkeslogopedene å besvare. Dette momentet hadde jeg ikke tatt i betraktning under utforming av spørreskjema.

Hvor ofte gruppebehandlingen foregår burde også vært med, siden dette kan ha noe å si for hvor god effekt gruppebehandlingen har. Jeg anser dette som en svakhet da det er helt sentralt i forhold til temaet i oppgaven, samtidig som det kan ha noe å si for hvor mye logopedene vektlegger denne type behandling. Etter min mening blir det feil å si at man driver gruppebehandling hvis den kun foregår noen ganger i året, i tillegg til at deltakerne ikke får det samme utbytte av behandlingen.

Når det gjelder utfylling av selve spørreskjemaet, fikk jeg erfare at endel informanter hadde vanskeligheter med å krysse av i rutene. Noen krysset av i ruten, mens andre krysset av ved siden av. Det var uproblematisk å lese svarene, uansett hvilken måte informantene løste det på. Hovedproblemet er at flere kan ha forsøkt å besvare skjemaet, men gitt opp forsøket da de ikke fikk det til. Jeg ser i ettertid at utfylling av skjema burde vært enda mer detaljert forklart. Dette tok jeg i betraktning når spørreskjemaet ble sendt ut, hvor jeg har skrevet enda mer detaljert hvordan de skal huke av i avkryssningsrutene. Jeg burde også skrevet på informasjonsskrivet at det var mulig å returnere spørreskjema via post, hvis dette var ønskelig. Jeg tenkte som så at de som eventuelt får problemer med utfylling tar kontakt, slik det står skrevet i følgebrevet. Jeg burde derfor vært enda klarere på hvordan informantene skulle fylle ut skjemaet og vært tydeligere i forhold til at alle logopedene skulle besvare

undersøkelsen. Den største svakheten med spørreskjema blir derfor etter min mening problemer med utfylling av skjema, og ikke dekkende og uttømmende svaralternativer.

Til slutt vil jeg nevne at selve undersøkelsen var avhengig av et godt samarbeid med regionslagslederne i forhold til utsending av spørreskjema og informasjonsskriv. Jeg ville mest trolig oppnå høyere svarprosent hvis jeg kunne nådd alle informantene på egenhånd, siden jeg da kunne forsikret meg at alle skjemaene ble sendt ut. På den måten hadde jeg ikke vært avhengig av flere ledd for å få sendt ut skjema, og det hadde ikke blitt en like stor jobb for regionslagslederne. Min kontakt med lederne foregikk via mail, og det var ikke alle som svarte på diverse skriv og forespørsler jeg sendte ut. Det er derfor usikkert om alle medlemmene mottok spørreskjema som ble sendt i purrerunden. Jeg synes det også er ganske rart at ikke alle regionslagslederne hadde mailadresser til medlemmene, siden dette også må være besparende når de skal holde kontakten med logopedene. Mine betraktninger er derfor at de kanskje ikke får like hyppig informasjon eller at lederne velger å bruke ressurser på porto.

Undersøkelsen hadde vært mer nyttig hvis flere hadde svart, og at jeg da kunne trekke enda flere konklusjoner fra utvalget. Som følge av dette var det vanskelig å drøfte resultatene siden det var få svar i hver gruppe.

3.5 Dataanalyse

I denne undersøkelsen har jeg brukt SPSS. Dette programmet gjør at man kan organisere dataene og videre beskrive viktige aspekter ved det informantene har svart. Jeg valgte å vente med å legge inn variablene til alle spørreskjemaene hadde returnert. Bakgrunnen for dette er at jeg antok at kategoriene måtte revideres uansett, ettersom noen kan ha lagt til tilleggsinformasjon. Dette kan gjelde åpne spørsmål der det er vanskelig å lage kategorier før man ser hva informantene har svart. Når alle skjemaene hadde returnert, begynte jeg å lage kategorier og koder for hvert spørsmål. De lukkede spørsmålene var ganske enkle å kode ettersom informantene kun hadde

mulighet til å krysse av på gitte svaralternativer. I SPSS er det viktig at spørsmålene og svarkategoriene er formulert slik at det er mulig å lage variabler og verdier ut av det. På de spørsmålene der hvor “annet” var et alternativ, var det uproblematisk å lage koder ut ifra hva logopedene hadde svart. De fleste åpne spørsmål var i delen om gruppebehandling. Her var det kun 22 informanter som hadde svart, og jeg valgte derfor å gå gjennom de enkelte svarene hver for seg, istedenfor å kode dem inn i SPSS. Det hadde også vært mulig å lage variabler ut ifra så få tall, men jeg oppdaget fort at svarene ikke kom godt nok frem når jeg gjorde det på denne måten. Den siste delen er derfor mer beskrivende i forhold til hvilke tanker og meninger logopedene har når det gjelder gruppebehandling.

I første del ble det hovedsakelig brukt krysstabeller for å undersøke om det er noen forskjeller mellom de som arbeider med afasirammede og de som ikke gjør det. Videre brukte jeg frekvenstabeller i større grad da dette var mer relevant når jeg kun skulle konsentrere meg om de som arbeider med afasirammede og bruker gruppebehandling. Signifikansnivået på krysstabellene er beregnet ut fra chi-kvadrat på 5 % nivå. Resultatene ble gruppert i forhold til hvem som arbeider med afasirammede og hvem som ikke gjør det, og senere i forhold til de som bruker gruppebehandling.

3.6 Etske hensyn

All forskning skal tilfredstille ulike etiske krav. Dette er for å beskytte individet mot psykisk stress, skade, tvang eller uærligheter om formålet med undersøkelsen (De Vaus, 2002). Jeg vil nå redegjøre for de etiske hensyn jeg mener har vært aktuelle i denne undersøkelsen.

Det er viktig at de personer som er med i undersøkelsen får informasjon om prosjektet, slik som formål, metoder som benyttes, hans eller hennes deltakelse i prosjektet, samt praktiske følger for deltakelse (NESH, 2006). Informantene som får tilsendt spørreskjemaene skal ha frihet og selvbestemmelse til å delta i undersøkelsen

og de skal ikke føle noen form for press med å delta. I forhold til mine informanter var det viktig at de ble informert om oppgavens formål og hva spørreundersøkelsen skulle gi svar på. Jeg mener at jeg har informert informantene om undersøkelsen i følgebrevet, der jeg poengterte formålet med oppgaven. Det er også skrevet at det er frivillig å delta, og at det er mulig å trekke seg fra studien helt frem til anonymiseringsdato. Informert samtykke er en hovedregel i forskning, men i dette tilfelle har jeg vurdert det som tilstrekkelig å sende ut spørreskjema med nødvendig informasjonen om prosjektet. Dette er vurdert ut ifra at jeg behandler opplysninger som er lite sensitive. På bakgrunn av dette er det særlig viktig at aktsomhet vises i forhold til personopplysninger og at slike opplysninger blir behandlet konfidensielt.

Forskningsmaterialet er anonymisert, slik at opplysningene ikke kan knyttes til enkeltpersoner (NESH, 2006). I følge De Vaus (2002) betyr anonymitet at forskeren ikke kan identifisere respondenten. Med dette som utgangspunkt er ikke denne undersøkelsen anonymisert siden jeg har vært i kontakt med respondentene via mail, og fått oppgitt mailadresse til de som har svart. I følge Personvernombudet for forskning (2009), som undersøkelsen er meldt til, innebærer anonymisering at det ikke lenger foreligger noen kobling mellom navn og spørreskjema. Ut ifra dette er undersøkelsen anonymisert siden jeg har lagret spørreskjema og navn på respondent atskilt fra hverandre, og slettet mottatt e-post med vedlegg. Dette ble gjort fortløpende etter mottak av spørreskjemaet. Jeg hadde derfor ingen mulighet til å identifisere hvem som har svart på hvert enkelt skjema.

Konfidensialitet betyr at forskeren kan koble navn og svar, men garanterer at ingen andre vil ha tilgang til opplysningene (De Vaus, 2002). Jeg har skrevet i informasjonsskrivet at opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Med dette mener jeg at så lenge direkte personidentifiserte opplysninger oppbevares sammen med datamaterialet, vil ingen andre ha tilgang på disse opplysningene.

4. KAPITTEL 4 RESULTATDEL

I dette kapitlet vil jeg presentere og drøfte forskningsspørsmålene og funnene som er aktuelle ut fra temaet for oppgaven, og videre de tanker jeg gjør meg rundt disse funnene. Resultatdelen består hovedsakelig av tre deler, der jeg først tar for meg bakgrunnsinformasjon om logopedene. Videre redegjør jeg for hvor mange afasiklienter logopedene arbeider med, samt drøftingen av hvilke behandlingsmetoder logopedene benytter. Siste del tar for seg gruppebehandling og hvilke vurderinger logopedene har gjort seg rundt denne behandlingsmetoden.

4.1 Bakgrunnsinformasjon

Her vil jeg presentere informantgruppen og se på likheter og forskjeller mellom logopedene som arbeider med afasi og de som ikke gjør det. Jeg fikk 174 svar, noe som tilsvarer ca 30 % av alle som mottok spørreskjemaet. Dette er få med tanke på hvor mange som mottok skjemaet. Siden utvalget er lite, vil det være vanskelig å trekke konklusjoner som gjelder alle logopeder som arbeider med afasi. Som det kommer frem av tabellen under er det 42 % av informantene som arbeider med afasirammede og 58 % som ikke gjør det.

4.1.1 Kjønn og alder

Tabell 1 Kjønnfordeling

Kjønn	Arbeider med afasirammede		Arbeider ikke med afasirammede		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Kvinne	67	41	93	59	160	100
Mann	6	43	8	57	14	100
Totalt	73	42	101	58	174	100

Som det går frem av tabellen er det 160 kvinner og 14 menn i undersøkelsen. Av de 73 logopedier som arbeider med afasi er det 67 kvinner og 6 menn. Forholdstallet mellom kvinner og menn som arbeider med afasi sammenlignet med gruppen som helhet er nokså likt. 14 menn er lite å prosentere på, men ut fra dette er det omtrent samme omfang blant menn og kvinner som arbeider med afasirammede og som ikke gjør det. Menn og kvinner skiller seg imidlertid fra hverandre på utdanningssted i undersøkelsen, der det er flere menn som er utdannet i Oslo, og flere menn som er utdannet før 1990.

Alderen blant informantene er forholdsvis høy. Gjennomsnittsalderen blant informantene er 49 år for hele gruppen. Den er noe høyere for de som arbeider med afasirammede (50,8 år), mens de som ikke arbeider med afasirammede er noe yngre (48,6 år). Aldersforskjellen mellom de to gruppene er så liten at det er vanskelig å si om dette er ren tilfeldighet fra utvalget som har svart, eller om det dreier seg om at de som arbeider med afasi har vært yrkesaktive lengre.

4.1.2 Arbeidssted

De fleste logopedier som arbeider med afasirammede er tilknyttet sykehus, enten i akutfase eller rehabiliteringsfase. Resultatene viser at det også er slik blant

logopedene i denne undersøkelsen, men vi ser også at andre arbeidssteder er aktuelle i arbeid med afasirammede.

Tabell 2 Logopedenes arbeidssted

Arbeidssted	Arbeider med afasirammede		Arbeider ikke med afasirammede		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Barnehage/grunnskole/høyere utdanning	6	18	27	82	33	100
Voksenopplæring	17	100	0	0	17	100
PPT	8	16	41	84	49	100
Kompetansesenter	5	36	9	64	14	100
Sykehus	22	85	4	15	26	100
Privat praksis	9	90	1	10	10	100
Annet	6	24	19	76	25	100
Totalt	73	42	101	58	174	100

Barnehage, grunnskole og høyere utdanning er slått sammen siden disse stedene arbeider lite med afasirammede, i tillegg til at de alene ikke utgjør en stor gruppe i denne undersøkelsen. Gruppen annet gjelder hovedsakelig de som arbeider flere steder, arbeider på ressurscenter, rehabiliteringssenter, Barne- og ungdomspsykiatrien, eller kommunal logopedtjeneste.

Arbeidsstedet til de som arbeider med afasi og de som ikke gjør det skiller seg fra hverandre. De fleste informantene som arbeider med afasi er innen voksenopplæringen og privat praksis, i tillegg til sykehus. Sykehus og voksenopplæring arbeider hovedsakelig med afasi og ervervede språkvansker, det er derfor naturlig at flere av disse logopedene arbeider med afasirammede. Det er helt

klart en større andel av privat praktiserende som arbeider med afasirammede, noe som forteller oss at afasi er et felt mange privat praktiserende i undersøkelsen velger å arbeide innen. Grunnen til dette kan være at behovet er så stort at afasirammede blir nødt til å bruke private logopedtjenester fordi det ikke er nok offentlig tilbud. Dette kan føre til at flere velger å arbeide privat, og at kommunen ser seg nødt til å kjøpe private tjenester.

22 % av alle informantene driver privat praksis i tillegg til sin faste stilling. Det er altså flere som arbeider privat ved siden av sin faste stilling, enn de som kun arbeider privat. Det er 68 % som driver privat praksis og arbeider med afasirammede, sammenlignet med 32 % som ikke arbeider med afasirammede. Jeg antar at grunnen til at dette er fordi privatpraktiserende arbeider med flere logopedfelt, og som nevnt før, at mange afasirammede må bruke private tjenester fordi kommunene ikke oppretter nok logopedstillinger. Grunnen kan også være økonomisk vinning for de som etablerer seg privat, i tillegg til at afasirammede har et stort behov for språklig og kommunikativ rehabilitering lang tid etter skaden. Den største andelen som arbeider privat og med afasirammede, er ansatt på sykehus. Det er vanskelig å si om dette er tilfeldigheter i denne undersøkelsen, eller om logopedene på sykehus ser at behovet er så stort at det derfor er lettere å etablere seg på det private markedet.

Over to tredjedeler av informantene har en eller flere logopeder på arbeidssstedet. Tallene mellom de som arbeider med afasi og ikke gjør det er nokså likt. Jeg hadde en antakelse om at mange logopeder arbeider alene og at de har få logopedkollegaer de kan utveksle kunnskap med. Resultatene i denne undersøkelsen viser at mange av informantene arbeider sammen flere, men det er også viktig å påpeke at nesten en tredjedel arbeider alene. Jeg antar at dette kan være krevende og virke ensomt for mange fordi de har få logopeder de kan støtte seg til. Av de som arbeider med afasi, har de fleste 1-5 logopeder på samme arbeidsssted, og kun 14 % har 1-6 logopedkollegaer. De med flest kollegaer er sannsynligvis de som arbeider på sykehus eller kompetansesentra. Arbeid med afasirammede kan være helt uavhengig av antall kollegaer. Det som er interessant er forholdet mellom logopedkollegaer, og om det er

lettere å sette sammen afasigruppe hvis flere arbeider sammen. Det er samtidig en styrke å arbeide flere sammen, der man kan diskutere problemstillinger, utveksle kunnskaper og erfaringer. I tillegg kan det være lettere å arbeide med klientgrupper man er usikker på, hvis det er flere logopedene man kan søke kunnskap hos.

4.1.3 Regionsfordeling

Jeg har innhentet informasjon fra et utvalg som er geografisk spredt. Det er imidlertid flere regioner som ikke har deltatt i undersøkelsen, noe som kan regnes som en svakhet da fordelingen blant logopedene i materialet ikke kommer tydelig nok frem.

Tabell 3 Regionsfordeling blant logopedene

Region	Arbeider med afasirammede		Arbeider ikke med afasirammede		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Oslo/Akershus	22	37	38	63	60	100
Østfold	5	55	4	45	9	100
Hordaland og Sogn og Fjordane	6	33	12	67	18	100
Buskerud, Telemark og Vestfold	8	61	5	39	13	100
Agder	5	23	17	77	22	100
Rogaland	9	56	7	44	16	100
Trøndelag	9	43	12	57	21	100
Møre og Romsdal	7	58	5	42	12	100
Totalt	71	42	100	58	171	100

Det er vanskelig å sammenligne resultatene fra materialet siden det er få svar i hver gruppe. Det er også noen regioner som mangler siden det bare var noen få medlemmer som mottok spørreskjema i disse regionene. Bakgrunnen for dette var at flere ikke hadde mailadresser til medlemmene sine. De få svarene jeg fikk fra disse regionene har jeg valgt å utelukke da de kan gi et feil bilde av fordelingen.

Den største regionen med flest logopeder er Oslo og Akershus med 35 % av alle informantene. Oslo og Akershus ligger nærme Universitetet i Oslo, der de fleste blir utdannet, og de har flere innbyggere enn andre fylker. Det er naturlig at regionen utgjør en stor prosentandel siden de er slått sammen, men hver for seg utgjør de også en større andel enn de andre regionene. Oslo/Akershus har også flest antall logopeder som arbeider med afasirammede. I Akershus ligger Sunnaas sykehus, som er en stor arbeidsplass for logopeder innen afasifeltet. Hvis vi sammenligner prosentvis de som arbeider med afasirammede og de som ikke gjør det, er fordelingen litt annerledes. Her ser vi at Oslo/Akershus, Hordaland og Sogn og Fjordane, Agder, samt Trøndelag har færrest logopeder som arbeider med afasirammede. Rogaland, Møre og Romsdal, Buskerud, Telemark og Vestfold er de regionene med flest logopeder som arbeider med afasirammede i forhold til de som ikke gjør det. Østfold har få forskjeller mellom de to gruppene. Resultatene tyder på at de regionene med størst innbyggertall arbeider mindre med afasi, sammenlignet med de som ikke arbeider med afasirammede. Dette kan ha en sammenheng med at logopeder som arbeider i distriktene, ofte må arbeide innen de fleste logopediske feltene. I store kommuner med mange mulige arbeidsplasser, kan ofte logopedene velge sitt felt de ønsker å arbeide innenfor.

60 % av informantene arbeider i kommuner med over 31000 innbyggere, og 84 % av informantene har mindre enn 10 km reisevei til nærmeste logoped. Det er noe forskjell i forhold til km - avstand til nærmeste logoped blant informantene, der en liten tendens viser at de som arbeider med afasirammede har lengre reisevei til nærmeste logoped, enn de som ikke arbeider med afasirammede. Når det gjelder innbyggertall, ser det ikke ut til at antallet som arbeider med afasirammede er avhengig av kommunestørrelsen. Resultatene i forhold til innbyggere kan derfor ikke

støtte antakelsen om at logopedene i småkommuner arbeider innenfor flere felt enn det de gjør i de store kommunene.

4.1.4 Utdanning

Jeg ønsket å undersøke om utdanningssted har noen betydning for om logopedene arbeider med afasirammede eller ikke, ettersom utdanningsstedene kan vektlegge de ulike logopediområdene forskjellig.

Tabell 4 Logopedenes utdanningssted

Utdannings- sted	Arbeider med afasirammede		Arbeider ikke med afasirammede		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Oslo	41	40	61	60	102	100
Bergen	6	30	14	70	20	100
Annet	26	50	26	50	52	100

Blant logopedene i undersøkelsen er 59 % utdannet i Oslo, 11 % i Bergen og 30% i hovedsakelig Sandane, Sortland, Tromsø og Trondheim. Noen få er utdannet i utlandet. Jeg valgte å ikke skille de resterende kategoriene fordi jeg antok at de ulike utdanningsstedene ikke ville skille seg så mye fra hverandre. Min antakelse er at Oslo og Bergen har lettere tilgang på praksisplasser gjennom sykehus, kompetansesentra og rehabiliteringssteder, noe som kan bidra til at logopedstudentene får en grundigere afasipraksis enn andre utdanningssteder i Norge. Dette er riktignok også avhengig av hvordan man organiserer praksisen på hvert enkelt sted. Tidspunkt for utdanning er avgjørende for hvilke temaer som ble vektlagt på utdanningstidspunktet. Det kommer stadig ny kunnskap på området, og den litteraturen som var gjeldende for 10-20 år siden kan ha blitt byttet ut med ny. I denne sammenheng vil jeg for eksempel nevne at afasibehandlingen har forandret seg fra et perspektiv som vektlegger å få ord tilbake, til å fremme en funksjonell kommunikasjon hos den afasirammede (Murray og Chapey, 2001). Det er derfor naturlig å tenke at pensum som utdanningsstedene

vektlegger ikke er den samme som før, med tanke på at fagfeltet har forandret seg. Med bakgrunn i hvilken praksis den enkelte har fått og hvilken teori utdanningen har fokusert på, velger jeg å anta at dette kan være styrende for hvilket felt man velger å arbeide innen. Dette med tanke på hvilken interesse man har for feltet og hva man føler seg mest kvalifisert til å arbeide med.

40 % av logopedene som arbeider med afasirammede er utdannet i Oslo, 30% er utdannet i Bergen og 50% er utdannet andre steder i Norge. Det er ingen signifikante forskjeller i forhold til de som arbeider med afasirammede og de som ikke gjør det. Resultatene viser en tendens til at de som er utdannet i de store byene som Oslo og Bergen, ikke arbeider mer med afasi enn de andre stedene. Det er vanskelig å forklare årsaken til dette, da jeg hadde trodd at flere som er utdannet i Bergen ville arbeide med afasi. Dette med bakgrunn i at logopedutdanningen i Bergen er medisinsk orientert og har et helsevitenskapelig perspektiv. Afasi er derfor etter min mening det feltet som ligger nærmest perspektivet Universitetet i Bergen vektlegger.

Tabell 5 Utdanningstidspunkt

Utdannings-Tidspunkt	Arbeider med afasirammede		Arbeider ikke med afasirammede		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Før 1990	15	40	23	60	38	100
1991-2002	43	46	51	54	94	100
2003-2009	15	36	27	64	42	100

Over halvparten av informantene tok sin logopedutdanning fra 1991- 2002, 24 % fra 2003 til 2009 og 22 % utdannet seg før 1990. I 2003 ble det innført en ny, felles gradstruktur der logopediutdannelsen ble en gradsutdanning. På bakgrunn av dette har jeg et skille på utdanningstidspunkt i 2002 og 2003.

Det er flere som er utdannet før 1990 som arbeider med afasirammede enn de som er utdannet fra 2003 til 2009. Man kunne anta at dette har en sammenheng med at de

som er utdannet på et tidlig tidspunkt driver privat praksis siden de har arbeidet lenger med logopedi. Dette viste seg å ikke være tilfelle. Det kan hende at flere av informantene i denne gruppen ikke driver privat praksis lenger, med tanke på at noen kan være rundt pensjonsalder. Dette forklarer riktignok ikke hvorfor flere arbeider med afasi, men det kan være slik at det er lettere å komme i kontakt med feltet hvis man har arbeidet lenger som logoped.

De fleste som er med i undersøkelsen er utdannet fra 1991 til 2002. De som er utdannet i dette tidsrommet arbeider mer på sykehus og i voksenopplæringen enn i de andre gruppene, i tillegg til at de fleste som driver privat praksis er utdannet i dette tidsrommet. Noe av grunnen til at mange er sent utdannet kan være at logopediutdannelsen har vært en etterutdanning for personer med enten lærer, førskolelærer eller annen relevant pedagogisk bakgrunn. Gjennomsnittsalderen blant logopedene er forholdsvis høy, og sammenlignet med dette resultatet tyder det på at mange har tatt utdannelsen i voksen alder. En annen grunn til at flere fra denne gruppen har svart kan være at logopedene har mer erfaring med internett, og har derfor lettere for å svare elektronisk.

Tabell 6 Master/hovedfag i logopedi

Utdannings-Nivå	Arbeider med afasirammede		Arbeider ikke med afasirammede		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Har grad	24	40	36	60	60	100
Har ikke	49	43	65	57	114	100

35 % av informantene har enten master eller hovedfag i spesialpedagogikk, fordypning i logopedi. Det er færre av disse som arbeider med afasi, sammenlignet med de som ikke gjør det. Det er vanskelig å si hva grunnen til dette er, men jeg antar at det har noe med krav til master- eller hovedfag på arbeidsplassen. Dette kan henge sammen med resultatene fra arbeidssted og om informantene har master- eller hovedfag, der det kommer frem at det er flere som arbeider på kompetansesentra som

har gradsutdanning. Det stilles ofte krav til dette på kompetansesentraene, og det er derfor naturlig at flere av disse har master- eller hovedfag.

4.1.5 Syn på utdanningen

Jeg ønsket å undersøke om logopedene følte at utdanningen har gjort dem kvalifisert til å arbeide med afasirammede, og om dette har noen sammenheng om de arbeider med afasirammede eller ikke. Tabell 7 viser om logopedene mener at utdanningen har kvalifisert dem til å arbeide med afasirammede, og tabell 8 viser om logopedene mener at de har fått nok kunnskap om gruppebehandling.

Tabell 7 Kvalifisert til å arbeide med afasirammede

Kvalifisert til å arbeide med afasirammede								
	Ja		Delvis		Nei		Alle	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Arbeider med afasirammede	52	71	21	29	0	0	73	100
Arbeider ikke med afasirammede	54	53	44	44	3	3	101	100
Totalt	106	61	65	37	3	2	174	100

De aller fleste mente at utdanningen har kvalifisert eller delvis kvalifisert dem til å arbeide med afasirammede. Noe forskjeller avhenger om de arbeider med afasi eller ikke. Dette kan ha en sammenheng med at de som ikke arbeider med afasi mener at feltet stiller større krav siden de har lite kjennskap til ulike behandlingsmetoder og tilnærminger i arbeidssammenheng. Med dette mener jeg at man kan bli usikker på om utdanningen var god nok hvis logopedene ikke har fått erfare det de lærte under studiet. Samtidig kan syn på utdanningen ha en innvirkning om man velger å arbeide

med afasi eller ikke, i henhold til om det er et felt logopedene velger bort i arbeidssammenheng.

Tabell 8 Kunnskap om gruppebehandling

Kunnskap om gruppebehandling								
	Ja		Delvis		Nei		Alle	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Arbeider med afasirammede	10	14	29	40	33	46	72	100
Arbeider ikke med afasirammede	16	16	25	25	59	59	100	100
Totalt	26	15	54	31	92	54	172	100

Over halvparten mener at utdanningen ikke har gitt dem nok kunnskap om gruppebehandling, 31 % mener at de har fått delvis kunnskap, og 15 % mener at de har fått nok kunnskap om gruppebehandling. De to gruppene skiller seg ikke så mye fra hverandre, selv om det er noen flere som ikke arbeider med afasirammede som mener at utdanningen ikke har gitt dem nok kunnskap om gruppebehandling. Afasi er et felt det blir arbeidet lite med i barnehage, grunnskole og PPT. Feltet kan derfor oppleves som vanskelig for noen siden de har lite kjennskap til ulike behandlingsmetoder. Hovedtendensen er at logopedene mener at de delvis eller ikke har fått nok kunnskap om gruppebehandling. Når det gjelder begge gruppene var det ingen signifikante forskjeller mellom de tre utdanningsstedene. De aller fleste som mente at utdanningen har gitt dem nok kunnskap om gruppebehandling, var utdannet mellom 1991 og 2009, og de fleste som var utdannet før 1990 mente at utdanningen ikke eller delvis har gitt dem nok kunnskap om gruppebehandling. Dette kan ha en sammenheng med at det ikke var så aktuelt i praksis da. Flere logopeder kommenterte nettopp dette, at det verken var aktuelt i praksis eller i pensumlitteraturen på utdanningstidspunktet.

Tabell 9 Hva logopedene savnet i utdanningen

Savnet	N	%
Teori	16	9
Praksis	80	46
Personlig veiledning	18	10
Annet	9	5
Alt	25	14
Totalt	148	85

Nesten halvparten av informantene savnet mer praksis under utdannelsen. Dette er helt klart den største gruppen. Det er få forskjeller mellom utdanningssted og utdanningstidspunkt blant de som savnet mer praksis, men en liten tendens viser at de som var utdannet andre steder enn i Oslo og Bergen savnet mer praksis. Praksis på logopedstudiet i Oslo er knyttet til studieretningens fire hovedemner, og alle skal gjennomføre praksis innenfor hvert av områdene. Ut ifra hvordan studiet er lagt opp ser det ut som både praksis, forelesninger og seminarer er vektlagt tilnærmet likt, men det vil alltid være ulikheter i forhold til hvordan den enkelte mener at praksisen var. Jeg antar at det vil være forskjeller om man kommer i afasipraksis på et sykehus med mange logoped, enn om man er i praksis hos logoped som arbeider alene. De behandlingsmetodene som blir vektlagt på praksistidspunktet og de teoretiske referanserammene veileder hadde, vil også kunne være styrende for hva logopedene lærte under praksis. Det vil i tillegg alltid være problemer i forhold til praksis i en slik type utdanning. Med dette mener jeg at pensumet er stort og man skal gjennom praksis innenfor alle områdene. Det kan derfor oppstå konflikter mellom hvor mye praksis man skal vektlegge i forhold til forelesninger og seminarer.

Langt færre savnet teori og personlig veiledning blant logopedene. Noe av grunnen til dette kan være at flere mente at personlig veiledning og praksis overlappet hverandre, og valgte derfor å svare på det alternativet som passet i øyeblikket. 14 % savnet både

teori, praksis og veiledning. På alternativet ”annet” var det flere som skrev at de ikke visste hva de savnet siden de ikke arbeider med afasirammede, og har derfor ikke satt kunnskapen ut i praksis. De kan dermed ikke sammenligne om den utdanningen de fikk var god nok i forhold til hva som kreves i arbeidssammenheng. 15 % har ikke svart på spørsmålet som skyldes at de mente utdanningen både har kvalifisert dem til å arbeide med afasirammede, samt gitt dem nok kunnskap om gruppebehandling.

4.2 Arbeid med afasirammede

Det er 73 av 174 informanter i undersøkelsen som arbeider med afasirammede. Disse har ulik erfaring, både når det gjelder arbeidssted og antall afasiklienter de arbeider med. 47 av de som arbeider med afasirammede arbeider 50 % eller mer med afasi, og 26 arbeider 25 % eller mindre med det. Dette kan tyde på at hvis man blir ansatt på enten sykehus eller voksenopplæring, så vil en ofte arbeide deltid eller fulltid med denne klientgruppen. Dette er også naturlig siden afasi er det logopediske fagområdet det blir arbeidet mest med på sykehus.

De logopedene i undersøkelsen som arbeider på sykehus har også flere afasiklienter i året enn andre logopeder. 26 svarte at de hadde mellom 1 og 10 afasiklienter i løpet av 2008, 23 svarte at de hadde mellom 11 og 30, og 24 svarte at de hadde fra 31 til flere enn 50 afasiklienter. Det ble også spurt om hvor mange av disse som var nye afasiklienter i 2008. Det var under halvparten nye afasiklienter i 2008 for de logopedene som hadde mellom 11 og 30 afasiklienter. Hvis logopedene arbeider med de samme klientene over flere år, kan det bli vanskelig å sette sammen grupper ut ifra den enkeltes interesser, vanske og alder. Klienten kan også få et avhengighetsforhold til logopeden hvis behandlingen kun har foregått i enetimer over lengre tid (Pachalska, 1991). For de logopedene som hadde fra 31 til flere enn 50 afasirammede, var de fleste nye klienter i 2008. Dette gjør at de har større mulighet til å være mer fleksibel i forhold til behandlingsmetoder, og sammensetning av afasigrupper ut fra den enkeltes behov.

4.2.1 Behandlingsperspektiv

Hvilket perspektiv logopeden vektlegger i behandlingen avhenger ofte av hva logopeden vurderer som best for den afasirammede, og hvilke erfaringer og teoretisk referanseramme den enkelte har. Med perspektiv mener jeg hva logopedene vektlegger som viktig i behandlingen, om det for eksempel er språkfunksjon og bedring av den, eller om det er språket brukt i kommunikasjon. Jeg var interessert i å finne ut om det er noen sammenheng mellom de ulike perspektivene litteraturen vektlegger og hva som er tilfelle i praksis. Behandlingen kan ta sikte på flere perspektiv ettersom hva som er rett innfallsvinkel for hver enkelt, og logopedene kan variere behandlingsformen etter hvordan bedringsforløpet er for den afasirammede. I enetimer er det ofte logopedene som strukturerer og planlegger timen, og deretter leder den i stor grad. Behandlingen tar sikte på å bedre språket, både når det gjelder forståelse og produksjon. Innenfor denne tradisjonen spurte jeg logopedene om hvor stor grad de strukturerer og leder afasitimen.

Tabell 10 Struktur behandling

Strukturer	N	%
I svært stor grad	34	48
I stor grad	36	50
I liten grad	1	1
I svært liten grad	1	1
Totalt	72	100

Nesten alle svarte at de strukturerer og leder logopedtiden i svært stor grad eller i stor grad. Det var kun to som svarte i liten eller svært liten grad. Dette resultatet viser at logopedene leder behandlingen, og at det er logopedene som bestemmer innholdet og strukturen på afasitimen. Ut ifra et slikt resultat vil jeg si at logopedene arbeider fra et tradisjonelt ståsted. Mine antakelser er at kanskje flere har arbeidet slik over en lengre periode, at det er vanskelig for enkelte å tenke nye innfallsvinkler.

Tabell 11 Vektlegging av direkte språktrening

Språktrening	N	%
I svært stor grad	15	21
I stor grad	54	75
I liten grad	2	3
I svært liten grad	1	1
Totalt	72	100

Direkte språktrening blir ofte benyttet i individuell behandling, der det er logopedene som leder timen. Denne tilnærmingen fokuserer på trening av språk-, lese- og skriveferdigheter, i samhandling med den afasirammede. De aller fleste svarte at de vektlegger direkte språktrening i svært stor grad eller i stor grad, mens det kun var 3 som svarte i liten eller i svært liten grad. Etter min oppfatning vil direkte språktrening og strukturering av logopedtiden ofte være noe som skjer naturlig, siden tradisjonene kan overlape hverandre i behandlingssammenheng. Disse resultatene samsvarer derfor med det logopedene svarte i tabell 10.

Språket er også et sosialt fenomen og man må derfor arbeide med den afasirammedes evne til å kommunisere. I dette perspektivet fokuserer man på å formidle et budskap, fremfor å få tilgang på ord og ordformer. Hvorvidt logopedene vektlegger naturlig kommunikasjon er derfor relevant ut fra en slik forståelsesramme.

Tabell 12 Hvor stor grad logopedene vektlegger naturlig
Kommunikasjon

Naturlig kommunikasjon	N	%
I svært stor grad	25	35
I stor grad	45	62
I liten grad	2	3
Totalt	72	100

25 informanter svarte at de vektlegger naturlig kommunikasjon i svært stor grad, 45 svarte i stor grad, og 2 svarte i liten grad. Det er flere logopeder som vektlegger naturlig kommunikasjon i svært stor grad, enn de som vektlegger direkte språktrening i svært stor grad. Språket som sosialt fenomen blir derfor vektlagt i større grad blant informantene enn kun bedring av språket. Allikevel er hovedtendensen at både direkte språktrening og naturlig kommunikasjon blir vektlagt enten i svært stor eller i stor grad. Dette kan tyde på at resultatene motsier hverandre. Det kan være slik at informantene fokuserer på begge deler, ettersom hva de vurderer som er best for den afasirammede. Behandlingstidene kan for eksempel fokusere på trening av språket, og samtidig ha naturlig kommunikasjon som mål ved et senere tidspunkt. Riktignok er det slik at logopedene i undersøkelsen strukturer og leder timen, og da kan man stille spørsmålsteget hvor naturlig kommunikasjonen egentlig er.

4.2.2 Organisering av behandlingen

Hvordan man organiserer behandlingen kan være avgjørende for hvor effektiv rehabiliteringen er. Det er viktig at den afasirammede får brukt kommunikasjonen i samspill med andre, for å sikte på kommunikasjonserfaringer som er mer naturlig (Simmons-Mackie m.fl., 2007). I denne sammenheng er afasigrupper en viktig del for å kvalifisere den enkelte til mest mulig selvstendighet. Hvilken behandlingsform som blir valgt avgjøres blant annet av hvor alvorlig skaden er, hvordan skaden arter seg og

hvordan den språklige og sosiale fungeringen er. Andre faktorer, slik som antall afasiklienter, tid og egnet lokale kan også være relevant når logopedene velger hvordan behandlingen skal organiseres.

Tabell 13 Organisering av behandlingen

Organisering	N	%
Enetimer	51	70
Enetimer og grupper	22	30
Totalt	73	100

Det går frem av tabellen at logopedene driver gruppebehandling i mindre grad enn individuell behandling. 70 % bruker enetimer som behandlingsmetode, mens det er kun en tredjedel som både bruker enetimer og gruppebehandling. Det er ingen som bruker gruppebehandling uten å kombinere med enetimer. Dette kan tyde på at gruppebehandling ikke blir betraktet som en egnet behandlingsmetode alene. Jeg hadde en antakelse om at det ville være langt færre som bruker afasigrupper, og at de få som driver gruppebehandling hadde større motivasjon for å svare på undersøkelsen enn de som ikke driver gruppebehandling. Flere av informantene som bruker gruppebehandling kommenterte også at det er et spennende felt, og at de ønsker at behandlingsmetoden skal bli mer vektlagt fremover. Motivasjon for å svare på en undersøkelse er som nevnt tidligere avhengig av temaet og interesse for det forskeren spør om. På bakgrunn av dette velger jeg å tro at det ikke er et mye større antall logopeder i populasjonen som driver gruppebehandling enn det resultatene viser, uten at jeg kan si dette for sikkert.

Av de som bruker gruppebehandling, arbeider de fleste i voksenopplæringen eller i privat praksis. Noen få arbeider på sykehus, kompetansesenter eller

rehabiliteringssenter. De aller fleste var utdannet etter 1991, noe som igjen forsterker antakelsen om at gruppebehandling ikke var et tema før 1990. De få som var utdannet på et tidligere tidspunkt antar jeg har valgt å bruke gruppebehandling på bakgrunn av arbeidssted, kunnskap fra kollegaer, eller at de har holdt seg oppdatert på nyere litteratur. Dette kan riktignok også være tilfelle for de som er utdannet på et senere tidspunkt, men man kan undre seg over om utdanningstidspunkt og valg av behandlingsmetode har en sammenheng.

Tabell 14 Antall afasiklienter/organisering av behandlingen

Antall klienter	Enetimer		Enetimer og gruppebehandling		Alle	
	N	%	N	%	N	%
1-10	23	45	3	14	26	36
11-20	9	18	7	31	16	22
21-30	2	4	5	23	7	10
31-40	0	0	2	9	2	2
41-50	5	9	2	9	7	10
Flere enn 50	12	24	3	14	15	20
Totalt	51	100	22	100	73	100

De fleste har enten få klienter eller et stort antall klienter i året. Dette resultatet tyder på at over halvparten har nok afasiklienter til å sette sammen gruppe. Av de som bruker gruppebehandling i tillegg til enetimer, har over halvparten mellom 11 og 30 afasiklienter i året. Jeg hadde en antakelse om at de som hadde flere afasiklienter ville bruke gruppebehandling i større grad enn de som har færre klienter. Dette viste seg å ikke stemme helt, da resultatene tyder på at den største gruppen som bruker gruppebehandling har et middels stort antall klienter. Dette kan komme av at de fleste som har mer enn 30 klienter arbeider på sykehus og i akutfase, der hvor flere mener at enetimer er en bedre behandlingsmetode. Blant de som kun bruker enetimer, har

den største gruppen få klienter i året. Dette kan henge sammen med at flere velger denne behandlingsmetoden siden det er problematisk å sette sammen grupper med få klienter.

4.2.3 Logopedenes faktorer for at de ikke bruker gruppebehandling

21 logopeder kommenterer at de gjerne ville brukt grupper i sin behandling, men at antall afasiklienter er for lite. Logopedene forteller at et visst antall klienter på samme tid ville gjort det enklere å sette sammen gruppe. Det ble også nevnt at samkjørt opptak av klientene ville gjort det lettere å sette sammen afasigrupper. Et felles opptak kunne ført til at logopedene fikk flere klienter samtidig, og jeg antar at dette også vil være mulig med tanke på forekomsten av slagpasienter. Som det kommer frem i tabellen over, er det nesten halvparten som har få klienter i året. Dette resultatet kan derfor stemme med den informasjonen logopedene har oppgitt her. Det er også mulig å samarbeide med logopeder i kommunen eller nabokommunen, men det ser ikke ut til at de med få afasiklienter har valgt å gjøre dette.

13 logopeder har svart at gruppebehandling er lite aktuelt i akuttfasen på sykehus. Imidlertid kan afasigrupper kan også dannes for nyskadde, men da bør gruppen være så homogen som mulig (Vickers, 1998). I denne fasen kan flere ha nytte av å komme sammen med andre i lignende situasjon, slik at de ikke føler seg alene med vanskene. Det er også viktig at logopedbehandlingen starter tidlig i akuttfasen. De logopedene som arbeider på sykehus og i akuttfasen har pasientene over kort tid, og de mener det er mest aktuelt med kartlegging på dette tidspunktet. Hvis logopedene hadde hatt pasientene over lengre tid ville flere valgt gruppebehandling, men de sier at pasientene blir skrevet ut før de får mulighet til dette.

15 informanter mener at utfordringer i forhold til sammensetning av gruppe er den faktoren som gjør at de ikke bruker denne behandlingsformen. Det kan være utfordringer i å danne en så homogen gruppe som mulig ut fra alder, interesser, omfanget av skaden og tilleggsvansker, eller det kan være å danne en sammensatt

gruppe slik at medlemmene får erfare at de kan omgås ulike mennesker. Sammensetning av gruppe kan også gjelde antall afasiklienter, egnet lokale for gruppen, km- avstand fra klientene til logopedkontoret, og stor geografisk variasjon blant de aktuelle gruppemedlemmene. Noen få informanter svarte at de ikke har egnet lokale for gruppevirksomhet og at de savnet lettere adkomst for rullestolbrukere. Jeg antar at de fleste tenker at de må ha et eget kontor for å danne gruppe, men det er også mulig å bruke nærmiljøet til å møtes på kafè, restaurant, teater, kino eller den lokale afasiforeningen. En annen mulighet er å møtes hjemme hos medlemmene. I slike tilfeller kan det være fantasien og hvor fleksibel den enkelte er som setter stopper for mulighetene. Kunnskap om gruppebehandling er også nevnt, da noen svarte at de har lite kunnskap om gruppebehandling, i tillegg til at de mente at enetimer er en bedre behandlingsmetode. Dette kan være i sammenheng med at mange ikke har fått nok kunnskap om gruppebehandling fra utdanningen. Mer kunnskap om gruppebehandling og flere effektstudier hadde derfor gjort det enklere å danne grupper. Ut fra dette resultatet er det nødvendig med mer fokusering på gruppebehandling under studiet, samtidig som logopedene oppdaterer seg på aktuell teori.

Noen få har svart at de trenger bedre tid. Jeg har undret meg over hva bedre tid betyr, men det kan dreie seg om bedre tid til hver enkelt. Det er uklart hvorfor gruppebehandling tar mer tid enn enetimer, da man har mulighet til å samle flere afasiklienter samtidig. En informant har svart at afasiklienten blir sendt videre til en annen logoped som driver gruppe. Hvis man har få klienter er dette en god måte å løse problemet på. Samarbeid og kontakt med andre logopeder kan bidra til å løse de sammensetningsproblemer man måtte ha. Eventuelt kan man kontakte Bredtvet kompetansesenter eller sykehus som kanskje har større oversikt over de som driver gruppevirksomhet i kommunen. Samarbeid med kollegaer ble vektlagt som viktig når man skal starte gruppe. Man kan diskutere ulike problemstillinger, sette sammen grupper ut fra den enkeltes behov, og bytte på hvem av logopedene som skal ha ansvaret for timen. Det kan være vanskelig for logopeder i mindre kommuner da en ikke har nok deltakere som passer sammen. Interkommunale afasigrupper eller

logopedkollegium som dekker flere kommuner blir nevnt som en løsning på problemet. Noen logopeder sier det er altfor mange som arbeider alene. Hvis flere samarbeider, enten om det er på samme sted eller på tvers av kommunene, vil det være mindre sårbart i forhold til sykdom og fravær. Man har også mulighet til å gjøre et bytte hvis kjemien absolutt ikke stemmer mellom logoped og den afasirammede.

“Jeg tror at et logopedkollegium som dekker flere kommuner sammen kunne vært en spennende løsning; Mennesker er forskjellige, logopeder har forskjellige tilnæringsmåter osv. Jeg ser for meg at logopedene hadde blitt dyktigere av å jobbe mer sammen, mer faglige og mindre sårbare. De afasirammede kunne fått et bedre tilbud”

Noen opplever at afasiklientene ikke får innvilget nok timer, og man må derfor prioritere enetimer fremfor grupper. Som en løsning på problemet svarer de at enkeltvedtak på flere timer hadde gjort det lettere å bruke afasigrupper. Ingen av informantene har sagt hvorfor enetimer må bli prioritert, men det tyder på at denne behandlingsformen blir betraktet som best når det står mellom enetimer og gruppe. Slike resultat viser at flere mener enetimer er en bedre behandlingsmetode siden det blir prioritert i første omgang.

Økonomiske forhold ser ut til å avgjøre tilbudets form. Jeg mener det er viktig å ta med dette, selv om det ikke kan regnes som representativt for informantene. I en kommune ble afasigrupper avvirket på grunn av forbud mot gruppebehandling. Jeg anser dette som meget oppsiktsvekkende da teori og forskning viser at gruppebehandling er en nødvendig del av rehabiliteringen (Elman, 2007). Det er usikkert hva som var årsaken til dette, men slike avgjørelser kan være basert på økonomi.

4.2.4 Samarbeid med pårørende

Afasirehabiliteringen bør inneholde et godt samarbeid og opplæring av den afasirammedes nærpersoner (Kagan, 1998). På denne måten kan pårørende lære

samtaleteknikker som gjør at den afasirammede får brukt kommunikasjon og får vist sin kompetanse i samtalesituasjoner. Det er viktig at pårørende får både informasjon, støtte og samtale, samtidig som man fokuserer på opplæring av hvordan de kan kommunisere med afasirammede (Kagan, 1998). Tabell 15 viser hvor mye logopedene samarbeider med pårørende til den afasirammede.

Tabell 15 Samarbeid med pårørende

Samarbeid	N	%
Mye	27	37
Noe	42	58
Lite	4	5
Totalt	73	100

Jeg trodde at de fleste ville svare at de samarbeider mye med pårørende, men resultatene viser noe annet. Det er nesten 60 % som samarbeider noe med pårørende. Det er vanskelig å vite hva “noe” innebærer, men jeg velger å anta at dette innebærer informasjon, fremfor opplæring. Flere kommenterte at de gjerne skulle samarbeidet mer med pårørende, men at de har afasiklientene over så kort tid og at tiden ikke strekker til. Det hadde vært interessant å undersøke hvordan de organiserer dette samarbeidet, men jeg antar at samarbeidet er mindre strukturert og ofte tar form av informasjon om vansken, samt opplæring av støttende kommunikasjon.

4.2.5 Henvendelser ved faglig usikkerhet

21 informanter svarte at de kontakter kompetansesentraene hvis de er faglig usikker, særlig Bredtvet kompetansesenter, men også Eikelund og voksenopplæringen i de forskjellige kommunene. Bredtvet- og Eikelund kompetansesenter er to sentra som blant annet jobber innen afasifeltet. Her kan logopedene få faglig støtte og kunnskap,

delta på kurs eller låne bøker fra biblioteket. Det var flere som svarte at de deltar på kurs eller seminarer igangsatt av arbeidsplassen, kompetansesentra eller andre fagpersoner. Den største andelen av informantene svarte at de henvender seg hos kollegaer, enten om det er mer erfarne kollegaer, gamle studiekollegaer eller fagdiskusjoner blant logopedene i kommunen. Noen søker kunnskap i litteraturen, der hvor flere nevnte pensumlitteratur som aktuell. Siden logopedfeltet dekker flere områder og er såpass stort, er det helt nødvendig at hver enkelt bruker litteraturen til å oppdatere seg på nye forskningsresultater, samt pensum fra studiet. Internett ble også brukt til å søke fagkunnskap. Mange fagartikler ligger ute på nettet, i tillegg til at det ofte er lettere tilgang på rask informasjon.

4.3 Gruppebehandling

I denne delen av oppgaven vil logopedenes meninger og tanker om gruppebehandling komme frem. Hvilke mål de setter seg for behandlingen, hvilke faktorer som gjør at de bruker gruppebehandling, og de utfordringer de opplever i forhold til gruppe. Som nevnt tidligere er antallet som driver gruppebehandling ganske lite, med kun 22 informanter.

4.3.1 Organisering av afasigrupper

Organisering av gruppebehandlingen kan foregå på flere måter. Logopeden kan planlegge hva som skal gjøres i gruppen, slik som å finne diskusjonstemaer, materiell, ulike oppgaver osv. Hun eller han kan også være den som styrer gruppen og forteller hva som skal gjøres, samt lede gruppen gjennom de ulike temaene og oppgavene. Ofte kan gruppemedlemmene også ta del i planlegging av hva som skal gjøres i gruppen, i tillegg til at de kan lede gruppen alene eller sammen med logopeden.

Tabell 16 Organisering av afasigrupper

Organisering	N	%
Logopeden styrer gruppen	10	46
Medlemmene tar del i gjennomføring	1	4
Begge deler	11	50
Totalt	22	100

Som det går frem av tabellen er det nesten halvparten av logopedene som planlegger og styrer gruppen. Halvparten svarte at gruppemedlemmene også tar del i planlegging og gjennomføring, i tillegg til styring fra logopedens side. Dette kan bety at logopedene leder gruppen, men at det også blir byttet på rollene innad i gruppen. Det kan også gå på rundgang hvem som skal planlegge og bestemme innholdet, noe som kan bidra til å trykke gruppemedlemmene i å ta ansvar. Jeg antar at dette er avhengig av omfanget på skaden og hvordan den enkelte klarer å ta styring i gruppen.

Ofte kan afasiklientene ha nytte av å danne erfaringer utenfor logopedkontoret, slik at det kan bli lettere å gjenoppta sosiale aktiviteter på egenhånd. I starten kan det kanskje være greit å ha et fast møtested, men etterhvert kan gruppen møtes på andre steder slik at den afasirammede får erfare både utfordringer og gleder fra dagliglivet. Det kan også være lettere å møte utfordringer sammen med andre, enn hvis hver enkelt skal prøve dette alene. De aller fleste logopedene i undersøkelsen svarte at gruppebehandlingen foregår på logopedkontoret, kun 4 brukte kafè, restaurant, teater eller den lokale afasiforeningen i tillegg til logopedkontoret. Noe av grunnen til dette kan være at flere synes det er lettere å bruke eget kontor fordi det kan være lettere å samle klientene. Det kan også være greit å ha et fast møtested hvis klientene ofte er forsinket til timen eller behøver tilrettelagt lokale.

Informantene samarbeider mye eller noe med pårørende til den afasirammede. I tillegg til informasjon og opplæring av pårørende, kan de også ta del i

gruppebehandlingen. Det kan være lettere for pårørende å lære samtaleteknikker når de får brukt det i gruppesituasjon eller i individuelle timer, enn hvis de kun får fortalt hva de skal gjøre. De kan dermed erfare ulike metoder som blir benyttet, samtidig som det kan fremme en naturlig kommunikasjon mellom pårørende og afasirammede.

Tabell 17 Hvor stor grad pårørende tar del i afasigruppen

Pårørende i gruppen	N	%
I stor grad	1	5
I liten grad	6	27
I svært liten grad	15	68
Totalt	22	100

Som tabellen viser er det svært få som inviterer pårørende til den afasirammede i gruppen. Dette resultatet tyder på at gruppebehandlingen stort sett foregår med logopedene og afasiklientene tilstede, med logopedkontoret som fast møtested. En logoped pekte på en opplevelse av manglende evne og forståelse fra de nærmeste når det gjaldt gruppebehandling. En annen mente det hadde vært interessant å ha en periode med familie og venner i gruppen, men at det har vist seg å være vanskelig å gjennomføre fordi folk er i jobb når behandlingen pågår, i tillegg til at ikke alle er interesserte i å delta. Som en løsning på dette kan noe av behandlingen også foregå på ettermiddag eller kveldstid, hvis logopedene er interesserte i å få til en gruppe med klienter og pårørende.

4.3.2 Faktorer for at logopedene velger gruppebehandling

22 logopeder har begrunnet hva som gjør at de velger å bruke gruppebehandling for afasirammede. Jeg har gruppert svarene i fire kategorier som tar utgangspunkt i hva informantene har svart. Mange har gitt svar som rommer flere av kategoriene, mens

andre har gitt svar som kun dekker en kategori. De fire faktorene jeg har valgt å trekke frem er det sosiale aspektet, kommunikasjon, supplement til enetimer, og praktiske forhold.

De fleste logopedene i undersøkelsen legger vekt på det sosiale ved gruppebehandling, og at det er god trening for afatikere å være sammen med andre afatikere. Man møter andre i lignende situasjon og kan dermed lære av hverandre og dra nytte av andres erfaringer.

“Opplive andre i samme situasjon og diskutere felles problemstillinger relatert til det å ha en språkvanske”.

Som det kommer frem av dette utsagnet, er logopedene opptatt av at klientene skal erfare at det finnes andre som er i samme situasjon. De skal ikke føle seg alene om vanskene, og de skal få mulighet til å takle konsekvensene av afasi sammen med andre. Gruppen kan være en arena der ulike problemstillinger, utfordringer og egne problemer knyttet til afasi kan bli tatt opp. Dette er i tråd med *psykososiale grupper* der den afasirammede kan danne relasjoner og lære å mestre psykologiske aspekter ved afasi (Kearns og Elman, 2001).

“Trygghet og sosiale ferdigheter”

“Overføring til hverdagen”

Det å fremme trygghet blant gruppemedlemmene og trening av sosiale ferdigheter ble også vektlagt. Det er viktig at den afasirammede føler seg trygg på seg selv i ulike situasjoner slik at hun eller han ikke trekker seg tilbake og unngår aktiviteter som de deltok på før skaden inntraff. Det kan også hjelpe den enkelte til å erfare og trene på sosiale utfordringer i samfunnet. På denne måten kan afasigruppen ha en overføringsverdi til hverdagen, da den afasirammede får en positiv opplevelse av å kunne lykkes i sosiale situasjoner.

“Hindre isolering”

Afasigruppen kan hindre isolasjon, i den forstand at den virker forebyggende når det gjelder passivitet og tilbaketrekning fra sosiale situasjoner. Afasirammede kan ofte føle seg mer alene og bli usikker på seg selv etter skaden, som fører til at flere unngår situasjoner og blir mer passive. Noen har påpekt at gruppen kan virke positiv i forhold til å få afatikere ut av isolasjonen, altså som et tiltak etter at den afasirammede har isolert seg. Det er mest hensiktsmessig å danne gruppe før det har gått så langt, da isolasjonen kan ha påvirket eget selvbilde og identitet.

Noen pekte på at hele mennesket må stå i fokus i behandlingen, og ikke kun det språklige.

“Det er nødvendig med begge vinklinger for å ta vare på hele mennesket, både det rent språklig/lingvistiske og det sosiale/psykologiske aspektet”.

“Alle elementene er viktige for en god rehabilitering”.

Afasi er en språkvanske som rammer menneskets evne til å kommunisere i ulik grad (Chapey og Hallowell, 2001). Kommunikasjon i afasigrupper er derfor viktig for å bedre den kommunikative kompetansen til den afasirammede, og for å fremme trygghet på seg selv som kommunikasjonspartner (Elman, 2007). Denne forståelsesrammen går igjen hos mange logopeder i undersøkelsen. Både kommunikasjon i gruppe og ulike kommunikasjonshjelpemidler blant medlemmene er viktig for å lære av hverandre. Flere logopeder påpeker også at den afasirammede må få mulighet til å kommunisere på sin måte, der ikke selve språket står i fokus. Gruppetilbudet kan derfor også være for nyskadde som har lite språk eller kommuniserer ved hjelp av gester og mimikk.

“Viktig å få trene kommunikasjon i gruppe: ta initiativ, stille oppklarende spørsmål og lignende. Lære av hverandre og bruke alternativ og supplerende kommunikasjon i form av gestbruk, papir og blyant, enkle kommunikasjonshjelpemidler”.

“Det er en måte å undervise på hvor den med afasi har mulighet til å kommunisere med andre på sin måte. Om de har lite språk eller kommuniserer ved hjelp av mye mimikk og peking er dette en form som virker givende for den enkelte”.

Det kan være lettere å fremme naturlig samtalsituasjoner når flere er samlet og man kan snakke om temaer som opptar klientene. Det å lytte, vente på tur, ta hensyn og vise oppmerksomhet, er ofte noe afasirammede må trene på.

“trene på lytting og kunne si noe i en liten gruppe”

“trene på naturlige samtalsituasjoner”

Det kommer frem mange positive erfaringer fra logopedens side, samtidig som gruppemedlemmene har gitt gode tilbakemeldinger til logopeden. Mange kan være skeptiske til en slik behandlingsform, og mener at enetimer først og fremst bør være den viktigste metoden. I denne sammenheng bør man høre på hva klientene mener i forhold til hvordan de opplever behandlingen, og hva de får mest utbytte av.

“Jeg trives med det og ser at gruppedeltakerne også gjør det. Har med livskvalitet å gjøre”

“Pasienter sier ofte at gruppebehandling er det de får aller mest utbytte av. De påpeker at de får trent på naturlig samtale, brukt det de har lært i enetimene, og knyttet kontakter med andre afasirammede. Kontakt med likemenn oppleves som verdifullt når en skal lære seg å leve med afasi”

“Spennende og morsomt å jobbe med grupper- ingen vil slutte!!! Dette bør være et livslangt tilbud til mennesker med afasi som bør være et kommunalt ansvar”

Det kan være vanskelig å måle livskvalitet til hver enkelt, men ut ifra slike tilbakemeldinger kan en si at afasigrupper vil være en viktig faktor som påvirker bedringsforløpet. Det er derfor bedre å gi det en sjanse og observere hvordan den afasirammede har det i gruppe, fremfor å velge bort denne metoden. Ofte er det tilbakemeldinger og erfaringer som andre logopeder har gjort som man må ta utgangspunkt i, istedenfor effektstudier. Pårørende og andre nærpå personer kan også gi tilbakemeldinger på hvordan de opplever den afasirammede underveis eller etter gruppebehandling. Det er flere som har sagt at tilbudet bør være livet ut, slik at de kan oppleve mestring i kommunikasjonen og forbedring i sosial fungering. Da kan de i tillegg opprettholde kontakten med deltakerne slik at de får en følelse av tilhørighet og samhold.

Alle logopedene bruker gruppebehandling i tillegg til enetimer og har kommentarer om hvorfor de bruker grupper.

“Enkelte pasienter har god nytte av dette som et supplement til individuell behandling”

“I gruppe kan pasientene prøve ut det de har trent på i enetimer i en virkelighetsnær setting”

Det er derfor sannsynlig at såkalte *tale- og språktreningsgrupper* blir vektlagt i mindre grad, siden det fokuseres mer på trening av språket i enetimer (Kearns og Elman, 2001). Som kommer frem i det første sitatet om gruppebehandling og individuell behandling, sier informanten at “enkelte pasienter” har nytte av gruppebehandling. Jeg tolker dette som at logopeden mener at ikke alle har nytte av en slik behandlingsform. Afasigrupper blir også brukt parallellt med enetimer eller etter endte individuelle timer. Det betyr at noen afasirammede får dette som et tilbud etter han har vært i individuell behandling en stund, slik at klientene kan møte nye utfordringer og prøve ut det han har lært i enetimer.

“I mange tilfeller kan det være en ny og videre utfordring samtidig og/eller etter individuelle timer”

“Grupper er en fin måte å avvikle gradvis enetimer og gi den afasirammede tilbud over lengre tid enn enetimer kan”

Afasigrupper kan også bli dannet fordi det er praktisk eller økonomisk hensiktsmessig. Det kan være for å rekke over flere klienter samtidig, afasiklientene kan få et hyppigere tilbud enn ved kun bruk av enetimer, og det kan være besparende da gruppen foregår med mange samtidig og man derfor bruker mindre tid på hver enkelt. Det er viktig at behandlingen tar sikte på individuelle behov fordi afasi arter seg forskjellig fra person til person. Økonomi bør derfor ikke være årsaken til at man danner grupper, men at den enkelte kan dra nytte av det.

“For å rekke over flere pasienter”

“Gir meg muligheten til å gi flere et bredere og hyppigere tilbud”

“Fra ledelsens side: besparelse og ressursutnyttelse”

“Gruppebehandling må ikke bli en måte å spare penger på!”

4.3.3 Utfordringer i forhold til gruppe

Nevnt tidligere var det flere informanter som valgte å ikke bruke gruppebehandling på grunn av utfordringer i forhold til sammensetning av gruppe. I denne sammenheng kommer det frem hvilke utfordringer logopedene har når de skal sette sammen gruppe, og hvilke utfordringer som oppstår når de gjennomfører gruppen. Afatikere er forskjellige når det gjelder interesser, alder, kjønn og hvilke vansker de har. 18 logopeder har påpekt at det er utfordrende å sette sammen grupper riktig. Det gjelder ikke bare språklige ferdigheter, men at man finner klienter som fungerer godt sammen. Tre av logopedene beskrev utfordringen på følgende måte.

“Hensynet til grad av språkvanske og ulike tilleggsvansker. At personene som skal være sammen opplever det stimulerende å delta og at personene trives sammen”

“Utfordringen er å finne personer som passer greit sammen som type. De bør ha en viss felles forståelse og felles holdepunkt”

“Alle har forskjellig skadetype og ulik grad av skade. Motivasjonen er forskjellig og de er ikke kommet like langt i bearbeidelsen av sin situasjon”

Det kan diskuteres hva som ligger i begrepet felles holdepunkt. Slik jeg tolker det menes det felles interesser, bakgrunn, alder osv. Det kan også dreie seg om at klientene finner felles holdepunkter når de kommer sammen i gruppe, og erfarer at det er flere som har lignende vansker.

Andre fremhevet alder som en viktig faktor, særlig når flere prøver å sette sammen grupper for yngre afatikere. Det kan være utfordrende å sette sammen grupper når de fleste er eldre afasiklienter, og kun en eller to er i ung alder. Dette kan ha en innvirkning på motivasjonen til gruppemedlemmene og hvor godt de trives sammen.

“Vanskelig for yngre afatikere fordi det ikke er så mange”

Logopedene svarte også at få klienter, utskrivning av pasienter og uforutsigbare tidsrammer kan prege gruppen. I noen tilfeller kan gruppen bli sårbar når klienter slutter, eller gruppen blir lite stabil når det er stor utskiftning. Samordning blant klientene er også en utfordring. Jeg antar at dette gjelder hovedsakelig på sykehus, da mange har full plan på dagtid. Det kan derfor være vanskelig å finne et passende tidspunkt som passer for alle.

“For få deltakere, ustabile og delvis uforutsigbare rehabiliteringstidsrammer. Noen er der bare i få uker, klienter skrives ut og dermed blir gruppen lite stabil”

“Samordning: alle skal kunne være der til samme tid”

“Mange av pasientene har forskjellige program, med tanke på dagsform, kapasitet, kontroller de skal på, treningstimer med andre terapeuter”

Gjennomføring av afasigrupper kan for mange være krevende når det gjelder ulik funksjonsnivå blant medlemmene, hvor mye logopedene skal styre gruppen, samt fange interessen til alle som deltar. Endel av svarene overlapper det logopedene har svart i forhold til sammensetning av gruppe. Jeg velger derfor å trekke frem nye utsagn og faktorer som kan beskrive de utfordringene som logopedene har når de skal gjennomføre gruppebehandlingen.

Noen av logopedene har sagt at det er krevende å lede grupper. Slik jeg har forstått svarene er det flere som ønsker å lede gruppen, men ikke virke for overstyrende og ta fullt ansvar hele tiden. Det handler om at også medlemmene skal få være med på avgjørelser og være delaktige i hva som skal gjøres.

“Utfordringen er å kunne styre gruppa som fagperson uten å være overstyrende”

“Det er meningen at gruppa skal være med og avgjøre hva som skal tas opp”

Andre har svart at det er utfordrende å finne aktuelt stoff som virker meningsfylte, og som skaper motivasjon og behov for ytringer. Det kan være krevende å engasjere alle til enhver tid, samtidig som hver enkelt skal få mulighet til delaktighet.

“Utfordringene kan være å finne aktuelt stoff som fenger alle til enhver tid. Forsøker å variere i bolker, slik at alle føler at de er med i opplegget”

“Utfordring å finne oppgaver som treffer deltakerne og oppgaver som er gode nok”

Videre beskriver logopedene utfordringer i forhold til å få alle klientene med i samtalen. Det kan dreie seg om redsel for å si noe med mange tilstede, eller at noen i gruppen overstyrer de andre. Det kan også være vanskelig å ivareta individuelle behov, spesielt hvis klientene er veldig forskjellige.

“Få alle deltakere like mye på banen. Stimulere til økt deltakelse”

“Jeg blir veldig sliten fordi jeg må prøve å møte alles behov samtidig. Jeg må prøve å få til at alle får ordet, at alle får nok tid og rom til å komme gjennom, at alle får sine tilrettelegginger, uten at det går ut over dynamikken i gruppen”

Gruppen kan fort bli ganske sammensveiset, der medlemmene har blitt vant med å omgås mennesker med samme sykdomserfaringer og interesser som seg selv. Men dette kan og føre til at gruppen stagnerer litt og hvor fokuset på trening ikke lenger er der.

“Det er en utfordring å holde fokus på trening, at det ikke blir ”kaffeslaberas” når gruppemedlemmene blir godt kjent med hverandre. Det ER en positiv effekt at de skravler og koser seg, men det kan av og til være vanskelig å ”hente dem inn” igjen”

En logoped har møtt på praktiske utfordringer og ønsker derfor en assistant som er med på å organisere timen. Informanten beskriver ikke hvilke praktiske utfordringer dette dreier seg om, men det kan være å motivere alle til å delta i gruppen eller veilede deltakerne med ulike oppgaver osv. Han eller hun beskriver at to frivillige med lett afasi hjelper til med disse oppgavene. Tidligere gruppemedlemmer eller

klienter kan få en forsterket selvfølelse ved at de bidrar til noe positivt overfor andre mennesker (Worrall m.fl., 2007). Frivillighetsarbeidet som denne logopeden beskriver kan derfor bli en forlengelse av deres egen bedring.

“Skulle gjerne hatt en assistent til å hjelpe med det praktiske. Har for tiden to frivillige med lett grad av afasi som assistenter”

4.3.4 Mål for gruppebehandlingen

Logopedene som driver gruppebehandling har beskrevet hvilke mål de har for afasigruppen. Mange av logopedene har pekt på flere mål, noe som kan komme av at de mente alle målene var like viktige. Andre har også gitt eksempler på forskjellige type grupper og mål, og i tillegg svart ganske generelt. Jeg har valgt å utelukke det logopedene har svart som ikke gjelder målbeskrivelse for deres egen gruppe. Faktorer for at logopedene bruker gruppebehandling og mål for afasigruppen er også ganske likt, og svarene vil derfor bære preg av dette.

17 logopeder vektlegger kommunikasjon som det overordnede målet. Det gjelder ikke kun kommunikasjon i gruppe, men den overføringsverdien det har til samfunnet rundt. Målet er å bruke språket i sosiale sammenhenger og få klientene til å delta aktivt i samtaler. Naturlig samtalsituasjoner er derfor nødvendig, og at den enkelte føler mestring i kommunikasjonen.

“Skape kommunikative situasjoner som er mest mulig lik verden utenfor kontoret. Hvordan takle de utfordringene du møter?”

“Øke språklige og kommunikative ferdigheter. Fremme motivasjon, aksept og mestring”

Det sosiale samholdet, skape gode relasjoner og tilhørighet i gruppen er mål som kommer tydelig frem hos logopedene. Hindring av sosial isolasjon kommer igjen her også, men her har samtlige fokusert på afasigruppe som forebyggende.

“Bli kjent med andre i samme situasjon og oppleve at de ikke er alene om å ha kommunikasjonsvansker”

“Gradvis tilbakeføring til å fungere sosialt i samfunnet er ett av de viktigste målene. Hindre tilbaketrekking og tendenser til isolasjon er viktig, likeledes la dem få oppleve at det er mye de fremdeles kan”

Kunnskap om afasi og innsikt i egen sykdom er noe som kommer frem ved flere utsagn. Det handler om å dele erfaringer og lære å leve med afasi.

“Gi innsikt og kunnskap i egen sykdom; lære å leve med og ikke motarbeide sykdommen.

Gruppesamtale med erfaringsutveksling om å leve med afasi”

4.3.5 Måloppnåelse

En tredjedel av logopedene sier at de når målene som de setter seg for gruppebehandlingen, mens de resterende sier at de delvis gjør det. At målende delvis nås kan henge sammen at logopedene ikke ser effekten av gruppebehandlingen så raskt som man ønsker. Utvikling og bedring av kommunikasjonsevnene kan kanskje komme etter at gruppen har opphørt, og det kan være vanskelig å se om klienten hadde utviklet seg med kun individuell behandling.

14 logopeder har beskrevet hvilke faktorer som gjør at de delvis oppnår målene. Noen har sagt at det kan være vanskelig å måle fremgangen, og at ikke alle sider av afasigrupper lar seg måle konkret. Her har logopedene nevnt delmål som nødvendig, som for eksempel at den afasirammede tør å prate mer, får større kontaktnettverk gjennom gruppemedlemmene, eller at de kan prøve og feile mer. Ved å sette opp enkelte delmål før gruppen starter, kan det være lettere å vurdere disse underveis.

Flere har svart at skadens omfang og ulike kommunikasjonsevner blant deltakerene gjør det vanskelig å oppnå målene. Individuelle forutsetninger krever mer av

logopedene, og det blir dermed vanskeligere å inkludere alle like godt i gruppen slik at man når målene for hver enkelt.

“Svingende evne til å være kommunikativ og sosial”

Tid blir nevnt som en viktig faktor av flere. Logopedene sier at klientene får kortere opphold på sykehus enn før og at gruppen må bli avviklet tidligere enn ønsket. Dette gjør at medlemmene ikke blir like godt kjent med hverandre og at man ikke får gjennomført det som var planlagt i utgangspunktet.

“Slik jeg erfarer det, fungerer grupper best når vi kan ha den gående over tid og med tre eller flere medlemmer”

“Våre pasienter har komplekse vansker som krever lang og intens trening. Men de får stadig kortere opphold, noe som gjør det vanskeligere både å sette realistiske mål og å oppnå dem”

“Ved et sykehus har man begrenset med tid for å gjennomføre behandling. Ikke alltid pasienten har fått nok tid til å oppnå målene sine før utskrivelse”

Det hender også at deltakerne blir syke eller skal reise hjem fra rehabiliteringsopphold, som gjør at logopedene må avvikle gruppene. Dårlig sammensetning av gruppe kan også hindre måloppnåelse. Her har en logoped skrevet at det er lurt å ha en eller to timer individuelt slik at man blir kjent med vedkommende, før man finner klienter som kan passe sammen.

5. KAPITTEL 5

AVSLUTNING

Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge hvor mange som arbeider med afasirammede, og hvilke behandlingsmetoder disse bruker. Videre ville jeg undersøke i hvilken grad logopedene benytter gruppebehandling, og hvilke faktorer som gjør at de bruker denne behandlingsmetoden. Resultatene ble belyst i forrige kapittel. I dette kapitlet vil jeg prøve å samle trådene fra resultatdelen, for å gi en oppsummering av hva jeg har kommet frem til i spørreundersøkelsen. Jeg vil også komme med egne betraktninger og refleksjoner i forhold til undersøkelsen.

5.1 Arbeider med afasirammede

Undersøkelsen ble sendt ut til 595 informanter, ved hjelp av regionslagslederne i Norsk Logopedlag som videresendte spørreskjemaet. 174 informanter svarte på undersøkelsen, derav 73 som arbeidet med afasi. Forholdstallet er nok ikke et riktig bilde av logopedene som populasjon, da jeg antar at langt færre av logopedene generelt arbeider med afasi. Dette kan ha en sammenheng med temaet for oppgaven, og at de som arbeider med afasi, samt de som driver gruppebehandling, hadde større motivasjon for å svare på undersøkelsen.

Det var vanskelig å trekke konklusjoner fra undersøkelsen siden utvalget var så lite, og det kan i tillegg ikke generaliseres til populasjonen (Creswell, 2008). Forskjellene mellom de som arbeider med afasirammede og de som ikke gjør det er små. Det er flest kvinner som har deltatt i undersøkelsen og de fleste som arbeider med afasirammede er enten på sykehus, voksenopplæring eller i privat praksis. Av 22 % som driver privat praksis, arbeider nesten to tredjedeler med afasirammede. Det kan kanskje være større sjanse å komme i kontakt med feltet hvis man har logopedisk erfaring, og det kan være lettere å danne klientgruppe hvis man vil starte privat praksis. Det var færre informanter som arbeidet med afasi som hadde master eller

hovedfag, i forhold til gruppen som ikke arbeidet med afasi. Årsaken til dette kan være at det ikke var et krav om master eller hovedfag på sykehus eller voksenopplæring, som det for eksempel er på kompetansesenter. Over halvparten av informantene tok sin utdanning mellom 1991 og 2002. Utdanningstidspunktet kan ha en sammenheng med hvor mye gruppebehandling ble vektlagt, og dette kan ha en innvirkning hvorvidt informantene velger gruppebehandling eller ikke. Resultatene tyder på at mange informanter arbeider enten deltid eller fulltid med afasirammede. Dette kan ha en sammenheng med forekomsten av slagpasienter, og at de som arbeider på sykehus eller voksenopplæring har mange afasiklienter i året. Av de som har en liten stillingsprosent, er det naturlig at de arbeider innenfor flere logopediske felt med bakgrunn i at de har få afasiklienter i året.

5.2 Kunnskap om afasi

De fleste informantene mente at utdanningen har kvalifisert eller delvis kvalifisert dem til å arbeide med afasirammede. Det var noen fler av de som ikke arbeider med afasi som mente at utdanningen har delvis kvalifisert dem til å arbeide med afasifeltet. Dette kan komme av at disse ikke har fått satt fagkunnskapen ut i arbeidslivet og det derfor er vanskelig å sammenligne hvor god utdanningen var, eller det kan føre til at de velger å ikke arbeide med afasi siden de er usikre på feltet. Riktignok mente de fleste at utdanningen var god nok, og jeg antar dermed at utdanningsstedene har klart å vektlegge afasi på lik linje med de andre logopedfeltene. Når det gjelder gruppebehandling, var det kun 15 % som mente at utdanningen hadde gitt dem nok kunnskap. Mine antakelser er at utdanningen har fokusert lite på gruppebehandling, og at det er tilfeldig om studentene har fått kjennskap til denne metoden gjennom praksis. Det var kun noen få av de som var utdannet før 1990 som mente de hadde fått nok kunnskap om gruppebehandling. Dette kan tyde på at utdanningsstedene har fokusert mer på afasigrupper den senere tid, i tillegg til at det har blitt tatt mer interesse for afasigrupper generelt, men ikke like mye som logopedene ønsker (Kearns og Elman, 2001). Praksis på området er det som blir savnet mest i

utdanningen. Mange av logopedene som arbeider med afasi svarte at de søker kunnskap hos kollegaer, mens det bare var 21 som sa at de kontakter kompetansesentraene hvis de er faglig usikker. Dette kan kanskje tyde på at terskelen er større for å henvende seg til kompetansesentraene, enn det er å kontakte kollegaer eller søke i litteraturen.

5.3 Behandlingsmetoder

Kun 30 % av de som arbeider med afasirammede bruker gruppebehandling kombinert med enetimer. Grunnen til dette er få klienter i året, logopedene mener det er lite aktuelt med grupper når den afasirammede er i akuttfasen, eller at de har lite samarbeid med kollegaer. Endel nevner også utfordringer i forhold til sammensetning av gruppe, slik som å danne homogene grupper, egnet lokale, og store geografiske avstander blant deltakerne. Det er altså svært få som driver gruppebehandling, og etter disse resultatene kan det tyde på at grupper ikke er en etablert behandlingsmetode. Det kan også virke som endel fortsatt stiller spørsmålstegn ved om dette er en like egnet behandlingsmetode, da flere av informantene nevner utfordringer i forhold til gruppe som etter min mening kan løses. Eksempelvis er det endel som nevner at de har få klienter, men her kan logopedene samarbeide med logopeder i andre kommuner for å danne gruppe. Flere sier også at afasiklientene ikke får innvilget nok tid og at de derfor må prioritere enetimer. I noen tilfeller kan det hende at den afasirammede trenger språktrening i enetimer, mens andre ganger kan det dreie seg om kommunikasjon sammen med andre likesinnede. Det handler altså om individuelle behov hos den enkelte når man skal velge behandlingsmetode (Hallowell og Chapey, 2001). På bakgrunn av dette velger jeg å tro at enetimer først og fremst blir benyttet, og at dette er uavhengig av hvilke behov den afasirammede har. Det er viktig at ikke gruppebehandling blir nedprioritert fordi det ser vanskelig ut i starten. Det er samtidig viktig at logopedene gir den afasirammede mulighet til å delta i ulike kommunikasjonsammenhenger, og tror på at han eller hun kan bli en kompetent kommunikasjonspartner (Simmons-Mackie og Damico, 2007).

5.4 Afasigruppe som behandlingsmetode

Det er lite som skiller de som driver gruppebehandling og de som ikke gjør det, men resultatene viste at de fleste arbeider enten i voksenopplæring og i privat praksis, mens noen få arbeidet på sykehus eller kompetansenter. Jeg antar at arbeidssted kan være grunnen til at flere velger gruppebehandling, med bakgrunn i at gruppebehandling er en etablert behandlingsmetode der den enkelte arbeider. De aller fleste var også sent utdannet, og man kan derfor stille spørsmålsteget ved om utdanningen og nyere litteratur har en sammenheng med valg av behandlingsmetode. Det viser seg at gruppene stort sett foregår på logopedkontoret, da det kun var noen få som brukte nærmiljøet i tillegg til fast møtested på kontoret. Det er viktig at den afasirammede får brukt det han har lært i afasigruppen og får prøvd ut dette i naturlige situasjoner i samfunnet, samtidig som de kan erfare at de greier seg sammen med andre "ikke-afatikere" (Berntsen, 1997). Det kan virke som det er mest praktisk å ha et fast møtested, med tanke på materiell som skal medbringes og i forhold til forsinkelser blant deltakerne. Jeg tenker også at logopedene føler det er trygt med et fast møtested, siden de kanskje mener det blir mer å organisere hvis afasigruppen skal ut i nærmiljøet.

De fleste svarte at pårørende tar i svært liten grad del i gruppebehandlingen. Noen peker på organisasjonsproblemer i forhold til at pårørende er i jobb, i tillegg til at det blir vist liten interesse i å delta. Det kan også tenkes at logopedene ikke har vurdert å invitere pårørende siden gruppebehandling ikke er en så etablert metode som en skulle ønske. Med dette mener jeg at de fleste fokuserer på afasiklientene i første omgang, og at kanskje pårørende blir invitert når gruppen har pågått en periode.

Det sosiale aspektet og kommunikasjon i naturlige samtalsituasjoner er mye av grunnen til at logopedene velger afasigrupper i behandlingen. Det logopedene vektlegger finner man også igjen i litteraturen, nemlig at afasigrupper skal fremme trygghet hos den afasirammede som kommunikasjonspartner, og fremme naturlige kommunikasjonssituasjoner blant likesinnede slik at ferdighetene lettere kan overføres til hverdagen (Elman, 2007).

Sammensetning av grupper i henhold til vanske og alder blir sett på som en utfordring. Når det gjelder utfordringer i forhold til gjennomføring, svarer logopedene at de har problemer med å finne passende oppgaver, ikke lede gruppen slik at de blir overstyrende, og få alle afasiklientene til å delta i samtalen. Dette dreier seg mye om den rollen logopedene skal ha, og om de er nødt til å styre gruppen for å få alle til å delta. Andre fremgangsmåter og ulike arbeidsoppgaver slik som spill, musikk og planlegging av aktiviteter kan derfor brukes, slik at medlemmene blir engasjert og samtidig kan ta del i gjennomføringen (Berstein-Ellis og Elman, 2007). Flere av informantene har svart at de ser klientene dra nytte av afasigrupper, men det påpekes at det bør bli et bedre samarbeid mellom logopedene i kommunene slik at det skal bli lettere å danne grupper.

5.5 Betraktninger på undersøkelsen

Som nevnt innledningsvis hadde jeg en antakelse om at det er flere som ikke bruker gruppebehandling på grunn av manglende kunnskap og ulike utfordringer i forhold til gruppe. Når jeg ser tilbake på undersøkelsen og de svarene som logopedene har gitt, innser jeg at langt flere kunne tatt i bruk gruppebehandling som metode, men at de kanskje har lite motivasjon for å starte grupper. Flere burde engasjere seg på området og danne grupper på tvers av kommunene, samtidig som grupper bør bli et fast tilbud for alle afasirammede, også med pårørende tilstede. Det skal ikke være slik at det er ren tilfeldighet hvilket behandlingstilbud den enkelte får, ut ifra hvor i landet klienten bor eller hvilken logoped han eller hun får tildelt. Jeg vil også påpeke at denne undersøkelsen ikke kan generaliseres til populasjonen, men hvis det er slik at kun en tredjel driver gruppebehandling som i denne undersøkelsen, er det svært få afasirammede som får ta del i et slikt tilbud.

Et mål for undersøkelsen var å undersøke i bredden fremfor i dybden, for å kartlegge logopeders arbeid med afasirammede og hvilke behandlingsmetoder som blir brukt. Jeg ser nå i ettertid at det kunne vært interessant å ha større fokus på de informantene

som driver gruppebehandling for å få nyanserte svar på hva som gjør gruppebehandling til en egnet behandlingsmetode, hva som kan gjøres bedre, og hva vi kan gjøre for at enda flere logopeder bruker denne behandlingsmetoden. Første del av spørreskjemaet dreide seg om bakgrunnsinformasjon av logopedene, for å se om det er noen forskjeller mellom de som arbeider med afasi og de som ikke gjør det. Det var viktig å få frem hva som skiller de to gruppene, men samtidig gjorde dette at resultatdelen fokuserte på bakgrunnsinformasjon, og ikke fullt så mye om gruppebehandling slik jeg hadde ønsket. Selv om endel kunne vært annerledes, mener jeg allikevel at undersøkelsen har satt fokus på et viktig tema i afasibehandlingen. Jeg håper at oppgaven kan motivere flere logopeder til å bruke afasigrupper, og at både fagpersoner, pårørende og afasiklienter kan få informasjon og kunnskap om denne behandlingsmetoden.

Kildeliste

Beeson, P. M. & Holland, A. L. (2007). Aphasia groups in a university setting. I R. J. Elman (Eds.), *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach* (2nd ed). United Kingdom: Plural Publishing.

Befring, E. (2007). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Samlaget.

Bernstein-Ellis, E. & Elman, R. J. (2007). Aphasia group communication treatment: The aphasia center og california approach. I R. J. Elman (Eds.), *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach* (2nd ed.). United Kingdom, Plural Publishing.

Berntsen, M. (1997). Språktreningsgrupper for afasirammede: Paper ved IV nordiske kongress for logopedi og foniatri. Oslo.

Chapey, R. (2001). Cognitive stimulation: stimulation of recognition/comprehension, memory, and convergent, divergent, and evaluative thinking. I R. Chapey (Eds.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Chapey, R. & Hallowell, B. (2001). Introduction to language intervention strategies in adult aphasia. I R. Chapey (Eds.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorder* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Creswell, J. W. (2008). *Educational research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (3rd ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson.

Davidson, B., Worrall, L. & Hickson, L. (2007). Exploring the interactional dimension of social communication: A collective case study of older people with aphasia. *Aphasiology*, s. 1-23.

- De Vaus, D. A. (2002). *Surveys in Social Research. An Introduction* (5th ed.). London: Routledge.
- Dillman, D. A. (2007). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Eknes, J. (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Elman, R. J. (2007). The importance of aphasia group treatment for rebuilding community an health. *Aphasiology*, vol. 27 (4), s. 300-308.
- Gall, M.D., Borg, W.R., Gall, J.P. (2003). *Educational Research. An Introduction* (7th ed.). New York: Longman Publishers.
- Hallowell, B og Chapey R. (2001). Delivering language intervention services to adults with neurogenic communication. I R. Chapey (Eds.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Holand, A. (2006). Survey- forskning. I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen akademisk forlag,
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, vol. 12 (9), s. 816-830.
- Kearns, K. P. & Elman R. J. (2001). Group therapy for aphasia: Theoretical and practical considerations. I R. Chapey (Eds.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kleven, T. A. (2002). Begrepsoperasjonalisering. I T. Lund, *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag.

LaPoint, L. L. (2005). Foundations: adaption, accomodation, aristos. I L. L. LaPoint, *Aphasia and related neurohenic language disorders* (3rd ed). New York: Stuttgart.

Lubinski, R. (2001). Environmental systems approuch to adult aphasia. I R. Chapey (Eds.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Lund, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag.

Lyon, J. G. & Shadden, B. B. (2001). Treating life consequences of aphasia`s chronicity. I R. Chapey (Eds.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Marshall, R. C. (2007). A problem-focused group treatment program for clients with mild aphasia. I R. J. Elman (Eds.), *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician`s approach* (2nd ed.). United Kingdom: Plural Publishing.

Maxwell, J. A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. I: *Harvard Educational Review* 32 (3) s. 279-300, I: *Blandingskompendum 8111, sped 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk*. Oslo: Det utdanningsvitenskapelige fakultet, ISP.

Murray, L. L. & Chapey R. (2001). Assessment of language disorders in adults. I R. Chapey (Eds.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Mæhle, M. & Martinsen, H. (2007). Narrativ forståelse av seg selv, andre og sosiale hendeler. I H. Martinsen og S. von. Tetzchner (Red.), *Perspektiver på språk, kognisjon, sosial kompetanse og tilpasning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pachalska, M. (1991). Clinical forum: Group therapy for aphasia patients. *Aphasiology*, vol. 5, (6), s. 541-554.

NESH publikasjon (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora*. Hentet 13.10 2008, fra <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/NESHretningslinjer/06>

Neuman, W. L. (2000). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, vol. 21 (1), s. 98-123.

Personvernombudet for forskning (2009). *Informasjon til utvalget*. Hentet 15.02.2009, fra http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/informasjon.html

Qvenild, E. (2000). Samtale-støtte for afasirammede (SSA). *Afasiposten*, (2).

Ringdal, B. (2003). *Pårørende i fokus: grupper for afasirammedes pårørende*. Oslo: Novus forlag.

Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Rommetveit, R. (1972). *Språk, tanke og kommunikasjon : ei innføring i språkpsykologi og psykolingvistikk*. Oslo, Universitetsforlaget.

Scholz, G. (2009). *Økning i hjerneslag*. Hentet 20.04.2009, fra http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/hygiene/aktuelt/artikkel?p_do c=443449

Simmons-Mackie, N. Elman, R. J., Holland A. L. & Damico J. S. (2007). Management of discourse in group therapy for aphasia. *Top lang disorders*, vol. 27 (1), s. 5-23.

Simmons-Mackie, N. & Damico J. S. (2007). Access and social inclusion in aphasia: Interactional principles and applications. *Aphasiology*, vol. 21 (1), s. 81-97.

Sommerschild, H. (1998). Mestring som styrende begrep. I B. Gjørum, B. Grøholt & H. Sommerschild (Red.), *Mestring som mulighet: i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.

Sundet, K. & Reinvang I. (1988). *Afasi: når språket svikter*. Oslo: Aschehoug/Norsk fjernundervisning.

Vedeler, L. (2000). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag. En innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gylden Akademisk.

Vickers, C. (1998). *Communication Recovery: Group conversation activities for adults*. Texas, San Antonio: Communication Skill Builders.

Worrall, L. E., Davidson, B. J. , Howe, T. J. & Rose, T. A. (2007). Clients as teachers: Two aphasia groups at the University of Queensland. I R. J. Elman (Eds.), *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician`s approach* (2nd ed.) United Kingdom: Plural Publishing.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vedrørende en kartleggingsundersøkelse av afasibehandling i Norge

Jeg skriver masteroppgave innen afasi og gruppebehandling for afasirammede. Anne- Lise Rygvold ved Institutt for spesialpedagogikk er veileder for prosjektet, og behandlingsansvarlig institusjon er Universitetet i Oslo. Masteroppgaven skal være en kartleggingsundersøkelse der jeg sender ut spørreskjema til alle logopeder som er medlem i Norsk Logopedlag. Hovedformålet med oppgaven er å undersøke hvor mange logopeder som benytter afasigrupper i arbeid med afasirammede, samt hvilke faktorer som er lagt til grunn for å velge en slik behandling.

Jeg håper du tar deg tid til å besvare skjemaet da det er behov for nærmere kartlegging av afasibehandlingen i Norge. Det er også viktig at du besvarer skjemaet selv om du ikke driver afasibehandling eller gruppebehandling, da dette kan gi viktige tilleggsopplysninger. Svarene vil bli anonymisert og data behandles konfidensielt. Datamaterialet skal anonymiseres senest 29.05.2009. Anonymisering innebærer at det ikke lenger foreligger noen kobling mellom navn og spørreskjema, samt at indirekte personidentifiserte opplysninger slettes eller endres (grovkategoriseres). Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning. Det er frivillig å delta og det er mulig å trekke seg fra studien helt frem til oppgitt anonymiseringsdato. Det vil bli sendt ut purringer på svar fra utvalget.

Ang. spørreskjemaet:

Åpne vedlegget merket ”spørreskjema” som følger med denne mailen. Dobbeltklikk på boksen og sett X på det svaralternativet du ønsker å krysse av på. Deretter lagrer du vedlegget på PC-en din. Opprett ny melding på mailen din, legg ved filen/vedlegget og send til: tonesiira@yahoo.no

**Hvis du har problemer med å sende skjemat via mail,
vennligst ta kontakt på tlf. 958 91 874 eller mail: tonesiira@yahoo.no**

Vennligst returner spørreskjema innen mandag 16.mars

Med hilsen
Tone Olsen Siira

Masterstudent

Vedlegg: spørreundersøkelse

Vedlegg 2: Spørreskjema

Del 1. Bakgrunnsinformasjon

Besvares av alle

1. Kjønn Kvinne Mann**2. Når er du født?**

19.....

3. Hvor tok du din logopedutdanning? Oslo Bergen Annet:**4. Når ble logopedutdanningen avsluttet?** 1951-1960 1981- 1990 1961-1970 1991- 2002 1971-1980 2003-2009**5. Har du master eller hovedfag innen logopedi?** Nei Ja

6. Hvor er du ansatt?

Kryss av på det arbeidsstedet som utgjør den største stillingsprosenten.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barnehage | <input type="checkbox"/> PPT |
| <input type="checkbox"/> Grunnskole | <input type="checkbox"/> Kompetansesenter |
| <input type="checkbox"/> Videregående skole | <input type="checkbox"/> Sykehus |
| <input type="checkbox"/> Høyere utdanning | <input type="checkbox"/> Privat praksis |
| <input type="checkbox"/> Voksenopplæringen | <input type="checkbox"/> Annet: |

7. Hvilken stillingsbetegnelse har du?

- Logoped
- PP- rådgiver
- Rådgiver
- Annet:

8. Hvor stor prosent arbeider du som logoped i denne stillingen?

- 100%
- 75%
- 50%
- 25%
- Mindre enn 25%

9. Driver du privat praksis i tillegg til din faste stilling?

- Nei Ja

10. Hvilken region arbeider du i?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oslo | <input type="checkbox"/> Nordland |
| <input type="checkbox"/> Akershus | <input type="checkbox"/> Troms og Finmark |
| <input type="checkbox"/> Østfold | <input type="checkbox"/> Rogaland |
| <input type="checkbox"/> Hordaland og Sogn og Fjordane | <input type="checkbox"/> Trøndelag |
| <input type="checkbox"/> Buskerud, Telemark og Vestfold | <input type="checkbox"/> Møre og Romsdal |
| <input type="checkbox"/> Agder | |
| <input type="checkbox"/> Hedmark og Oppland | |

11. Er det flere logopedter ansatt på ditt arbeidssted?

- Nei
 Ja Hvor mange?

12. Er det flere logopedter i kommunen der du arbeider?

- Nei Ja

13. Hvor langt er det til nærmeste logoped fra der du arbeider?

.....km

14. Hvor mange innbyggere er det i kommunen du arbeider?

.....

15. Arbeider du med afasirammede?

- Nei Ja

16. Mener du at logopedutdanningen har gjort deg kvalifisert til å arbeide med afasirammede?

- Ja
- Nei
- Delvis

17. Mener du at logopedutdanningen har gitt deg nok kunnskap om gruppebehandling?

- Ja
- Nei
- Delvis

18. Hvis nei/delvis på spørsmål 16 og/eller 17; hva savnet du mest i løpet av utdannelsen?

- Mer teori
- Mer praksis
- Mer personlig veiledning

- Annet:.....

Det er ikke nødvendig å besvare resten av spørreskjemaet hvis du ikke arbeider med afasirammede. Tusen takk for hjelpen. Vennligst returner spørreskjemaet til: tonesiira@yahoo.no

Del 2. Arbeid med afasirammede

Besvares av de som svarte ja på spørsmål 15.

19. Hvor stor del av din stilling arbeider du med afasirammede?

- 100%
- 75%
- 50%
- 25%
- Mindre enn 25%

20. Hvor mange afasirammede klienter arbeider du med?

Ta utgangspunkt i antall klienter i løpet av 2008.

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-10 | <input type="checkbox"/> 31-40 |
| <input type="checkbox"/> 11-20 | <input type="checkbox"/> 41-50 |
| <input type="checkbox"/> 21-30 | <input type="checkbox"/> Flere enn 50 |

21. Hvor mange av disse er nye afasiklienter i løpet av 2008?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-10 | <input type="checkbox"/> 31-40 |
| <input type="checkbox"/> 11-20 | <input type="checkbox"/> 41-50 |
| <input type="checkbox"/> 21-30 | <input type="checkbox"/> Flere enn 50 |

Del 3. Behandlingsmetoder

22. I hvor stor grad strukturerer og leder du logopedtimer?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I liten grad
- I svært liten grad

23. I hvor stor grad vektlegger du naturlig kommunikasjon i din behandling?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I liten grad
- I svært liten grad

24. I hvor stor grad vektlegger du direkte språktrening i behandlingen?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I liten grad
- I svært liten grad

25. Hvor mye samarbeider du med pårørende til den afasirammede?

- Mye
- Noe
- Lite

26. Hvordan organiserer du arbeidet med afasirammede?

- Enetimer/individuell
- Gruppebehandling
- Begge deler

27. Om du ikke bruker gruppebehandling, hva er de to viktigste faktorene for at du ikke benytter denne behandlingsmetoden?

- Få klienter
- Lite kunnskap om gruppebehandling
- Mener at enetimer er en bedre behandlingsmetode
- Utdfordringer i forhold til sammensetning av gruppe

- Annet:.....

28. Hvilke to faktorer ville gjort det lettere for deg å bruke gruppebehandling?

- Flere klienter
- Mer kunnskap om gruppebehandling
- Samarbeid med kollegaer
- Flere studier om effekt av gruppebehandling

- Annet:.....

29. Hvor søker du kunnskap når du er faglig usikker på afasibehandlingen?

.....

Del 4. Gruppebehandling

Besvares av de som bruker gruppebehandling.

30. Hvordan blir afasigruppen i hovedsak organisert?

- Logopeden planlegger og styrer gruppen
- Gruppemedlemmene tar del i planlegging og gjennomføring
- Begge deler

31. Hvor foregår gruppebehandlingen?

- Logopedkontoret
- Hjemme hos gruppemedlemmene
- På kafè, kino, teater, turer
- I den lokale afasiforeningen

32. I hvor stor grad tar pårørende del i afasigruppen?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I liten grad
- I svært liten grad

33. Hva gjør at du velger å bruke gruppebehandling for afasirammede?

Svar kort

.....

.....

.....

.....

.....

34. Hvilke utfordringer møter du når du skal sette sammen grupper?

Svar kort.

.....
.....
.....
.....
.....

35. Hvilke utfordringer møter du som logoped i forhold til gjennomføring av gruppebehandlingen? Svar kort.

.....
.....
.....
.....
.....

36. Kan du kort beskrive hva som er det overordnede målet i gruppebehandlingen?

.....
.....
.....
.....
.....

37. Mener du at du vanligvis oppnår de målene som blir satt?

- Ja
- Nei
- Delvis

38. Hvis nei/delvis, hva er den viktigste faktoren for at du ikke oppnår målene?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

39. Har du flere kommentarer til temaet afasi og/eller gruppebehandling?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Takk for hjelpen.
Vennligst returner spørreskjemaet til: tonesiira@yahoo.no**