

"Dråpen uthuler stenen ikke ved makt,
men ved å dryppe ofte"

*Logopeden som en ressurs når afasirammede
skal tilbake i arbeid*

Silje Merethe Hansen & Jenny Svela



Masteroppgave i spesialpedagogikk ved
Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

1. juni 2012

*"Dråpen uthuler stenen ikke ved makt,
men ved å dryppe ofte"*

**Logopeden som en ressurs når afasirammede
skal tilbake i arbeid**

Silje Merethe Hansen

&

Jenny Svela

© Silje Merethe Hansen & Jenny Svela

2012

"Dråpen uthuler stenen ikke ved makt, men ved å dryppe ofte"

Logopeden som en ressurs når afasirammede skal tilbake i arbeid

Silje Merethe Hansen & Jenny Svela

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Bakgrunn og formål

I Norge og internasjonalt er det manglende forskning på afasirammede som skal tilbake i arbeid. Empiri viser at arbeid tilfredsstillende grunnleggende menneskelige behov, som for eksempel økonomiske og sosiale. Det er økonomisk gunstig for samfunnet å investere i tiltak for å hjelpe afasirammede tilbake i arbeid. Forskning viser imidlertid en tendens til at logopedene virker noe usynlig i denne prosessen. Formålet med denne oppgaven har vært å rette fokus på logopedens rolle i arbeidsrettet rehabilitering.

Problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven er: På hvilken måte kan logopeden være en ressurs i rehabiliteringen av afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Problemstillingen er operasjonalisert i tre forskningsspørsmål:

- Hva er logopedens arbeidsoppgaver i rehabiliteringsprosessen?
- Opplever logopeden styrker knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke?
- Opplever logopeden begrensninger knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke?

Metode

I denne oppgaven er det valgt kvalitativ tilnærming, med semistrukturert intervju som metode. Vi har undersøkt hva fem norske logopeder, som har erfaring med afasirammede som skal tilbake i arbeid, gjør og hva de kan gjøre i denne rehabiliteringsprosessen. Begge forfatterne var til stede under intervjuene. Transkriberingen og organiseringen av data er gjort ved hjelp av dataprogrammet NVIVO. Vi er inspirert av Grounded Theory og i analyseringsprosessen tok vi derfor utgangspunkt i datamaterialet. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Vi kan ikke generalisere våre funn til å gjelde utover utvalget. Ved å redegjøre for vår forforståelse, utvalg og valg i forskningsprosessen, håper vi imidlertid at funnene kan være til inspirasjon for logopeder som arbeider med afasirammede som skal tilbake i arbeid.

Resultater

Resultatene i vår undersøkelse viste at logopedene i arbeidsrehabiliteringen arbeider med språkspesifikk trening, arbeidsspesifikk trening og informasjonsformidling på arbeidsplassen til den afasirammede. Informantene arbeider også med psykososiale problemstillinger og fungerer som en rådgiver for sine klienter. En av styrkene logopedene trakk frem var sin todelte fagkompetanse bestående av språkspesifikk kunnskap og veiledningskompetanse. Logopedene opplevde også å være en styrke når de fungerer som en drøftings- og diskusjonspartner for afasirammede som skal tilbake til arbeid. Våre resultater viste at logopedene skaper et trygt miljø for kommunikasjon og at logopedene har tilstrekkelig med tid. De forholdene som ble trukket frem som begrensninger i rehabiliteringsprosessen var særlig knyttet til grad av afasi og den afasirammedes motivasjon og ønske om å returnere til arbeid. Forhold ved arbeidsplassen var knyttet til hvor innstilt arbeidsplassen er på å få en vellykket tilbakeføring til arbeid, samt hvor krevende arbeid den afasirammede skal tilbake til. For eksempel var det forskjell på å returnere til et krevende lønnet arbeid, enn til frivillig arbeid. Logopedene opplevde at systemet legger begrensninger for deres mulighet for tverrfaglig samarbeid. Noen begrensninger knyttet til det særfaglige ved logopedrollen ble også trukket frem, da med fokus på ansvarsfordeling mellom logoped og psykolog.

Konklusjon

Det ser ut til at logopedene er en ressurs ved å ta i bruk sin tosidige fagkompetanse. Informantene fungerer som eksperter på språk- og kommunikasjonsvansker, samtidig som logopedene er rådgivere som tar hensyn til den afasirammedes ønsker og psykososiale behov. Vi har sett at logopedene tar i bruk flere tilnærminger til afasirehabilitering, og at en kombinasjon av vanskebasert og konsekvensbasert tenkning er viktig når afasirammede skal tilbake i arbeid. Det kan være nødvendig at logopedene i rehabiliteringsarbeidet innser sin egen begrensning og søker samarbeid med andre faggrupper ved behov. Det ser ut til at logopedene er en ressurs gjennom å tenke realistisk - man skal ikke tilbake til arbeid "for en hver pris". Dersom det å returnere til sin tidligere stilling vil være vanskelig, bør logopedene informere og gjøre den afasirammede oppmerksom på andre muligheter. Gjennom frivillig arbeid får den afasirammede muligheten til å bruke sitt potensiale og sine ressurser, på en tilpasset og tilrettelagt måte.

Forord

Ett år har gått siden vi satt på en kafé på St. Hanshaugen med bare noen skriblerier på et ark, og bestemte oss for å gjøre dette sammen. Mye har skjedd siden da, og nå er vi i mål. Vi har mange å takke for dette. Først vil vi takke hverandre, da valget om å skrive sammen er et av de beste valgene vi har gjort i løpet av studietiden. Vi har lært hverandre å kjenne på godt og vondt, og er takknemlige for at vi har klart å balansere rollene som kollegaer og venner.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Melanie Kirmess som har motivert oss, delt av sine erfaringer og fått oss til å reflektere. Vi vil også takke Gunvor Dalby Veia for hjelp til utforming av prosjektplan. Takk til IT-gutta på UV for hjelp til oppsett og bruk av fellesområde.

Den største takken rettes til informantene som delte sine erfaringer og ga av sin tid. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave. Takk også til logopedene som satte oss i kontakt med informantene, og til Mari og Merete for at dere stilte opp på prøveintervju. Center for Hjerneskade i København, samt Line Haaland-Johansen, takkes for gode litteraturtips. Til Line Susan Hansen og Ranveig Gundersen: Tusen takk for korrekturlesning og nyttige tilbakemeldinger.

Jenny vil rette en særlig takk til Skjalg for livreddende datasupport og for å ha utfordret og forstått meg som bare du kan. Takk også til venner og familie for oppmuntrende ord.

Silje vil gjerne takke familie og venner for støtte og motiverende ord. En særlig takk rettes til Tønsberg-jentene for viktige og kjærkomne avbrekk i en ellers travel Oslo hverdag.

Til jentene på Helga Eng, særlig Kystlogopedene, vil vi rette en stor takk for innspill, latter og lunsj denne våren. Tenk jenter, vi har dratt det i havn!

Oslo, mai 2012

Silje Merethe Hansen & Jenny Sveta

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	V
Forord.....	VII
Innholdsfortegnelse.....	IX
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensninger.....	2
1.4 Oppgavens struktur.....	2
2 Teori.....	5
2.1 Regjeringen om arbeid og arbeidsrehabilitering etter hjerneslag.....	5
2.2 Hva er arbeid?.....	6
2.2.1 Begrepet arbeid.....	6
2.2.2 Betydningen arbeid har for den enkelte.....	7
2.2.3 Samfunnsøkonomiske fordeler ved arbeid.....	8
2.3 Hva er afasi?.....	8
2.3.1 Tilleggsvansker.....	10
2.4 Afasirammede tilbake i arbeid.....	11
2.4.1 Hvem er de afasirammede som skal tilbake i arbeid?.....	11
2.4.2 Afasi som risikofaktor.....	12
2.4.3 Omfang av afasi.....	12
2.4.4 Krav fra arbeidsplassen.....	13
2.5 Afasirehabilitering.....	14
2.5.1 Definisjon av rehabilitering og henvisningsprosedyre.....	14
2.5.2 International Classification of Functioning, disability and health (ICF).....	15
2.5.3 Tilnærminger til afasirehabilitering.....	16
2.5.4 Vanskebasert tilnærming.....	16
2.5.5 Konsekvensbasert tilnærming.....	17
2.5.6 Kombinasjon av tilnærmingene.....	18
2.6 Arbeidsrettet rehabilitering.....	19

2.7	Logopedens rolle i rehabiliteringsprosessen	20
2.7.1	Logopedens tosidige fagkompetanse	21
2.7.2	Logopeden som rådgiver	21
2.7.3	Logopedens styrker og begrensninger.....	24
2.8	Tverrfaglig samarbeid	25
3	Metode.....	29
3.1	Valg av metode	29
3.1.1	Kvalitativ tilnærming	29
3.1.2	Fenomenologi og hermeneutikk.....	30
3.1.3	Det kvalitative forskningsintervjuet.....	31
3.2	Forskningsprosessen.....	32
3.2.1	Utvalg	33
3.2.2	Førforståelse	34
3.2.3	Intervjuguide	35
3.2.4	Prøveintervju	37
3.2.5	Gjennomføring av intervju.....	37
3.2.6	Transkripsjon.....	40
3.2.7	Analyse	41
3.3	Etiske hensyn.....	42
3.4	Metodiske begrensninger.....	44
4	Presentasjon og drøfting av data	45
4.1	Rehabilitering	45
4.1.1	Logopedene om arbeidsrehabiliteringens samfunnsnytte	46
4.1.2	Spesifikk språktrening.....	46
4.1.3	Arbeidsspesifikk trening	48
4.1.4	Informasjonsformidling på den afasirammedes arbeidsplass.....	50
4.2	Logopedens opplevelse av styrker.....	53
4.2.1	Styrken ved at logopeden har fagkompetanse	53
4.2.2	Styrken ved at logopeden er en støttespiller.....	57
4.2.3	Styrken ved at logopeden etablerer et trygt miljø	59
4.2.4	Styrken ved at logopeden tar seg tid	60
4.3	Logopedens opplevelse av begrensninger	62
4.3.1	Begrensninger knyttet til den afasirammede	62

4.3.2	Begrensninger knyttet til arbeidsplassen.....	69
4.3.3	Begrensninger knyttet til systemet	74
4.3.4	Begrensninger knyttet til logopedrollen.....	79
4.4	Mirakelspørsmål	81
5	Avslutning	85
5.1	Oppsummering	85
5.1.1	Refleksjon over egen førforståelse og resultater	86
5.1.2	Generaliseringsverdi?	87
5.1.3	Konklusjon	87
5.2	Veien videre.....	88
	Litteraturliste	89
	Vedlegg	95
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	95
	Vedlegg 2: Tilrådning om behandling av personopplysninger, NSD.	99
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informantene	101
	Vedlegg 4: Spørsmål sendt til informantene i forkant av intervjuet	102

1 Innledning

"Dråpen uthuler stenen ikke ved makt, men ved å dryppe ofte". Sitatet fra tittelen er hentet fra en av våre informanter. Vi opplever at det treffer essensen i hva vi tenker er en god rehabiliteringsprosess for afasi, og sier noe om logopedens rolle i denne prosessen. I oppgaven fokuserer vi nettopp på hva logopeden kan gjøre for å bidra til en best mulig rehabilitering av afasirammede som skal tilbake i arbeid.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Med eldrebølgen øker behovet for å holde personer lengst mulig i arbeid, da trygd og tidlig pensjon er en stor økonomisk belastning for samfunnet (Hinckley, 2008). Arbeid har også betydning for den enkeltes velvære (Vestling, Tufvesson, & Iwarsson, 2003). I tiden fremover vil antallet personer som får hjerneslag i Norge øke (Helsedirektoratet, 2009) og i media kommer det frem at flere unge mennesker vil få slag som følge av livsstilssykdommer (Garden, 2012, 13. mars). Det er derfor viktig å gi alle afasirammede mulighet til å komme tilbake i arbeid gjennom et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud.

En undersøkelse av Brown, Worral, Davidson og Howe (2011) etterspør videre forskning som omhandler hvordan logopeder arbeider for at den afasirammede skal leve et godt liv. Tilbakeføring til arbeid gir økt velvære og trivsel, og kan dermed sies å bidra til god livskvalitet (Vestling et al., 2003). Funn fra flere undersøkelser viser at afasi vanskeliggjør tilbakeføring til arbeidslivet (Graham, Pereira, & Teasell, 2011; Naess, Hammersvik, & Skeie, 2009). Nåværende forskning knyttet til afasirammede tilbake i arbeid viser en tendens til at logopeden virker noe usynlig i prosessen (Garcia, Barrette, & Laroche, 2000; Kersten, Low, Ashburn, Georges, & McLellan, 2002). Dette gjorde oss nysgjerrige på hva logopeden faktisk gjør.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i dette søker vi å belyse følgende problemstilling:

På hvilken måte kan logopeden være en ressurs i rehabiliteringen av afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Problemstillingen er operasjonalisert i tre forskningsspørsmål:

1. Hva er logopedens arbeidsoppgaver i rehabiliteringsprosessen?
2. Opplever logopeden styrker knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke?
3. Opplever logopeden begrensninger knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke?

1.3 Avgrensninger

I denne oppgaven baserer vi oss først og fremst på internasjonal empiri, med unntak av én norsk medisinsk undersøkelse (Naess et al., 2009). Undersøkelsene vi benytter for å belyse problemstillingen er fra Sverige, Danmark, Storbritannia, Nederland, Italia, Canada, USA, Australia og New Zealand. Funnene i disse undersøkelsene kan ikke ukritisk overføres til norske forhold, da logopedutdanning, offentlig og privat helsetilbud, og lignende faktorer vil variere fra land til land. Som en følge av manglende norsk forskning, har vi allikevel valgt å ta i bruk de internasjonale undersøkelsene som foreligger.

De fleste undersøkelsene vi har brukt tar utgangspunkt i afasi som følge av hjerneslag, med unntak av én studie som har undersøkt personer med traumatisk hodeskade (Levack, McPherson, & McNaughton, 2004). I denne oppgaven mener vi afasi som følge av hjerneslag, dersom ikke annet er oppgitt.

Undersøkelser som omhandler temaet afasi og arbeid, sier lite om logopedens rolle i arbeidsrehabiliteringen. Vi har derfor valgt å i tillegg trekke inn empiri som sier noe om logopedens rolle og praksis i den generelle afasirehabiliteringen, uavhengig av spørsmålet om tilbakeføring til arbeid. Dette vil være nyttig i vår analyse av datamaterialet, da vi ser at informantene i vår undersøkelse fremhever at store deler av rehabiliteringen er den samme, uavhengig av om den afasirammede skal tilbake i arbeid eller ikke.

1.4 Oppgavens struktur

I teorikapitlet definerer vi arbeid og afasi, før vi trekker de to begrepene sammen ved å redegjøre for teori og empiri knyttet til afasirammede som skal tilbake i arbeid. Videre trekkes to tilnærminger til afasirehabilitering frem og vi redegjør for logopedens rolle i afasi- og

arbeidsrehabilitering, samt betydningen av tverrfaglig samarbeid. Empiri og teori presenteres fortløpende gjennom kapittelet.

I metodekapittelet redegjør vi for og drøfter valg av metode gjennom presentasjon av kvalitativ tilnærming, fenomenologi, hermeneutikk og det kvalitative forskningsintervjuet. Deretter redegjør vi for og drøfter ulike deler av forskningsprosessen knyttet til utvalg, førforståelse, intervjuguide, prøveintervju, gjennomføring av intervju, transkripsjon og analyse. Avslutningsvis reflekterer vi over etiske hensyn vi har tatt og metodiske begrensninger i undersøkelsen. Validitetsutfordringer drøftes underveis i metodekapittelet.

I kapittel 4 presenteres og drøftes oppgavens resultater. I kapittel 4.1 belyser vi det første forskningsspørsmålet ved å beskrive hva logopedene gjør i rehabiliteringen. Områder som trekkes frem er: samfunnsnyten, spesifikk språk- og arbeidstrening, samt informasjonsformidling på arbeidsplassen. Det andre forskningsspørsmålet som omhandler logopedens styrker trekkes frem i kapittel 4.2. Her drøftes logopedens fagkompetanse, logopeden som støttespiller, betydningen av et trygt miljø og at logopeden har tid. I kapittel 4.3 behandler vi det tredje forskningsspørsmålet ved å belyse logopedenes opplevelse av begrensninger når afasirammede skal tilbake i arbeid. Her trekkes begrensninger knyttet til den afasirammede, arbeidsplassen, systemet og logopedens rolle frem. I kapittel 4.4, gjennom mirakelspørsmålet, belyses logopedenes tanker om den optimale rehabiliteringen når afasirammede skal tilbake i arbeid.

I kapittel 5 oppsummerer vi funnene i undersøkelsen, før vi reflekterer over egen førforståelse. Deretter belyser vi hvorvidt resultatene kan sies å gjelde for andre logopeder utover vårt utvalg og ser hva vi kunne gjort annerledes. Vi svarer så på problemstillingen ved å trekke en konklusjon. Avslutningsvis retter vi blikket fremover og belyser fremtidige forskningsområder knyttet til afasi og arbeid.

2 Teori

I dette kapittelet redegjør vi for sentrale begreper og fenomener som er aktuelle for å svare på problemstillingen. Vi vil først trekke temaet for oppgaven opp på et systemnivå, ved å se på regjeringens visjon og retningslinjer. Deretter definerer vi arbeid og afasi som er sentrale begreper i denne oppgaven. Da vår problemstilling retter seg mot afasirammede som skal tilbake i arbeid, ser vi deretter på empiri som omhandler dette. Vi har undersøkt hva logopedene gjør i rehabiliteringen når afasirammede skal tilbake i arbeid, og presenterer derfor i kapittel 2.5 ulike tilnærminger til afasirehabilitering. Arbeidsrettet rehabilitering blir også belyst. Da vårt fokus i oppgaven er logopedene, redegjør vi for rådgivningsteori og empiri knyttet til logopedrollen. I kapittel 2.7 trekkes tverrfaglighet frem, fordi afasi er en del av et større sykdomsbilde.

2.1 Regjeringen om arbeid og arbeidsrehabilitering etter hjerneslag

Regjeringen har en visjon om et godt og anstendig arbeidsliv for alle. Dette kommer blant annet frem i St.meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering, hvor det foreslås en rekke tiltak og strategier for å "styrke inkluderingen i arbeidslivet av personer i yrkesaktiv alder som har problemer med å få innpass i arbeidslivet eller er i ferd med å falle ut av det" (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006, s. 15-16). Målet for tiltakene er å snu tilnærmingen til brukerne fra begrensninger til muligheter. Forslagene innebærer forhold knyttet til å senke tersklene inn i arbeidslivet og heve tersklene ut av arbeidslivet, hensiktsmessig bruk av hjelpemidler for å kunne være i arbeid, og omlegging av ressursbruk fra passive støtteordninger til aktive tiltak og oppfølging. Personer rammet av hjerneslag nevnes ikke spesifikt i Stortingsmeldingen, men vi går ut i fra at disse er inkludert i meldingen.

I Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010), foreligger det to anbefalinger knyttet til arbeid og aktivitet for slagrammede. For det første anbefales det at: "Personer med hjerneslag som har et arbeidsforhold bør kartlegges i forhold til arbeidsmuligheter og alle som har mulighet for å komme tilbake til arbeid, bør tilbys målrettet arbeidsrehabilitering" (s. 141). For det andre anbefales det at: "Som ledd i arbeidsrehabiliteringen bør arbeidsgiver involveres tidlig i samråd med den slagrammede for

å starte forberedelsene av tilbakeføring til arbeid" (Helsedirektoratet, 2010, s. 141). Utover dette fremkommer det ikke informasjon om hvordan arbeidsrehabilitering skal eller bør foregå.

2.2 Hva er arbeid?

Vi har nå beskrevet hvordan regjeringen ser for seg et arbeidsliv for alle, og hvordan Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) legger føringer for arbeidsrehabilitering av personer med hjerneslag. Da arbeid er et sentralt begrep i vår problemstilling, redegjøres det her for vår forståelse av arbeid.

2.2.1 Begrepet arbeid

Arbeid er et begrep som har vist seg vanskelig å definere. Flere metaundersøkelser viser at de enkelte studiene definerer arbeid ulikt og til tider mangelfullt (Dalemans, De Witte, Wade, & Van den Heuvel, 2008; Wozniak & Kittner, 2002). En undersøkelse definerer arbeid kun som lønnet arbeid (Alaszewski, Alaszewski, Potter, & Penhale, 2007). Andre definerer arbeid som deltakelse i det sosiale liv, noe som omfatter lønnet arbeid, ulønnet arbeid og utdanning (Dalemans et al., 2008).

Begrepet arbeid kan ta utgangspunkt i personen som arbeider, enten som sysselsatt eller frivillig. Statistisk sentralbyrå forklarer begrepet sysselsatte som personer med inntektsgivende arbeid (SSB, 2010). Fokuset på denne definisjonen er på det økonomiske aspektet ved arbeid og understreker at man arbeider for å ha noe å leve av. Thyness (1999) skriver at for dem som av ulike grunner ikke kan ha inntektsgivende arbeid, er det viktig å finne et alternativ som gir mening i hverdagen. "Det er viktigere for folk å ha noe å leve *for* enn å ha noe å leve *av*" (Thyness, 1999, s. 151). En frivillig person er "en som gir av sin tid, sitt engasjement eller sine erfaringer og kunnskaper uten å motta noen form for betaling for innsatsen" (Thyness, 1999, s. 122).

Definisjon av arbeid i denne undersøkelsen

Vi forstår arbeid både som lønnet arbeid, frivillig arbeid og utdanning. Med lønnet arbeid mener vi at den afasirammede går tilbake til samme stilling som før hjerneslaget, eventuelt med modifikasjoner og tilrettelegginger, men også i redusert stilling eller annen type arbeid

enn tidligere (før hjerneslag og afasi). Frivillig arbeid innebærer engasjement i frivillige organisasjoner, frivillighetssentraler og brukerorganisasjoner, hvor den afasirammede bidrar som en ressurs, og opplever mening i hverdagen. Utdanning innebærer å begynne og å fullføre en høyere utdanning. Denne definisjonen bygger på definisjonen av arbeid fra undersøkelsen til Dalemans et al. (2008).

Vår definisjon av arbeid er bred, og anerkjenner at arbeid er viktig både for enkeltpersoner og for samfunnet. I avsnittene som følger belyser vi derfor betydningen arbeid har for den enkelte, og hvorfor tilbakeføring til arbeidslivet har samfunnsøkonomiske fordeler.

2.2.2 Betydningen arbeid har for den enkelte

En svensk studie med 120 informanter viste at slagrammede som returnerte til arbeid viser et høyere nivå av tilfredstillelse og velvære, sammenlignet med slagrammede som ikke returnerte til arbeid (Vestling et al., 2003). Undersøkelsen viste at de slagrammede som returnerte til arbeid var mer tilfredse generelt, men også mer fornøyde når det kom til finansielle faktorer, fritid og sosialt liv. Vestling et al. (2003) hevder at "Work fulfills basic human needs, such as financial, societal and intrinsic needs, and returning to work after stroke is of significant importance for quality of life and life satisfaction" (s.127). Dette sitatet understreker at det å arbeide er viktig for livskvalitet og velvære.

En kvalitativ studie fra Storbritannia utført av Alaszewski et al. (2007) viste at de slagrammede i undersøkelsen så på arbeid som viktig og verdifullt. Fordelene de slagrammede trakk frem var de økonomiske og sosiale aspektene, men også at hverdagen ble mindre kjedelig når man kunne arbeide. Verdien og meningen med arbeid varierte fra person til person i undersøkelsen, nært knyttet til den slagrammedes tidligere erfaringer og helsesituasjon. Deltakerne som hadde god helse og var i arbeid før hjerneslaget, utviklet en følelse av driv og motstandskraft, og hjerneslaget ble sett på som en utfordring som skulle håndteres. Deltakerne som hadde erfaringer med langvarig sykdom og funksjonshemninger, hadde tilpasset seg tanken med å leve uten de fordelene arbeidet gir, og slaget ble da enda en barriere som bekreftet deres ikke-arbeidende status (Alaszewski et al., 2007). Levack et al. (2004) fant i sin undersøkelse at personer rammet av traumatiske hodeskader opplevde det å returnere til arbeidslivet som viktig. Likevel viste undersøkelsen at deltakerne ønsket mer enn bare en jobb. De ønsket at arbeidet skulle være meningsfullt og stimulerende, uten at det gikk på bekostning av andre aspekter i livet.

2.2.3 Samfunnsøkonomiske fordeler ved arbeid

Det er fordelaktig for samfunnet å investere i yrkesrettet rehabilitering og reintegrering (Jensen & Humle, 2011). Det estimeres at hjerneslag koster Norge omkring 7-8 milliarder kroner årlig (Helsedirektoratet, 2010) og er en av de dyreste sykdommene i det moderne samfunn (Vestling et al., 2003). Redusert produksjon på grunn av sykefravær, tidlig pensjonering og tidlig død er i Sverige anslått til å være 25 % av de samlede kostnadene etter hjerneslag (ibid). Afasirammede som etter rehabilitering returnerer til arbeidslivet eller lignende, reduserer den økonomiske byrden for samfunnet (Graham et al., 2011; Helsedirektoratet, 2010; Hinckley, 2002).

Hinckley (2002) undersøkte svar fra 20 afasirammede som tidligere hadde deltatt i ulike intensive rehabiliteringsprogram. Hun fant at afasirammede som kommer tilbake i arbeidslivet vil bidra til redusert uføretrygd, samtidig som den afasirammede kan oppleve økt sosial deltakelse og livsglede. Dette kan igjen føre til bedre helse, og den afasirammedes behov for helsepersonell kan endres (Hinckley, 2002). Man kan forvente økonomisk gevinst, da man kan tenke seg at utgiftene til rehabilitering på sikt vil kunne dekkes gjennom sparte offentlige utgifter til trygd, pensjon og gjennom inntektskatt (Jensen & Humle, 2011). Frivillig arbeid er også viktig for samfunnet. I St.meld. nr. 39 (2006-2007) Frivillighet for alle, står det at verdien av frivillig arbeid er stor, da "frivillige organisasjoner yter uvurderlige bidrag til samfunnet, både gjennom tjenesteproduksjon og omfattende ulønnet innsats" (Kultur- og kirke departementet, 2007, s.11). Dette tyder på at samfunnet tjener på å investere i arbeidsrettet rehabilitering hvor målet er at den afasirammede skal returnere til lønnet eller frivillig arbeid.

2.3 Hva er afasi?

Vi har nå sett på hva arbeid er, at arbeid er viktig for den afasirammede, samt hvordan arbeid er samfunnsøkonomisk gunstig. Før vi kan gå inn på empiri knyttet til afasirammede som skal tilbake i arbeid, ser vi det nødvendig å definere afasi, og redegjøre for hvilke tilleggsvansker som kan følge ved et hjerneslag.

Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag, men afasi kan også oppstå etter traumatisk hodeskade og hjernesvulst (Brumfitt, 2010; Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph, & Lind, 2010). Omlag 15 000 personer rammes hvert år av hjerneslag i Norge, og ca. 25 % av

disse får afasi (Helsedirektoratet, 2010). Afasi er en kompleks vanske og defineres ulikt i litteraturen. Vi trekker her frem ulike definisjoner vi mener er relevante for vår problemstilling og som belyser vår forståelse av afasi.

Afasi kan forstås på flere måter, men en klargjørende definisjon som de fleste kan enes om er at:

Aphasia is an acquired communication disorder caused by brain damage, characterized by an impairment of language modalities: speaking, listening, reading and writing; it is not the result of a sensory or motor deficit, a general intellectual deficit, confusion, or a psychiatric disorder (Hallowell & Chapey, 2008, s. 3).

Definisjonen trekker frem afasi som en kommunikasjonsvanske forårsaket av hjerneskade. Vanskene viser seg i de fire språklige modulene; tale, språkforståelse, lesing og skriving. Hallowell og Chapey (2008) mener at en tilfredsstillende definisjon av afasi må få frem at afasi er nevrologisk, ervervet, får konsekvenser for språket og ikke skyldes intellektuelle, sensoriske eller motoriske vansker.

Den konsekvensbaserte tilnærmingen har en bredere definisjon på afasi, som strekker seg utover lingvistiske eller kognitive prosesseringsvansker. Simmons-Mackie (2008) definerer arbeid på følgende måte: "Aphasia is an impairment due to brain damage in the formulation and reception of language, often associated with diminished participation in life events and reduced fulfillment of desired social roles" (s. 292). Denne definisjonen tar hensyn til at afasi kan ha større innvirkning på den afasirammede og nærpersoners liv, utover språkvansken alene.

Kagan (1998) definerer afasi som en vanske som: "can be defined as an acquired neurogenic language disorder that may mask competence normally revealed in conversation" (s. 818). Afasi defineres her som en språkvanske som kamuflerer kompetanse, som vanligvis ville vært synlig for andre gjennom samtaler. Språkvanskene får konsekvenser for hvordan den afasirammede kan delta i samtale og vise sine tanker og sin kunnskap. Dette får igjen konsekvenser for hvordan de blir oppfattet av andre. Det å få afasi er en stor omveltning for den afasirammede og nærpersoner i hans eller hennes miljø. Mennesker føler ofte stor identitet knyttet til sitt språk og hva de mestrer (Qvenild et al., 2010), og det å miste tilgangen til språket kan føles svært traumatisk. Armstrong og Ferguson (2010) understreker at det er gjennom språket vi viser andre hvem vi er. I følge Kagan (1998) er det et interaktivt forhold mellom oppfattet kompetanse og muligheter for samtale. Dette innebærer at andres

oppfattelse av den afasirammedes kompetanse vil påvirke den afasirammedes muligheter for samtale, og motsatt.

Til sammen får disse definisjonene frem at afasi er en språk- og kommunikasjonsvanske med konsekvenser for de fire språkmodalitetene. Afasien påvirker deltakelse i det sosiale liv, og maskerer den afasirammedes kompetanse.

2.3.1 Tilleggsvanster

Afasi er som oftest en del av et større sykdomsbilde som kan omfatte ulike tilleggsvanster av variert grad og omfang, som vil påvirke rehabiliteringen. I følge Helsedirektoratet (2010) er den vanligste vansken etter hjerneslag lammelser. Om lag 80 % av alle som får hjerneslag opplever lammelser i ansikt, armer og/eller ben, avhengig av lokaliseringen av skaden i hjernen. Mange afasirammede har en venstresidig skade i hjernen, noe som ofte fører til høyresidig lammelse. Lammelsene kan gi utslag i både mangel på styring og balanse (Qvenild et al., 2010). Det blir rapportert at om lag 60 % av personer med hjerneslag opplever synsproblemer etter hjerneslaget (Helsedirektoratet, 2010). Det vanligste er synsfeltutfall, som vil si tap av syn i visse deler av synsfeltet (Qvenild et al., 2010).

Andre vanlige tilleggsvanster ved afasi er dysartri og apraksi. Dysartri er talevanster som følge av lammelser, og svak eller manglende koordinering av talemuskulatur (Helsedirektoratet, 2010). Talevanskene skiller seg fra språkvanskene, da selve språkfunksjonen er intakt. Apraksi er vansker med å utføre viljestyrte handlinger til tross for normal kraft og koordinasjon i muskulaturen, og kan ramme ulike deler av kroppen (Qvenild et al., 2010). Taleapraksi og oralapraksi er to undergrupper av apraksi. Personer med taleapraksi kan ha vansker med å utføre talebevegelser raskt og i riktig rekkefølge, mens oralapraksi påvirker viljestyrte bevegelser i munnen som ikke har med tale og språk å gjøre (ibid).

Personer med hjerneslag kan ofte få kognitive vansker, som for eksempel hukommelses- og konsentrasjonsvanster (Helsedirektoratet, 2010). Depresjon og emosjonell labilitet kan oppstå etter hjerneslag, og er de mest oversette tilleggsvanskene (ibid). Om lag 20-40 % av slagrammede får depresjoner etter hjerneslaget. Depresjonen kan vise seg gjennom redusert selvfølelse og selvtillit, interesse- og gledesløshet, energitap, redusert appetitt med mer.

Emosjonell labilitet forekommer hos om lag 10-25 % av de slagrammede, og kjennetegnes ofte gjennom umotivert gråt og/eller latter.

Tilleggsvanskene som for eksempel fysiske utfall, apraksi og den generelle kompleksiteten som følger et hjerneslag vil få konsekvenser for afasirehabilitering og hvorvidt den slagrammede kan returnere til arbeidslivet. Helsedirektoratet (2010) trekker for eksempel frem at depresjon kan gi nedsatt rehabiliteringspotensiale. Undersøkelsen til Vestling et al. (2003) viste at den største indikatoren for at slagrammede skulle returnere til arbeid var grad av lammelser. Individer som kunne gå og bevege seg uten hjelpemidler hadde størst sannsynlighet for å returnere til arbeid. Dette kan bidra til å belyse at afasi er en del av et større sykdomsbilde, noe man som logoped må ta hensyn til i rehabiliteringen.

2.4 Afasirammede tilbake i arbeid

Etter å ha definert afasi og arbeid hver for seg, vil vi nå redegjøre for tidligere forskning som ser på sammenhengen mellom afasi og arbeid. Et litteratursøk i databasen psycINFO (ovid) hvor vi kombinerte søkeordene "aphasia" og "return to work" ga 8 treff og et søk på "aphasia" og "vocational rehabilitation" ga 5 treff. Litteraturlisten til enkelte av disse treffene ledet oss til flere relevante artikler. Som vi ser av søkene ovenfor, er det få studier gjort på afasirammede som skal tilbake i arbeid. De fleste studier er gjort på slagrammede som returnerer til arbeidslivet, men selv på dette området er det lite forskning (Wozniak & Kittner, 2002). Empirien vi tar for oss i dette delkapittelet omhandler hvem de afasirammede som skal tilbake i arbeid er, afasi som risikofaktor for tilbakeføring til arbeidslivet, omfang av afasi og forhold ved arbeidsplassen.

2.4.1 Hvem er de afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Omkring en fjerdedel av alle som rammes av hjerneslag er under 65 år og er dermed i arbeidsdyktig alder (Jensen & Lønnberg, 2009). Som nevnt tidligere er det kun 25 % av disse igjen som får afasi (Dalemans et al., 2008). Tidligere forskning har vist at det å være i jobb tilfredsstiller grunnleggende menneskelige behov og påvirker selvbildet og deltakelse i det sosiale liv (Morris, Franklin, & Menger, 2011; Treger, Shames, Giaquinto, & Ring, 2007). For unge afasirammede under pensjonsalder er sosial deltagelse en spesielt viktig del av rehabiliteringen (Dalemans et al., 2008). Resultatene fra rehabiliteringsprogrammet ved

Center for Hjerneskade i København viste at 7 av 10 afasirammede i alderen 30 til 58 år kom tilbake i arbeidslivet (Jensen & Lønnberg, 2009). For de eldre afasirammede i programmet, som var mellom 60 og 70 år, ble det en naturlig overgang til pensjonisttilværelsen. Dette indikerer at alder har noe å si for hvorvidt afasirammede kommer tilbake i arbeid.

2.4.2 Afasi som risikofaktor

Et hjerneslag påvirker muligheten for å komme tilbake i arbeid. Forskning legger frem sprikende tall på hvor mange slagrammede med og uten afasi som returnerer til arbeidslivet (Graham et al., 2011; Treger et al., 2007). Det ser imidlertid ut til å være en tendens til at langt flere slagrammede uten afasi returnerer, sammenlignet med slagrammede med afasi. Dette er med på å belyse afasi som en risikofaktor for å komme tilbake til arbeidslivet (Graham et al., 2011; Naess et al., 2009). Gjennom sin metastudie undersøkte Graham et al. (2011) hvor mange unge afasirammede som kommer tilbake i arbeid. I de ni studiene som ble tatt med i undersøkelsen, fant de at 28 % av unge afasirammede kom tilbake i arbeid. Dette kan sammenlignes med 44 % av slagrammede uten afasi som kom tilbake i arbeid. En annen metastudie gjort av Treger et al. (2007) tok for seg 48 undersøkelser, og viste at mellom 19 % og 73 % av slagpasienter kommer seg ut i arbeid igjen. En av undersøkelsene fra denne studien viste at flere slagrammede uten afasi, enn afasirammede kom tilbake i arbeid. Radford og Walker (2008) skriver at ulike faktorer kan påvirke tilbakeføring til arbeidslivet i negativ retning. Faktorer som afasi, lammelser, depresjon og dårlige tider på arbeidsmarkedet ble da trukket frem. Afasi kan dermed sees som en risikofaktor når slagrammede skal tilbake i arbeid. Samme undersøkelse viste imidlertid at den slagrammedes motivasjon og holdninger kan være en beskyttende faktor for tilbakeføringen. Det samme var positive holdninger hos arbeidsgiver, støttende familie og intensiv rehabilitering (Radford & Walker, 2008).

2.4.3 Omfang av afasi

Det er ulike oppfatninger om i hvilken grad afasiens omfang er avgjørende for hvorvidt den afasirammede returnerer til arbeid. Vestling et al. (2003) viste i sin undersøkelse at omfang og grad av vansker etter slaget hadde betydning for om den slagrammede kom tilbake i arbeid. Undersøkelsen viste at slagrammede med bevart kognitiv evne hadde størst sannsynlighet for å returnere til arbeid. En undersøkelse gjort av Hinckley (2002) trekker frem at en vellykket reintegrering til samfunnet kan oppstå uavhengig av vanskens nivå. Av de åtte i

undersøkelsen som var tilbake i arbeid, hadde én lette anomiske vansker, mens de andre syv hadde moderate ekspressive vansker. Det er med andre ord ikke nødvendigvis de med mild afasi som returnerer til arbeidslivet. De samme funnene fant ansatte ved Center for Hjerneskade i København (Jensen & Humle, 2011), hvor det kom frem at grad og omfang av afasi ikke er en avgjørende faktor når afasirammede skal tilbake i arbeid. Afasirammede med moderate eller alvorlige vansker kan ved hjelp av tilrettelagte rehabiliteringsprogram returnere til arbeidslivet i en tilpasset form, enten det er lønnet eller frivillig arbeid, fulltid eller deltid. Jensen og Humle (2011) mener funnene tyder på at kombinerte rehabiliteringsprogram har god effekt, da det er vanskelig å forestille seg at afasirammede med store vansker kan returnere til tilrettelagt arbeid uten den innsatsen og tverrfagligheten programmet gir.

2.4.4 Krav fra arbeidsplassen

Flere studier har vist at afasirammede ofte returnerer til et mindre krevende arbeid enn tidligere (Dalemans et al., 2008; Lasker, LaPointe, & Kodras, 2005). En metaundersøkelse gjort av Dalemans et al. (2008) viste redusert deltakelse i arbeidslivet etter afasi. Det å komme tilbake i arbeid ble ofte karakterisert som redusert stilling, returnere til annen type arbeid enn tidligere, eller returnere til samme arbeid som før slag, men med modifikasjoner og tilrettelegginger. Ofte var det ingen returnering tilbake til arbeid i det hele tatt. Flere av studiene i undersøkelsen viste at afasirammede ofte returnerte til et mindre krevende arbeid etter hjerneslaget. Likevel kom det ikke frem av undersøkelsene hvordan de ulike kravene til arbeidet påvirket tilbakeføringen til arbeidsplassen.

En svensk undersøkelse hvor 20 afasirammede ble intervjuet, viste at informantene som var tilbake i arbeid hadde vanskeligheter med å arbeide fulltid, men så likevel verdien i å komme seg ut av hjemmet og møte kollegaer (Nätterlund, 2010). De afasirammede som returnerte til sin tidligere arbeidsgiver utførte da andre og tilpassede arbeidsoppgaver, mens en av de afasirammede måtte bytte arbeidsplass fordi den tidligere stillingen ble for krevende. Enkelte av de afasirammede som ikke var tilbake i arbeid savnet arbeidsplassen. De uttrykte at det å ikke være tilbake i arbeid vanskeliggjorde det å komme tilbake i hverdagslige rutiner de hadde før afasien.

Undersøkelsen til Vestling et al. (2003), som tidligere henvist til, viste at karakteristika ved arbeidsoppgaver og arbeidsplassen den slagrammede skulle tilbake til, hadde betydning for

om han eller hun kom tilbake i arbeid. Undersøkelsen viste at flere slagrammede returnerte til hvitsnippyrker enn til blåsnippyrker. Videre i oppgaven omtales hvitsnippyrker som service- og kontorarbeid, og blåsnippyrker som manuelt arbeid og industriarbeid. Av de slagrammede som returnerte, arbeidet de fleste i reduserte og tilpassede stillinger (Vestling et al., 2003). Av de 26 slagrammede som forsøkte å returnere til arbeid uten hell var 56 % av disse blåsnipparbeidere, 32 % var hvitsnipparbeidere og 12 % var selvstendig næringsdrivende før slaget. Det er imidlertid viktig å trekke frem at flere av blåsnipparbeiderne også hadde kognitive og fysiske vansker. Forfatterne trekker likevel frem at sosioøkonomisk status bør tas med i vurderingen, da majoriteten av de slagrammede som ikke hadde en vellykket returnering til arbeidslivet var blåsnipparbeidere.

Man kan også tenke seg at det finnes afasirammede som engasjerer seg i frivillig arbeid, for eksempel på frivillighetssentralene. I følge St. meld. nr. 39, er det flere "hjemneværende, trygdede og arbeidsledige i frivillighetssentralene enn i de tradisjonelle frivillige organisasjonene" (Kultur- og kirke departementet, 2007, s. 201-203). En undersøkelse gjort av Lorentzen, Andersen og Brekke (1995, ref. i Thyness, 1999), viste at frivillighetssentralene i stor grad finner sine frivillige utenfor arbeidsmarkedet.

2.5 Afasirehabilitering

Før vi kan trekke inn logopedens rolle i rehabiliteringsprosessen, vil vi redegjøre for hva afasirehabilitering innebærer. Rehabiliteringsprosessen blir belyst gjennom WHO's modell: International Classification of Functioning, disability and health (Hartelius, 2008), og to ulike tilnærminger til afasirehabilitering. Først definerer vi imidlertid rehabilitering og beskriver henvisningsprosedyren til logoped.

2.5.1 Definisjon av rehabilitering og henvisningsprosedyre

Rehabilitering kan defineres som: "tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet" (Helsedirektoratet, 2010, s. 91). Definisjonen trekker frem betydningen av klare mål, tverrfaglighet og utnyttelse av brukerens egne ressurser. Målet for rehabilitering er bedret funksjon, meistring, sjølvstendighet, sosial deltaking, og deltaking i

samfunnet. Dette samsvarer med elementer fra ICF-modellen og de to tilnærmingene til afasirehabilitering som redegjøres for videre i dette delkapittelet.

Personer som rammes av afasi har rett til rehabilitering. Fylkeskommunen har ansvar for rehabilitering ved sykehus, og etter utskrivning har hjemkommunen ansvaret (Opplæringsloven, 1998; Qvenild et al., 2010). Etter et hjerneslag henvises det til logoped ved behov. Søknad om logoped må sendes til kommunen for behandling. Dersom kommunen har kapasitet, får den afasirammede tildelt en logoped fra kommunens voksenopplæringstilbud eller tilsvarende. Den afasirammede har et tilbud i kommunen til rehabiliteringen regnes som avsluttet. Dersom kommunen ikke kan gi den afasirammede et tilbud, kan den afasirammede med rekvisisjon fra lege søke folketrygden om logoped. Folketrygden deler ut 25 timer av gangen (HELFO, 2011). I følge Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) bør rehabilitering hos logoped være av "tilstrekkelig mengde og hyppighet" (s. 129), noe som innebærer mer enn 5 timer per uke.

2.5.2 International Classification of Functioning, disability and health (ICF)

Målet med World Health Organization (WHO) sin ICF-modell er å etablere et standardisert språk for å beskrive funksjonsevne og funksjonshindre knyttet til helse (Hartelius, 2008). Modellen trekker frem relevante hensyn man bør ta i kartlegging, utredning og rehabilitering, men karakteriseres ikke som et verktøy for kartlegging eller diagnosesetting av personer med funksjonsnedsettelse (Theie & Qvenild, 2010). ICF vektlegger fire hoveddomener; kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer, aktiviteter og miljøfaktorer. Det er viktig å understreke at modellen tar utgangspunkt i at faktorene gjensidig påvirker hverandre (Thompson & Worrall, 2008). For afasirammede innebærer dette språkforståelse og fysiologiske skader etter hjerneslaget, men også konsekvenser språk- og kommunikasjonsvansken får for deltakelse i aktiviteter, samt konsekvenser for familie og kollegaer og så videre (Theie & Qvenild, 2010). I ICF-modellen er både vanskebasert og konsekvensbasert tilnærming til rehabilitering presentert. Disse redegjøres for i neste avsnitt. Hovedvekten i modellen ligger på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene, fremfor sykdom og diagnose (Helsedirektoratet, 2011). Samspillet med omgivelsene er avgjørende for deltakelsen den afasirammede har i arbeidslivet, sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål. ICF-modellen ser på

konsekvenser av afasi, og på hvilken måte afasi hemmer den afasirammedes deltakelse i eget liv.

2.5.3 Tilnærminger til afasirehabilitering

Når det kommer til rehabilitering av afasirammede vil vi her redegjøre for to hovedtilnærminger: impairmentbased og consequences approach (Thompson & Worrall, 2008).

Impairmentbased approach (fra nå av kalt vanskebasert tilnærming) fokuserer på den individuelle skaden og ser på afasi som en språkvanske, hvor behandlingen tar utgangspunkt i selve språket. Consequences approach (fra nå av kalt konsekvensbasert tilnærming) er opptatt av afasi som en psykososial vanske hvor både språk og kommunikasjon er skadet.

Behandlingen fokuserer på barrierer utenfor den afasirammede som hindrer han eller henne i å kommunisere (Thompson & Worrall, 2008). Vi vil nå redegjøre for begge tilnærmingene fordi vi, som vi redegjør for i metodekapittelet, hadde en forventning om at logopedene arbeider med utgangspunkt i begge. Før vi ser på hva som er felles for de to tilnærmingene går vi dypere inn på forskjellene mellom dem.

2.5.4 Vanskebasert tilnærming

Vanskebasert tilnærming kan deles inn i nevropsykologisk og kognitiv nevropsykologisk tradisjon. Nevropsykologisk tradisjon er det tradisjonelle synet på afasi, hvor man ser på sammenhengen mellom språkvanskens karakter og skadested i hjernen (Hallowell & Chapey, 2008). I denne tradisjonen skiller man mellom ulike grupper av afasirammede og ser på likheter og forskjeller mellom dem. I Norge reflekteres denne tilnærmingen gjennom arbeidet Reinvang og kollegaer gjorde på 70-tallet gjennom utviklingen av Norsk Grunntest for Afasi (NGA) (Qvenild et al., 2010). Testen er enda i bruk, til tross for at nevropsykologisk tradisjon er lite brukt i dagens afasirehabilitering. Fokuset er i dag flyttet til kartlegging av språklige områder den afasirammede har vansker med, framfor å diagnostisere han eller henne innenfor et afasisyndrom. Dette fordi man nå vet at det ikke er en klar sammenheng mellom skadested i hjernen og språklig utfall (Thompson & Worrall, 2008). Denne kunnskapen og fokusendringen er to av årsakene til utviklingen av kognitiv nevropsykologisk tilnærming, hvor fokuset ble flyttet fra gruppe- til individnivå. Kognitiv nevropsykologisk modell bygger på normale språklige prosesser, og ut fra denne modellen kartlegges hvilke språklige områder

hos den afasirammede som er berørte (Thompson & Worrall, 2008; Whitworth, Webster, & Howard, 2005).

2.5.5 Konsekvensbasert tilnærming

Konsekvensbasert tilnærming er et resultat av en endring av tankesett blant logopeder, samt påvirkning fra blant annet ICF-modellen (Thompson & Worrall, 2008). Chapey et al. (2008) beskriver flere fokusskifter som følger innføringen av konsekvensbasert tilnærming til rehabilitering. Et av fokusskiftene handler om hvordan logopedens rolle strekker seg ut over rollen som lærer eller rådgiver (therapist), til at logopeden blir en "communication partner" og "support person" (s.280) i den afasirammedes vei mot deltakelse. Chapey et al. (2008) mener med andre ord at logopeden ikke bare er en rådgiver og fagekspert, men en støttespiller for den afasirammede.

En konsekvensbasert tilnærming til afasirehabilitering innebærer at logopeden vurderer typiske aktiviteter og deltakelse i hverdagslivet for den afasirammede, og hvordan disse har blitt berørt av afasi (Thompson & Worrall, 2008). Den afasirammedes kommunikasjonsvansker oppstår i hans eller hennes interaksjon med sitt miljø. Afasi kan påvirke språk og kommunikasjon i stor grad, likevel er det respons fra familie, venner og samfunnet som bestemmer hvor stor innvirkning vanskene får for den afasirammede (Parr, 2007). I den konsekvensbaserte tilnærmingen er målet å fremme kommunikasjon og deltakelse i personlige aktiviteter for afasirammede (Simmons-Mackie, 2008). Man utvider intervensjonen fra å kun fokusere på vansken, til å omhandle det å leve med afasi, inkludert livsstilsendringer og psykososiale problemer. Man tenker seg at vanskene er en konsekvens av holdninger og barrierer i samfunnet, ikke bare en vanske hos den afasirammede. Informasjonen om disse barrierene benyttes for å utforme målsettinger og prioriteringer i afasirehabiliteringen (Qvenild et al., 2010). En undersøkelse gjort av Garcia et al. (2000) trekker frem barrierer i samfunnet som kan være mulige årsaker til at personer med kommunikasjonsvansker kan oppleve vansker i arbeidssammenheng. Barrierene som ble identifisert i undersøkelsen var knyttet til personlige faktorer som den afasirammedes stress, selvbilde og sykdomsbilde; organisatoriske faktorer som arbeidsoppgaver og forventninger til produktivitet på arbeidsplassen; og samfunnsmessige faktorer som kollegaers holdninger og arbeidsmarked.

Konsekvensbasert tilnærming krever et langsiktig syn på afasirehabilitering. Det er viktig at den afasirammede er aktivt med og deltar i rehabiliteringsprosessen, da den afasirammedes perspektiv er en viktig del av rehabiliteringen (Simmons-Mackie, 2008).

Støttet samtale for voksne med afasi

Støttet samtale for voksne med afasi er et verktøy innen konsekvensbasert tilnærming (kalt den sosiale modellen av Simmons-Mackie, 2008) og vil bli brukt til å belyse deler av vårt datamateriale. Støttet samtale for voksne med afasi ble utviklet for å redusere de psykososiale konsekvensene ved afasi (Kagan, 1998). Afasi kan som nevnt ovenfor kamuflere kunnskapen den afasirammede har, noe som kan påvirke hvordan den afasirammede blir oppfattet av andre (Kagan et al., 2004). Mange afasirammede føler seg undervurdert, og blir utelatt fra deltakelse i daglige aktiviteter som selskap, legebekker og så videre. Støttet samtale for voksne med afasi er en intervensjon hvor det å trene opp samtalepartnere i den afasirammedes nærmiljø står i fokus. Samtalepartnere kan være fra den afasirammedes familie, arbeidsplass eller lignende. Samtalepartnerne kan være gode modeller i å benytte støttende verktøy, noe som kan øke den afasirammedes motivasjon for selv å benytte slike verktøy. Samtidig vil en slik trening kunne bidra til økt kunnskap og forståelse for den afasirammedes situasjon. Personene i nærmiljøet vil da lettere erkjenne at den afasirammede fortsatt er kompetent og interessant, noe som kan øke mulighetene for kommunikasjon, da interaksjonen med den afasirammede vil gå lettere (Simmons-Mackie, 2008). Tanken er at den afasirammedes kompetanse avsløres gjennom samtaler med en trent samtalepartner som støtter og bidrar til kommunikasjonen. Den afasirammede skal gjennom støttende samtaler få mulighet til å ha genuine voksne samtaler og sosial interaksjon. For at denne intervensjonen skal fungere er det viktig at trening med samtalepartnere, og utvikling av teknikker og strategier får stor oppmerksomhet. Samtidig med dette bør den afasirammede fortsette sin rehabilitering.

2.5.6 Kombinasjon av tilnærmingene

Vanskebasert og konsekvensbasert tilnærming til afasirehabilitering erkjenner begge at afasi er en vanske etter ervervet hjerneskade som berører språklig funksjon. Forskjellen er at man innen den vanskebaserte tilnærmingen først og fremst arbeider direkte med språkvanskene, mens konsekvensbasert tilnærming fokuserer på vansker med kommunikasjon og sosial deltakelse. Begge tilnærmingene har et mål om bedret funksjonell kommunikasjon, men

fokuset i rehabiliteringen er ulikt. Thompson og Worrall (2008) mener at afasi er begge deler - både en språkvanske og psykososial vanske. De to tilnærmingene har samme overordnede mål. Forfatterne skriver at "the overarching goal of both methods is to help people with aphasia to communicate as effectively as possible in the environment" (s. 19). Det er derfor viktig å ikke gjøre forskjellene mellom vanske- og konsekvensbasert tilnærming unødvendig store. Whitworth et al. (2005) skriver at målet for all afasirehabilitering er at:

the people with aphasia is to improve their functioning in the real, social world, to enable them to cope with the barriers to participation and fulfillment. (...) There is no contradiction between functional, social aims and therapy directed at reducing impairments (s. 264).

Logopedene bør arbeide for å bygge bro mellom de to tradisjonene, da oppmerksomhet rettet mot begge tilnærminger er avgjørende for en vellykket afasirehabilitering (Hillis, Worrall, & Thompson, 2008). Samtidig er det viktig å huske på at virkeligheten er kompleks, og at de to tilnærmingene kun er modeller for rehabilitering. Det vil nødvendigvis være fordeler og ulemper ved kombinasjon av tilnærmingene.

Undersøkelser fra flere land viser at logopeden kombinerer de to tilnærmingene i rehabilitering (Brown et al., 2011; Brumfitt, 2006; Sherratt et al., 2011; Verna, Davidson, & Rose, 2009). For eksempel fant Verna et al. (2009) i sin kartlegging av australske logopeders rehabiliteringspraksis, at 61 % av informantene brukte mer enn én tilnærming i sin afasirehabilitering. En annen australsk undersøkelse kartla logopeders mål for afasirammede og deres familier (Sherratt et al., 2011). Undersøkelsen viste at logopedenes mål i stor grad omhandler språk og kommunikasjon. Samtidig inkluderte logopedene mål for deltakelse og opplysning i sin praksis. Sherratt et al. (2011) skriver at resultatene vitner om en holistisk tilnærming til afasi hvor man ikke bare arbeider med afasien i seg selv, men også med personen med afasi. Målene reflekterte med andre ord bruken av både vanske- og konsekvensbasert tilnærming i afasirehabiliteringen.

2.6 Arbeidsrettet rehabilitering

Ovenfor har vi belyst ulike tilnærminger til afasirehabilitering. Vi vil nå kort beskrive hva arbeidsrettet rehabilitering innebærer.

I følge Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) vil en vellykket arbeidsrehabilitering være avhengig av:

Omfanget og alvorlighetsgraden av fysiske, kognitive og kommunikative vansker; alder; yrke, stilling og arbeidsoppgaver; ønsker og motivasjon; arbeidsgivers og kollegers holdninger og arbeidsstedets personalpolitikk; arbeidsplassens og arbeidsoppgavens tilretteleggingsmuligheter; ev. tilgang på andre arbeidsoppgaver, andre arbeidsmuligheter, arbeidsrehabiliteringens innhold; kvalitet og graden av oppfølging (s. 141).

Man kan tenke seg at arbeidsgiver og kollegaer har lite kjennskap til afasi. Dette fordi få personer i Norge kjenner til begrepet afasi (Haaland-Johansen, 2010, juni). En internasjonal undersøkelse fra 2002 viste at bare 5 % av de som deltok i undersøkelsen kjente til hva afasi er (Simmons-Mackie, Code, Armstrong, Stiegler & Elman, ref. i Simmons-Mackie, 2008). Simmons-Mackie (2008) skriver at logopeden og personer med afasi har et ansvar for å gjøre afasi mer kjent i det offentlige rom, for eksempel på arbeidsplassen.

Radford og Walker (2008) skriver at arbeidsrettet rehabilitering er under vekst i Storbritannia særlig innenfor privat og frivillig sektor. Wolfenden og Grace (2009, ref. i Graham et al., 2011) trekker frem fire essensielle prinsipper i arbeid med yrkesfaglig rehabilitering av personer med hjerneslag. For det første er forberedelse og konkret trening av vanskene vesentlig. For det andre er læring og utdanning innenfor områder som er aktuelle i forhold til arbeidsplassen nødvendig. For det tredje er det viktig at den afasirammede deltar i planlegging og gjennomføring av den yrkesfaglige rehabiliteringen. Det fjerde prinsippet går ut på at personer med hjerneslag bør få oppfølging på arbeidsplassen av en fagperson som kjenner den slagrammedes situasjon godt. Vi ser for oss at logopeden kan være denne fagpersonen når afasirammede skal tilbake i arbeid.

2.7 Logopedens rolle i rehabiliteringsprosessen

Etter å ha redegjort for generell afasirehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering, trekker vi nå inn logopedens rolle i denne prosessen. Dette fordi logopedens rolle er en sentral del av vår problemstilling. Logopeden er en fagperson som i følge Norsk logopedlag (2010) skal: "arbeide til beste for mennesker som har vansker med tale, språk, språklige symboluttrykk, stemme eller svelging" (s.31). I denne oppgaven utpeker rådgivning og veiledning seg som viktigere enn den konkrete fagkompetansen. Derfor er det først og fremst rådgivningskompetanse som redegjøres for videre. I dette delkapittelet vil vi først redegjøre for logopedens tosidige fagkompetanse. Deretter vil logopedens rolle som rådgiver bli belyst, før vi trekker inn empiri på logopedens styrker og begrensninger.

2.7.1 Logopedens tosidige fagkompetanse

Faglig kompetanse handler om evnen til å forstå og forholde seg til kravene man møter i en yrkesprosess. Røkenes og Hanssen (2006) mener at en fagpersons fag- eller yrkeskompetanse kan sies å bestå av både handlingskompetanse og relasjonskompetanse.

Handlingskompetansen består av fagspesifikk kunnskap og ferdigheter til å handle ut i fra denne. Fagpersonen skal gjøre noe for eller med andre. For logopeden vil dette handle om kunnskap, kartlegging og intervensjon knyttet til kommunikasjon, språk, tale og stemme.

Relasjonskompetansen handler om relasjonsforståelse, relasjonsferdigheter og etisk refleksjon. Som fagperson skal man være i stand til å forstå og samhandle med klienter på en god måte. For logopeden blir dette rådgivning, da man gjennom studiet har hatt rådgivningsteori, men også generelle erfaringer med kommunikasjon både som privatperson og fagperson. Røkenes og Hanssen (2006) skriver at: "Hos en dyktig fagperson er handlingskompetansen og relasjonskompetansen flettet sammen i en helhet" (s. 9). En dyktig logoped tar med andre ord i bruk både handling og relasjon i sitt arbeid.

I følge Røkenes og Hanssen (2006) er kvaliteten på relasjonen mellom fagperson og klient avgjørende for en god prosess i yrker hvor målet for klienten er læring, mestring og utvikling. Deres relasjonspyramide, bestående av samhandling, relasjon, forståelse og handling, illustrerer at en god relasjon mellom fagperson og klient er viktig. Relasjonen utvikler seg gjennom samhandling mellom de to. En trygg relasjon åpner for at man kan forstå hverandre, noe som igjen påvirker handlingene i relasjonen. En god relasjon gir handlingsrom for fruktbar konfrontasjon mellom klient og fagperson. Lassen (2002) understreker at konfrontasjon må brukes med varsomhet, men kan være et nyttig redskap for eksempel når råde søker ikke er i kontakt med realitetene.

De to sidene ved logopeden fremheves også av Holland (2007). Hun skriver at logopeder på den ene siden har en ekspertise knyttet til evaluering og behandling av kommunikasjonsvansker. På den andre siden innebærer logopedrollen å gi rådgivning som fremmer handlinger og avgjørelser som er positive for den afasirammedes livskvalitet.

2.7.2 Logopeden som rådgiver

Ved innføringen av den konsekvensbaserte tilnærmingen, oppstod behovet for en endret logopedrolle. Logopeden skal ikke bare være en ekspert på språk og kommunikasjon, men

rådgi sine klienter med utgangspunkt i barrierer i samfunnet som skaper vansker for den afasirammede (Holland, 2007). Rådgivningsaspektet belyses videre ved å redegjøre for rådgivning som hjelp til selvhjelp, rådgivning til personer med kommunikasjonsvansker og logopedens arbeid med psykososiale vansker.

Rådgivning som hjelp til selvhjelp

Hjelp står sentralt i Davis (2000) sin definisjon av rådgivning. Han ser på rådgivning som "enhver situasjon der det foreligger gjensidig enighet om at et menneske skal gå inn i samarbeid med et annet menneske, i forsøk på å yte hjelp" (Davis, 2000, s.16). Rådgiveren skal sørge for at klienten mestrer å ta i bruk egne ressurser og selv kunne skaffe seg nødvendig kunnskap (Johannessen, Kokkersvold, & Vedeler, 2010). Davis (2000) understreker at hjelp ikke dreier seg om å handle på vegne av rådsøker, men få rådsøker til å selv finne ut hva han eller hun ønsker og hvordan han eller hun selv kan nå målet. Det handler med andre ord om at rådgiver skal hjelpe rådsøker til å hjelpe seg selv. I sin artikkel om empowerment forklarer Lassen (2008) at vellykket rådgivning: "ikke primært består i å gi service, men i å igangsette en prosess ved å gi en form for støtte som forløser rådsøkernes egne krefter og tilrettelegger for deres videre utvikling" (s.157). Hjelp til selvhjelp handler om å bevisstgjøre rådsøker på sine ressurser. Rådsøker skal bli kjent med sine svakheter, men kanskje først og fremst sine styrker og utnyttelsen av disse. Lassen (2002) skriver at rådgiveren kan oppnå dette gjennom å gi rådsøkeren mestringsopplevelser og kompetanse.

Logopedens rådgivning til personer med kommunikasjonsvansker

Holland (2007) skriver spesifikt om logopeden som rådgiver. Hun kobler prinsipper fra positiv psykologi med tanker om hva som er unikt når rådgivningen utføres av en logoped og retter seg mot personer med kommunikasjonsvansker. Positiv psykologi handler om søken etter et lykkelig liv. Hun mener at ved rådgivning av personer med kommunikasjonsvansker, må logopeden spørre seg hva som er klientens styrker, fremfor å fokusere på svakhetene. Hjerneslag og de etterfølgende kommunikasjonsvanskene, kommer plutselig og de fleste møter vanskene fullstendig uforberedt. Før hjerneslaget inntraff hadde klienten trolig gode strategier for å håndtere utfordringer i livet. Holland (2007) påpeker at logopeden kan bygge videre på disse strategiene for å fremheve den afasirammedes styrker.

Holland (2007) skriver at rådgivning først og fremst handler om å lytte og at fagpersonen må starte med å distansere seg fra egne fordommer og forventninger slik at han eller hun kan se verden fra den afasirammedes perspektiv. Dette kan fremme en relasjon mellom logoped og afasirammet preget av forståelse og aksept, hvor den afasirammede tørr å uttrykke følelser og bekymringer. Holland (2007) trekker videre frem tre grunnprinsipper ved positiv psykologi som hun mener er særlig nyttige ved rådgivning av personer med kommunikasjonsvansker. For det første er man like opptatt av å oppdage styrker som man er på å modulere svakheter. For det andre fokuserer man i like stor grad på bygge opp det beste med livet, som å reparerer det verste. For det tredje er man innen positiv psykologi like opptatt av å oppfylle ønsker i livene til normale mennesker, som man er med å helbrede patologiske forhold.

Logopedens arbeid med psykososiale vansker

Afasi får konsekvenser for selvfølelsen og andre psykososiale faktorer (Lind & Haaland-Johansen, 2010). Dette gjelder sannsynligvis også afasirammede som skal tilbake i arbeid. Brumfitt (2006) undersøkte i hvor stor grad psykososialt arbeid er en del av logopedens praksis. Hun fant at de fleste logopedene synes dette er en viktig del av rehabiliteringen. Av logopedene som svarte på spørreskjemaet, krysset 84 % av for at de brukte mellom 30-70 % av sin tid med de afasirammede til å arbeide med psykososiale utfordringer. Under et spørsmål for frie kommentarer ble det uttrykt usikkerhet knyttet til balansegangen mellom arbeid direkte knyttet til språkvansken, og arbeid med den afasirammedes psykososiale behov. Logopedene så ut til å være enige om at begge burde være en del av rehabiliteringen, men opplevde det utfordrende å bestemme seg for i hvor stor grad det ene eller det andre skulle vektlegges. Enkelte logopeder var usikre på hvorvidt de var i stand til å levere et tilfredsstillende psykososialt tilbud til sine klienter. Brumfitt (2006) skriver at med innføringen av den konsekvensfokuserede tilnærmingen og arbeidet med psykososiale utfordringer har det oppstått en del utfordringer for logopeden. Logopeden kan oppleve uklare grenser og forvirring knyttet til innholdet i egen yrkesrolle.

Holland (2007) skriver at logopeder kan ha vansker med grensene mellom rådgivning knyttet til kommunikasjonsvansker og rådgivning knyttet til medfølgende psykiske vansker. Hun påpeker at det da er "essential to recognize that counselors in communication disorders lack the technical skills and the credentials to treat depression" (2007, s. 15). Selv om logopeden kan og bør arbeide med psykososiale vansker hos de afasirammede, må han eller hun erkjenne

når behandlingen har gått over i psykologens terreng. I de yrkesetiske retningslinjene til Norsk Logopedlag (2010) står det at: "Et medlem bør samarbeide med andre fagpersoner, søke faglig bistand, og eventuelt vise klienten til andre spesialister" (s.32). Det står også at: "Et medlem bør vise lojalitet overfor kolleger og bør søke å etablere et godt samarbeid med dem og med representanter for andre yrkesgrupper" (Norsk logopedlag, 2010, s.32). Når en fagperson, her logopeden, kjenner at han eller hun ikke strekker til, bør logopeden henvise klienten videre eller be om hjelp fra andre fagprofesjoner (Lassen, 2002).

Holland (2007) påpeker at selv om logopeden ikke er utdannet psykolog, er han eller hun en av få fagpersoner som kanskje forstår språket den afasirammede bruker for å uttrykke hvordan han eller hun faktisk har det. Flere undersøkelser konkluderer med at når en slagrammet skal tilbake i arbeid, vil det kunne være svært fruktbart å ha med en fagperson til å bygge bro mellom den afasirammede og arbeidsplassen. Denne fagpersonen må kjenne til konsekvensene av hjerneslag, forstå den afasirammedes situasjon og kunne følge opp arbeidsplassen og den afasirammede (Graham et al., 2011; Morris et al., 2011; Radford & Walker, 2008). Logopeden kan kanskje være denne personen, men Morris et al. (2011) fremhever at denne rollen sannsynligvis krever noe mer enn det som kan sies å tilhøre logopedens ansvarsområde.

2.7.3 Logopedens styrker og begrensninger

Vi skal nå redegjøre for tidligere studier som omhandler logopedens styrker og begrensninger. Dette fordi vi i vår oppgave belyser nettopp logopedenes egen opplevelse av sine styrker og begrensninger i arbeidet med afasirammede som skal tilbake i arbeid.

Brown et al. (2011) undersøkte afasilogopedens oppfatning av hvilke faktorer som påvirker hvorvidt den afasirammede lever suksessfullt med sin afasi. Da logopedene reflekterte over disse faktorene, trakk flere frem faktorer ved logopedi og logopedens rolle som de mente kunne påvirke at den afasirammede lever godt med sin afasi. Faktorer knyttet til logopeden og logopedi som kom frem, var blant annet gruppeterapi og informasjon til de afasirammede og deres familie. Det å fremme aksept for afasien og livet med afasi, samt det å hjelpe den afasirammede til å takle depresjoner ble også trukket frem. Betydningen av en støttende og forståelsesfull relasjon mellom logoped og klient, hvor logopeden holder et positivt fokus på styrker ble også nevnt, samt rehabiliteringens omfang og oppfølging. Flere av faktorene fra undersøkelsen reflekterer prinsippene bak rådgivningsteorier som hjelp til selvhjelp og positiv

psykologi som er redegjort for tidligere. Forfatterne påpeker at kun én av faktorene logopedene trakk frem var en barriere, nemlig restriksjoner i systemet. Resten av faktorene er sider ved logopedrollen og afasirehabilitering som kan fremme et godt liv med afasi. I Verna et al. (2009) sin undersøkelse fant de at om lag 88 % av logopedene som deltok i undersøkelsen opplevde barrierer i arbeidet med afasirammede. Den hyppigst oppgitte barrieren var mangel på tid knyttet til redusert stilling, økt arbeidsmengde og kortere en-til-en tid med klienten.

Resultater fra flere internasjonale undersøkelser viser en tendens til at logopeden er noe distansert fra prosessen når den afasirammede skal tilbake i arbeid (Garcia et al., 2000; Kersten et al., 2002). I undersøkelsen utført av Garcia et al. (2000), identifiserte afasirammede, logopeder og ansatte med personalansvar, barrierer og strategier for arbeidsrettet rehabilitering. Kun 11 % av de identifiserte strategiene var rettet direkte mot logopeden. Dette kan tyde på at verken den afasirammede, arbeidsplassen eller logopedene ser logopeden som en viktig del av tilbakeføringen til arbeid. En annen undersøkelse identifiserte unge slagrammedes umøtte behov, og viste at ingen av de afasirammede som var tilbake i arbeid ønsket logopedisk behandling (Kersten et al., 2002). Av de afasirammede som ikke var tilbake i arbeid svarte 13 % at de ønsket videre logopedisk behandling. En utfordring ved dette resultatet er at det er ukjent hvorvidt de afasirammede som er tilbake i arbeid har hatt logopedisk hjelp som del av rehabiliteringen.

2.8 Tverrfaglig samarbeid

Vi har nå belyst logopedens rolle når afasirammede skal tilbake i arbeid. Undersøkelser viser imidlertid at tverrfaglig samarbeid kan være positivt i denne rehabiliteringsprosessen. Derfor redegjør vi for logopedens rolle i en tverrfaglig rehabilitering, og belyser betydningen tverrfaglighet har for at den afasirammede kan komme tilbake i arbeid.

På de fleste arenaer for behandling sees tverrfaglig samarbeid i team som det optimale tilbudet for klienter (Golper, 2008). I Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) fremheves viktigheten av tverrfaglighet i hele rehabiliteringsløpet. "En viktig faktor for god rehabilitering er at den slagrammede får tilgang til et koordinert opplegg hvor et spesialisert tverrfaglig team deltar sammen med pasient og pårørende" (s.92). Nyten for de afasirammede er knyttet til afasiens mange og komplekse

konsekvenser, som strekker seg utover vansker knyttet til språk og kommunikasjon. Golber skriver at:

No one discipline can encompass the whole life-changing condition known as "aphasia". (...) Developing collaborations with other is particularly important throughout the recovery continuum following the onset of aphasia since many patients with aphasia have medical, physical, psychosocial, emotional, recreational, vocational, and financial concerns that may or may not be directly complicated by their communication impairment (2008, s. 229).

I et tverrfaglig team bidrar hver person med sin unike bit i samarbeidet, og logopeden bidrar med kunnskap og ferdigheter knyttet til kommunikasjonsvansker og andre kognitive vansker etter slag (Golper, 2008). Logopeden er en viktig del av det tverrfaglige temaet i alle fasene av rehabiliteringen, både i akutfasen, på slagenhet, i spesialhelsetjenesten og i tilbudet fra hjemkommunen (Helsedirektoratet, 2010).

Golper (2008) mener, som nevnt i sitatet ovenfor, at afasirehabiliteringen går over et kontinuum. Kontinuumet har seks faser som strekker seg fra den akutte behandling på sykehuset og frem til den afasirammede er hjemme i egen bolig og skal tilbake som en aktiv deltaker i samfunnet. I Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) står det at: "Sammensetningen av dette teamet vil variere avhengig av om brukeren befinner seg i institusjon eller i hjemmet. Pasientens funksjonsutfall og målsettingen for rehabiliteringen vil også ha betydning for hvilket tverrfaglig tilbud det er behov for" (s. 92). I de forskjellige fasene av kontinuumet vil den afasirammede ha ulike behov. Fokuset for rehabiliteringen vil dermed endre seg, og eventuelle team vil trenge ulike fagpersoner. Kommunikasjonsbehovet er til stede i alle faser, men endrer prioriteringsplass underveis. I de to første fasene ligger hovedfokuset for rehabilitering på fysiologisk og medisinsk stabilitet og eventuelle fysiske begrensninger. I den tredje fasen blir behovet for å kommunisere og andre kognitive utfordringer viktige. I de siste fasene trer psykososiale og emosjonelle utfordringer inn, og ikke minst behov knyttet til arbeid og økonomi (Golper, 2008).

Ved Center for Hjerneskade i København har de gode erfaringer med bruk av tverrfaglig team i rehabiliteringen av afasirammede som skal tilbake i arbeid (Jensen & Lønnberg, 2009). Programmet innebærer intensiv trening for å bedre språk og å lære kompenserende kommunikasjonsteknikker. Den afasirammede deltar også i rådgivende samtaler for avklaring av kompetanse, evner og ønsker, omringet av et støttende team og miljø for å bygge opp

selvtillit og motivasjon. I rehabiliteringsprogrammet arbeider de med pårørende for å opprette et støttende nettverk rundt den afasirammede. Teamet får god kjennskap til den afasirammedes ressurser og svakheter og i samarbeid med arbeidsgiver utforskes og identifiseres mulige tilrettelegginger på arbeidsplassen (Jensen & Humle, 2011; Jensen & Lønberg, 2009).

Logopedens rolle i dette tverrfaglige temaet er å sette seg inn i hva den afasirammedes arbeidsoppgaver vil være (Jensen & Humle, 2011). Han eller hun må vurdere hvilke språklige og kommunikative krav disse arbeidsoppgavene stiller, og hvordan den afasirammede eventuelt kan kompensere for disse. Logopeden trekker inn relevante arbeidsoppgaver i rehabiliteringen, deltar på personalmøte på arbeidsplassen og informerer om utfordringer og ressurser hos den afasirammede. I følge Jensen og Humle (2011) er dette et nytt område for mange logopeder, og kan dermed oppleves som utfordrende. Fagpersoner som arbeider alene og ikke spesifikt med arbeidsrehabilitering, for eksempel logopeden i hjemkommunen, har begrenset mulighet til å formidle nødvendig informasjon til arbeidsgiver. Mye viktig kunnskap som kan hjelpe den afasirammede tilbake i arbeid kan dermed gå tapt.

Vi har nå redegjort for teori som vil bidra til å drøfte våre funn. Før resultatene presenteres, vil vi redegjøre for valg av metode og forskingsprosessen.

3 Metode

Valg av metode er knyttet til problemstilling og forskningsspørsmål for undersøkelsen. Problemstillingen i denne oppgaven er: På hvilken måte kan logopeden være en ressurs i rehabiliteringen av afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Problemstillingen er operasjonalisert i forskningsspørsmålene:

- Hva er logopedens arbeidsoppgaver i rehabiliteringsprosessen?
- Opplever logopeden styrker knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke?
- Opplever logopeden begrensninger knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke?

I dette kapitlet redegjøres og drøftes valg av metode og forskningsprosessen.

Validitetsutfordringer drøftes underveis i kapitlet. Under valg av metode vil det redegjøres for kvalitativ tilnærming, og kvalitativt forskningsintervju. I kapittel 3.2 presenteres forskningsprosessen og valg vi har tatt i løpet av prosessen drøftes. Vi redegjør for gjennomføring av datainnsamling og grunnlag for tolkning og analyse, som del av reliabilitets- og validitetsdrøftingen. Avslutningsvis trekkes etiske hensyn og metodiske begrensninger ved undersøkelsen frem.

3.1 Valg av metode

I denne oppgaven er det valgt en kvalitativ tilnærming med fokus på hermeneutisk og fenomenologisk tradisjon. Vi har valgt det kvalitative forskningsintervjuet som forskningsmetode. Nedenfor følger en kort begrunnelse for disse valgene.

3.1.1 Kvalitativ tilnærming

Bruk av kvalitativ tilnærming kjennetegnes ved at man søker kunnskap i dybden, heller enn i bredden. Innen kvantitativ tilnærming forsøker man å si noe om en større populasjon og studerer bestemte variabler innen et fenomen. Innen kvalitativ tilnærming søker man en helhetlig forståelse av fenomenet som studeres på et relativt lite antall personer (Gall, Gall, & Borg, 2007). Kvalitativ tilnærming er mye brukt i spesialpedagogikken, men i følge Schiavetti, Orlikoff og Metz (2011) har den først nylig etablert seg i studier med tilknytning til kommunikasjonsvansker. Ut ifra empirien, som tidligere gjort rede for, antok vi at få

norske logopeder har erfaring med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Dette talte for at problemstillingen i denne undersøkelsen best kunne besvares kvalitativt ved å søke kunnskap i dybden blant de logopedene som har den kunnskapen.

Dalen (2011) skriver at et overordnet mål for kvalitativ forskning er: "å utvikle forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet" (s. 15).

Kvalitativ forskning legger til grunn en antagelse om at hver enkelt konstruerer sin egen sosiale virkelighet. Den kvalitative forskeren forsøker å forstå fenomenet med utgangspunkt i den enkelte informantens virkelighet (Gall et al., 2007). I undersøkelsen har vi tatt utgangspunkt i den enkelte logopeds virkelighet for å få kunnskap om hvordan logopeden er og kan være en ressurs for afasirammede som skal tilbake i arbeid.

I denne oppgaven har vi ikke bare undersøkt hva logopedene konkret gjør i rehabiliteringen av afasirammede som skal tilbake i arbeid, men vi har også undersøkt hvordan logopeden opplever sin rolle i denne prosessen. Dette samsvarer med kvalitativ tilnærming, hvor man er opptatt av å få innsyn i deltakernes opplevelser og livsverden (Dalen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). En persons livsverden er verden slik den fremstår i hverdagen som en umiddelbar opplevelse, uavhengig av forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2009).

Som vist ovenfor ansees den kvalitative tilnærmingen som mest hensiktsmessig for å belyse problemstillingen vår. Det er imidlertid noen validitets- og reliabilitetstrusler i kvalitative undersøkelser. Validitet sier noe om hvorvidt metoden i et prosjekt er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Reliabilitet refererer ofte til pålitelighet, og handler om hvor konsistente og troverdige dataene er (ibid). Resultatene til en undersøkelse er ikke valide, med mindre de har god reliabilitet (Gall et al., 2007). Drøftingen vil ta utgangspunkt i Maxwells validitetsinndeling for kvalitative undersøkelser (Maxwell, 1992). Han beskriver følgende fem validiteter: deskriptiv validitet, tolkningsvaliditet, teoretisk validitet, generaliseringsvaliditet og evalueringsvaliditet. Vi benytter oss av de fire første i denne oppgaven.

3.1.2 Fenomenologi og hermeneutikk

I denne undersøkelsen har vi intervjuet logopeder som har erfaring med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Vi søkte kunnskap om deres opplevelse av disse erfaringene.

Undersøkelsen vår er dermed i tråd med fenomenologisk forskning, hvor man studerer et

fenomen gjennom ulike personers opplevelse av sine erfaringer med dette fenomenet (Postholm, 2005). Knyttet til kvalitativ forskning handler fenomenologi om å forstå fenomener ut i fra informantenes perspektiv og beskrive verden slik de opplever den. Fenomenologien anerkjenner at den virkelige verden er den vi selv oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet vårt har vært å undersøke logopedenes rolle i rehabiliteringsarbeidet gjennom logopedens øyne og så nært opp til deres opplevelser og beskrivelser som mulig.

I vår analyse av logopedenes opplevelser, vil det alltid ligge en fortolkning. I hermeneutikken mener man at kunnskap utvikles gjennom tolkning (Fay, 1996). Det finnes ingen objektiv sann virkelighet, og for å få forståelse må man tolke den enkeltes virkelighet. Det var viktig at vi i denne oppgaven var bevisst vår førforståelse, verdier og teoretiske bakteppe. Dette fordi vår førforståelse kan ha farget vår tolkning av dataene, noe som igjen kan ha fått konsekvenser for resultatet i undersøkelsen. Dette kommer vi nærmere tilbake til senere i kapitlet.

3.1.3 Det kvalitative forskningsintervjuet

Formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å forstå sider ved informantenes dagligliv, erfaringer og livssituasjon, fra deres perspektiv (Dalen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). Ved å benytte kvalitativt forskningsintervju som metode fikk vi muligheten til å spørre logopeder som har den rette erfaringen med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Vi fikk også en dypere forståelse av logopedenes erfaringer knyttet til denne prosessen.

Et intervju kan gjennomføres på flere måter. Man kan skille mellom to ytterpunkter; ustrukturert og strukturert intervju. I følge Kleven (2002) kan intervjuet befinne seg hvor som helst mellom de to ytterpunktene. Et helt strukturert intervju kan kjennetegnes ved bruk av faste spørsmål og svarkategorier (Dalen, 2011). I et ustrukturert eller åpent intervju har man et tema eller fokus, men ingen klar plan på intervjuets struktur eller gang. Informanten skal fortelle mest mulig fritt om sine erfaringer (Dalen, 2011; Kleven, 2002). Den mest benyttede formen for intervju innenfor spesialpedagogikken er semistrukturert eller halvstrukturert intervju (Dalen, 2011; Schiavetti et al., 2011). I et semistrukturert intervju er samtalen fokusert mot bestemte temaer som på forhånd er valgt ut av forskeren.

Det er viktig å velge den intervjuformen som best passer til det temaet og målgruppen som er valgt for prosjektet (Dalen, 2011). Fordi vi har rettet fokuset mot en spesiell del av

rehabiliteringsarbeidet og ønsket å få mest mulig informasjon, har vi gjennomført et semistrukturert intervju.

Gjennom et spørreskjema kunne man nådd ut til flere logopeder, og det kunne ha forbedret muligheten for generalisering av resultatene. Innen det kvalitative forskningsintervjuet er resultatene knyttet til bestemt tid og sted, noe som kan gjøre generalisering utfordrende (Maxwell, 1992; Postholm, 2005). Likevel kan slik kontekstuell kunnskap være nyttig og overføres til andre lignende settinger. Det var som nevnt ovenfor grunn til å tro at få afasilogopeder arbeider med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Ved bruk av spørreskjema kunne man risikert at få logopeder kom med relevant informasjon til undersøkelsen. Vi var ute etter å få beskrevet hva som skjer i praksis og var derfor avhengige av rike beskrivelser fra logopeder med relevant erfaring.

Til tross for validitetsutfordringer ved kvalitative undersøkelser er det er likevel viktig å sikre best mulig generaliseringsvaliditet. I følge Andenæs (2000) er det derfor av betydning at forskeren dokumenterer tilstrekkelig for valg av utvalg, og gjennomføring av prosjektet. Hun hevder at det i kvalitativ forskning er den som leser forskningsresultatet som avgjør hvor gjeldene og generaliserbare resultatene er for sin situasjon eller forskningsprosjekt. Gjennom et intervju har forskeren mulighet til å ta informantens perspektiv, og være fleksibel i forhold til spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Datamaterialet vil også kunne strekke seg utover forskerens førforståelse (Gall et al., 2007), noe som blir diskutert nærmere senere i kapittelet.

Det finnes ulike oppfatninger av reliabilitetskrav i kvalitativ forskning. En oppfatning er at en undersøkelse har god reliabilitet dersom den kan gjentas av andre, og at resultatet av den nye undersøkelsen blir det samme (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette kravet blir lite fruktbart ved bruk av det kvalitative fenomenologiske forskningsintervjuet (Postholm, 2005). Dette fordi intervjueren gir av seg selv og bevisst kan variere væremåte avhengig av hvem som blir intervjuet. Trusler mot reliabilitet ved bruk av det kvalitative intervjuet ligger blant annet i intervjuerens eventuelle bruk av ledende spørsmål og bekreftende nonverbale gester (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2 Forskningsprosessen

Vi har nå begrunnet vårt valg knyttet til kvalitativ tilnærming og det kvalitative forskningsintervjuet som metode. For å sikre best mulig validitet og reliabilitet vil vi nå

redegjøre for forskningsprosessen og valg tatt underveis i prosessen. Vi tar i dette delkapittelet for oss: utvalg, forforståelse, intervjuguide, prøveintervju, gjennomføring av intervju, transkripsjon og analyse.

3.2.1 Utvalg

I kvalitative undersøkelser er det viktig at utvalget dokumenteres, da det skal være mulig for leser av forskningsrapporten å vurdere dens validitet (Andenæs, 2000). Utvalget vårt består av fem logopedene, og formålet er ikke å generalisere, men å beskrive og forstå hvordan vårt utvalg arbeider med afasirammede som skal tilbake i arbeid. I utvelgelsen av utvalget har vi tatt utgangspunkt i det Gall et al. (2007) omtaler som purposeful sampling. Med purposeful sampling ønsker man et utvalg av informasjonsrike informanter, og man velger ut de informantene man antar har mest kunnskap om det fenomen som studeres. Kriteriene for vårt utvalg er derfor at logopedene arbeider med eller har arbeidet med afasirammede som skal tilbake i arbeid i løpet av de siste 10 årene. Logopedene vil i dette tilfelle karakteriseres som nøkkelinformanter, da vi som vist i teorikapittelet hadde grunn til å anta at få logopedene har erfaring på området. En nøkkelinformant har ofte mer og dypere kunnskap om det som undersøkes, eller har andre meninger enn andre medlemmer av en definert populasjon (Gall et al., 2007).

For å komme i kontakt med kilder til informanter, kontaktet vi statlig kompetansesenter, voksenopplæringer og privatpraktiserende afasilogopedene i en stor kommune på Østlandet. Den geografiske avgrensningen er valgt av praktiske og tidsmessige hensyn. Etter avtale over telefon sendte vi kilder til informanter en e-post med informasjon om prosjektet, som igjen ble videreformidlet til aktuelle informanter. De logopedene som ønsket å delta i prosjektet tok deretter selv kontakt med oss, og bekreftelse for deltakelse ble avtalt over telefon og e-post. Logopedene som meldte sin interesse fikk tilsendt et informasjonsskriv som omhandlet prosjektet og deltakernes rettigheter. Foruten én informant som trakk seg (se beskrivelse i delkapittelet 3.2.5), ble alle logopedene som meldte sin interesse tatt med i undersøkelsen. Informantene er ikke tilfeldig valgt ut, men meldte seg frivillig. Informantene i undersøkelsen virket engasjerte, både i forhold til temaet afasi og arbeid, men også i faget generelt. Det kan derfor tenkes at informantene i vår undersøkelse ikke representerer den typiske logopeden, men heller logopedene med et særlig engasjement.

Utvalget vårt består av fire kvinner og en mann. Tre av logopedene driver egen privat praksis, og to av logopedene arbeider i det offentlige rehabiliteringstilbudet. Arbeidserfaringen deres varierer fra 3 til 13 år. En av informantene har arbeidet med afasi i 12 år, men har over 30 års erfaring som logoped. Tre av informantene har andre avdeling i spesialpedagogikk, og to av disse igjen har hovedfag. En av logopedene har mastergrad i spesialpedagogikk og en er lærer med embetsutdanning i spesialpedagogikk. Samtlige av logopedene uttrykte i forkant av og under intervjuet at de har lite erfaring med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Vi opplevde imidlertid at da de begynte å fortelle, hadde de flere erfaringer å dele.

3.2.2 Førforståelse

Som forsker vil man alltid ha en førforståelse knyttet til temaet som undersøkes og visse forventninger eller hypoteser til mulige resultater. Synliggjøring av forskerens subjektivitet i forskningsarbeidet er viktig for å sikre validitet (Maxwell, 1992). Teoretisk ståsted og utgangspunkt bør redegjøres for i forskningsrapporten, da dette vil kunne farge forskerens tolkning og analyse av uttalelser og resultater. Lincoln og Guba (2000b, ref. i Postholm, 2005) trekker frem at: "forskeren skal møte med åpent sinn, ikke med et tomt hodet". Dette viser at forskeren ikke skal legge sin førforståelse bort, men heller bli bevisst og klargjøre den for seg selv og andre. Det har vært viktig å være bevisst vår førforståelse gjennom de ulike fasene i undersøkelsen, da førforståelsen kan ha påvirket våre valg i planlegging, gjennomføring og tolkning. Bevissthet knyttet til egen førforståelse gjør at man bedre kan forstå informantens forståelse av begreper, erfaringer og uttalelser (Postholm, 2005). I kapittel 2 og 3 er vårt teoretiske ståsted og utgangspunkt i denne oppgaven gjort rede for.

Dalen (2011) understreker betydningen av at forskeren trekker inn førforståelsen på en måte som åpner for bredere forståelse for informantenes erfaringer og uttalelser. I et forskningssamarbeid med flere intervjuere vil det være viktig at forskerne har samme forståelse av fenomenet som studeres og får samme opplæring (ibid). I forkant av intervjuene arbeidet vi aktivt for å få en felles forståelse av problematikken.

Vår førforståelse

Vi forventet at logopedene brukte en kombinasjon av vanskebasert og konsekvensbasert tilnærming til rehabilitering. Vår hypotese var at logopedene ville fremheve språktrening som hovedarbeidsoppgave, samtidig som de arbeidet med livskvalitet, sosial deltakelse og

arbeidstrening. Vi forventet at logopedene har en unik kunnskap om språk og kommunikasjon. Vi antok videre at logopedenes erfaringer gjør de i stand til å være en støtte og ressurs for den afasirammede, på en måte som få andre kan. Vi hadde en hypotese om at logopedene kan oppleve begrensninger i forhold til rammefaktorer som tid, kapasitet og vilje, både fra logopedens, den afasirammedes og arbeidsgivers side i rehabiliteringen. Vi forventet at logopedene hadde erfaring med afasirammede som skal tilbake i arbeid, men at denne erfaringen kunne være begrenset.

3.2.3 Intervjuguide

Intervjuguiden var vår plan for intervjuet. Den sikrer at alle informantene stilles de viktigste spørsmålene man trenger svar på for å kunne belyse det man ønsker å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden er utformet med utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål (Dalen, 2011). Problemstillingen i denne oppgaven er: På hvilken måte kan logopedene være en ressurs i rehabiliteringen av afasirammede som skal tilbake i arbeid? De tre forskningsspørsmålene er:

- Hva er logopedens arbeidsoppgaver i rehabiliteringsprosessen?
- Opplever logopedene styrker knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke?
- Opplever logopedene begrensninger knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke?

Utforming av intervjuguiden gjorde oss oppmerksomme på svakheter ved forskningsspørsmålene og motsatt. Blant annet ble tvetydige forskningsspørsmål konkretisert og overflødige spørsmål fra intervjuguiden ble fjernet. Både innholdet i intervjuguiden og dens form er revidert gjentatte ganger, da vi stadig fikk større innsikt i hva vi skulle undersøke.

For å gi informantene mulighet til å samle tankene omkring temaet afasi og arbeid, startet intervjuet opprinnelig med å be informantene beskrive et anonymt kasus. Dette viste seg å være metodisk utfordrende, da man i så tilfelle måtte hente inn tillatelse fra sakens tredjepart, nemlig den afasirammede (NESH, 2006). Vi valgte derfor å be informantene om en mer generell beskrivelse av rehabiliteringsprosessen. Under utarbeidelsen av intervjuguiden innså vi at enkelte av spørsmålene, kunne oppleves ubehagelige for logopedene å svare på. I følge

Gall et al. (2007) bør man unngå truende spørsmål i intervjuguiden så langt det lar seg gjøre. Vi ønsket at logopedene skulle oppleve at de bidro med nyttig kunnskap. Derfor ble for eksempel spørsmålet "Hva gjør du for at den afasirammede skal returnere til arbeid?" omformulert til "Hva gjør du i denne rehabiliteringsprosessen?". Etter det første intervjuet reviderte vi intervjuguiden på steder hvor informanten ikke forstod spørsmålene. I ettertid så vi at enkelte informanter fremdeles misforstod noen av spørsmålene. I disse situasjonene benyttet vi oppfølgingsspørsmål for å få svar nærmere knyttet til problemstillingen vår. Et eksempel på dette er at enkelte av informantene ikke rettet fokus på logopedens rolle.

Intervjuguiden er utformet med utgangspunkt i traktprinsippet (Dalen, 2011). Dette innebærer at man starter med innledende spørsmål som får informanten til å føle seg vel, som for eksempel logopedens utdanning og erfaringer med afasirammede og tilbakeføring til arbeid. Deretter går man inn i den smale delen av trakten og stiller de sentrale og mer utfordrende spørsmålene. Eksempler på dette er logopedens arbeidsoppgaver, styrker og begrensninger. Intervjuet bør avsluttes med noen generelle spørsmål som åpner trakten igjen (ibid). Intervjuguiden vår avsluttet med et mirakelspørsmål og et åpent spørsmål hvor logopedene fikk mulighet til å ta opp eventuelle viktige emner som ikke allerede var tatt opp.

Mirakelspørsmålet er et mye brukt virkemiddel innen rådgivning for å få klienter til å identifisere hvilke endringer de ønsker i livet sitt (Burns, 2005). Man ber klienten forestille seg hvordan livet ville vært dersom man plutselig var uten vanskene sine. Vi har brukt mirakelspørsmålet som et metodisk virkemiddel for å få informantene våre til å se bort i fra begrensninger og beskrive den optimale afasirehabiliteringen mot arbeid.

Dalland (2007) anbefaler uerfarne intervjuere å utforme intervjuguiden med hensyn til egne intervjuferdigheter. Ingen av forfatterne av denne oppgaven hadde reell intervjuerfaring, og vi støttet oss dermed til en intervjuguide med overordnede temaer og ferdig formulerte hovedspørsmål. Samtidig prøvde vi etter beste evne å være fleksible under intervjuene og løsrive oss fra intervjuguiden, slik at vi kunne oppnå de gode spontane beskrivelsene.

Under de to første intervjuene opplevde vi oss bundet av intervjuguiden, noe som vanskeliggjorde fleksibel bruk av guiden og bruk av oppfølgingsspørsmål. Vi ser med andre ord i ettertid at vi i de to første intervjuene ikke klarte å bruke intervjuguiden semistrukturert. Dette kan ha påvirket svarene vi fikk, og dermed validiteten. Fra det tredje intervjuet og utover opplevde vi imidlertid at erfaring fra de to andre intervjuene hadde gjort oss bedre

kjent med intervjuguiden. Vi opplevde at den da var til hjelp ved at vi husket alle spørsmålene, samtidig som vi kunne bruke den fleksibelt. De tre siste intervjuene ble i større grad semistrukturert og informantene gav flere rike beskrivelser. Ved å støtte oss til intervjuguiden ga vi alle informantene lik mulighet til å svare på de samme spørsmålene, noe som kan sies å styrke resultatenes validitet.

3.2.4 Prøveintervju

Intervjuguiden ble kvalitetssikret gjennom to prøveintervjuer (Dalen, 2011; Gall et al., 2007). Planen var i utgangspunktet å ha fem informanter og én prøveinformant. I samråd med veileder valgte vi imidlertid å inkludere alle seks informanter og i stedet bruke en annen fagperson til prøveintervju. Utvalget endte likevel som nevnt ovenfor på fem informanter, og prøveintervjuene ble gjennomført ved hjelp av to logopedstudenter i sitt fjerde semester. De har ikke arbeidet med afasirammede, men kjenner til litteratur på emnet og har hatt 3 ukers praksis på feltet.

En fagperson med relevant erfaring kunne gitt oss tilbakemeldinger knyttet til eventuelle gap mellom intervjuguiden og faktisk praksis. Ved å prøveintervjue medstudenter fikk vi imidlertid én ekstra informant. Prøveintervjuene førte til revideringer i intervjuguiden, samtidig som det fungerte som en øvelse for intervjuerne (Dalen, 2011). Det ble en øvelse for oss i bruk av oppfølgingsspørsmål, ansvarsfordeling og på samspillet mellom intervjuere, samt intervjuer og informant.

3.2.5 Gjennomføring av intervju

Vi utførte intervjuene på logopedenes arbeidsplass slik at deltakelsen i prosjektet skulle være minst mulig ressurskrevende for informantene. Vi var to studenter til stede under alle intervjuene. Informantene var på forhånd informert om dette, og stilte seg positive til at vi var to. Å være to tilstede under samme intervju krever god planlegging og avklaring av spørsmål om hvem som leder intervjuet og når assistenten eventuelt kan bryte inn (Dalland, 2007). Før intervjuene startet informerte vi informantene om våre ulike roller. Hovedintervjueren hadde ansvaret for å styre intervjuet. Assistenten hadde ansvar for det tekniske, og bidro med oppfølgingsspørsmål og observasjoner. Rollene varierte fra gang til gang. Øvelsen fra prøveintervjuene var nyttige og gjorde at vi samarbeidet godt i intervjusituasjonen.

I de første intervjuene opplevde vi, som nevnt ovenfor, at det var vanskelig å koble svarene informantene ga til problemstillingen, og stille relevante oppfølgingsspørsmål. Vi var ikke i stor nok grad sensitive ovenfor informantenes ordbruk og innholdet i hva de sa, og fikk dermed ikke fullt utnyttet interaktiviteten som kan ligge i bruk av semistrukturert intervju (Schiavetti et al., 2011). Dette kan ha påvirket resultatene, og et reliabilitetsspørsmål kan være om informantene ville svart annerledes dersom vi som intervjuere var mer erfarne. I følge Kvale og Brinkmann (2009) avhenger gode oppfølgingsspørsmål av at man er en aktiv lytter. Intervjueren bør prøve å løsrive seg fra intervjuguiden og heller være sensitiv ovenfor informantens uttalelser og hvordan disse kan bidra til å svare på problemstillingen. Vi kunne med andre ord ikke forberede oppfølgingsspørsmål på forhånd, men måtte strebe etter å være tilstede under intervjuet.

Vi opplevde det som en styrke å være to under intervjuene, da det var lettere for assistenten å aktivt lytte og stille oppfølgingsspørsmål. Dette kan ha sammenheng med vår begrensede erfaring som intervjuere, og at hovedintervjueren måtte konsentrere seg om å drive intervjuet fremover. Når flere personer er med på samme intervju har man muligheten til å sitte igjen med et rikere inntrykk enn dersom man kun har én intervjuer (Dalland, 2007). Man er to om å stille spørsmål og to om å observere. Man kan oppdage sider ved intervjusituasjonen som ikke kommer med på opptaket, men som allikevel kan være en viktig del av analysen.

Ved bruk av intervju som metode kan en utfordring være å forstå informantenes svar slik de er ment fra informantens side. Dalen (2011) understreker viktigheten av å legge til rette for dette på best mulig måte, gjennom bruk av teknisk opptaksutstyr, og redegjørelse av intervjusituasjonen og så videre. Redegjørelse av datainnsamling og tilrettelegging for tolkning og analyse kaller Maxwell (1992) for deskriptiv validitet. I undersøkelsen benyttet vi teknisk opptaksutstyr og tok notater fra observasjoner gjort i intervjusituasjonen.

I etterkant av hvert intervju drøftet vi i fellesskap våre inntrykk fra intervjuet, og skrev en felles logg. I loggen ble det reflektert rundt våre roller som intervjuere, inntrykk av informantene og intervjusituasjonen, og intervjuguiden. Det er imidlertid lett å påvirke hverandres tolkning i etterkant av et intervju. Dalland (2007) foreslår at dersom man er flere sammen om et intervju, skriver hver enkelt ned sine inntrykk etter intervjuet, før all felles diskusjon. Vårt valg om å drøfte inntrykkene i fellesskap etter hvert intervju, fremfor å følge Dalland sitt råd, kan ha fått konsekvenser for vår tolkning av intervjusituasjonen.

Informantene ble tilsendt temaer på forhånd

I forkant av intervjuene gav vi alle informantene mulighet til å få tilsendt spørsmål og temaer på forhånd, og alle informantene ønsket dette. I utgangspunktet hadde vi sett for oss seks informanter i undersøkelsen, dessverre var det en informant som etter en misforståelse trakk seg etter å ha fått tilsendt spørsmålene. Misforståelsen ble oppdaget en uke før intervjuet var avtalt og det kan være ulike grunner til at denne misforståelsen oppstod. En mulig årsak kan være manglende relevant erfaring på området. En annen årsak kan være at vi ikke ga god nok informasjon om prosjektet før informanten takket ja til å delta. Informanten bestemte seg for å delta gjennom deltakelsen til en kollega, og vi hadde ingen direkte telefonkontakt med informanten, annet enn informasjonsskriv sendt på e-post. Vi ser i ettertid at vi burde ha fått bekreftelse på at informanten hadde den rette erfaringen. Alle de andre informantene ga denne bekreftelsen over telefon.

Ettersom alle informantene fikk tilsendt temaer og spørsmål på forhånd hadde de forberedt seg i varierende grad til intervjuet. Enkelte var åpne på at de i liten grad hadde forberedt seg, mens andre informanter hadde forberedt seg godt. Dette kan ha påvirket svarene til de ulike informantene. Det er fordeler og ulemper med å sende temaer i forkant av et intervju. Vi var ute etter genuine svar om hva logopedene faktisk gjør, samtidig som vi ville at logopedene skulle reflektere over egen rolle. Derfor valgte vi å sende hovedspørsmål og temaer (se vedlegg 4), samtidig som enkelte underspørsmål ble holdt tilbake. En informant var godt forberedt, og hadde skriftlige notater. Informanten virket til tider noe overrasket når vi stilte spørsmål som ikke var sendt på forhånd. Likevel er det viktig å understreke at vi ikke opplevde at dette forstyrret gangen i intervjuet, eller påvirket svarene i noen retning.

Alle informantene hadde reflekterte svar, og virket interessert i å hjelpe oss på best mulig måte. En informant viste tydelig at hun var forberedt og hadde god tid. Vi opplevde at denne logopeden hadde lagt til rette for et trygt miljø. Vi gikk begge ut i fra kontoret med en følelse av å ha gjort et godt intervju og i loggen vi skrev like etter intervjuet står det: "Vi var begge trygge, rolige og stort sett til stede. Har nok sammenheng med at vi har mer erfaring, men også at informanten viste at hun hadde god tid og var interessert".

Som nevnt tidligere ble vi etter hvert intervju mer erfarne og trygge i rollene som intervjuere, noe som fikk positive konsekvenser for de neste intervjuene. Det ble blant annet lettere å stille gode oppfølgingsspørsmål. Dette kan skyldes at vår forforståelse hadde endret seg gjennom

erfaringer fra tidligere intervjuer. Det ble også lettere å bruke intervjuguiden fleksibelt etter hvert som vi ble mer erfarne.

3.2.6 Transkripsjon

Vi valgte å foreta transkripsjonen av opptakene selv kort tid etter intervjuene. Dette muliggjør en egen nærhet til intervjuutskriftene og kan styrke den senere analyseprosessen.

Overføringen fra opptak til utskrift kan imidlertid innebære en viss reduksjon av data (Dalen, 2011). Enkelte mener at ingen transkripsjoner er sanne, da man i løpet av transkriberingsprosessen tar en rekke valg som får betydning for innholdet i utskriftene (Hammersley, 2010). Valgene knyttet til transkribering kan få konsekvenser for oppgavens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Dersom ulike observatører beskriver samme data på ulike måter, vil undersøkelsen være lite reliabel, og det får konsekvenser for flere sider ved undersøkelsens validitet (Maxwell, 1992). For å styrke reliabiliteten redegjør vi utførlig for beslutninger og handlinger fra transkriberingsprosessen.

Vi var to studenter som transkriberte og for å gjøre transkriberingene så reliable som mulig, strebet vi etter å få en felles transkripsjonsstil. Vi valgte derfor å transkribere hele det første intervjuet sammen. På denne måten fant vi frem til en felles stil som vi fulgte ved de individuelle transkriberingene. Ved gjennomgang av transkriberingene oppdaget vi at vi hadde oppnådd stor grad av samsvar, og resterende ulikheter og usikkerheter ble luket bort gjennom korrekturlesning av egne og hverandres transkripsjoner. Hammersley (2010) argumenterer for at transkripsjoner kan være gode data, men det krever at forskeren er nøye med hva han eller hun transkriberer. Han fremhever viktigheten av å identifisere ordene på opptaket nøyaktig og å være klar på hva man har lagt til grunn for beskrivelser av kontekst, nonverbal kommunikasjon og lignende.

Vi har valgt å transkribere ortografisk og gjøre om dialektbegreper som "sjøl", "ho", og "lissom" til bokmålsutgavene "selv", "hun" og "liksom". I transkriberingen har vi valgt å fjerne flere minimale responser, unødvendige repetisjoner og forlengelser. Vi inkluderte uttrykk som "ikke sant" og "på en måte". Gester er beskrevet der det har hatt betydning for logopedenes forklaring og pauser er tatt med der vi mener pausene sier noe om informantens svar. Vi har transkribert opptakene i sin helhet, med unntak av personlige spørsmål fra informantene til oss om yrkesvalg og lignende. I tilfeller hvor vi har vært usikre på hva informantene sier eller hva vi skal ta med, har begrunnelsen for avgjørelsen alltid vært knyttet

til at vi ikke skulle endre meningsinnholdet i informantenes utsagn. Gjennom disse valgene, vil vi sikre oss datamateriale av tilfredsstillende kvalitet.

Ved bruk av sitater i oppgaven har vi tatt bort fyllord og endret setningsstruktur. Et eksempel på endret setningsstruktur er: "*Personen på arbeidsplassen da kunne greie å se hva disse vanskene konkret innebar for den afasirammede*" ble gjort om til "*Personen på arbeidsplassen kunne da greie å se (...)*". Disse grepene endrer ikke sitatenes mening, men er gjort for å tydeliggjøre innholdet. Steder hvor store deler midt i sitatet er fjernet, er merket med "(...)". Navn på personer og organisasjoner er anonymisert. Sitatene er skrevet i kursiv, og våre observasjoner og kommentarer er uten kursiv og markert med "[...]".

3.2.7 Analyse

Analyseringen av datamaterialet i denne undersøkelsen er inspirert av Grounded Theory. "En 'Grounded Theory'-tilnærming tar utgangspunkt i det empiriske datamaterialet og er på den måten 'grounded' i data. Det betyr at det er informantenes egne oppfatninger og perspektiver som danner utgangspunkt for analysene" (Dalen, 2011, s. 41). Bruk av Grounded Theory vil kunne bidra til at vi oppdager mønstre i datamaterialet som ikke ville blitt oppdaget dersom vi kun tok utgangspunkt i tidligere teori, empiri og intervjuguidens temainndeling (Corbin & Strauss, 2008).

Vår analyse har bestått av tre faser. I fase 1 leste vi transkriptene og kategoriserte hver for oss. Vi forsøkte å løsrive oss fra forskningsspørsmålene, og med åpent sinn finne nøkkelord og kategorier som tok utgangspunkt i datamaterialet vårt. Det viste seg å være utfordrende å løsrive seg fra forskningsspørsmålene, likevel har vi etter beste evne funnet kategorier basert på datamaterialet. I fase 2 delte vi nøkkelordene og kategoriene med hverandre, og utviklet en rekke felles kategorier. I fase 3 drøftet vi resultatene opp mot teori, og nye underkategorier oppstod.

For å sikre best mulig tolkningsvaliditet er det viktig at informanten gir gode og fyldige beskrivelser under intervjuet. For å ha mulighet til dette er det en forutsetning med gode spørsmål og intervjuguide (Dalen, 2011). Som nevnt tidligere i kapittelet har vi brukt mye tid på å utarbeide spørsmål og intervjuguide. Tolkningsvaliditet tar utgangspunkt i det informantene sier i intervjuene, og man ønsker å finne indre sammenhenger i materialet samtidig som materialet må valideres i forhold til en helhetsforståelse (Maxwell, 1992). Dette

ser man igjen i Grounded Theory, hvor datamaterialet er utgangspunktet for analysen. Det er imidlertid viktig at forskeren viser forsiktighet når han eller hun tolker informantenes uttalelser for å sikre at de reflekterer meningene deres. Som belyst under avsnitt 3.2.2 om førforståelse kan vår førforståelse ha påvirket hvordan vi tolker og analyserer uttalelsene våre informanter kommer med. Gjennom å være bevisst vår egen førforståelse har vi forhåpentligvis tolket og analysert uttalelsene slik som informantene mente det. Våre observasjoner fra intervjusituasjonen hjalp oss også til å tolke uttalelsene på best mulig måte. Det er imidlertid alltid en fare for at uttalelser kan ha blitt mistolket.

I vår undersøkelse har vi brukt dataprogrammet NVIVO til å organisere datamaterialet, men programmet ble også brukt til føring av logg, arbeidsfordeling og til å holde oversikt over litteratur. NVIVO er et program for organisering og bearbeiding av kvalitative data. I følge Richard (2009, ref. i Dalen, 2011) gir slike dataprogrammer også analytiske fordeler. Man kan se for seg at forskeren lettere oppdager interessante fenomener når materialet er oversiktlig. Dette erfarte vi i arbeid med fase 3 av analysen, hvor alle informantenes svar oversiktlig var kategorisert innenfor de ulike kategoriene, noe som lettet drøftingsarbeidet.

Maxwell (1992) hevder det kan bli et teoretisk validitetsproblem dersom sammenhengene mellom teori og resultater blir vagt fremstilt i undersøkelsen. Teoretisk validitet kalles teoretisk fordi den eksplisitt omhandler modeller eller teorier som forskeren bidrar med og som utvikles underveis i studien (Dalen, 2011). Validiteten kan styrkes gjennom at forskeren dokumenterer sine modeller og teorier ut fra datamaterialet og fortolkning (Maxwell, 1992). For å kunne vurdere teoretisk validitet må forskeren tydeliggjøre analyser og redskaper som han eller hun har benyttet og stille disse til rådighet for drøfting (Dalen, 2011). I denne oppgaven er vi som vist inspirert av Grounded Theory, og har brukt NVIVO til organisering av datamaterialet.

3.3 Etske hensyn

Vi vil nå trekke frem noen etiske problemstillinger vi har tatt hensyn til i denne undersøkelsen.

"De som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir om personlige forhold, blir behandlet konfidensielt" (NESH, 2006, s. 18). I vår undersøkelse vil vi ikke komme inn på personlige forhold hos de enkelte logopedene, men likevel ser vi viktigheten av

at dataene vi har samlet inn behandles konfidensielt. Det vil si at det stilles strenge krav til hvordan lister med navn eller andre opplysninger om enkeltpersoner oppbevares.

Personidentifiserende opplysninger knyttet til våre informanter har ikke blitt lagret på data, og papirene har hele tiden blitt oppbevart i et låst skap.

Våre informanter er myndige og deltar frivillig i undersøkelsen, og verken personopplysninger eller datamateriale knyttet til informantene er av sensitiv karakter. Det er allikevel viktig å ivareta logopedenes anonymitet blant annet fordi det er et lite utvalg, og da logopedmiljøet er lite. Anonymiseringen er søkt ivaretatt ved at vi i oppgaven ikke bruker navn eller skiller mellom de enkelte informantene på andre identifiserende måter. Ved kun å bruke uttrykk som "en logoped" og "en annen logoped", vil ikke personer som leser oppgaven kunne identifisere mønstre i den enkelte informants svar. Enkelte steder under presentasjon og drøfting av resultatene, har det vært nødvendig å skille mellom og sammenligne informanter. Dette gjøres enkeltvis under hvert aktuelle sted. Da det kun er én mann i utvalget vårt, omtaler vi alle informantene som hun, for å sikre hans anonymitet. Fordi kun én av våre informanter beskrev en afasirammet som var på vei tilbake til studier, har vi valgt å omtale den afasirammedes studieplass som arbeidsplass. Dette for å sikre den afasirammedes anonymitet.

"Alle forsknings- og studentprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger skal meldes" (NESH, 2006, s. 14). Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD). Informantene fikk i forkant av intervjuene skriftlig og muntlig informasjon om at intervjuene ville bli tatt opp på lydbånd og at informantene når som helst, uten å oppgi grunn, kunne trekke seg fra undersøkelsen. Informantene ble også forklart at opplysningene ville bli behandlet konfidensielt, og at vi ville anonymisere materialet. I tillegg ble de informert om at lydbåndet skulle slettes og transkriberingene makuleres når sensur for oppgaven forelå.

Etter anbefaling fra NSD ble informantene gjort oppmerksomme på viktigheten av at de anonymiserte tredjeperson. Dette for å beskytte den afasirammedes rett til å være anonym, og unngå at logopedene brøt taushetsplikten og andre etiske forpliktelser. I følge Norsk logopedlags (2010) yrkesetiske retningslinjer har logopeder blant annet et ansvar for å "vise varsomhet i sitt arbeid for å unngå uheldige virkninger for klienten, og ikke misbruke den tillit som vises han/henne i yrkesutøvelsen" (s. 32). Eventuell identifiserende informasjon om tredjepart som har kommet frem under intervjuene, er ikke med i oppgaven.

Før, under og etter intervjuene opplevde vi et ønske om å vise takknemlighet ovenfor informantene som hadde stilt opp. Vi var avhengig av deres deltakelse for å få gjennomført prosjektet, og opplevde et behov for å gi noe tilbake. Dalen (2011) skriver at man før intervjuet bør ha tenkt gjennom hva man som intervjuer ikke kan love. Vi hadde på forhånd avtalt at vi kunne sende informantene et sammendrag og elektronisk link til oppgaven, dersom oppgaven legges ut på Digitale utgivelser ved UiO (DUO).

3.4 Metodiske begrensninger

Ved å velge semistrukturert intervju stod vi som forskere fritt til å være fleksible i forhold til intervjuguiden. "En intervjusituasjon er en dialog eller samtale mellom to parter som eksisterer i et tidsperspektiv, men som forsvinner når intervjuet er over" (Dalen, 2011, s. 58). Faktorer som kjemi, erfaringer, tid og så videre påvirket dialogen under intervjuet. Da vi som intervjuere fungerer som instrumentet for datainnsamling (Schiavetti et al., 2011), kan man ikke unngå at disse faktorene vil kunne påvirke utfallet i det enkelte intervju.

Som nevnt innledningsvis har vi i denne oppgaven tatt utgangspunkt i afasi som følge av hjerneslag dersom ikke annet er spesifisert. Informantene ble ikke informert om dette valget, noe som kan være en metodisk begrensning. De valgte allikevel selv å skille mellom eksempler knyttet til afasi som følge av hjerneslag og traumatisk hodeskade.

Som redegjort for tidligere i kapitlet har vi begrenset erfaring som intervjuere, noe som kan ha påvirket intervjusituasjonen. I forkant av intervjuene var vi opptatt av å lage gode spørsmål, som kunne gi gode og fyldige svar, uten å virke ledende på noen måte. Det er imidlertid viktig å trekke frem at vi på grunn av vår begrensede erfaring kan ha kommet med enkelte ledende oppfølgingsspørsmål og nonverbale responser. Dette kan igjen ha påvirket informantene til å ta opp emner som ikke nødvendigvis ville blitt tatt opp i et åpent spørsmål. Vi har imidlertid forsøkt å unngå dette etter beste evne, og har tatt hensyn til det i analysen av datamaterialet.

4 Presentasjon og drøfting av data

I dette kapittelet presenterer vi datamaterialet og drøfter våre funn. Vi velger å presentere og drøfte fortløpende, da dette er vanlig ved fremstilling av kvalitative data (Schiavetti et al., 2011).

Resultatene er delt inn i fire hovedkategorier. Første kategori er rehabilitering hvor vi belyser forskningsspørsmålet: Hva er logopedens arbeidsoppgaver i rehabiliteringsprosessen? Andre kategori er logopedens opplevelse av styrker, som belyser forskningsspørsmålet: Opplever logopeden styrker knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke? Tredje kategori er logopedens opplevelse av begrensninger, som utdypes gjennom forskningsspørsmålet: Opplever logopeden begrensninger knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke? I den fjerde kategorien, mirakelspørsmålet, presenterer og drøfter vi logopedenes tanker om den optimale rehabiliteringen når afasirammede skal tilbake i arbeid.

4.1 Rehabilitering

Som nevnt i teorikapittelet trekker Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) frem en rekke faktorer som påvirker hvorvidt en arbeidsrettet rehabilitering vil være vellykket. Faktorer som omfang og alvorlighetsgrad av vansken, alder, yrke og arbeidsoppgaver, samt arbeidsgivers og kollegaers holdninger med mer ble trukket frem. Informantene i denne undersøkelsen trekker frem flere av disse faktorene når de beskriver sin rolle i rehabiliteringen. Afasirehabilitering kan være direkte rettet mot personen med afasi og selve språkskaden, eller ha fokus på konsekvensene skadene har for sosial deltakelse (Qvenild et al., 2010; Thompson & Worrall, 2008). Alle logopedene i vår undersøkelse tok i bruk begge disse fokusområdene.

I dette delkapittelet belyser vi i hovedsak resultater knyttet til det første forskningsspørsmålet: Hva er logopedens arbeidsoppgaver i rehabiliteringsprosessen? Logopedene i undersøkelsen trakk frem følgende områder: arbeidsrehabiliteringens samfunnsnytte, spesifikk språktrening, arbeidsspesifikk trening og kontakt med arbeidsplassen. Logopedene nevnte arbeidsoppgaver utover disse. For å unngå gjentakelse, vil disse arbeidsoppgavene imidlertid bli belyst gjennom de to andre forskningsspørsmålene senere i kapittel 4.

4.1.1 Logopedene om arbeidsrehabiliteringens samfunnsnytte

Flere logopeder i vår undersøkelse trakk frem den samfunnsøkonomiske betydningen av arbeid. Som belyst i teorikapittelet er det å returnere til arbeid viktig for den afasirammede, men også for samfunnet, både gjennom lønnet og frivillig arbeid. En logoped i vår undersøkelse trakk frem at:

Jeg ser ikke bort i fra at folk som har vært her, og som kanskje ikke har gått tilbake til arbeid, da kan ha havnet i frivillighetsarbeid, uten at jeg nødvendigvis alltid vet hvordan det går med folk senere. (...) Sånn samfunnsøkonomisk, så er det klart at det å få folk ut i produktivt arbeid er vel kanskje det mest lønnsomme, men det å kunne gi noen et godt og verdig og bra kommunikativt liv, selv om de ikke går tilbake i arbeid, er jo også en viktig bit. Men det er problematisk.

Hjerneslag er en av de dyreste sykdommene i det moderne samfunn (Vestling et al., 2003), og koster Norge 7-8 milliarder kroner årlig (Helsedirektoratet, 2010). Det vil være nyttig for samfunnet å fokusere på å returnere til arbeid, da det kan føre til reduserte kostnader som uføretrygd og tidlig pensjon. Returnering til arbeid kan også gi bedre helse og dermed redusere sykehusutgifter (Hinckley, 2002). I kapittel 2.2.3 har vi sett at frivillig arbeid er nyttig, og bidrar positivt for samfunnet. Dette tyder på at det er økonomisk gunstig for samfunnet å investere i å få afasirammede og slagrammede uten afasi tilbake i arbeid.

4.1.2 Spesifikk språktrening

Ikke overraskende trekker samtlige av våre fem informanter frem spesifikk språktrening som en viktig del av rehabiliteringen, uavhengig om den afasirammede skal tilbake i arbeid eller ikke. En logoped sa at: "*Det er en grundig kartlegging for å finne ut hva de språklige vanskene til denne personen er, og vi prøver å finne ut hva som er intakt og hva som ikke er det i språklige prosesser*". En annen logoped uttrykker at:

Når man jobber med en afasirammet, etter kartlegging og testing, må man se på hvilke spesifikke områder den enkelte har utfall. Da ser vi i forhold til de fire modalitetene, ikke sant? Lesing, skriving, tale og forståelse. Også trener man i forhold til det.

Kartlegging og testing blir i vår undersøkelse trukket frem som viktig for å kunne vurdere den afasirammedes grad av afasi, vansker og styrker, da dette er nødvendig for at logopedene skal kunne gi individuelt tilpasset undervisning.

Dette bekreftes av flere studier som viser at spesifikk språktrening er en nødvendig og vesentlig del av den logopediske rehabiliteringen (Cherney & Robey, 2008; Qvenild et al.,

2010). En casestudie viste at grundig analyse av den afasirammedes kommunikasjonsbehov, og eksplisitt opplæring og trening i kommunikasjonsteknikker, resulterte i at en afasirammet professor returnerte til arbeidslivet (Lasker et al., 2005). Forberedelse og konkret trening av utfall er essensielt i en yrkesrettet rehabilitering (Graham et al., 2011).

På spørsmål om hvilke fokusområder logopedene har i rehabiliteringen når afasirammede skal tilbake i arbeid, svarer en logoped at formidling og forståelse av språk er vesentlig, sammen med konsentrasjon, oppmerksomhet og andre kognitive funksjoner. Hun fortalte videre at: *"Det er klart det blir jo litt hva man tar ut av sitt eget hode da. Sånn typisk logopedens verktøykasse"*. Ross og Wertz (2005, ref. i Verna, Davidson & Rose, 2009) skriver at for å kunne gi en effektiv behandling, må logopedene systematisk evaluere vanskene innenfor de språklige modalitetene. Samtidig må de vurdere hvilken betydning disse vanskene har for et individs prestasjon i daglige gjøremål, og deltakelse i livssituasjoner. Logopedene i vår undersøkelse fortalte videre at:

Vi er jo ikke trent, altså jeg er jo ikke trent som en person til å vurdere om den personen her kan komme tilbake i jobb. Jeg føler ikke at jeg kan vurdere at nå kan du jobbe, det må flere til for å kunne vurdere det så klart.

Som nevnt i teorikapitlet har ansatte ved Center for Hjerneskade i København gode erfaringer fra et intensivt tverrfaglig rehabiliteringsprogram for afasirammede i yrkesaktiv alder. Intensiv språk og kommunikasjonstrening er kjernen i dette språkprogrammet (Jensen & Humle, 2011). Den logopediske treningen har som mål å forbedre det språklige funksjonsnivået, og gi den afasirammede gode kompensatoriske teknikker og strategier som kan benyttes når afasi oppstår. Som redegjort for tidligere, under støttet samtale for voksne med afasi, kan opptrente samtalepartnere være gode modeller i å benytte støttende verktøy og strategier. Dette kan ha en positiv innvirkning på den afasirammedes motivasjon til selv å benytte slike verktøy. Tverrfaglighet og hvorvidt kollegaer kan fungere som støttende samtalepartnere drøftes senere i kapitlet. Det ser ut til at logopedene i vår undersøkelse arbeider med spesifikk språktrening når afasirammede skal tilbake i arbeid. Dette fremheves som positivt av andre undersøkelser som vist ovenfor.

Som nevnt trakk alle våre logopeder frem spesifikk språktrening som viktig, men utover dette var hovedfokuset på arbeidsspesifikk trening og rådgivning. Vi har tidligere redegjort for at logopedens virke er uløselig knyttet til arbeid med språk og kommunikasjon. Det er da kanskje overraskende at logopedene ikke trekker frem språktrening som den viktigste delen

av rehabiliteringen. Samtidig kan man tenke seg at logopedene tar språktrening som en selvfølge og integrerer språktrening i alle deler av rehabiliteringen. Det kan også tenkes at logopedenes svar var tilpasset vår problemstilling som vektlegger konsekvensbasert rehabilitering. Dette belyses nærmere i delkapittel 4.2.1 som omhandler logopedens todelte fagkompetanse.

4.1.3 Arbeidsspesifikk trening

I vår undersøkelse viser det seg at samtlige fem logopeder arbeider med spesifikke arbeidsoppgaver tilpasset den afasirammedes arbeidsplass. Viktigheten av at arbeidsoppgavene i rehabiliteringen blir tilpasset den afasirammede, samt arbeidsoppgaver på arbeidsplassen ble trukket frem. En logoped trakk frem at en stor del av arbeidet med afasirammede er å fordype seg i emner og temaer som er viktige for den afasirammedes liv. Den spesifikke arbeidstreeningen kan innebære alt fra å ringe i telefon eller skrive e-post, til å holde foredrag eller ha uformelle samtaler rundt lunsjbordet. Rehabiliteringen kan foregå enten til-en eller i en afasigruppe som en av logopedene trakk frem. Hun påpekte at afasigrupper følgelig kan være utfordrende å gjennomføre i praksis, da det er få afasirammede som skal tilbake i arbeid, og det er en forutsetning at disse passer sammen i en gruppe.

En logoped uttrykte at:

Det som er viktig er å knytte de oppgavene de skal gjøre hos oss til konkrete arbeidsoppgaver. At vi på den måten kan hjelpe til (...). For eksempel hvis det er en som jobber i en databedrift, så kan vi bruke data.

En annen logoped sa at et fokusområde i rehabiliteringen er: "*Det med å se, og prøve å tilpasse noe av arbeidet her, altså direkte relatert til arbeidsoppgaver de har på jobben*".

En logoped påpekte betydningen av å reteste, for å måle fremgang. Retestingen er aktuell både ved spesifikk språktrening, men også i den arbeidsspesifikke treningen:

Det jeg mener er viktig også i forhold til arbeidsplass, er at man har uformelle oppgaver som er de samme som man har gjort før, slik at man kan se om det er noe bedring. "Nei, hun kan faktisk ikke åpne det vedlegget, hun skjønner det ikke". (...) Hun kan det ikke, vi må gjøre mer. Sånn at en stadig, hva heter det, dråpen uthuler stenen ikke ved makt, men ved å dryppe ofte.

Hun fremhever at for å oppnå gode resultater i rehabiliteringen, kreves det mange repetisjoner på konkrete arbeidsoppgaver. Logopeden tegner, ved hjelp av tittelsitatet, et bilde av hvordan hun ser for seg at arbeidsrehabiliteringen bør være.

Våre funn om arbeidsspesifikk trening blir bekreftet gjennom undersøkelser referert til i teorikapittelet, hvor konkret arbeidsspesifikk trening blir trukket frem som essensielt prinsipp når slagrammede skal tilbake i arbeid (Graham et al., 2011). Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) anbefaler som nevnt tidligere at arbeidsforhold bør kartlegges, og alle som har mulighet til å komme tilbake i arbeid, bør tilbys målrettet arbeidsrehabilitering.

Som redegjort for i teorikapittelet skriver Jensen og Humle (2011) om hvilken rolle logopeden har i det tverrfaglige samarbeidet rundt en afasirammet som skal tilbake i arbeid. En utfordring for logopedene er å sette seg inn i hva den afasirammedes arbeidsoppgaver vil være. Samtidig må logopedene vurdere hvilke språklige og kommunikative krav disse arbeidsoppgavene stiller, og hvordan den afasirammede eventuelt kan kompensere for disse. Det understrekes at logopedene trekker relevante arbeidsoppgaver inn i rehabiliteringen. Dette er imidlertid et nytt område for logopeder og det blir trukket frem at dette kan oppleves utfordrende for noen.

Logopedene i vår undersøkelse trekker også frem viktigheten av å sette seg inn i den afasirammedes arbeidsoppgaver. En logoped uttrykker det på denne måten:

Altså at du kan gå litt mer inn på temaer. Så jeg har jo lært ganske mye om mange ting med årene. Fordi at du har jo måttet sette deg litt inn i hva, men det gjør du jo med alle da egentlig. Med interesser og, ja.

Logopedene understreker at det å sette seg inn i temaer som er viktig for den afasirammede er en viktig del av rehabiliteringen, uavhengig av om den afasirammede skal tilbake i arbeid eller ikke. For afasirammede som skal tilbake i arbeid blir temaer og arbeidsoppgaver knyttet til dette viktig.

Simmons-Mackie (2008) trekker frem at spesifikk trening på aktiviteter som er meningsfulle for den afasirammede, samt modifikasjoner i miljøet rundt er viktig i afasirehabiliteringen. Spesifikk trening kan være å skrive handleliste eller ringe til banken, men det kan også være trening på arbeidsoppgaver knyttet til den afasirammedes arbeidsplass, dersom den

afasirammede ønsker seg tilbake i arbeid. Det er imidlertid viktig at dette skjer i kombinasjon med modifikasjoner i miljøet rundt. En logoped i vår undersøkelse beskrev følgende:

Når de da skal tilbake kan de ha store forhåpninger fordi de har blitt bedre i kommunikasjon og språk (...). De har blitt bedre til å lese, de syns de takler dette godt. Også kommer de kanskje på arbeidsplassen sin og opplever at det er veldig mange skritt tilbake. De klarer ikke henge med, klarer ikke gå til lunsj for eksempel, de skjønner ikke hvordan de skal forholde seg til det å prate litt løst og selv om de kanskje har det faglige, kunnskapen er der fremdeles, så faller de litt ut da. For det er så mye som spiller inn.

Eksempelet ovenfor kan sies å illustrere Kagan (1998) sin definisjon av afasi, som handler om hvordan afasi maskerer kompetanse som ellers ville kommet frem i samtaler. Den afasirammede i eksempelet over opplever en bedring i språk- og kommunikasjon, men makter allikevel ikke å delta i tilfredsstillende grad i kollegiale samtaler. Dette viser betydningen av at rehabilitering på den ene siden fokuserer på arbeidsspesifikk trening for den afasirammede. På den andre siden kreves det modifikasjoner og tilrettelegginger på arbeidsplassen for at den afasirammede skal kunne vise sin kompetanse. Tiltak i miljøet kan være med på å styrke kommunikasjon gjennom trente støttende samtalepartnere (Kagan, 1998; Simmons-Mackie, 2008). Dette drøftes nærmere i delkapittelet under.

Logopedene i vår undersøkelse tilrettelegger rehabiliteringen til den afasirammedes fremtidige arbeidsoppgaver på arbeidsplassen. Ut ifra teori og tidligere undersøkelser ser vi at dette er viktig når afasirammede skal tilbake i arbeid. Samtidig er det ikke nok, ifølge den konsekvensbaserte tilnærmingen, å kun trene på spesifikke arbeidsoppgaver. Oppgavene må sees i tilknytning til miljøet på arbeidsplassen.

4.1.4 Informasjonsformidling på den afasirammedes arbeidsplass

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010), presentert i kapittel 2.1, anbefaler at arbeidsgiver tidlig bør involveres i arbeidsrehabiliteringen, i samråd med den slagrammede, slik at forberedelsene av tilbakeføring til arbeid kan starte tidlig. Fire av fem logopeder sier i vår undersøkelse at de har hatt kontakt med arbeidsplassen til en afasirammet i løpet av en rehabiliteringsprosess. Logopedene i undersøkelsen uttrykker likevel at denne kontakten er sjelden. Kontakten varierer fra møter på arbeidsplassen til telefon og e-post kontakt. En logoped uttrykte at:

Samarbeidet med arbeidsplassen syns jeg har fungert godt. At vi hadde disse møtene, mailkontakt og telefonkontakt. (...) Personen på arbeidsplassen kunne da greie å se hva disse vanskene konkret innebar for den afasirammede. (...) Og når vi greide å få vanskene til å bli synlige så var det også lettere å tilrettelegge.

En annen logoped fortalte at: "Vi har ikke vært på arbeidsplassen til den enkelte, men vi har jo hatt kontakt med bedriftshelsetjenesten og fortalt litt om hvordan vanskene kanskje vil påvirke arbeidsplassen eller arbeidsforholdet da, (...) og hva de kan gjøre for å tilrettelegge".

I kontakten med arbeidsplassen har logopeden gitt råd om mulige tilrettelegginger, samtidig som det i noen tilfeller har blitt gitt generell informasjon om afasi.

En annen logoped i undersøkelsen svarte at:

Nei, jeg har faktisk ikke vært ute på en arbeidsplass og informert at nå kommer Ola Nordmann tilbake i arbeid. (...) Det ideelle hadde vært om man kunne vært med på en sånn overføring da, og forklart arbeidsplassen om hvilke utfordringer den afasirammede har. (...) Litt informasjonsarbeid til arbeidsplassen, kanskje til arbeidsgiver og kollegaer.

Jensen og Humle (2011) viser fordelene ved at logopeden har en aktiv rolle, og deltar på personalmøte på arbeidsplassen og informerer om utfordringer og ressurser hos den afasirammede. En annen undersøkelse gjort av Garcia et al. (2000), viste at logopedene i større grad bør gi rådgivning til og gjøre kollegaer oppmerksomme på utfordringene ved afasi. Disse funnene ser vi igjen fra vår undersøkelse. Logopedene i undersøkelsen ser verdien av å informere på arbeidsplassen, da arbeidsplassen trenger informasjon om afasi og tilrettelegging. Likevel uttrykker samtlige at denne kontakten sjelden etableres. En logoped uttrykte at: "Hun er så talefør og sånn selv at hun føler kanskje ikke at det har vært behov for å ha med meg". Den afasirammedes utfall og fungering kan muligens bidra til å forklare dette, likevel er det viktig å påpeke betydningen en slik kontakt kan ha når afasirammede skal tilbake i arbeid. Dette poengterer Wolfenden og Grace (2009, ref. i Graham et al. 2011) som trekker frem at oppfølging av fagperson (logoped) eller "hjerneslaglærer" for arbeidsplassen er essensielt i arbeid med yrkesfaglig rehabilitering av slagrammede.

Som vist ovenfor ser vi at logopedene i vår undersøkelse har begrenset kontakt med arbeidsplassen. Dette samsvarer blant annet med Garcia et al. (2000) sin undersøkelse som kom frem til strategier for å få afasirammede tilbake til arbeid. Strategiene var først og fremst rettet mot arbeidsplassene og de afasirammede, og kun 11 % av strategiene var rettet mot hva logopedene kunne gjøre annerledes. En mulig årsak til logopedenes manglende kontakt med

arbeidsplassen, kan handle om at dette er et nytt og utfordrende område for logopeder (Jensen & Humle, 2011).

En logoped i undersøkelsen uttrykte det slik: *"Informert om afasi. Det tror jeg er veldig smart, det kan bli gjort overalt. (...) Det er veldig lite kunnskap"*. En annen logoped trakk frem at informasjonsarbeid til kollegaer og arbeidsplass er viktig slik at den afasirammede blir møtt med forståelse på arbeidsplassen. Hun sa: *"Det er jo samme person, men det kan jo ha forandra seg etter et slag"*. Som nevnt i teorikapitlet kan det virke som det er behov for generell kunnskap om afasi (Haaland-Johansen, 2010, juni). For eksempel viste en undersøkelse fra 2002 at bare 5 % kjente betydningen av begrepet afasi (Simmons-Mackie et al., ref. i Simmons-Mackie, 2008). Logopeder og afasirammede har et ansvar for å gi informasjon, og gjøre afasi mer kjent i det offentlige rom. Innen den konsekvensbaserte tilnærmingen som vist i kapittel 2.5.5 hevder man at responser fra familie, venner og samfunnet bestemmer hvor stor innvirkning vanskene får for den afasirammede. Man tenker seg at vanskene er en konsekvens av holdninger og barrierer i samfunnet.

En logoped fra vår undersøkelse sa: *"Da er det ikke meningen at nødvendigvis alle kollegaer må gå på kurs i samtale, og klare dette, men bare noen enkle grep da. (...) Det tror jeg er smart i fremtiden"*. Kollegaers kunnskap om afasi har innvirkning på hvordan den afasirammede blir oppfattet på arbeidsplassen. I følge den konsekvensbaserte tilnærmingen og støttet samtale for voksne med afasi vil det være en idé å trene opp miljøet på arbeidsplassen, da en slik trening vil bidra til økt kunnskap og forståelse for den afasirammedes situasjon. Det vil da være lettere for den afasirammede å delta i interaksjon med sine kollegaer, samtidig som kollegaene lettere vil kunne kommunisere og erkjenne den afasirammedes kompetanse. Som logopeden i vår undersøkelse uttrykte, må dette kunne gjøres ved enkle grep for at det skal være gjennomførbart i praksis. Det ser imidlertid ut til at kollegaers kompetanse om afasi og kommunikasjon er en faktor man bør ta hensyn til når afasirammede skal tilbake i arbeid.

Vår undersøkelse viste at logopedene hevder at arbeidsplassene som oftest er imøtekommende og vennlige, men at det likevel er lite kunnskap om afasi. Som vist ovenfor forteller en informant at ikke nødvendigvis alle kollegaer må gå på kurs i samtale, men at det er gjennomførbart med noen enkle grep som informasjonsformidling og samarbeid med arbeidsplass. Dette kan virke motstridende til den sosiale modellens opptrening av miljøet rundt. Likevel er det viktig å reflektere over i hvilken grad dette lar seg gjøre i praksis? Er det gjennomførbart å trene den afasirammedes kollegaer i henhold til den sosiale modellen? Dette

er et vanskelig spørsmål å ta stilling til fordi det ligger utenfor oppgavens problemstilling. Likevel kan det virke som informasjonsformidling og samarbeid med arbeidsplassen er det enkelte av logopedene i vår undersøkelse fokuserer på.

Informasjonsformidling på arbeidsplass knyttet til den afasirammedes utfordringer, kan være etisk utfordrende og få negative konsekvenser. Som redegjort for i metodekapittelet står det i de yrkesetiske retningslinjene til Norsk logopedlag (2010) at logopeden skal være varsom og unngå uheldige virkninger for klienten. Dette viser at logopeden bør reflektere over hvor mye og hvor spesifikt man skal fortelle om andres skader. Informasjon som er for detaljert kan muligens virke mot sin hensikt og føre til stigmatisering av den afasirammede, i stedet for et godt miljø for kommunikasjon.

4.2 Logopedens opplevelse av styrker

I dette delkapittelet belyser vi i hovedsak det andre forskningsspørsmålet: Opplever logopeden styrker knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke? Vi har delt logopedens styrker inn i fire hovedkategorier basert på datamaterialet og vår analyse av dette. Den første kategorien omhandler logopedenes todelte fagkompetanse. Den andre kategorien ser på logopeden som en støttespiller, og den tredje på betydningen av at logopeden skaper et trygt miljø for kommunikasjon. Den fjerde kategorien omhandler logopeden som tar seg tid.

4.2.1 Styrken ved at logopeden har fagkompetanse

Samtlige logopeder trekker frem sin fagkompetanse som en styrke når de arbeider med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Denne fagkompetansen er todelt. På den ene siden handler det om kunnskap om språk, afasi og kjennskap til pedagogiske verktøy, det Røkenes og Hanssen (2006) kaller handlingskompetanse. På den andre siden handler det om rådgivnings- og veiledningskompetansen, det Røkenes og Hanssen kaller relasjonskompetanse (ibid). Logopedenes bruk av de to kompetansene presenteres og drøftes her først hver for seg, før de sees i sammenheng med hverandre.

Relasjonskompetanse

På spørsmål om hva hun opplever som logopedens styrker, svarte den ene logopeden: *"Faglig kompetanse på afasifeltet, og på språkfeltet, og også på det som handler om rådgivning*

faktisk. Det blir egentlig viktigere og viktigere". Det er tydelig at logopeden opplever relasjonskompetansen som en viktig del av yrkeskompetansen i arbeidet med afasirammede generelt, og kanskje særlig de som skal tilbake i arbeid.

Særlig to av informantene trekker frem hjelp til selvhjelp som et viktig prinsipp i deres rehabilitering og rådgivning av afasirammede som skal tilbake i arbeid. En logoped ønsker at de afasirammede skal innse hva de selv trenger, og ta bevisste avgjørelser knyttet til dette:

Hvis vi er flinke og dyktige så kan vi kanskje få vedkommende til å reflektere over eget liv og ta beslutninger uten at man påvirker de direkte. Men at de kommer til en erkjennelse om hva som kan være bra for nettopp dem.

Dette handler om logopedens utnyttelse av relasjonskompetanse. Informanten prøver å unngå å handle på den afasirammedes vegne, men i stedet få den afasirammede til sette ord på hva han eller hun selv ønsker, og finne gode strategier. Dette samsvarer med rådgivning som hjelp til selvhjelp (Davis, 2000). En logoped reflekterte rundt logopedrollen og sa at: *"Det er også en del av vårt arbeid å oppfordre klienten til å tenke løsninger. Slik at ikke vi kommer med: du burde, og jeg synes du må. Men er det noe du selv kan gjøre for å bedre?"*.

Målet om hjelp til selvhjelp legger føringer for logopedens rolle og arbeidsoppgaver. En logoped sa: *"Det å ikke ta over, det er faktisk hun som skal gjøre jobben. Jeg kan bare bidra, ikke sant?"*. I dette forholdet ligger det en avgrensning og muligens en begrensning i logopedens rolle. Logopeden kan være der, hjelpe, veilede og tilrettelegge, men kan ikke gjøre jobben for den afasirammede. Det er den afasirammede selv som har ansvar for egen fremgang og trening. Denne selvhjelpsdimensjonen kommer også frem i definisjonen av rehabilitering som tidligere redegjort for. Logopeden skal legge best mulig til rette for at den afasirammede selv kan arbeide for å bli bedre (Helsedirektoratet, 2010).

En logoped bekrefter at hun jobber med å bevisstgjøre den afasirammede. Bevisstgjøringen er knyttet til både vansker og styrker: *"Begge deler, å kunne se det man har mistet, og samtidig vise at det faktisk er noe som man kan greie"*. Dette samsvarer med positiv psykologi, hvor man tenker seg at det beste for klienten er å fokusere på iboende ressurser og styrker, samt fokusere på de gode tingene i livet (Holland, 2007). Dette bekreftes igjen i Brown et al. (2011) sin undersøkelse hvor logopedene trakk frem at dersom logopedene fokuserer på ferdigheter og styrker, vil det kunne ha positiv påvirkning på den afasirammedes mulighet til å leve godt med sin afasi. Den samme undersøkelsen viste at for yngre afasirammede handlet det å leve godt med sin afasi, blant annet om å være tilbake i arbeid.

En logoped vektlegger likeverd i relasjonen mellom den afasirammede og logopeden:

Vi kan bygge opp det psykososiale ved at hun faktisk kommer til logoped, og klarer å forholde seg til en samhandling og forholde seg til at vi deler på kommunikasjonsbyrden og at hun er likeverdig samtalepartner på en måte. At vi i hvert fall har en slags likeverdighet i relasjonen.

I følge Holland (2007) kan en relasjon som bunner i aksept og forståelse mellom logoped og afasirammet, ha positiv effekt på den afasirammedes ønske om å uttrykke hvordan han eller hun har det. Lassen (2008) skriver at anerkjennelse og gjensidighet i relasjonen mellom rådgiver, her logoped, og afasirammet er en forutsetning for å kunne forløse krefter hos den afasirammede. Samtidig vil et rådgivningsforhold nødvendigvis være asymmetrisk, da logopeden er en ekspert, og møtet mellom logoped og afasirammet finner sted nettopp i kraft av at logopeden har kunnskap om den afasirammedes vansker og rehabiliteringen av disse (Holland, 2007; Lassen, 2002). Betydningen av en god relasjon drøftes nærmere i kapittelet som handler om logopedens rolle som en støttespiller.

Handlingskompetanse

I forhold til afasirammede som skal tilbake i arbeid, men også generelt i arbeidet med afasirammede, viser det seg at logopedene opplever at de har en styrke i sin handlingskompetanse knyttet til språk, kommunikasjon og afasi. En av informantene viste hvordan denne styrken nødvendigvis er særegen for logopedene:

Ja. Jeg tror nok jeg har en spesiell kompetanse som handler om språk, ikke sant? Som handler om afasi som ikke de andre har. Fysioterapeuten kan jobbe med bein og armer ikke sant, og ergoterapeuten kan jobbe med håndgrep. Men de kan ikke noe om språk.

Det er ikke overraskende at logopedene trekker frem handlingskompetansen som en styrke, da logopedene som nevnt i teorikapittelet er en fagperson som i følge Norsk logopedlag (2010) skal: "arbeide til beste for mennesker som har vansker med tale, språk, språklige symboluttrykk, stemme eller svelging" (s.31).

Logopedenes handlingskompetanse viser seg både gjennom direkte trening på områder som språk, kognisjon og oppmerksomhet og tilrettelegging på arbeidsplass. Den viser seg også gjennom informasjonsformidling og opplysning av den afasirammede og arbeidsplassen. En logoped fremhever sin mulighet til opplysning av de afasirammede som en styrke:

De har jo mange spørsmål. Du vet hva som foregår. Du kan forklare de hva som skjer i hjernen, altså hvor utfallene er lokalisert, hvordan det påvirker deg. Du har den fagkunnskapen da. Fordi de har mange spørsmål, de lurer jo på mange ting.

Dette funnet samsvarer med funn fra to australske undersøkelser (Brown et al., 2011; Sherratt et al., 2011). Sherratt et al. (2011) sin undersøkelse viste at opplysning av den afasirammede var et mye brukt mål i rehabiliteringen. Logopeden ga den afasirammede informasjon om afasi, hjerneslag, rehabilitering, prognose og livet etter hjerneslag, gjennom diskusjoner og skriv. Logopedene i Brown et al. (2011) sin undersøkelse trakk også frem informasjon til den afasirammede som en viktig faktor for at den afasirammede skal kunne leve godt med sin afasi. Viktigheten av informasjon og informasjonsbehovet generelt i samfunnet har blitt drøftet under rehabilitering. En afasirammet med kunnskap om egne vansker kan bidra med økt forståelse og innsikt for utfordringer og konsekvenser ved afasi.

Relasjon eller handling? Ja takk, begge deler

En informant fremhever arbeidet med språket som den viktigste styrken til logopedene og begrunner dette med hvor viktig språket er: "*Altså skal de tilbake i arbeid, samme hva slags arbeid det er, omtrent i hvert fall, så er jo den språklige biten utrolig viktig*". Samtidig påpeker hun betydningen av logopedene som en rådgiver som støtter den afasirammede gjennom vanskene. Rådgivning blir viktig nettopp fordi språkvanskene oppleves som et stort tap. En logoped uttrykker:

Det ligger en sånn psykisk bit i det også. Det er noen som på en måte griper fatt i den biten, er med de, og loser de gjennom det de har å kjempe mot når ting går litt sånn språklig gærent, det er en veldig viktig bit. En ting er den fysiske biten ikke sant? (...) Det er litt mer skremmende og litt mer forvirrende, og ofte også litt mer problematisk med den språklige biten.

Det ser ut til at språkvansken, det som retter seg mot logopedens handlingskompetanse, er et så stort tap, at behovet for at logopedene også tar i bruk relasjonskompetansen oppstår.

Samhandlingen mellom handlingskompetansen og relasjonskompetansen, og betydningen av at fagpersonen innehar begge to, kommer også frem gjennom følgende sitat:

Ja, jeg tenker på det med den nyere forskningen som går på at endring er mulig. Før sa man kanskje at den endringen som ikke er kommet i løpet av et halvt år, den kommer ikke. Men nå vet man at sånn er det ikke. (...) Mye kan rehabiliteres. Og samtidig når man ikke blir bedre, ikke sant, hva gjør man da? Og den er jo verre selvfølgelig. Men være der som en slags rådgiver.

Logopeden har fagkunnskap om hva rehabiliteringen bør inneholde og hvordan den skal gjennomføres. Når denne spesifikke treningen allikevel ikke hjelper, kan den afasirammede trenge en rådgiver, en å snakke med. Dette utdypes nærmere under logopeden som en støttespiller.

Ut i fra resultatene ovenfor ser vi at den tosidige kompetansen til logopeden kan være en fordel for den afasirammede som skal tilbake i arbeid. Vi kan tenke oss at begge kompetansene også er fruktbare i logopedens kontakt med arbeidsplassen. På den ene siden har vi funnet at arbeidsplassen har lite kunnskap om afasi og hvilke konsekvenser afasien har for deltakelse i arbeidslivet. Ut fra teori og resultater som tidligere drøftet, har vi sett at arbeidsplassen trenger kunnskap for å kunne tilrettelegge for den afasirammede. Ved å ta i bruk sin handlingskompetanse kan logopeden informere og gi kollegaer opplæring i kommunikasjonsteknikker. Dette vil kunne bidra til å skape et miljø på arbeidsplassen som kan fremme kommunikasjon og samtaler hvor den afasirammede er en likeverdig samtalepartner (Kagan et al., 2004; Simmons-Mackie, 2008). På den andre siden ser vi i denne oppgaven at det kan være positivt for arbeidsrehabiliteringen, dersom logopeden er et bindeledd mellom den afasirammede og arbeidsplassen. I denne prosessen vil logopeden kunne ha nytte av sin relasjonskompetanse, fordi han eller hun har forutsetninger for å forstå både den afasirammedes og arbeidsplassen situasjon.

4.2.2 Styrken ved at logopeden er en støttespiller

Vi har valgt begrepet støttespiller som en side ved logopedens styrke for de afasirammede som skal tilbake i arbeid. Begrepet rommer flere ulike tanker og ideer fra informantene som ser ut til å bruke forskjellige betegnelser om det samme fenomenet. Chapey et al. (2008) sin beskrivelse av logopeden som en "communication partner" og "support person", samsvarer med vårt begrep støttespiller. Det ser ut til at logopedene i vår undersøkelse er støttespillere for sine klienter da logopedene blir godt kjent med den afasirammede og forstår hans eller hennes situasjon. Dette er en styrke under rehabiliteringen, men også i overgangen og oppfølgingen når den afasirammede er tilbake i arbeid. Disse resultatene drøftes her nærmere.

Diskusjons- og drøftingspartner

En av logopedene beskriver hvordan hun er en støttespiller for særlig en av sine klienter som er på vei tilbake i arbeid. Logopeden opplever å ha vært en viktig diskusjons- og

drøftingspartner i klientens vurdering av om hun skal tilbake i arbeid eller ikke. Logopeden beskriver:

Hun er jo så oppegående at hun vurderer jo dette her. Men jeg er på en måte med som en sånn diskusjonspartner for henne, og drøfter for og i mot. (...) Jeg har vel kanskje vært med på å, eller ikke sagt til henne at hun kan gå tilbake igjen, men støttet henne at dette her kan du klare.

Logopeden og denne klienten har også drøftet hvordan hun kan være tydelig og sørge for riktig tilpasning på arbeidsplassen:

For henne å tørre å være åpen i forhold til arbeidsplassen sin også. At hun sier i fra når hun blir sliten, når hun ikke orker. At hun jobber for å få arbeidsdagen tilrettelagt for seg sånn at hun som sagt orker det hun skal gjøre (...). I forhold til disse tingene så føler jeg at i dette tilfellet har jeg absolutt vært med da og spilt en viktig rolle i drøftingen og diskusjonen rundt det.

Det ser ut til at denne logopeden opplever å være en diskusjonspartner for den afasirammede i prosessen mot å komme tilbake i arbeid.

Logopeden blir her en styrke ved å være en støttespiller som den afasirammede kan drøfte med. Dersom denne logopeden kun hadde benyttet seg av en vanskebasert tilnærming, ville veien mot arbeid handlet om språktrening på logopedkontoret. Denne logopeden har imidlertid inkludert den konsekvensbaserte tilnærmingen, som åpner for at logopeden ikke bare arbeider med skaden eller språket, men samtaler om og prøver å finne løsninger på barrierer for deltakelse (Chapey et al., 2008). Som redegjort for i teorikapittelet er da også en kombinasjon av tilnærminger det de fleste logopeder praktiserer. Logopeden opplever at hun har vært en støtte og bidratt til den afasirammedes vei tilbake til arbeid, ikke bare gjennom språktrening, men ved å ta i bruk sin relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2006).

Logopeden forstår

Flere av logopedene uttrykker at deres særlige styrke som logoped er at de kan forstå den afasirammede på en måte andre ikke kan. Som vi diskuterer i delkapittel 5.1.1 samsvarer dette funnet med vår førforståelse. En logoped sa: "*Jeg tror at vi i yrket vårt blir en veldig god samtalepartner for den afasirammede, og skjønner til en viss grad i hvert fall hvordan de har det*". En annen beskriver at:

For det første så blir vi jo veldig godt kjent med den afasirammede, og det at vi da kan ha et tillitsforhold og et inkluderende miljø som gjør at den afasirammede ofte kan betro seg og komme med mer ting til logopeden enn kanskje til noen andre.

Som redegjort for i teorikapittelet har det vist seg at når en slagrammet skal tilbake i arbeid, kan det være nyttig med en fagperson som kjenner til konsekvensene av slag og forstår den afasirammedes situasjon (Graham et al., 2011; Morris et al., 2011; Radford & Walker, 2008). Simmons-Mackie (2008) anerkjenner at logopeden ikke kan stå for hele tilbudet til de afasirammede, men at logopedene står i en unik posisjon til å vite hva den afasirammede trenger etter hvert som deltakelsesmålene endrer seg. Morris et al. (2011) konkluderer med at det som vil kreves av en fagperson som skal stå mellom arbeidsplass og afasirammet, strekker seg utover hva man kan regne som logopedens rolle. Det ser med andre ord ut til at logopeden kan være en ressurs for afasirammede som skal ut i arbeid, gjennom at de er en støttespiller som forstår hvordan de har det, men dette alene er sannsynligvis ikke er nok for å hjelpe den afasirammede tilbake i arbeid.

At logopeden forstår den afasirammede ser ut til å spille en rolle både i selve rehabiliteringen, men også i oppfølgingen av den afasirammede som er tilbake i arbeid:

At de kan diskutere litt hvordan det er på arbeidet da. Hva er vanskelig? Så de har en sparringpartner, som kjenner hele deres historie. De trenger ikke forklare noen ting, for du vil bare si ja. Vi vet hvordan, jeg kan tenke meg hvordan det vil være for deg da det og det skjedde. Også at de kan få en slags aksept at de gjorde det riktig eller det er vanlig å ha det sånn for eksempel.

I følge Simmons-Mackie (2008) må man ved bruk av konsekvensfokuset tilnærming ta hensyn til at afasi både er en akutt vanske, men også en langsiktig vanske som følger deg store deler av livet. Etter hvert som man blir bedre kan muligheten for å returnere til arbeid åpne seg, og man vil ha behov for ulik oppfølging og rehabilitering avhengig av hvilke mål man arbeider mot.

4.2.3 Styrken ved at logopeden etablerer et trygt miljø

Flere av informantene fremhever at de tilrettelegger for et miljø hvor den afasirammede kan føle seg trygg. Det ser ut til at dette er en styrke i rehabiliteringen når afasirammede skal tilbake i arbeid. En logoped sa:

For det første så tenker jeg jo at det er sånn som med andre, helt uavhengig av om de skal tilbake i arbeid eller ikke, at man kan skape et trygt miljø for kommunikasjon for eksempel ved å vise at man har god tid. Slik at det blir helt konkret at man sitter og venter og er en aktiv lytter.

En annen logoped beskriver denne tryggheten som noe som kommer av seg selv som en følge av nær og hyppig kontakt:

I forhold til den tette kontakten man har hatt i lang lang tid, så er det en trygghet. Det er en trygghet å ha i den logopeden som har fulgt deg altså. Det blir tette bånd når man jobber så tett med en person over lang tid.

Det ser ut til å være en sammenheng mellom afasirehabiliteringens intensitet og utviklingen av et trygt miljø. Som redegjort for tidligere anbefales det at afasirehabilitering er av en viss intensitet (Helsedirektoratet, 2010). Erfaringer fra Center for Hjerneskade i København viste at et intenst rehabiliteringsprogram ga gode resultater (Jensen & Humle, 2011; Jensen & Lønnberg, 2009). Kanskje kan en av årsakene til dette være at ved intensiv rehabilitering oppstår gode relasjoner mellom logoped og afasirammet.

Som vist tidligere fremhever både Røkenes og Hanssen (2006) og Holland (2007) betydningen av den trygge relasjonen mellom logoped og klient. Med en trygg relasjon som utgangspunkt, kan logopeden kanskje tillate seg å bruke konfrontasjon som virkemiddel i større grad enn hva man kan uten en god relasjon som utgangspunkt. Røkenes og Hanssen (2006) mener at en bærende relasjon kan gi økt handlingsrom mellom klient og fagperson. En logoped uttrykte følgende: *"At du selv også som logoped er realistisk, og at det går an å faktisk kunne si at hør her, du kan ikke gå tilbake til den gamle jobben din, du eigner deg ikke til det"*.

Betydningen av en støttende og god relasjon mellom logoped og afasirammede trekkes frem av logopeder i flere tidligere undersøkelser (Brown et al., 2011; Sherratt et al., 2011). Enkelte av logopedene i Sherratt et al. (2011) sin undersøkelse sa at før de startet å arbeide med mål knyttet til personlige faktorer hos den afasirammede, som selvtillit og aksept av sykdommen eller vanskene, sørget de for å ha etablert en relasjon preget av tillit. Røkenes og Hanssen (2006) påpeker at et for stort fokus på relasjon over lang tid ikke alltid er hensiktsmessig. Forfatterne understreker at den enkelte fagperson må tilpasse vektlegging av relasjon fra situasjon til situasjon.

4.2.4 Styrken ved at logopeden tar seg tid

Samtlige logopeder uttrykker på en eller annen måte at de opplever at de har god tid, og at dette er en styrke. De opplever at de har bedre tid enn andre faggrupper, og ser rehabiliteringen som en langsiktig prosess hvor man arbeider intensivt og møtes hyppig. En

logoped uttrykte blant annet at: "Altså vi har, eller jeg føler at vi som logopeder har den tiden til de som veldig mange andre ikke har, for eksempel legene". En annen logoped var inne på det samme:

Som logoped vil du være den personen som treffer den pasienten eller brukeren mest i løpet av rehabiliteringsperioden. Mange av de trenger kanskje tre - fire timer i uka i starten i et halvt år - et år, for å få en best mulig fremgang da. Det er jo ingen andre fagpersoner som har en person inne så mange ganger i uka, ikke sant? Så de får en veldig tett oppfølging da av logopedene.

Noen av logopedene i Brown et al. (2011) sin undersøkelse trakk frem rehabiliterings omfang som en fordel for den afasirammede. I følge Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) er det viktig at rehabiliteringen er av en viss intensitet og varighet, noe det ser ut til at logopedene i vår undersøkelse har tid og ressurser til. Disse resultatene samsvarer ikke med det Verna et al. (2009) fant i sin australske undersøkelse, hvor den hyppigst oppgitte barrieren for afasirehabilitering var mangel på tid.

I vår undersøkelse trakk en logoped som arbeider i det offentlige frem at:

Hinderet er vel å kunne gi de den tiden du kanskje av og til føler at de har behov for. (...) Her binder vi oss på en måte opp til folk over lengre tid, og noe av det er jo systemrelatert også. Det gjør jo at vi ikke har den fleksibiliteten til å kunne si at hvis du får inn en, at nå kan du komme hver dag denne uka, ikke sant? (...) Det er en begrensning. Du har rett og slett ikke rom til å gjøre det, fordi du har så mange andre gående, som går der fast over lengre tid, ikke sant?

Hun opplever at som en følge av en lite fleksibel timeplan, har hun til tider begrenset mulighet til å gi den afasirammede den tiden han eller hun trenger. En av logopedene som arbeider privat opplever at hun har mulighet til å gi de afasirammede den tiden de trenger, i større grad enn de offentlig ansatte logopedene, som en følge av en fleksibel timeplan. Den andre offentlige logopedene i undersøkelsen opplever allikevel at hun har god tid til å følge opp klientene. Til tross for at logopedene opplever at de har god tid, er de privatpraktiserende logopedene i vår undersøkelse mer fleksible enn de offentlige. Dette fordi de offentlige ser ut til å ha en mindre fleksibel timeplan.

Vi har i dette delkapittelet drøftet hvordan logopedene i vår undersøkelse opplever å være en styrke når afasirammede skal tilbake i arbeid. For å kunne belyse på hvilken måte logopedene kan være en ressurs, ser vi det nødvendig å også trekke frem logopedenes opplevelse av begrensninger i denne arbeidsrehabiliteringen.

4.3 Logopedens opplevelse av begrensninger

I dette delkapittelet belyser vi i hovedsak det tredje forskningsspørsmålet: Opplever logopedene begrensninger knyttet til egen rolle i rehabiliteringsprosessen? Hvis ja, hvilke? Logopedene trakk først og fremst frem begrensninger knyttet til den afasirammede, arbeidsplassen og systemet. Noen begrensninger knyttet til logopedrollen trekkes også frem. Disse fire områdene presenteres og drøftes hver for seg nedenfor.

4.3.1 Begrensninger knyttet til den afasirammede

Begrensninger knyttet til den afasirammede handler om hvor viktig arbeid er for den enkelte, og hvorvidt den afasirammedes ønsker er realistiske. Logopedene trakk også frem hvilke vansker knyttet til afasi som er utfordrende i arbeidslivet, samt den afasirammedes alder.

Betydningen av arbeid som begrensning i arbeidsrettet rehabilitering

Fire av logopedene i undersøkelsen vår identifiserte at det er individuelt hvor mye det å arbeide betyr for den afasirammede. Betydningen arbeid har for den afasirammede er ikke i seg selv en begrensning, men vil kunne få konsekvenser for den afasirammedes motivasjon under den arbeidsrettede rehabiliteringen. Dette kan igjen sette begrensninger for logopedens mulighet til å hjelpe den afasirammede tilbake i arbeid. Logopedene i vår undersøkelse understreker at mange afasirammede identifiserer seg med arbeidet sitt, og at de gjennom å ikke arbeide mister en viktig del av seg selv.

En logoped sa at: "*Det er jo kanskje sånn som vi er, at vi definerer oss veldig gjennom det arbeidet vi gjør, og uten arbeid så er vi ingenting*". En annen logoped uttrykte:

Hva har den jobben gitt den personen før du fikk slag? Noen tenker kanskje nå skal jeg aldri tilbake, nesten som, ikke akkurat lettelse men kanskje litt sånn. Mens noen har hatt en jobb som har betydd hele livet. Så sikkert kjempeforskjell på hvordan folk ser på det med jobb da.

Dette ser vi igjen i en undersøkelse gjort av Alaszewski et al. (2007) som viste at verdien og meningen av arbeid varierte fra person til person i undersøkelsen, avhengig av tidligere erfaringer og helsesituasjon. Vestling et al. (2003) fant at slagrammede som returnerte til arbeidslivet hadde høyere grad av tilfredstillelse og velvære sammenlignet med slagrammede som ikke kom tilbake. Dette indikerer, som vår undersøkelse også viser, at arbeid har betydning for trivsel og identitet.

Logopedene i vår undersøkelse trakk frem flere ulike eksempler hvor afasirammede hadde et sterkt ønske om å komme tilbake til arbeid. En logoped fortalte om en lege som fikk afasi, som gjerne ville tilbake til arbeidet sitt. Han forstod omsider at returnering til hans opprinnelige arbeid ville være for vanskelig, selv med tilrettelegginger og modifikasjoner.

Logopeden fortalte at:

Så i dette tilfellet så kunne han på en måte ikke gå tilbake til arbeidslivet, selv om han prøvde aldri så mye. Den var tung. Det var forferdelig for han, når han på en måte måtte forsone seg med og se det i øynene at jeg kan ikke gå tilbake til jobben.

En annen logoped hadde erfart at afasirammede med høyere utdanning opplevde tapet av å ikke returnere til arbeid som særlig stort. Hun trakk frem at:

Det er klart at man vet jo aldri om de klarer å komme seg tilbake til jobb, og som vi var inne på. Desto finere jobb du har hatt tidligere, dess større blir jo tapet også, hvis ikke det blir bra. Men desto mer kjemper de kanskje også for å kunne komme tilbake igjen. Eller i hvert fall ikke noe mindre enn andre.

Dette kan sammenlignes med funnene i den svenske undersøkelsen, som tidligere henvist til, hvor sosioøkonomisk status ble sett på som en faktor når slagrammede skulle tilbake til arbeid (Vestling et al., 2003). Logopeden ovenfor tenker seg at afasirammede som skal tilbake til "høystatusyrker" kanskje vil ha et sterkere ønske om å returnere til sin tidligere stilling, enn hva en afasirammet med "lavstatusyrker" vil ha. Det kan se ut til at dette resultatet sammenfaller med resultatene til Vestling et al. (2003), som viste at flere slagrammede returnerte til kontor- og service yrker, enn til manuelt arbeid og industri.

En tredje logoped trakk frem at hun i arbeid med en afasirammet som skulle tilbake i arbeid måtte fokusere mye på rådgivning, da det innebærer et tap av identitet å ikke kunne gjøre de samme aktivitetene som før afasien. Logopeden fortalte at dette hadde fått konsekvenser for den afasirammedes selvtillit. Hun trakk frem at logopedens rolle som rådgiver ble viktig i disse situasjonene, som drøftet tidligere i kapittelet. Logopedens opplevelse fra vår undersøkelse samsvarer med det Armstrong og Ferguson (2010) skriver om betydningen av språk. I følge forfatterne er det slik at gjennom det nyanserte språket viser man hvem man er, og får frem sin identitet. Med nyansert språk menes den delen av språket vi bruker for å skape nyanser i budskapet vårt, for eksempel gjennom adjektiv og verb.

En logoped viste til et eksempel hvor en afasirammet hadde et så sterkt ønske om å komme tilbake til arbeid, at hun valgte bort andre ting som afasigrupper, sosiale tilstelninger og lignende: *"Hun var veldig oppsatt på at hun har på en måte ingen identitet uten å ha noen*

jobb, og da ville det ta all hennes energi". Den afasirammede ville svært gjerne tilbake til et arbeid som var meningsfullt og viktig for henne. På den ene siden samsvarer dette med en undersøkelse som viste at personer med traumatiske hodeskader ønsket mer enn bare arbeid, de ønsket meningsfulle og stimulerende oppgaver (Levack et al., 2004). På den andre siden fant de i undersøkelsen at informantene ikke ønsket at arbeid skulle gå på bekostning av andre arenaer som familie, og det sosiale liv. Det kan se ut til at fokuset den afasirammede i eksempelet ovenfor har på å komme tilbake til arbeid, kan ha kommet på bekostning av andre aspekter i livet. Er dette ønskelig? Logopeden forteller at den afasirammede ikke klarte å returnere til sin tidligere arbeidsplass, og at det store fokuset de begge hadde på å returnere til arbeid var noe uheldig.

Realitetsorientering

Tre logopeder i undersøkelsen trakk frem at forventningene den afasirammede har til seg selv i en arbeidssituasjon ikke nødvendigvis er realistiske, og at dette er en viktig del av logopedens arbeid med afasirammede som skal tilbake i arbeid.

En logoped uttrykte:

Det er jo ikke alle som innser at jeg ikke kan gå tilbake å gjøre den samme jobben. Og det er jo tøft for en arbeidsgiver å fortelle det. At dette her går ikke lenger, dette her kan du faktisk ikke gjøre. Vi må finne noe annet for deg.

En annen logoped trakk fram et eksempel hvor en afasirammet som var tilbake på sin tidligere arbeidsplass, etter en stund følte seg utestengt:

Han følte at de tok fra han en del av oppgavene han mente han var i stand til å gjøre. Også kan man vel da selvsagt stille spørsmålstegn ved om hans oppfatning var den realistiske hele tiden. Det kan godt være at bedriften skjønnte at de måtte gjøre noe med ting som ikke ble gjort ordentlig. Men han opplevde det sånn. Og følte vel etterhvert at han ble mer eller mindre frosset ut.

Logopedene trakk frem at det i enkelte tilfeller ble sett på som et nederlag for den afasirammede, dersom han eller hun ikke kunne returnere tilbake til sine opprinnelige arbeidsoppgaver.

En logoped sa:

I forhold til de som skal tilbake til arbeid så syns jeg jo det er viktig å undersøke hva slags arbeid de har. (...) Hvilke forventninger har de selv til arbeidssituasjonen og

trenger de kanskje en realitetsorientering? Kan jeg være med på å realitetsorientere dem noe.

Logopeden trakk frem et eksempel hvor realitetsorientering ble en viktig del av rehabiliteringen når en lærer skulle tilbake i arbeid. Logopeden fortalte at det å øve på å være lærer ble en del av realitetsorienteringen. I rehabiliteringen arbeidet de med selve faget, men også det å være lærer:

Hun skulle da stå der borte [informanten peker i andre enden av rommet] og være lærer. Også er jeg elev. For hun klarer å fremføre det faglige, og det er ikke noe vanskelig å stå og lese opp det sånn for henne. Hun er flink til å få momenter med og så videre, men hvis hun da ble avbrutt så kollapser hele greia. Sånn at hvis jeg sier: [informanten rekker opp hånda i været] "ååå, jeg skjønnte ikke (...)". Ja. Da kom hun på en måte ut av det og skjønnte at det var veldig vanskelig, det å ta noe uforberedt.

Logopeden forteller at dette på en måte ble en realitetsorientering for den afasirammede fordi: *"Hun har da etter mange år med logoped og prøvd forskjellige ting på arbeidsplassen bestemt seg for å si opp jobben sin, eller altså gå av tidligere da".*

En annen logoped fortalte at: *"Jeg har jo hatt en her som da ville tilbake til samme jobb, og jeg så jo ganske snart at det kunne han jo aldri".* Den afasirammede hadde spatiale vansker, og vansker med å lese og skrive, noe som var nødvendig i arbeidet han ville tilbake til. På spørsmål om hvordan logopeden håndterte dette, fortalte hun at dette var en lang og arbeidsom prosess:

Du må kanskje ta litt opptak og vise de, så får de høre selv ikke sant. Det er mange ting du gjør underveis da. Men du kan jo ikke si første møte at du kommer aldri til å komme tilbake til jobben din, hvis du skjønner at det er det de ønsker aller mest. Så det er en prosess. Det er mye psykologi. Du må i tillegg motivere de til å trene videre også. Ikke ta fra de håpet om at de skal kunne bli bedre.

Logopeden trekker frem at det er viktig å høre på hva den afasirammede ønsker, men at avgjørelsen om han eller hun skal returnere til arbeidet, ikke vurderes før det har gått noen måneder ut i rehabiliteringen for de aller fleste. Hun beskriver også hvordan hun forsiktig konfronterer den afasirammede med sin oppfatning av at han eller hun ikke kan gå tilbake til arbeid. Som redegjort for tidligere må konfrontasjon tas i bruk med varsomhet (Lassen, 2002). En trygg relasjon mellom rådgiver, her logoped, og den afasirammede bør være etablert før konfrontasjon finner sted (Røkenes & Hanssen, 2006).

I denne sammenheng passer det å trekke inn sitatet som også er blitt tittelen på oppgaven: *"Dråpen uthuler stenen ikke ved makt, men ved å dryppe ofte".* Selv om sitatet er sagt i en

annen sammenheng, kan det sies å illustrere god realitetsorientering. Dersom den afasirammede har svært omfattende vansker og logopeden vet at han eller hun vil ha vanskeligheter med å komme tilbake i arbeid, hjelper det ikke at logopeden sier dette rett ut. Realitetsorientering er en lang prosess, og man må ta et skritt av gangen. Her ser vi betydningen av at logopedene har rådgivningskompetanse. Logopedens handlingskompetanse har gjerne fått logopeden til å innse at den afasirammedes ønsker er urealistiske. Logopeden bør da ta i bruk relasjonskompetansen for å vise den afasirammede at det finnes gode alternativer som kanskje er bedre for den afasirammede. Et slikt alternativ kan være frivillig arbeid, noe vi drøfter senere i kapittelet.

Realitetsorientering fremheves ikke i empirien vi har valgt å ta utgangspunkt i, men som vist ovenfor, understreker våre logopeder realitetsorientering som viktig. Simmons-Mackie (2008) fremhever at det ikke vil være hensiktsmessig å strebe etter den samme livsstilen man hadde før afasi, men heller arbeide mot et tilfredsstillende liv med afasi. Det er derfor viktig at både logopedene, den afasirammede og andre, identifiserer realistiske mål den afasirammede har innenfor hobbyer, interesser, frivillig og lønnet arbeid. Logopedene i undersøkelsen har som belyst ovenfor erfaringer fra arbeid med afasirammede som tilsynelatende trenger en realitetsorientering.

En logoped sier at det også i noen tilfeller er nødvendig å realitetsorientere seg selv, da også hun har ambisjoner på klientenes vegne. Hun uttrykker at: *"Det er jo et veldig dilemma da at man ønsker at folk skal tilbake i arbeid, men ønsker vi at jobben blir gjort sånn? Jeg vet ikke"*. På den ene siden vil logopedene hjelpe den afasirammede til å nå sine mål, men samtidig må hun være ærlig med seg selv og tenke at:

*Ville jeg hatt en sånn lærer? Egentlig ikke. Ville dere hatt en sånn lærer? Som kanskje kan masse, men får ikke sagt hva det er jeg lurer på, får svart på mine spørsmål (...)
Og det syns jeg jo er litt trist, at jeg ikke ville hatt sånn lærer. Dere kunne hatt det, men jeg ville ikke hatt det. (...) Det er jo veldig sørgelig det da, det er kjempe sørgelig.*

Logopedene er modige som stopper opp og setter spørsmålstegn ved hvor mye den afasirammede kan bidra med på arbeidsplassen. Selv om hun gir uttrykk for at hun alltid ønsker det beste for sine klienter, våger hun å se problemstillingen fra arbeidsplassens side og fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Som nevnt tidligere trakk en annen logoped frem at man som logoped må være realistisk, uten å ta fra den afasirammede håpet om en bedre fremtid. Det handler om å hjelpe den afasirammede til å innse hva som er realistisk og til det beste for seg selv.

Grad av afasi som begrensning

Logopedene i undersøkelsen beskriver hvordan grad av vansker etter slaget har betydning for om den afasirammede kommer tilbake i arbeid. For noen er vanskene så omfattende, at arbeid ikke en gang vurderes som et mål for rehabiliteringen:

Jeg har også en annen kar som er her, (...) som har fått en ganske kraftigere afasi enn hva disse andre fikk. Da er det jo ikke snakk om å gå tilbake igjen i arbeid (...). Verken i form av noe frivillig arbeid eller noe lønnet arbeid. Men å få en så bra tilværelse som overhode mulig.

Dette kan sies å vise hvordan et overordnet mål i afasirehabilitering er å hjelpe den afasirammede til å leve godt med sin afasi, ut ifra den enkeltes forutsetninger. En annen logoped sier at det er ulikt omfang og variasjon i sykdomsbildet til de afasirammede som skal tilbake i arbeid, og hun har en formening om når det blir for utfordrende:

Hvis du har lette ordletingsvansker, så klarer du deg i en jobb, hvis forståelsen din er hundre prosent (...), men litt lette vansker i forhold til å uttale ord eller finne ord, så vil du klare deg. Men hvis du i tillegg har litt nedsatt forståelse, og litt problemer med rekkefølge og struktur, (...) rom og retning, litt sånn spatiale og litt nedsatt synsfelt, så at ikke du kanskje får kjørt bil. Altså det skal ikke veldig mye til.

Logopeden mener at dersom den afasirammede har milde afatiske vansker vil han eller hun klare å komme tilbake i arbeid. Dersom vanskene er mer omfattende, vil dette påvirke hvorvidt den afasirammede kommer tilbake i arbeid. Hun understrekte at omfanget av språkvanskene vil påvirke hvorvidt den afasirammede klarer arbeidsoppgavene de gjorde tidligere. Dersom den afasirammede ikke mestrer dette, vil han eller hun kanskje få nye arbeidsoppgaver som ikke nødvendigvis er tilfredsstillende. Hun beskriver: "For eksempel fra å være en sjef i et firma, så blir du en som skal rydde på kopirommet. (...) Det er det jo noen eksempler på, fordi det er det den personen mestrer på det tidspunktet".

Som vist i teorikapittelet er det ulike oppfatninger om i hvilken grad omfang av språkvanskene er avgjørende for hvorvidt den afasirammede kommer tilbake i arbeid. Vestling et al. (2003) sin undersøkelse støtter opp om det logopeden i vår undersøkelse sier. De fant at omfang og grad av vansker etter slag har betydning for om den slagrammede kommer tilbake i arbeid. Det er imidlertid viktig å understreke at undersøkelsen ikke spesifikt tar for seg afatiske vansker. Andre undersøkelser viser at grad og omfang av afasi ikke nødvendigvis er avgjørende for vellykket returnering til arbeidslivet (Hinckley, 2002; Jensen & Humle, 2011). Intensive rehabiliteringsprogram har vist positiv effekt når afasirammede

med moderate og alvorlige vansker skal tilbake til arbeidslivet. Rehabiliteringsprogram drøftes nærmere senere i kapittelet.

Som nevnt under kapittel 4.1.2 trekker flere av logopedene frem tretthet og vansker med oppmerksomhet og konsentrasjon som en særlig utfordring for den afasirammede på arbeidsplassen. En logoped trakk frem: "*Altså det kan gå på hukommelse det kan jo være mange kognitive funksjoner som kan være svekket da ved et hjerneslag, og det er vel det mange ikke forstår*". Den samme logopeden forklarer videre at:

Jeg ser jo en del av dem jeg har, som fungerer egentlig veldig bra, tilsynelatende bra, men som har skjulte problemer da. Som til og med ektefeller heller ikke skjønner at den personen har. Altså at du blir sliten. Så jeg tenker at mange med afasi har mange andre vansker og da. Som gjør at det er vanskelig kanskje å komme tilbake i jobb, ikke bare på grunn av språket.

Utfordringen med disse skjulte vanskene er nært knyttet til informasjonsformidling på arbeidsplass og kunnskap om afasi. Blant annet forklarer en annen logoped følgende om en av sine klienter:

Hun ser jo helt frisk ut ikke sant? Sprudlende person da. Sånn at det er veldig lett å se på henne som en helt normal person og ikke se de vanskene som hun da på en måte ikke syns er så lett å si selv. Og når vi da greide å få vanskene til å bli synlige så var det også lettere å tilrettelegge.

Flere av våre logopeder ser ut til å trekke frem de skjulte vanskene som tretthet og kognitive utfall som et hinder for å komme tilbake i arbeid. Dette er et interessant funn dersom man sammenligner det med resultatet fra undersøkelsen til Vestling et al. (2003). Den viste at lammelser er den største risikofaktoren når slagrammede skal returnere til arbeidslivet. En logoped fra vår undersøkelse trakk imidlertid frem følgende:

Hvis det bare hadde gått på den språklige biten, så tror jeg nok kanskje at hun kunne ha gått tilbake igjen. (...) Men så er det, ligger det noen fysiske ting i dette her, ikke sant. Får du et slag så kan det også føre med seg noen fysiske plager. Og så er det det at hun blir mye mer sliten altså, både fysisk og for så vidt mentalt også.

Den afasirammede i eksempelet sitter i rullestol som følge av lammelser etter hjerneslaget. I vår undersøkelse har vi motstridende funn. På den ene siden fremhever logopedene de usynlige vanskene som hinder for tilbakeføring til arbeid. På den andre siden viser eksempelet ovenfor hvordan en synlig vanske som lammelse, hindrer den afasirammede å komme tilbake i sin opprinnelige stilling. Den afasirammede fra eksempelet returnerte til en annen redusert stilling i samme firma. Ifølge vår definisjon av arbeid i denne oppgaven karakteriseres hun

som tilbake i arbeid. Eksempelet illustrerer allikevel hvordan lammelser kan være en risikofaktor, da den afasirammede ikke kunne gå tilbake i den stillingen hun ønsket.

Som vist i kapittel 2.3.1 om tilleggsvansker er afasi en del av et større sykdomsbilde. Det er verdt å merke seg at flere studier som viser at afasirammede strever med å komme tilbake til arbeidslivet, ikke oppgir om de afasirammede har fysiske eller nevrologiske vansker i tillegg til afasi (Dalemans et al., 2008). Det er derfor viktig at man tar hensyn til dette i redegjørelse og drøfting av datamaterialet.

Alder som begrensning

Logopedene i undersøkelsen vektlegger ikke den afasirammedes alder i særlig stor grad. En logoped sa at: *"Altså det med språket og tapet av det kjennes nok voldsomt enten du er 70 eller holdt på å si 20-30 for så vidt"*. Logopeden trekker frem at tapet av tilgangen til språk oppleves skremmende uavhengig av alder. To av logopedene påpekte imidlertid at afasirammede som nærmer seg pensjonsalder kan oppleve sykemeldingsperioden etter slaget og afasien som en naturlig overgang til pensjonisttilværelsen. En av dem fortalte at: *"Mange kan kanskje bruke den sykemeldingsperioden sin, hvis de er oppe i 60 årene til å rett og slett ta farvel med arbeidsplassen sin og tenke at det er en naturlig avslutning rett og slett"*. Den andre logopeden tenker seg at alderen gjerne er grunnen til at en del afasirammede ikke blir i arbeid:

Det er en tendens til at man kan falle ut. Men jeg tror at det også har en sammenheng med at som regel er du litt oppe i årene når du får et slag, og at det også kan sees i sammenheng med en sånn form for naturlig overgang til pensjonisttilværelsen.

Dette samsvarer med funn fra undersøkelsen til Jensen og Lønneberg (2009), hvor 70 % av de afasirammede som deltok i programmet, og som var yngre enn 58 år, returnerte til arbeid mens de mellom 60 og 70 år førtidspensjonerte seg.

4.3.2 Begrensninger knyttet til arbeidsplassen

Begrensninger knyttet til arbeidsplassen handler om i hvor stor grad krav fra arbeidsplassen påvirker tilbakeføringen til arbeid. Ulike typer arbeid stiller forskjellige krav til den afasirammede. Her skiller vi mellom kontor- og serviceyrker, manuelt arbeid og industriyrker, samt frivillig arbeid. Krav fra arbeidsplass kan også handle om hvor imøtekomende arbeidsplassene er.

Krevende og mindre krevende arbeid

Fire av logopedene i undersøkelsen vår trakk frem at hvilken type arbeid den afasirammede har, vil påvirke tilbakeføringen til arbeid. En logoped har inntrykk av at små bedrifter har større utfordringer når det gjelder tilrettelegging av arbeidsoppgaver, enn større bedrifter. Hun trakk frem at: "*Min erfaring er at store bedrifter er mye mer fleksible enn disse små. Det er vel kanskje naturlig det også*". Dette belyses gjennom en studie som blant annet viser at å være ansatt i offentlig sektor påvirker den slagrammedes livskvalitet og velvære på en positiv måte når han eller hun returnerer til arbeid (Vestling et al., 2003).

En logoped understrekte at tilbakeføring til arbeid avhenger av den tidligere arbeidsplassen. På enkelte arbeidsplasser er det enklere å tilrettelegge. Hun sa:

Har du jobbet på fabrikk, og pakket sjokolader i esker som du kanskje klarer da, med kanskje et redusert tempo, og vil gjerne. Så er det lettere å tilrettelegge kanskje, det spørs jo helt hva slags jobb du har hatt.

Denne logopeden tenker seg at det er lettere å tilrettelegge på arbeidsplassen til afasirammede med manuelle yrker, som for eksempel industriarbeider.

Dette er motstridende med funnene fra en undersøkelse av Vestling et al. (2003) som viste at flere slagrammede returnerte til kontor- og serviceyrker enn til manuelle yrker (kalt hvitstipp- og blåstippyrker av forfatterne). Forfatterne trekker frem at sosioøkonomisk status bør tas hensyn til fordi et flertall av de slagrammede i undersøkelsen som ikke kom tilbake i arbeid hadde manuelle yrker.

En logoped trakk frem at mange av de afasirammede med lette vansker gjerne vil tilbake til arbeidet sitt igjen. Hun fortalte at:

Det vil de jo selvsagt, enten de har masse utdanning bak seg eller en jobb høyt i et system, eller ikke holdt jeg på å si, så vil de jo veldig gjerne tilbake igjen. Men jeg tror som sagt at fallet og følelsen av å ikke komme tilbake igjen, kanskje er større hos de som da har hatt en [pause], ja, ikke nødvendigvis en mer utfordrende jobb, her skal man vurdere ordene sine veldig, men dere skjønner hva jeg mener.

Logopeden trakk frem et eksempel om en afasirammet med milde afatiske vansker som strever med å komme tilbake til sin tidligere posisjon som leder i en offentlig bedrift. Hun sa at:

Det hadde hun kanskje gjort, hvis det hadde vært en, holdt jeg på å si, en jobb på grasrotnivå for eksempel. Der hun kanskje kunne ha brukt enda lengre tid på den

rehabiliteringen. Selv om arbeidsgiveren hennes har vært snill og grei og imøtekommende, så kan ikke de heller få ubegrenset og la en sånn jobb stå ledig.

Den afasirammede arbeider nå i en krevende, men redusert stilling. Hun har som mål å kunne øke stillingsprosenten noe og har engasjert seg i en brukerorganisasjon. Etter vår definisjon kan man kan tenke seg at eksempelet ovenfor er en vellykket returnering til arbeid, dette til tross for at den afasirammede ikke kunne returnere til sin opprinnelige stilling.

Som nevnt ovenfor ser logopedene i vår undersøkelse ut til å være av en annen oppfatning enn hva resultatene fra Vestling et al. (2003) sin undersøkelse viste. Alle logopedene i vår undersøkelse har inntrykk av at det er lettere å returnere til manuelle yrker enn til kontor- og serviceyrker. En av informantene trakk imidlertid frem eksempelet ovenfor som ikke samsvarer med dette inntrykket. Dette eksempelet illustrerer en kontor- og servicearbeider som kom tilbake i arbeid.

En logoped uttrykte at i stedet for å arbeide i en stilling som oppleves nedverdiggende ønsker flere afasirammede å bli uføretrygdet. Hun sa:

Det er jo flere som sier, da er det jo bedre at jeg blir ufør og heller må finne noe annet i livet mitt enn den jobben. For de å gå ut på arbeidsmarkedet og søke jobb når du har store språklige vansker, det er jo, altså de får jo ingen annen jobb.

Flere undersøkelser har vist at afasirammede returnerer til et mindre krevende arbeid eller til samme arbeid på et annet nivå enn før slaget (Dalemans et al., 2008). Undersøkelsene sier imidlertid ingenting om hvordan kravene til ulike typer arbeid virker inn på reintegreringen på arbeidsplassen. Nätterlund (2010) fant i sin undersøkelse at de fleste afasirammede som returnerte til arbeidslivet utførte andre og tilrettelegte oppgaver, mens en av de afasirammede måtte bytte arbeid da kravene på arbeidsplassen ble for store. En undersøkelse gjort av Lasker et al. (2005) viste at afasirammede hadde særlige utfordringer med å returnere til arbeid som stiller store krav til kommunikasjon og kognisjon.

Frivillig arbeid

Tre logopeder understrekte at det er en vesentlig forskjell mellom å gå tilbake til et krevende faglig arbeid, enn i for eksempel en frivillig posisjon hvor man kan yte ut i fra egne forutsetninger. Man kan som belyst i teorikapittelet tenke seg at det finnes afasirammede som engasjerer seg i frivillig arbeid, gjennom for eksempel frivillighetssentralene. En logoped i vår undersøkelse trakk frem et eksempel hvor en afasirammet, som tidligere hadde arbeidet i

helsevesenet i en fysisk krevende stilling, ikke ønsket seg tilbake til det samme arbeidet.

Logopeden fortalte at:

Men hun ønsket å gjøre noe, hun ville ikke bare være hjemme. Etter mye frem og tilbake tok vi etterhvert kontakt med frivillighetssentralen hvor jeg var med på et møte. Og da ble det skissert hva, av henne da, hva hun kunne bidra med og hva hun hadde lyst til. Og det er utfordrende nok for henne.

Nå arbeider den afasirammede som besøksvenn, og hjelper andre med gjennomføring av ærender som å ta telefoner, være med på legebesøk og butikker. Logopeden fortalte videre:

Så hun får brukt seg syns hun, og hun blir sett på som en ressurs, og hun blomstrer. Så det gjør hun, da får hun disse oppdragene. Og da er det litt mer for henne enn å bare lage kaffe, eller stå litt sånn bak og være litt mer passiv. Hun føler seg aktiv, og hun føler seg veldig nyttig og sett og er en ressurs. Absolutt.

Logopeden trekker imidlertid også frem at frivillig arbeid kan være utfordrende for afasirammede, og at de vil trenge tilpassede arbeidsoppgaver:

Altså man kan være i [en frivillig organisasjon] eller et eller annet frivillig på den måten, men mye av det er jo å snakke i telefonen og støtte noen gjennom pårørendetelefon og det tror jeg kan være litt skummelt. For da må du bruke telefonen, du ser ikke folk så du kan ikke få gitt noen signaler på noen annen måte.

Logopeden gikk så langt at hun sa:

Det er en stor forskjell på et krevende arbeid, og et frivillig arbeid. Så jeg tror at jeg kanskje jeg vil slå et slag for frivillig arbeid [ler], og ha det som fanesak. Sånn at den afasirammede kan bli sett på som en ressurs, og kan få mange anledninger til samtaler, hvor de selv må sette i gang. Kanskje med noen som har andre vansker, og at de da kan få brukt sitt potensiale. At det kan være en fremtidig, ja, setting da for afasirammede.

Hun understrekte at det er mye bra å hente gjennom frivillig arbeid, og at det viktigste er å føle seg nyttig og som en ressurs. Videre sa hun:

Det er jo ikke noe dårligere å ha en jobb hvor man ikke tjener penger, enn og ha en jobb hvor man tjener penger. Så det er også noe som fins i våre hoder, hvorfor er det ene bedre enn det andre?

Logopedens tanker stemmer overens med hva Thyness (1999) påpeker, som belyst i kapittel 2.2.1, at det er viktigere for folk å ha noe å leve for enn å ha noe å leve av. Frivillig arbeid har stor verdi, både for den som gjennomfører oppgavene, men har også samfunnsøkonomiske fordeler.

Er arbeidsplassene imøtekommende?

Logopedene har ulike oppfatninger av arbeidsplassenes ansvar når afasirammede skal tilbake i arbeid. En logoped plasserer all skyld på arbeidsplassen, da hun mener arbeidsplassen krever for mye av den afasirammede. Flere logopeder fremhever at arbeidsplassen prøver, men at enkelte krav fra arbeidsplassen er uunngåelige. En siste logoped hevder at utfordringen ligger i den afasirammedes språkvansker, og fritar med dette arbeidsplassen fra alt ansvar. De ulike oppfatningene redegjøres og drøftes videre i dette delkapittelet.

En av logopedene forklarer at arbeidsplassen krever for mye av de afasirammede fra oppstart, og at dette er en av hovedårsakene til at hennes klienter ikke har kommet tilbake i arbeid. Hun sa:

Jeg har vel ikke hatt noen som jeg vet har kommet tilbake i jobb, hvor det har gått bra. (...) Fellesnevner for de jeg har møtt, er at jobben krever så mye at de skjønner at de ikke kan komme tilbake. De får ikke komme tilbake litt, de må være friske for å komme tilbake. Og da er det flere som ikke vil tilbake i jobb. De kanskje gir litt opp forsøket på å komme tilbake, for de skjønner at hvis jeg gir dem lillefingeren, så tar de alt.

Logopeden forklarer at disse erfaringene først og fremst bygger på to tilfeller. Hun opplever at den afasirammede raskt gir opp håpet om å komme tilbake i arbeid, da arbeidsplassene krever alt eller ingenting. Logopeden tenker seg også at det å komme tilbake til arbeid er utfordrende for den afasirammede:

Så tenker jeg at mange vil sikkert føle at det å komme tilbake bare litt, kanskje belaster andre. Kanskje arbeidsplassen ikke er flinke til å sette inn vikar. Du føler kanskje du er en belastning når du er på jobb. At du ser at andre må gjøre mye av arbeidsoppgavene uansett.

Den arbeidsplassen som logopeden skisserer her kan virke lite imøtekommende, og se ut til å mangle både kunnskap og vilje til å tilrettelegge. Det er lite ved denne beskrivelsen av arbeidsplassen som samsvarer med tiltakene fra St. meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering som innebærer fokus på muligheter, aktiv oppfølging og bruk av hjelpemidler for at flere skal kunne bli i arbeid (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006).

Logopedene i vår undersøkelse trekker frem at arbeidsplassene som oftest er velmenende, og ønsker den afasirammede tilbake. En logoped sa:

Da tenker jeg at hvis du er direktør i en bank da. Så sier arbeidsgiver "ja, det klart du skal tilbake på jobb, vi savner deg" og sånn plutselig så er det du som skal lage eller gjøre noen veldig enkle oppgaver du skal gå med posten eller noe sånt. Da er det jo

ikke sikkert at det er en god tilbakeføring til arbeidet, selv om du har en jobb, for da er du jo så til de grader degradert. At det er veldig tap av ansikt og posisjon.

Selv om arbeidsgiver er velmenende er det likevel faktorer som den afasirammedes utfall, krav, arbeidsoppgaver og manglende forståelse for vanskene som kan gjøre tilbakeføring til arbeidslivet vanskelig. Det ser med andre ord ut til at våre logopeder opplever at arbeidsplassene på mange måter prøver å være imøtekommende og behjelpelige når de afasirammede skal tilbake i arbeid. Enkelte krav fra arbeidsplassen er imidlertid umulig å unngå. Den ene logopeden sa:

For sånn som jeg har opplevd det i hvert fall, at arbeidsgiver har tid, og kunnskap og faglig interesse. Ikke om afasi da, men altså om arbeidsoppgavene. (...) Men ellers så synes jeg at de er velmenende om det er helt reelt det vet jeg ikke, men det er gjort mange forsøk på å få hun (...) tilbake. Uten noe særlig hell.

Disse logopedene opplever at arbeidsplassene ønsker det beste for sine ansatte og tilrettelegger for tilbakeføring til arbeid. Logopedene anerkjenner også at arbeidsplassene har flere å ta hensyn til enn kun de afasirammede.

En siste logoped trakk også frem at hun ofte opplever arbeidsplasser som positive, og at de prøver i lengre tid, men at de afatiske vanskene gjør at den afasirammede ikke kan returnere til arbeidet. Logopeden sa:

Altså man har jo blitt ansatt et sted i forhold til de og de kvalifikasjonene og for å gjøre de og de arbeidsoppgavene. Det er klart at i en kommune og offentlig ansatt, så kan man kanskje finne på noe annet. (...) Men ikke andre steder altså. Hvis du er direktør i et stort firma (...) og ikke kan gå inn i den stillingen igjen. Hva skal du da gjøre? Da er det jo hans vansker, det er hans utfall, det er hans afatiske, altså hans språkproblem som gjør at det er et problem for arbeidsgiver og for han.

Hun ser ut til å oppleve at det først og fremst er grad av afasi som gjør det vanskelig for afasirammede å komme tilbake i arbeid.

4.3.3 Begrensninger knyttet til systemet

Logopedene opplever at en begrensning i arbeidet med å hjelpe de afasirammede tilbake i arbeid ligger i trykkesystemet. Dette handler først og fremst om de afasirammede som underveis i prosessen ønsker å øke sin stillingsprosent. En logoped trakk frem et eksempel:

Han ville øke til 80 %, for det mente han at han kunne klare. Men da kom NAV på banen og sa at hvis du går inn og jobber i 80 % så trekker vi. Jeg kjenner ikke

systemet sånn 100 %, men det er noe med en sånn balanse da. Så da ville han, fikk jeg inntrykk av, faktisk ha bedre økonomisk utbytte av å bare jobbe 50 %.

Dersom man har uførepensjon, og ønsker en økt stillingsprosent, gis det uførepensjon ned til 20 %, noe som innebærer at man maksimalt kan være i 80 % arbeid før man mister uførepensjonen (NAV, 2012). Selv om logopedene her ikke er fullstendig kjent med reglene, opplever hun likevel trykkesystemet som en begrensning i sitt arbeid med afasirammede som skal tilbake i arbeid.

De to logopedene som arbeider i det offentlige, opplever at systembegrensninger hindrer dem i å følge de afasirammede opp etter de har returnert til arbeid. Dersom de afasirammede er tilbake i arbeid og alt går bra, avsluttes rehabiliteringsforholdet. Skulle det da skje at den afasirammede på nytt står i fare for å falle utenfor arbeidslivet og ønsker videre oppfølging av logoped, må han eller hun søke kommunen på nytt. Om logopedens mulighet for oppfølging av afasirammede som har vansker med å bli værende i arbeid, sa en logoped:

Så det er på en måte ikke lagt til rette for det. Men det er klart at det er jo et tankekors som man kanskje burde, ja, reflektere litt mer over og gjøre noe mer. Eller ha et eller annet system som gjør at man kan ha noen ressurser tilgjengelige i et sånt tilfelle ja.

Logopedene som arbeider privat, gir uttrykk for det motsatte; nemlig at de har gode muligheter for oppfølging. Det kan se ut til at logopeder som arbeider privat i større grad enn offentlige logopeder, kan være en ressurs i oppfølgingen av afasirammede som skal tilbake i arbeid.

Morris et al. (2011) sin kvalitative undersøkelse viser viktigheten av oppfølging. De fulgte en afasirammet som returnerte til arbeid, men som hadde vansker med å bli værende. Den afasirammede takket først nei til rådgivning som en del av rehabiliteringen. Det viste seg i ettertid at han trengte rådgivning allikevel for å kunne bli værende i arbeid, men tilbudet stod ikke lenger ved lag. Forfatterne konkluderer med at rehabiliteringstilbudene bør være fleksible. Tilbudet om rådgivning bør bli stående på vent til den afasirammede er klar for å ta i mot rådgivning. Dette samsvarer med konsekvensbasert tilnærming hvor man ser for seg et langsiktig syn på afasirehabilitering (Simmons-Mackie, 2008).

Tverrfaglighet

De tre logopedene som arbeider privat, har tidligere arbeidet på sykehus. Samtlige av disse trekker frem positive erfaringer med tverrfaglig samarbeid fra tiden som logoped på sykehus.

Det er da først og fremst snakk om akuttfasen, men også noe rehabilitering på sykehus. Den ene logopeden trekker frem at tverrfaglig samarbeid på sykehuset har positive effekter både for logopeden og den afasirammede:

Rundt alle pasienter var det tverrfaglig team og det som trengtes av yrkesgrupper. Det var veldig lærerikt, for da kan man se pasienten på enda flere måter, og få støtte i sin del av faget, eller vårt fag. Se at vi har noe bidra med for å danne et helt bilde av pasienten. Og lærerikt da logopeden på mange norske sykehus, og mange andre steder for den saks skyld, er alene. Det å ha noen samarbeidspartnere er veldig viktig.

Dette viser for det første at sykehusene følger Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010), hvor det står at pasienten skal følges opp av et tverrfaglig team. For det andre kan det se ut til at logopedenes erfaring med tverrfaglig samarbeid fra sykehuset, bekrefter tidligere forskning som viser en tendens til at tverrfaglig oppfølging er positivt for pasientene (Jensen & Humle, 2011; Jensen & Lønneberg, 2009).

Det ser imidlertid ut til at logopedens erfaringer med tverrfaglig samarbeid knyttet til afasirammede stopper ved den afasirammedes utskrivelse fra sykehuset. En logoped forklarer sine erfaringer med tverrfaglig samarbeid på denne måten:

Jeg har jo jobbet på sykehus, så i akuttfasen der har vi jo jobbet tverrfaglig. Og for så vidt på rehabiliteringsavdelingen også, men det blir jo veldig kortsiktig altså. De er så kort tid inne ikke sant, at tverrfagligheten, selv om det er veldig bra på sykehus, så forsvinner den jo, det pulveriseres det når de kommer ut.

Det ser ut til at behandling og rehabilitering fulgt opp av et tverrfaglig team, står sterkt tidlig i rehabiliteringskontinuumet, men tynnes ut i kontinuumets siste faser, som nevnt i teorien.

På tiden da våre logopeder ble intervjuet, representerte de nettopp kontinuumets tre siste faser. I disse fasene er den afasirammede utskrevet av sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner, og er i et rehabiliteringsløp hjemmefra (Golper, 2008). Logopedene har her noe ulike erfaringer, men alle er opptatt av at det tverrfaglige samarbeidet foregår gjennom møter. Blant logopedene som arbeider privat ser det ut til å være en viss enighet om at logopeden i liten grad inviteres med på ansvarsgruppemøter i kommunen og NAV. Dette ser ut til å gjelde både for afasirammede som skal tilbake i arbeid og ikke. En logoped forklarte at: "*Jeg har aldri blitt kontaktet av noe team eller fastleger eller noe sånn, som har tatt meg med i den prosessen som en aktiv del da. Og det er jo ganske rart for å si det sånn*". En annen logoped forklarte at det forekommer kontakt med andre faggrupper, men man må selv ta initiativet:

Det hender jeg spør vedkommende hvis de skal ha møte med NAV eller med arbeidsplassen om de vil jeg skal være med. (...) Men du blir ikke innkalt fra NAV eller kommunen. Det er ingen som tenker på at logopeden skal være med på et møte. Det er bare opp til oss vil jeg si. Det hender jo vi drar til [rehabiliteringsavdeling ved sykehus] og er med på samarbeidsmøter der, men det er i tilfeller hvor vi ser at det er kjempeviktig at vi får overbrakt informasjon videre.

Den ene logopeden som arbeider for kommunen opplever at hun innkalles til tverrfaglige møter, men at bruken av disse ansvarsgruppene sjelden fungerer. Hun mener også at disse gruppene først og fremst opprettes for andre brukergrupper, ikke de afasirammede.

Logopeden beskrev:

Da kalles de ansvarsgruppemøter, og egentlig er det jo kommunen som skal opprette sånne, men det fungerer jo i veldig veldig liten grad. Men der de greier å få det på beina, er det en stor fordel tenker jeg. Men i denne aktuelle saken så er det ikke på beina, og det er kommunen som bremser det.

En privatpraktiserende logoped har opplevd lignende. Hun sa at ansvarsgruppemøter fungerer i arbeid med barn, men er ikke eksisterende i arbeid med voksne. I følge Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) er det viktig at kommunens ulike aktører samhandler gjennom blant annet ansvarsgrupper.

Logopedene i vår undersøkelse fortalte at dette i liten grad fungerer i praksis for voksne afasirammede. Samtidig uttrykte en tredje logoped at ansvarsgruppemøter opprettes i de tilfeller hvor den afasirammede har så omfattende vansker at han eller hun bor i omsorgsbolig eller lignende kommunalt tilbud.

Logopedene i undersøkelsen har kontakt med andre faggrupper, men kontakten er muligens ikke tett nok til å kalles samarbeid. De arbeider ikke sammen i team, men kommuniserer tidvis over telefon og e-post. Om tverrfaglig samarbeid sa den ene logoped:

Altså vi har det, men det er mer opp til oss. Det er noen få ergoterapeuter som tar kontakt, og da har man jo et samarbeid om kanskje hjelpemidler eller utfall. Jeg har hatt det i noen tilfeller, men det er ikke mest av det altså. Det hender vi tar kontakt med kanskje legen eller en annen fagperson, for vi ser at det er noe de trenger mer hjelp til for eksempel.

Våre informanter antyder at de spiller en mindre fremtredende rolle i den tverrfaglige oppfølgingen av den afasirammede. Tverrfagligheten kan ikke sies å foregå i et team som samarbeider.

I denne presentasjonen og drøftingen av tverrfaglighet har vi til nå sett at logopedene i vår undersøkelse opplever at logopedene på sykehusene arbeider i tverrfaglige team. Dette ser ut

til å være positivt for både logopedene og de afasirammede. I afasirehabiliteringens siste faser, hvor logopedene i denne undersøkelsen nå arbeider, er det lite tverrfaglig samarbeid. Som redegjort for i teorikapittelet er det først i kontinuumets siste faser at tilbakeføring til arbeid blir aktuelt som et mål i rehabiliteringen. Ut i fra dette kan man tenke seg at afasirammede som skal tilbake i arbeid, i liten grad opplever å følges opp av tverrfaglig team. Jensen og Humle (2011) skriver at logopeden i hjemkommunen ikke har samme mulighet til å hjelpe den afasirammede tilbake i arbeid som de har ved en rehabiliteringsinstitusjon med fokus på arbeid. De mener at kommune logopeden har begrensede muligheter til å formidle kunnskap til arbeidsgiver, som er svært viktig (ibid). Det kan med andre ord se ut til at logopeden på rehabiliteringsinstitusjoner arbeider under rammer som i større grad fremmer den afasirammedes mulighet til å komme tilbake i arbeid, sammenlignet med rammene for kommune logopeden.

Vi ser at det kan være en mulig mismatch mellom rehabiliteringstilbudet og fasen man som afasirammet er i. Som vist ovenfor arbeides det tverrfaglig rundt den afasirammede i tidlige faser, men tverrfagligheten er mer eller mindre fraværende når den afasirammede er kommet til en fase hvor tilbakeføring til arbeid er aktuelt. En mulig løsning på dette kan være et tilbud om arbeidsvurdering på en tverrfaglig rehabiliteringsinstitusjon. Vurderingen bør finne sted en viss tid etter hjerneslaget inntraff. På denne måten får den afasirammede muligheten for tverrfaglig oppfølging i rehabiliteringens senere faser hvor tilbakeføring til arbeid er aktuelt. I Norge gjøres dette for eksempel ved Sunnaas sykehus, hvor den afasirammede i løpet av et to ukers opphold får en tverrfaglig arbeidsvurdering (www.sunnaas.no, 2012).

To av logopedene i undersøkelsen kom imidlertid inn på at tverrfaglig oppfølging ikke nødvendigvis er av betydning for afasirammede som skal tilbake i arbeid. En av logopedene beskrev at tverrfaglig oppfølging ikke er etterspurt av de afasirammede:

Jeg har aldri opplevd at noen har gitt uttrykk for at de skulle ønske at det var sånn. For de har kommet til logopeden, de har fått sitt der, de har gått til fysioterapeuten og jeg har spurt de hvordan det har gått der.

Hun forklarte også hvordan dette kanskje skyldes at afasirammede som skal tilbake i arbeid har så milde vansker at de selv klarer å utveksle informasjon på tvers av fagpersoner: "Det hender jo at det forekommer [tverrfaglig samarbeid], men ikke så mye i forhold til disse her. Ikke den direkte kontakten, men det har jo litt med at de er i mye større stand til å kunne

formidle ting selv". På spørsmål om nytten av tverrfaglig samarbeid for en afasirammet som skal tilbake i arbeid svarte en annen logoped at:

Jeg vet ikke om det er noe avgjørende i forholdet til at han vil komme seg tilbake i jobb. Fordi det er jo utfallene som vurderer (...). Så jeg vet ikke om det hadde hatt noe å si, for å si det sånn. For de jeg har hatt her, som er tilbake 100 %, de har jo ikke hatt noe tverrfaglig oppfølging de.

Det kan med andre ord se ut til at logopeden ikke behøver å delta i et tverrfaglig team for å være en ressurs for afasirammede med lette vansker som skal tilbake i arbeid, men at logopeden kan være en ressurs i seg selv.

4.3.4 Begrensninger knyttet til logopedrollen

Tre av logopedene i vår undersøkelse bruker uttrykket "hver sin tue" om logopeden, og at dette kan oppleves som en begrensning i rehabiliteringsarbeidet når afasirammede skal tilbake i arbeid. En logoped uttrykte:

Det jeg synes er dumt med logopeder er at alle sitter litt på hver sin tue, også blir det (...) klikker. (...) Det har vært sånn i mange år at det har vært vanskelig å dele på ting. Og kanskje annen viktig informasjon blir borte?

Denne logopeden opplever at logopeder i samme kommune i liten grad samarbeider, noe som kan føre til at mye informasjon går tapt. En annen logoped mener at logopedene er lite synlige ute i systemet, blant annet fordi man arbeider adskilt, fordelt over et stort område:

Vi er ikke noen kjent gruppe for andre enn akkurat den som trenger oss på en måte. De som sitter rundt omkring på kommunekontorene (...) de vet jo hva en logoped er (...), men jeg tror ikke vi blir ansett som helt nødvendig i videre utvikling eller rehabilitering, eller tilbakeføring til arbeidslivet. (...) Det er jo litt med lokaliseringen også.

Logopeden opplever at andre faggrupper ikke nødvendigvis anerkjenner logopedens rolle i arbeidsrehabiliteringen. Funn fra Garcia et al. (2000) sin undersøkelse viste en tendens til at blant annet arbeidsplassen og den afasirammede ikke nødvendigvis ser logopeden som en viktig del av den afasirammedes arbeidsrehabilitering. Det kan også se ut til at denne logopeden opplever at det kan være vanskelig å opprette et samarbeidsforhold med andre logopeder og fagpersoner. Dette må kunne sies å være en begrensning i arbeidet med afasirammede som skal tilbake i arbeid, da det kan hindre tverrfaglig samarbeid og viktig informasjonsformidling mellom fagpersoner. Som drøftet tidligere er en tverrfaglig tilnærming ofte til det beste for klientene.

Uklare grenser mellom logopedens og psykologens arbeidsoppgaver

Alle logopedene i vår undersøkelse svarer at arbeid med psykososiale vansker er en del av arbeidet med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Disse resultatene samsvarer med resultatene fra Brumfitt (2006) sin undersøkelse, som viste at logopedene mener arbeid med den afasirammedes psykososiale vansker er viktig. Undersøkelsen viste også at de fleste logopeder bruker betydelige deler av rehabiliteringen til psykososiale problemstillinger.

Fire av logopedene tar opp at det til tider kan være uklare grenser mellom hva som er logopedenes oppgave, og hva en psykolog burde ta seg av. Grensen for eget arbeid med det psykososiale aspektet er noe logopedene i denne undersøkelsen tar tak i, men uttrykker at det kan være vanskelig å vite når man skal henwise videre. Blant annet sa en logoped:

Ja, det sosiale har jeg jo jobbet med. Og medfølelser har vi jo hatt mye med hun ene som er veldig lei seg fordi hun ikke kan komme på jobb. Og da er det jo hårfine grenser mellom hva logopeden skal gjøre og kanskje en psykolog skal gjøre, jeg vet ikke.

Også Brumfitt (2006) skriver om denne utfordringen. Hun mener innføringen av den konsekvensbaserte tilnærmingen til rehabilitering har ført til uklare grenser for hva som ligger i logopedens rolle.

En annen logoped var klar på at hun ikke er utdannet psykolog, og at hun i rådgivende samtaler fokuserer på problemstillinger knyttet til språket:

Bare det å snakke om hvordan det går og hva utfordringene er nå. Hva syntes du var vanskelig denne uka? Vi er jo ikke noen psykologer, men vi kan jo snakke om språket deres. Det blir litt mindre farlig. Altså det er jo ikke det psykiske ikke sant, vi snakker om språket.

Vår undersøkelse viste imidlertid også at logopeden og den afasirammede får et særlig nært tillitsforhold. Noe som gjør at den afasirammede kan åpne seg for logopeden på en annen måte enn til andre, se avsnitt om logopeden som en støttespiller. En logoped opplevde at hun kan påvirke den afasirammedes humør i positiv retning:

Det med depresjoner ja. Da å tenke at vi og er veldig gode, kan være veiledere og rådgivere, og selvsagt vite at nå er det faktisk en psykolog eller psykiater som må til. At en må vite sin begrensning. Hvis det blir veldig tunge ting så må de jo selvsagt ha en annen fagperson. Men jeg føler ofte at de kan komme litt sånn "deppa", men at jeg klarer å få dem litt opp da.

Som nevnt i teorikapittelet mener Holland (2007) at logopeden ikke har nok kunnskap til å behandle en depresjon. Satt på spissen kan man tenke seg at logopeden ikke har kompetanse til å håndtere alvorlige psykososiale vansker hos den afasirammede. Mens psykologen ikke har kompetanse til å godt nok oppfatte hva den afasirammede uttrykker. Det ser ut til at logopedens relasjonskompetanse er en styrke i arbeidet med de afasirammede, og at logopeden er en person som kan bidra positivt for den afasirammedes psykososiale tilværelse. Logopeden må imidlertid ha et bevisst forhold til når hun bør trekke inn andre faggrupper (Lassen, 2002), noe som er i tråd med Norsk Logopedlags (2010) yrkesetiske retningslinjer. Vi ser her at et tverrfaglig samarbeid mellom logoped og psykolog kan være positivt i rehabiliteringen av afasirammede.

4.4 Mirakelspørsmål

Avslutningsvis spurte vi alle informantene i undersøkelsen et mirakelspørsmål (Burns, 2005). Som nevnt i metodekapittelet var målet med mirakelspørsmålet å få informantene til å se bort fra begrensninger, vende blikket fremover og beskrive den optimale rehabiliteringen. Spørsmålet vi stilte var: Vi tar bort alt av begrensninger og rammer. Hva tror du skal til for at flere afasirammede kommer tilbake i arbeid, i den optimale rehabiliteringen?

Logopedenes beskrivelser av den optimale rehabiliteringen viste seg å ligge nært opp til deres beskrivelser av den faktiske rehabiliteringen. Svarene på mirakelspørsmålet ble en repetisjon av resultater som er presentert og drøftet ovenfor. Dette kan skyldes at logopedene allerede setter inn tiltak de mener fremmer en god rehabiliteringsprosess. Faktorene de i hovedsak trakk frem var utenfor logopedens rolle, og var knyttet til arbeidsplass og kjennetegn ved rehabilitering.

Vi velger å kombinere informantenes svar for å skape et eksempel på det optimale rehabiliteringsløpet. En logoped startet sin beskrivelse med følgende:

For det første så må rehabilitering selvfølgelig starte så fort som mulig, og være så intensiv som det trengs. Man må ha gode kollegaer, eller støtteverk rundt seg, sånn at ikke en og en logoped jobber alene, men man kan diskutere med andre logopeder og har den tverrfagligheten som vi har snakket om. Fysioterapeut, lege, psykolog, ergo, hva det nå er.

Flere av logopedene i undersøkelsen trakk frem intensiv og fleksibel rehabilitering, og tverrfaglighet som viktige faktorer i den optimale rehabiliteringen når afasirammede skal tilbake i arbeid. En logoped uttrykte følgende:

Jeg tror at det beste er å være på en rehabiliteringsinstitusjon. Jeg tror det, at med flere opphold kanskje to, tre etter hverandre, da har man fått maksimalt trent altså. Altså i akutfasen etter slaget. Intensiv trening og på skikkelige rehabiliteringsinstitusjoner. Det er det de trenger i starten.

Logopeden tenker seg at opphold på rehabiliteringsinstitusjoner vil være en nyttig del av rehabiliteringen. Det skal noteres at informanten her sannsynligvis snakker om alle afasirammede, ikke bare de som skal tilbake i arbeid. Dette ser vi igjen i resultatene fra tidligere undersøkelser som viste at personer med moderat og alvorlig grad av afasi returnerte til arbeid etter rehabiliteringsopphold (Hinckley, 2002; Jensen & Humle, 2011). Erfaringer fra Center For Hjerneskade i København, viste at intens tverrfaglig oppfølging på en forpliktende rehabiliteringsinstitusjon, ga gode resultater for afasirammede som ønsket seg tilbake i arbeid (Jensen & Humle, 2011; Jensen & Lønnberg, 2009).

I en personlig e-post (mottatt 13.januar 2012) fra Center For Hjerneskade i København, fikk vi vite at arbeidsrehabiliteringsprogrammet er avsluttet som følge av kommunale økonomiske innstramninger. Programmet fungerer nå kun som et ekstra tilbud til det ordinære tilbudet ved senteret. Dette er uheldig, da programmet bidro til at flere afasirammede med moderate og alvorlige vansker kom tilbake i arbeid (Jensen & Humle, 2011; Jensen & Lønnberg, 2009). Man kan stille spørsmålstegn ved kommunens bruk av økonomi som begrunnelse for å legge ned programmet. Som belyst i kapittel 4.1.1 reduseres den økonomiske byrden for samfunnet når den afasirammede returnerer til arbeidslivet. Dette bekreftes i flere studier (Graham et al., 2011; Helsedirektoratet, 2010; Hinckley, 2002), samtidig som det belyses av logopedene i vår undersøkelse.

Videre i det optimale rehabiliteringsløpet beskriver en logoped at rehabiliteringen bør være spesifikk og tilpasset den afasirammedes behov. Hun mener at rehabiliteringen bør være tosidig, da den "*går på den språklige rehabiliteringen, men også på det følelsesmessige (...) og det med å gi mestringsopplevelser*". Denne tosidigheten er drøftet inngående tidligere i oppgaven knyttet til logopedens handlings- og relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2006), samt kombinasjonen av vanskebasert og konsekvensbasert tilnærming til afasirehabilitering (Qvenild et al., 2010; Thompson & Worrall, 2008).

Den samme logopeden fortalte videre at i det optimale rehabiliteringsløpet opprettholdes veiledningsforholdet mellom logopeden og den afasirammede, selv etter den afasirammede er tilbake på arbeidsplassen. Når man har kommet så langt i rehabiliteringsløpet at spørsmålet om den afasirammede skal tilbake i arbeid blir vurdert, trakk logopeden fram at:

Da bare forutsetter vi at nå er personen blitt så god at han kan komme i jobb. Da står arbeidsplassen klar, ikke sant? Og arbeidsplassen, ser kompetansen den afasirammede har. I veldig mange bedrifter og yrker er det sånn at det å ha fått seg en trøkk i livet, blir sett på som en ressurs og ikke bare en begrensning. At det blir mer vektlagt. Det er muligheter for å ha reduserte stillinger og ha det fleksibelt på arbeidsplassen. Med arbeidsoppgaver som personen mestrer, men som selvfølgelig er arbeidsoppgaver som bedriften trenger.

Flere logopeder trakk fram at det i en optimal rehabilitering av afasirammede som skal tilbake i arbeid, vil være nødvendig med fleksible arbeidsplasser som kan tilpasses den afasirammedes behov.

En annen logoped mente at det er viktig å finne passende størrelse på stillingen, slik at personene med afasi kan begynne rolig, og deretter øke arbeidsmengde etter hvert. Hun trakk fram at NAV-systemet må endres for å få til dette:

Man må ha et system som gir folk en økonomisk mulighet til å klare seg allikevel, ikke sant. At man ikke tar bort alt av stønader hvis de, eller det gjør man vel forså vidt ikke heller da, men altså finne en balanse i forhold til disse ulike systemene.

To av logopedene mente at det er behov for å informere arbeidsplasser og samfunnet om afasi. En av logopedene trakk fram at informasjon om afasi vil gjøre det lettere for kollegaer på arbeidsplassen å forstå vanskene, samtidig som det blir lettere å samtale med den afasirammede:

Hvis du tar bort alt av begrensninger, og samtidig informerer om afasi rundt forbi. Det kan være en måte som gjør at mange av oss kan endre syn på afasi, som vi endrer syn på andre ting, når det blir mer vanlig. De fleste vet ikke hva afasi er.

Dette ser vi igjen fra tidligere drøfting av støttet samtale for voksne med afasi (Kagan, 1998; Kagan et al., 2004). Økt informasjon om afasi generelt blant kollegaer på arbeidsplassen, fremmer muligheter den afasirammede har for samtaler.

Etter å ha beskrevet at innholdet i den optimale rehabiliteringen er preget av intensitet, fleksibilitet og tid, understrekte den ene logoped at grad av afasi likevel vil være utslagsgivende for utfallet. Hun trakk fram at:

Hvis vi får inn en med store vansker, som trenger mye og vi ser at her er det mulighet for en positiv utvikling og kanskje jobb, så vil vi jo prioritere å sette inn mange timer i starten. Det med intensiv trening er jo viktig, men det er avhengig av utfallet altså. Det er det igjen. Hvor stor er skaden?

Denne logopeden mente at grad av vansker uansett vil begrense den afasirammedes mulighet til å komme tilbake i arbeid, selv i den optimale rehabiliteringen.

Logopedene skildret en optimal rehabilitering som kan oppsummeres i tittelsitatet: "*Dråpen uthuler stenen ikke ved makt, men ved å dryppe ofte*". Den optimale rehabiliteringen starter tidlig og er av en viss intensitet. Logopeden arbeider med språkforbedrende tiltak, men veileder også den afasirammede på andre områder i livet hvor språkvanskene får konsekvenser. Den afasirammede er gjerne inne til flere opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner, hvor han eller hun følges opp tverrfaglig. Arbeidsplassene ser potensialet til den afasirammede og er villige til å gjøre nødvendige tilrettelegginger for å utnytte dette. I den optimale rehabiliteringen følger logopeden opp den afasirammede også etter han eller hun er tilbake i arbeidslivet. Disse punktene stemmer overens med flere prinsipper fra Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010). Det kan med andre ord se ut til at logopedene er enige i retningslinjene som foreligger. Et slikt ideal vil imidlertid være vanskelig å oppfylle, da man i virkeligheten forholder seg til ulike faktorer som hindrer en optimal rehabilitering. Eksempler på faktorer kan være sykdom hos klienter og fagpersoner, kommunale rammer og budsjett.

Vi ser at logopedene i liten grad trekker frem sider ved logopedrollen som kunne vært annerledes i den optimale rehabiliteringen. Dette kjenner vi igjen fra det logopedene trakk frem som begrensinger i rehabiliteringsprosessen. Disse var i hovedsak knyttet til forhold utenfor logopedrollen.

5 Avslutning

Vi har nå redegjort for og drøftet hovedkategoriene i våre resultater, samt belyst de tre forskningsspørsmålene. Vi vil nå oppsummere oppgavens hovedfunn, og svare på vår problemstilling i konklusjonen.

5.1 Oppsummering

Vi har funnet at logopedens arbeidsoppgaver i rehabiliteringsprosessen er knyttet til språk- og arbeidsspesifikk trening. Logopedene i vår undersøkelse kartlegger og tilpasser behandlingsopplegg til hver enkelt afasirammet. Informantene trekker frem at trening på konkrete arbeidsoppgaver knyttet til den enkeltes arbeidsplass, er nødvendig når afasirammede skal tilbake til arbeidslivet. Logopedene fremhever, i tråd med tittelsitatet, at arbeidet må være intensivt og innebære mange repetisjoner. Videre trekker logopedene frem kontakt med arbeidsplassen som del av sine arbeidsoppgaver. De understreker at denne kontakten er sjelden, men viktig. Logopedene opplever manglende kunnskap om afasi på arbeidsplassene, og mener dette er uheldig. I denne oppgaven har vi belyst at støttet samtale for voksne med afasi kan bidra til å gi kollegaer økt forståelse for vanskene, og fremme samtaler hvor den afasirammede er en likeverdig partner (Kagan, 1998; Kagan et al., 2004; Simmons-Mackie, 2008).

Logopedene i vår undersøkelse opplever en rekke styrker ved egen rolle når afasirammede skal tilbake i arbeid. Logopedene trekker blant annet frem sin fagkompetanse som en særlig styrke. Informantene kombinerer sin spesifikke kunnskap om språk og kommunikasjon, med veiledning og rådgivning. I følge Røkenes og Hanssen (2006) reflekterer en slik kombinasjon god yrkeskompetanse. I rådgivningsarbeidet fokuserer logopedene på hjelp til selvhjelp, og på den afasirammedes styrker. Logopedene opplever at de er en støttespiller for den afasirammede. Dette fordi logopeden forstår den afasirammedes situasjon bedre enn andre, og skaper et trygt miljø for kommunikasjon. De erfarer at den afasirammede ser dem som en diskusjonspartner i rehabiliteringsprosessen. Logopedene opplever de har bedre tid til den enkelte sammenlignet med andre faggrupper, noe som kan bidra positivt i relasjonen mellom logoped og afasirammet. Vi ser at styrkene de trekker frem vitner om en logoped som ser den afasirammede som en likeverdig partner.

Logopedene i vår undersøkelse opplever begrensninger i rehabiliteringsprosessen knyttet til den afasirammede, arbeidsplassen, systemet og til egen rolle. Den afasirammedes begrensninger handler om grad av afasi, betydningen arbeid har for den enkelte, og hvilke forventninger den afasirammede har til seg selv og fremtidig arbeidssituasjon. Logopedene uttrykker at betydningen av arbeid varierer fra person til person, og for noen er arbeid nært knyttet til identitet. I enkelte tilfeller er den afasirammedes ønske om å komme tilbake i samme stilling som tidligere urealistisk. Flere av logopedene i undersøkelsen vår trekker frem realitetsorientering som en viktig arbeidsoppgave. Det ser ut til at arbeidsplassene er imøtekommande og ønsker å tilrettelegge for at den afasirammede skal komme tilbake. Logopedene opplever likevel et begrensende gap mellom krav fra arbeidsplass og den afasirammedes ferdigheter. Tverrfaglig oppfølging blir trukket frem som verdifullt i rehabiliteringen. Logopedene opplever imidlertid at systemet ikke legger til rette for tverrfaglig samarbeid i afasirehabiliteringens siste faser, hvor tilbakeføring til arbeid er mest aktuelt. I forhold til sin egen rolle opplever logopedene få begrensninger. Flere trekker likevel frem at skillet mellom logoped og psykolog kan oppleves uklart, når den afasirammede har psykososiale vansker.

Når logopedene i vår undersøkelse retter blikket fremover mot en optimal rehabilitering ser vi det passende å igjen trekke frem tittelsitatet: *"Dråpen uthuler stenen ikke ved makt, men ved å dryppe ofte"*. Dette fordi logopedene skildrer at den optimale rehabiliteringen starter tidlig, er intensiv og ivaretar hele mennesket. Den optimale rehabiliteringen innebærer også opphold på tverrfaglig rehabiliteringsinstitusjon og langvarig oppfølging.

5.1.1 Refleksjon over egen førforståelse og resultater

Som vist i metodekapittelet hadde vi en forventning om at logopedene kombinerte vanskebasert og konsekvensbasert tilnærming i sitt arbeid. Dette har blitt bekreftet i våre funn. Videre tenkte vi oss at logopedene ville fremheve språktrening som viktigst, men at de også arbeidet med livskvalitet, sosial deltakelse og arbeidstrening. Logopedene i vår undersøkelse rettet fokus på veiledning og rådgivning i store deler av intervjuene. Vårt inntrykk er at de ser på språktrening som en selvfølgelig del av sitt arbeid. Logopedene i undersøkelsen betrakter sin veilednings- og rådgivningskompetanse som særlig viktig i arbeid med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Før vi startet med intervjuene hadde vi en antagelse om at logopedene er en støtte og ressurs for den afasirammede, på en måte som få

andre er. Dette fikk vi bekreftet da flere logopeder fra vår undersøkelse opplever at de forstår den afasirammede bedre enn andre. Vi hadde en forventning om at logopedene opplevde begrensninger i forhold til egen rolle, egen arbeidsplass og at de opplevde at systemet satt grenser for deres rehabiliteringsarbeid. Dette samsvarer ikke med våre resultater. Logopedene trakk, som nevnt tidligere, i hovedsak frem begrensninger knyttet til den afasirammede og den afasirammedes arbeidsplass.

5.1.2 Generaliseringsverdi?

Vi har gjort rede for vår førforståelse, og våre valg i løpet av forskningsprosessen. Dette styrker resultatenes validitet. Det er imidlertid usikkert hvor representative våre informanter er. På den ene siden er begge kjønn representert i vårt utvalg, vi har representanter fra offentlig og privat sektor, med variert erfaring og utdanning. På den andre siden er ikke informantene tilfeldig utvalgt, og de har selv meldt sin interesse for å delta i undersøkelsen. Vi er derfor klar over at vi ikke kan generalisere våre funn til å gjelde utover vårt utvalg. Vi håper allikevel at funnene kan være til inspirasjon for norske logopeder som arbeider med afasirammede som skal tilbake i arbeid. Forhåpentligvis er denne oppgaven et lite bidrag til forskningen som foreligger på området i Norge.

I denne undersøkelsen har vi intervjuet logopeder i forhold til deres erfaringer knyttet til egen rolle i rehabiliteringen når afasirammede skal tilbake i arbeid. Vi har kun hatt informanter fra rehabiliteringens siste faser, og det kunne ha beriket oppgaven å inkludere logopeder fra tidligere faser, for eksempel fra rehabiliteringsinstitusjoner. Det ville vært interessant å inkludere den afasirammedes perspektiv i denne oppgaven, ved å undersøke deres tanker om hvordan logopeden kan være en ressurs ved tilbakeføring til arbeid.

5.1.3 Konklusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er: På hvilken måte kan logopeden være en ressurs i rehabiliteringen av afasirammede som skal tilbake i arbeid? Det ser ut til at logopeden for det første er en ressurs ved å ta i bruk sin tosidige kompetanse. Han eller hun fungerer som en ekspert på språk- og kommunikasjonsvansker, samtidig som logopeden er en rådgiver som tar hensyn til den afasirammedes ønsker og psykososiale behov. Vi har for det andre sett at logopeden tar i bruk flere tilnærminger i afasirehabiliteringen. En kombinasjon av vanskebasert og konsekvensbasert tenkning er viktig når afasirammede skal tilbake i arbeid.

Logopeden kan for det tredje bidra positivt til den afasirammedes rehabilitering ved å innse at logopedene ikke alene er nok når afasirammede skal tilbake i arbeid. Afasi er en kompleks vanske, og logopedene bør henvise til og søke samarbeid med andre faggrupper på områder hvor han eller hun innser sin egen begrensning. For det fjerde ser det ut til at logopedene er en ressurs gjennom å være realistiske og tenke at man ikke skal tilbake i arbeid "for en hver pris". Det overordnede målet i rehabiliteringen bør heller være å leve godt med sin afasi. Dersom det å returnere til sin tidligere stilling vil være vanskelig, bør logopedene informere og gjøre den afasirammede oppmerksom på andre muligheter som for eksempel frivillig arbeid. Gjennom frivillig arbeid får den afasirammede muligheten til å bruke sitt potensiale og sine ressurser, på en tilpasset og tilrettelagt måte.

5.2 Veien videre

I Norge og internasjonalt er det manglende forskning på afasirammede som skal tilbake i arbeid. Vi mener det bør rettes fokus mot afasi og arbeid, da arbeid har vist seg å ha betydning for den afasirammedes trivsel og helse, samtidig som tilbakeføring til arbeidslivet er økonomisk lønnsomt for samfunnet. De positive effektene gjelder for lønnet arbeid, men også frivillighetsarbeid. I arbeidet med denne oppgaven har vi særlig savnet studier som undersøker logopedens bidrag i arbeidsrehabiliteringen. Frivillighetsarbeid blant afasirammede virker å være et spennende fremtidig forskningsområde.

Litteraturliste

- Alaszewski, A., Alaszewski, H., Potter, J., & Penhale, B. (2007). Working after stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 29(24), 1858-1869.
- Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. (s. 287-320). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2006). *Arbeid, velferd og inkludering*. St.meld. nr. 9 (2006-2007). Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Armstrong, E., & Ferguson, A. (2010). Language, meaning, context, and functional communication. *Aphasiology*, 24(4), 480-496.
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2011). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46(3), 300-311.
- Brumfitt, S. (2006). Psychosocial aspects of aphasia: Speech and language therapists' views on professional practice. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 28(8), 523-534.
- Brumfitt, S. (2010). Introduction. I S. Brumfitt (Red.), *Psychological Well-Being and Acquired Communication Impairments*. (s. 1-25). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Burns, K. (2005). *Focus On Solutions. A Health Professional's Guide*. London & Philadelphia: Whurr Publishers.
- Chapey, R., Duchan, J. F., Elman, R. J., Garcia, L. J., Kagan, A., Lyon, J. G., & Simmons-Mackie, N. (2008). Life-Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (5. utg., s. 279-289). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Cherney, L. R., & Robey, R. R. (2008). Aphasia Treatment: Recovery, Prognosis, and Clinical Effectiveness. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (5. utg., s. 186-202). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Dalemans, R. J., De Witte, L. P., Wade, D. T., & Van den Heuvel, W. J. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: A review of the literature. *Aphasiology*, 22(10), 1071-1091.

- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davis, H. (2000). *Rådgivning til foreldre med kroniske syke og funksjonshemmede barn*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Fay, B. (1996). *Contemporary philosophy of social science: a multicultural approach*. Oxford: Blackwell.
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research: an introduction*. Boston: Allyn and Bacon.
- Garcia, L. J., Barrette, J., & Laroche, C. (2000). Perceptions of the obstacles to work reintegration for persons with aphasia. *Aphasiology*, 14(3), 269-290.
- Garden, B. (2012, 13. mars). *Dette er tegnene på hjerneslag*. NRK. Hentet 2. mai 2012, fra <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.8027764>.
- Golper, L. A. C. (2008). Teams and Partnerships in Aphasia Intervention. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (5.utg., s. 229-244). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Graham, J., Pereira, S., & Teasell, R. (2011). Aphasia and return to work in younger stroke survivors. *Aphasiology*, 25(8), 952-960.
- Haaland-Johansen, L. (2010, juni). *The public awareness of aphasia in Norway (invitert paper)*, 14th International Aphasia Rehabilitation Conference, Montreal, Canada, 24.-27. juni 2010.
- Hallowell, B., & Chapey, R. (2008). Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. I R. Chapey (Red.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. (5.utg., s.3-19). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Hammersley, M. (2010). Reproducing or constructing? Some questions about transcription in social research. *Qualitative Research*, 10(5), 553-569.
- Hartelius, L. (2008). Klassifikaion av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: ICF-perspektivet inom logopedi. I L.Hartelius, U. Nettelbladt, & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi*. (113-121). Lund: Studentlitteratur AB.
- HELFO. (2011). *Behandling hos logoped eller audipedagog*. Hentet 23. april 2012, fra HELFO <http://www.helfo.no/privatperson/dekning-av-helseutgifter/Sider/logopedaudiopedagog.aspx>

- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Andvord Grafisk AS.
- Helsedirektoratet. (2011). *ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Hentet 20. mars 2012, fra Helsedirektoratet <http://helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/icf/Sider/default.aspx>
- Hillis, A., Worrall, L., & Thompson, C. K. (2008). The State of Impairment- and Consequences-Based Approaches to Treatment for Aphasia. Final Commentary. I N. Martin, C. K. Thompson, & L. Worrall (Red.), *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences*. (s. 261-269). San Diego: Plural publishing.
- Hinckley, J. (2002). Vocational and social outcomes of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 35(2002), 543-560.
- Hinckley, J. (2008). Intervention for Anomic Aphasia from a Functional Perspective. I N. Martin, C. K. Thompson, & L. Worrall (Red.), *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences*. (s. 181-197). San Diego: Plural publishing.
- Holland, A. (2007). *Counseling in Communication Disorders. A Wellness Perspective*. Oxfordshire: Plural Publishing.
- Jensen, L. R., & Humle, F. (2011). Revalidering efter hjerneskade. Den specialpædagogiske indsats over for afasi i et tværfagligt samarbejde. *Specialpædagogik*, (2), 3-11.
- Jensen, L. R., & Lønnberg, C. (2009). Tilbage til arbejde efter hjerneskade og afasi? *HjerneSagen*, (Oktober), 12-13.
- Johannessen, E., Kokkersvold, E., & Vedeler, L. (2010). *Rådgivning: tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Duchan, J. F., Simmons-Mackie, N., Square, P., & Roth, E. J. (2004). A Set of Observational Measures for Rating Support and Participation in Conversation Between Adults with Aphasia and Their Conversation Partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11(1), 67-83.
- Kersten, P., Low, J. T. S., Ashburn, A., Georges, S. L., & McLellan, D. L. (2002). The unmet needs of young people who have had a stroke: results of a national UK survey. *Disability and Rehabilitation*, 24(16), 860-866.

- Kleven, I. (2002). Data og datainnsamlingsmetoder. I I. Kleven (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering.* (s. 61-83). Oslo: Unipub Forlag.
- Kultur- og kirke departementet. (2007). *Frivillighet for alle.* St. meld. nr. 39 (2006-2007). Oslo: Kultur- og kirke departementet.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lasker, J., LaPointe, L., & Kodras, J. (2005). Helping a professor with aphasia resume teaching through multimodal approaches. *Aphasiology*, 19(3-5), 399-410.
- Lassen, L. M. (2002). *Rådgivning: kunsten å hjelpe.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lassen, L. M. (2008). Hvordan prinsippene i empowerment kan anvendes som metode ved spesialpedagogisk rådgivningsarbeid. I E. Befring, & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk* (4.utg., s. 154-170). Oslo: Cappelens Forlag.
- Levack, W., McPherson, K., & McNaughton, H. (2004). Success in the workplace following traumatic brain injury: are we evaluating what is most important? *Disability and Rehabilitation*, 26(5), 290-298.
- Lind, M., & Haaland-Johansen, L. (2010). Kartlegging og dokumentasjon i afasilogopedisk praksis. I E. Qvenild, I. Haukeland, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, & M. Lind (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 42-64). Oslo: Novus forlag.
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 32(3), 279-300.
- Morris, J., Franklin, S., & Menger, F. (2011). Returning to work with aphasia: A case study. *Aphasiology*, 25(8), 890-907.
- Naess, H., Hammersvik, L., & Skeie, G. O. (2009). Aphasia among Young Patients with Ischemic Stroke on Long-term Follow-up *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18(4), 247-250.
- NAV. (2012). *Tilbake til arbeid.* Hentet 18. april 2012, fra Arbeids- og velferdsetaten <http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Uf%C3%B8repensjon/Tilbake+til+arbeid>
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnskunnskap, humaniora, juss og teologi.* Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Norsk logopedlag. (2010). *Norsk logopedlag. Informasjon 2010.* Oslo: Norsk logopedlag.

- Nätterlund, B. S. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 117-129.
- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. LOV-1998-07-17-61.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasesstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I E. Qvenild, I. Haukeland, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, & M. Lind (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 23-37). Oslo: Novus forlag.
- Radford, K. A., & Walker, M. F. (2008). Impact of Stroke on Return to Work. *Brain Impairment*, 9(2), 161-169.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2006). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schiavetti, N., Orlikoff, R. F., & Metz, D. E. (2011). *Evaluating research in communicative disorders*. Boston: Pearson.
- Sherratt, S., Worrall, L., Pearson, C., Howe, T., Hersh, D., & Davidson, B. (2011). "Well it has to be language-related": Speech-language pathologists' goals for people with aphasia and their families. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 317-328.
- Simmons-Mackie, N. (2008). Social Approches to Aphasia Intervention. I R. Chapey (Red.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. (5.utg., s. 290-317). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- SSB. (2010). *Arbeid*. Hentet 5. april 2012, fra SSB <http://www.ssb.no/emner/06/arbeid/>
- Theie, S., & Qvenild, E. (2010). ICF brukt i utredning av afasi. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 56(4), 10-18.
- Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). Approaches to aphasia treatment. I N. Martin, C. K. Thompson, & L. Worrall (Red.), *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences*. (s. 3-24). San Diego: Plural publishing.
- Thyness, P. A. (1999). *Sosialt arbeid - lokal organisering og selvhjelp: en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Tano Aschehoug.

- Treger, I., Shames, J., Giaquinto, S., & Ring, H. (2007). Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 29(17), 1397-1403.
- Verna, A., Davidson, B., & Rose, T. (2009). Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(3), 191-205.
- Vestling, M., Tufvesson, B., & Iwarsson, S. (2003). Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *Journal of rehabilitation medicine*, 35(3), 127-131.
- Whitworth, A., Webster, J., & Howard, D. (2005). *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia: a clinician's guide*. Hove: Psychology Press.
- Wozniak, M. A., & Kittner, S. J. (2002). Return to Work after Ischemic Stroke: A Methodological Review. *Neuroepidemiology*, 2002(21), 159-166.
- www.sunnaas.no. (2012). *Arbeidsevnevurdering - to ukers opphold*. Hentet 28. april 2012, fra Sunnaas <http://www.sunnaas.no/pasient/behandlinger/Sider/yrkesvurdering.aspx>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Innledning

Før vi begynner, vil vi takke deg for din deltagelse i vårt prosjekt og gjenta noe av informasjonen fra skrivet du fikk tilsendt. Du kan når som helst trekke deg fra prosjektet, uten å oppgi grunn.

Vi kommer til å ta opptak av intervjuet og transkribere det. Du kan lytte til båndet etterpå hvis du ønsker det.

Opptaket vil bli behandlet konfidensielt og oppbevares i et låst skap. Datamaterialet vil anonymiseres og dine uttalelser vil ikke kunne spores tilbake til deg.

Som du ser er vi to intervjuere, men jeg har hovedansvaret i dag.

Tema i dag er logopedene som en ressurs for afasirammede som skal tilbake i arbeid. Vi er ute etter din rolle i denne rehabiliteringsprosessen. Vi forstår arbeid både som lønnet arbeid og frivillig arbeid. Med rehabilitering mener vi ditt arbeid med den afasirammede som skal tilbake i arbeid.

Vi kommer til å be deg beskrive noen eksempler fra din praksis. Da er det viktig at du anonymiserer den afasirammede.

Om informanten

Hvilken utdanning har du?

Hvor lenge har du arbeidet som afasilogoped?

Hvor mye erfaring har du med afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Beskrivelse og eksempler

Beskriv din rolle fra start til slutt i rehabiliteringen når den afasirammede skal tilbake i arbeid?

Har du eksempler hvor tilbakeføringen har fungert godt?

Har du eksempler hvor tilbakeføringen ikke har fungert godt?

Arbeidsoppgaver

Vi ønsker å undersøke hva afasilogopedenes arbeidsoppgaver er og hvilke fokusområder du arbeider med når afasirammede skal tilbake i arbeid.

Hva gjør du i denne rehabiliteringsprosessen?

Vi har lest at kan være et fokusområde, hvilke erfaringer har du med dette?

spesifikk språktrening

psykososial rehabilitering (sosiale og følelsesmessige)

arbeid med livskvalitet

arbeidsspesifikk trening

informasjonsformidling på arbeidsplass

Har du noen konkrete eksempler på dette?

Begrensninger

Har du opplevd begrensninger i rehabiliteringsprosessen når den afasirammede skal tilbake i arbeid, hvis ja, hvilke?

Hindringer. Er det noe som hindrer deg i å gjøre det du føler at du vil/burde gjøre.

Hindringer i din rolle som logoped, den afasirammede eller arbeidsplassen.

Hva kan være årsakene til disse?

Eks: mangel på tid, kunnskap eller faglig interesse, manglende «tillit» hos arbeidsgiver og afasirammet, organisatoriske rammer som den afasirammedes arbeidsplass, NAV eller logopedens arbeidsplass.

Logopedens styrker

På hvilken måte opplever du at du som logoped er en styrke for den afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Opplever du at det ligger noen særlige styrker i logopedens rolle når afasirammede skal tilbake i arbeid?

Man kan tenke seg at overgangen fra rehabilitering til arbeid er særlig utfordrende for den afasirammede. Hva tenker du er logopedens styrker i denne overgangen fra rehabilitering til arbeidsliv?

Internasjonal forskning viser en tendens til at afasirammede som er tilbake i arbeid, kan ha vansker med å bli værende. Hva tenker du er logopedens styrker i oppfølgingen av den afasirammede som er tilbake i arbeid?

Tverrfaglighet

I Danmark har de positive erfaringer med bruk av tverrfaglig team når den afasirammede skal tilbake i arbeid.

Hvilke erfaringer har du med tverrfaglig samarbeid?

Hvilke erfaringer har du med tverrfaglig samarbeid knyttet til denne prosessen?

Har du eksempler hvor det tverrfaglige arbeid fungerte godt?

Har du eksempler hvor det tverrfaglige arbeidet fungerte mindre godt?

Hva tenker du om nytten av tverrfaglig samarbeid for afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Avsluttende

Så kommer det et mirakelspørsmål til slutt. Vi tar bort alt av begrensninger og rammer. Hva tror du skal til for at flere afasirammede kommer tilbake i arbeid, i den optimale rehabiliteringen?

Er det noen annet ved logopedens rolle du ønsker å belyse?

Takk for intervjuet

Vedlegg 2: Tilrådning om behandling av personopplysninger, NSD.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 11.01.2012

Vår ref: 29077 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29077	<i>Afasirammede tilbake i arbeid - logopeden som ressurs</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Melanie Kirmess</i>
Student	<i>Jenny Svela</i>

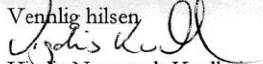
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

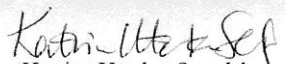
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

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

Venlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Jenny Svela, Øvre Stabburvei 18 C, 0873 OSLO

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29077

Det gis skriftlig informasjon og innhentes et muntlig samtykke fra informantene.

Personvernombudet ber om at dato for prosjektslutt tilføyes i informasjonsskrivet.

Personvernombudet legger til grunn at logopedene ikke uttaler seg om identifiserbare enkeltpersoner i forbindelse med intervjuene, da deres taushetsplikt vil være til hinder for det. Det kan med fordel minnes på om dette innledningsvis under intervjuene.

Prosjektslutt er angitt til 31.12.2012. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet slettes.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informantene

Informasjonsskriv til informantene

Som avtalt, via e-post og per telefon, sender vi deg et informasjonsskriv om deltakelse som informant i vår masteroppgave. Vi er to logopedstudenter ved Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk, som våren 2012 skal skrive masteroppgave. Den har arbeidstittel: "Afasirammede tilbake i arbeid - logopeden som ressurs". Vi ønsker å undersøke hva logopeden gjør og hvilke tanker han/hun har om egen rolle i forhold til afasirammede som skal tilbake i arbeid. Afasi og arbeid er et tema som det er lite fokus på i litteraturen, og det meste av studiene er gjort på slagrammede uten afasi og deres returnering til arbeid. Vi ønsker å vite mer om hvordan vi som kommende logopeder kan arbeide med dette. Samtidig er dette et tema vi ønsker å rette fokus mot, da det er et viktig område innen afasirehabilitering.

Vi skal benytte oss av intervju som metode og vil ta samtalene opp på lydbånd. Vi vil også ta notater underveis. Lydbåndet vil bli slettet og transkriberingene makulert når sensur for oppgaven foreligger, senest 27. juli 2012. Intervjuet vil bli gjennomført i februar og vil ta ca. 60-90 minutter. Dersom du ønsker det, sender vi deg spørsmålene i forkant av intervjuet.

Det er frivillig å delta som informant og du kan trekke deg når som helst i løpet av prosessen, uten å oppgi begrunnelse. Dine opplysninger vil da ikke bli brukt i oppgaven. Alle opplysninger knyttet til deg vil bli behandlet konfidensielt, og oppbevart etter gjeldende etiske retningslinjer. Du vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å knytte dine svar tilbake til deg.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Vi kontakter deg i nær fremtid via e-post eller telefon, for nærmere avtale av tid og sted for intervju. Ikke nøl med å ta kontakt dersom du har spørsmål knyttet til deltakelse i prosjektet.

Med vennlig hilsen
Jenny Svela og Silje Merethe Hansen

Kontaktinformasjon: jenny.svela@gmail.com / 41447708
siljmhan@student.uv.uio.no / 99462326

Vedlegg 4: Spørsmål sendt til informantene i forkant av intervjuet

Overordnede tema og spørsmål til intervjuet

Vi forstår *arbeid* både som lønnet arbeid og frivillig arbeid. Med *rehabilitering* mener vi ditt arbeid med den afasirammede som skal tilbake i arbeid.

Om informanten

Utdanning

Erfaring

Beskrivelse og eksempler

Beskriv din rolle i rehabiliteringen når den afasirammede skal tilbake i arbeid?

Har du eksempler hvor tilbakeføringen har fungert godt?

Har du eksempler hvor tilbakeføringen ikke har fungert godt?

Arbeidsoppgaver

Vi ønsker å undersøke hva afasilogopedenes arbeidsoppgaver er og hvilke fokusområder du arbeider med når afasirammede skal tilbake i arbeid.

Hva gjør du i denne rehabiliteringsprosessen?

Begrensninger

Har du opplevd begrensninger i rehabiliteringsprosessen når den afasirammede skal tilbake i arbeid, hvis ja, hvilke?

Eks: mangel på tid, kunnskap eller faglig interesse, organisatoriske rammer.

Logopedens styrker

På hvilken måte opplever du at du som logoped er en styrke for den afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Opplever du at det ligger noen særlige styrker i logopedens rolle når afasirammede skal tilbake i arbeid?

Tverrfaglighet

I Danmark har de positive erfaringer med bruk av tverrfaglig team når den afasirammede skal tilbake i arbeid.

Hvilke erfaringer har du med tverrfaglig samarbeid knyttet til denne prosessen?

Har du eksempler på hvor det tverrfaglige arbeid fungerte godt?

Har du eksempler på hvor det tverrfaglige arbeidet fungerte mindre godt?

Hva tenker du om nytten av tverrfaglig samarbeid for afasirammede som skal tilbake i arbeid?

Avsluttende

Så kommer det et mirakelspørsmål til slutt. Vi tar bort alt av begrensninger og rammer. Hva tror du skal til for at flere afasirammede kommer tilbake i arbeid, i den optimale rehabiliteringen?