

# «Usynlig» vanske – synlig tjeneste?

*En deskriptiv studie av norske logopeders  
kjennskap til og arbeid med ervervede  
kognitive kommunikasjonsvansker*

Hege Brokke Flatebø



Masteroppgave i spesialpedagogikk  
Institutt for spesialpedagogikk  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2016





# «Usynlig» vanske – synlig tjeneste?

En deskriptiv studie av norske logopeders kjennskap til og arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker

© Hege Brokke Flatebø

2016

«Usynlig» vanske – synlig tjeneste? En deskriptiv studie av norske logopeders kjennskap til og arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker

Hege Brokke Flatebø

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo





# Sammendrag

## Tittel

«Usynlig» vanske – synlig tjeneste? En deskriptiv studie av norske logopeders kjennskap til og arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.

## Formål, bakgrunn og problemstilling:

Bakgrunnen for å undersøke norske logopeders kjennskap til og arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker var en gjennomgang av teori og studier som viste til det store antallet mennesker som årlig blir rammet av ervervet hjerneskade og hvor komplekse vanskene kan være i forbindelse med slike skader. Samtidig er det en vanske som får lite oppmerksomhet i norske studier og litteratur.

Ettersom ervervede kognitive kommunikasjonsvansker kan oppstå som konsekvens av en rekke ulike årsaker, ble det derfor i denne oppgaven rettet fokus mot vansker som oppstår etter traumatisk hjerneskade. Det ble valgt å fokusere på traumatiske hjerneskader ettersom de, som gruppe, er blitt best og mest dokumentert i relasjon til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Konsekvensene av ervervede kognitive kommunikasjonsvansker vil påvirke ikke bare den enkelte som har vært utsatt for skaden, men er et betydelig samfunnsmessig problem. På grunn av alle disse ulike faktorene ble det formulert følgende problemstilling:

*«Hva er norske logopeders kjennskap til og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av individer med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?».*

For å belyse og undersøke problemstillingen ytterligere ble det utarbeidet tre forskningsspørsmål:

- 1. Vil en logopeds bakgrunn påvirke dens kjennskap og praktisering av screening og kartlegging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?*
- 2. Hvilke utredningsverktøy og -metoder kjenner norske logopeder til - og benyttes disse?*
- 3. Påvirker logopedens bakgrunn logopedens opplevde kompetanse?*



## **Metode:**

Undersøkelsen ble utformet gjennom Universitetet i Oslos Nettskjema, og den ble distribuert ut via epostlister. Totalt bestod undersøkelsens utvalg av 366 logopeder fra Norsk Logopedlags 12 regionslag. Datamateriale fra undersøkelsen ble analysert og utarbeidet i SPSS, mens Excel ble benyttet for å lage de grafiske fremstillingene. Det ble benyttet univariante og bivariante analyser for å få fram mulige sammenhenger i resultatene.

Med tanke på mulighet for å generalisere funnen fra undersøkelsen er det gunstig at utvalget var relativt stort, heterogent og godt egnet. Samtidig blir undersøkelsen svekket av det ikke-eksperimentelle designet som ble benyttet. Til tross for dette, vil tendensene som er funnet i undersøkelsen trolig finnes i populasjonen.

## **Resultater og konklusjon**

Etter endt gjennomgang og analyse av datamaterialet ble det funnet enkelte tendenser. Majoriteten av logopedene i utvalget hadde kjennskap til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Selv om over halvparten av logopedene oppgav å kjenne til vansken, så opplevde logopedene lite kompetanse i relasjon til vanskegruppen. Særlig var det de logopeder som oppga å arbeide med barn og unge som opplevde liten grad av kompetanse. Logopedene kjente til en rekke ulike kartleggingsverktøy og -metoder, men benyttet et begrenset antall av disse. Blant de formelle testene som logopedene oppgav at de benyttet, var det hovedsakelig tester utviklet for å kartlegge afasi som ble nevnt.



# Forord

Det er med blandende følelser jeg nå sitter og skriver de siste linjene på denne masteroppgaven. Prosessen med å skrive denne masteroppgaven har til tider vært strevsom, samtidig har det vært en svært lærerik og givende periode. Likevel er det ubeskrivelig godt å nå skulle avslutte.

Først vil jeg takke min fantastiske veileder, Anne Berit Andreassen, for å ha vært en flott og tålmodig støtte i denne perioden. Jeg føler meg utrolig heldig som fikk henne som veileder, og denne oppgaven ville aldri ha sett dagens lys om det ikke hadde vært for henne. Jeg vil også rette en stor takk til Anne Katherine Hvistendahl for all hjelpen jeg har fått.

Jeg vil også få takke alle venner og familie for at dere roer meg ned med beroligende ord og støtte. Min hverdag har vært mange hakk bedre på grunn av dere. En ekstra takk til min lille søster Solveig for at hun har holdt ut med meg i denne perioden.

En spesiell takk ønsker jeg å rette til mine følgesvenner gjennom de siste fem årene, Lina og Birgitte. Vi har vært gjennom så mye rart og flott, de siste fem årene hadde ikke vært de samme om jeg ikke hadde tilringt dem med dere.

Avslutningsvis ønsker jeg takke alle logopedier i Norsk logopedlag som deltok i undersøkelsen min. Alle eposter, kommentarer og responser ble satt stor pris på.

Nå er det på tide for meg å sette siste punktum på denne oppgave, og samtidig min tid som student ved Universitetet i Oslo. Alt i alt har det vært en fin tid.

Oslo, mai, 2016

Hege Brokke Flatebø



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Formål og problemstilling .....	1
1.2	Disposisjon og avklaring .....	2
2	Teori .....	3
2.1	Kommunikasjon, språk og kognisjon .....	3
2.1.1	Kommunikasjon .....	3
2.1.2	Kommunikasjonens funksjon.....	4
2.1.3	Språk.....	4
2.1.4	Språk, tanker og kognisjon.....	5
2.2	Traumatisk hjerneskade .....	6
2.2.1	Skadens alvorlighetsgrad.....	7
2.2.2	Primær og sekundær hjerneskade.....	8
2.2.3	Åpen og lukket hodeskade .....	8
2.2.4	Hvem rammes av traumatisk hjerneskade? Insidens og årsaker .....	9
2.2.5	Hvordan arter en traumatisk hjerneskade seg .....	10
2.2.6	Konsekvensene av en traumatisk hjerneskade .....	14
2.3	Ervervede kognitive kommunikasjonsvansker .....	15
2.3.1	Begrepet «ervervede kognitive kommunikasjonsvansker».....	16
2.3.2	Hvordan identifiseres ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?.....	17
2.3.3	Hvordan arter ervervede kognitive kommunikasjonsvansker seg?.....	17
2.4	Logopedens rolle i arbeid med mennesker som har kognitive kommunikasjonsvansker .....	19
2.4.1	Hvorfor benytte logoped?.....	19
2.4.2	Krav til logopedens kunnskap .....	20
2.4.3	Behovet for logoped .....	21
2.4.4	Behovet for tverrfaglig arbeid .....	22
2.4.5	Utfordringer i utredning .....	22
3	Metode.....	23
3.1	Design.....	23
3.2	Populasjon og utvalg .....	24
3.3	Survey.....	25

3.3.1	Spørreskjema.....	25
3.3.2	Nettbasert spørreundersøkelse.....	26
3.4	Planlegging, utforming og gjennomføring av spørreundersøkelsen.....	27
3.4.1	Utforming av spørreskjemaet.....	29
3.4.2	Pilotstudie.....	32
3.5	Deskriptiv statistikk og undersøkelsens statistiske analyser.....	33
3.6	Validitet og reliabilitet.....	35
3.6.1	Validitet.....	35
3.6.2	Reliabilitet.....	41
3.7	Etiske hensyn.....	42
4	Resultater.....	44
4.1	Logopedenes bakgrunn, arbeidserfaring og erfaring med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.....	44
4.2	Logopedenes kjennskap til og bruk av verktøy, metoder og tilnærminger i utredningen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker.....	56
4.2.1	Utrednings verktøy og metoder.....	59
4.3	Logopedens arbeidsmetoder og fokusområder i oppfølgingen av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.....	62
5	Drøfting.....	65
5.1	Faglig bakgrunn og arbeidserfaring.....	65
5.2	Kjennskap til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.....	66
5.3	Opplevd kompetanse i arbeid med mennesker som er rammet av ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.....	68
5.4	Praksiserfaring med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.....	70
5.5	Logopedens utredning av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.....	71
5.6	Logopedenes oppfølging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.....	75
5.6.1	Fokus på ulike kognitive funksjonsområder.....	76
5.6.2	Logopedens tilegnelse av kunnskap.....	77
6	Avslutning.....	78
6.1	Forskningsspørsmålene.....	78
6.2	Oppsummering – og veien videre.....	79
	Litteraturliste.....	81

Vedlegg .....	89
Vedlegg 1 Prosjektvurdering fra NSD .....	89
Vedlegg 2 Informasjonsskriv til deltakerne .....	92
Vedlegg 3 Spørreundersøkelsen.....	93
<b>Figur nr. 1 Grunnutdannelse .....</b>	<b>46</b>
<b>Figur nr. 2 Arbeidserfaring.....</b>	<b>46</b>
<b>Figur nr. 3 Arbeidsplass .....</b>	<b>47</b>
<b>Figur nr. 4 Kjennskap til begrepet "erhvervede kognitive kommunikasjonsvansker" ....</b>	<b>48</b>
<b>Figur nr. 5 "Kjenner ikke til begrepet" fordelt på arbeidsplass .....</b>	<b>49</b>
<b>Figur nr. 6 "Kjenner ikke til begrepet" fordelt på aldersgruppe .....</b>	<b>49</b>
<b>Figur nr. 7 Opplevd grad av kompetanse fordelt på utdanningsinstitusjon .....</b>	<b>51</b>
<b>Figur nr. 8 Opplevd kompetanse fordelt på de ulike arbeidsplassene .....</b>	<b>53</b>
<b>Figur nr. 9 Arbeidssted vs. erfaring med å screene for å identifisere vanske .....</b>	<b>57</b>
<b>Figur nr. 10 Kartlegging av omfang vs. arbeidssted .....</b>	<b>58</b>
<b>Figur nr. 11 Kartlegging av vanskens påvirkning vs. arbeidssted .....</b>	<b>58</b>
<b>Figur nr. 12 Kjennskap til sjekklister .....</b>	<b>59</b>
<b>Figur nr. 13 Bruk av faggrupper i tverrfaglig team .....</b>	<b>62</b>
<b>Figur nr. 14 Hvor henvender logopedene seg? .....</b>	<b>64</b>
<b>Tabell nr. 1 År fullført utdannelse.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabell nr. 2 Utdanningsinstitusjon .....</b>	<b>45</b>
<b>Tabell nr. 3 Primær aldersgruppe .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabell nr. 4 Opplevd grad av kompetanse fordelt på arbeidserfaring .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabell nr. 5 Opplevd kompetanse fordelt på aldersgruppe .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabell nr. 6 Opplevd kompetanse hos logoped med arbeidserfaring .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabell nr. 7 Opplevd kompetanse hos logoped uten arbeidserfaring .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabell nr. 8 Bruk av tester.....</b>	<b>60</b>
<b>Tabell nr. 9 Kognitive fokusområder .....</b>	<b>63</b>





# 1 Innledning

## 1.1 Formål og problemstilling

Traumatiske hjerneskader rammer alle grupper mennesker. Hvert år vil opptil 4000 personer i Norge bli utsatt for skade (Solbakk, Schanke og Krogstad 2008; Krogstad, 2015).

Kommunikasjonsevnen blir svært ofte påvirket. Studier rapporterer om at opptil 80 % av dem som blir utsatt for en hjerneskade vil oppleve en kommunikasjonsvanske. Majoriteten av disse vanskene er kognitive kommunikasjonsvansker (CASLPO, 2002). Det er bekymringer nasjonalt om at disse menneskene ikke får den oppfølgingen de har behov for (Fure, 2008; Kunnskapsdepartementet, 2001; Krogstad, 2015; Helsedirektoratet, 2010). Det er ulike årsaker til vansken ikke blir fulgt opp, blant annet manglende kjennskap hos det profesjonelle hjelpeapparatet og at den som er blitt utsatt ikke oppsøker hjelp (Krogstad, 2015; LaPointe, Stierwalt og Murdoch, 2010).

Nettopp på grunn av det høye antallet mennesker som blir rammet og bekymringer om at disse ikke mottok den støtten de burde ha fått, var det interessant å undersøke logopeders rolle i arbeid med vanskegruppen. College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario (CASLPO) (2002), American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2005a; 2005b), Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE (CPLOL) (2013) og Norsk logopedlag (NLL) (u.å.) argumenterer for at ervervede kognitive kommunikasjonsvansker er et av logopeders arbeidsområder. CASLPO (2002) hevder at logopeder må involveres i arbeidet med mennesker som har kognitive kommunikasjonsvansker på grunn av deres kunnskap om og evne til å kartlegge og oppfølge vansker med kommunikasjon som oppstår etter ervervet skade.

Dette resulterte i tre forskningsspørsmål:

- 1. Vil en logopeds bakgrunn påvirke dens kjennskap til og praktisering av screening og kartlegging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?*
- 2. Hvilke utredningsverktøy og -metoder kjenner norske logopeder til - og benyttes disse?*
- 3. Påvirker logopedens bakgrunn logopedens opplevde kompetanse?*

Forskningsspørsmålene endte i følgende problemstilling:

*«Hva er norske logopeders kjennskap til og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av individer med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?»*

## **1.2 Disposisjon og avklaring**

Det vil her bli gjort rede for studiens disposisjon, og videre vil avgrensinger og prioriteringer bli kommentert.

I kapittel 2 («Teori») vil studiens teoretiske bakgrunn redegjøres for. Det vil innledningsvis bli gjort rede for kommunikasjon, kognisjon og språk. Ytterligere vil forholdet mellom de tre funksjonene bli beskrevet. Det ble tidligere nevnt at det er ervervede kognitive kommunikasjonsvansker som er hovedfokuset i studien. Derfor er dette blitt prioritert i den teoretiske redegjørelsen. Ettersom det var vanskene som oppstår etter traumatisk hjerneskade som er valgt som primært vanskeområde, vil denne vansken og dens konsekvenser også bli viet stor plass i teoridelen. Problematikken rundt begrepet kognitive kommunikasjonsvansker vil også bli kommentert. Avslutningsvis tydeliggjøres logopeders rolle i arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Kapittel 3 («Metode») beskriver studiens metodevalg, dette inkluderer arbeidet med planlegging, utforming og gjennomføring av studiens spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsens validitet, reliabilitet og etiske hensyn blir til sist redegjort for. I kapittel 4 («Resultater») vil resultatene fra undersøkelsen bli presentert. Resultatene vil sammen med det teoretiske utgangspunktet bli drøftet i kapittel 5 («Drøfting»). Studien blir oppsummert og kommentert i det avsluttende kapittelet.

## 2 Teori

Teorien som presenteres i dette kapittelet vil være bakteppe for drøftingen av resultatene fra undersøkelsen. Innledningsvis vil studien gjøre rede for kommunikasjon, språk og kognisjon. Videre følger beskrivelse av traumatisk hjerneskade. Dernest hvordan traumatiske hjerneskader kan resultere i ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. De ervervede kognitive kommunikasjonsvanskene vil så bli beskrevet. Det vil også bli rettet fokus mot hvorfor begrepet «ervervede kognitive kommunikasjonsvansker» er et noe vanskelig begrep. Avslutningsvis vil logopeders rolle i arbeid med mennesker som har ervervede kognitive kommunikasjonsvansker bli kommentert.

### 2.1 Kommunikasjon, språk og kognisjon

Det vil i de neste avsnittene bli redegjort for ulike perspektiv på kommunikasjon, språk og kognisjon. Dette vil bli gjort for å belyse hvor kompleks en kognitiv kommunikasjonsvanske er.

#### 2.1.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon handler om hvordan mennesker tar del i et samspill med hverandre. Den kan betraktes som selve grunnlaget for interaksjon mellom mennesker (Hogg & Vaughan, 2011). Kommunikasjon kan uttrykkes gjennom en rekke ulike former, verbale og nonverbale. Eksempel på uttrykksformer er å lese og skrive, lytte og tale, gester og kroppsspråk (ASHA, 2005a). Gjennom alle disse ulike formene for sosial interaksjon, skaper mennesker en delt forståelse av et budskap – en mening. Forståelsen skapes av at mennesker påvirker hverandre. Kommunikasjon er derfor avhengig av sender, mottaker og en kanal for kommunikasjonen (Rommertveit, 1979; Hogg & Vaughan, 2011). Enhver kommunikasjonshandling er derfor svært kompleks. Kompleksiteten skyldes at sender også vil være mottaker, det kan samtidig bli fremstilt mer enn ett budskap, disse kan være motstridende, og prosessen kan ta form gjennom et helt spekter av ulike uttrykk (Rommertveit, 1979; Hogg & Vaughan, 2011).

## 2.1.2 Kommunikasjonens funksjon

Kommunikasjon kan, som nevnt i forrige avsnitt, uttrykkes gjennom en rekke ulike former. De verbale uttrykkene kan fremstå som de mest åpenbare formene av kommunikasjon. En hemning i det verbale språket vil påvirke vår evne til å kommunisere (Fern & Thunberg, 2008). Samtidig er det nødvendig å påpeke at det verbale språket ikke kun er påvirket av de tekniske aspektene, men også av kunnskap om hvilke kulturelle normer og regler som er gjeldene (Hogg & Vaughan, 2011). Ifølge Hogg & Vaughan (2011) har verbal kommunikasjon en rekke ulike funksjoner - vi benytter tale når vi ønsker å fortelle hvordan noe er, man ønsker at noen skal gjøre noe, har behov for å uttrykke følelser eller holdninger, og man ønsker å inngå en forpliktelse. Til tross for at den verbale kommunikasjonen kan fremstå som den mest åpenbare form for kommunikasjon, så vil den nesten aldri foregå isolert fra nonverbale tegn. Den nonverbale kommunikasjonen har en rekke ulike funksjoner (Rommertveit, 1979). Vi kommuniserer nonverbalt for å få informasjon om andres følelser eller intensjoner. Man kan regulere egen eller andres interaksjon, og for å etablere dominans eller kontroll (Hogg & Vaughan, 2011). Nonverbal kommunikasjon er overføringen av meningsfull informasjon fra en person til en annen, via for eksempel blikk, gester, kroppsholdning eller berøring (Hogg & Vaughan, 2011; ASHA, 2005a).

## 2.1.3 Språk

Alle former for språklige ytringer er bærere av informasjon. Språklige ytringer betraktes derfor som kommunikasjonshandlinger. Kommunikasjonshandlingene produseres og distribueres i den hensikt å formidle et budskap (Kristoffersen, 2005). Språk er derfor primært et kommunikasjonsmiddel, og kan ikke studeres uten dette perspektivet (Kristoffersen, 2005).

For å forstå det verbale språket, analyserer man gjerne den regelbaserte strukturen til språket. Man tar utgangspunkt i hvordan ord skapes av språklydene (fonem). Språklydene er i seg selv uten mening, men når man kombinerer dem med andre språklyder skapes mening i form av ord (Ahlsèn & Nettelbladt, 2008). Dette er prinsippet bak fonetikk (hvordan språk oppstår, overføres og mottas) og fonologi (hvordan fonem settes sammen for å skape ord) (Ahlsèn & Nettelbladt, 2008). Karakteristisk for språk er at vi hele tiden lager nye ord og uttrykk. Gjennom språket har vi nesten ubegrensede muligheter til å lage nye uttrykk (Ahlsèn & Nettelbladt, 2008).

Videre undersøker man hvordan ordene settes sammen til setninger. Setningskonstruksjonen påvirkes av grammatiske regler. Grammatikk deles inn i morfologi (ulike bøyingsformer, og hvordan ord kan deles i mindre enheter (morfem)) og syntaks (regler for hvordan man kan sette sammen ord, og ordets funksjon i en setning) (Ahlsèn & Nettelbladt, 2008). Pragmatikk handler om språkbruk. Man ser her utover de tekniske aspektene til situasjonen språket blir brukt i (Ahlsèn & Nettelbladt, 2008). Man kan betrakte pragmatikk som en studie av hvordan kommunikasjonssituasjonen påvirker tolkning av språklige ytringer (Sveen, 2005; Lind, 2005).

#### **2.1.4 Språk, tanker og kognisjon**

Kognisjon er et begrep som i dagligtale ofte blir referert til som det å tenke. I denne studien vil kognisjon bli benyttet om denne prosessen, men også inkludere andre mentale funksjoner. Det er de mentale aktivitetene og prosessene som vi benytter for å kunne ta inn inntrykk - integrere disse, kode, lagre, gjenhente og nyttegjøre kunnskap og/eller informasjon for å kunne komme med en passende respons (Togher, McDonald and Code, 2014a). Disse kognitive prosessene og systemene inkluderer blant annet oppmerksomhet, hukommelse, eksekutive funksjoner, persepsjon, evne til å ta valg, forventinger og prosesseringshastighet (Larsen & Buss, 2010; Hogg & Vaghuan, 2011; CASLPO, 2002; ASHA, 2005b). Alle disse mentale atferdene resulterer i en informasjonsprosessering av sensorisk input til mentale representasjoner og tolkning av disse (Larsen & Buss, 2010; Hogg & Vaguhan, 2011).

Alle aspektene ved språk er sosiale. Språket er et system av symboler som utgjør grunnlaget for sosial interaksjon (Hogg & Vaughan, 2011). Det kan også tenkes å være av enda større betydning. Hogg & Vaughan (2011) undres om det å tenke i seg selv er avhengig av språk. De hevder at mennesker har en tendens til å tolke og tenke verden i lingvistiske termer, og at tekning ofte består av en stille indre samtale med oss selv (Hogg & Vaughan, 2011). Til tross for Hogg & Vaughan (2011) antakelser er det enkelte som betrakter språket som en isolert evne, atskilt fra øvrige kognitive evner (Saldert, 2008). Stort sett er det enighet om at språk og kognisjon er så integrert at det ikke ville være mulig å analysere og separere de ulike funksjonene (Saldert, 2008; ASHA, 2005a). ASHA (2005a) hevder språk og kognisjon er så avhengig av hverandre, i både utvikling og funksjon, at det ikke er mulig å skille dem fra hverandre (ASHA, 2005a). Videre hevder ASHA (2005a) at en skade i den ene funksjonen vil påvirke den andre funksjonen, og omvendt.

Vansker med å benytte språket kan oppstå som resultat av avvik i planlegging-, minne- og produksjonsprosesser. Dette kan være fra idé til produksjon av språk, hørt eller lest - til tolkning av lyd eller skriftlig representasjon, og videre til språklig forståelse gjennom matching i det semantiske systemet (Alshèn og Nettebladt, 2008). Vanskene kan være isolert til et plan, eller de kan være en del av et helt mylder av ulike vansker, primære eller sekundære. Kommunikasjon i form av språk er aktiviteter som er regulert av, og derfor avhengig av, prosesser som skjer i nervesystemet (LaPointe et al., 2010). Derfor vil en skade i nervesystemet kunne føre til vansker med tale- og/eller språkfunksjoner. Skadens lokalisasjon og alvorlighetsgrad vil være svært avgjørende for utfallet av vasken (LaPointe et al., 2010). Ikke bare de tekniske delene av språket kan hemmes av skade, språkbruken (pragmatikken) kan også påvirkes. Det er særlig de pragmatiske vanskene som er fremtredende hos mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.

## 2.2 Traumatisk hjerneskade

Kognitive kommunikasjonsvansker kan oppstå som et resultat av en rekke ulike årsaker, blant annet traumatisk hjerneskade (Traumatic Brain Injury/TBI). Vanskene som oppstår i etterkant av en TBI er ofte heterogene, komplekse og diffuse, men vanskene opptrer ikke tilfeldig. Vanskene blir påvirket av skade på spesifikke områder i hjernen, som gir nevrofysiologiske og nevropsykologiske hemninger (McDonald, Togher og Code, 1999;).

I denne studien vil fokuset bli rettet mot kognitive kommunikasjonsvansker som oppstår etter traumatisk hjerneskade. Bakgrunnen for dette er at mennesker som blir rammet av TBI, som gruppe, er den største og best dokumenterte populasjonen med ervervet, ikke-progressiv hjerneskade, som resulterer i kognitive kommunikasjonsvansker (CASLPO, 2002). TBI er dessuten den vanligste formen for hjerneskade i den moderne vestlige verden (Togher et al., 2014a). Dette betyr ikke at andre grupper ikke opplever denne typen vansker, men på grunn av studiens omfang vil hovedfokuset bli rettet mot vansker som følge av TBI.

For å forstå de kognitive kommunikasjonsvanskene som kan oppstå i forbindelse med en TBI, må man som logoped ha en forståelse av naturen til de neurologiske skadene og deres konsekvenser, under og etter traumatiske hendelser (Wallace & Kimbarow, 2016; McDonald, Togher and Code, 2014c). Det vil derfor bli gitt korte beskrivelser av disse i dette kapitlet.

I Norge benytter vi betegnelsene hjerneskode, traumatisk hjerneskode eller bare hodeskade hvis det oppstår ulykke hvor hodet, og dernest hjernen, blir utsatt for skade. Når man snakker om en hjernerystelse, så har ikke skaden vært kraftig nok til å ødelegge hjernevev (Krogstad, 2015). De ervervede hjerneskadene deles ytterligere inn i to hovedgrupper: traumatiske (TBI) og ikke-traumatisk hjerneskode (Puhr, Fossum, Hansen og Thosen, 2011). Ikke-traumatiske hjerneskaider kan oppstå som følge av blant annet hjerneslag (blødning eller blodpropp), infeksjonssykdommer og svulst på hjernen (Puhr et al., 2011; Togher et al., 2014a). I denne studien vil fokuset bli rettet mot de traumatiske skadene, og disse vil bli beskrevet mer inngående senere i kapittelet.

### **2.2.1 Skadens alvorlighetsgrad**

Traumatisk hjerneskode defineres som skade som oppstår etter ytre stump kraft mot hodet, eller ved at et objekt penetrerer hodeskallen. Dette resulterer ofte til utbredt skade i de kortikale (hjernebarken) og subkortikale (under hjernebarken) delene av hjernen. (Constantinidou & Kennedy, 2013; Wallace & Kimbarow, 2016; McDonald et al., 2014c). Konsekvensene av dette er at cellene i hjernen blir skadet eller dør, og det skapes forstyrrelser i hjernens funksjoner (Constantinidou & Kennedy, 2013; Helse Sør-øst RHF, 2015). Alvorlighetsgraden til skaden kan variere fra «milde» til de «alvorlige», fra midlertidige til permanente skader (Constantinidou & Kennedy, 2013; Wallace & Kimbarow, 2016; Murdoch, 2010). De milde skadene har vanligvis en bedre prognose.

Til tross for at man benytter termen «mild» kan konsekvensene av skaden være spesifikke og langvarige (Wallace & Kimbarow, 2016). Da personer som rammes av en mild form for TBI kan forbli bevisst, kan man i skadeøyeblikket oppleve skadene som milde. Dette kan medføre at den som er rammet velger å ikke søke hjelp fra medisinsk personell, for eksempel ta kontakt med en lege (LaPointe et al., 2010; Wallace & Kimbarow, 2016). Dette aspektet kombinert med at det tidlig i skadeforløpet vil være vanskelig å si noe om konsekvensene av skaden, kan føre til tendenser med underdiagnostisering, ved at man ikke oppdager eller gjenkjenner skaden (Wallace & Kimbarow, 2016; Helse Sør-øst RHF, 2015).

Hvor alvorlig skaden er og i hvilken grad den vil være vedvarende henger sammen med de nevropsykologiske hemningene som følger (Constantinidou & Kennedy, 2013). TBI kan føre til permanente endringer i kognitiv, psykisk og atferdsmessig funksjon. En tidlig nevropsykologisk undersøkelse bør være med i et utredningsbatteri for å kunne gi en

diagnostisk funksjonskartlegging, og videre for å kunne planlegge hvilke oppfølgingstiltak som bør igangsettes (Solbakk et al., 2008).

### **2.2.2 Primær og sekundær hjerneskode**

I hodeskader som er så omfattende at de resulterer i skade på hjernevevet, skiller man mellom primær og sekundær hjerneskode. De primære hjerneskodene oppstår i skadeøyeblikket, og kan forekomme som både lukket og åpen hodeskade (Solbakk et al., 2008). De primære hjerneskodene kan gi en fokal (områdespesifikk) eller multifokal (flere skadeområder) og/eller en diffusaksional skade (skade på nervecellene) (Solbakk et al., 2008; Jansen, 2016). Sekundære hjerneskader oppstår etter den akutte skaden, og kan oppstå som følger av sviktende tilførsel av energi til hjernecellene (oksygen og glukose), cerebralt ødem (hevelse i hjernen), intrakranielt hematom (blødning i hjernen) eller en infeksjon i hjernen (Solbakk et al., 2008; Helse Sør-øst RHF, 2015; McDonald et al, 2014c).

### **2.2.3 Åpen og lukket hodeskade**

Videre deles TBI inn i to hovedgrupper: åpne og lukkede skader. Skillet referer til nevropatologien og de forskjellige biomekanismene i forbindelse med skaden (Solbakk et al., 2008).

I de åpne hodeskadene er skadene oppstått som følge av at hodeskallen blir penetrert, og videre meningittlagene inn i hjernen. Hjernevevet blir ødelagt når et fremmed objekt skaper pressbølger inne i hjernen (Wallace & Kimbarow, 2016). I tillegg til de primære skadene som kan oppstå i forbindelse med en åpen hodeskade, kan man oppleve sekundære komplikasjoner (som for eksempel en infeksjon) i forbindelse med at det fremmede objektet kan presse for eksempel benfragmenter inn i hjernevevet (Wallace & Kimbarow, 2016). Skade i forbindelse med penetrerende objekt (for eksempel ved knivstikking, hvor kniven blir stukket inn i hodeskallen) resulterer ofte i fokal skade (Constantinidou & Kennedy, 2013; Wallace & Kimbarow, 2016). De fokale skadene vil ofte kunne føre til spesifikke kognitive vansker (Wallace & Kimbarow, 2016).

Lukket hodeskade er den aller vanligste formen av TBI (Togher et al., 2014a). Denne typen skaden oppstår ved at en stump kraft blir påført hodet. (Constantinidou & Kennedy, 2013; Solbakk et al., 2008). De lukkede hodeskadene kan ha to ulike former: ikke-akselererende



skade og akselerasjonsskade. De ikke-akselererende skadene oppstår når hodet (og hjernen) er i ro (stasjonær), og blir truffet av et objekt i bevegelse, for eksempel slag mot hodet. Skader som oppstår i forbindelse med akselerasjon skjer når hodet er i bevegelse, men brått blir stoppet, for eksempel i bilulykker hvor personen blir slengt mot et vindu (Wallace & Kimbarow, 2016). De biomekaniske kreftene, som er forbundet med slike kraftige bevegelser av hjernen, kan føre til coup (skade ved treffpunkt) og countercoup (skade på et annet sted enn det opprinnelige treffpunktet) (Wallace & Kimbarow, 2016; LaPointe et al., 2010). Derfor vil mennesker som overlever lukkede hodeskader ofte oppleve en mer utbredt neurologisk skade (Constantinidou & Kennedey, 2013; Wallace & Kimbarow, 2016). De mer diffuse skadene vil kunne resultere i en generell nedsatt evne i flere kognitive funksjoner (Krogstad, 2015).

#### **2.2.4 Hvem rammes av traumatisk hjerneskade? Insidens og årsaker**

Hvert år i Norge rammes mange mennesker av en ervervet hjerneskade. Skadene får konsekvenser for den som er rammet og pårørende. Det høye antallet rammede blir ofte omtalt som en «usynlig epidemi» (LaPointe et al., 2010; Krogstad, 2015). Navnet stammer fra det faktum at i mange tilfeller vil det være umulig å se på et menneske at det har blitt rammet av en hjerneskade, og derfor omtales det også som en «usynlig» funksjonsnedsettelse (Krogstad, 2015). Dette er en av årsakene til at vansken ofte ikke blir gjenkjent i den vanlige befolkningen. En annen årsak er manglende kunnskap hos personer som arbeider i helsevesenet (LaPointe et al., 2010; Krogstad, 2015). At vansken ikke blir gjenkjent og forstått av omgivelsene, kan oppleves som en ekstra belastning for mennesker som er rammet og deres pårørende (Krogstad, 2015).

Traumatiske hjerneskader kan ramme alle, men særlig enkelte grupper er utsatt. Kjønn og alder er faktorer som er svært avgjørende (Wallace & Kimbarow, 2016). Hos de aller yngste er det småbarn i alderen 0-4 år som er mest utsatt, og da er det særlig fallulykker som er årsaken til skade (McDonald et al., 1999; Wallace & Kimbarow, 2016). Generelt sett er unge i alderen 15-24 år mest utsatt, og TBI er den vanligste formen for hjerneskade hos unge voksne (Wallace & Kimbarow, 2016; McDonald et al., 1999). Den siste gruppen som er spesielt utsatt er mennesker som er 75 år og eldre (Wallace & Kimbarow, 2016; McDonald et al., 1999). Gutter og yngre menn blir oftest rammet, men også menn over 70 år er særlig utsatt

(Krogstad, 2015; Solbakk et al., 2008). Menn 2 – 3 ganger mer utsatt for TBI, sammenliknet med kvinner (LaPointe et al., 2010; Wallace & Kimbarow, 2016). Hovedsakelig er det ulykker i forbindelse med fall, idrettsrelaterte ulykker, trafikkuhell, selvmordsforsøk og vold som er årsaken til hjerneskader. Det er viktig å bemerke at årsaken til skade variere med geografiske og kulturelle forhold (Krogstad, 2015; Solbakk et al., 2008; Helse Sør-øst RHF, 2015).

Det er vanskelig å gi gode estimat på insidensen av hjerneskade, da det er ulike definisjoner på hva som kvalifiserer til skade (McDonald et al., 2014c). Norske sykehus vil årlig ta imot rundt 9000 personer med hodeskader (Krogstad, 2015). Man har videre undersøkt hvor mange som er av alvorlig art. Det er da i skandinaviske undersøkelser funnet årlig forekomst på rundt 200 innleggelser med TBI per 100 000 innbyggere (Solbakk et al., 2008). En norsk studie har sett på den årlige forekomsten av innleggelser ved sykehus i Oslo, denne ble estimert til å være ca 83,3 per 100 000 innbyggere. Dette vil på landsbasis resultere i rundt 4000 innleggelser årlig (Solbakk et al., 2008). Dette er tall som stemmer godt overens med estimat fra andre vestlige land som USA, Australia og Finland, hvor det rapporteres 100-200 innleggelser per 100 000 årlig (McDonald et al., 2014c; Murdoch, 2010; Hughes & Orange, 2007).

Solbakk et al. (2008) og Krogstad (2015) trekker frem at det er problematisk å estimere hvor mange som blir utsatt for skade. Dette skyldes at enkelte av dem som blir rammet av TBI, ikke blir registrert i de offisielle statistikkene (Krogstad, 2015). Dette kan skyldes at i enkelte av situasjonene kan det være vanskelig å avgjøre hvor vidt det kommer til å oppstå en vanske, særlig om den som er rammet ikke har vært bevisstløs, eller kun har vært bevisstløs i veldig kort tid (Krogstad, 2015). Videre kan utfallene av skaden fremstå som diffuse og vanskelige å vurdere, og blir dermed ikke registrert som en hjerneskade (Krogstad, 2015). Solbakk et al. (2008) viser til en studie i Sverige som fant en estimert forekomst på ca 546 tilfeller per 100 000 innbyggere, når man inkluderte lettere skader (som hjernerystelse) som ikke medførte bevissthetstap. Mer enn 80% av alle hodeskader registreres som milde, og dette er en av de vanligste nevrologiske tilstandene (Solbakk et al., 2008).

### **2.2.5 Hvordan arter en traumatisk hjerneskade seg**

To begreper som ofte blir benyttet når man beskriver skade og konsekvenser av skade, er utfall og funksjon. Når man snakker om utfall er det gjerne den konkrete kroppslige skaden,

og de ulike konsekvensene av denne (Krogstad, 2015). For eksempel kan man snakke om en skade i bena, og hvordan dette kan svekke evnen til å bevege seg. I slike tilfeller omtaler man gjerne dette som at skaden har medført utfall i bena (Krogstad, 2015). Liknende kan man si at en skade i hjernen kan gi utfall i evne til å kommunisere. En skade kan altså gi utfall et annet sted enn det spesifikke stedet som er skadet. Konsekvensene av skaden kan være avgrenset til en spesifikk funksjon eller av mer generell karakter, det vil si at flere funksjoner rammes (Krogstad, 2015).

### **Sosiale vansker**

Grunnlaget for de sosiale ferdighetene er evnen til å kommunisere (Marsh, 1999). Sosial kompetanse forutsetter kognitive, emosjonelle og kommunikative ferdigheter, og bruken av disse i interaksjon med andre (Hawley & Newman, 2010). Vellykket interaksjon med andre og å vedlikeholde forhold er en kritisk komponent i det å være medlem av et samfunn. For å mestre dette må man klare å kommunisere egne behov og tanker (Hawley & Newman, 2010). Hemninger av den sosiale kompetansen er blant de mest vedvarende konsekvensene av en TBI, og er en stor barriere for personens returnering til et produktivt liv (Hawley & Newman, 2010). En viktig del av de sosiale ferdighetene er sosial kognisjon. Begrepet referer til den kapasiteten et menneske har til å gjenkjenne og tolke mellommenneskelige tegn. Denne prosessen muliggjør det å forstå og forutse andres atferd, og lar oss kommunisere effektivt (McDonald, Honan, Kelly, Byom og Rushby, 2014a).

Mennesker som er rammet av TBI vil ofte ha vansker med en rekke sosiale ferdigheter, for eksempel starte og holde i gang en samtale og/eller ende denne, vansker med å holde fokuset til den sosiale interaksjonen, vansker med å respektere og sette sosiale grenser, vansker med å vente på tur i en samtale, vansker med å sette i gang sosiale aktiviteter, vansker med å løse konflikter, vansker med å velge passende samtaleemner og sosiale problemløsninger (Hawley & Newman, 2010; Marsh, 1999; McDonald et al., 2014a). Det å være sosialt kompetent innebærer ferdigheter som svært ofte blir hemmet ved en TBI, som for eksempel oppmerksomhet, bevissthet, sosial persepsjon, problemløsning, språkvansker, talevansker og emosjonell regulering (Hawley & Newman, 2010). Den sosiale kognisjonen har og klar relevans for kommunikasjon. Det å kunne bedømme hvilken emosjonell tilstand personen man kommuniserer befinner seg i er avgjørende for hvordan man henvender seg til denne (McDonald et al., 2014a). En annen faktor ved sosial kognisjon er den sosiale kunnskapen. Mennesker som er rammet av en TBI har tilgang til sin tidligere sosiale kunnskap, men de har

vansker med å benytte seg av denne (McDonald et al., 2014a, McDonald et al., 1999). Forskning viser at den sosiale kunnskapen er svært sårbar for skade, særlig ved lokalisert hjerneskade (McDonald et al., 2014a).

### **Oppmerksomhet og prosesseringshastighet**

Lav prosesseringshastighet, nedsatt oppmerksomhet og hemmet konsentrasjon er vanlige trekk hos mennesker som er rammet av TBI. Vanskene øker i takt med alvorlighetsgraden til skaden (McDonald, Togher and Code, 2014b). Den nedsatte oppmerksomheten viser seg på flere måter. Først og fremst så går informasjonsprosessering sent, og dette gjør at de lett blir overveldet når de blir utsatt med for mye informasjon på for liten tid (McDonald et al., 2014b; Biel & Hula, 2016). Mennesker som er rammet av TBI finner det også problematisk å skulle utføre flere oppgaver på en gang (multitaske), for eksempel det å skulle brette klær mens man ser på TV (McDonald et al, 2014b). Dessuten er ofte mennesker med TBI ekstremt distraherbare (McDonald et al., 2014b). Oppmerksomhet handler om å velge (seleksjon). Konstant blir man bombardert med ulike inntrykk og stimuli. Ettersom det er begrenset hvor mange stimuli man kan rette oppmerksomheten mot i en situasjon, må man velge hvilke som er viktige (Biel & Hula, 2016). Hvis evnen til seleksjon er hemmet, vil dette påvirke den som er rammet. Det kan føre til at man forlater oppgaver eller man mister «tråden» i en samtale. Dette reflekterer en hemning evne til å konsentrere seg, og å velge bort uhensiktsmessig stimuli (McDonald et al., 2014b; Biel& Hula, 2016). Til sist kan de ha vansker med å håndtere komplekse oppgaver som rutinemessig utføres i dagliglivet (McDonald et al., 2014b). For eksempel kan det være vanskelig å skulle bestille billetter til kino. Alle de små elementene som det å velge film, tidspunkt for å se filmen, hvilken kino og valg av sete, kan bli for mye og oppgaven mestres ikke.

### **Hukommelse**

Et hemmet minne er et av de vanligste kliniske symptomene hos mennesker som opplever hjerneskade (Constantinidou, 2016). Selv om det hyppig rapporteres om vansker med minne, så er vanskene heterogene og av ulik alvorlighetsgrad (Constantinidou, 2016). Vanskene avhenger av skadelokalisering, og hvordan skaden påvirker hjernen (Constantinidou, 2016). Alvorlige tilfeller av TBI vil alltid være assosiert med en periode med hukommelsestap (amnesia) på grunn av periode med post-traumatisk amnesia. I tillegg kan man oppleve vansker med å huske hendelser i tiden rett før skaden (McDonald et al., 2014b). Det er heller

ikke uvanlig at man opplever vansker med å huske pågående hendelser. Derfor kan man oppleve å glemme instruksjoner, beskjeder og telefonsamtaler mens man er innlagt på sykehus (McDonald et al, 2014b). De kan glemme veien fra badet til rommet sitt. Man kan glemme terapiavtaler hvis det ikke blir gitt påminnelser, og kan glemme oppgaver fra en terapitime til neste. Når den som er rammet returnerer til hjemmet kan slike hukommelsesvansker være veldig hemmende (McDonald et al., 2014b). Det å skulle dra på butikken uten handleliste eller å skulle kjøre bil, kan være aktiviteter som blir preget av feil. Det å skulle ta del i arbeidslivet hemmes av at man glemmer navn, informasjon og prosedyrer (McDonald et al, 2014b). Skolearbeid preges også. Hemmet minne vil også ha en direkte påvirkning på kommunikative og sosiale ferdigheter (McDonald et al., 2014b). Det er svært vanskelig for en som har hukommelsesvansker å ta del i en samtale (McDonald et al., 2014b).

### **Eksekutive funksjoner**

Eksekutive funksjoner referer til komplekse aspekter ved menneskelig atferd, og er primært en del av kontrollering og styring av selvregulerende atferd (Stubberud, Langenbahn, Levine, Stanghelle and Schanke, 2013; Togher, McDonald, Coelho og Byom, 2014b). Det vil si at eksekutive funksjoner regulerer de andre kognitive aktivitetene på en meningsfull og målrettet måte (McDonald et al., 2014a; Purdy, 2016). Tap av eksekutiv kontroll resulterer ikke bare i vansker med å effektivt løse oppgaver, men også evnen til å tilpasse seg omgivelsene, planlegging, og å regulere egen atferd (McDonald et al., 2014a; Togher et al., 2014b). Eksekutive funksjoner handler ikke bare om kognitive ferdigheter, men også om de emosjonelle aspektene av kontroll, for eksempel selvregulering, innsikt og motivasjon, som alle er viktige aspekter av målrettet atferd (Stubberud et al., 2013). Dette påvirker også kommunikasjonen, da kommunikasjon er avhengig av planlegging, evne til å kunne ta andres perspektiv (fleksibilitet), og å kunne regulere hva man sier og gjør. Det blir derfor klart at en hemning i de eksekutive funksjonene vil påvirke kommunikasjonen (Togher et al., 2014b).

Vansker med eksekutive funksjonene kan vise seg gjennom reduksjon av «viljestyrke», den som er rammet fremstår som apatisk, rigid og lite fleksible. Vanskene kan også gi utslag på motsatt side av skalaen ved at man opplever problemer med å kontrollere impulsivitet og er lett distraherbar (Togher et al., 2014b).

Vansker med eksekutive funksjoner betraktes som den faktoren som er mest avgjørende for en vellykket rehabilitering av kognitive funksjoner (McDonald et al., 2014a). Dessverre ser

det ut til at de eksekutive funksjonene også er de kognitive funksjonene som oftest blir hardest rammet ved en TBI, noe kontroller for premorbid intelligens (intelligens før skade) tyder på (McDonald et al., 2014a). Når det er sagt vil konsekvensene av skadeomfanget variere fra person til person. Denne variasjonen vil ikke bare avhenge av alvorlighetsgraden på skaden, men faktorer som premorbid intelligens, motivasjon og hva slags oppgaver som skal løses (McDonald et al., 2014a).

### **2.2.6 Konsekvensene av en traumatisk hjerneskade**

Det er vanlig at personen som blir rammet av en TBI får ulike følgetilstander, og ulike former av kommunikasjonsvansker blir hyppig rapportert. Forskning indikerer at så mange som 80-100% av alle som blir rammet av en TBI vil oppleve en form for kommunikasjonsvanske. Flesteparten av disse vil oppleve en kognitiv kommunikasjonsvanske (CASLPO, 2002)

I følge US Center for Disease Control and Prevention er TBI den vanligste årsaken til en funksjonshemming hos voksne under 34 år i USA (Constantinidou & Kennedy, 2013). De som overlever en TBI vil kunne oppleve signifikante nevropsykologiske hemninger i deres kognitive funksjoner. De kan også ha personlighets-, atferds-, og emosjonelle vansker i forbindelse med det å tilpasse seg livet etter skaden (Constantinidou & Kennedy, 2013). De sosiale og økonomiske konsekvensene reflekterer dette. Funn fra USA viser at nesten 15 % av dem som er rammet, ikke har mestret å komme tilbake til fulltids arbeid fire år etter skade (Constantinidou & Kennedy, 2013). Når man ser nærmere på de moderate til alvorlige skadene, økte tallet til nesten 69% (Constantinidou & Kennedy, 2013). En annen amerikansk studie fant at nesten 40% av pasientene som hadde blitt lagt inn på sykehus på grunn av en TBI, hadde et eller flere behov for nevropsykologisk oppfølging et år etter skade (Constantinidou & Kennedy, 2013).

LaPointe et al. (2010) viser til en rekke studier som har undersøkt hvordan de som er rammet av en alvorlig TBI hadde det i etterkant av skade. Resultatet av studiene var at de fleste mestret hverdagsaktiviteter, men hadde større vansker med sin psykososiale funksjon (McDonald, Tate, Togher, Bornhofen, Long, Gertler & Bowen, 2007; LaPointe et al., 2010). Vanskene med de psykososiale funksjonene vises ofte i at den som er rammet oppfører seg upassende i sosiale kontekster, noe som igjen medfører at denne mister kontakt med sitt sosiale nettverk. Det har i tillegg konsekvenser for hvordan man oppfører seg i arbeids-

og/eller skolesituasjon. Det reduserer arbeidsmuligheter, reduserer livskvalitet og man kan oppleve sosial isolasjon (McDonald et al., 2007; Marsh, 1999).

LaPointe et al. (2010) viser videre til studier som har funnet at 50% av pasientene med alvorlig TBI hadde begrenset til ingen sosial kontakt, og de hadde få hobby-relaterte interesser et eller flere år etter skade (LaPointe et al., 2010). 64-68 % opplevde å være mer avhengig av emosjonell støtte fra pårørende, sammenliknet med før skade (LaPointe et al., 2010). Under 30% opplevde å kunne returnere tilbake til fulltidsjobb. Majoriteten av disse måtte gå ned i yrkesstatus, eller de opplevde vansker med å mestre sin gamle jobb (LaPointe et al., 2010). Mennesker med TBI er dessuten i høyrisiko gruppe for å utvikle depresjoner, noe som igjen medfører en reduksjon i deres evne til å komme tilbake til sitt gamle liv (McDonald et al., 2007).

Konsekvensene vil ikke kun påvirke den enkelte som har vært utsatt for en hjerneskade, men vil utgjør et betydelig samfunnsmessig helseproblem (Solbakk et al., 2008). Vanskene må tas på alvor, og til tross for anbefalinger fra blant annet Helsedirektoratet (2010) så er situasjonen ofte vanskelig og utfordrende. Fure (2008) hevder at man hvis man ser til nevrologiske enheter i Norge klarer man å diagnostisere en rekke kognitive og emosjonelle utfall. Dette er hovedsakelig vansker som er synlige ved en nevrologisk undersøkelse, eller som kan avdekkes ved hjelp av enkle screeningsverktøy (Fure, 2008). Andre kognitive og emosjonelle utfall vil ikke bli oppdaget uten mer omfattende nevropsykologisk utredning, men Fure (2008) hevder at det ikke finnes noen rutiner på dette. Konsekvensene av dette blir at vanskene, som mennesker som er blitt rammet omtaler som «usynlige», ikke blir oppdaget før pasientene har returnert til hjemmet og skal forholde seg til dagliglivets aktiviteter (Fure, 2008). Kunnskapsdepartementet (2001) rapporterer også om en bekymring for at pasienter med ervervet skade ikke blir undersøkt for mulig kommunikasjonsvanske. Konsekvensene av dette er at pasienten reiser hjem fra sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon med en vanske som de selv og pårørende ikke er informert om (Kunnskapsdepartementet, 2001)

## **2.3 Ervervede kognitive kommunikasjonsvansker**

Kognitive kommunikasjonsvansker er et bredt begrep som benyttes for å beskrive en hel rekke med ulike kommunikasjonsvansker. Vanskene oppstår som følge av skade på de

områdene i hjernen som kontrollerer evnen til å tenke (kognisjon) (URCM, 2016). I denne studien vil fokuset bli rettet mot de ervervede vanskene.

Ervervede kognitive kommunikasjonsvansker er en kommunikasjonsvanske som skyldes en underliggende kognitivhemning, etter neurologisk skade (CASLPO, 2002; ASHA, 2005b). De kognitive prosessene er ikke isolerte evner, og som følge av skade på flere ulike områder i hjernen, ettersom de kontrolleres av mange ulike kortikale og subkortikale strukturer (Tactus Therapy, 2016).

Begrepet kognitive kommunikasjonsvansker stammer fra beskrivelsen av de underliggende nevropatologiene til vansken (Togher et al., 2014a). Kognitive kommunikasjonsvansker kan være medfødte eller ervervede. Medfødte vansker inkluderer, men er ikke begrenset til genetiske syndrom, sykdommer og neurologiske skader før, under og etter fødsel (ASHA, 2005b). Ervervede vansker inkluderer, men er ikke begrenset til slag, hjernesvulst, traumatisk hjerneskade, anoksi (tap av oksygen i deler av hjerne), ulike former for medisiner, misbruk av narkotika og alkohol, forgiftningsskade, og ikke-progredierende og progredierende sykdom som for eksempel demens (ASHA, 2005b; Mahendra, 2016; URCM, 2016). I denne studien vil fokuset være rettet mot de ervervede skadene.

Ervervede kognitive kommunikasjonsvansker diagnostiseres av leger, nevrologer, logopeder eller andre helseprofesjonelle. Selv om det kan være ulike måter å stille diagnosen på, vil de fleste diagnosene ha som felles at de inneholder en fullstendig fysisk undersøkelse, medisinsk historie (anamnese), en detaljert kartlegging av symptomer, test av språk- og taleferdigheter og diagnostisering ved hjelp av bildeteknologi som for eksempel MR eller CT (URMC, 2016). Det er en vanske som har behov for tverrfaglig samarbeid i arbeidet med å stille diagnose, og det videre rehabiliteringsarbeidet (Constantinidou & Kennedy, 2013).

### **2.3.1 Begrepet «ervervede kognitive kommunikasjonsvansker»**

Observasjonsstudier fra 1970-tallet beskrev kommunikasjonsvansker som oppstod etter alvorlige hjerneskader, men som ikke passet inn i de vanlige kriteriene for afasi (Togher et al., 2014b). Man undret derfor på om vanskene kunne være en form for sub-klinisk afatisk språkvanske. Dette er nå blitt avvist, og det er nå blitt klart at disse vanskene er en refleksjon av underliggende kognitive hemninger, i motsetning til for eksempel afatisk hemning hvor det



er språket som er den underliggende hemningen (Togher et al., 2014b). Der av navnet «kognitive kommunikasjonsvansker» (Togher et al., 2014b).

Ervervede kognitive kommunikasjonsvansker skiller seg fra primære språkvansker, talevansker og andre nevrologiske kommunikasjonsvansker, som afasi og dysatri, og må behandles deretter (CASLPO, 2002; Tactus Therapy, 2016). Dette kan vise seg å være problematisk da begrepet «ervervede kognitive kommunikasjonsvansker» er et noe diffust og vanskelig begrep. Begrepet «kognitive kommunikasjonsvansker» er og vanskelig, da det ofte kan bli benyttet om en rekke ulike vansker (URMC, 2016). I norsk litteratur er begrepet ervervede kognitive kommunikasjonsvansker lite brukt. Dette gjenspeiler seg og i den norske ICF utgaven, hvor kognitive kommunikasjonsvansker ikke er oppført, i motsetning til den amerikanske utgaven hvor vansken er oppført under koden R41.841 (ICD-10-DATA, u.å.; Direktoratet for e-helse, 2016).

### **2.3.2 Hvordan identifiseres ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?**

Enhver som blir utsatt for en hjerneskade (for eksempel hjerneslag eller en TBI) burde bli screenet for eventuelle kognitive og perseptuelle vansker (Fure, 2008; Kunnskapsdepartementet, 2001). Den videre utredningen bør inneholde flere tester for utredning av TBI. Disse vil ikke bli videre beskrevet, da disse i seg selv ikke var en del av spørreundersøkelsen. Testene i spørreundersøkelsen ble kun benyttet for å undersøke om logopedene hadde kjennskap til dem. Testene vil derfor ikke bli gjort videre rede for som sådan.

### **2.3.3 Hvordan arter ervervede kognitive kommunikasjonsvansker seg?**

Vansker med kognisjon skiller seg fra andre former av funksjonssvikt i at det er nærmest et usynlig handikap. Dersom noen sitter i en rullestol er det enkelt å forstå at vedkommende har en funksjonsnedsettelse. Dersom noen er i stand til å bevege seg og kan føre en samtale, kan det være vanskelig å forstå at vedkommende opplever kognitive vansker (Krogstad, 2015).

Personer som rammes av kognitive kommunikasjonsvansker kan oppleve vansker med alle de kognitive funksjonene, for eksempel oppmerksomhet og konsentrasjon (Tactus Therapy.

2016; Krogstad, 2015). Vanlige oppgaver utføres i et langsommere enn tidligere. Den som er rammet blir lett forvirret og kan oppleve vansker med å «samle» tankene sine (Krogstad, 2015) Dette skaper vansker i samtaler. Å bruke språket innebærer å både planlegge hva en skal si, så vel som å uttale ordene riktig (Rommertveit, 1979). Begge disse prosessene kan ta lengre tid etter skade (Krogstad, 2015). Språket kan derfor være intakt, men tempoet til å gjenfinne og anvende det er nedsatt (Krogstad, 2015). Vansker med minne gjør at rammede lett glemmer, og dette fører til at man glemmer samtaler, opplevelser og erfaringer (Tactus Therapy, 2016). Nølede bruk av ord, kan også skyldes et problem med hukommelsen. Evnen til å tenke og resonere abstrakt blir ofte endret etter skader foran i hjernen. Den som er skadet har istedenfor en tendens til å tenke og bruke språket bokstavelig/konkret (Krogstad, 2015). Humor og billedlig språk er derfor ofte problematisk (Tactus Therapy, 2016).

Språket er en svært viktig del av kommunikasjonen mellom mennesker. Evnen til å kommunisere er ofte av betydning for hvordan man aksepteres i samvær med andre. Kommunikasjon innebærer også en samhandling mellom to eller flere mennesker (Krogstad, 2015). Hvor store vanskene blir vil avhenge av i hvor stor grad den andre parten kan tilpasse seg og prøve å forstå hva som blir sagt (Krogstad, 2015). I løpet av en samtale bruker vi mange uskrevne regler, for eksempel er det viktig å kunne bytte på å snakke og lytte. Evnen til å følge slike regler endres særlig etter skader foran i hjernen (Krogstad, 2015). Ofte vil dette gjøre det vanskelig å kommunisere på en passende måte (Tactus Therapy, 2016; URCM, 2016). Språkforståelse og -produksjon kan være intakt, men likevel fungerer man dårlig i samtaler (Krogstad, 2015). Vanskene blir gjerne ekstra fremtredende i situasjoner hvor man opptrer sosialt sjenerende. Dette kan være i situasjoner hvor den som er rammet snakker uten «filter», for eksempel ved at denne ikke tar hensyn til andres følelser eller uttrykker seksuelle tanker (Tactus Therapy, 2016; URCM, 2016). Andre liknende vansker kan observeres når man ikke mestrer å holde «tråden» i en samtale (Krogstad, 2015). Mange som er rammet opplever vansker med å holde fokus i samtaler og «hopper» fra emne til emne (URCM, 2016). Eller vanskene kan oppstå som en konsekvens av at man har problemer med å formidle det man selv tenker. Dette kan skyldes vansker med resonering og å skulle ta avgjørelser mens man kommuniserer (Tactus Therapy, 2016; URCM, 2016) Språkvansker vil også opptre. Ofte er det vansker med å finne ord, dårlig setningskonstruksjon eller vansker med å tenke på et ord (URCM, 2016). Mennesker som er rammet er ofte ikke klar over at det oppstår feil, og opplever frustrasjon og sinne når det blir feil. Ofte vil de kunne legge skylden på kommunikasjonspartneren (URCM, 2016). I tillegg til vansker med samtaler kan de oppleve

vansker med å lese og/eller skrive. Dette kan gjøre det vanskelig å ta del i arbeidslivet og skolearbeid. Matematikkferdighetene er også ofte påvirket (URCM, 2016).

Ervervede kognitive kommunikasjonsvansker kan, som de fleste vansker, variere i alvorlighetsgrad. En person med milde vansker kan for eksempel ha isolert vanske med å holde samtaler i miljø med mye lyd, mens en person med en med alvorlige vansker kan for eksempel ha vansker med alle aspektene av kommunikasjon (Tactus Therapy, 2016).

## **2.4 Logopedens rolle i arbeid med mennesker som har kognitive kommunikasjonsvansker**

Det vil i de kommende avsnittene bli forsøkt å belyse hvorfor logopeder bør arbeide med mennesker som er rammet av kognitive kommunikasjonsvansker.

### **2.4.1 Hvorfor benytte logoped?**

Logoped er et yrke som er både domene spesifikt og autonomt. Fagfeltet består av forskning fra medisin, lingvistik, utdanningsvitenskap og psykologi (CPLOL, 2013). Gjennom utdanning og klinisk praksis skal logopeder bli forberedt til å kunne innta en rekke ulike roller i habilitering og rehabilitering av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker (ASHA, 2005b; CPLOL, 2013).

CASLPO (2002) referer til «the Audiology and Speech-Language Pathology act» fra 1991 som beskriver hvordan logopeders arbeid handler om å utrede ulike former for språk- og talevansker, og behandling av disse. Videre blir det skrevet at logopeder må ha kunnskap om hvordan språk- og talevansker oppstår, vedlikeholdes, rehabiliteres og kompenseres for, i relasjon til oralmotorisk og kommunikativ funksjon (CASLPO, 2002). CASLPO (2002) hevder at utredning og behandling av kognitive kommunikasjonsvansker faller innenfor den kommunikative funksjon. Den europeiske organisasjonen for logopeder, CPLOL (2013), og Norsk Logopedlag (u.å.) hevder også at logopeders arbeidsområde er oppfølging av blant annet kommunikasjonsvansker. Kommunikasjonsvanskene skal arbeides med forebyggende og diagnostisk, men man skal også arbeide med å forske på og utvikle fagfeltet (NLL, u.å.). Det er bred enighet blant logopedorganisasjonene om å arbeide med vansker med kommunikasjon (CASLPO, 2002; ASHA, 2005b; CPLOL, 2013; NLL, u.å.).

CASLPO (2002), ASHA(2005b) og CLOL (2013) hevder at logopeder bør ha en primær rolle i screening, kartlegging, diagnostisering og oppfølging av mennesker som har en kognitiv kommunikasjonsvanske. På grunn av den høye insidensen og kombinert med de potensielt alvorlige konsekvensene en kognitiv kommunikasjonsvanske kan ha, er det viktig å tidlig sette inn hensiktsmessige tiltak. Derfor er det avgjørende at logopeden setter inn tiltak som sikrer grundig utredning, diagnostisering og oppfølging (ASHA, 2005b).

Den relative vektleggingen på behovet for logoped og logopedens rolle vil avhenge av samarbeidet med den som er rammet. I denne betraktningen er det viktig at det trekkes frem vanskens natur, hvor alvorlig vansken er, krav fra miljøet rundt og hvilken støtte den som er rammet opplever (ASHA, 2005b).

## **2.4.2 Krav til logopedens kunnskap**

Logopeder skal ha kunnskap om normal og avvikende utvikling av hjerne-atferd relasjoner, kjenne til ulike former for hjernepatologi og kunnskap om de ulike nevropsykologiske prosessene som er relatert til de kognitive aspektene ved kommunikasjon (ASHA, 2005b). Det vil si at logopeden må ha kunnskap om hva kognisjon er, og hvordan dette relaterer til språk og kommunikasjon – i normal utvikling, men og hvordan denne forandrer seg i løpet av livet (ASHA, 2005a). Man må kjenne til hvordan hjernen er bygget opp på et anatomisk nivå, og hvilke områder som er relatert til språk, andre kognitive prosesser og kommunikasjon (ASHA, 2005a). Logopeden må ha kunnskap om kognitive, lingvistiske, psykososiale, sensoriske, motoriske og perseptuelle prosesser som påvirker kommunikasjonshandlingene (ASHA, 2005a). Videre må man ha kunnskap til hvordan endringer påvirker disse prosessene. Man må også ha kunnskap om hvordan man i praksis skal benytte disse. Kunnskapen logopeden skal ha vil være med på å gjøre denne egnet til å velge hvilken hensikt kartleggingen skal ha (for eksempel ønsker man å diagnostisere eller er det først og fremst for å planlegge intervensjon), hvilke verktøy og prosedyrer som vil være relevante for kartleggingen (ASHA, 2005a).

Det er også krav til at logopeden i ulike løp av rehabiliteringen må kunne se utover kliniske setting, og videre ut i den settingen man skal returnere til. Når man har identifisert en kognitiv kommunikasjonsvanske er det allerede i kartleggingen viktig at man undersøker hvilke faktorer i miljøet rundt som kan hemme eller fremme utvikling til den som er rammet. Videre vil miljøfaktorene legge føringer for hvilken oppfølging som skal gis. Dessuten er det helt

nødvendig at man tar hensyn til at de prosedyrene man velger er klinisk, kulturelt og lingvistisk riktig, samt at man benytter evidensbasert praksis (ASHA, 2005b). Logopeden må også kunne undervise og veilede. Personer rundt den rammede må få informasjon om vanskens natur og konsekvenser. Dette forutsetter at logopeden klarer å samarbeide med den som er rammet, de pårørende og andre som er involvert i rehabiliteringen for eksempel andre helseprofesjonelle involvert i dette arbeidet (ASHA, 2005b). For logopeder medfører dette krav om å kunne legge til rette slik at den berørte får de tjenestene som er nødvendige (ASHA, 2005b).

Ifølge Kennedy (2014) vil de fleste logopeder som ønsker å øke sin kunnskap om et emne henvende seg til kollegaer med erfaring innenfor det aktuelle emne. Årsaken til at man henvender seg kollegaer er ofte at man ikke har tid til å søke opp, finne og lese publikasjoner på nett eller i annen litteratur. Det er derfor raskere og mer effektivt å spørre en kollega (Kennedy, 2014). Informasjonen fra kollegaer er av stor verdi. Samtidig må logopeder også holde seg oppdatert på hva forskningslitteraturen sier om intervensjons studier, systematiske reviews og hva som regnes for de beste praktiske retningslinjene (Kennedy, 2014).

### **2.4.3 Behovet for logoped**

Behovet for å benytte logoped kan ses i lys av rammeverket til Verdens helseorganisasjon (WHO): Internasjonale klassifiseringen av funksjon, hemning og helse (ICF). Kategoriene i dette klassifiseringssystemet kan benyttes med hensyn til mennesker som er rammet av kognitive kommunikasjonsvansker. I kategorien «kroppsstrukturer og funksjon» er det de nevroanatomiske strukturene, neurofysiologiske og neuropsykologiske funksjoner som er med på å støtte de kommunikative og kognitive prosessene (ASHA, 2005b). I kategorien «aktivitet og deltakelse» ser man på hvordan man hverdagsoppgaver og deltakelse i sosiale, akademiske og arbeidslivsrelaterede situasjoner påvirkes av den kognitive kommunikasjonsvansken (ASHA, 2005b). Aktivitet/deltakelse påvirkes av hvilke krav som stilles i settingen (for eksempel vil det være forskjellige krav i en klinisk setting og i hverdagslig setting) og dette vil også påvirke hvordan man vil prestere i ulike situasjoner (ASHA, 2005b). I kategorien «kontekstuelle faktorer» vil man undersøke de miljømessige og personlige faktorene som er med på å fremme eller hemme fungering og deltakelse. Miljømessige faktorer kan være knyttet til skolepensum, krav på arbeidsplassen, støtte i hverdagskommunikasjon og andres holdninger til vansken. Personlige faktorer knyttes til kognitive kommunikasjonsvansker er

for eksempel alder, kjønn, utdanning, kulturelle holdninger og livsstil. Disse faktorene (miljø og personlige) kan påvirke behandlingen av vansken, og hvilke resultater som følger denne (ASHA, 2005b).

#### **2.4.4 Behovet for tverrfaglig arbeid**

Logopeder bør ha en primær rolle i arbeidet med å utrede og følge opp mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker (ASHA, 2005b; CASLPO, 2002). Likevel er det helt nødvendig å påpeke at etter en ervervet hjerneskade vil det ofte så oppstå en rekke ulike vansker, og vanskene kan ikke bli behandlet isolert. For å få en funksjonell kartlegging av den som er rammet sin funksjon, bør utredningen benytte flere faggrupper (Constantinidou & Kennedy, 2013). Man må derfor samarbeide med andre (CASLPO, 2002). Selv om logopeder ofte arbeider selvstendig er enhver intervensjons suksess avhengig av samarbeid med andre helseprofesjoner (ASHA, 2005a).

#### **2.4.5 utfordringer i utredning**

Jamført 2.4.1 – 2.4.4 burde logopeder arbeide med mennesker som har kognitive kommunikasjonsvansker, og det er behov for logopeder som arbeider med denne vanskegruppen. Det er viktig å huske at ervervede kognitive kommunikasjonsvansker er en distinkt vanske, som skiller seg fra andre vansker. Hvis man kun tester med tester som er utviklet for å oppdage afasi, særlig tidlig i skadeforløpet, kan man komme ut for feildiagnostisering (Constantinidou & Kennedy, 2013). Ved utredning med afasi verktøy, kan man få «falske» utslag. Dette kan skyldes at den som er rammet kan ha en forvirringstilstand eller nedsatt bevissthet. Resultatene fra testen kan derfor bli feiltolket som afasi (Constantinidou & Kennedy, 2013). Internasjonalt er det de siste tjue årene blitt utviklet verktøy til utredning av vansken (Constantinidou & Kennedy, 2013). Til tross for en økning i antallet verktøy internasjonalt, er det få verktøy på norsk som kan benyttes for å undersøke vansker med funksjonell kommunikasjon på norsk (Lind & Haaland-Johansen, 2013).

## 3 Metode

I dette kapittelet vil det bli redegjort for de metodiske valgene som er benyttet i studien. De metodiske valgene i dette kapitelet vil bli begrunnet ut i fra hvor hensiktsmessige de er i relasjon til å utforske problemstillingen: *«hva er norske logopeders kjennskap til og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av individer med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker»*. Under vil det bli presentert valg av design, populasjon og utvalg. Etter dette vil survey som metode bli presentert, og hvorfor denne metode ble valgt for innsamling av data i denne studien. I denne sammenheng vil det også bli gjort rede for planlegging, utforming og gjennomføring av spørreundersøkelsen. De statistiske analysene som ble benyttet for å bearbeide datamaterialet vil bli presentert. Deretter vil en redegjørelse for validitet og reliabilitet bli fremstilt, her vil det bli belyst hvordan disse ble forsøkt i varetatt i denne studien. Avslutningsvis så vil etiske hensynene i denne studien bli fremstilt og diskutert.

### 3.1 Design

I lys av studiens tittel, *“Usynlig” vanske, synlig tjeneste? - En deskriptiv studie av norske logopeders kjennskap til og arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker*, blir det klart at studien er av deskriptiv art. Studier av denne karakter kan også omtales som ikke-eksperimentelle design (Kleven, 2002b). Deskriptive studier har som sikte å beskrive et naturlig eller sosialt fenomens form, struktur, aktivitet og relasjon til andre fenomen (Gall, Gall & Borg, 2007). Ved bruk av denne typen design ønsker man å undersøke hvordan et fenomens tilstand er, man vil ikke forsøke å endre fenomenet gjennom for eksempel en intervensjon eller behandling (Kleven, 2002b). I denne studien vil fenomenene «norske logopeders kjennskap og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker» bli beskrevet.

Den deskriptive tilnærmingen er avhengig av riktig valg av datainnsamlings metode (Gall et al, 2007). I arbeidet med å belyse problemstilling ble det tidlig klart at en kvantitativ tilnærming med et ikke-eksperimentelt design ville være mest hensiktsmessig, og survey ble benyttet som datainnsamlings metode. Kvantitative tilnærmingen er kjennetegnet av at man innhenter en større mengde data fra en populasjon eller utvalg som man analyserer, fremstiller

og sammenlikner gjennom statistiske verktøy. Den kvantitative tilnærmingen er derfor godt egnet til å samle inn data av deskriptiv art (de Vaus, 2014).

## 3.2 Populasjon og utvalg

Med populasjonen sikter man til den enheten det er ønskelig at utvalget skal representere (de Vaus, 2014). Altså er det ønskelig å kunne generalisere funn fra undersøkelse av et utvalg, til populasjonen (Lund, 2002a). Det er svært sjeldent at man som forsker har mulighet til å undersøke en hel populasjon. Derfor har man ofte et skille mellom målpopulasjonen og den tilgjengelige populasjonen. Målpopulasjon er populasjonen som forskningsspørsmålet er rettet mot, mens den tilgjengelige populasjonen er den populasjonen man faktisk trekker utvalget fra (Lund, 2002a; Gall et al., 2007) I denne studien vil forskningsspørsmålet være rettet mot alle logopedier i Norge, og det er disse som vil være i målpopulasjonen. Den tilgjengelige populasjonen vil i denne studien være logopedier som er registrert som medlem NLL. Dette utgjør ifølge NLL de aller fleste logopedier i Norge. Det er fra den tilgjengelige populasjonen at utvelgingen til utvalget ble gjort. Bruk av utvalg ble gjort på bakgrunn av at det å nå ut til en hel populasjon ikke vil være mulig for de fleste forskeres omfang eller ressurser, og i denne studien var dette også tilfellet (Aday & Cornelius, 2006).

Utvalget til denne studien ble til via en skjønnsmessig utvelging. Logopedene ble valgt ut til undersøkelsen på bakgrunn av at forskeren ønsket at deltakerne skulle være så like målpopulasjonen som mulig (Lund, 2002a). Da et likt utvalg vil øke undersøkelsens ytre validitet. Individene ble identifisert gjennom medlemslister som ble tilsendt via mail fra regionlederne i NLL. Det fantes altså eksisterende lister over medlemmene i NLL. Disse listene kan omtales som «samplings frames», en liste over den tilgjengelige populasjonen, og er svært nyttige ved denne type undersøkelse (Aday & Cornelius, 2006; de Vaus, 2014). Det var totalt 823 gyldige epost adresser på de 10 listene som ble mottatt fra NLL. Fra de resterende 2 logopedlagene ble det rapportert om utsendelse til 79 logopedier fra det ene regionslaget og utsendelse til 216 fra det andre regionslaget. Totalt ble undersøkelsen distribuert til 1118 epostadresser.

Det ble ikke gjort noe forsøk i å kontakte logopedene som ikke var medlem av NLL. Denne beslutningen ble gjort på bakgrunn av at det i tidligere masteroppgaver blir opplyst om at det er svært få norske logopedier som ikke er registrert i NLL og at arbeidet med å identifisere



disse resterende logopedene vil være svært tidskrevende (Simonsen, 2015). Det ble også drøftet med en medstudent, som kom til samme konklusjon.

### **3.3 Survey**

Når man benytter survey som innsamlingsmetode, kan man samle inn informasjon om et eller flere emner gjennom ulike spørsmål. Innsamlingen av data kan skje gjennom for eksempel en spørreundersøkelse. Hensikten med å benytte spørreundersøkelse som metode er at man kan benytte de innsamlede dataene til å skape kvantitative beskrivelser (Groves, Fowler jr., Couper, Lepkowski, Singer & Tourangeau, 2009). De kvantitative beskrivelsene blir omtalt som statistikk. Statistikk er kvantitative summeringer av observasjoner av et sett av elementer (Groves et al., 2009). Dataene etter endt undersøkelse kan da benyttes til å lage statistikk om den populasjonen som individene representerer (Aday & Cornelius, 2006). Survey forskning har som mål å samle inn data som kjennetegn, erfaringer, kunnskap eller holdninger fra en populasjon eller utvalg. Det er survey forskningens mål om å beskrive og analysere disse dataene statistisk, som skiller survey fra andre datainnsamlingsmetoder (Gall et al., 2007; Groves et al., 2009; de Vaus, 2014). I denne studien ble survey valgt som metode nettopp på grunn av dets mål om å samle inn data som kan benyttes statistisk. Studiens formål om å beskrive «logopeders kjennskap og praktisering av kjennskap til og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker» gjennom en deskriptiv studie ble innfridd ved bruk av survey metodikk.

#### **3.3.1 Spørreskjema**

Spørreskjema er den vanligste metoden å benytte til å samle inn data av kvantitativ art til en survey, det ble og benyttet i denne studien (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2005; de Vaus, 2014). To store fordeler med bruk av spørreskjema er at man kan nå ut til store geografiske områder og det er en tidsbesparende metode å samle inn data fra et større utvalg (Gall et al., 2007; Johannessen et al., 2005). I denne studien var dette to momenter som var svært viktige da studien ønsker å nå ut til alle norske logopeder, men var begrenset av tid og ressurser.

Å konstruere et godt spørreskjema med gode spørsmål og svaralternativer er en utfordrende og tidskrevende oppgave. Det innebærer at man på forhånd må tilegne seg nødvendig

kunnskap til å lage de enkelte spørsmålene. Videre må man tenke over hvilke data man ønsker at spørsmålene skal resultere i (Johannessen et al., 2005). Spørreskjemaet bør være utformet med hensyn til studiens teoretiske bakgrunn og hvordan man senere ønsker å gjennomføre dataanalysen (de Vaus, 2014). Dette vil innebære at man må reflektere utover forskningsspørsmålet, samtidig er det forskningsspørsmålet som avgjør hva man må måle (de Vaus, 2014). Forskerens antakelser om hvilke variabler som har en relasjon vil kreve at enkelte spørsmål må inkluderes, og dette krever at forskeren oppnår en riktig operasjonalisering av disse (Johannessen et al., 2005; de Vaus, 2014). Hvis forskeren ikke klarer å operasjonalisere begreper og konsepter på en hensiktsmessig måte vil dette svekke hele spørreundersøkelsen, og videre studiens validitet. Dette er en av utfordringen med en selv-administrert spørreundersøkelse, respondentene må forstå operasjonaliseringene (Aday & Cornelius, 2006). Hvis operasjonaliseringen ikke har vært vellykket har man ingen mulighet til å oppklare eventuell misforståelse, og man vil heller ikke ha mulighet til å komme med supplerende informasjon utover det som allerede er inkludert i spørreskjemaet (Johannessen et al., 2005).

### **3.3.2 Nettbasert spørreundersøkelse**

Spørreskjema som ble benyttet var nettbasert. Nettbaserte spørreundersøkelser kan utføres på tre ulike måter: via epost, via en nettside eller en kombinasjon av epost og nettside. I denne studien ble spørreundersøkelsen distribuert ut via epost, med informasjonsskriv og en lenke til spørreskjemaet lagt ved. Spørreundersøkelsen ble så sendt ut til informantens eposter via epostliste. Det er svært viktig at spørreundersøkelsen som blir sendt ut kan åpnes i ulike nettlesere (Aday & Cornelius, 2006). Undersøkelsen ble derfor forsøkt åpnet i nettleserene Internet Explorer, Edge, Chrome, Firefox, Opera og Safari, og det oppstod ingen problemer med å få åpnet spørreskjemaet.

Dillman (2000) hevder at et finnes enkelte prinsipper for å oppnå en vellykket undersøkelse på nett. Utformingen av spørreskjemaet bør være enkelt, det vil si man bør unngå å bruke for eksempel forskjellige farger og spesielle fonter til skrift, dette ble forsøkt i varetatt i denne studiens spørreskjema også (se vedlegg 3). Spørsmålenes ordlyd bør være så lik papirbaserte spørreundersøkelser som mulig. Undersøkelsen bør inneholde enkle og klare instruksjoner om hva respondentene skal gjøre i spørreskjemaet. Hvis man ønsker at enkelte respondenter skal avslutte spørreundersøkelsen bør dette merkes, eksempel fra spørreskjemaet er «Hvis du

svarte NEI på spørsmål 7, kan du bla ned og avslutte spørreundersøkelsen» (se vedlegg 3) (Dillman, 2000). En åpenbarfordel med denne formen for spørreundersøkelse er at det eliminerer alle postkostnader (Gall et al., 2007). Et trekk er at man må ha tilgang til en datamaskin, en annen ulempe er bruken av internett. Ifølge de Vaus (2014) reduseres bruk av internett med økende alder.

I denne studien ble tjenesten Nettskjema benyttet som plattform for spørreundersøkelsen. Nettskjema er en tjeneste man kan benytte for å lage og håndtere innsamling av data ved hjelp av blant annet spørreskjema (Universitetet i Oslo, 2015). Det er USIT (Universitetets senter for informasjonsteknologi) som er ansvarlige for driften og utviklingen av Nettskjema, og det er på deres servere Nettskjema kjøres (Universitetet i Oslo, 2015). Det er hos USIT dataene blir lagret og det er kun TSD (Tjeneste for Sensitiv Data) som kan få tilgang til data (UiO, 2016).

Det er skjemaets administrator som velger om deltakelsen i undersøkelsen skal være anonym, og dette er en fordelene med bruken av Nettskjema (Universitet i Oslo, 2014). Hvis undersøkelsen skal være helt anonym må man opprette brukernavn og passord, og sende dette ut til respondentene som selv kan logge inn med disse. I denne studien ble ikke dette benyttet. Dette ble valgt bort på grunn av bruken av epostlister. Respondentene fikk tilsendt en link til spørreskjemaet via epost. de Vaus (2014) hevder at en direkte link kan føre til at flere respondenter deltar i undersøkelsen og dermed høyere svarprosent.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) anså studien som meldepliktig (se vedlegg 1), og etter godkjenning fra NSD ble det ekstra viktig at deltakernes identitet forble anonym. Dermed ble Nettskjemas stilt inn slik at personinformasjon ikke ble lagret, og respondentens IP-adresse ble derfor ikke lagret. Epostadressene forble også anonym, og responsen ble merket med et tilfeldig ID-nummer. Disse vurderingene ble utført for å ivareta respondentens anonymitet.

### **3.4 Planlegging, utforming og gjennomføring av spørreundersøkelsen**

For å nå ut til så mange som mulig var det svært viktig at prosessen med å samle inn informanter starter tidlig. Denne prosessen ble gjort i samarbeid med en medstudent. Dette var et svært gunstig samarbeid, da det lettet arbeidsmengden for oss begge.

Innsamlingsarbeidet startet tidlig i januar 2016. Vi kontaktet da NLL med forespørsel om å få tilgang til deres medlemslister. Gjennom kontakt med NLL ble vi informert om å ta kontakt med de enkelte regionslagslederne. Vi kontaktet deretter alle de tolv regionslagslederne, og dette resulterte i medlemslistene til 10 av 12 regionslag. De to resterende regionslagene ønsket selv å sende ut undersøkelsen.

At de to resterende regionslagene ønsket å videresende undersøkelsen var ugunstig. For det første medførte dette at vi ikke fikk fullstendig kontroll over hvor mange som fikk tilsendt undersøkelsen. Til tross for dette fikk vi rapport om hvor mange som fikk tilsendt undersøkelsen. For det andre hadde vi ikke mulighet til å vite hva ordlyden på mailen som fulgte informasjonsskrivet og undersøkelsen var. Det var derfor ikke mulig å vite hvilken informasjon som fulgte undersøkelsen. Den tredje årsaken er at de samme utfordringene ville følge undersøkelsen når det ble sendt ut påminnelse. På grunn av ønske om å nå ut til så mange som mulig av NLLs medlemmer ble regionslagenes tilbud akseptert. Ved å godta dette oppfylte vi ønsket om å nå ut til alle 12 regionslag.

Totalt mottok vi 941 epostadresser fra de 10 regionslagene. Etter kontrollering for feil ble 823 registrert som gyldige. Fra de resterende regionslagene, rapporterte det ene om utsendelse til 241 epostadresser, hvor av 216 var gyldige. Det andre regionslaget rapporterte om utsendelse til 79 epostadresser, men oppgav ingen informasjon om ugyldige adresser. Totalt ble undersøkelsen sendt ut til 1118 epostadresser.

I utgangspunktet var det ønskelig å sende ut invitasjonen til undersøkelsen via Nettskjema. Et stort problem som forhindret dette var at det ikke var mulig å legge til vedlegg i invitasjonen til Nettskjema. Derfor ble E-postlister benyttet, dette var gunstig av ulike årsaker. Første årsak var at epostadresser er personavhengig, det var derfor ønskelig at disse forble anonyme (UiO,2011). Andre årsaker er at E-postlister passer ypperlig for utsendelse av mail til større grupper, og det forenkler påminnellesprosessen (UiO, 2011). Før undersøkelsen kunne sendes ut, måtte E-postlisten godkjennes av Postmaster (UiO, 2012).

En klar ulempe med å benytte E-postlister er at man ikke har mulighet til å undersøke hvem som har besvart undersøkelsen. Derfor ble påminnelse sent ut til alle. Dette førte til at en del respondenter svarte at de allerede hadde besvart undersøkelsen, deres adresse ble deretter slette fra listen. Likevel kan det ha ført til at respondenter besvarte undersøkelsen flere ganger.

Undersøkelsen ble sendt ut via e-postlisten den 08.02.16. Det ble også sendt mail til de to resterende logopedlagene med beskjed om å starte utsendelse av undersøkelsen. Totalt ble det sendt ut invitasjon til 1118 medlemmer i NLL. Det ble sendt ut to påminnelser. Den første ble sendt ut onsdag den 17.02.16 og den siste ble sendt ut onsdag den 24.02.16. Da spørreundersøkelsen ble avsluttet den 16.03. 2016 hadde 366 respondenter besvart spørreundersøkelsen. Dette utgjorde en svarprosent på 32,7 %. Det var disse 366 besvarelsene som var utgjorde grunnlaget for resultatene og drøftingen.

### **3.4.1 Utforming av spørreskjemaet**

Studiens problemstilling medfører at spørsmålene i spørreskjemaet måtte belyse hvilken kjennskap og praktisering norske logopeder har til screening, kartlegging og oppfølging av individer med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Før spørreskjemaet ble konstruert ble problemstillingen og de 3 forskningsspørsmålene denne genererte, nøye gjennomgått for å skape spørsmål og svaralternativ som ville skape mest hensiktsmessige data. De tre forskningsspørsmålene var 1. *Vil en logopeds bakgrunn påvirke dens kjennskap og praktisering av screening og kartlegging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?* 2. *Hvilke utredningsverktøy og -metoder kjenner norske logopeder til - og benyttes disse?* Og 3. *Påvirker logopedens bakgrunn logopedens opplevde kompetanse?*

#### **Utforming av spørsmålene**

Det er ulike måter å strukturere et spørreskjema på. Skjema med kun spørsmålene som er lukkede vil man kalle dette for pre-strukturert eller pre-kodet spørreskjema (Dillman, 2000; Johannessen et al., 2005). Spørreskjema kan også være i et mer ustrukturert format hvor alle spørsmålene er åpne eller det kan benyttes en kombinasjon av de to, og da kalles dette for et semi-strukturert spørreskjema (Johannessen et al., 2005). I denne spørreundersøkelsen ble det benyttet et semi-strukturert spørreskjema. Spørreskjemaet bestod av totalt 60 spørsmål, og 11 av disse var oppfølgingsspørsmål. Majoriteten av spørsmålene, 50, i undersøkelsen var lukkede spørsmål med fastesvaralternativer, mens de resterende 10 spørsmålene var åpne uten gitte svaralternativer. Lukkede spørsmål er spørsmål som kun har faste svaralternativer (de Vaus, 2014; Johannessen et al., 2005; Gall et al., 2007). Hvis man benytter seg av denne formen for spørsmål er det viktig at man på forhånd reflekterer over hvordan man ønsker å utvikle svaralternativene. Rekkevidden for svaralternativene bør være så bred at den favner

alle, og det bør ikke være fare for at det kan oppstå biaser (de Vaus, 2014). Dette er et av hovedproblemene med å benytte lukkede spørsmål. Ved feilbruk av svaralternativer kan man skape falske meninger på grunn av mangel på svaralternativ, og dette kan føre til at respondenten avgir et svar den ikke kjenner seg igjen i (de Vaus, 2014). Spørreskjemaet kan heller ikke fange opp informasjon som går utover de oppgitte spørsmål og svaralternativer (Johannessen et al., 2005). Hvis man ønsker at respondenten skal ha mulighet til å svare utover de gitte svaralternativene kan man ha med et «annet» alternativ (Gall et al., 2007; Johannessen et al., 2005). Her kan respondenten svare det den måtte ønske. Å ha spørsmål som er åpne og lar respondenten svare fritt er til fordel særlig der man ikke har tilstrekkelig kunnskap om fenomenet (Johannessen et al., 2005). Her får da respondent muligheten til å formulere svaret med egne ord, og forskeren får informasjon som går utover de gitte svaralternativene (Johannessen et al., 2005). Fordelene med å benytte seg av lukkede spørsmål er at man før eller siden vil måtte gruppere spørsmålene, og da må man tolke resultatene og kategorisere disse (de Vaus, 2014). Ved bruk av lukkede spørsmål så vil respondenten selv klassifisere seg selv, dermed unngår man å gjøre feil i kategoriseringen (de Vaus, 2014). Analyseringen og kvantifiseringen av resultatene er enklere ved bruk av lukkede spørsmål (Gall et al., 2007; de Vaus, 2014; Johannessen et al., 2005). Siste spørsmål (nr. 49 «Ønsker du å komme med avsluttende kommentarer til undersøkelsen eller undersøkelsens tematikk, så er det mulig her») ble lagt inn som en avsluttende kommentar. Dette vil ikke benyttes til å lage statistikk, men vil benyttes i drøftingskapittelet. Kommentarene vil her bli benyttet til å underbygge refleksjoner og drøftinger

### **Begrunnelse for valg av spørsmål**

Spørsmålene ble organisert i tre kategorier slik at spørreskjemaet skulle få en bedre struktur, men også for å få en naturlig flyt i progresjonen i skjemaet (de Vaus, 2014). Den første kategorien i spørreskjemaet var «Bakgrunn». Spørsmålene i bakgrunn kategorien ble til for å undersøke om bakgrunn påvirker logopedenes praksis med hensyn til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Denne kategorien ble til for å forsøke å belyse forskningsspørsmål 1. Her ble respondentene spurt om hvilket år de fullførte sin logopedutdannelse, hvor lenge de hadde arbeidet som logoped, hvilken akademisk bakgrunn de hadde, ved hvilken utdanningsinstitusjon de tok sin logopedutdannelse, hvor de er ansatt, hvilken aldersgruppe de primært jobber med, om de kjenner til begrepet ervervede kognitive kommunikasjonsvansker, hvordan de fikk kjennskap til begrepet ervervede kognitive kommunikasjonsvansker og

hvilken erfaring de har fra arbeid med mennesker som har ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Dette var faktorer som vil bidra til å belyse om logopedenes bakgrunn vil påvirke deres kjennskap og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av mennesker som har ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Respondenter som ikke hadde kjennskap til begrepet ervervede kognitive kommunikasjonsvansker ble bedt om å avslutte spørreundersøkelsen etter dette spørsmålet, da det ikke var hensiktsmessig å ha med disse respondentenes videre (se vedlegg 3, spm. 7). Respondentene som ikke hadde erfaring fra å arbeide med denne vanskegruppen ble og bedt om å avslutte spørreundersøkelsen etter spørsmål om de hadde erfaring fra arbeid med vanskegruppen (se vedlegg 3, spm. 10). I tillegg var det og spørsmål om opplevd kompetanse i arbeid med mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker, dette spørsmålet ble tatt med for å belyse om bakgrunnen til logopedene påvirket opplevd kompetanse i arbeid med mennesker som har ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.

Kategori nummer to fikk navnet «Utredning av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker». Respondentene fikk i innledningen av denne kategorien informasjon om at denne kategorien ville inneholde spørsmål om ulike screenings- og kartleggingsmetoder og -verktøy som man kan benytte for: - å screene og identifisere kognitive kommunikasjonsvansker, - å undersøke omfanget av vansken og - å undersøke hvordan vansken påvirker den som er rammet. Denne kategorien ble laget for å belyse forskningsspørsmål 1,2 og 3. I denne kategorien fikk respondentene spørsmål om de kjente til og benyttet en rekke ulike metoder og verktøy i relasjon til screening og kartlegging av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker. Først fikk respondentene spørsmål om de hadde erfaring med å screene mennesker i den hensikt å identifisere kognitive kommunikasjonsvansker, om de hadde erfaring med å kartlegge omfanget av kognitive kommunikasjonsvansker og om de hadde erfaring med å kartlegge hvordan vansken påvirket den som var rammet. Disse tre spørsmålene ble tatt med for å se logopedenes erfaring med screening og kartlegging ville ha innvirkning på deres kjennskap og bruk av de ulike kartleggings- og screeningsmetodene og -verktøyene.

Den siste kategorien i denne spørreundersøkelsen var «Oppfølging/arbeid med mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker». På grunn av at arbeidet med mennesker som har ervervede kognitive kommunikasjonsvansker vil variere fra person til person ble det satt inn en kort innledningstekst før denne kategorien. Ordlyden på innledningen var som følger:

«Arbeidet med mennesker som har kognitive kommunikasjonsvansker vil variere fra person til person. Personens vanskeomfang og behov vil avgjøre hvilket fokus man har i arbeidet. Under følger fokusområder man kan ha i arbeid med denne gruppen». Denne kategorien ble laget for å undersøke i hvilken grad logopedene benytter seg av ulike tilnærminger og fokusområder i sitt oppfølgingsarbeid. Kategorien ble også laget for å belyse forskningsspørsmål 1,2 og 3. Respondentene fikk her spørsmål om hvordan de fulgte opp mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker. De første spørsmålene handlet om bruk av grupper og om pårørende deltok i oppfølgingsarbeidet. I et forsøk på å belyse hvilke områder logopedene fokuserte på ble det laget et matrisespørsmål om hvilke fokusområder logopedene benyttet i arbeid med denne gruppen mennesker (se vedlegg 3, spm. 36-42). Det var tre hovedfokus i matrisen: språk, kognisjon og kommunikasjon. Avslutningsvis fikk respondentene spørsmål om de henvendte seg til andre for å få informasjon om oppfølging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker og om hvordan de selv tilegnet seg informasjon om vansken. De siste spørsmålene ble tatt med for å belyse eventuelle forskjeller mellom oppfølgingsarbeidet og tilegnelse av kunnskap.

### **3.4.2 Pilotstudie**

Hensikten med å gjennomføre en pilotstudie er å utvikle og prøve ut datainnsamlingsmetoden og andre prosedyrer (Gall et al., 2007). En pilotstudie er en gjennomføring av surveyen i liten skala. Ingen survey bør sendes ut før man har gjennomført en pilotstudie av spørreskjemaet og datainnsamlingsmetoden (Aday og Cornelius, 2006). Enhver survey må gjennomgå en pilotstudie for å hvordan denne fungerer i praksis og for å oppdage eventuelle feil man må korrigere. Aday og Cornelius (2006) hevder at å ikke gjennomføre en pilotstudie er en av de største feilene som kan gjøres i surveyforskning. Videre hevder Aday og Cornelius (2006) at noe vil gå galt hvis man ikke har gjennomgått adekvat testing av prosedyrene i forkant av gjennomføring av surveyen. Til tross for at man gjennomfører en pilottest kan det oppstå uventede problemer. Målet med å pilotstudie er å identifisere og løse problemer, man kan også identifisere problemer som man kan forvente at kan oppstå (Aday og Cornelius, 2006; Gall et al., 2007). For mange surveyer er det nok at man benytter 2-5 deltakere (Gall et al., 2007; Johannessen et al., 2005). Hvem som skal delta i pilotstudien er avhengig av studiens formål. Hvis det er mulig bør de som deltar ha samme egenskaper som målpopulasjonen (Johannessen et al., 2005). Survey litteraturen referer til faser i en pilotstudie. Dette kan involvere en rekke aktiviteter, og inkluderer evaluering av de



individuelle spørsmålene og spørreskjemaet som en helhet, gjennomførbarheten av datainnsamlingen, og prosedyrene for koding og å legge inn data på en datamaskin, hvis tid og ressurser tillater dette. Det siste punktet er særlig viktig i data-assistert innsamling, hvor prosedyrene i datainnsamling involverer direkte registrering av respondentenes svar i datamaskinens data system (Aday og Cornelius, 2006; de Vaus, 2014).

I denne studien ble det gjennomført pilotstudie. Det var seks deltakere i denne studien, og de hadde noe ulik bakgrunn, men alle hadde tilfelles at de var logoped eller logopedstudent. Deltakerne i pilotstudien hadde bakgrunn fra arbeid på sykehus, institusjon for høyere utdanning, Statped og en var student. Det var ønskelig at deltakerne hadde ulik bakgrunn da dette ville være tilfellet i målpopulasjonen også. Alle deltakerne fikk tilsendt invitasjon til spørreskjemaet på mail. Spørreskjemaet var også laget i Nettskjema, dette var gjort fordi det var ønskelig å se hvordan lay-out ble mottatt, om det var flyt i spørreskjemaet, brukervennlighet og for å se om alle hadde mulighet til å åpne informasjonsskrivet og undersøkelsen. Deltakerne i studien fikk instruksjon om å kommentere spørsmålsutforming, operasjonalisering av begreper og egen tidsbruk. Tilbakemeldingen fra respondentene medførte en del endringer, for eksempel ble en del av spørsmålene ble omformulert, spørsmål 36-42 ble lagt inn som matriseløsning og innledende tekster til hver kategori.

## **3.5 Deskriptiv statistikk og undersøkelsens statistiske analyser**

Analysen av det innsamlede datamateriale krevde et verktøy som kunne fremme mønstre og strukturer i funnene. I denne sammenheng ble statistikk benyttet. Hovedsakelig var det statistikk av deskriptiv (beskrivende) art som ble benyttet, men det var og enkelte innslag av analytisk (slutnings) statistikk. I den deskriptive statistikken tar man utgangspunkt ulike metoder og teknikker for å organisere, analysere og summere datamateriale, og man undersøker hvordan enhetene i et utvalg fordeler seg på en variabel (Johannessen, 2009; de Vaus, 2014). Dette innebærer og at resultatene kun er gyldig for utvalget. Ettersom utvalget var av en viss størrelse ble det og benyttet noe analytisk statistikk, for å undersøke om det var mulig å generalisere fra utvalg til populasjon (de Vaus, 2014).

Dataprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ble benyttet for å gjennomføre de statistiske analysene. Excel ble benyttet for å skape de grafiske fremstillingene av analysene.

Variablene i undersøkelsen var hovedsakelig av nominal art, men det var innslag av ordinal. Nominal variabler som kjennetegnes av at de er gjensidig utelukkende og at det ikke er mulig å rangere dem på en logisk måte (Johannessen, 2009). Eksempel på nominal variabel fra undersøkelsen er ansettelsessted. Ordinalvariablene kan i motsetning til nominal variabler rangeres logisk, men avstanden mellom variablene er ikke nøyaktig (de Vaus, 2014; Johannessen, 2009). I undersøkelsen ble det brukt noen likert-skalaer. I disse var verdiene fordelt fra «I ingen grad» til «I svært stor grad». Primært ble det benyttet univariate analyser, det vil si analyser av enkelt variabler (Johannessen, 2009). Særlig ble det benyttet frekvensfordelinger og prosentfordeling.

Bivariate analyser ble også benyttet. Dette er analyser av to variabler, hvor man undersøker om det er en sammenheng, eller samvariasjon mellom de to (Johannessen, 2009; de Vaus, 2014). Resultatene fra de bivariate analysene ble presentert i krysstabeller. For å undersøke om det er en samvariasjon mellom to variabler kan man benytte korrelasjonskoeffisient som mål (de Vaus, 2014). Verdiene kan her ha størrelser fra -1 til 1. En fullstendig samvariasjon vil gi 1 og -1 er en fullstendig negativ samvariasjon, mens ingen samvariasjon vil gi 0 (de Vaus, 2014). I følge de Vaus (2014) er samvariasjonen i naturvitenskapene ofte svært høye, mens man i samfunns vitenskap kan betrakte samvariasjon på .3 som relativt stor. Hvis man benytter Khi-kvadrat som korrelasjonskoeffisient, har man mulighet til å si noe om det er sammenheng mellom to variabler. Det man ønsker ved å bruke Khi-kvadrat er å oppnå signifikans, altså at resultatene kan generaliseres fra utvalg til populasjon (de Vaus, 2014). For å kunne gjøre dette må man på forhånd bestemme seg for et signifikansnivå. Hvis dette ikke innfris så vil ikke resultatene kunne generaliseres (de Vaus, 2014). Khi-kvadrat kan vise noe om hvorvidt det er en signifikans, men det viser ikke til om hvor sterk sammenhengen mellom variablene er (de Vaus, 2014). I denne undersøkelsen ble derfor Cramers V benyttet for å undersøke styrke i korrelasjonen. Cramers V ble benyttet fordi det er egnet for denne analysen ved nominalvariabler med flere kategorier enn 2x2 i en krysstabell (de Vaus, 2014; Johannessen, 2009).

## 3.6 Validitet og reliabilitet

All forskning har som hensikt å trekke slutninger utover de umiddelbare dataene som blir samlet inn. Hvis man gjennomfører en representativ kvantitativ studie vil det være mulig å generalisere funnen fra studiens utvalg til målpopulasjonen (Johannessen et al., 2005). En studie kan ses på som representativ om de empiriske prosedyrene er valgt slik at de relevante slutningene har best mulig validitet og reliabilitet (Lund, 2002b). Validitet betyr gyldighet, og et spørsmål om validitet må ses i sammenheng med hva man ønsker å benytte måleresultatene til og hvordan man ønsker å tolke disse (Kleven, 2002a). Videre handler validitet om dataene er relevante for studiens problemstilling. Dataenes relevans påvirkes av instrumentene man benytter for å samle inn data, og om de måler det man ønsker at de skal måle (Hellevik, 2002; Tolmie, Mujis & McAteer, 2011). Reliabilitet er et spørsmål om hvordan innsamlingen og behandlingen av data foretas. Metodene man benytter må ha en viss grad av konsensus og nøyaktighet (Hellevik, 2002; Tolmie et al., 2011). En utfordring med å skulle undersøke hvor vidt man har innfridd krav til validitet er at man ikke kan måle validiteten (Tolmie et al., 2011). Validitet er ikke et krav som tolkes som absolutt eller ideelt, men et kvalitetskrav som bør være tilnærmet oppfylt (Lund, 2002b).

### 3.6.1 Validitet

Cook og Campbell utarbeidet et system for å ivareta validitet. Validitetssystemet er i utgangspunktet utarbeidet for kausale forskning, men deler av systemet er relevant for beskrivende forskning (Lund, 2002b). Mer spesifikt så vil statistisk validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet være spesielt aktuelle for beskrivende forskning. Enkelte trusler kan oppstå mot indre validitet, spesielt i forhold til valg av metode for innsamling av data til undersøkelsen, og vil derfor bli drøftet videre (Lund, 2002b). Denne studien vil ta utgangspunkt i Cook og Campells validitetssystem.

Man må ta hensyn til de aktuelle kravene til validitetskvalitet når man planlegger hvordan man skal gjennomføre en studie. Ifølge Lund (2002b) er muligheten for å senere oppnå statistisk validitet avhenge av at man har oppfylt statistiske krav. Den indre validiteten vil være avhengig av at man benytter et design som kontrollerer for alternative årsaksfaktorer. Begrepsvaliditet vil avhenge og påvirkes av at man har valgt gode operasjonaliseringer av begrepene man ønsker å undersøke. For eksempel blir begrepsvaliditeten i denne undersøkelsen påvirket av hvordan begrepene «kjennskap» og «bakgrunn» operasjonaliser.

Ytre validiteten avhenger av ytre forhold som hvem som er en del av undersøkelsens utvalg (Lund, 2002b). Det er egne mulige feilfaktorer knyttet til hver av disse validitetstypene (Lund, 2002b). Hvordan man skal ivareta de ulike kravene og hvordan disse er blitt forsøkt ivaretatt i denne studien vil bli beskrevet i avsnittene som følger.

### **Indre validitet**

Når man gjennomfører en undersøkelse er det viktig at man måler det man ønsker å måle, det er ikke gunstig at alternative forhold påvirker måling. Den indre validiteten svekkes om vi måler feil. Alternative forhold vil kunne påvirke en måling. Ved å undersøke om designet man har benyttet er effektivt for å kontrollere eksperimentelle eller statistisk alternative årsaksfaktorer, undersøker man den indre validiteten (Lund, 2002b). Instrumentene man benytter for å måle vil påvirke den indre validiteten, dette er spesielt viktig ved kvantitative undersøkelser. Forhold ved måleinstrumentet eller måleprosessen kan skape kunstige data (Lund, 2002b). Det er svært viktig at man velger et hensiktsmessig måleinstrument og at man er nøyaktig i måleprosessen. Siden denne undersøkelsen er av en deskriptiv art ble det derfor betraktet som mest hensiktsmessig å benytte seg av en survey med ikke-eksperimentelt design.

Det ble benyttet et ikke-eksperimentelt design i denne undersøkelsen. Med tanke på mulighet til å skulle konkludere om en mulig årsak er det negativt at man i denne type design ikke har mulighet til å manipulere en uavhengig variabel (Lund, 2002a). Det å manipulere en uavhengig variabel er helt nødvendig for å kunne fordele respondenter tilfeldig på forsøksbetingelsene. Det å fordele tilfeldig er en betingelse for å ha fullstendig eksperimentell kontroll (Lund, 2002a). Bruk av et ikke-eksperimentelt design vil derfor ha svekket indre validitet. For å styrke den indre validiteten kan man avgrense undersøkelsen til gjelde for en homogen gruppe. Ved å undersøke norske logopeder vil irrelevante variabler bli holdt konstante (Lund, 2002a). Resultatet gjelder dermed kun for norske logopeder og kan på ingen måte generaliseres til andre yrkesgrupper. Den indre validiteten vil altså her gå på bekostning av den ytre (Lund, 2002a). I denne undersøkelsen er ikke dette et betydelig problem, da problemstillingen kun omhandler norske logopeder. Hvilket design man benytter vil påvirke hvorvidt en slutning har validitet (Lund, 2002b). Praktiske årsaker og tidsperspektiv vil ofte påvirke forskerens mulighet til å benytte det mest optimale designet (Lund, 2002b).

## Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet handler om hvilke operasjonaliserte variabler og empiriske indikatorer man velger, og hvordan disse blir definert som begreper (Lund, 2002b). Enklere sagt handler begrepsvaliditet om det er samsvar mellom teoretiske begrep og operasjonaliserte begrep (Kleven, 2002a). Dersom den valgte operasjonaliseringen har en sterk korrelasjon med begrepet, vil dette styrke begrepsvaliditeten (Lund, 2002b). Begrepene man benytter i forskningsspørsmålet må formuleres slik at operasjonalisering gir indikatorer og variabler som gir en valid måling (Lund, 2002b). Om man kan trekke slutninger fra de valgte variablene til de operasjonaliserte begrepene har man en begrepsslutning med god begrepsslutning (Lund, 2002b).

Hovedproblemet med begrepsvaliditet i spesialpedagogisk forskning er at man ikke har noen fasit på hva som skal benyttes som indikator på enkelte begreper (Kleven, 2002a). Eksempel fra denne undersøkelsen er bruken av ordet «bakgrunn», et begrep som ikke har noen teoretisk «fasit», og i denne studien vil bli belyst gjennom de valgte variablene i kategorien «Bakgrunn». Utfordringen er altså at begrepene er ofte representert av abstrakte og/eller teoretiske konstruksjoner, og er i prinsippet ikke mulige å måle. Derfor er arbeidet med å utvikle observerbare forhold som kan benyttes som indikatorer på noe uobserverbart svært viktig (Kleven, 2002a). Problemet er at man ønsker å måle noe som er abstrakt, og dermed ikke målbart. Utfordringer ligger i det å velge hvilke indikatorer man skal benytte for å operasjonalisere dette begrepet (Kleven, 2002a). Når man velger hvilke operasjonaliseringsprosedyrer som begrepet vi har valgt skal gjennomgå har vi gitt begrepet en operasjonell definisjon. Bruk av operasjonaliserte definisjoner istedenfor å benytte begrepet på et mer teoretisk plan er tilslørende (Kleven, 2002a). Hvor vidt resultatet vil være gyldig for det teoretisk definerte begrepet er spørsmålet om hvilken begrepsvaliditet det operasjonaliserte begrepet har. For å få kunnskap om en spørreundersøkelse gir en valid måling av et begrep er det nødvendig at man gjennomfører en grundig analyse av begrepet man ønsker å operasjonalisere. For å unngå operasjonaliserte definisjoner kan man benytte tilordningsregel. Da vil det bli mer klart at man ikke benytter operasjonaliserte definisjoner som en erstatning for andre definisjoner (Kleven, 2002a). Man tilordner da begrepet egenskaper. Eksempel fra studien er logopedenes bakgrunn. I studien blir denne belyst og tolket i samsvar med besvarelsene i spørreskjemaets kategori «Bakgrunn».

Dersom operasjonalisering er feil kan det oppstå målefeil (Kleven, 2002a). Målefeil deles i hovedtyper: tilfeldige og systematiske. Med tilfeldige målefeil mener man ikke at det er feil som oppstår vilkårlig, men feil som oppfører seg tilfeldig. Disse feilene jevner seg ut i det lange løp (Kleven, 2002a). I denne undersøkelsen kan det være at en respondent trykker feil på et spørsmål. Systematiske målefeil derimot jevner seg ikke ut. Derfor er systematiske målingsfeil en trussel, de reduserer konsensus i målingen, da de som regel påvirker på lik måte for personen når man måler flere ganger (Kleven, 2002a). I henhold til denne undersøkelsen kan dette for eksempel være ordlyden på et spørsmål fører til at mange respondenter misforstår, og dermed svarer noe som ikke er adekvat i relasjon til spørsmålet. De systematiske feilene er derfor med på å skape et skjevt eller uriktig bilde av det begrepet vi ønsker å måle fordi vi ikke får med oss fylde i begrepet. Dette kan skyldes at det kommer inn ting som ikke tilhører begrepet (Kleven, 2002a). I praksis kan det være vanskelig å avgjøre om feilen er av systematisk eller tilfeldig karakter. Til tross for dette er det viktig at man har et analytisk skille mellom de to feilkildene, da konsekvensene av feilene får ulik innvirkning på forskningsresultatet. Både fordi de gir ulike muligheter for analyse og fordi det er ulike metoder man kan benytte for å redusere konsekvensene feilene har på forskningsresultatet (Kleven, 2002a). Et annet moment som kan trekkes frem som en trussel mot begrepsvaliditet er man ofte utvikler test og teori til en undersøkelse samtidig er det åpenbarmulighet for at man kan få sirkelargumentasjon og selvoppfyllende profeti (Tolmie et al., 2011). Det er også problematisk at man som forsker skal tolke hva som er meningen bak et svar. Den samme atferden kan ha forskjellig mening for ulike respondenter (de Vaus, 2014). Man må være bevisst dette problemet og ta i bruk alle mulige grep for å minimere disse. En bevissthet vil kunne gjøre forskeren mer nøyaktig når den analyserer og tolker dataene (de Vaus, 2014). For å bedre begrepsvaliditeten så kan man gjøre forsøk på å gjøre den enkelte måling så valid som mulig. Dette kan man forsøke å ivareta ved å ha forskjellige operasjonaliseringer på det samme begrepet. Hvis man øker antallet operasjonaliseringer, så bør disse være så ulike som mulig. Om det er mulig å ha flere operasjonaliseringer så vil man gjennom disse få mulighet til å kartlegge begrepet fra flere sider. Dette vil skape et bedre og mer nyansert bilde, enn hvis man kun benytter en metode (Kleven, 2002a).

### **Ytre validitet**

En undersøkelse kan regnes som å ha god ytre validitet om det er mulig å foreta ikke-statistiske generaliseringer til- eller over- relevante individer, situasjoner og tider med en

rimelig sikkerhet (Lund, 2002a). Hvis den ytre validiteten ikke tilfredsstilt vil ikke andre validitetskrav bli oppfylt. Dette skyldes at man ikke kan generalisere resultatene med en rimelig sikkerhet, og forskningsproblemet blir derfor dårlig belyst og undersøkelsen i sin helhet bli svekket (Lund, 2002a). Det er forskningsspørsmålet som legger føringer for hvilke individ(er), situasjon(er) og tid(er) som er relevante for en eventuell generalisering av forskningsresultatene (Lund, 2002b). Her vil man undersøke hvorvidt det er gyldig å trekke ikke-statistiske til- og over- generaliseringer (Lund, 2002b). En til-generalisering dreier seg om generaliseringen er gyldig for en populasjon, situasjon eller tid. Over-generalisering vil derimot handle om hvor vidt eller bredt man kan trekke resultatene. Begge generaliseringer kan være aktuelle i en og samme undersøkelse (Lund, 2002b). Det er derfor viktig at man som forsker er klar over dette når man velger hvem som skal delta i undersøkelsen. Utvalget av personer bør gjøre slik at dataene kan generaliseres på best mulig måte fra utvalg til målpopulasjon. Hvis dette kravet blir oppfylt har forskeren en god ytre validitet i forhold til personer (Lund, 2002b). Ofte kan det derimot oppstå praktiske utfordringer som fører til at man ikke får det mest representative utvalget, dette vil da svekke den ytre validiteten (Lund, 2002b). Trusler mot ytre validitet er systematiske forhold som gjør det vanskelig å trekke slutninger. Det er forskningsproblemet som vil avgjøre hvilke slutninger som er relevante.. Desto større variasjon det er mellom undersøkelsen og målet for generalisering, jo mer usikker vil denne over-generaliseringen være (Lund, 2002b). Hvis utvalget i undersøkelsen består av individer som er del av en relativt ensartet gruppe, vil dette kunne være en gruppe preget av individhomogenitet. Dette kan føre til gruppen er for «spesiell» til at resultatene kan generaliseres til andre (Lund, 2002b). Hvis man benytter et utvalg som ikke er representativt for populasjonen vil dette gjøre en eventuell generalisering svært usikker (Lund, 2002b). Den ytre validiteten i denne undersøkelsen ble svekket av at det ble benyttet både ikke-eksperimentelt design, men og på grunn av bruken av et homogent utvalg.

### **Statistisk validitet**

Statistisk validitet er om målene for effekt, for eksempel frekvens, er statistisk signifikant og om det er en rimelig størrelse (Lund, 2002b). Enkelt sagt kan det sies at en undersøkelse har god statistisk validitet om man kan trekke gyldige statistiske slutninger (Lund, 2002b). Cook og Campbell betrakter god statistisk validitet som nærmest en nødvendighet for å kunne oppfylle de andre validitetskravene (Lund, 2002b).

Lund (2002b) trekker frem ulike punkter som svekker den statistiske validiteten, de mest relevante for undersøkelsen vil bli kommentert her. «Man benytter et lite utvalg» - i denne undersøkelsen var utvalget rimelig stort med hele 366 deltakere. «Variansen i populasjonen er stor» – til tross for at utvalget var homogent, så var det variasjoner innad i gruppen. Det er samtidig viktig å påpeke at dårlig test- eller målingsreliabilitet vil redusere den statistiske styrken og vil derfor være en trussel mot den statistiske validiteten (Lund, 2002b). Dette er med på å true begrepsvaliditeten. Hvis målingen av begrepet ikke er valid, vil dette skape usystematiske målinger. Eksempel fra undersøkelsen er valget om å ikke benytte dataene fra spørsmålene (nr. 21a, 22a, 23,25,27 og 29, se vedlegg 3) om kjennskap til ulike verktøy med i resultatene. Årsaken var at operasjonaliseringen av spørsmålene ikke var valid, og resultatene ville derfor blitt preget av målefeil.

### **Innholds validitet**

Innholds validitet handler om at det målingsinstrumentet vi benytter dekker et representativt utvalg av det atferdsområdet som man ønsker å måle. Atferdsområde vil bli benyttet i generell betydning for eksempel det kan gjelde trekk, en egenskap eller et kunnskapsområde, (Kleven, 2002a; de Vaus, 2014; Aday & Cornelius, 2006). I denne studien er det logopeders «kjennskap» til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Innholds validitet dreier seg om de spørsmålene som er benyttet i undersøkelsen er et representativt utvalg av alle spørsmålene som kunne vært en del av undersøkelsen. Det er derfor viktig at man har en klar ide om hvilket fenomen eller univers man ønsker at konseptet skal bli vurdert opp mot (Aday & Cornelius, 2006). En måte å sikre dette er at man benytter en rekke spørsmål som er med på å sikre innholds validitet. Spørsmålene må omhandle det samme emnet. Forskeren bør og konsultere med personer som er eksperter på det aktuelle området for å høre hva de tenker om konseptet og om spørsmålene adekvat representerer dette (Aday & Cornelius, 2006). Man kan normalt sett ikke angi innholds validitet i et tallmessig uttrykk. Man må vurdere denne på et rasjonelt grunnlag, ved at man vurderer om det er skjønnsmessig samsvar mellom universet av alle mulige spørsmål og det konkrete utvalget av spørsmål som man benyttet (Kleven, 2002a). I denne studien ble to eksperter konsulter. Disse var ansatt ved ulike institusjoner, og hadde derfor ulike perspektiver og praksiserfaring i relasjon til kognitive kommunikasjonsvansker.



### 3.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om at testene man benytter må måle med en viss grad av konsensus og nøyaktighet. Et pålitelig mål vil gi samme resultat ved gjentatte målinger (Tolmie et al., 2011; de Vaus, 2014). Reliabilitet bestemmes ut i fra hvilke målinger som man benytter for å samle inn data (Hellevik, 2002). Det vil si at man undersøker hvordan innsamlingen og behandlingen av dataenes umiddelbart observerbare egenskaper foretas. Her kan man gjennomføre direkte empiriske tester ved at man kan sammenlikne uavhengige målinger av det samme fenomenet (Hellevik, 2002). Hvis en informant avgir samme svar ved samme undersøkelse to ganger er undersøkelsen reliabel (de Vaus, 2014). Reliabilitet blir derfor sett på som i hvilken grad man klarer å minimere målefeil og hvor stabile disse målingene er (Gall et al., 2007). Selv om reliabilitet ikke er et mål i seg selv, så er reliabilitet svært viktig på grunn av at svak reliabilitet vil svekke validiteten til en undersøkelse (Kleven, 2002a).

Målefeil kan oppstå på bakgrunn av mange ulike årsaker (jamfør 3.6.1). Det kan tenkes at spørsmålsformuleringen har vært for upresis, og at respondent og forskeren har hatt ulik oppfatning av operasjonaliseringen. Eksempel på dette er spørsmål 21a, 22a, 23,25,27 og 29 (se vedlegg 3). Ordlydene i disse spørsmålene er nesten identiske, derfor vil jeg kun trekke frem spm 27 «Har du kjennskap til «informasjon fra pårørende» som et verktøy i kartleggingen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?». Bruken av ordet «verktøy» og hermetegnene viste seg i ettertid å være problematiske. Det kom inn en del kommentarer via mail fra respondenter som var usikre på denne formuleringen. En konkretisering av disse spørsmålene, for eksempel «Kjenner du til at det er mulig å benytte informasjon fra pårørende i kartleggingen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?» kunne vært benyttet istedenfor.

For å øke reliabiliteten kan man forsøke å redusere målingsfeil eller man kan forsøke å nøytralisere påvirkningen av målingsfeilene ved å utnytte at de tilfeldige feilene jevner seg ut i det lange løp. Man kan redusere målefeilene ved å benytte standardiserte målingsprosedyrer. I denne undersøkelsen ble Nettskjema benyttet som standardisert datainnsamlingsmetode.

Andre grep man kan ta for å øke reliabiliteten er for eksempel å øke antallet spørsmål i en test, dette gjør at vi får større utvalg av det universet av spørsmål som teoretisk kunne ha vært med i testen. Målingen sikrer også informasjon om sann skåre når utvalget av spørsmål er stort (Kleven, 2002a; de Vaus, 2014). Ved at man benytter flere målinger av den samme

egenskapen kan man altså øke testens reliabilitet (Hellevik, 2002). Dette ble forsøkt i varetatt i denne undersøkelsen. Eksempel er kategorien «Bakgrunn» (spm.1 – 6) (se vedlegg 3). Det ble her stilt en rekke spørsmål om respondentens bakgrunn for å forsøke å skape et mer nyansert bilde av denne. Når man samler inn og behandler data vil det enkelt kunne oppstå tilfeldige målefeil, som igjen kan redusere reliabiliteten. Dersom vi kun benytter et spørsmål til å plassere en respondent på en aktuell verdi så vil denne kunne føre til en helt misvisende skåre (Hellevik, 2002; de Vaus, 2014). Om det skulle oppstå feil på flere av svarene til den samme respondenten, så er det sannsynlig at disse feilene vil motvirke hverandre når man skal beregne den endelige skåren (Hellevik, 2002).

I tillegg til at man øker reliabilitet vil en økning av antall spørsmål øke undersøkelsens validitet. Det er viktig at man stiller spørsmål som respondenten kan svare på. Hvis man benytter spørsmål som respondentene ikke har en mening om eller kjennskap til så kan dette føre til at svaret bli misvisende eller feil. Dette vil da svekke undersøkelsens reliabilitet. Hvis det er uunngåelig å ikke ha med et spørsmål av en slik karakter, kan man ha med et «jeg vet ikke» - alternativ (de Vaus, 2014). Eksempel på dette er spørsmål nr. 7 «kjenner du til begrepet «ervervede kognitive kommunikasjonsvansker»?». Det er mulig at dette kan ha blitt tolket bredere enn det som var intensjonen. Dette viste seg i spørsmål 49 «Ønsker du å komme med avsluttende kommentarer til undersøkelsens tematikk (...)»?», hvor det kom inn svar om hvor viktig det var med fokus på kognitive vansker i relasjon til afasi og Parkinson. Dette viser at spm. 7 har blitt for bredt tolket. For å unngå dette kunne det blitt skrevet en liten tekst til spørsmålet, for eksempel «ervervede kognitive kommunikasjonsvansker vil i denne undersøkelsen ikke inkludere afasi, demens, Parkinson, dysatri eller liknende». Et moment som er viktig å tilføye her er at denne teksten ikke var ønskelig da studien ønsker å undersøke logopedens kjennskap, men uten å legge føringer.

### **3.7 Etske hensyn**

Forskning må, som all annen virksomhet, følge etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannssen et al., 2005). Hovedsakelig, og noe forenklet, handler etikk om hva som er rett og galt. Etikk dreier seg også om hvordan vi som mennesker påvirker hverandre direkte og indirekte (Johannssen et al., 2005; Gall et al., 2007). I forskning vil etiske problemstillinger oppstå når mennesker berøres direkte, som i en datainnsamling. Det er viktig at de som skal delta i en undersøkelse velger dette selv, dette handler om retten til selvbestemmelse og

autonomi. Deltakerne skal ha gitt informert og frivillig samtykke før deltakelse i en undersøkelse (Johannessen et al., 2005; de Vaus, 2014). Deltakerne i studien ble tilsendt informasjonsskriv i forbindelse med undersøkelsen. Det ble her informert hva dataene fra undersøkelsen skulle benyttes til. I informasjonsskrivet ble det og informert om at deltakelse var helt frivillig (se vedlegg 2). Det ble arbeidet for å unngå at informantene skulle føle seg presset til å delta. Samtidig ble de oppfordret til å delta, på grunn av at flere deltakere ville øke undersøkelsens svarprosent – og dernest reliabilitet og validitet.

I denne undersøkelsen ble det samlet inn informasjon som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, og dette medfører at juridiske forhold må avklares. Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), og fikk klarsignal fra dem (se vedlegg 1). Ifølge forvaltningsloven så vil all informasjon som kan spores tilbake til den enkelte person være taushetsbelagt (Johannessen et al., 2005). Informasjonen kan heller ikke benyttes i andre sammenhenger enn prosjektet. Dette ble på forhånd informert om i informasjonsskrivet, som ble sendt ut til informantene (se vedlegg 2). Det er svært viktig at man bevarer respondentenes anonymitet, dette innebærer og at man som forsker ikke skal ha mulighet til å kunne identifisere respondentene (de Vaus, 2014). For å beskytte deltakernes identitet ble Nettskjema stilt inn slik at det ikke lagret IP-adresser. Deltakerne fikk og tilordnet et tilfeldig ID-nummer. For å unngå at e-postadressene til deltakerne ble tilgjengelige, ble epostlister benyttet (jamfør. 3.4).

## 4 Resultater

I dette kapittelet vil studiens resultater bli presentert. Det er besvarelsene til de 366 logopedene som deltok i spørreundersøkelsen som utgjør grunnlaget for resultatene. Presentasjonen av resultatene vil bli gjort i samsvar med spørreskjemaets oppbygning, og vil derfor være tredelt. Å dele presentasjonen inn på en slik måte ble funnet hensiktsmessig, da de tre forskningsspørsmålene vil være relevante for alle de tre delene av spørreskjemaet. Resultatene blir derfor presentert først i «*Logopedens bakgrunn, arbeidserfaring og erfaring med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker*», «*Logopedenes kjennskap til og bruk av verktøy, metoder og tilnærminger i utredning av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker*» og til sist vil «*Logopedenes praksis og fokusområder i oppfølgingen av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker*».

Fremstillingen av resultatene vil bli gjort i frekvens og/eller prosent, men også ved hjelp av grafiske fremstillinger, som tabeller og figurer. Grafisk fremstilling ble benyttet de steder dette var hensiktsmessig, for å skape en mer oversiktlig fremstilling av resultatene. Svaralternativene på spørsmål 1 og 2 ble slått sammen for å gi et mer oversiktlig bilde av bakgrunnsfaktorene, fra henholdsvis 10 svaralternativer til 7 og fra 9 til 6. Resultatene er hovedsakelig kvantitative, men det vil være innslag av kvalitativ art. Dette vil primært være kommentarene respondentene hadde anledning til å komme med i undersøkelsen. Spørreskjemaet finnes i sin helhet i vedlegg 3.

### 4.1 Logopedenes bakgrunn, arbeidserfaring og erfaring med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker

Logopedenes bakgrunn i form av utdanning og arbeidserfaring forventes å ha betydning for deres erfaring med og kjennskap til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Derfor ble det samlet inn informasjon om år for fullført utdanning, hvor lenge de hadde arbeidet som logoped, grunnutdanning, utdanningsinstitusjon, ansettelsessted, primær aldersgruppe, kjennskap til begrepet «ervervede kognitive kommunikasjonsvansker, opplevelse av egen kompetanse og til sist arbeidserfaring med vansken. De ulike faktorene ble valgt for å undersøke om bakgrunn kan påvirke deres kjennskap til begrepet, og praktiseringer i arbeid

med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Det må presiseres at respondentene som oppgav å ikke kjenne til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker ble bedt om å avslutte undersøkelsen. Logopedene som oppgav å kjenne til vansken, men som ikke hadde arbeidserfaring, ble også bedt om å avslutte undersøkelsen.

**Tabell nr. 1** År fullført utdanning

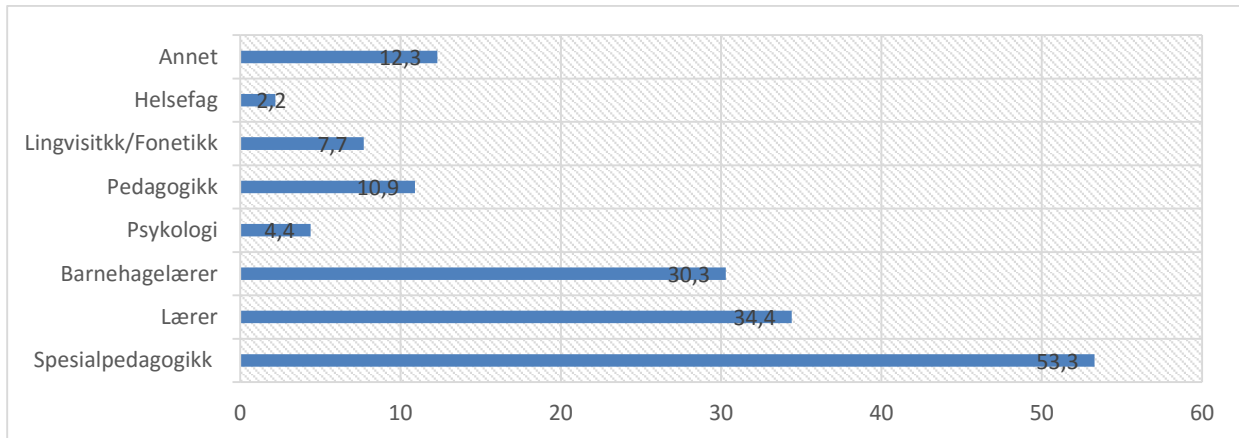
År	Prosent
Før 1980	4,9
1980-1990	8,5
1991-2000	24,1
2001-2010	30
2011-2015	22,7
Studenter	9,8

Logopedene ble bedt om å opp gi hvilket år de fullførte sin logopedutdanning. Majoriteten av de 366 logopedene som utgjorde undersøkelsens utvalg var logopedene som har fullført utdannelsen mellom 1991-2015 (76,7% av alle besvarelsene). Kun 13,3 % av respondentene svarte å ha fullført utdanning før 1991.

**Tabell nr. 2** Utdanningsinstitusjon

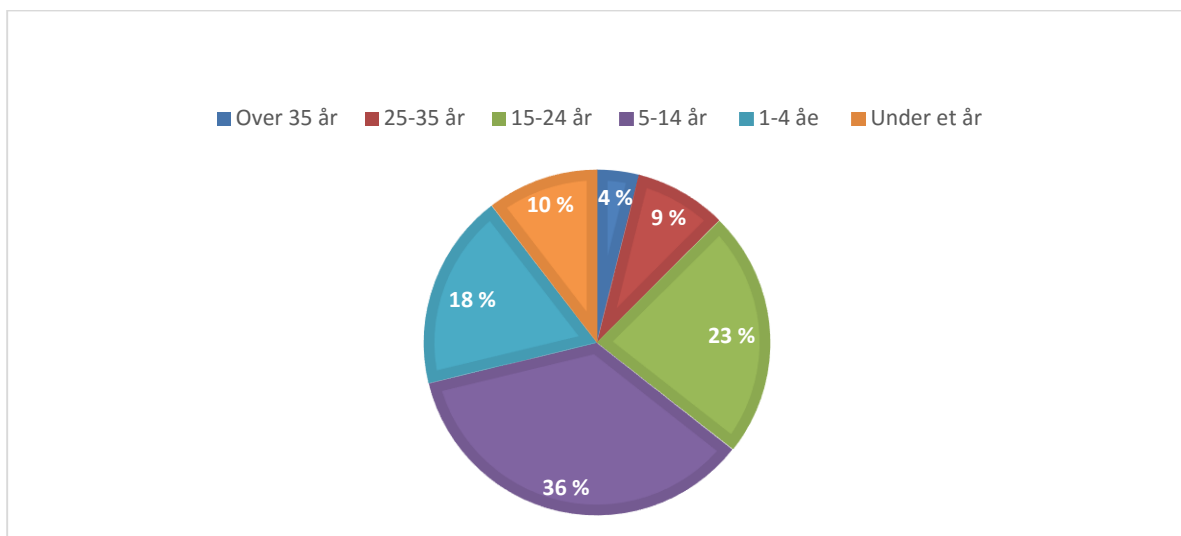
Utdanningsinstitusjon	Prosent
UiO	49,9
UiB	13,1
UiN	2,2
UiT	2,2
NTNU i Trondheim	9,3
Utlandet	1,6
Annet	22,4

For å få et bedre inntrykk av logopedens faglige bakgrunn ble de bedt om å oppgi hvilken utdanningsinstitusjon de hadde tatt sin utdanning ved. Av de 366 logopedene hadde nesten halvparten tatt sin utdanning ved UiO. Ved de andre universitetene i Norge var det færre som besvarte undersøkelsen, og enda færre besvarte utdanning fra utlandet. Over en femte del av alle respondentene svarte at de hadde tatt sin logopedutdanning ved en annen utdanningsinstitusjon. Særlig var det Statens spesiallærer høyskole (*ISP ved UiOs forgjenger*), Høyskolen i Sandane (desentralisert fra UiO), Høyskolen i Bergen og Høyskolen i Sør-Trøndelag som ble nevnt hyppig i presiseringen.



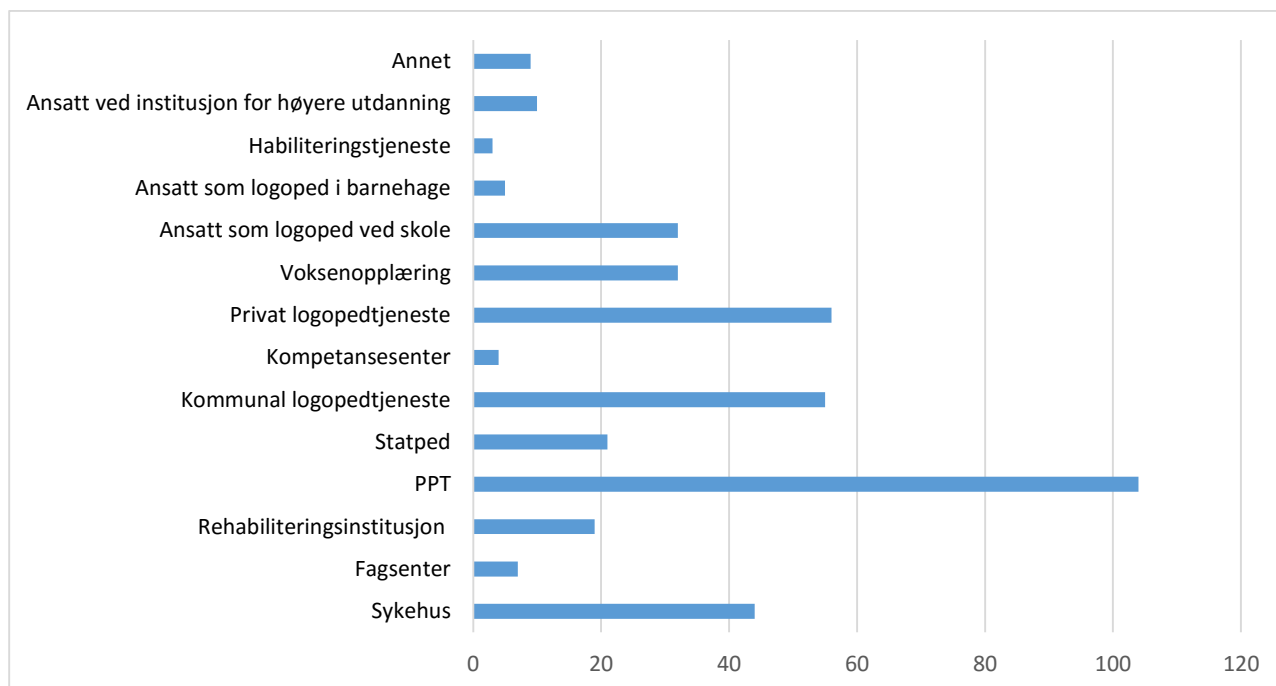
**Figur nr. 1 Grunnutdannelse**

Det var av interesse å vite logopedens grunnutdannelse. Dette var ønskelig siden variasjoner i grunnutdannelse kunne reflektere at ulike utdannelser var mer fokusert på vanskegruppen. Det er viktig å bemerke at det var mulig å krysse av for flere svaralternativer ved dette spørsmålet, og det er derfor flere besvarelser enn det er respondenter. Henholdsvis 366 respondenter og 571 svar. Den vanligste faglige bakgrunnen var spesialpedagogikk. Hos respondentene som svarte «annet», ble det ikke observert noe mønster.



**Figur nr. 2 Arbeidserfaring**

Videre ble de 366 logopedene bedt om å si hvor lenge de hadde arbeidet som logoped. Flest logopedene oppgav å ha arbeidet i 5-14 år. Ved en nærmere gjennomgang av resultatene ble det klart at det var flest logopedene hadde arbeidet mellom 1-14 år (70,7%). 6 av studentene meldte at de arbeidet som logoped. De resterende 30 studentene ble ikke inkludert.



**Figur nr. 3 Arbeidsplass**

Av de totalt 366 respondentene ble 53 ikke inkludert i frekvensfordelingen i figur nr.3. De 53 som ikke ble inkludert var studenter og pensjonister som oppgav å være uten ansettelsessted. Dette tallet stemmer ikke overens med arbeidserfaring som logoped, hvor kun 6 studenter oppgav å arbeide som logoped. Det kan tenkes at dette skyldes at det ikke er presisert hvor man er ansatt som *logoped*, men kun er spurt hvor man er ansatt – og at en del studenter kan ha hatt studiepermisjon fra sitt arbeidssted. Det var mulig å krysse av på flere steder, om man var ansatt flere enn ett sted. Det var PPT som ble hyppigst oppgitt som arbeidssted med 28,4% av alle besvarelsene.

**Tabell nr. 3 Primær aldersgruppe**

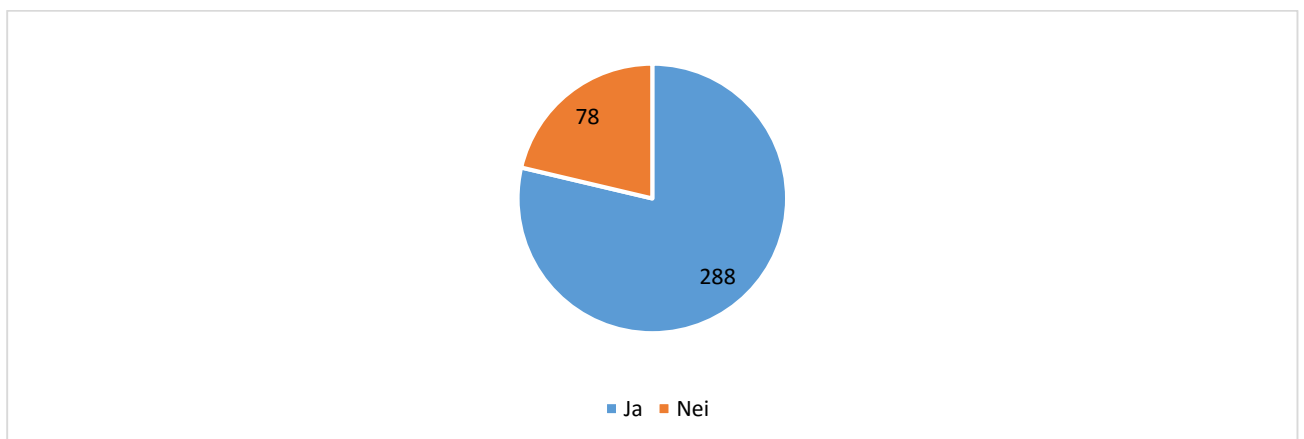
Primær aldersgruppe	Prosent
Barn og unge (under 16 år)	56,2
Ungdom (16-18år)	0,3
Voksne (over 18 år)	26,2
Alle tre gruppene	17,4

I forbindelse med arbeidsplass var det interessant å undersøke hvilken aldersgruppe som logopedene arbeidet primært med. Over halvparten oppgav å jobbe med barn og ungdom som hovedgruppe. Det var nesten ingen som oppgav å arbeide med ungdom. Litt over en fjerdedel svarte de arbeidet hovedsakelig med voksne, og nesten hver femte rapporterte at de jobbet

med alle tre gruppene. Det må igjen presiseres at det ikke ble konkretisert hvilken aldersgruppe man arbeider med som logoped. 30 studenter oppgav at de ikke har startet å arbeide som logoped, men 10 studenter har besvart hvilken brukergruppe de arbeider med. 4 av 10 oppgav å ikke arbeide som logoped. Det kan tenkes at de arbeider som noe annet enn logoped ved siden av studiene, og derfor har besvart hvilken arbeidsgruppe de primært arbeider med her.

De fleste av logopedene i utvalget arbeider primært med barn og unge. Dette er ikke uforventet etter som 28,4 % av alle som besvarte undersøkelsen arbeider i PPT, 8,7 % oppgir at de arbeider som logoped ved skole og 1,4% arbeider som logoped i barnehage, dette utgjør 38,4 %. Arbeidsplasser som ofte er assosiert med arbeid med barn og unge under 16 år.

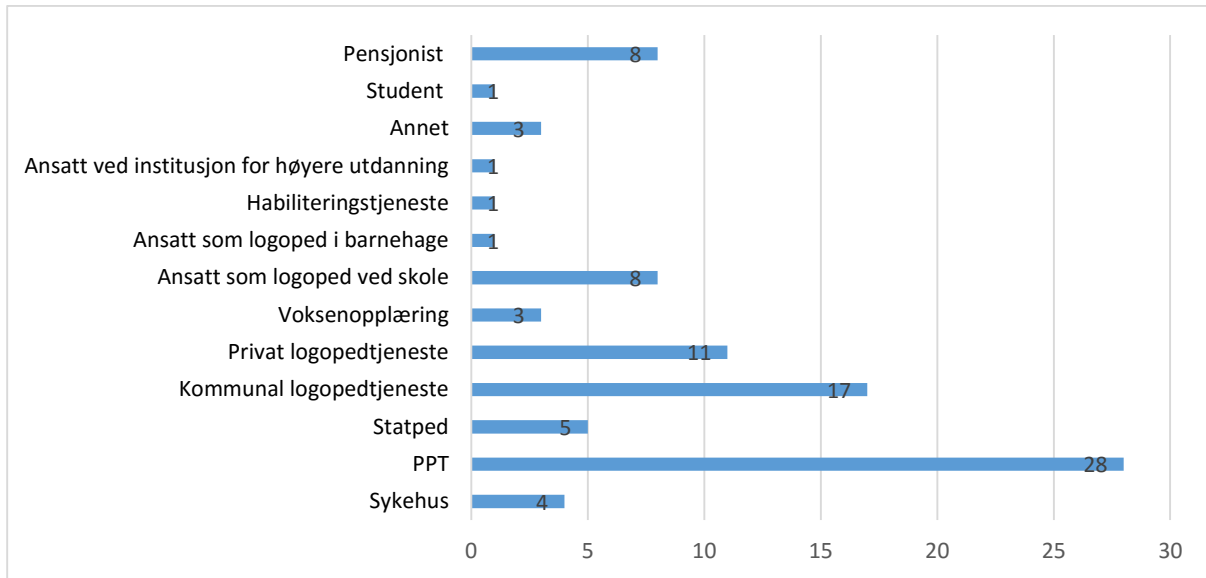
Det kanskje som er mest overraskende er at det kun er en logoped som oppgir å arbeide primært med ungdom i alderen 16-18 år. Det kan tenkes at logopedene som arbeider med denne gruppen, ikke arbeider primært med denne gruppen og har satt seg på kategorien «arbeider med alle gruppene», som utgjør 17,4% av besvarelsene.



**Figur nr. 4 Kjennskap til begrepet "erhvervede kognitive kommunikasjonsvansker"**

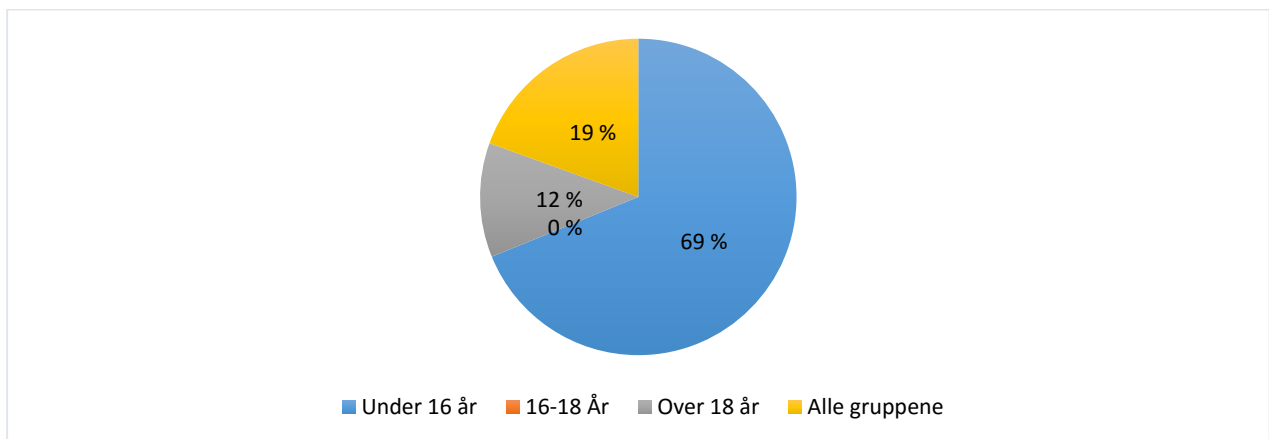
Av de totalt 366 logopedene var det klar overvekt av logopeder som oppgav at de kjente til begrepet «erhvervede kognitive kommunikasjonsvansker», 78 (21,3%) personer oppgav at de ikke kjente til begrepet. Det indikerer at mer enn hver femte logoped ikke har kjennskap til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.





**Figur nr. 5 "Kjenner ikke til begrepet" fordelt på arbeidsplass**

I gjennomgang av fordelingen av arbeidststeder hvor de 78 logopedene som ikke kjente til begrepet var ansatte er det flest ansatte i PPT som oppgir at de ikke kjenner til «erverdede kognitive kommunikasjonsvansker». Totalt utgjør dette 26,9% av logopedene i PPT som besvarte undersøkelsen. 30,9% av alle logopedene som oppgav å være ansatt i kommunal logopedtjeneste kjente heller ikke til begrepet.



**Figur nr. 6 "Kjenner ikke til begrepet" fordelt på aldersgruppe**

Det er logopedene som oppgir barn og unge som i hyppigst grad har svart at de ikke kjenner til vansken. Over halvparten av denne gruppen oppgav å ikke ha kjennskap til erverdede kognitive kommunikasjonsvansker.

Det var ønskelig for studien å undersøke i hvilken grad logopedene følte seg kompetente til å følge opp mennesker som er rammet av erverdede kognitive kommunikasjonsvansker. Derfor

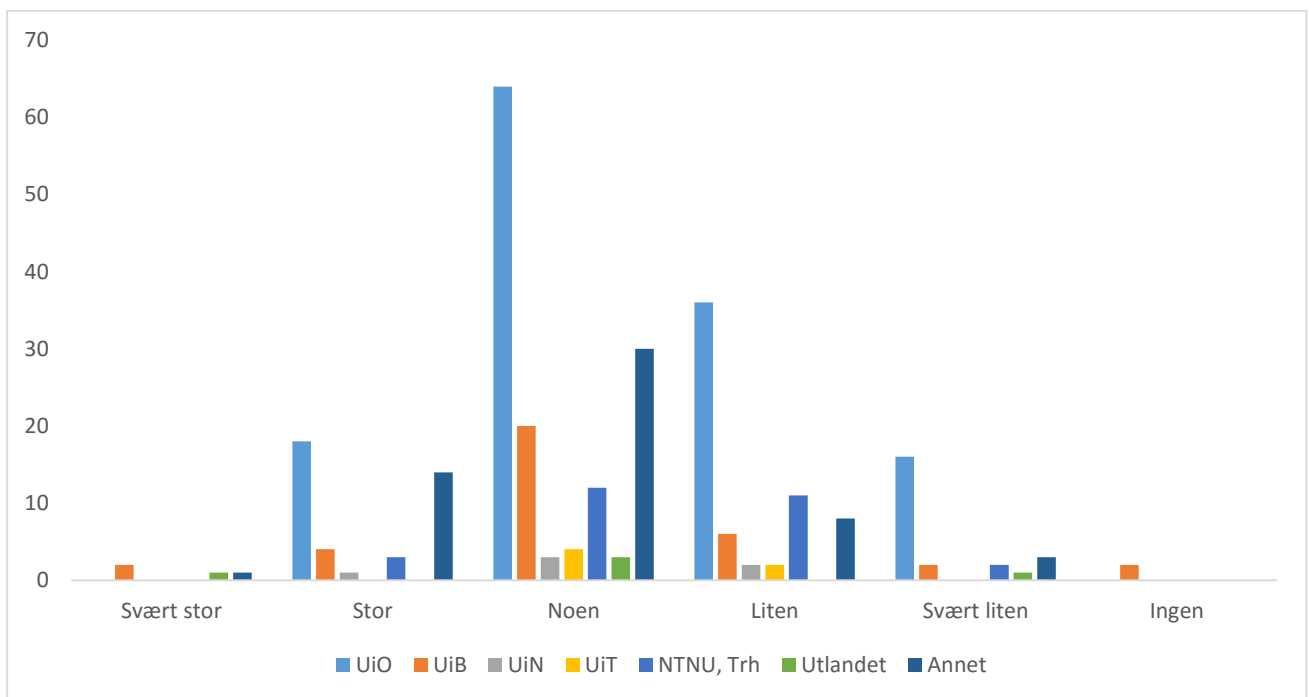
ble de bedt om å oppgi sin opplevde kompetanse. Det var kun de som hadde kjennskap til begrepet som ble bedte å svare på dette, altså var det 78 personer som hadde avsluttet undersøkelsen etter spørsmål nr.6 (se vedlegg 3). 285 personer svarte på opplevd kompetanse. Det var særlig kategoriene «svært stor grad» og «ingen grad» som hadde få svar, kun 1,4% og 0,7%. Kategoriene «stor grad» og «svært liten grad» fikk og sparsomt med svar, 14% og 8,4%. Den største kategorien, med over halvparten av besvarelsene (52,6%), var «noen grad», mens «liten grad» fikk 22,8%. Det var kun 15,4 prosent som oppgir «stor» eller større grad. Mens det er 31,2 % oppgir «liten» til «svært liten grad» av kompetanse. Kun 2 logopedier melder at de opplever å ha «ingen kompetanse». Det er viktig å notere seg at denne disse prosentene refererer til opplevd kompetanse, og den inkluderer alle som har kjennskap til begrepet. Dette innebærer at de logopedene som kjenner til vansken, men ikke har arbeidserfaring er inkludert.

De 288 logopedene, med kjennskap, ble bedt om å oppgi hvordan de hadde tilegnet seg kunnskap om vansken. Over halvparten (56,5%) informerte at de hadde tilegnet seg kunnskap gjennom utdanning. Ca en femtedel av alle logopedene hadde tilegnet seg kjennskap gjennom utdanning, og arbeid ved nåværende arbeidsplass. Rundt fem prosent hadde kjennskap fra enten «Gjennom utdanning og har arbeidet med vanskegruppen ved tidligere arbeidsplass». Mens rundt 10% hadde ikke vært innom begrepet i utdanning, men hadde arbeidet med vansken ved tidligere eller nåværende arbeidsplass. De resterende 7,5% hadde tilegnet seg kjennskap gjennom annet enn de faste svaralternativene.

**Tabell nr. 4 Opplevd grad av kompetanse fordelt på arbeidserfaring**

		Opplevd grad av kompetanse					Total	
		I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad		I ingen grad
Arbeids- erfaring	Over 35 år		2,5%	3,3%			2,1%	
	30-35 år	25,0%	7,5%	2,0%	1,5%	8,3%	3,5%	
	25-29 år		10,0%	4,7%	4,6%	4,2%	5,3%	
	20-24 år		10,0%	6,0%	1,5%	8,3%	5,6%	
	15-19 år		10,0%	13,3%	21,5%	12,5%	14,4%	
	10-14 år		32,5%	16,0%	7,7%	16,7%	16,1%	
	5-9 år	50,0%	12,5%	14,7%	20,0%	12,5%	50,0%	16,1%
	1-4 år	25,0%	7,5%	20,0%	20,0%	8,3%		17,2%
	Under 1 år		2,5%	12,0%	7,7%	16,7%		9,8%
	Student		5,0%	8,0%	15,4%	12,5%	50,0%	9,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Det ble undersøkt om arbeidserfaring påvirket logopedenes opplevde kompetanse. Av de 288 logopedene som meldte at de hadde kjennskap til vansken, er det logopedene som har arbeidet i 10-14 år som opplever størst kompetanse. I denne gruppen er det 32,5% som melder å ha «stor» kompetanse. Samtidig er det logopedene som har arbeidet i 10-14 år som hyppigst (sammen med studenter uten arbeid) rapporterer «svært liten grad» av opplevd kompetanse (16,7%). Det er kun 4 logopedene som har meldt å ha «svært stor» kompetanse, og det er derfor ikke et godt mål å se på prosentfordelingen av disse 4. Det samme kan observeres i opplevelse av å ha «ingen grad» av kompetanse, da det kun var 2 logopedene som svarte dette. Et noe overraskende funn er at 5% av studentene melder å oppleve «stor grad» av kompetanse. Khikvadrattesten (Pearsons Chi-Square) = 0,112, funnet var ikke signifikant. Cramers V = ,200 samvariasjonen mellom variablene var svak.



**Figur nr. 7 Opplevd grad av kompetanse fordelt på utdanningsinstitusjon**

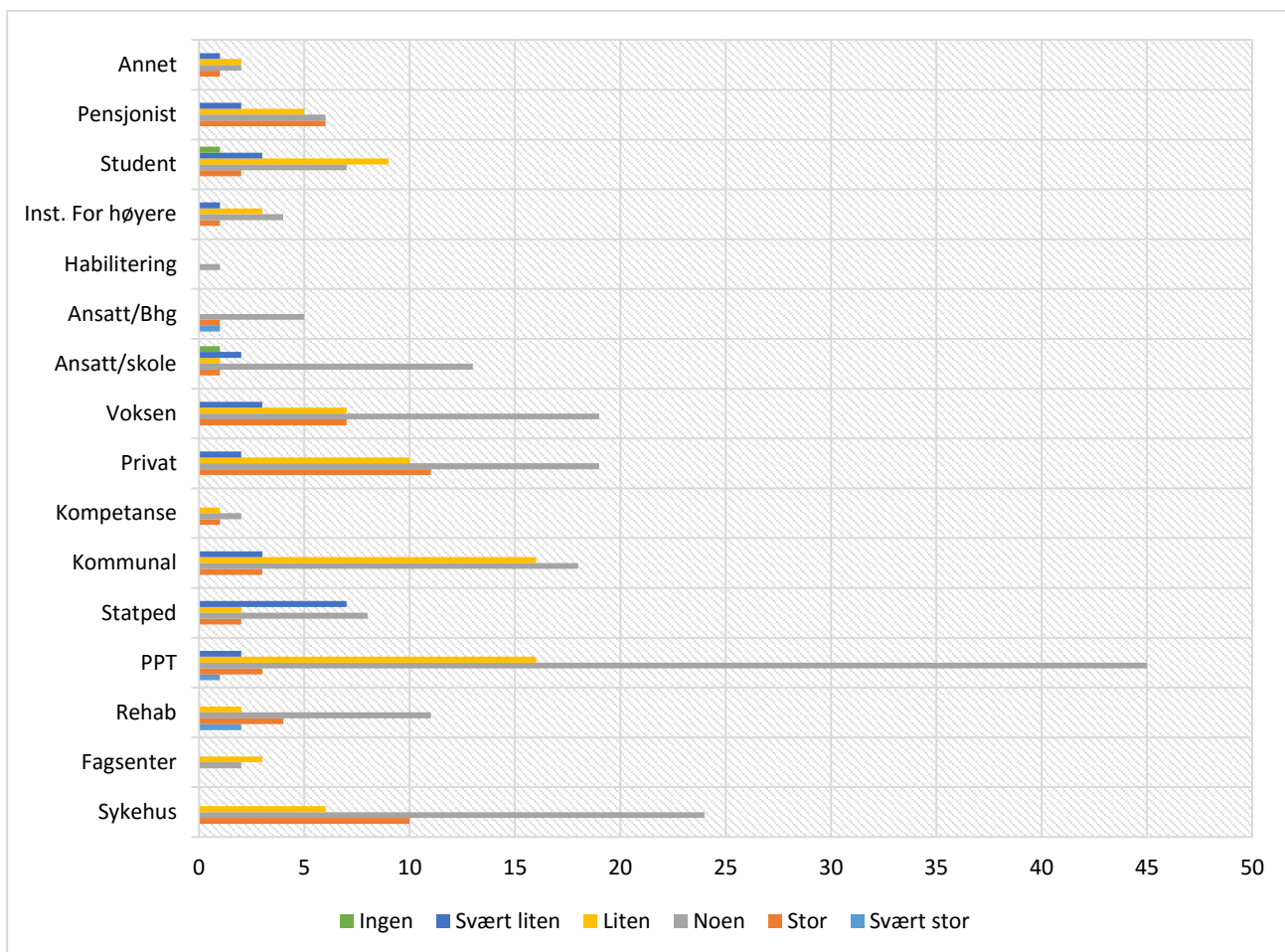
N = 278, med 7 som missing. Ved første øyeblikk kan man lett bli lurt til at logopedene med utdanning fra Universitetet i Oslo er de som føler seg mest og minst kompetente i arbeid med mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. I en grundigere gjennomgang av besvarelsene så blir det klart at kun 13,4 %, av alle med bakgrunn fra UiO, opplever «stor grad» av kompetanse. Ingen fra UiO rapporterer om «svært stor» grad av kompetanse. Nesten halvparten, 47,7 %, av alle som har bakgrunn fra UiO, rapporterer at de opplever «noen grad» av kompetanse. I motsetning til den lave tilbakemeldingen om «stor» eller «svært stor» følelse

av kompetanse, så meldte 38,7% om «liten» eller «svært liten grad» av opplevd kompetanse. Det var ingen fra UiO som rapporterte om «ingen grad» av kompetanse.

Det var kun logopeder med bakgrunn fra Universitetet i Bergen som rapporterte om «ingen grad» av kompetanse. Generelt ble det rapportert om lav opplevelse av kompetanse hos logopedene fra UiB. Av de totalt 36 logopedene som kjente til begrepet så svarte 27,6% at de opplevde «liten» eller lavere grad av kompetanse. 55,5 % av logopeden meldte at de opplevde «noen grad» av kompetanse. UiB var den utdanningsinstitusjonen hvor flest logopeder meldte at de hadde «svært stor» kompetanse.

Av de 45 logopedene som valgte annet som utdanningsinstitusjon rapporterte over halvparten, 53,5 %, at de opplevde «noen grad» av kompetanse. Hver fjerde av logopedene som hadde valgt annet på utdanningsinstitusjon rapporterte om «stor grad» av kompetanse og 1 rapporterte om «svært stor grad» av kompetanse. Kun tre logopeder svarte at de opplevde «svært liten grad» av kompetanse, ingen meldte at de opplevde «liten» eller «ingen grad» av kompetanse.

Resultatene fra utdanningsinstitusjonen «UiN», «UiT» og «Utlandet» vil ikke bli ytterligere kommentert da det kun var 6, 6 og 5 respondenter fra disse gruppene.



**Figur nr. 8 Opplevd kompetanse fordelt på de ulike arbeidsplassene**

Logopedene som har besvart undersøkelsen har hatt mulighet for å krysse av at de arbeider ved mer enn arbeidsplass, det er derfor over 285 besvarelser. Det var kun 1 logoped i PPT som oppgav «svært stor» kompetanse og 3 oppgav «stor» kompetanse, altså er det kun 3 av 72 logopedere, ansatt i PPT, som anser egen kompetanse som «stor» eller større. Totalt av de 285 logopedene som besvarte var det kun 4 som oppgav å ha «svært stor» kompetanse. Hvis man da tar med alle som besvarte undersøkelse (også de som ikke kjente til begrepet) vil dette tilsvare 1,09%. Halvparten av alle som svarte at de hadde følelse av «svært stor» kompetanse oppgav å være ansatt i rehabilitering.

Det er de 40 logopedene som er ansatte ved sykehus som rapporterer hyppigst om «stor grad» av kompetanse, 25% rapporterer dette. 19% av de 21 som er ansatt ved rehabiliteringsinstitusjoner oppgav det samme, 19,4 % av de 36 logopedene ansatt ved voksenopplæringen. Den kanskje største overraskelsen ved denne frekvensfordelingen er at to studenter uten arbeidserfaring oppgav å ha en opplevelse av «stor» kompetanse.

Majoriteten av logopedene som besvarte spørsmålet om opplevd kompetanse rapporterte at de hadde «noen grad» av kompetanse. Den desidert største gruppen var logopeder fra PPT. Hele 24,1 % av logopedene som besvarte at de var opplevde «noen grad» av kompetanse oppgav PPT som et av sine ansettelsessteder. PPT bemerket seg også i kategorien om «svært liten grad» av kompetanse hvor de utgjorde 23,3% av besvarelsene.

Kun 2 logopeder har besvart at de opplever «ingen grad» av kompetanse, en student og en logoped ansatt i barnehage. Hvis man betrakter disse to logopedene kun i lys av tabellen under så vil det vise at det kun er 0,7 % av logopedene som opplever ingen grad av kompetanse. Her er det viktig å påpeke at det er 78 logopeder som oppgir å ikke kjenne til begrepet. Disse vil derfor heller ikke kunne ha noen form for opplevd kompetanse.

**Tabell nr. 5 Opplevd kompetanse fordelt på aldersgruppe**

		Aldersgruppe				Total
		Barn og unge (under 16 år)	Ungdom (16-18 år)	Voksne (over 18 år)	Arbeider med alle gruppene	
Opplevd grad av kompetanse	I svært stor grad	0,70 %		2,50 %	2,30 %	1,50 %
	I stor grad	5,90 %		27,50 %	18,20 %	14,60 %
	I noen grad	51,10 %	100,00 %	56,30 %	59,10 %	54,20 %
	I liten grad	28,10 %		13,80 %	13,60 %	21,20 %
	I svært liten grad	13,30 %			6,80 %	8,10 %
	I ingen grad	0,70 %				0,40 %
Total		100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Tabellen viser at særlig logopeder som arbeider med voksne og logopeder som arbeider med alle gruppene føler seg mest kompetente. Det er kun 5,9 prosent av logopedene som arbeider med barn og unge som oppgir «stor grad» av kompetanse. Litt over halvparten av alle logopedene som arbeider med barn og unge rapporterer at de opplever «noen grad» av kompetanse. Hele 42,1 % rapporterer at de opplever «liten» eller lavere kompetanse. Det kan observeres en tendens til lavere opplevelse av kompetanse hos dem som arbeider med barn og unge, sammenliknet med dem som arbeider med voksne. Gruppen logopeder som arbeider med alle aldersgruppene rapporterer også om høyere opplevelse av kompetanse.

Av de 288 logopedene som svarte at de hadde kjennskap til begrepet ervervede kognitive kommunikasjonsvansker, så er det kun 137 som har arbeidet med vanskegruppen. Kun 39,3 %

av alle som deltok i undersøkelsen har arbeidet med mennesker som er rammet av denne vansken. 23,7% sier at de arbeider med vanske gruppen ved nåværende arbeidsplass, 13,4% har arbeidet med vansken ved tidligere arbeidsplass. Mens 10,7% har arbeidet med vanskegruppen ved nåværende og tidligere arbeidsplass. De resterende 52,2 prosentene, eller 151 logopedene, oppgir at de har hørt om vansken, men at de ikke har erfaring fra å arbeide med vanskegruppen. Dette var et funn som viste seg å være signifikant, men når Cramers V ble undersøkt var det liten samvariasjon mellom variablene. I analysen av dette ble Khi-kvadrat =,001, et signifikant funn. Til tross for signifikant funn viste Cramers V= ,219, at det var svak samvariasjon mellom variablene.

**Tabell nr. 6 Opplevd kompetanse hos logopedene med arbeidserfaring**

		Arbeidserfaring med kognitive kommunikasjonsvansker			Total
		Ja, fra nåværende arbeid	Ja, fra tidligere arbeid	Ja, fra nåværende og tidligere arbeid	
Opplevd grad av kompetanse	I svært stor grad	1,4%	7,7%		2,9%
	I stor grad	33,3%	12,8%	25,8%	25,9%
	I noen grad	55,1%	61,5%	64,5%	59,0%
	I liten grad	10,1%	17,9%	9,7%	12,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Av de 137 logopedene som oppgir å ha arbeidet med vanskegruppen, så er det logopedene som møter vansken ved nåværende arbeidsplass som har størst grad av opplevd kompetanse. I alle de tre gruppene faller over halvparten av respondentene innenfor «noen grad» av kompetanse. Ingen av gruppene melder at de opplever lavere enn «liten grad» av kompetanse. Det er logopedene som har arbeidet med vansken ved tidligere arbeidsplass som rapporterer om hyppigst opplevelse av «liten grad» av kompetanse. Samtidig er det denne gruppen som rapporterer hyppigst om «svært stor grad» av kompetanse 7,7 %, mens gruppen logopedene som arbeider med vanskegruppen ved nåværende arbeidsplass rapporterer om 1,4%. Funnet var ikke signifikant da Khi =,109. Det var svak samvariasjon da Cramers V =,193.

*Tabell nr. 7 Opplevd kompetanse hos logopedene uten arbeidserfaring*

	Har du erfaring med å arbeide med mennesker som har kognitive kommunikasjonsvansker?	
	Nei	Total
Opplevd grad av kompetanse		
I stor grad	2,8%	2,8%
I noen grad	48,2%	48,2%
I liten grad	30,5%	30,5%
I svært liten grad	17,0%	17,0%
I ingen grad	1,4%	1,4%
Total	100,0%	100,0%

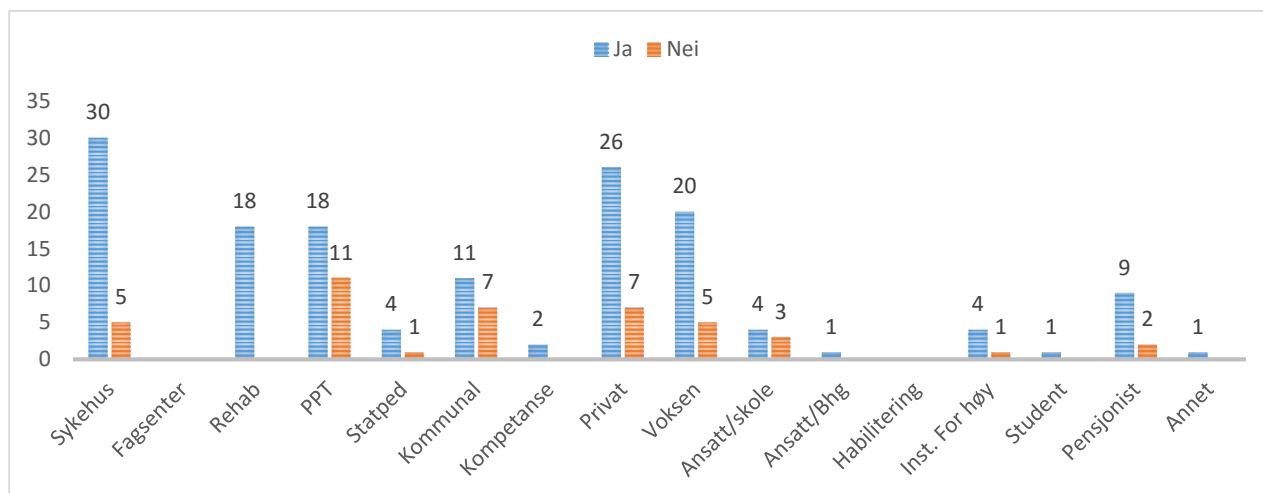
Av de 152 logopedene som oppgir kjennskap til begrepet, men ikke har arbeidserfaring oppgir nesten halvparten at de opplever «noen grad» av kompetanse, og 2,8 prosent oppgir at de opplever «stor grad» av kompetanse.

## **4.2 Logopedenes kjennskap til og bruk av verktøy, metoder og tilnærminger i utredningen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker**

Denne kategorien ble laget for å undersøke i hvilken grad logopedene kjente til og benyttet seg av ulike screenings- og kartleggingsmetoder og -verktøy. Det var kun respondenter som hadde besvart at de hadde arbeidserfaring (fra nåværende og/eller tidligere arbeidsplass) som besvarte denne delen av undersøkelsen, dette tilsvarte 137 respondenter.

De første tre spørsmålene i denne kategorien dreide som om hvorvidt logopedene hadde erfaring med å screene mennesker i den hensikt å identifisere kognitive kommunikasjonsvansker. Av de 136 som svarte så hadde 75% erfaring med dette, mens de resterende 25% hadde ikke erfaring.



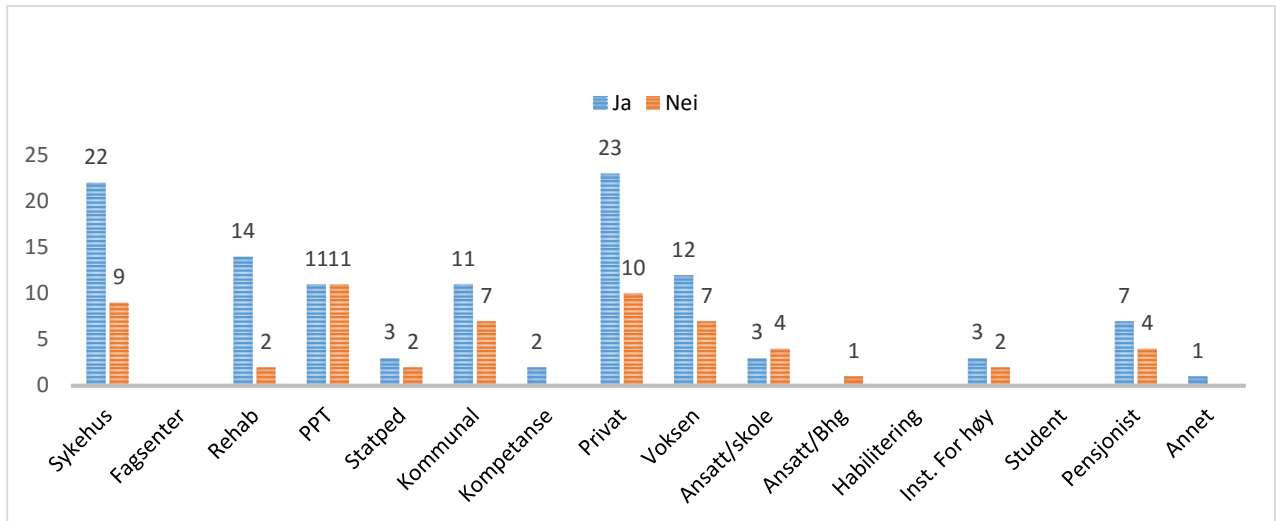


**Figur nr. 9 Arbeidssted vs. erfaring med å screene for å identifisere vanske**

Det var ønskelig å undersøke om logopedene hadde erfaring med å screene mennesker for å identifisere ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Det var av interesse å undersøke hvor logopedene med denne type erfaring var ansatt. 136 respondenter svarte, men det er flere besvarelser på grunn av at det var mulig å svare at man var ansatt flere steder. Logopeder som er ansatt flere steder vil ha den samme kompetansen i relasjon til vanskegruppen, og derfor vil arbeidsplassens kompetanse være avhengig av logopedens. Det var særlig logopeder som meldte at de var ansatt ved sykehus, rehabilitering, PPT, privat logopedtjeneste og voksenopplæring som hadde erfaring med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Til sammen utgjorde denne gruppen 75,6 % (103/148 besvarelser) av alle som rapporterte at de hadde denne erfaringen. Ut av denne gruppen var den største gruppen sykehusansatte logopeder, som utgjorde 29,1 % (30/103 respondenter) av gruppen som rapporterte at de hadde screenet for å identifisere vansken.

Ved å undersøke besvarelsene fra de logopedene som meldte at de ikke hadde erfaring med å identifisere vanske, er det PPT som er den klart største gruppen som svarte «nei», 26,8 % (11/41 besvarelser), mens kommunal logopedtjeneste og privat logopedtjeneste hadde 17,07% (7/41).

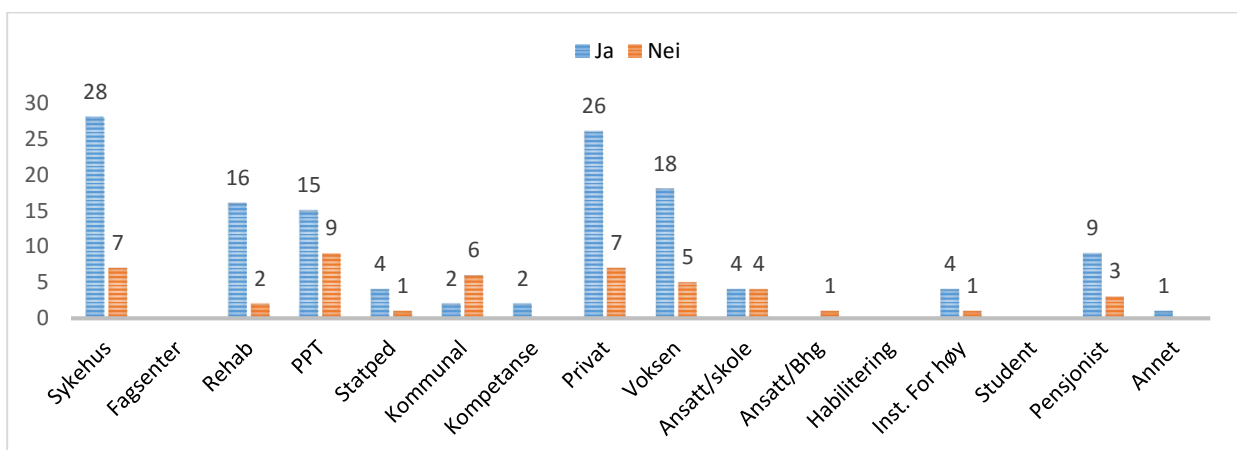
Logopedene ble også spurt om å svar om de hadde erfaring med å kartlegge omfanget av de kognitive kommunikasjonsvanskene. Av de 135 som svarte på dette spørsmålet så svarte 65,2 % «ja», mens de resterende 34,8% svarte «nei».



**Figur nr. 10 Kartlegging av omfang vs. arbeidssted**

Logopedene ble spurt om erfaring med å kartlegge omfanget av ervervede kognitive kommunikasjonsvansker I gjennomgang av besvarelsene fra de 135 respondentene ble det nok en gang observert at det er logopedene ved sykehus, logopedene som arbeider privat, rehabilitering og voksenopplæring som melder om at de de har erfaring med å kartlegge omfanget av vansken, men også en del logopeder fra PPT og kommunal logopedtjeneste melder at de har erfaring med å kartlegge omfanget.

På det siste spørsmålet angående erfaring med utredning av vanskene, fikk logopeden spørsmål om hvorvidt de hadde kartlagt hvordan vanskene påvirker den som er rammet. Av de 131 som svarte på dette så var det 74,8% som svarte «ja» og 25,2 % svarte «nei».



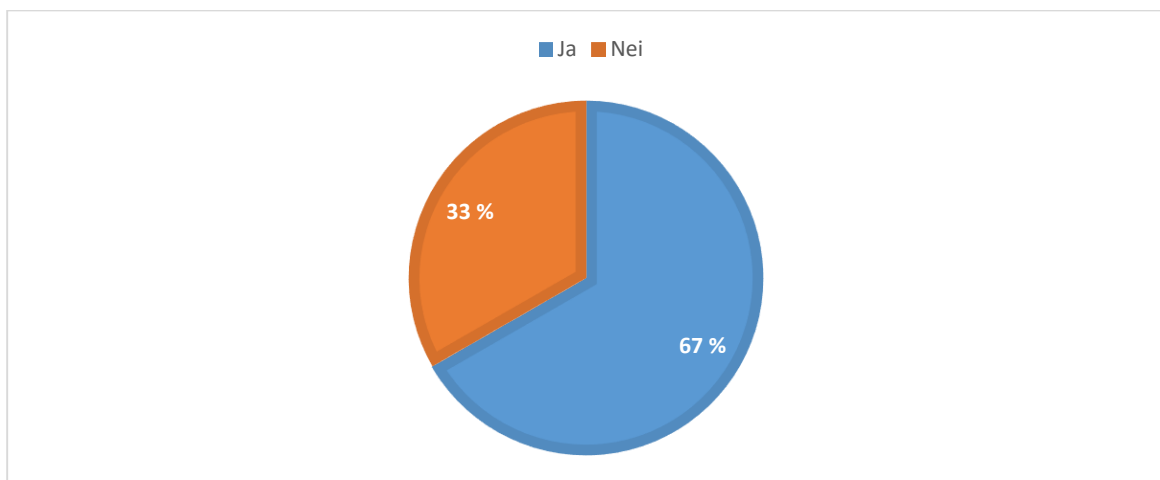
**Figur nr. 11 Kartlegging av vanskens påvirkning vs. arbeidssted**

Logopedene ble bedt om å oppgi erfaring med å kartlegge hvordan vanskene påvirker den som er rammet. Det er igjen logopeder ansatte ved sykehus, rehabilitering, PPT, privat

logopedtjeneste og voksenopplæring som melder om å ha flest logopeder med erfaring i å kartlegge hvordan vansken påvirker den som er rammet.

#### 4.2.1 Utrednings verktøy og metoder

I dette avsnittet vil logopedenes kjennskap til ulike screenings- og kartleggingsmetoder og -verktøy bli presentert. Det må presiseres at spørsmål nr. 21a, 22a, 23, 25 27 og 29 ikke vil bli tatt med i presentasjonen av resultatene. Årsaken til dette er beskrevet i kapittel 3 «Metode» i 3.6.1 «Validitet» og 3.6.2 «Reliabilitet».



**Figur nr. 12 Kjennskap til sjekklister**

67% av logopeden kjente til at man kunne benytte sjekklister som et verktøy i screening av kognitive kommunikasjonsvansker. Selv om det var 132 som svarte på spørsmålet om kjennskap til sjekklister, var det 134 som svarte på bruken av sjekklister. 62,7 % svarte at de benyttet seg av sjekklister. 20,1 % benyttet ved hver screening, mens 42,5% benyttet, men ikke hver gang. 37,3% benyttet ikke sjekklister. For å få ytterligere informasjon om bruken av uformelle screeningsverktøy ble det spurt om logopedene benyttet seg av selvlagde screeningsverktøy. Av de 132 svarte 29% at de hadde laget eget.

Det var av interesse for studiens problemstilling og forskningsspørsmålene å vite hvilken kjennskap logopedene hadde til ulike formelle tester. De aktuelle testene var HAST, PALPA, RHLB, RBMT, Favres, LCQ, ASHA-FACS, Vost, MIRBI, Wiig-Semel, Rådgiveren, WISC og WAIS. Det var aktuelt å undersøke i hvilken grad logopedene benyttet seg av de nevnte testene. Derfor ble spurt om man benytter testene ved enhver kartlegging, og spørsmål om man benyttet testene enkelte ganger. Av de alt 137 logopedene, som hadde arbeidserfaring

med vansken, hadde over halvparten kjennskap til HAST (80%), PALPA (89.7%), Vost (75.%), WAIS (59.9%) og WISC (77.3%). Det var og kjennskap til RBMT (48.1%), Wiig-Semel (25.5%) og Rådgiveren (30,6). Kun 11% eller færre kjente til de resterende testene Favres (6,5%), LCQ (6,5%), ASHA-FACS (10,2%) og MIRBI (11,6%).

**Tabell nr. 8 Bruk av tester**

Kolonne1	Benytter hver gang	Benytter, men ikke hver gang
HAST	43 %	54 %
PALPA	30,60 %	54,70 %
RHLB	2,90 %	11,60 %
RBMT	8 %	16,70 %
Favres	0 %	0
LCQ	0,70 %	3,60 %
ASHA-FACS	0,70 %	0 %
Vost	14,50 %	32,10 %
MIRBI	21,00 %	5,80 %
Wiig-Semel	12,40 %	21,10 %
Rådgiveren	5,10 %	10,20 %
WAIS	5,10 %	5,80 %
WISC	5,80 %	10,90 %

Til tross for at logopedene oppgir å kjenne til en rekke tester er det ikke alle som blir benyttet. Særlig er det få som benytter en spesifikk test hver gang de kartlegger mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker. De testene som blir benyttet hver gang hyppigst er PALPA og HAST.

Når logopedene fikk spørsmål om de benyttet testene, men ikke hver gang, endret tallene seg, for eksempel flere rapporterte flere at de benyttet HAST og PALPA. Det var og en stor økning på bruken av Wiig-Semel. Til tross for økning i bruken av tester, ved spørsmål om benyttelse av testene av og til, så var det fremdeles en rekke tester som logopedene kjente til, men som ikke ble benyttet, hverken hver eller ikke hver gang.

Logopedene ble spurt om de benyttet andre formelle tester utover alternativene gitt i spm. 17-19 (se vedlegg 3). Tester som ble trukket frem var Token Test, Villy Nesgårds Luria Screeninger, Renata test, Lessons for the Right Brain, MAVS (mobilisering av verb og substantiv), KO-testen, Aker-modellen, NGA (norsk grunntest for afasi), Norsk fonem test, Språk 6-16, NUMA (Newcastle University Aphasia Therapy), Ullevål afasi screeningstest, Schuells Aphasia Test og Bilingual Aphasia Test.

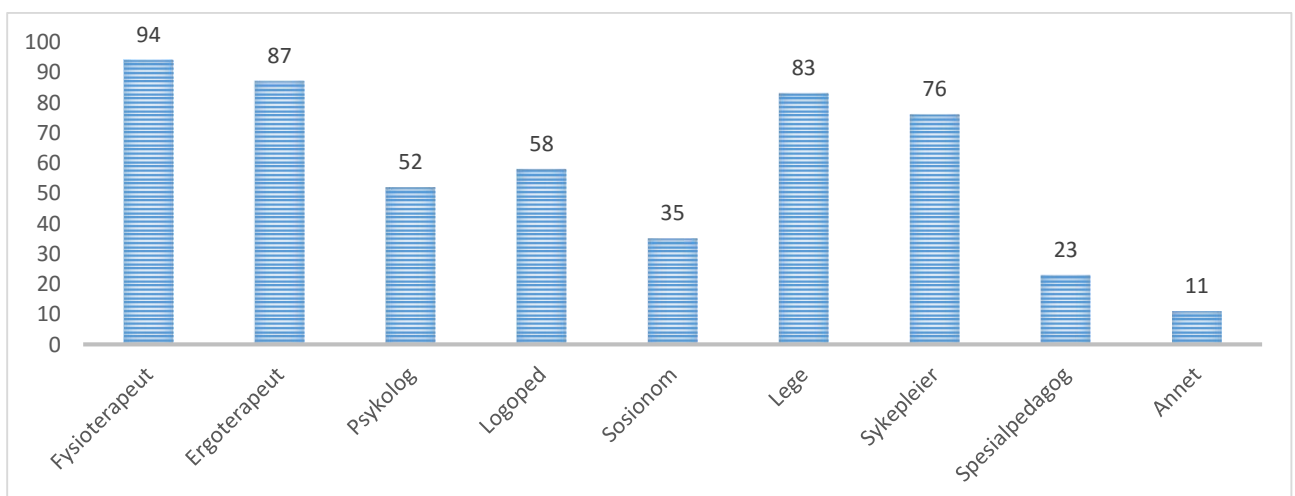
I tillegg til de formelle testene var det og interessant å undersøke hvilke metoder og verktøy logopedene benyttet. Logopedene fikk derfor spørsmål om de benyttet observasjon og informasjon fra pårørende, den som er rammet og tverrfaglig team som verktøy i kartleggingen av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.

Av 130 respondenter på spørsmålet om bruk av observasjon, svarte 53,8% at de benyttet observasjon ved «hver» kartlegging. 24,6% svarte at de benyttet observasjon, men «ikke hver gang». Det vil si at det var 78.4 % benyttet observasjons, mens de resterende 21.6% benyttet ikke observasjon som et verktøy i kartleggingen av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.

På spørsmål om benyttelse av informasjon fra pårørende svarte 34,8% at de benyttet dette «hver gang». 48,5% svarte at de benyttet, men «ikke hver gang», mens 16.6% svarte at de «ikke benyttet» informasjon fra pårørende som en del av kartleggingen. Det var 134 som besvarte spørsmålet.

Halvparten av de 64 respondentene svarte at de benyttet informasjon fra den som er rammet ved «hver» kartlegging. 22,7% benyttet seg av informasjon fra den som er rammet, men «ikke hver gang». De resterende 27,4% svarte at de «ikke benyttet» seg av denne typen informasjon.

Ved spørsmålet om logopedene benyttet informasjon fra tverrfaglig team ble de som svarte «ja» (34,1% «hver gang» og 45,5% ikke «hver gang») bedt om å presisere hvilken faggruppe de benyttet seg av. Det var 20,5% som svarte at de «ikke benyttet» informasjon fra tverrfaglig team. Totalt var det 132 som svarte om de benyttet tverrfaglig team.



### **Figur nr. 13 Bruk av faggrupper i tverrfaglig team**

79.6% av logopedene melder at de benytter informasjon fra tverrfaglig team. I denne grafen kan man se at det er noen faggrupper som blir benyttet hyppigere enn andre. De yrkesgruppene som flest logopeder melder å ha fått informasjon fra er fysioterapeuter, fulgt av ergoterapeuter og leger.

Logopedene hadde også mulighet til å kommentere om de benyttet andre faggrupper. Faggruppene som ble nevnt var sosialpedagog, annet helsepersonell som er i direkte kontakt med den som er rammet. En respondent kommenterte: «*Forholder meg her primært til eventuelt foreliggende rapport fra tverrfaglig team. Det varierer hvilke profesjoner som er representert*». Altså er det ikke alltid man arbeider direkte med andre profesjoner, men samarbeider gjennom skriftlige rapporter.

På spørsmål om logopedene hadde laget eget materiale til kartlegging var det 130 respondenter. Det var et klart flertall, 74%, av logopeder som svarte at de ikke hadde laget eget materiale til kartlegging. 26%, mer enn hver fjerde logoped, svarte at de hadde laget eget materiale til kartlegging av ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.

## **4.3 Logopedens arbeidsmetoder og fokusområder i oppfølgingen av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker**

I denne delen av fremstillingen av resultatene vil det bli presenter hvordan logopedene arbeider med mennesker som har ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Resultatene må betraktes med hensyn til at det kan være vanskelig å skulle gi en generell tilbakemelding angående egen praksis i relasjon til mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Årsaken til dette er at det er den som er rammet sitt vanskeomfang og behov som vil avgjøre fokuset i arbeidet. Logopedene ble derfor bedt om å beskrive de fokusområdene de har.

De to første spørsmålene dreide seg om det var andre enn kun den som er rammet og logopeden som deltok i møtene med logopede. Derfor ble det spurt om pårørende deltok og om logopedene benyttet grupper i arbeidet. Det var 132 logopeder som svarte på spørsmål om bruk av grupper og det var 38.7 % som svarte at de benyttet grupper. Av disse svarte 2.3% at de benyttet grupper «hver gang». På spørsmål om pårørende deltar i møtene med logopedene

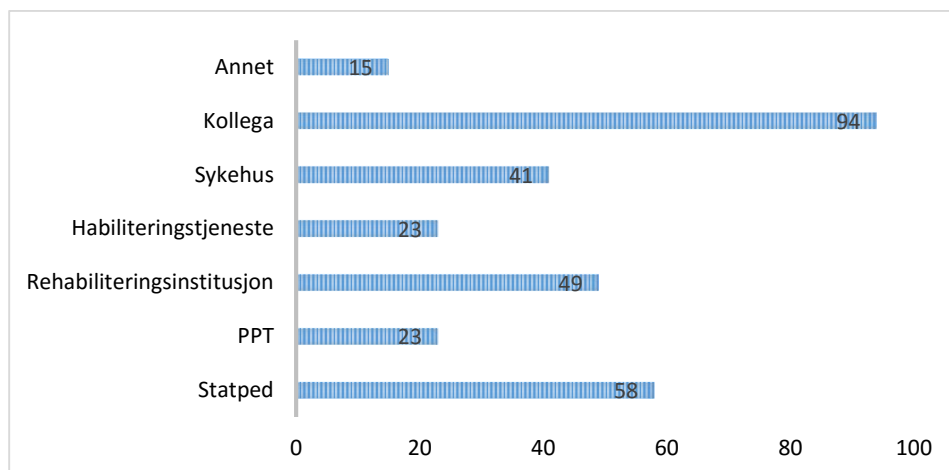
var det 128 avgav svar. 20% av disse svarte at pårørende ikke deltok i møtene med logopedene. Hele 80% svarte at pårørende var med i møte med logopedene, og av disse svarte 3.8% at pårørende var med «hver gang».

**Tabell nr. 9 Kognitive fokusområder**

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	I ingen grad	Totalt
Oppmerksomhet	18 %	48,40 %	27,30 %	3,10 %	1,60 %	1,60 %	N=128
Hukommelse	14,10 %	46,10 %	33,60 %	3,90 %	0,80 %	1,60 %	N=128
Persepsjon	12,80 %	40 %	31,20 %	11,20 %	2,40 %	2,40 %	N=125
Evne til innsikt og dømmekraft	16,30 %	41,50 %	30,90 %	6,50 %	3,30 %	1,60 %	N=123
Organiseringsevne	7,20 %	32 %	40 %	15,20 %	4,00 %	1,60 %	N=125
Orienteringsevne	10,50 %	37,90 %	28,20 %	16,10 %	5,60 %	1,60 %	N=124
Språkferdigheter	43,40 %	41,90 %	12,40 %	0,80 %	0,80 %	0,80 %	N=129
Kommunikasjonsferdigheter	48,40 %	43 %	7,00 %	0 %	0 %	1,60 %	N=128
Prosesseringshastighet	9,10 %	29,80 %	38,80 %	15,70 %	3,30 %	3,30 %	N=121
Problemløsning	11,50 %	36,10 %	35,20 %	12,30 %	3,30 %	1,60 %	N=122
Evne til resonnering	10 %	46,70 %	36,70 %	3,30 %	1,70 %	1,70 %	N=120
Eksekutive funksjoner	10,50 %	35,50 %	33,90 %	13,70 %	4,00 %	2,40 %	N=124
Metakognisjon	8,90 %	26,60 %	37,10 %	18,70 %	6,50 %	2,40 %	N=124

Logopedene rapporterte at de oftest har størst fokus på *kommunikasjonsferdigheter* og *språkferdigheter* i oppfølgingsarbeidet med mennesker som har ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Nesten halvparten av logopedene som besvarte spørsmålet om hvilket fokus de hadde på *kommunikasjonsferdigheter* svarte i «svært stor grad». Ingen svarte i «liten grad» eller «svært liten grad», men 1,6% svarte at de ikke hadde noe fokus på dette. Hele 43,4% svarte og at de hadde «svært stort fokus» på *språkferdigheter*. Dermed skiller *kommunikasjonsferdigheter* og *språkferdigheter* seg svært mye ut. Den kognitive funksjonen som ble rapportert om hyppigst, etter kommunikasjon og språk, var *hukommelse* som 14,10 % meldte å ha «svært stor grad» av fokus på.

Avslutningsvis ble respondentene spurt om de hadde henvendt seg til andre for å få bistand i oppfølgingen av mennesker ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Det ble også stilt spørsmål om hvordan de tilegner seg informasjon om ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Av de 130 som besvarte spørsmålet, svarte 86,2% at de hadde henvendt seg til andre for bistand.



**Figur nr. 14 Hvor henvender logopedene seg?**

Logopedene som oppgav at de henvendte seg til andre, ble bedt om å konkretisere hvem de henvendte seg til. Det var mulig å krysse av for flere alternativer. Særlig henvendte logopedene seg til kollegaer (25,4% av alle besvarelsene), Respondentene som svarte at de benyttet «annet» ble bedt om å videre spesifisere hvem de henvender seg til, og det ble her særlig trukket frem voksenopplæring.

På spørsmålet om hvordan logopedene tilegnet seg kunnskap var det mulig å besvare flere alternativer. Av de totalt 137 logopedene som svarte at de hadde arbeidserfaring fra å arbeide med mennesker med denne vansken svarte 80,2%, at de tilegnet seg informasjon gjennom litteratur, den nest vanligste måten å tilegne seg informasjon på var via internett (78,1%). Over halvparten (56,9%) meldte at de tilegnet seg informasjon gjennom seminar og kurs, som ikke var i regi av egen arbeidsplass. Rundt en tredjedel (32,1%) sa de fikk informasjon gjennom seminar og kurs i regi av egen arbeidsplass. Den minste gruppen var annet (13,8%), men det var ingen mønstre i denne gruppen som er verdt å trekke frem.

Særlig ble det rapportert om bruk av internett og litteratur som ting man benyttet for å tilegne seg kunnskap og informasjon om oppfølging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker



## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil resultatene fra spørreundersøkelsen bli drøftet i lys av studiens teoretiske bakgrunn og problemstilling. Innledningsvis blir logopedens faglige bakgrunn og arbeidserfaring belyst og drøftet. Dette blir gjort for å gi et inntrykk av hvilke logopeder som er en del av utvalget, og dermed undersøkelsen. Videre vil logopedens kjennskap til og opplevelse av kompetanse til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker bli diskutert og drøftet i lys av ulike perspektiv. Til sist vil drøftingen avsluttes med en diskusjon av logopedenes erfaring og praksis i utredning og oppfølgingen av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Her vil blant annet logopedenes fokusområder bli drøftet opp mot det teoretiske utgangspunktet. Forskningsspørsmålene og problemstillingen vil bli mer inngående kommentert i det neste kapittelet «*Avslutning*».

### 5.1 Faglig bakgrunn og arbeidserfaring

De fleste respondentene hadde fullført sin logopedutdannelse i perioden 1991 til 2015 (76,7%). Årsaken til at mange av respondentene faller inn i denne gruppen kan ha sammenheng med fortrolighet med bruken av internett synker med økende alder (de Vaus, 2014). Halvparten av deltakerne i undersøkelsen oppgav at de hadde tatt sin logopedutdannelse ved UiO. Dette stemte godt med antakelsene undertegnede hadde i forkant av studien. Overraskende få som besvarte undersøkelsen hadde bakgrunn fra de andre universitetene i Norge. Svært mange av respondentene svarte at de hadde tatt logopedutdannelse ved andre utdanningsinstitusjoner enn de som ble oppgitt i spørsmålet om utdanningsinstitusjon. Hele 22,4% svarte «annet». De faste svaralternativene var ikke utfyllende nok, men dette ble kompensert for ved at man hadde mulighet til å spesifisere hvor man hadde tatt logopedutdannelse. Det var også som forventet at over halvparten av alle logopedene hadde faglig bakgrunn innenfor spesialpedagogikk, og at rundt en tredjedel har lærer eller barnehagelærer bakgrunn.

I samsvar med at de fleste logopedene oppgav å ha fullført utdannelse mellom 1991 og 2015, oppgav 71% å ha arbeidet som logoped i 1-24 år. Det var en stor spredning i hvor logopedene, som deltok i undersøkelsen arbeidet. Dette er svært positivt for undersøkelsens reliabilitet, da

det øker sannsynligheten for geografisk spredning (Lund, 2002b). Logopedene, som gruppe, oppgav dessuten å være ansatt ved en rekke ulike arbeidsplasser. PPT var den arbeidsplassen flest logopeder oppgav som ansettelsessted, litt under en tredjedel av alle informantene svarte at de var ansatt her. Det at mange av logopedene oppgav PPT som arbeidsplass, stemte godt med hvilken primær aldersgruppe logopedene arbeidet med. Resultatene fra spørsmål om hvilken aldersgruppe de arbeidet med svarte over halvparten av de 366 logopedene i undersøkelsen oppgav å primært arbeide med barn og unge.

## 5.2 Kjennskap til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker

På spørsmål nummer 7, om kjennskap til begrepet ervervede kognitive kommunikasjonsvansker oppgav hele 78,7 prosent at de kjente til vansken. Dette var et tall som var mye høyere enn forventet. Samtidig oppgav 21,3 prosent at de ikke kjente til vansken. Dette tyder på at mer enn hver femte logoped ikke kjenner til vansken. Den høye svarprosent som svarer at de kjenner til vansken er svært positivt. Likevel kan det ikke utelukkes at begrepet kan ha blitt feiltolket, noe som igjen vil svekke undersøkelsens validitet, på grunn av svekket begrepsvaliditet (Lund, 2002b). I kommentarene ble vansker som autisme, språkvansker hos barn og afasi nevnt. Misforståelse ble forsøkt unngått gjennom presisering i informasjonsskrivet «*vil ikke ta for seg andre ervervede vansker som f.eks. Afasi*» (se vedlegg 2). Det er ikke usannsynlig at forvirring kan ha oppstått til tross for presiseringen. Forvirring kan også ha oppstått med hensyn til begrepet «kognitive kommunikasjonsvansker», da dette er et begrep som benyttes om en rekke ulike vansker (URMC, 2016), og begrepet ervervede kognitive kommunikasjonsvansker er lite utbredt på norsk. En av respondentene kommenterte nettopp dette «*Mulig jeg har misforstått begrepet Kognitive kommunikasjonsvansker*». Vansken er heller ikke oppført som egen kode i den norske utgaven av ICF, mens for eksempel afasi og autisme er oppført (Direktoratet for e-helse, 2016). Det er svært viktig å være klar over at ervervede kognitive kommunikasjonsvansker skiller seg fra andre vansker, og at behandling og oppfølging må tilpasses vansken (CASLPO, 2002; Tactus Therapy, 2016).

At hele 21,3% ikke har kjennskap til vansken er urovekkende. Særlig med hensyn til den høye insidensen til vansken og de langvarige konsekvensene (McDonald et al., 2014a; LaPointe et al., 2010; Wallace & Kimbarow, 2016; CASLPO, 2002). Opplevelse av at vansken ikke blir

gjenkjent hos den vanlige befolkningen er kanskje ikke overraskende, da denne ofte kan være «usynlig» (Krogstad, 2015; LaPointe et al., 2010) Opplevelse av at vansken ikke blir gjenkjent hos profesjonelle burde derimot ikke skje. Dessverre er mangel på kunnskap hos profesjonelle ikke uvanlig (Krogstad, 2015). En årsak til at vansken ikke blir gjenkjent er at de blir skjult av en klinisk setting – som på et akutt sykehus (Fure, 2008).

Kunnskapsdepartementet (2010) melder og at det er en bekymring at vanskene ikke blir oppfanget. At den som er rammet av en hjerneskade ikke blir utredet for mulig kommunikasjonsvanske, kan i verste fall føre til at pasienten reiser fra sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon uten informasjon om mulige vansker som kan oppstå når man returnerer til hverdagen (Kunnskapsdepartementet, 2010). Dette vil kunne oppleves som ekstra belastende for den som er rammet og menneskene rundt denne (Krogstad, 2015). Ettersom gruppen som oppgav å ikke ha kjennskap til begrepet var stor, var det interessant å undersøke hvor logopedene som ikke kjente vansken jobbet, hvilken arbeidsplass de representerte (jamfør figur 3). Det er viktig å presisere at flere av logopedene oppgav å være ansatt mer enn et sted. Dette medfører at arbeidsplassens logopediske kunnskap avhenger av kunnskapen til den ansatte logopeden. Hvis en logoped uten kjennskap til begrepet er ansatt flere steder, vil flere arbeidsplasser mangle kunnskap. Det var flest logopeder i PPT som oppgav at de ikke hadde kjennskap til vanskene, men og logopeder i kommunale logopedtjeneste oppgav hyppig å ikke kjenne til vansken. At logopedene fra PPT ikke kjenner til vansken er svært uheldig, da PPT på egne hjemmesider oppgir at de skal kunne bistå i arbeid med kommunikasjonsvansker (Oslo kommune, u.å.). Det kan tenkes at denne sammenhengen skyldes at kognitive kommunikasjonsvansker i stor grad forbindes med hjerneslag, og at dette igjen forbindes med eldre mennesker. PPT forholder seg tradisjonelt mest til barn og unge, og har ikke eller kan ikke prioritere voksne. Dette overlates ofte til voksenopplæringene.

Det var interessant å undersøke om det var forskjeller mellom primær aldersgruppe og kjennskap til vansken. Resultatene fra undersøkelsen bekreftet en antakelse som undertegnende hadde i forkant av studien – det var flest logopeder som oppgav barn og unge som den aldersgruppen de primært jobbet med som ikke kjente til vansken. Nesten 70% av alle som oppgav å ikke kjenne til begrepet til hørte denne gruppen. Dette er urovekkende da barn i alderen 0-4 år og ungdommer i alder 15-19 år er blant de gruppene som er mest utsatt for TBI (Wallace & Kimbarow, 2016; McDonald et al., 1999).

På spørsmål nr. 8 om hvordan logopedene hadde tilegnet seg kjennskap svarte over 70% at de hadde fått dette gjennom utdanning. Det var kun 10% som ikke hadde fått kjennskap til vansken gjennom utdanning. Dette tyder på at logopedene lærer om vansken i utdanning. Det må poengteres at ytterligere 78 logopeder ikke hadde kjennskap til begrepet, og hadde derfor ikke mulighet til å besvare dette spørsmålet. Om disse 78 respondentene hadde blitt inkludert ville prosenten økt til 32,7%. Det tilsvarer at omtrent hver tredje logoped ikke opplever å få kjennskap til vansken gjennom utdanningen. Samtidig må det presiseres at det ikke ble spurt etter hvilken utdanning man hadde tilegnet seg kjennskap. Det kan tenkes at kjennskapen kommer fra grunnutdannelsen, og ikke logopedutdannelsen. Hvis dette er tilfellet kan tallet øke mer. Ervervede kognitive kommunikasjonsvansker er et relativt nytt begrep innen spesialpedagogikken og medisin, det er ikke unaturlig å tenke at de som har utdanningen sin fra 2000 eller tidligere ikke har hatt dette på pensum eller i undervisning.

### **5.3 Opplevd kompetanse i arbeid med mennesker som er rammet av ervervede kognitive kommunikasjonsvansker**

Som tidligere nevnt var en av antakelsene i forkant av studien at ikke alle logopeder kjente til vansken. Med utgangspunkt i dette var det av studiens interesse å undersøke hvor kompetente logopedene følte seg i praksis med mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Alle som hadde kjennskap til begrepet ble stilt dette spørsmålet, og de som ikke hadde noen arbeidserfaring med vansken. Årsaken til at man ønsket at alle med kjennskap til begrepet skulle besvare spørsmålet var at det ikke er utenkelig at de siden ville møte noen med denne vansken. Som forventet fikk de to ytterste delen av skalaen («i svært stor grad» og «i ingen grad») færrest svar. Det er åpenbart positivt at få svarte at de opplevde ingen grad av kompetanse. Det er helt nødvendig å påpeke at det var 78 som oppgav å ikke kjenne til begrepet, disse vil derfor heller ikke kunne oppleve noen praksis-kunnskap. Det var få som oppgav å oppleve «svært stor grad» og «stor grad» av kompetanse. På den annen side var det over en femtedel som oppgav å oppleve «liten» kompetanse. Dette var et funn som var forventet i forkant av studien. Det var forventet at majoriteten av besvarelsene ville falle i kategorien «noen grad». Det er nedslående, men ikke overraskende at mange av logopedene opplever «liten» eller lavere grad av kompetanse.

For å undersøke om det var enkelte faktorer som påvirket logopedenes kompetanse, ble forholdet «opplevd kompetanse» og «arbeidserfaring» nøyere undersøkt (jamfør tabell 4). Logopeden som hadde arbeidet i mellom 10-14 år opplevde størst kompetanse, dette var et funn som ikke var forventet. Til tross for dette var funnet ikke signifikant, og det ble heller ikke funnet en sterk samvariasjon mellom variablene. Det mest overraskende funnet i studien var 2 studenter uten arbeidserfaring som oppgav å oppleve av «stor kompetanse». Dette må bero på en misforståelse av spørsmålet, og er derfor med på å svekke undersøkelsens validitet. På den andre side er det snakk om opplevd kompetanse, og ikke en reel kompetanse, derfor kan det tenkes at disse studentene opplever en «stor grad» av kompetanse.

Det var interessant å undersøke om de ulike utdanningsinstitusjonene utdannet logopeder med ulik opplevd kompetanse. Analysen av dette spørsmålet viste at det var ingen av utdanningsinstitusjonen som utdannet logopeder som opplevde større kompetanse enn andre. Resultatene var nok en gang negative i relasjon til logopeders kjennskap til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Av logopeden fra UiO, som var den gruppen som flest logopeder hadde bakgrunn fra, hadde nesten 40% opplevelse av «liten» eller lavere grad av kompetanse.

Det ble undersøkt om det var forskjell på opplevd kompetanse mellom arbeidsstedene. Gjennom frekvensfordeling ble det funnet at det var logopeder som arbeidet ved sykehus, som opplevde størst grad av kompetanse. Flere av logopedene som arbeider ved sykehus kommenterte at de arbeidet i akutfasen, og at de var derfor lite involvert i oppfølgingsfasen. Man kan undres om dette er en av faktorene til at sykehuslogopedene opplever størst grad av kompetanse. Nok en gang kom PPT i et negativt lys i analysen av kompetanse. Kun 4 av logopedene som oppgav PPT som arbeidssted opplevde «stor» eller større grad av kompetanse. En av årsakene til at logopedene i PPT opplever lav grad av kompetanse kan skyldes at de ikke møter vansken. For eksempel kommenterte en logoped: *«I PPT arbeider vi lite direkte med denne gruppen som vil ha rett til spesialpedagogisk hjelp/spesialundervisning. Min erfaring med personer med denne lidelsen begrenser seg til barn som har vært utsatt for ulykker eller har fått skader etter hjernesvulst. Av den grunnen er min erfaring (heldigvis) i et befolkningsgrunnlag på 18000 begrenset».*

## 5.4 Praksiserfaring med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker

Ettersom studien ønsket å undersøke om norske logopeder kjenner til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker, var det viktig å undersøke hva alle logopeder visste om denne vansken. Logopeder som ikke hadde arbeidserfaring ble bedt om å avslutte undersøkelsen her. Derfor ble det laget et spørsmål (nummer 10) for å undersøke hvor mange av logopedene som hadde arbeidserfaring med vanskegruppen. I denne delen av undersøkelsen var antallet respondenter redusert med over 60%. Av alle logopedene i undersøkelsen var det kun 137 logopeder som hadde arbeidserfaring. Årsaken til at få logopeder arbeider med vanskegruppen kan ha samme årsak til som at det er mange logopeder ikke kjenner til vansken. Det kan tenkes at man ikke får tilmeldt klienter som har denne typen vanske, på grunn av manglende kunnskap hos helsepersonell. Manglende kunnskap hos helsepersonell kan medføre at man ikke oppdager vansken. Pasienten skrives ut pasient uten identifisert vanske (Krogstad, 2015; Kunnskapsdepartementet, 2010). Hvis vanskene oppleves som milde, kan dette og føre til at den som er rammet velger å ikke oppsøke medisinsk hjelp, og videre kan vansken forbli ubehandlet (LaPointe et al., 2010; Wallace & Kimbarow, 2016). På den andre siden kan det være svært vanskelig å avgjøre hvordan skaden vil påvirke den som er rammet (Helse Sør-øst RHF, 2015). Dette er en av årsakene til at man tidlig må inn og utrede om det er en mulig kommunikasjonsvanske (Fure, 2008; Kunnskapsdepartementet, 2010, Tactus Therapy, 2016).

Det ble gjennomført en analyse for å undersøke om det var noen forskjeller i opplevd kompetanse hos logopedene som oppgav arbeidserfaring med gruppen (jamført med tabell 6). Et positivt funn fra denne analysen var at ingen av logopedene opplevde lavere enn «liten» kompetanse. Logopedene som tidligere hadde arbeidet med vansken oppgav lavest grad av opplevd kompetanse. I forkant av undersøkelsen var hypotesen at det var gruppen logopeder som hadde arbeidet med vansken på tidligere og nåværende arbeidsplass som ville ha den største graden av opplevd kompetanse, dette ble avvist. Det var gruppen logopeder som arbeidet med vansken ved nåværende arbeidsplass som opplevde størst grad av kompetanse. Funnet var ikke signifikant, og det var en svak sammenheng mellom variablene. Samtidig var det interessant å undersøke i hvilken grad logopedene som arbeider med vansken opplevde kompetanse, var det og interessant å undersøke i hvilken grad de som ikke arbeider med vansken opplevde kompetanse. Funnen fra analysen av disse resultatene viser at omtrent

halvpartene av disse logopedene opplever «noen grad» av kompetanse, mens de resterende logopedene opplever «liten» til «ingen grad» av kompetanse. Overraskende nok er det to studenter som opplever «stor grad» av kompetanse uten arbeidserfaring, dette kan som tidligere nevnt skyldes misforståelse av spørsmålet.

## 5.5 Logopedens utredning av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker

Tidligere i drøftingskapittelet er det forsøkt å poengtere viktigheten av at vanskene blir gjenkjent og behandlet. Et viktig steg i dette er at man undersøker den som er rammet for å identifisere mulig kommunikasjonsvansker (Kunnskapsdepartementet, 2010; Fure, 2008; Krogstad, 2015). Derfor er det viktig at man screener for å identifisere vansken. 75% av alle logopedene svarte at de hadde erfaring med å screene for å identifisere vansken. Hvis ervervede kognitive kommunikasjonsvansker blir identifisert, kan man sette i gang med en mer omfattende kartlegging. Den som er rammet kan da få oppfølging og behandling av vanskene. Årsaker til at andre ikke har erfaring med å screene for å identifisere vansken, kan være at den som er rammet blir henvist senere i oppfølgingen, eller at den som er rammet allerede har fått vansken identifisert. En av respondentene kommenterte «*De jeg har truffet, har vært kartlagt på sykehus eller habiliteringsinstitusjon*». En kommentar som stemmer godt overens med denne antakelsen. Dette kan også belyse hvorfor arbeidsplasser som PPT, kommunal logopedtjeneste og privat logopedtjeneste oppgir å ikke ha erfaring med å screene for vansker.

Når vansken er identifisert er det som tidligere nevnt svært viktig at man undersøker hvor stort omfanget av vansken er. Man bør så tidlig som mulig kartlegge vansken slik at man kan lage en diagnostisk funksjonskartlegging (Solbakk et al., 2008). Det er kartleggingen av utfall og funksjon som bør være utgangspunktet for en slik utredning og for videre planlegging av tiltak (Krogstad, 2015). Vansken kan være av en spesifikk natur eller den kan ha et mer generelt utfall – som påvirker flere områder (Krogstad, 2015). Vansken kan ramme en spesifikk funksjon eller den kan ha et større utfall som rammer flere funksjoner – som medfører en generell nedsettelse i funksjonene (Krogstad, 2015; NAU, 2016; Tactus Therapy, 2016). Over halvparten av logopedene oppgav at de hadde erfaring med å kartlegge omfanget av vanskene. Særlig var det logopedene som arbeider ved sykehus og privat praktiserende som meldte om denne formen for kartlegging. For å kunne gi en funksjonell kartlegging er det og

svært viktig at man kartlegger hvordan den som er rammet blir påvirket av vansken. Vanskene kan opptre i et helt spekter fra milde til de mer alvorlige, det er derfor viktig at oppfølgingen tilpasses konsekvensene av skaden (Tactus Therapy, 2016). Til tross for at vansken i utgangspunktet kan skyldes for eksempel en svikt i hukommelse, vil denne vansken kunne påvirke flere ulike aspekter av livet, for eksempel kommunikasjon (McDonald et al., 2014b). Det er derfor svært viktig at man som logoped undersøker i hvilken grad vansken påvirker den som er rammet. 74,8% av logopedene oppgav at de hadde erfaring med å utføre slike kartlegginger, igjen var det spesielt ansatte ved sykehus og som arbeider privat, som meldte at de hadde erfaring med dette. Generelt virket det som om de fleste logopedene hadde erfaring med å utrede ulike aspekter av vanskene. Det kan tenkes at logopeden ikke skiller mellom de ulike formene for utredning, men til tross for dette er det viktig at man husker at de ulike utredningsformene har ulike formål. Det er derfor ikke tilstrekkelig å kun kartlegge et aspekt av vansken. Det aktuelle perspektivet ble kommentert av en av respondentene i dennes avsluttende kommentar (spørsmål 49): *«Vil arbeide mere med ulikhet mellom screening og kartlegging»*.

Ikke bare logopedenes erfaring med utredning var av interesse, det var også av betydning hvilke metoder og verktøy som ble benyttet til disse formålene. Det første kartleggingsverktøyet informantene fikk spørsmål om var sjekklister. Sjekklister er uformelle lister, hvor man noterer atferd som blir observert eller opplevd av logoped, helsepersonell, den som er rammet eller/og pårørende. 67% av alle logopedene kjente til at man kan benytte sjekklister som et screeningsverktøy. Av disse var det rundt 40% som ikke benyttet seg av disse, men kjente til dem. Omtrent en femte del brukte sjekklister hver gang de screenet for kognitive kommunikasjonsvansker. Ettersom det var en antakelse i forkant av studien om begrenset kunnskap til vansken, var det også naturlig å tenke at logopedene hadde begrenset kjennskap til ulike verktøy og tester. Derfor ble det spurt om logopedene benyttet selvlaget materiale screening. 26% av alle logopedene svarte at de hadde laget eget materiale som de benyttet til screening av ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Det kan tenkes at årsaken til at det er flere som lager kartleggingsverktøy, enn verktøy til screening, er at det er liten forskjell på disse to formene. Samtidig kan det være at det er flere logopeder som arbeider med kartlegging, enn det er som arbeider med identifisering av vansker. I denne studien var det kun 0.8 prosentpoeng forskjell mellom de som hadde erfaring med å kartlegge



hvordan vansken påvirker den som er rammet (72,8%), og erfaring med å screene for å identifisere vanske (72%).

På spørsmål om formelle tester (spørsmål 17,18 og 19) hadde logopedene kjennskap til en rekke tester. Godt over halvparten av alle respondentene kjente til testene HAST, PALPA, Vost, WAIS og WISC. Da logopedene fikk spørsmål om hvorvidt de benyttet seg av testene ble det forandring på tallene. Logopedene kjente til en rekke tester, men benyttet få i hver kartlegging. Særlig var testene HAST og PALPA mye benyttet hver gang logopedene utredet. HAST er en generell afasi test, mens PALPA er en mer spesifikk språktest (Lind & Haaland-Johansen, 2013; Afasiforbundet i Norge, 2016; Sandmo, Stoller og Haukeland, 2010). VOST er etverktøy som kan benyttes for å undersøke i hvilken grad afasirammede forstår og produserer verb og setninger. VOST ble benyttet hyppig av logopedene i undersøkelsen (Statped, 2012; Bastiaanse, Lind, Moen og Simonsen, 2006). Afasitester ble og hyppig oppgitt i undersøkelsens kommentarfelt, blant annet ble NGA, Ullevål afasi screeningstest, Schuells Aphasia Test og BAT hyppig nevnt. Den utbredte bruken av disse testene kan skyldes at det ikke er mange tester utviklet for å utrede kognitive kommunikasjonsvansker på norsk, og at man derfor benytter seg av tilgjengelig verktøy (Constantinidou & Kennedy, 2013). En av informantene i undersøkelsen kommenterte «(...) savner kartleggingsverktøy til denne typen kommunikasjonsvansker». Dette reflekterer en mangel på verktøy. Samtidig må man være klar over at bruk av tester som er utviklet for å kartlegge afasi, kan gi «falske» resultater, altså man får utslag for afasi. Dette gjelder særlig tidlig i skadeforløpet (Constantinidou & Kennedy, 2013). Det er viktig å poengtere at bruken av språktester må inkludere utredning av pragmatikk, da den som er rammet ofte har vansker med å forholde seg til det språklige i kommunikasjonssituasjoner. Vansken kan skjules av at man mestrer de tekniske aspektene av språket, men blir som tidligere nevnt synlige når man returnerer hjem (Fure, 2008).

Overraskende var funnet at MIRBI ble oppgitt å bli benyttet av 21% logopeder ved hver utredning, men kun 5,8% benyttet MIRBI noen ganger. MIRBI er et testbatteri som er utviklet for å kartlegge vansker etter høyresidig hjerneslag (Blake,2016). Batteriet benyttes for å undersøke om det er hemning for eksempel i oppmerksomhet, språkproduksjon og pragmatikk (Blake, 2016). Til tross for at mange logopeder oppgav kjennskap til testene WAIS og WISC, var det svært få som benyttet disse testene. Det at mange av logopedene kjenner til disse

testene kan skyldes at utdanningsinstitusjonene har opplæring i disse testene. UiO som er den utdanningsinstitusjonen flest av logopedene har bakgrunn fra har opplæring i WISC (UiO, 2016). Årsaken til at mange av logopedene kjenner til WISC og WAIS, men ikke benytter disse kan kanskje være at man ikke er klar over at disse testene kan si brukes i en utredning av ervervede kognitive kommunikasjonsvansker og heller ikke kjenner til hvordan man skal tolke et eventuelt testresultat. I utgangspunktet var det mening å kommentere bruken av Wiig-Semel, dette er dessverre ikke mulig da det ikke ble konkretisert hvilken Wiig-Semel test spørreundersøkelsen refererer til. Validiteten vil svekkes derfor av mulige målefeil (jamfør 3.6.1 og 3.6.2).

Ettersom det er bekymring for at vanskene skal bli maskert av en klinisk setting, er det viktig at man som logoped gjennomfører en utredning av vansken som dekker dette aspektet (Kunnskapsdepartementet, 2001; Fure, 2008). Man kan gjennom observasjon av hvordan den som er rammet fungerer i ulike kommunikasjons-situasjoner få informasjon om en mulig vanske. I undersøkelsen oppgav over halvparten av logopedene at de alltid benyttet observasjon, samtidig oppgav nesten en fjerdedel at de ikke benyttet observasjon. For å få et inntrykk av hvordan den som er rammet fungerer i ulike settinger vil observasjon være svært nyttig, men det kan av ulike årsaker være at logopeden ikke har mulighet til å benytte dette. Man kan da forsøke å få mer utfyllende informasjon gjennom samtale med pårørende. Gjennom samtale med pårørende kan man for eksempel få informasjon om hvordan den som er rammet fungerer sosialt. Den sosiale fungeringen blir svært ofte hemmet hos mennesker som opplever en TBI (McDonald et al., 2014a; Marsh, 1999). Ettersom det er umulig for en logoped å fotfølge en klient rundt i hverdagen, kan informasjon fra pårørende være svært verdifull. Det var kun 16,6% av informantene som ikke benyttet seg av informasjon fra den pårørende. En annen kilde som kan er svært nyttig for å samle inn kunnskap om hvordan vanskene arter seg, er informasjon fra den som er rammet. Et stort problem som kan oppstå her er at den som er rammet ofte vil oppleve vansker med å forstå at denne gjør feil (McDonald et al., 2014a, McDonald et al., 1999). Til tross for dette oppgav halvparten av alle respondentene at de benyttet seg av informasjon fra den som var rammet i hver utredning. Litt over en fjerdedel av alle respondentene svarte at de ikke benyttet informasjon fra den som er rammet. Dette kan for eksempel skyldes at det er tidlig i skadeforløpet, og den som er rammet ikke klarer å gjøre rede for seg på grunn av forvirring eller nedsatt bevissthet (Constantinidou & Kennedy, 2013). Ettersom kognitive kommunikasjonsvansker er en sammensatt vanske er

det i mange tilfeller nødvendig å benytte informasjon fra andre faggrupper. Derfor ble det spurt om slik informasjon benyttes. 79,6 prosent oppgav at de benyttet dette. Ifølge CASLPO (2002) og ASHA (2005b) bør logopedene være en del av utredningen og oppfølgingen av ervervede kognitive kommunikasjonsvansker, men det er også avgjørende at andre faggrupper deltar i dette arbeidet. Constantinidou & Kennedy (2013) støtter dette synet, videre presiserer de at det er nødvendig med denne type informasjon for å gjennomføre en funksjonell kartlegging. Det var derfor interessant å undersøke hvilke faggrupper som logopedene samarbeidet med. Særlig fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger ble oppgitt. Dette er ikke et oppsiktsvekkende funn, da dette er faggrupper som gjerne er ansatt ved samme sted som logopedene, for eksempel sykehus og rehabiliteringsinstitusjon.

## **5.6 Logopedenes oppfølging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker**

Det er tidligere i oppgaven blitt presisert at vanskene ikke kun påvirker den som er blitt utsatt for den fysiske skaden, men det vil også påvirke livene til de menneskene som er nærmest den som er rammet. Ved alvorlige skader kan personen som ble skadet helt forandre personlighet. Dette kan være permanente kognitive, emosjonelle, sosiale, psykiske og atferdsmessige endringer (Solbakk et al., 2008; Hawley & Newman, 2010; LaPointe et al., 2010) Opplevelse av at den personen som ble skadet ble «borte», og at en ny er kommet, kan komme som et sjokk for pårørende. Kanskje spesielt når den fysiske rehabiliteringen er gjennomført, og det ved det blotte øyet ikke kan observeres skade (Fure, 2008; Krogstad, 2015). Økt forståelse hos personene rundt den som er rammet, vil kunne gjøre at det er enklere å akseptere avvikende oppførsel (Krogstad, 2015). Det ble derfor i undersøkelsen spurt om logopedene inkluderte pårørende i møtene med logoped (spørsmål nummer 32). Totalt svarte hele 80 % at de inkluderte pårørende i møtene med logoped.

Ettersom vansken ofte blir synlig i sosiale situasjoner og at konsekvensene ofte er sosial tilbaketrekking eller isolasjon, var det ønskelig å undersøke om logopedene benyttet gruppeundervisning i arbeidet med mennesker som er rammet av denne formen for vanske (McDonald et al., 2007, LaPointe et al., 2010). Overraskende svarte 61.4% «nei». Det kan tenkes at dette har sammenheng med at logopedene rapporterer å møte få mennesker med denne formen for vanske. Dette gjenspeiler seg i kommentarene fra de fire respondentene:

«det er begrenset hvor mange klienter med denne vansken man får i en liten kommune», «(...) praksis er begrenset til en elev» og «Jeg har kun arbeidet med en person med denne diagnosen». Årsaken kan være at det ikke er aktuelt å benytte gruppe, på grunn av situasjonen til den som er rammet. En logoped kommenterte: «Møter pasienter med kognitive kommunikasjonsvansker i akutfasen/ved innleggelse på sykehus, det er derfor sjeldent aktuelt med oppfølging av disse pasientene ved min arbeidsplass».

### 5.6.1 Fokus på ulike kognitive funksjonsområder

Kognitive kommunikasjonsvansker betraktes som en kommunikasjonshemning med underliggende kognitiv hemning som er forårsaket av en nevrologisk skade (Hughes & Orange, 2007; ASHA, 2005a). Om vansken i hovedsak skyldes en underliggende svikt i språk eller kognisjon er vanskelig å si, da disse er gjennomgående forbundet i både funksjon og utvikling (CASLPO, 2002). Altså vil det ikke være urimelig eller uhensiktsmessig å hevde at en vanske med språk vil svekke kognisjon, og omvendt (ASHA, 2002b). På den annen side finnes det de som hevder at man bør betrakte språk og kognisjon som isolerte funksjoner (Saldert, 2008). Det må poengteres at disse er i få antall (Saldert, 2008).

Vanskene kan være preget av gjennomgående nedsatt funksjon i alle de kognitive funksjonene, eller det kan være en spesifikk vanske (NAU, 2016; Tactus Therapy, 2016; Krogstad, 2015). Et ensidig fokus på kun en funksjon, vil ikke være hensiktsmessig i arbeid med denne gruppen. Det var derfor av interesse å undersøke hvilke områder logopedene i undersøkelsen var fokuserte mest på. Det er likevel viktig å presisere at vanskene er heterogene, og det kan være vanskelig å skulle gi en generell fremstilling av hvilke områder man fokuserer på. Resultatene fra spørreundersøkelsen var som forventet. Logopedene hadde størst fokus på *språkferdigheter* og *kommunikasjonsferdigheter*, nesten halvparten av alle logopedene svarte at de hadde «svært stor grad» av fokus på disse områdene. Ikke desto mindre, var det en stor økning av fokusområder ved i «stor grad». I arbeidet med kognitive kommunikasjonsvansker er det viktig at man husker at vansken ikke primært er en språkvanske slik som for eksempel afasi (CASLPO, 2002; Tactus Therapy, 2016). For så vidt ble og fokus på *oppmerksomhet*, noe hyppig rapportert i både «svært stor», men særlig i «stor grad». Dette er et positivt funn, da vansker med aspekter ved oppmerksomhet ofte vil være tilstede hos mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker (McDonald et al.,

2014b). Fokus på *hukommelse* fikk også større oppslutning i «stor grad» kategorien, et funn som var som forventet. Det er ikke urimelig å hevde at det lave fokuset på de *eksekutive funksjonene* er til bekymring. Spesielt på grunn av de eksekutive vanskenes art. Da disse er med å styre de andre kognitive kommunikasjonsvanskene (McDonald et al., 2014a). Eksekutive funksjoner er med å påvirke hvorvidt den som er rammet vil være motivert til å arbeide (Stubberud et al., 2013; Togher et al., 2014b). McDonald et al. (2014b) trekker frem eksekutive funksjoner som den funksjonen som er mest avgjørende for utfallet av rehabiliteringen. Samtidig vil vanskene variere fra person til person. Dette kan også være en av årsakene til det lave fokuset på de eksekutive funksjonene. En annen årsak kan være manglende kunnskap hos logopedene som arbeider med vanskegruppen. Det er likevel svært uheldig om dette skulle være tilfellet. En av informantene kommenterte: «*Det er behov for seminar og kurs som omhandler kognitive kommunikasjonsforstyrrelser. Det er generelt lite kunnskap om dette tema i små kommuner – både når det gjelder kartlegging og tiltak*». Til tross for dette er det ikke urimelig å hevde at det er opptil den enkelte logoped å tilegne seg kunnskap om temaet. Dette er noe NLL også trekker frem på sine nettsider, hvor de skriver at logopeder må forske på og utvikle sitt fagfelt (NLL, u.å.).

### **5.6.2 Logopedens tilegnelse av kunnskap**

Det var i forkant av studien, en mistanke om at logopedene hadde begrenset med erfaring og kjennskap til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Det var derfor interessant å undersøke hvor logopedene henvendte seg for å få bistand i sitt arbeid. Det var kun 13,2 % av logopedene som oppgav å ikke ha henvendt seg til andre for å få bistand. Logopedene henvendte seg først og fremst til kollegaer. Det ble ikke presisert hva slags kollega, det vites dessverre ikke om dette var en logopedkollega eller kollega fra annen yrkesgruppe. At mange av logopedene henvender seg til en kollega er positivt. Likevel hevder Kennedy (2014) at det å henvende seg til kollega ikke må gå på av bekostning det å holde seg oppdatert på forskningslitteratur. Avslutningsvis ble logopedene spurt hvordan de tilegnet seg informasjon. Her svarte de fleste gjennom litteratur og internett. Ved en nærmere gjennomgang av frekvens på de ulike alternativene, viste det seg at det var flere som tilegnet seg informasjon gjennom litteratur og internett, sammenliknet med personer som henvendte seg til kollega.

## 6 Avslutning

Hensikten med studien har vært å kartlegge hvilke kjennskap logopedene i Norge har til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Dette resulterte i følgende problemstilling: *«Hva er norske logopeders kjennskap til og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av individer med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?»*. For å ytterligere belyse tematikken ble tre forskningsspørsmål formulert. Forskningsspørsmålene ble laget for å undersøke om logopedenes bakgrunn påvirket deres kjennskap til og praktisering av utrednings- og oppfølgingsarbeid i relasjon til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. Formuleringen av forskningsspørsmålene ble også til for å undersøke om bakgrunn påvirker logopedenes opplevde kompetanse. Forskningsspørsmålene ble også utformet for å undersøke hvilken kjennskap logopedene hadde til ulike utredningsverktøy og – metoder, og bruken av disse. Resultatene ble presentert og drøftet tildeligere i oppgaven (jamfør kapittel 4 og 5). Dette kapittelet vil derfor oppsummere og samle de viktigste funnene fra undersøkelsen.

### 6.1 Forskningsspørsmålene

Det første forskningsspørsmålet er; *Vil en logopeds bakgrunn påvirke dens kjennskap og praktisering av screening og kartlegging av mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker?* Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at det var særlig arbeidsplass og aldersgruppen man primært arbeidet med som påvirket logopedens kjennskap til vansken. At arbeidsplass og primær aldersgruppe varierte sammen var et naturlig funn, da det var arbeidsplassene som ofte assosieres med arbeid med barn og unge som rapporterte om minst kjennskap til vansken, mens logopedene ved arbeidsplassene assosiert med eldre brukergruppe hyppigere rapporterte at de kjente til vansken. Videre ble det undersøkt hvilken erfaring logopedene hadde i forhold til utredningsarbeid. Igjen var det arbeidsplass som var den mest avgjørende faktoren. Samtidig svar det arbeidsplassene tilknyttet en eldre brukergruppe som meldte om størst erfaring med utredning av vansken.

Det andre forskningsspørsmålet er; *Hvilke utredningsverktøy og -metoder kjenner norske logopeder til - og benyttes disse?* I undersøkelsen fikk logopedene spørsmål om de kjente til og benyttet flere ulike formelle og uformelle tester og metoder. Det var en klar forskjell mellom hva logopedene kjente til og hva de benyttet. Særlig var det forskjell på spørsmålet om bruk av formelle tester. Logopedene kjente til en rekke av testene de ble spurt om, men de

benyttet svært få av dem. Mange av logopedene som svarte at de benyttet formelle tester som er utviklet for å avdekke afatiske vansker. Om logopedene utelukkende benytter seg av tester som er basert til dette formålet, så kan man skape feilaktige diagnoser og vanskeprofiler. Denne tendensen reflekteres og i logopedenes store fokus på språk- og kommunikasjonsferdigheter. Årsaken til at så få benytter seg av andre tester, kan tenkes å være at logopedene ikke er klar over at testene kan benyttes til å utrede kognitive kommunikasjonsvansker. Eller den hyppige bruken kan skyldes at man ikke har tilgang eller kunnskap om andre tester. Til tross for at det var få logopeder som benyttet seg av de formelle testene var det langt flere som benyttet seg av mer uformelle metoder. Observasjon og informasjon fra pårørende, den som er rammet og tverrfaglig team ble brukt av svært mange logopeder.

Det siste forskningsspørsmålet er: *Påvirker logopedens bakgrunn logopedens opplevde kompetanse?* Som ved spørsmålet om kjennskap til vanskene, så er det logopedenes arbeidsplass og primære aldersgruppe som påvirker deres opplevde kompetanse. Arbeidserfaring påvirket også resultatene. Det var logopedene som har arbeidet i 1-14 år som opplevde størst kompetanse. Dette kan skyldes økende fokus på vansken de siste årene, samtidig som begrepet er relativt nytt. Et funn fra resultatene som var noe overraskende var at logopedene med arbeidserfaring til vanskegruppen fra nåværende og tidligere arbeidsplass, følte seg mindre kompetente enn logopeder som kun hadde arbeidet med vansken ved nåværende arbeidsplass.

## 6.2 Oppsummering – og veien videre

Om resultatene fra undersøkelsen er generaliserbare kan diskuteres. Som tidligere beskrevet var utvalget av ikke-tilfeldig art, og dette svekker undersøkelsens mulighet til å generalisere (Gall et al., 2007). Likevel var utvalget bestående av et betydelig antall respondenter, 366 logopeder av totalt 1118 registrerte medlemmer. Tendensene som ble observert i datamateriale ble kun i et tilfelle funnet signifikante, og samvariasjonene mellom de ulike variablene var liten. Likevel er tendensene som ble observert i frekvens- og prosentfremstillingene en viss indikasjon på hvordan situasjonen i Norge er i 2016.

Med et siste blikk mot studiens problemstilling; «*Hva er norske logopeders kjennskap til og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av individer med ervervede kognitive*

*kommunikasjonsvansker?»*, er det gjennom studien blitt klart at norske logopeder ikke har en utbredt kjennskap til ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. De fleste logopedene i studien kjente til begrepet, men under halvparten hadde erfaring med å arbeide med vansken. Det var få logopeder som opplevd stor eller større grad av kompetanse. Det er mange årsaker til at logopedene ikke kjenner til vanskene og at så mange logopeder opplever liten grad av kompetanse. Et viktig grep for å endre denne trenden er å få informert og undervist nåværende og fremtidige logopeder om vansken. Dette må gjøres av arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner, men logopeden har selv et ansvar for å holde seg faglig oppdatert.

Etter som arbeidsplass var den bakgrunnsfaktoren som hadde mest påvirkning på logopedenes kjennskap og kompetanse er det svært viktig at arbeidsplassene underviser om vansken. Dette må gjøres uavhengig av alderen på de primære brukergruppe, ettersom vansken kan ramme mennesker i alle aldre. Kunnskapen må økes både i utredning og i oppfølgingsarbeidet. Konsekvensene av at mennesker som blir rammet av vansken, men ikke opplever få den hjelpen de har behov for, er utbredte og alvorlige (Constantinidou & Kenndy, 2013; Hawley & Newman, 2010; Krogstad, 2015; McDonald et al., 2014b). Særlig er de sosiale vanskene et stort hinder for mange, og kjernen er gjenre en hemmet evne til å kommunisere (Marsh, 1999). Det er svært viktig at man derfor ikke kun fokuserer på hvordan kommunikasjon hemmes av en svekket språkevne, men også retter fokus på underliggende kognitive faktorene som påvirker. Kunnskap om hvordan språk og kognisjon vedlikeholdes og fungerer, og forholdet mellom disse, er helt nødvendig. Det er avgjørende at logopeder har en økt forståelse av hvordan hjernens funksjoner opptrer, dette må være til for at man skal kunne forstå og behandle de ulike nevropatologiene og biomekanismene som kan oppstå i etterkant av en skade (ASHA, 2005b). At logopeder må involveres i arbeidet med mennesker med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker er det bred enighet om nasjonalt og internasjonalt (CASLPO, 2002; ASHA 2005a; ASHA, 2005b; CPLOL, 2013; NLL, 2016).



# Litteraturliste

Aday, L. A. & Cornelius L. J. (2006). *Designing and Conducting Health Surveys*. 3rd Ed. San Francisco: Jossey-Bass

Afasiforbundet i Norge (2016). *HAST: Haukeland afasi-screeningstest*.

<http://www.afasi.no/Nettbutikk/Bestill-fra-nettbutikken/Ressursmaterieell/HAST-Haukeland-afasi-screeningstest> Hentet den 11.05.2016

Ahl ns, E. & Nettelblatt, U (2008). *Spr k och spr klig kommunikation*. (s. 51-68). I

Hartelius, L, Nettelblatt & Hammarberg, B (2008). *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur AB.

American Speech-Language Hearing Association (2005a). *Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Providing Services to Individuals with Cognitive-Communication Disorders*. <http://www.asha.org/policy/KS2005-00078/> hentet den 29.03.16

American Speech-Language Hearing Association (2005b). *Roles of Speech-Language Pathologists in the Identification, Diagnosis, and Treatment of Individuals with Cognitive-Communication Disorders: Position Statement*.

<http://www.asha.org/policy/PS2005-00110/> hentet den 29.03.16

Bastiaanse, R., Lind, M., Moen, I. & Simonsen, H. G. (2006). *Verb- og setningstesten (VOST)*. Oslo: Novus forlag

Biel, M. og Hula, W. (2016). *Attention*. (s.1-48). I Kimbarow, M. (2016). *Cognitive Communication Disorders*. 2ed. San Diego: Plural Publishing

Blake, M. L. (2016) *Cognitive-Communication Deficits Associated with Right Hemisphere Brain Damage*. (s. 129-186). I Kimbarow, M.L, (2016) *Cognitive Communication Disorders* 2<sup>nd</sup> Ed. San Diego: Plural Publishing

College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario (2002). *Preferred Practice Guideline for Cognitive-Communication Disorders*.

[http://www.caslpo.com/sites/default/uploads/files/PPG\\_EN\\_Cog\\_Communication\\_Disorders.pdf](http://www.caslpo.com/sites/default/uploads/files/PPG_EN_Cog_Communication_Disorders.pdf) hentet: 29.03.16

- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE (2013). *Speech and Language Therapy*.  
[http://www.cplol.eu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26&Itemid=344&lang=en](http://www.cplol.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=344&lang=en). Hentet den 11.05.2016
- Constantinidou, F. (2016). *Principles of Human Memory: An Integrative Clinical Perspective*. (s.49-82). I Kibarow, M. (2016). *Cognitive Communication Disorders*. 2ed. San Diego: Plural Publishing
- Constantinidou, F. and Kennedy, M. (2013). *Traumatic Brain Injury in Adults*. I Papathanasiou, I., Coppens, P. & Potagas, C. (2013). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burligton: Jones & Bartlett Learning
- de Vaus, D. A. (2014). *Survey in Social Research*. 6<sup>th</sup> Ed. Abingdon: Routledge
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and Internet Surveys*. 2nd Ed. New York: Wiley
- Direktoratet for e-helse (2016). *Kapittel XVIII (R00-R99) Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted*. I FinnKode. (2016). 2016 Versjon 10. Elektronisk søkeverktøy. Tjenesten utvikles og driftes av Direktoratet for e-helse.  
<https://finnkode.helsedirektoratet.no/#icd10/0/0/1/2600812>
- Fern, U. & Thunberg, G (2008). *Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)*. (s. 461-468). I Hartelius, L., Netteblatt, U. & Hammarberg, B. (2008). I Logopedi. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fure, B. (2008). *Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag*. Oslo: I Demens & alderspsykiatri. Vol. 23, nr. 4.
- Gall, M. D., Gall, J. P. & Borg, W. R. (2007). *Educational Research: an Introduction*. 8ed. Boston: Pearson
- Groves, R. M., Fowler Jr., F. J., Couper, M. P., Lepkowski, J. M., Singer, E., & Tourangeau, R. (2009). *Survey Methodology*. 2nd Ed. Hoboken: Wiley

- Hawley, L. A. & Newman, J. K. (2010). *Group interactive structured treatment (GIST): A social competence intervention for individuals with brain injury*. (s. 1292-1297)- I *Brain Injury* (oktober, 2010)
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 7. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Helse Sør-Øst RHF (2015). *Traumatisk hjerneskade*. Hamar: Helse Sør-Øst RHF.  
<http://www.helse-sorost.no/pasient/rehabilitering/rehabiliteringstilbud/traumatisk-hjerneskade> Sist endret: 05.01.2015. Hentet den: 31.03.2016
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. IS-1688 ISBN-978-82-8081-153-0. Helsedirektoratet. Avdeling sykehus tjenester. Oslo. Hentet: 28.10.15
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2011). *Social Psychology*. 6ed. Essex: Prentice Hall
- Hughes, J. & Orange, J.B. (2007) *Mapping Functional Communication Measurements for Traumatic Brain Injury to the WHO-ICF*. Ontario: Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology – Vol.31, No.3, Fall 2007.
- ICD-10-DATA (u.å.). *2016 ICD-10-CM Diagnosis Code R41.84*. I (u.å.) ICD-10-CM Codes. Hentet den 11.05.2016 <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/R00-R99/R40-R46/R41-/R41.841>
- Jansen, J. (2016). *Nerveceller*. I Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/nerveceller>. Den 13.05.16
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. 4. utgave. Oslo: Abstrakt forlag
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utgave. Oslo: Abstrakt forlag
- Kennedy, M. R. T. (2014). *Evidence-based practice and cognitive rehabilitation therapy*. (s.282-306). I McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014). *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. 2ed. Hove: Psychology Press

- Kleven, T.A. (2002a). *Begrepsoperasjonalisering*. (s. 141-184). I Lund, T., Kleven, T.A., Kvernebekk, T. og Chrisophersen, K.-A. (2002). *Innføring i forskningsmetode*. Oslo: Unipub.
- Kleven, T. A. (2002b). *Ikke-eksperimentelle design*. (s. 265-284). I Lund, T., Kleven, T.A., Kvernebekk, T. og Chrisophersen, K.-A. (2002). *Innføring i forskningsmetode*. Oslo: Unipub.
- Kristoffersen, K. E., (2005). *Hva er språk?* (s. 17-38). I Kristoffersen, K. E., Simonsen, H. G. og Sveen A. (red.) (2005). *Språk: En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Krogstad, J.M. (2015). *Hva er ervervet hjerneskode?* 6.utg. Nesodden: Kognitiv Rehabiliteringsenhet Sunnaas sykehus. ISBN 82-91841-09-8
- Kunnskapsdepartementet (2001). *Kapittel 4 Språk- og talevansker*. I Rapport fra arbeidsgruppe for vurdering av tilbud til personer med språk- og talevansker. Oslo: Kunnskapsdirektoratet  
[https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/rapporter\\_planer/rapporter/2001/rapport-fra-arbeidsgruppe-for-vurdering-/4/id277505/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/rapporter_planer/rapporter/2001/rapport-fra-arbeidsgruppe-for-vurdering-/4/id277505/) Hentet den 28.03.16
- LaPointe, L.L., Murdoch, B.E., & Stierwalt, J.A.G. (2010) *Brain-Based Communication Disorders*. San Diego: Plural Publishing
- Larsen, R. J & Buss, D. M., 2010. *Personality Psychology*. 4ed. New York: McGraw Hill International Edition
- Lind, M. (2005). *Språk som handling og tekst*. (s. 39-63). I Kristoffersen, K. E., Simonsen, H. G. og Sveen A. (red.) (2005). *Språk: En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lind, M. og Haaland-Johansen, L. (2013). *Kartlegging ved afasi: Hva gjør logopeder i Norge?* I Norsk Tidsskrift for Logopedi nr. 3 (2013)
- Lund, T. (2002a) *Generaliseringsproblematikk*. (s. 125-134). I Lund, T., Kleven, T.A., Kvernebekk, T. og Chrisophersen, K.-A. (2002). *Innføring i forskningsmetode*. Oslo: Unipub

- Lund, T. (2002b) *Metodologiske prinsipper og referanserammer* (s. 79-121). I Lund, T., Kleven, T.A, Kvernebekk, T. og Chrisophersen, K.-A. (2002). *Innføring i forskningsmetode*. Oslo: Unipub
- Mahendra, N. (2016). *Dementia: From Concept to Clinical Practice* (p. 187-215). I Kimbarow, M. L. (2016). *Cognitive Communication Disorders*. San Diego: Plural Publishing.
- Marsh, N. V. (1999). *Social skill deficits following traumatic brain injury: Assessment and treatment*. (175-210). I McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (1999). *Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. Hove: Psychology Press
- McDonald, S., Honan, C., Kelly, M., Byom, L. og Rusby, J. (2014a). *Disorders of social cognition and social behavior following severe TBI*. (s. 119-159). I McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014). *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. 2nd Ed. Hove: Psychology Press
- McDonald, S., Tate, R., Togher, L., Bornhofen, C., Long, E. Gertler, P and Bowen, R. (2007). *Social Skills Treatment for People With Severe, Chronic Acquired Brain Injuries: A Multicenter Trial*. (p. 1648- 1659). I *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 89, Issue 9. September 2008. Portland: International Neuropsychological Society
- McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014b). *The nature of cognitive deficits and psychosocial function following TBI*. (s. 48-88). I McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014). *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. 2nd Ed. Hove: Psychology Press
- McDonald S., Togher, L. and Code, C. (1999). *The nature of traumatic brain injury: Basic features and neuropsychological consequences*. (s.19-53). I McDonald, S., Togher, L. and Code, C. (1999). *Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. Hove: Psychology Press, Ltd, Publishers
- McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014c). *Traumatic brain injury: basic features*. (s. 26-47). I McDonald, S., Togher, L. and Code, C. *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. 2nd Ed. Hove: Psychology Press

- Murdoch, B. E. (2010). *Acquired speech and language Disorders: A Neuroanatomical and Functional Neurological Approach*. 2<sup>nd</sup> Ed. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Norsk logopedlag (u.å.). *Hva er logopedi?* <http://norsklogopedlag.no/hva-er-logopedi/> Hentet den 11.05.2016
- Northern Arizona University (NAU) (2016). *Cognitive Communication Disorders*. <https://nau.edu/chhs/csd/clinic/cognitive-communication-disorder/> Flagstaff: Northern Arizona University. Hentet den 31.03.2016
- Oslo kommune (u.å.). *Spesialundervisning*. <https://www.oslo.kommune.no/skole-og-utdanning/spesialundervisning/spesialundervisning-og-ppt> . Hentet den 11.05.2016
- Puhr, A., Fossum, B., Hansen, B. og Thorsenm A.T. (2011). *Tilbakeføring til arbeid etter ervervet hjerneskode*. Oslo: Tidsskrift for norsk psykologiforening. Vol., 48, nr. 8., s. 774-779
- Purdy, M. H. (2016). *Executive Functions: Theory, Assessment, and Treatment*. (s. 83-128). I Kimbarow, M. L. (2016). *Cognitive Communication Disorders*. 2ed. San Diego: Plural Publishing
- Rommertveit, R. (1979). *Språk, tanke og kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sandmo, T., Stoller, S. og Haukeland, I. (2010) *Haukeland Afasi Screening Test*. Bergen: Logopedtjenesten Helse Bergen, ved Haukeland universitetssjukehus
- Saldert, C. (2008). *Högrehemisfärskador*. (s.207-212). I Hartelivs, L., Nettelblatt, U. og Hammarberg, B. (2008). *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Simonsen, M. (2015). *Logopeders tilnærming til barn med språklydvansker. En kvantitativ undersøkelse med vekt på evidensbasert praksis*. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo.
- Solbakk, A.-K., Schanke, A.-K. og Krogstad (2008). *Hodeskader hos voksne: Diagnostikk og rehabilitering*. Oslo: Tidsskrift for norsk psykologiforening. Vol., 45, nr. 9., s. 1098-1107.

Statped (2012). *Verb- og setningstesten (VOST)*.

<http://www.statped.no/Laringsressurs/Fag/Sprak-og-tale/Verb--og-setningstesten-VOST/>. Hentet den 11.05.2016

Stubberud, J., Langenbahn, D., Levine, B., Stanghelle, J. og Schanke, A.-K. (2013). *Goal Management Training of Executive Functions in Patients with Spina Bifida: A Randomized Controlled Trial*. S.(672-685). I *Journal of the International Neuropsychological Society*, (nr.19, 2013).

Sveen, A. (2005). *Pragmatikk*. (s. 95-120). I Kristoffersen, K. E., Simonsen, H. G. og Sveen A. (red.) (2005). *Språk: En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tactus Therapy (2016). *What is a Cognitive Communication Disorder*.

<http://tactustherapy.com/whatiscogcomm/>. Tactus Therapy Solutions LTD. Hentet: 15.02.16

Togher, L., McDonald, S. og Code C. (2014a). *Social and communication disorders following traumatic brain injury*. (s.1-25) McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014b). *The nature of cognitive deficits and psychosocial function following TBI*. (s. 48-88). I McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014). *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. 2nd Ed. Hove: Psychology Press

Togher, L., McDonald, S., Coelho, C. A. og Byom, L. (2014b). *Cognitive communication disability following TBI: examining discourse, pragmatics, behavior and executive function*. (s. 89-118). McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014b). *The nature of cognitive deficits and psychosocial function following TBI*. (s. 48-88). I McDonald, S., Togher, L. og Code, C. (2014). *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. 2nd Ed. Hove: Psychology Press

Tolmie, A., Muijs, D. & McAteer, E. (2011). *Quantitative Methods in Educational and Social Research using SPSS*. Maidenhead: Open University Press

Universitet i Oslo. (2015). *Hva er nettskjema*.

<http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/mer-om/> Sist endret 19. nov. 2015 13:47. Hentet den 04.02.2016.

Universitetet i Oslo. (2016). *IDporten og FEIDE-brukere av Nettskjema*.  
<http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/mer-om/eksterne-brukere/> Sist  
endret 4. jan. 2016 15:08. Hentet den 04.02.2016

Universitetet i Oslo. (2014). *Tiltak for å ivareta anonymitet*.  
<http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/hjelp/hente-inn-svar/tiltak-for-a-sikre-anonymitet.html> Sist endret 13. mai. 2014 18:03. Hentet den 04.02.2016

Universitetet i Oslo (2011). *Hvorfor en e-postliste?* <http://www.uio.no/tjenester/it/e-post-kalender/e-postlister/hvorfor.html> Sist endret 31. okt. 2011 14:18. Hentet den  
10.02.2016

Universitetet i Oslo (2012). *Opprette en ny e-postliste*. <http://www.uio.no/tjenester/it/e-post-kalender/e-postlister/administrere/nyliste.html#toc3> Sist endret 17. jul. 2012 10:24.  
Hentet den 10.02.16

Universitetet i Oslo (u.å.). *SED4000 -Rådgivning og innovasjon*.  
<http://www.uio.no/studier/emner/uv/isp/SPED4000/index.html> Hentet den 11.05.2016

University of Rochester Medical Center (URMC) (2016). *Cognitive Communication Disorders*. Rochester: University of Rochester Medical Center.  
<https://www.urmc.rochester.edu/speech-pathology/cognitive-communication-disorders.aspx> Hentet den 31.03.2016

Wallace, S.E. and Kimbarow, M.L (2016). *Traumatic Brain Injury*. (s. 253-282) I Kimbarow, M. L. (2016). *Cognitive Communication Disorders*. San Diego: Plural Publishing.



# Vedlegg

## Vedlegg 1 Prosjektvurdering fra NSD

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Anne-Lise Rygvold

Institutt for spesialpedagogikk Universitetet i Oslo

Postboks 1140 Blindern

0318 OSLO



Vår dato: 27.01.2016

Vår ref: 46467 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

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

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.01.2016.  
Meldingen gjelder prosjektet:

46467                                    *“Usynlig” vanske, synlig tjeneste? - En deskriptiv studie av norske logopeders kjenneskaper til og praksis i screening, kartlegging og oppfølging av individer med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker*

*Behandlingsansvarlig* Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder

*Daglig ansvarlig*                    Anne-Lise Rygvold

*Student*                                    Hege Brokke Flatebø

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf: 55 58 36 41

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hege Brokke Flatebø [h.b.flateboe@gmail.com](mailto:h.b.flateboe@gmail.com)



Deltakerne i studien informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

I følge meldeskjemaet rekrutteres informanter gjennom organisasjonen NLL. Personvernombudet forutsetter at det tas hensyn til konfidensialitet og frivillighet når personene forespørres om deltagelse.

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Universitetet i Oslo sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger

I informasjonsskrivet har dere informert om at forventet prosjektslutt er 01.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger og slette eller omskrive indirekte personopplysninger.

# Vedlegg 2 Informasjonsskriv til deltakerne

## Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelse

Kjære logoped MNLL,

Jeg er en student ved Universitet i Oslo, og har tatt kontakt med deg i forbindelse datainnsamling til min masteroppgave i logopedi. Jeg har fått mulighet til å kontakte deg gjennom henvendelse til din regionsleder i Norsk Logopedlag.

Bakgrunnen for denne spørreundersøkelsen er å forsøke og undersøke hvilken kjennskap og praksis norske logopeder har til kognitive kommunikasjonsvansker (tidligere omtalt som ervervede pragmatiske vansker) som følge av en ervervet skade. Undersøkelsen vil ikke ta for seg andre ervervede vansker som feks. afasi. Med bakgrunn i dette har jeg formulert følgende tittel på masteroppgaven: "Usynlig" vanske, synlig tjeneste? - En deskriptiv studie av norske logopeders kjennskap til og praktisering av screening, kartlegging og oppfølging av individer med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.

Ditt svar vil være av stor verdi for min oppgave, derfor håper jeg at du kan ta deg tid til å besvare denne spørreundersøkelsen. Hvor lang tid spørreundersøkelsen tar vil avhenge av din erfaring med dette vanskeområdet. Men! Uavhengig om du ikke kjenner til begrepet eller om du har bred erfaring med vanskeområdet vil ditt svar være av stor verdi for det videre arbeidet med oppgaven. Undersøkelsen vil ikke være en faktaprøve, men kun en rent deskriptiv undersøkelse som vil beskrive hvordan situasjonen er blant norske logopeder i dag. Spørreskjemaet vil ikke inneholde spørsmål som kan lede til personidentifisering.

Det elektroniske spørreskjemaet er tilgjengelig via link som du har fått tilsendt. Spørreskjemaet er laget i Nettskjema, som er en tjeneste som utvikles og driftes av Universitetets senter for informasjonsteknologi. Alle data som bli hentet inn via spørreskjemaet vil bli behandlet helt konfidensielt og undersøkelsen vil være anonym. Dataene brukt i spørreskjemaet vil bli slettet ved avslutning av masteroppgaven, senest 01. Juni 2016. (Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste).

Hvis du er interessert i å bidra i kartlegging av norske logopeders kjennskap og praksis til kognitive kommunikasjonsvansker, så håper jeg du tar deg tid til å besvare denne undersøkelsen. Ditt svar er svært verdifullt. Svarfrist for undersøkelsen vil være 29.02.2016, det vil bli sendt ut påminnelser innen svarfristen er gått ut.

På forhånd stor takk! Om du har spørsmål knyttet til spørreundersøkelsen ta gjerne kontakt!

Lenke til spørreundersøkelse: <https://nettskjema.uio.no/answer/70805.html>

Mvh.

Hege Brokke Flatebø,  
Masterstudent, Universitetet i Oslo  
Tlf: 412 712 54 [hegebfl@student.uv.uio.no](mailto:hegebfl@student.uv.uio.no)

Veileder:  
Anne Berit Andreassen  
Avdelingsleder, Statped

## Vedlegg 3 Spørreundersøkelsen

# Spørreundersøkelse om ervervede kognitive kommunikasjonsvansker

Side 1

### Innledning

Når du nå starter denne spørreundersøkelsen er det svært viktig at du tar deg god tid og leser alle tekstene og spørsmålene nøye! Enkelte av spørsmålene har en noe lik ordlyd, men de er ulike.

Det vil også være enkelte spørsmål som avgjør om du skal avslutte eller fortsette spørreundersøkelsen. Det er svært viktig at du avslutter hvis du har kysset av for et av disse alternativene.

### Bakgrunn

Spørsmål om deg og din bakgrunn

- **1. Hvilket år fullførte du din logopedutdanning? \***

Vennligst kryss av for kun et alternativ

- Før 1980
- 1980-85
- 1986-90
- 1991-95
- 1996-2000
- 2001-05
- 2006-10
- 2011-2015
- Har ikke fullført utdanning
- Student

- **2. Hvor lenge har du arbeidet som logoped? \***

Vennligst kryss av for kun et alternativ

- Over 35 år
- 30-35 år
- 25-29 år

- 20-24 år
- 15-19 år
- 10-14 år
- 5-9 år
- 1-4 år
- Under et år
- Er student, har ikke startet å arbeide

• **3a. Hvilken grunnutdanning har du? \***

Det er mulig å krysse av for flere alternativer

- Helsefag
- Lærerutdanning
- Spesialpedagogikk
- Pedagogikk
- Barnehagelærer (tidligere kalt førskolelærer)
- Psykologi
- Lingvistikk/fonetikk
- Annet, vennligst spesifiser i 3b

- 3b. Hvis du svarte annet vennligst spesifiser her

• **4a. Ved hvilken utdanningsinstitusjon tok du din logopedutdannelse? \***

Vennligst kryss av for kun et alternativ

- Universitetet i Oslo
- Universitetet i Bergen
- Universitetet i Nordland
- Universitetet i Tromsø
- NTNU i Trondheim
- Utlandet, vennligst spesifiser i 4b

Annet, vennligst spesifiser i 4b

- 4b. Hvis du svarte annet eller utlandet vennligst spesifiser her

- **5a. Hvor er du ansatt? \***

Det er mulig å krysse av for flere alternativ

Sykehus

Fagsenter

Rehabiliteringsinstitusjon

PPT

StatPed

Kommunal logopedtjeneste

Kompetansesenter

Privat logopedtjeneste

Voksenopplæring

Ansatt som logoped ved skole

Ansatt som logoped i barnehage

Habiliteringstjeneste

Ansatt ved institusjon for høyere utdanning

Student, har ikke startet å arbeide

Pensjonert, vennligst spesifiser hvor du har arbeidet i 5b

Annet, vennligst spesifiser i 5b

- 5b. Hvis du svarte pensjonert eller annet vennligst spesifiser her

- **6. Hvilken gruppe arbeider du primært med? \***

Vennligst kryss av for et alternativ

Barn og unge (under 16 år)

Ungdom (16-18 år)

Voksne (Over 18 år)

Arbeider med alle gruppene

Student, har ikke startet å arbeide

• **7. Kjenner du til begrepet "erhvervede kognitive kommunikasjonsvansker"?** \*

Ja

Nei

**Hvis du svarte NEI på spørsmål 7, kan du bla ned og avslutte spørreundersøkelsen.**

**Spørreundersøkelsen vil benytte begrepet kognitive kommunikasjonsvansker synonymt med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker.**

• **8a. Hvordan fikk du kjennskap til kognitive kommunikasjonsvansker?**

Vennligst kryss av for kun et alternativ

Gjennom utdanning

Gjennom utdanning og arbeider med vanskegruppen ved nåværende arbeidsplass

Gjennom utdanning og har arbeidet med vanskegruppen ved tidligere arbeidsplass

Arbeider med vanskegruppen ved nåværende arbeidsplass, har ikke vært innom begrepet i utdanning

Har arbeidet med vanskegruppen ved tidligere arbeidsplass, har ikke vært innom begrepet i utdanning

Annet, vennligst spesifiser under i 8b

• 8b. Hvis du svarte annet vennligst spesifiser her

• **9. Føler du at du har nok kompetanse til å følge opp individer med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Dette spørsmålet vil også gjelde deg som ikke har erfaring fra å arbeide med mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker

I svært stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad



I svært liten grad

I ingen grad

• **10. Har du erfaring med å arbeide med mennesker som har kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja, fra nåværende arbeid

Ja, fra tidligere arbeid

Ja, fra nåværende og tidligere arbeid

Nei

**Hvis du svarte NEI på spørsmål 10 kan du avslutte spørreundersøkelsen**

**Utredning av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker**

Utredning vil i denne spørreundersøkelsen omfatte ulike screenings og kartleggings metoder og verktøy som man kan benytte for:

- å screene og identifisere kognitive kommunikasjonsvansker

- å undersøke omfanget av vansken

- å undersøke hvordan vansken påvirker den som er rammet

• **11. Har du erfaring med å screene mennesker i den hensikt å identifisere kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja

Nei

• **12. Har du erfaring med å kartlegge omfanget av kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja

Nei

• **13. Har du erfaring med å kartlegge hvordan kognitive kommunikasjonsvansker påvirker den som er rammet?**

Ja

Nei

• **14. Kjenner du til "sjekklister" som et verktøy til screening av kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja

Nei

• **15. Benytter du sjekklister som verktøy til screening av kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja, hver gang

Ja, men ikke hver gang

Nei, benytter ikke

Nei, kjenner ikke til

• **16. Har du laget eget materiale som du har benyttet som verktøy til screening av kognitive kommunikasjonsvansker?**

Dette inkluderer ikke uoffisielle oversettelser av internasjonale screeningsverktøy

Ja

Nei

• **17. Kjenne du til disse verktøyene til kartlegging av kognitive kommunikasjonsvansker?**

Kryss av for alle alternativene du kjenner til

HAST (Haukeland afasi-screeningstest)

PALPA (Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia)

RHLB (Right Hemisphere Language Battery)

RBMT (Rivermead Behavioral Memory Test)

Favres (The Functional Assessment of Verbal Reasoning and Executive Strategies)

LCQ (La Trobe Communication Questionnaire)

ASHA-FACS (American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults)

Vost (Verb- og setningstest)

MIRBI (Mini Inventory of Right Brain Injury)

Wiig-Semel

Rådgiveren ([www.netped.no](http://www.netped.no))

WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)

WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)

• **18. Benytter du disse verktøyene, delvis eller i sin helhet, hver gang du kartlegger mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Kryss av for alle alternativene du benytter hver gang

HAST (Haukeland afasi-screeningstest)

PALPA (Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia)

RHLB (Right Hemisphere Language Battery)

RBMT (Rivermead Behavioral Memory Test)

Favres (The Functional Assessment of Verbal Reasoning and Executive Strategies)

LCQ (La Trobe Communication Questionnaire)

ASHA-FACS (American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults)

Vost (Verb- og setningstest)

MIRBI (Mini Inventory of Right Brain Injury)

Wiig-Semel

Rådgiveren ([www.netped.no](http://www.netped.no))

WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)

WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)

• **19. Benytter du disse verktøyene, delvis eller i sin helhet, men ikke hver gang du kartlegger mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Kryss av for alle alternativene du benytter, men ikke hver gang

HAST (Haukeland afasi-screeningstest)

PALPA (Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia)

RHLB (Right Hemisphere Language Battery)

RBMT (Rivermead Behavioral Memory Test)

Favres (The Functional Assessment of Verbal Reasoning and Executive Strategies)

LCQ (La Trobe Communication Questionnaire)

- ASHA-FACS (American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults)
- Vost (Verb- og setningstest)
- MIRBI (Mini Inventory of Right Brain Injury)
- Wiig-Semel
- Rådgiveren (www.netped.no)
- WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)
- WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)

• **20a. Kjenner du til uoffisielle oversettelser av internasjonalt screeningsverktøy?**

Med uoffisielle oversettelser menes verktøy som eksplisitt benyttes til screening, men som ikke er offisielt oversatt til norsk, heller ikke normert eller standardisert til norske forhold.

Dette inkluderer materiale som du selv ikke har oversatt

- Ja, vennligst spesifiser i 20b hvilke du kjenner til
- Nei
  - 20b. Vennligst spesifiser hvilke uoffisielle screeningsverktøy du kjenner til

• **21a. Benytter du uoffisielle oversettelser av internasjonale screeningsverktøy?**

- Ja, hver gang. Vennligst spesifiser i 21b
- Ja, men ikke hver gang. Vennligst spesifiser i 21b
- Nei, benytter ikke.
- Nei, kjenner ikke til.
  - 21b. Hvis du svarte JA vennligst spesifiser her

• **22a. Benytter du screeningsverktøy som er beregnet for å avdekke afasi som verktøy for screening av kognitive kommunikasjonsvansker?**

- Ja, hver gang. Vennligst spesifiser i 22b
- Ja, men ikke hver gang. Vennligst spesifiser i 22b

Nei

- 22b. Hvis du svarte JA vennligst spesifiser her

- **23. Har du kjennskap til "observasjon" som et verktøy til kartlegging av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja

Nei

- **24. Benytter du observasjon som et verktøy til kartlegging av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja, hver gang

Ja, men ikke hver gang

Nei, benytter ikke

Nei, kjenner ikke til

- **25. Har du kjennskap til "informasjon som pårørende" som et verktøy i kartleggingen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja

Nei

- **26. Benytter du informasjon fra pårørende som et verktøy i kartleggingen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja, hver gang

Ja, men ikke hver gang

Nei, benytter ikke

Nei, kjenner ikke til

- **27. Har du kjennskap til "informasjon fra den som er rammet" som et verktøy i kartleggingen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja

Nei

- **28. Benytter du informasjon fra den som er rammet som et verktøy i kartleggingen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

- Ja, hver gang
- Ja, men ikke hver gang
- Nei, benytter ikke
- Nei, kjenner ikke til

- **29. Har du kjennskap til "informasjon fra tverrfaglig team" som et verktøy i kartlegging av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

- Ja
- Nei

- **30a. Benytter du informasjon fra tverrfaglig team som et verktøy i kartleggingen av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

- Ja, hver gang. Vennligst spesifiser i 30b
- Ja, men ikke hver gang. Vennligst spesifiser i 30b
- Nei, benytter ikke.
- Nei, kjenner ikke til

- **30b. Hvis du svarte JA vennligst spesifiser faggruppe her**

Det er mulig å krysse av for flere alternativer

- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Psykolog
- Logoped
- Sosionom
- Lege
- Sykepleier
- Spesialpedagog
- Annet, vennligst spesifiser i 30c

- 30c. Hvis du svarte annet vennligst spesifiser her

- **31. Har du laget eget materiale som du benytter til kartlegging av kognitive kommunikasjonsvansker?**

Dette inkluderer ikke uoffisielle oversettelser av internasjonalt materiale

- Ja
- Nei

### **Oppfølging/arbeid med mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker**

Arbeidet med mennesker som har kognitive kommunikasjonsvansker vil variere fra person til person. Personens vanskeomfang og behov vil avgjøre hvilket fokus man har i arbeidet. Under følger fokusområder man kan ha i arbeid med denne gruppen.

- **32. Benytter du grupper i arbeidet med mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Grupper vil i denne sammenheng inkludere alle former for samling av mer enn 2 mennesker (ekskludert logoped og annet personell)

- Ja, hver gang
- Ja, men ikke hver gang
- Nei

- **33. Deltar pårørende eller andre nærpå personer i møtene med logopeden?**

I denne spørreundersøkelsen innebærer dette at den pårørende/nærpersonen deltar i undervisning/trening sammen med den som er rammet

- Ja, hver gang
- Ja, men ikke hver gang
- Nei

**Spørsmålstekst (34-46): I hvilken grad har du i ditt arbeid med mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker fokus på trening av:**

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	I ingen grad
34. Oppmerksomhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Hukommelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	I ingen grad
36. Persepsjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Evne til innsikt og dømmekraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Organisasjonsevne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Orienteringsevne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Språkferdigheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Kommunikasjonsferdigheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Prosesseringshastighet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Problemløsning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Evne til resonnering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Eksekutive funksjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Metakognisjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- **47a. Har du henvendt deg til andre for å få bistand til oppfølging av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Ja, vennligst spesifiser i 47b

Nei

- **47b. Hvis du svarte JA, til hvem/hvor har du henvendt deg?**

Det er mulig å krysse av for flere alternativer

StatPed

PPT

Rehabiliteringsinstitusjon

Habiliteringstjeneste



- Sykehus
- Kollega
- Annet, vennligst spesifiser i 47c

- 47c. Hvis du svarte annet vennligst spesifiser her

- **48a. Hvordan tilegner du deg informasjon om oppfølging av mennesker med kognitive kommunikasjonsvansker?**

Det er mulig å krysse av for flere alternativer

- Seminar og kurs internt (i regi av arbeidsplass)
- Seminar og kurs eksternt (ikke i regi av arbeidsplass)
- Litteratur (fagbøker, artikler o.l.)
- Internett (dette inkluderer artikler på nett)
- Annet, vennligst spesifiser i 48b

- 48b. Hvis du svarte annet vennligst spesifiser her

### Avslutning

- 49. Ønsker du å komme med avsluttende kommentarer til undersøkelsen eller undersøkelsens tematikk, så er det mulig her

**Du kan nå avslutte undersøkelsen, tusen takk for din innsats!**