



UiO • Universitetet i Oslo

Behandling av taleapraksi

En kvalitativ studie av hvordan logopedar i Norge arbeider med taleapraksi

Elise Rognstad

Masteroppgave i spesialpedagogikk – Fordypning i logopedi
40 studiepoeng

Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Vår 2020

Behandling av talepraksi

En kvalitativ studie av hvordan logopedar i Norge arbeider med talepraksi

© Elise Rognstad

2020

Behandling av talepraksi. En kvalitativ studie av hvordan logopedar i Norge arbeider med talepraksi.

Elise Rognstad

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Formål og problemstilling

Taleapraksi er en kommunikasjonsvanske som vanligvis behandles av logopeder. Det eksisterer mange ulike tilnærminger til behandling av vansken, og ulike metodologiske innfallsvinkler regnes som nyttig i arbeidet med taleapraksi. Logopeder jobber ulikt med vansken, og det finnes minimalt av forskning fra Norge om taleapraksi. Formålet med studien er å få en dypere innsikt i hvordan taleapraksi som vanske faktisk behandles av logopeder i Norge. Problemstillingen har som mål å frembringe større kunnskap om hva som benyttes i praksis av logopeder i Norge, hva som er felles for det logopediske arbeidet og hvordan logopedene opplever arbeidet med taleapraksi. Med bakgrunn i dette lyder problemstillingen: *Hvordan arbeider logopeder i Norge med behandling av taleapraksi?*

Metode

For å undersøke problemstillingen ble en kvalitativ tilnærming med en fenomenologisk vitenskapsteoretisk forankring valgt. Datamaterialet er samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer. Utvalget ble rekruttert via nøkkelpersoner, og består av fire logopeder som har erfaring med behandling av personer med taleapraksi. Innholdsanalyse ble benyttet som analytisk metode under behandlingen av datamaterialet, og det analytiske arbeidet ble gjort ved hjelp av dataprogrammet NVIVO 12.

Resultater

Funnene indikerer at bevissthet og repetisjon er de komponentene som anses som mest grunnleggende i behandlingen. Når det gjelder mål for behandling kommer det frem at klientenes egne ønsker står høyt, og at frasene eller ordene som trenes på bør ha relevans for klientens liv. Studien har synliggjort at logopedene for det meste jobber under en artikulatorisk-kinematisk tilnærming eller med kontroll av hastighet/rytme. Artikulatorisk-kinematisk tilnærming handler å fasilitere for bevegelse og koordinasjonen av artikulatorene, gjennom blant annet modellering, artikulatorisk cueing eller repetert, motorisk trening. Logopedene har selv ikke noe bevisst forhold til hvilke tilnærminger de arbeider ut fra, så plasseringen av tiltakene nevnt i datamaterialet er basert på drøfting opp mot teorien. Et annet funn er at det virker å være gjennomgående at det logopediske arbeidet er basert på logopedens egne erfaringer om hva som fungerer og ikke, og ikke nødvendigvis forankret i evidens eller en kontinuerlig oppdatering på hva forskningen sier. Tiltakene som nevnes er

likevel å finne i litteraturen. Når det gjelder deres egen trygghet på behandling fremkommer det at to av informantene vil si seg trygge, mens de to andre ikke. Uavhengig av dette har alle logopedene en følelse av hvor man bør begynne eller hva som kan være riktig. Et sentralt funn er at logopedene i mange tilfeller ikke opplever veldig gode eller revolusjonerende resultater som følge av behandling, og samtlige av logopedene uttrykker arbeidet med behandling av taleapraksi som utfordrende. Videre indikerer studien at logopedene ofte holder på med behandling av vansken i over ett år.

Forord

Etter fem år som student er jeg endelig i mål. Det har vært en litt rar og annerledes periode å skrive masteroppgave i, men nå er jeg likevel ved veis ende. Til tross for at arbeidet med masteroppgaven til tider har vært krevende, har det samtidig vært utrolig lærerikt. Både fordypning i litteraturen og samtalene med logopedene har lært meg utrolig mye, og gitt meg en større forståelse av temaet i oppgaven, som jeg gleder meg til å kunne ta i bruk i arbeidslivet.

I forbindelse med masterskrivingen er det mange som fortjener en takk. En stor takk rettes til veilederen min, Katrine Kvisgaard, for gjennomlesing, gode tilbakemeldinger og oppmuntrende ord, fra start til slutt. Jeg vil også takke mine snille medstudenter, Caroline og Katarina, som stilte opp som prøveinformanter. Takk til familie og kjæreste som har støttet meg på godt og vondt, og som har lyttet tålmodig til både frustrasjon og fortvilelse igjennom perioden. Sist, men ikke minst, må jeg takke informantene mine for at denne oppgaven i det hele tatt eksisterer. Tusen takk for at dere stilte opp!

Oslo, mai 2020

Elise Rognstad

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål og problemstilling	2
1.3 Avgrensning	3
1.4 Disposisjon	3
2 Teori	4
2.1 Hva er taleapraksi	4
2.1.1 Motorisk talevanske	4
2.1.2 Definerings av vansken	5
2.1.3 Kliniske kjennetegn	6
2.1.4 Årsaksforhold	7
2.1.5 Forekomst	8
2.1.6 Komorbide diagnoser og differensiering	9
2.2 Behandling av taleapraksi	10
2.2.1 Ulike metodologiske tilnæringer til behandling	12
3 Metode	17
3.1 Valg av forskningsdesign	17
3.1.1 Vitenskapsteoretisk forankring: Fenomenologi	17
3.1.2 Metode: Kvalitativt intervju	17
3.2 Forskningsprosessen	18
3.2.1 Utvalg	18
3.2.2 Intervjuguide	18
3.2.3 Prøveintervju	19
3.2.4 Gjennomføring av intervjuene	20
3.3 Behandling av data	21
3.3.1 Transkripsjon av intervjuene	21
3.3.2 Analyse av datamaterialet	22
3.4 Vurdering av studiens kvalitet	26
3.4.1 Reliabilitet	27
3.4.2 Validitet	27
3.5 Etske betraktninger	31
4 Presentasjon og drøfting av resultater	33
4.1 Bakgrunnsinformasjon	33
4.1.1 Erfaring som logoped	33
4.1.2 Hva er taleapraksi	34
4.1.3 Faglig oppdatering	34

4.2 Målsetting i behandling	35
4.2.1 Logopedens mål	35
4.2.2 Klientens mål.....	36
4.2.3 Forskjellige mål.....	36
4.2.4 Klientens kunnskap	37
4.2.5 Målsetting i behandling – drøfting.....	38
4.3 Tiltak og gjennomføring.....	39
4.3.1 Kjennskap til inndeling av tilnærminger.....	39
4.3.2 Oppstart av behandling.....	39
4.3.3 Tiltak	40
4.3.4 Bruk av faglig materiell.....	43
4.3.5 Grunnleggende elementer i behandling	43
4.3.6 Omfang av behandling.....	44
4.3.7 Tiltak og gjennomføring – drøfting	46
4.4 Komorbiditet	52
4.4.1 Erfaringer med sameksistering	52
4.4.2 Prioritering i behandlingen	53
4.4.3 Komorbiditet – drøfting.....	54
4.5 Erfaringer	55
4.5.1 Resultater av behandling	55
4.5.2 Lengde på behandling.....	57
4.5.3 utfordringer i arbeidet.....	59
4.5.4 Trygghet på behandling	60
4.5.5. Erfaringer – drøfting.....	61
5 Avslutning.....	65
5.1 Oppsummering av studiens hovedfunn.....	65
5.2 Fremtidig forskning og veien videre.....	67
Litteraturliste	69
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	72
Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema	74
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	77

Antall ord: 26 122

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Taleapraksi er en ervervet kommunikasjonsvanske som skyldes nedsatt evne til å planlegge eller programmere sensoriske kommandoer for å styre bevegelser som er nødvendige for normal tale (Duffy, 2013; Miller & Wambaugh, 2017). Vansken behandles vanligvis av logopedier.

Det er betydelig kontrovers i litteraturen om hvordan man definerer og kartlegger taleapraksi, for igjen å kunne planlegge rehabiliteringstiltak (West, Hesketh, Vail & Bowen, 2005). En av nøkkelutfordringene når det gjelder enighet rundt hva som ligger til grunn for taleapraksi gjelder hva som egentlig menes med planlegging versus programmering versus utførelse av tale, og hvorvidt dette er separate eller samme prosess (Miller & Wambaugh, 2017). En annen utfordring ved forskningen på taleapraksi er at det vanligvis opptrer med andre språkvansker, som afasi (vansker med forståelse og/eller produksjon) og dysartri (uttalevansker) (West et al., 2005). Internasjonale tester utviklet for taleapraksi diskriminerer ikke mellom afatiske, fonologiske vansker og taleapraksi, og få utgitte tester for afasi og dysartri er spesifikke om å differensialdiagnostisere disse vanskene fra taleapraksi (Mumby, Bowen & Hesketh, 2007; West et al., 2005).

I Norge har det ikke engang før inntil veldig nylig eksistert noen anerkjent, standardisert test for taleapraksi. Prosjektet med å oversette og tilpasse testen DIAS (Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak) til norsk kom derfor som følge av et behov for en standardisert test for å kunne gjenkjenne taleapraksi (ExtraStiftelsen, 2019). Når det ikke før dette kalenderåret har eksistert adekvate kartleggingsverktøy som skal legge grunnlag for planlegging av rehabiliteringstiltak, hvordan behandler egentlig logopedier i Norge vansken?

Det finnes det ingen fasit for logopedisk arbeid ved slike vansker (Haaland-Johansen, Lind og Corneliussen, 2012). En svakhet ved litteraturen om tiltak til taleapraksi har vært at studiene som er blitt gjort i stor grad har bestått av små utvalg, ofte kun én person, noe som har hindret replikasjon (Ballard et al., 2015). Replikasjoner har likevel forkommet oftere de siste årene, til tross for et stort antall studier med en deltaker (se Ballard et al., 2015 for review), noe som etter hvert vil kunne gi sikrere føringer på hva som er hensiktsmessig. En annen utfordring ved replikasjoner har vært som følge av at det har vært usikkerhet om hvilke kjennetegn som karakteriserer taleapraksi spesifikt, og da igjen kunne garantere at det er samme type gruppe

mennesker, med samme vansker, som har vært en del av de foreliggende studiene (Duffy, 2013).

Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag er heller ikke veldig konkrete i sine retningslinjer vedrørende talepraksi og språktrening: «Talepraksi forekommer oftest i forbindelse med afasi, og tiltak rettet mot disse vanskene blir oftest et ledd i den psykolingvistiske tilnærmingen til språk- og talevanskene» (Helsedirektoratet, 2017). Haaland-Johansen og kollegaer (2012) påpeker at en eklektisk tilnærming, med ulike metodologiske innfallsvinkler, er vanlig og regnes som nyttig i arbeid med personer med talepraksi, siden symptomene gjerne er sammensatte. Men hva innebærer dette i praksis? Hvilke av de mange eksisterende tilnærmingene eller metodologiske innfallsvinkler benyttes av logopeder i Norge?

Som det er kommet frem finnes det ingen fasit for arbeidet ved talepraksi, men Haaland-Johansen og kollegaer (2012) understreker viktigheten av å beskrive det som skjer i klinisk praksis, slik at man kan bidra til faglig refleksjon og utvikling på feltet. Derfor ønsker jeg å undersøke hvordan logopeder i Norge faktisk arbeider med behandling av talepraksi. Et kjapt søk i DUO vitenarkiv og Oria på «talepraksi» gir treff på én artikkel og ingen masteroppgaver. Det ser altså ikke ut til at det er skrevet noen masteroppgave på norsk med hovedfokus på talepraksi tidligere. Videre var det i emnet «SPED4200 – Fordypning i logopedi» kun én forelesning om talepraksi. Jeg ser det derfor som høyst aktuelt at det logopediske arbeidet med vansken belyses også i Norge.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med studien vil være å få en dypere innsikt i hvordan logopeder i Norge faktisk behandler talepraksi som vanske, som følge av at logopeder jobber ulikt med det.

Undersøkelsen vil også kunne se på om logopedene er oppdatert på internasjonal forskning vedrørende behandling av talepraksi.

Med bakgrunn i det som er kommet frem ovenfor er min problemstilling følgende:

Hvordan arbeider logopeder i Norge med behandling av talepraksi?

Som nevnt finnes det ingen fasit for arbeid med denne type vanske, og målet vil heller ikke være å sitte med en fasit til slutt, men heller ha større kunnskap om 1) hva som benyttes i praksis av logopeder i Norge, 2) hva som er felles for det logopediske arbeidet og 3) hvordan logopedene opplever arbeidet med talepraksi.

1.3 Avgrensning

Prosjektet avgrenses, som ifølge problemstillingen, til å fokusere på behandling av taleapraksi. Avgrensningen innebærer at andre sentrale perspektiver knyttet til logopedens arbeid, som kartlegging, får mindre oppmerksomhet. Kartlegging hadde vært interessant å se på i forbindelse med behandling, med tanke på det som kommer frem i bakgrunn for valg av tema om at det inntil nylig ikke har eksistert noen god standardisert test for å utrede. På grunn av oppgavens omfang ble det derimot tatt et valg om kun å fokusere på behandling. Samtidig vil jeg understreke at kartlegging også har stor betydning i logopedenes arbeid.

1.4 Disposisjon

Oppgavens resterende kapitler vil presenteres med henblikk på å belyse problemstillingen. I *kapittel 2* blir relevant og aktuell teori og forskning knyttet til taleapraksi og behandling presentert som et grunnlag for den videre undersøkelsen. I *kapittel 3* beskrives studiens vitenskapsteoretiske forankring, metodiske tilnærming, datainnsamlings- og databehandlingsprosess. Videre i kapitlet drøftes reliabilitet og validitet, samt etiske betraktninger. I *kapittel 4* presenteres resultatene fra analysen og drøftingen av datamaterialet. I studiens avsluttende kapittel, *kapittel 5*, gis en oppsummering av studiens funn i lys av problemstillingen, samt refleksjoner rundt fremtidig forskning og veien videre.

2 Teori

I følgende kapittel presenteres prosjektets teoretiske- og forskningsbaserte rammeverk. Rammeverket som er valgt anses som relevant for å belyse datamaterialet og besvare problemstillingen, og har som hensikt å gi en helhetlig forståelse av oppgavens tematikk. Først blir det gjort rede for hva taleapraksi er. Dette inkluderer faktorer som at det er en motorisk talevanske, dens definisjoner, kjennetegn, forekomst og årsaksforhold, og hvordan taleapraksi ofte opptrer med andre vansker og hvordan den skiller seg fra dem. Deretter redegjøres det for aspekter ved behandling av taleapraksi, samt en presentasjon av ulike metodologiske tilnærminger til behandling.

2.1 Hva er taleapraksi

2.1.1 Motorisk talevanske

Tale krever en integrering av en rekke nevrokognitive, -motoriske, -muskulære og skjelletmuskulære aktiviteter (Duffy, 2013). Duffy (2013, s.3) beskriver tre prosesser, eller faser, disse aktivitetene kan deles inn i: Når tanker og følelser danner et ønske om å kommunisere verbalt må de organiseres og konverteres til en kode som retter seg til reglene for språk. Disse kombinerte aktivitetene refereres til som «kognitiv-lingvistisk prosess». Videre må den intenderte verbale meldingen organiseres for en nevro-muskulær utførelse. Disse aktivitetene inkluderer valg, sekvensering og regulering av sensomotoriske «programmer» som aktiviserer talemuskulatur til passende koartikulert tid, varighet og intensitet. Denne prosessen kalles «motorisk planlegging, programmering og kontroll av tale». Til sist må aktivitet fra det sentrale og det perifere nervesystemet kombineres for å utføre de talemotoriske programmene. Pust, resonatorisk og artikulatorisk muskulatur må innveres på en måte som skaper et akustisk signal som gjenspeiler målene for programmet. Med innverer menes å overføre signaler fra nervesystemet til et organ. Denne overføringen og påfølgende muskelbevegelse av talestrukturer kalles «nevro-muskulær utførelse». Til sammen utgjør disse prosessene den talemotoriske prosessen (Duffy, 2013).

Når det skjer en svikt i en av disse prosessene snakker vi om motoriske talevansker. Motoriske talevansker innebærer språkforstyrrelser som reflekterer avvik i nervesystemets strukturer eller prosesser som er direkte involvert i sensomotorisk programmering, kontroll eller utførelse av tale (Duffy, 2013). Motoriske talevansker inkluderer dysartrier og taleapraksi. Dysartrier reflekterer problemer med nevro-muskulær kontroll eller utførelse av tale (Duffy, Strand & Josephs, 2014), altså siste fase i den talemotoriske prosessen nevnt over.

Ved dysartrier vil det kunne være snakk om abnormiteter i styrke, hastighet, register, stødighet, tone eller nøyaktighet i bevegelser nødvendige for aspekter i taleproduksjon, som pust, resonans, artikulasjon og prosodi (Duffy, 2013). Det finnes flere perseptuelt karakteristiske typer, hvor hver reflekterer involvering av forskjellige deler av det sentrale eller perifere nervesystemet (Duffy et al., 2014). Taleapraksi derimot reflekterer en svekkelse i planleggingen eller programmeringen av bevegelse for tale, nemlig andre fase i den talemotoriske prosessen. Taleapraksi ligger med andre ord i grensesnittet mellom vansker med språket (afasi) og motorisk kontroll og utførelse (dysartri) (Duffy et al., 2014).

2.1.2 Definerings av vansken

Som nevnt i innledningen er taleapraksi en ervervet kommunikasjonsvanske som skyldes nedsatt evne til å planlegge eller programmere sensoriske kommandoer for å styre bevegelse som er nødvendige for normal tale (Duffy, 2013; Miller & Wambaugh, 2017). Den kanskje mest siterte og innflytelsesrike definisjonen av taleapraksi er av Wertz, LaPointe og Rosenbek (1984, referert i bl.a. Mumby, Bowen & Hesketh, 2007; Ogar et al., 2006; McNeil, Pratt & Fossett, 2004). De definerte taleapraksi som en «neurologic phonologic disorder resulting from sensorimotor impairment of the capacity to select, program and/or execute in coordinated and normal times sequences, the positioning of the speech musculature for the volitional production of speech sounds (Wertz, LaPointe & Rosenbek, 1984, s.4). Problemet med taleapraksi anses altså å ligge i å spesifisere og koordinere bevegelsesparameterne som kreves for å produsere en serie av lyder, og derfor lokaliseres det sannsynlige sammenbruddet til stadiet av fonetisk koding eller kontroll (Miller & Wambaugh, 2017). Generelt definert kan vi si at taleapraksi er en svikt i programmeringen av plasseringen av taleorganene og sekvenseringen av artikulasjoner (Jonkers, Feiken & Stuive, 2017).

I modeller for språkproduksjon er taleapraksi typisk ansett som et problem som skjer på et mellomnivå av taleproduksjon, mellom ytringsformulering, der afatiske feil oppstår, og muskulær utførelse av motoriske planer for artikulasjon av talen, der dysartri-relaterte feil oppstår (Duffy, 2013). Det kan altså forekomme i både fravær av fysiologiske forstyrrelser assosiert med dysartri, og fravær av forstyrrelser av noen komponenter i språket. Taleapraksi innebærer ikke muskelsvakhet, lammelse, spastisitet, eller problemer med språkforståelse eller produksjon, men reflekterer en svekket kapasitet til å planlegge og programmere sensomotoriske kommandoer nødvendig for å styre bevegelser som resulterer i en fonetisk og prosodisk normal tale (Duffy, 2013).

Det er likevel som nevnt innledningsvis betydelig kontrovers i litteraturen for hvordan man definerer og kartlegger taleapraksi for å skreddersy rehabilitering, og det er per dags dato ingen universell god tatt definisjon av taleapraksi eller «gullstandard» for kartlegging (Mumby et al., 2007). Dette er også hinderet for teoretisk og klinisk utvikling ved taleapraksi, nemlig mangelen på en omfattende og tydelig definisjon som fører til et avtalt sett av kriterier for utvalg. Til tross for dette overordnede problemet, er det tilstrekkelig koherens, altså sammenheng, blant de studiene som undersøker vansken når det gjelder beskrivelsen for å karakterisere de unike og delte trekkene ved vansken (McNeil et al., 2004).

2.1.3 Kliniske kjennetegn

Siden konseptet om taleapraksi ble introdusert av Darley (1968, referert i Duffy, 2013) på 60-tallet har det vært viktige debatter om vanskens eksistens og dens underliggende natur. Et grunnleggende problem har vært usikkerheten rundt hva som er vanskens definerende særtrekk. Som nevnt innledningsvis har dette ført til usikkerhet på hvorvidt forskere som hevder å ha studert vansken faktisk har studert det samme, altså den samme entiteten (Duffy, 2013). De siste årene, med en forbedring i modeller for språk og talemotorisk kontroll, samt forsøk på at klinisk observasjon skal passe til dem, har det blitt noe grunnlag for de kliniske karakteristikkene (Duffy, 2013).

Mange av kjennetegnene som opprinnelig ble foreslått som unike for taleapraksi har i senere blitt bekreftet til å være til stede i afasi uten taleapraksi (Molly & Jagoe, 2019). Et eksempel er den mest brukte internasjonale testen for taleapraksi: Apraxia Battery for Adults. Den er designet for å få frem 15 kjennetegn for tale, som er ansett som karakteristiske for taleapraksi av utviklerne, for å avgjøre tilstedeværelse og alvorlighetsgrad av vansken. Det har derimot i ettertid blitt diskutert at bare to av disse 15 kjennetegnene er unike for taleapraksi, hvor resten også kan være til stede i afasi og dysartri (Molloy & Jagoe, 2019).

En nylig studie gjorde et forsøk på å identifisere kjennetegn spesifikke for taleapraksi. Forfatterne, Jonkers, Feiken og Stuive (2017), tok utgangspunkt i en litteraturgjennomgang som fant 33 karakteristiske tegn på taleapraksi. Disse ble kategorisert inn i primære og sekundære tegn. De kategoriserte primære og sekundære kjennetegnene ble sammenliknet med kjennetegn sett i andre nevrologiske kommunikasjonsvansker, som afasi og dysartri, hvor overlappende kjennetegn ble utelatt. Dette resulterte i åtte tegn som blir ansett å være kritiske kjennetegn som er nyttige for å differensialdiagnostisere taleapraksi. For å konkludere med taleapraksi må tre av disse åtte symptomene være tilstede: 1) inkonsekvent

språklydproduksjon (klarer ikke produsere samme språklyd tre ganger etter hverandre), 2) flere feil ved produksjon av konsonanter enn vokaler, 3) svakere alternerende enn sekvensiell diadokinese (pa-pa-pa vs. pa-ta-ka), 4) søkende munnbevegelser («groping»), 5) startvansker, vansker med å initiere ytringer, 6) stavelsessegmentering (pause mellom stavelser, stakkato), 7) segmentering av konsonantopphopninger (pause eller schwa-vokal mellom konsonanter), og 8) betydningen av artikulatorisk kompleksitet (flere feil i ord med opphopning av konsonanter) (Jonkers et al., 2017).

Disse åtte kjennetegnene var altså til stede hos alle individene med taleapraksi, men med stor variasjon. Dette stemmer med antakelsen om at den samme underliggende vansken kan manifestere seg gjennom forskjellige primære og sekundære kjennetegn (Jonkers et al., 2017). Studien fant videre at for å konkludere med taleapraksi må tre av disse åtte symptomene være til stede. Siden alle kjennetegnene ble funnet jevnlig hos de forskjellige individene, virker ingen av symptomene å være mer karakteriserende for taleapraksi enn noen andre. Alle de åtte kjennetegnene er nevnt som tegn på vansken i litteraturen om taleapraksi (Jonkers et al., 2017).

Arbeidet fortsetter med å identifisere taleatferd som er unik for taleapraksi og dermed kan brukes til å skille det fra sameksisterende tilstander. Videre er dette komplisert på grunn av det faktum at taleapraksi sjeldent forekommer isolert. Til tross for at et lite antall «rene» tilfeller taleapraksier har blitt dokumentert, så har mangelen på en universell standard for taleapraksidiagnose potensielt skapt utfordringer i å identifisere slike tilfeller (Malloy & Jagoe, 2019). Likevel, til tross for den akademiske konflikten som fortsetter angående karakteristiske tegn, har flere studier funnet at diagnosen av klinikerne i praksis i stor grad er basert på de samme kriteriene. Taleapraksi-diagnosen har hittil tendert å bli gjort ved klinisk dømmekraft, som følge av fraværet av en «gullstandard» for kartlegging (Mumby et al., 2007), men funn tyder på at logopedene identifiserer en meningsfull populasjon (Mumby et al., 2007; Molloy & Jagoe, 2019).

2.1.4 Årsaksforhold

Enhver prosess som kompromitterer dominerende hemisfærefunksjoner for motorisk planlegging/programmering kan forårsake taleapraksi (Duffy, 2013). Hjerneslag er den vanligste årsaken til taleapraksi, og da spesielt hjerneinfarkt (fremfor blødning). Vansken kan også resultere fra hodetrauma, tumor eller andre nevrologiske lidelser (Ogar et al., 2006; Duffy, 2013). Noen ganger er taleapraksien også et tegn på en degenerativ sykdom i

sentralnervesystemet (Duffy, 2013). Det er ikke noe unikt ved naturen til de vaskulære forstyrrelsene som forårsaker taleapraksien, annet enn at de er lokalisert til den dominante hemisfæres nettverk for strukturer som planlegger og programmerer bevegelser for tale. Taleapraksi forventes altså bare når skaden er i den dominante hemisfæren (Duffy, 2013). Det er nesten alltid assosiert med venstre hemisfære patologi, foruten i tilfeller som involverer høyre hemisfære- eller blandet språk-dominans. Lokasjon for skade er derfor stort sett i venstre hemisfære, hovedsaklig frontallappen (Duffy, 2013; Duffy et al., 2014). En rekke andre hjerneområder har også blitt assosiert med taleapraksi, inkludert insula, Broca's område, isselappen og subkortikale områder (Ogar et al., 2006).

Debatten om taleapraksiens natur har tradisjonelt vært sentrert rundt vanskens forbindelse med afasi, og derav grensene mellom tale og språk. Den hyppige samtidige forekomsten av afasi og taleapraksi, og overlappet av anatomiske regioner som er sentrale for språk og talemotorisk planlegging, bidrar til å drive denne usikkerheten (Duffy, 2013). Det virker derimot til å være en generell enighet om at 1) avvikene i språklyder noen pasienter med afasi har kan tilskrives motorisk planlegging/programmering fremfor lingvistisk/fonologisk svikt, og 2) en forstyrrelse i talemotorisk planlegging/programmering kan resultere fra venstre cerebrale lesjoner, som også kan forårsake vanskeligheter med språket (Duffy, 2013).

For å oppsummere kan man si at taleapraksi som møtt i de fleste rehabiliteringssettinger er vanligvis forårsaket av hjerneslag, og noen ganger tumor eller trauma, og er nesten alltid et resultat av abnormitet i den venstre cerebrale hemisfære. Selv om det er uvanlig, kan taleapraksi være et fremtredende tegn på flere former for degenerative sykdommer relatert til sentralnervesystemet (Duffy, 2013).

2.1.5 Forekomst

Insidens og prevalens for motoriske talevansker i den generelle populasjonen er usikker. Mayo Clinical har sett på fordelingen av 14 235 mennesker med en kommunikasjonsvanske som primærdiagnose, som var innom deres avdeling for logopedi mellom 1993 og 2008. Dataene indikerer at motoriske talevansker generelt står for 57% av de primære diagnosene, mens taleapraksi utgjør 3,9% av de 57% (Duffy, 2013). Dataene representerer dog nødvendigvis ikke fordelingen av disse diagnosene som sett i mange logopediske praksiser. Taleapraksi forekommer også ofte som en sekundærdiagnose hos personer med lesjon, altså skade, i venstre hemisfæren, hvor den primære kommunikasjonsvansken er afasi. Det kan også være sekundærdiagnose hos mennesker med dysartri som primærdiagnose eller andre

nevrologiske kommunikasjonsvansker (Duffy, 2013). Taleapraksi er altså med andre ord til stede i langt mer enn 3,9% av personer som har kommunikasjonsvansker relatert til skade i venstre hemisfære.

Et annet eksempel fra Mayo Clinic tar for seg 92 tilfeller av taleapraksi som primær språkdiagnose. Blant disse hadde 65% også afasi (Duffy, 2013). Det virker derfor til at for pasienter hvor taleapraksien er den mest fremtredende tale- eller språkforstyrrelsen, er likevel afasi ofte tilstedeværende. Selv om denne prosent fastslår at taleapraksi kan forekomme uavhengig av språkforstyrrelser, er det likevel ikke passende å konkludere med at 35% av alle personer med taleapraksi ikke har afasi. Dette er fordi utvalget ikke inkluderte pasienter med taleapraksi hvor afasi var den primære språkforstyrrelsen, og fordi afasi forekommer oftere enn taleapraksi, er det klart at prosenten for alle mennesker med taleapraksi som også har afasi er mye høyere enn 65% (Duffy, 2013). Blant de 92 pasientene var dysartri tilstedeværende hos 30%. Som med afasi anslår denne statistikken for lav prosent av personer med taleapraksi som også har dysartri, fordi utvalget ikke inkluderte de med taleapraksi hvor dysartri var den primære språkforstyrrelsen (Duffy, 2013).

Taleapraksi som den eneste nevrologiske kommunikasjonsvansken (ingen dysartri, afasi, o.l.) ble bare funnet i 4% (fire pasienter) av utvalget (Duffy, 2013). Her er det også verdt å nevne at degenerative sykdommer var årsak hos tre av de fire, som øker sjansen for at isolert taleapraksi er mer vanlig i degenerative sykdommer, enn av hjerneslag eller trauma. Det er også verdt å merke seg at prosenten på fire mest sannsynlig blåser opp den totale frekvensen av isolert taleapraksi, fordi dataene igjen kun er hentet fra pasienter hvor taleapraksi var den primære kommunikasjonsvansken. Hvis alle tilfeller av taleapraksi var inkludert, eksempelvis inkludert de tilfellene hvor afasien eller dysartrien var mest fremtredende, ville denne statistikken vært lavere. Mest sannsynlig atskillig lavere (Duffy, 2013). Det er med andre ord vanskelig å fastslå sikkert antall for forekomst av taleapraksi.

2.1.6 Komorbide diagnoser og differensiering

Taleapraksien sin eksistens som egen adskilt klinisk enhet er ofte ignorert utenfor logopedisk litteratur. Som konsekvens blir taleapraksiens manifestasjoner ofte begravd innenfor kategorier om afasi og dysartri. Dette er uheldig, da taleapraksiens natur er forskjellig fra afasi og dysartri, og dens lokalisering er ganske forskjellig fra de fleste typer dysartri. Ikke minst er håndtering av vansken forskjellig fra dysartri og afasi (Duffy, 2013).

Noen generelle distinksjoner mellom dysartri og talepraksi er at ved dysartri kan alle komponentene ved tale være påvirket, eksempelvis respirasjon, fonasjon, resonans, artikulasjon og prosodi. Talepraksi er hovedsakelig en artikulatorisk og prosodisk vanske. I tillegg er dysartri sjeldent assosiert med afasi, mens talepraksi ofte er assosiert med afasi (Duffy, 2013). Ved dysartri er også de avvikende talekarakteristikkene generelt konsekvente på tvers av ytringer, og relativt upåvirket av grad av ytringsautomatisitet, stimulusmodalitet (spontan, lesing, imitasjon) eller lingvistiske variabler. Ved talepraksi derimot kan repetisjon av identiske ytringer variere og være uforutsigbare, hyppigheten av feil kan påvirkes av faktorer som ordlengde og ordfrekvens, og automatisk tale kan være noe bedre enn proposisjonell tale (Duffy, 2013; Ogar et al., 2006).

Når det gjelder afasi og talepraksi kan det være vanskelig å skille av flere årsaker. For det første er det ingen signifikante forskjeller mellom de to vanskene i deres anatomiske og vaskulære karakteristikk og deres etiologi. For det andre, selv om afasi ofte forekommer uten talepraksi, er det sjeldent talepraksi forekommer i fravær av afasi; og samtidig forekomst av de to vanskene gjør det vanskelig å skille dem. For det tredje kan pasienter med afasi lage lydfeil som antakelig er lingvistisk (fonologisk) i natur, mens pasienter med talepraksi lager lydfeil som reflekterer planleggings-/programmeringsproblemer (Duffy, 2013). Disse to typer feil kan være vanskelig å skille fra hverandre, og de viser den største utfordringen med å differensialdiagnostisere (Duffy, 2013). Når talepraksien er ren er det ingen vansker med verbal- eller leseforståelse, og de lingvistiske aspektene ved skriving kan være normale. I kontrast er afasi ved definisjon en multimodal språkvanske (Duffy, 2013). Videre når det gjelder håndtering av vansken er ikke behandling som fasiliteter språkproduksjon i afasi effektiv for talepraksi, og behandling som fasiliteter taleproduksjon ved talepraksi er ikke effektiv for afasi (Duffy, 2013).

2.2 Behandling av talepraksi

Opp igjennom årene har håndteringen av talepraksi fått mindre oppmerksomhet enn forsøkene på å beskrive dens kjennetegn og forstå dens natur (Duffy, 2013). Dette er forståelig i seg selv, med tanke på historien av debatten om talepraksi som egen kommunikasjonsvanske og den ufullstendige forståelsen av dens natur. Til tross for dette har flere tilnærminger til behandling blitt utviklet, og studier av effekten deres har økt de siste årene (Duffy, 2013). En kort redegjørelse av de ulike tilnærmingene vil gis senere i kapitlet, mens innledningsvis vil det redegjøres for noen generelle forhold ved behandling av vansken.

Det primære målet ved behandlingen av talepraksi er å maksimere effektiviteten, produktiviteten og naturlighet av kommunikasjonen. Behandling fokuserer på å gjenopprette og kompensere for svekkede funksjoner, i tillegg til å tilpasse seg tapet av normal tale. Ved talepraksi fokuserer det på 1) å reetablere planer og programmer, eller 2) forbedre evnen til å velge eller aktivere dem (Duffy, 2013). Behandlingen bør fokusere på oppgaver som gir størst utbytte raskest mulig, eller som gir det beste grunnlaget for vedvarende forbedring. Å avslutte behandling så fort forbedring har funnet sted vil kunne påvirke vedvarende effekt, da rask avslutning etter forbedring er assosiert med tap av fremskritt (Duffy, 2013).

Hvilke pekepinner gis for behandlingsstrategier basert på de tidligere refleksjonene om de antatte underliggende mekanismene for svikt ved talepraksi? Talepraksi reflekterer som kjent en vanske med manipulasjon av planlegging- og kontrollenheter i output. Dette peker mot å følge prinsipper for motorisk læring (PML) for å reetablere underliggende programmer (Miller & Wambaugh, 2017). PML er høyt relevant for behandling av talepraksi, og er inkludert i praktisk talt alle spesifikke tilnærminger til å behandle vansken som det er bevis på effekt for (Duffy, 2013). Videre er motorprogrammer og forståelighet bygget opp i kontrastsystemer. Dette antyder en rolle for terapi relatert til minimale par. Med tanke på viktigheten av tilbakemelding i denne prosessen er det behov for å legge vekt på selvovervåking. Se-og-lytte og imitasjon vil også kunne hjelpe gjentilegnelse (Miller & Wambaugh, 2017). Tale oppstår fra supraglottiske bevegelser som modifierer en underliggende luftstrøm og fonasjon. Det er med andre ord dynamisk. Derfor bør praksis hvor statiske posisjoner eller isolerte elementer av bevegelse, hvor fonasjon og justering av artikulatoren som inkluderer vilkårlige bevegelser som ikke er relatert til tale, ikke ha noen plass (Miller & Wambaugh, 2017). Videre, fordi lyder bare forekommer i kontekst, forfekter dette et nivå av enheter med hele stavelser, ord og ytringer i praksis. Fordi talepraksi er assosiert med vanskeligheter i overganger mellom lyder vil øving av lyder eller bevegelse isolert, for deretter å forsøke å sette de sammen igjen, sannsynligvis virke mot sin hensikt (Miller & Wambaugh, 2017). Egenskaper som stress og rytme ved ytringer er vesentlige for talemotoriske planer og tydelighet. Derfor er innarbeidelse av rytmisk variasjon eller rytmiske kontraster berettiget fra start. Vansker med lydsekvenser virker å være nært knyttet til antall justeringer av stemmekanalen som kreves fra punkt til punkt. Å senke talen virker å forbedre outputen ved talepraksi, mest sannsynlig av en rekke årsaker (Miller & Wambaugh, 2017). Miller og Wambaugh (2017) stiller derimot spørsmål om hvor langt disse oppfatningene og prediksjonene faktisk er båret ut i praksis.

Flere spesifikke taleorienterte tilnærminger har som nevnt blitt utviklet. De deler en vekt på varsom utvelgning av stimulus, en systematisk progresjon av oppgaver i behandling, og bruk av intensiv og systematisk drilling. Systematisk, intensiv og omfattende drilling er en essensiell komponent i alle behaviorale tilnærminger til taleapraksi (Miller & Wambaugh, 2017).

Siden afasi er til stede i en høy andel tilfeller av taleapraksi fortjener også påvirkningen av afasi på avgjørelse vedrørende behandling en spesiell omtale. Afasi påvirker behandlingen på i hvert fall tre viktige måter. For det første: fordi afasi typisk er tydelig i alle språkmodalitetene kan det redusere pasientens evne til å forstå talt og skrevet stimuli i behandlingen (Duffy, 2013). For det andre: fordi afasi påvirker verbal uttrykkelse er det noen ganger vanskelig å skille afatiske feil fra apraktiske feil i aktivitetene under behandling. Til sist, og det viktigste for avgjørelse om man skal behandle taleapraksien, er at afasien kan være så alvorlig at verbal kommunikasjon ikke er funksjonell selv om motoriske språkevne er inntakte (Duffy, 2013).

Kunnskap rundt behandling av taleapraksi har økt signifikant siden den første publiserte undersøkelsen av terapi for taleapraksi i 1973 (Rosenbek, Lemme, Ahern, Harris & Wertz, 1973, referert i Miller & Wambaugh, 2017). Som nevnt har flere terapeutiske tilnærminger blitt utviklet, og et voksende bevisgrunnlag som støtter atferdsintervensjoner for taleapraksi eksisterer nå i dag (Miller & Wambaugh, 2017). Den første evidensbaserte rapporten med retningslinjer for behandling av taleapraksi ble tilgjengelig i 2006 og var utgitt av Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences (ANCDS) (Wambaugh, Duffy, McNeil, Robin & Rogers, 2006). Basert på 59 publiserte undersøkelser rapporterte de om at bevisgrunnlaget for behandling var relativt tynt og manglende på mange måter, men at det var tilstrekkelig støtte for påstanden om at individer med taleapraksi kan forvente forbedring som et resultat av behandling, selv når apraksien er kronisk (Wambaugh et al., 2006). I 2015 kom ANCDS med en oppdatert gjennomgang som rapporterte om et betraktelig styrket bevisgrunnlag som følge av tilskudd av mer nylige studier (Ballard et al., 2015).

2.2.1 Ulike metodologiske tilnærminger til behandling

Denne inndelingen av metodologiske tilnærminger er basert på inndeling gjort i litteraturen om taleapraksi, som sett i eksempelvis Miller og Wambaugh (2017), Ballard og kollegaer (2015), Duffy (2013), og Wambaugh og kollegaer (2006).

Studiene om taleapraksi inkludert i de originale retningslinjene til ANCDs (Wambaugh et al., 2006) ble beskrevet til å falle inn under en av fire kategorier av generelle tilnæringer til taleapraksibehandling. Disse kategoriene er basert på likheter på tvers av terapeutisk grunnlag, behandlingsmål, og behandlingsteknikker: 1) artikulatorisk-kinematisk behandling, 2) hastighet-/rytmekontroll, 3) intersystemisk fasilitering/reorganisering, og 4) alternativ og supplerende kommunikasjon (Miller & Wambaugh, 2017). Når den første rapporten kom (Wambaugh et al., 2006) var mesteparten av behandlingene karakterisert som artikulatorisk-kinematisk, henholdsvis 29 av 59 studier. I den siste litteraturgjennomgangen fant Ballard og kollegaer (2015) at 24 av de 26 nye studiene var artikulatorisk-kinematisk i natur. De to gjenværende studiene var hastighet/rytme-tilnæringer. De fire kategoriene fra ANCDs sine retningslinjer blir brukt som et organisatorisk rammeverk for den videre redegjørelsen av behandling.

Artikulatorisk-kinematisk tilnærming

Artikulatorisk-kinematiske (AK) teknikker sikter på å forbedre taleproduksjonen gjennom å fasilitere spatial målretting, bevegelse eller koordinasjon av artikulatorene. Det meste av bevisgrunnlaget for behandling av taleapraksi består av studier av terapier som anses å være AK i natur (Miller & Wambaugh, 2017). ANCDs fant en effektivitetsvurdering på «sannsynligvis effektiv», og anbefaler at en AK-tilnærming blir anvendt på individer med moderat til alvorlig grad av taleapraksi, som viser forstyrret kommunikasjon som følge av forstyrrelser i de spatiale (romlige) og temporale (tidsmessige) aspektene ved taleproduksjon (Wambaugh et al., 2006). En rekke teknikker er blitt brukt for å promotere forbedret artikulering hos mennesker med taleapraksi, og teknikker som anses å være AK er blant annet: repetert, motorisk øvelse/trening, modellering/modell-repetisjon, artikulatorisk cueing og instrumentell feedback. Sammenlikning av AK-teknikker har sjeldent forekommet (Miller & Wambaugh, 2017).

Repetert, motorisk trening har vært inkludert som en viktig komponent i nesten alle AK-behandlinger. Repetering er trolig en av de mest virkningsfulle faktorene i behandling, og er i tråd med funn fra litteraturen om prinsipper om erfaringsavhengig nevralt plastisitet, og nevralt modeller for taleproduksjon (Miller & Wambaugh, 2017). En studie har belyst de potensielle fordelene ved en repeterende praksis som nøkkelingrediens i behandlingen, og fant blant annet vesentlig forbedring i artikulering for 8 av 10 deltakere kun ved repetering som øvelse alene, uten noe annen form for behandlingsteknikk (Wambaugh, Nessler, Cameron & Mauszycki, 2012).

Modellering har hyppig blitt brukt som en metode for å lokke frem produksjon i behandling av taleapraksi. Bruk av modellering er forenelig med en teoretisert viktighet av sensorisk informasjon assosiert med tale for utvikling av mållysregioner (Miller & Wambaugh, 2017). En variant av modellering som ofte har blitt inkludert i behandling gjelder handlinger som «se på meg», «hør på meg», og «si det med meg», og blir ofte omtalt som integrert stimulering. Integrert stimulering forsøker å skape en bevissthet om uttrykket og lyden av bevegelsesmønsteret, samtidig som det kombinerer denne bevisstheten med simultan øvelse (Miller & Wambaugh, 2017).

Artikulatorisk cueing innebærer at det blir forklart hvordan lyder produseres, med hensyn til hva (hvilke artikulatorer), hvor (plassering eller lokalisering) og hvordan (måte og stemme) artikulatoren skal oppføre seg. Det kan ta form som verbale instruksjoner (f. eks /p/: «legg leppene sammen og lag en poppende lyd»), visuell modellering, tegninger, videoer, eller at logopeden manipulerer orofacial muskulatur, altså munn- og ansiktsmuskulatur (Miller & Wambaugh, 2017).

Bruk av instrumentell feedback har fått økende oppmerksomhet (Ballard et al., 2015). Data fra ulike områder indikerer at personer med taleapraksi kan ha fordel av instrumentelt generert biofeedback (Miller & Wambaugh, 2017). Elektropalatografi (EPG) er en metode som gir visuelt sanntidsbilde av tungens posisjon i forhold til ganen. Det innebærer at man bruker en spesialtilpasset kunstig gane, som inneholder elektroder. Elektrodene oppfatter tunge-til-gane kontakt, og signalene sendes til en PC. Dette muliggjør visuelle mål eller «targets». Både logopeden og klienten kan bruke en kunstig gane så logopeden kan fungere som en modell for målproduksjonen (Miller & Wambaugh, 2017).

Kontroll av hastighet/rytme

Det generelle prinsippet som ligger til grunn for bruk av hastighets- og rytmetilnærming er at taleapraksi er karakterisert av forstyrrelser i timingen for taleproduksjon, og rytmen er en fundamental komponent i taleproduksjonsprosessen (Miller & Wambaugh, 2017). Behandling som sikter på å kontrollere hastighet eller rytmen ved taleproduksjon har vist seg å ha en positiv effekt for personer med taleapraksi. Teknikker innenfor denne tilnærmingen har inkludert metronom (taktmåler), PC-støttet pacing ved høytlesing, bruk av pacing board (tempo-brett) og fingertapping. Selv om personer med taleapraksi typisk viser redusert hastighet, så kan det å senke taleproduksjonen enda mer gjennom pacing gir ekstra tid for motorisk planlegging og programmering, i tillegg til mer tid for å prosessere sensorisk

feedback (Miller & Wambaugh, 2017). ANCDs har vurdert tilnærmingen som «muligens effektiv», som indikerer at slik behandling kan ha positive utfall for personer med taleapraksi (Wambaugh et al., 2006).

Intersystemisk fasilitering/reorganisering

Intersystemisk fasilitering og reorganisering refererer til bruken av et relativt intakt system for å lette funksjonen til et mer nedsatt system. Gester har blitt brukt for å fasilitere taleproduksjon hos mennesker med taleapraksi. Gester inkluderer meningsfulle gester, ikke-meningsfulle gester som fingertapping og håndtapping, og cuede artikuleringsgester. I ANCDs sine retningslinjer var det relativt få studier som inkluderte intersystemisk behandling, men tilnærmingen ble vurdert til «muligens effektiv», og ble anbefalt å anses som et behandlingsalternativ (Wambaugh et al., 2006). I den nyeste litteraturgjennomgangen var det ingen studier som benyttet teknikker beskrevet som intersystemisk fasilitering/reorganisering. Gestuell stimulering har derimot blitt kombinert med AK-teknikker i flere studier (Miller & Wambaugh, 2017). Melodisk intonasjonsterapi (MIT) er en metode som inkluderer repetert øving på målytringer med lav hastighet av taleproduksjon med musikal intonasjon. Verbale produksjoner er fulgt med håndtapping. MIT innebærer en gradvis progresjon gjennom flere nivåer der logopedens modellering og deltakelse systematisk reduseres. I tillegg til å promotere forbedret språkproduksjon har MIT potensial til positivt å påvirke symptomene ved taleapraksi. Elementene ved MIT, som modellering, repetert øving, håndtapping, og nedsatt taleproduksjonshastighet har alle vist seg å forbedre artikulering hos taleapraksi (Miller & Wambaugh, 2017).

Alternativ og supplerende kommunikasjon

Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) har blitt benyttet hos individer med taleapraksi i forsøk på å forbedre kommunikasjonen ved å supplere inadekvat taleproduksjon, eller erstatte talen. I tillegg har ASK blitt brukt i forsøk på å forbedre taleproduksjonen. Rapporterte ASK-teknikker inkluderer symbolsystemer, bruk av utstyr til opplesning/uttale/digital stemme, utvikling av total kommunikasjonen og implementering av strategier for å unngå taleapraktisk maladaptiv atferd (Miller & Wambaugh, 2017). Som følge av at litteraturen på ASK og taleapraksi hovedsaklig består av casestudier var det utilstrekkelig bevis for ANCDs å ta en beslutning når det gjelder sannsynlighet for forbedring ved en ASK-tilnærming. Komiteen indikerer likevel at ASK bør betraktes som et behandlingsalternativ (Wambaugh et al., 2006).

ASK kan benyttes i kroniske tilfeller av taleapraksi, hvor en relativt permanent løsning med hjelpemidlene anses som nødvendig, men ASK kan også fungere som midlertidige midler for kommunikasjon, spesielt i akutte tilfeller av taleapraksi. Det er ingen data som tilsier negativ effekt på talens bedring ved tidlig bruk av ASK i akutt fase, men Miller og Wambaugh påpeker at klinikere bør holde Klein og Jones´(2008, referert i Miller & Wambaugh, 2017) første prinsipp for erfaringsavhengig plastisitet i minnet: «Use it or lose it». Den akutte fasen for bedring virker å kreve en forsiktig balanse mellom å trene pasientene til å benytte ASK for å sørge for essensiell kommunikasjon og terapi som sikter på å gjenvinne taleferdigheter (Miller & Wambaugh, 2017).

3 Metode

I metodekapittelet redegjøres det for studiens vitenskapsteoretiske forankring, forskningsdesign og metodisk tilnærming. Kapittelet inneholder beskrivelse av og begrunnelse for valg av metode, utvalgsstrategi og datainnsamlings- og databehandlingsprosessen. Studiens formål og problemstilling har vært retningsgivende for valg av forskningsmetodisk tilnærming og fremgangsmåte. Formålet har vært å belyse og å få innblikk i logopeders praksis når det gjelder arbeidet med behandling av talepraksi, med særlig fokus på deres egne erfaringer tilknyttet arbeidet.

3.1 Valg av forskningsdesign

3.1.1 Vitenskapsteoretisk forankring: Fenomenologi

Fenomenologer er typisk interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Fenomenologisk forskning kommer fra filosofi og psykologi, hvor forskeren beskriver de opplevde erfaringene om et fenomen som beskrevet av deltakerne. Denne beskrivelsen kulminerer essensen av erfaringene for flere individer som alle har opplevd fenomenet (Creswell & Creswell, 2018). Jeg var interessert i å finne ut og formidle norske logopeders erfaringer i arbeidet med behandling av talepraksi. Jeg opplevde derfor at mitt formål fanges gjennom en fenomenologisk forankring. Fenomenologi har en sterk filosofisk undertone og involverer typisk å foreta intervjuer (Creswell & Creswell, 2018).

3.1.2 Metode: Kvalitativt intervju

Med fenomenologien som teoretisk forankring har jeg derfor i min studie valgt kvalitativt forskningsintervju som metode. Hvis et fenomen trenger å bli undersøkt og forstått fordi lite har blitt gjort eller hvis det involverer en understudert gruppe fordrer det en kvalitativ tilnærming (Creswell & Creswell, 2018). Jeg opplevde derfor at en kvalitativ undersøkelse vil være godt egnet i mitt tilfelle, med bakgrunn i at det finnes minimalt om talepraksi og behandling av dette på norsk i UiOs databaser. Et annet argument for intervju som metode er når temaet er ulike aspekter av menneskelig erfaring. I de tilfeller hvor forskningsspørsmålet kan formuleres ved hjelp av ordet «hvordan» mener Kvale og Brinkmann (2015) at det med stor sannsynlighet er relevant å foreta kvalitative intervjuer. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra dens eget perspektiv, og hensikten er å frembringe kunnskap som er grundig utprøvd, gjennom en spørre-og-lytte-

orientert tilnærming. Vi snakker med folk i forskningsintervjuet fordi vi vil vite hvordan de beskriver opplevelsene sine eller artikulere handlingsvalgene sine (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.2 Forskningsprosessen

3.2.1 Utvalg

Det finnes ikke et spesifikt svar for antall deltakere som bør involveres i en kvalitativ studie. Fra gjennomgang av mange kvalitative studier finner man derimot cirka estimater, hvor fenomenologi typisk involverer 3-10 informanter (Creswell & Creswell, 2018). Dette passer til masteroppgavens omfang, hvor det typisk er anbefalt 3-5 informanter. I forkant av rekrutteringsprosessen ble det satt et ønske mellom fire til fem deltakere, hvor det endelige utvalget ble bestående av fire informanter.

Ideen bak kvalitativ forskning er å målrettet velge deltakere som best vil hjelpe forskeren å forstå forskningsspørsmålet (Creswell & Creswell, 2018). Informantene burde derfor være logopedier som har noe erfaring med personer med talepraksi, slik at de har en klarere ide om hva som kan eller bør benyttes, og hvilke utfordringer som oppstår i arbeidet med vansken. Rekruttering av informantene foregikk gjennom nøkkelpersoner, mer spesifikt hovedveileder, som henviste meg videre til aktuelle kandidater via sitt nettverk. Jeg forsøkte også selv å kontakte ulike instanser, derimot uten hell, så det endelige resultatet av informanter var som følge av rekruttering via veileder. Det var en forutsetning at logopedene holdt til på Østlandet av praktiske årsaker for å få gjennomført intervjuene.

3.2.2 Intervjuguide

En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har valgt å benytte et semistrukturert intervju. Når det dreier seg om semistrukturerte intervjuer vil guiden inneholde en oversikt over emner som skal dekkes, og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). I en slik type intervju har forskeren mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål, og be om utdypelse der det trengs. Det er altså en viss frihet i intervjuet (Dalen, 2011). Det kan være til stor fordel å ha muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål, og det er derfor jeg har valgt denne type intervju. På den måten ville jeg lettere kunne forsikre meg om at jeg forstår hva informanten sier, slik at jeg i etterkant ikke behøvde å lure på hva informanten egentlig mente.

Intervjuguiden ble utformet i samsvar med det Dalen (2011) omtaler som «traktprinsippet». Det vil si at intervjuet begynner med ganske generelle spørsmål, om for eksempel informantens arbeidserfaring og interesser, for å få informanten til å føle seg vel og avslappet. Videre fokuseres spørsmålene mer mot de mest sentrale temaene, som hva logopeden gjør i behandlingssituasjoner og så videre. Intervjuet blir avsluttet med et åpent spørsmål som gir informantene mulighet til å tilføye ting de vil si mer om eller ting jeg ikke har spurt om (Dalen, 2011).

Å arbeide grundig med utarbeidingen av spørsmålene som skal inngå i intervjuguiden er viktig. Det er fordi datamaterialet mitt er det informantene forteller meg, og det bør være så riktig og fyldig som mulig. For å få til dette gjelder det å stille spørsmålene slik at informantene åpner seg. Spørsmålstillingen skal virke utløsende på fortellingen til informanten, og å be en person beskrive noe kan ofte være gode spørsmål (Dalen, 2011). I intervjuguiden (vedlegg 3) forsøkte jeg å inkludere åpne formuleringer som «Kan du fortelle om..» / «Kan du si noe om..» / «Hva gjør du...» / «Hva mener du...». Videre var det en vanskelig balansegang mellom å få informantene til å fortelle om de tingene man selv ønsker, men likevel ikke være ledende i formuleringen, slik at informantene forteller fritt, og forteller det første som kommer til hodet deres.

3.2.3 Prøveintervju

Ifølge Dalen (2011) må det alltid foretas ett eller flere prøveintervjuer i forbindelse med en kvalitativ intervjustudie. Jeg valgte å gjennomføre to prøveintervjuer. Å gjennomføre et prøveintervju hører med i prosessen med å utarbeide intervjuguiden, både for å teste seg selv som intervjuer, men også teste intervjuguiden (Dalen, 2011). Dette gir mulighet for eventuell revidering og spissing av spørsmålene. Prøveintervjuet kan bidra med gode tilbakemeldinger om ens egen væremåte i selve situasjonen, og hvordan spørsmålene var utformet (Dalen, 2011).

Jeg gjennomførte mine to prøveintervjuer på medstudenter. Valget om å gjennomføre på medstudenter var som følge av flere årsaker. Medstudenter er på mange måter det nærmeste en kommer en logoped med tanke på fagkunnskaper, og en kan forvente at prøveinformantene har noe kjennskap til temaet. Dette i motsetning til for eksempel samboer eller et familiemedlem. Siden rekrutteringsprosessen var utfordrende nok for å få tak i ønsket antall deltakere var det et bevisst valg å ikke gjennomføre prøveintervjuet på en logoped da jeg ikke ønsket å «bruke opp» verdifulle informanter. Dalen (2011) trekker også frem medstudenter

som en god ide å prøve seg på før man starter selve gjennomføringen av forskningsintervjuene, da medstudenter vil kunne bidra med feedback og råd om atferd. Prøveintervjuene lot meg også prøve ut opptaksutstyret jeg hadde planlagt å benytte under selve datainnsamlingen.

3.2.4 Gjennomføring av intervjuene

Å bruke teknisk opptaksutstyr ved gjennomføring av kvalitative intervjuer anbefales sterkt fordi det er så viktig å ta vare på informantenes egne uttalelser (Dalen, 2011). Jeg valgte å benytte Nettskjemas diktafon-app som verktøy for lydopptak. Fordelen med det var at jeg ikke var avhengig av ledig utstyr til utlån. Diktafon-appen sender lydfilene videre til Nettskjema, og av sikkerhetsgrunner er det ikke mulig å avspille lydopptaket direkte fra telefonen (UiO, 2020). Videre benyttet jeg både telefon og iPad for back-up og for å sikre at lydopptaket var brukbart. I tillegg noterte jeg for hånd, i tilfelle teknologien skulle svikte meg helt.

Informantene fikk i forkant av intervjuet tilbud om å se intervjuguiden, og alle fire takket ja. Det var derimot snakk om en forenklet versjon, med kun de konkrete spørsmålene uten mine notater om utdypningsspørsmål og så videre. Jeg tok en vurdering på hvorvidt jeg skulle tilby dette, men konkluderte med at det ikke vil finnes noen «riktige» svar ved denne undersøkelsen. Jeg er interessert i deres praksis og deres erfaringer, og valgte da å stole på at informasjonen som fortelles er det logopedene faktisk gjør og opplever, og ikke noe de har funnet at litteraturen sier i forkant. Jeg opplevde det også som en fordel at deltakerne hadde fått spørsmålene på forhånd, da flere likevel slet litt med å huske nøyaktig praksis, og at forberedelse i det minste bidro til litt lettere gjenkalling.

Før jeg startet opptaket brukte jeg tid å forklare formålet og forsikre meg om at de hadde lest igjennom informasjonsskrivet så de visste hva de skrev under på.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes respektive kontor, bortsett fra et intervju som ble gjennomført på et grupperom på Blindern. Intervjuene varte mellom cirka 30 og 70 minutter, med tider på henholdsvis 27, 43, 47 og 67 minutter. Alle informantene fikk samme antall spørsmål, så forskjellen i tid reflekterer informantens utdypelse og måte å ordlegge seg på. Maksimal lengde per opptak på diktafon-appen var 45 minutter. Jeg opplyste derfor om dette i forkant slik at informantene skulle være klar over at det kanskje ble et brudd i intervjuet dersom det varte lenger enn 45 minutter for å starte et nytt opptak.

I forbindelse med gjennomføring av hvert intervju hadde jeg satt av tid samme dag til å transkribere. Dersom jeg ikke ble ferdig, fortsatte jeg påfølgende dag. Dette var for å ha situasjonen så ferskt som mulig in mente under transkriberingen. Jeg opplevde at jeg fikk en god kjemi og kontakt med alle fire informantene, som bidro til at samtalen fløt lett og uformelt.

Jeg benyttet som nevnt en intervjuguide (vedlegg 3). Som følge av en semistrukturert form på intervjuguiden tillot jeg meg selv å stille spørsmål utenfor guiden dersom jeg opplevde det interessant eller nødvendig for oppklaring. Etter hvert som jeg hadde gjennomført et par intervjuer merket jeg også at jeg lettere klarte å stille oppfølgings- eller utdypningsspørsmål ut fra eget hodet, og ikke like avhengig av notatene mine på intervjuguiden. Et par spørsmål i guiden opplevdes som overflødig eller unødvendig, da de ble litt vel like hverandre. Disse sløyfet jeg dersom jeg følte jeg allerede hadde fått svar. Dette er igjen fordel med en semistruktur, at man ikke er låst til intervjuguiden, men kan ta vurderinger basert på svarene man får.

3.3 Behandling av data

Organiseringen og bearbeidingen av det innsamlede materiale begynner etter intervjuene er gjennomført. Det forutsettes at det er benyttet opptaksutstyr i intervjusituasjonen og at opptakene er transkribert (Dalen, 2011).

3.3.1 Transkripsjon av intervjuene

Første trinn i bearbeidingen av data vil være transkribering av lydopptakene: prosedyren som skal til for å gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette bør gjøres samme og påfølgende dag, med fordel umiddelbart etter intervjuene er gjennomført, da det gir de beste mulighetene for god gjengivelse av hva informantene faktisk har sagt (Dalen, 2011).

Det er sterkt anbefalt at forskeren selv utfører transkriberingen, fordi denne prosessen gir meg en helt unik sjanse til å bli kjent med dataene (Dalen, 2011). Dette er noe som vil avhenge av størrelse på utvalget, men i forbindelse med dette masterprosjektet var nettopp størrelse på utvalget valgt etter kapasitet til å få gjennomført på egenhånd. Å utføre transkriberingen selv gir også muligheter for en helt spesiell nærhet til rådataen, som kan styrke den senere analyseprosessen (Dalen, 2011).

Ideelt skrives intervjuene ut i sin helhet. Dette letter analysen, samtidig som at det åpner for kontroll av rådata, dersom andre ønsker å se om tolkningene jeg foretar, er gode nok (Jacobsen, 2005). En slik transkribering består av alt som har blitt sagt underveis, av både informant og intervjuer. Dette er også slik jeg har skrevet ut intervjuene.

3.3.2 Analyse av datamaterialet

All kvalitativ analyse starter med samling av rådata (Jacobsen, 2005), i dette tilfellet utskrifter av intervjuet. Hvordan man skal trekke noe fornuftig ut fra informasjonsmengden er det første spørsmålet som må stilles etter innsamling av ulike fortellinger. Det første som må gjøres er et forsøk på å redusere noe av kompleksiteten, gjennom forenkling og strukturering for å få en oversikt (Jacobsen, 2005). Selv om hensikten med kvalitative tilnærminger er å få et mangfold av synspunkter og nyanser, er det grenser for hvor mange nyanser ett menneske kan fordøye. Nyansert vil alltid være et relativt ord, og alternativet til reduisering og strukturering vil være å ikke forstå noe i det hele tatt som følge av at man drukner i opplysninger (Jacobsen, 2005). Koding og kategorisering har vært brukt lenge i samfunnsvitenskapen for å få oversikt over tekstmateriale. Ved koding knytter man ett eller flere nøkkelord til et tekstsegment for senere å kunne identifisere en uttalelse. Koding fører ofte til kategorisering, som innebærer at mengden i lange intervjuuttalelser reduseres og struktureres til noen få tabeller og figurer (Kvale & Brinkmann, 2015). For å organisere kodingen og bearbeide datamaterialet er Nvivo blitt benyttet, et dataprogram som gjør det analytiske arbeidet enklere.

Jeg har valgt innholdsanalyse som analytisk metode. Ved innholdsanalyse deler man først data inn i tema eller kategorier, og deretter forsøker å finne sammenhenger mellom kategoriene. Innholdsanalyse handler om å redusere det en person sier i et intervju til et sett færre tema eller kategorier (Jacobsen, 2015). Neste skritt når intervjuet er kategorisert består i å tilordne enhetene til kategoriene, og avslutningsvis se på likheter og ulikheter mellom de ulike enhetene knyttet til de definerte kategoriene. Det sentrale i innholdsanalyse blir derfor å finne de relevante kategoriene, og fylle disse med innhold (Jacobsen, 2005). Det er flere hensikter med kategorisering. Det ene er at det forenkler kompliserte, detaljerte og rike data. Det andre er at en slik kategorisering er en forutsetning for sammenlikning av ulike intervjuer. En kategori belyses i flere intervjuer, gjennom at samme intervjuguide benyttes på de ulike informantene. Man kan derfor si at alle intervjuene omhandler samme tema (kategori) og belyser dette fra ulike vinkler (Jacobsen, 2005).

Ved bruk av en intervjuguide har jeg allerede på forhånd dannet noen kategorier. De ulike temaene i intervjuguiden (tabell 3.1) utgjorde derfor det første settet med kategorier.

Tabell 3.1 Første grovinndeling i kategorier

Kategorier:
1) Bakgrunnsinformasjon
2) Målsetting i behandling
3) Tiltak og gjennomføring
4) Komorbiditet
5) Erfaringer

De første kategoriseringene er ofte så generelle at de nesten er meningsløse (Jacobsen, 2005), derfor er de generelle kategoriene delt opp i mer detaljerte underkategorier (tabell 3.2) for å definere klarere hva de enkelte kategoriene innebærer. Underkategoriene har tatt utgangspunkt i spørsmålsformuleringen i intervjuguiden.

Tabell 3.2 Inndeling i underkategorier

Underkategorier:
1) Bakgrunnsinformasjon
a) Erfaring som logoped
b) Hva er talepraksi
c) Faglig oppdatering
2) Målsetting i behandling
a) Logopedens mål
b) Klientens mål
c) Forskjellige mål
d) Klientens kunnskap
3) Tiltak og gjennomføring
a) Kjennskap til inndeling av tilnærminger
b) Oppstart av behandling
c) Tiltak
d) Bruk av faglig materiell
e) Grunnleggende elementer i behandling
f) Omfang av behandling
4) Komorbiditet
a) Erfaring med sameksistering
b) Prioritering i behandling
5) Erfaringer
a) Resultat av behandling
b) Lengde på behandling
c) Utfordringer i arbeidet
d) Trygghet på behandling

Deretter er det definert hva innholdet er i de ulike underkategoriene, gjennom en definisjonstabell:

Tabell 3.3 Definisjonstabell – innholdet i de ulike kategoriene

Kategorier:	Innhold
1) Erfaring som logoped	Alle typer data som omhandler hvor lenge logopeden har arbeidet, hvilke brukergrupper den har vært borti og foretrekker å arbeide med
2) Hva er talepraksi	Alle typer data som omhandler logopedens egen definering og beskrivelse av talepraksi som vanske
3) Faglig oppdatering	Alle typer data som omhandler hvordan logopeden holder seg oppdatert på det logopediske faget
4) Logopedens mål	Alle typer data som omhandler hvilke mål og målsetning logopeden har i arbeidet med en klient med talepraksi
5) Klientens mål	Alle typer data som omhandler hva slags mål klienten har når den kommer til logopedisk behandling for talepraksi
6) Forskjellige mål	Alle typer data som omhandler hvorvidt logoped og klient har de samme mål, og hva som eventuelt gjøres dersom klient og logoped har ulike mål for behandlingen
7) Klientens kunnskap	Alle typer data som omhandler klientens kunnskap om talepraksien, og hva logopeden gjør av eventuelt opplysningsarbeid
8) Kjennskap til inndeling av tilnærminger	Alle typer data som omhandler logopedens kjennskap til eller bevisst bruk av inndeling av tilnærming som ofte omtales i litteraturen
9) Oppstart av behandling	Alle typer data som omhandler hvordan logopeden starter behandlingen
10) Tiltak	Alle typer data som omhandler ulike tiltak logopeden benytter i treningen
11) Bruk av faglig materiell	Alle typer data som omhandler logopedens bruk av faglig materiell i behandlingen (f.eks hefter, apper, dataprogrammer)
12) Grunnleggende elementer i behandling	Alle typer data som omhandler hvilke elementer logopeden trekker frem som grunnleggende i behandlingen
13) Omfang av behandling	Alle typer data som omhandler hyppighet av møter med klienten, og eventuell hjemmetrening

14) Erfaring med sameksistering	Alle typer data som omhandler logopedens erfaring med at talepraksi opptrer med andre vansker, da spesielt afasi
15) Prioritering i behandling	Alle typer data som omhandler hvilke prioriteringer som gjøres dersom klienten har afasi i tillegg til talepraksi
16) Resultat av behandling	Alle typer data som omhandler logopedens erfaringer med resultater som følge av behandling
17) Lengde på behandling	Alle typer data som omhandler hvor lenge logopeden driver med behandling
18) Utfordringer i arbeidet	Alle typer data som omhandler hvorvidt logopeden opplever arbeidet med talepraksi som utfordrende og eventuelt hvilke utfordringer det er snakk om
19) Trygghet på behandling	Alle typer data som omhandler logopedens følelser om å være trygg på behandling, og vite hva som trenger å gjøres

Denne definisjonslisten ble brukt til å lete etter data og plassere dem i ulike kategorier. En fremstilling av denne definisjonslisten gir også lesere mulighet til å vurdere kritisk om klassifiseringen av data er troverdig (Jacobsen, 2005).

Etter at kategoriene var dannet gikk jeg videre til neste fase, hvor deltakernes utsagn i intervjuene, altså de enkelte data, tilordnes én eller flere kategorier. Å flytte data fra én kontekst (hvert intervju) til en annen (kategorier) er det man egentlig gjør. Dette muliggjør sammenlikning av ulike informanternes utsagn om ett og samme fenomen (kategori). Først i denne fasen tas skrittet fra en analyse av den enkelte enhet til analyse på tvers av enheter (Jacobsen, 2005). Det er derfor avgjørende at kategoriene er meningsfulle for flere av enhetene. Jeg synes det var fornuftig å operere med ulike kategori-kort i dette arbeidet. Dette gjorde jeg etter jeg hadde kodet i Nvivo. De ulike vurderingene (respondentens subjektive opplevelser og forståelser) av det forhåndsdefinerte fenomenet er det man er interessert i å notere på kategori-kortene. Slike matriser kan gi både god oversikt og systematikk (Jacobsen, 2005). Kategori-kortene hadde jeg foran meg når jeg beskrev resultatene og valgte ut sitater. Tabell 3.4 er et eksempel på kategori-kortene jeg lagde meg.

Tabell 3.4 Kategorikort – «Logopedenes mål»

Kategori: LOGOPEDENS MÅL	
Informant	
1	«Jeg tenker det overordnede er å få en god kommunikasjonsevne. Altså gjøre de best mulig til å kommunisere.»
2	«Det overordnede målet for nesten all behandling som er innenfor dette feltet handler jo om å bedre kommunikasjon, hvis man skal sette en paraply på alt.»
3	«Det tenker jeg er å komme til et mål sammen med sen som sitter som klient hos meg. [...] Men jeg tenker uansett så er målet å få vedkommende til å kunne gjøre seg forstått med sine samtalepartnere, og målet er jo å få sagt de tankene du har.»
4	«Jeg tenker det må være at de skal kunne bli forstått av andre. Og det skal være på en måte funksjonelt da. [...] Det er kanskje det som går mer på det rent talemessige, det med å bli forstått, altså trene på talen. Men også det å ha en god livskvalitet er jo på en måte et mål da ... som man jo kan se kanskje bedrer seg med at man blir mer forstått for eksempel da.»

Denne type kvalitative analyse som har blitt beskrevet ovenfor kan kalles en «nedenfra-og-opp»-prosess (Jacobsen, 2005). Relativt uoversiktlige opplysninger jeg finner i rådataen fra lydopptakene er det man starter med. Etter det går man gjennom en prosess, fra det uoversiktlige til en større oversikt over hva man egentlig har funnet. Dette vil derimot alltid innebære en viss utsiling av detaljinformasjon, men resultatet man sitter igjen med bør være det man mener er de viktigste funnene i studien (Jacobsen, 2005).

3.4 Vurdering av studiens kvalitet

Validitet og reliabilitet er kriterier som benyttes for å vurdere en undersøkelse sin kvalitet. Undersøkelser skal alltid forsøke å minimere problemer knyttet til gyldighet, med andre ord validitet, og pålitelighet, altså reliabilitet. Også ved kvalitative metoder må det vurderes kritisk om konklusjonene er gyldige og til å stole på (Jacobsen, 2005). Validitet og reliabilitet ved kvalitative metoder har fått mye oppmerksomhet opp igjennom, da flere mener at begrepene er basert i en grunnleggende kvantitativ logikk, og er tilpasset kvantitative metoder (Thagaard, 2018). Det å kritisk drøfte gyldighet og pålitelighet betyr ikke at man underkaster data en kvantitativ logikk, men at man forsøker å forholde seg kritisk til kvaliteten på dataene

man har samlet inn (Jacobsen, 2005). Har man fått tak i det man ønsket å få tak i (intern gyldighet)? Kan man overføre det man har funnet, til andre sammenhenger (ekstern gyldighet)? Kan man stole på de data man har samlet inn (pålitelighet)?

3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre. Det handler om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere. I intervjusammenheng vil det handle om informantens sine svar ville endre seg i et intervju med en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2015).

I kvantitativ forskning forutsetter reliabilitet at fremgangsmåten ved innsamling og analyse av data skal kunne etterprøves nøyaktig av andre forskere. Det er vanskelig å stille et slikt krav i en kvalitativ studie, og for mange oppfattes derfor reliabilitet som et lite egnet begrep innenfor kvalitativ forskning. Forskerens rolle er en viktig faktor i kvalitative studier, og denne rollen utformes i et samspill med den aktuelle situasjonen og informanten (Dalen, 2011). Videre endrer både omstendighetene og det enkelte individet seg, noe som gjør det vanskelig å etterprøve resultatene. Spørsmålet om reliabilitet må derfor nærmes på andre måter. En måte å sikre reliabiliteten i kvalitative studier på er ved å være veldig nøyaktig når de enkelte leddene i forskningsprosessen beskrives (Dalen, 2011). Reliabiliteten kobles sammen med forskerens evne til å gjøre ting eksplisitt og til å reflektere over situasjoner. Åpenhet er sentralt, fordi det tillater leserne til selv å vurdere om de stoler på metodene som er benyttet (Jacobsen, 2005). Dette er noe som er forsøkt gjort under metodekapittelet, hvor det gjennomgående er forklart i detalj prosessen fra utvalg til gjennomføring av intervjuene. Ved beskrivelse av analysemetode tok jeg også et aktivt valg om å inkludere eksempelvis definisjonslisten for kategoriene og et eksempel på kategorikortene jeg lagde meg, for å gjøre prosessen mest mulig gjennomskiktig.

3.4.2 Validitet

Validitet handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Det har å gjøre med i hvilken grad metoden undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). Validitetsbegrepet deles ofte inn i indre og ytre validitet. Den indre validiteten opptar spørsmålet om forskningsfunnene samsvarer med virkeligheten, altså om resultatene oppfattes som riktige. «Riktig» innebærer det nærmeste vi kommer sannheten (Jacobsen, 2005). Den ytre validiteten handler om hvor generaliserbare funnene er, med andre ord i hvilken grad resultatene kan overføres til andre situasjoner. Tradisjonell

generaliserbarhet basert på representative utvalg har ikke vært en ambisjon i denne studien, så fokus i denne undersøkelsen har vært den indre validiteten.

En måte å kontrollere den indre validiteten på er gjennom kritisk gjennomgang av de mest sentrale fasene i forskningsprosessen (Jacobsen, 2005). Validitet hører ikke til en spesiell undersøkelsesfase, men gjennomsyrrer hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det første blikket kan rettes mot utvalget av enheter. Som forsker bør man alltid stille kritiske spørsmål til om man har fått tak i de rette kildene. Dette fordi alle kvalitative undersøkelser kun er så gode som de dataene de klarer å samle inn, og disse dataene alltid kommer fra en kilde, i dette tilfellet en informant. Dataenes gyldighet eller validitet vil derfor avhenge sterkt av disse kildene (Jacobsen, 2005). Eneste inklusjonskriteriet i denne studien var at informantene måtte ha noe erfaring med klienter rammet av taleapraksi. Dette fordi det ville være lite representativt for hvordan «logopeder i Norge arbeider med behandling av taleapraksi» dersom det var en logoped som aldri har jobbet med en klient med slike vansker, som uttalte seg. Sett bort ifra det, var i utgangspunktet alle logopeder som takket ja velkomne til å delta i undersøkelsen, uavhengig av alder, arbeidssted og lignende, dog med en maksimumsgrense på fem informanter som følge av masteroppgavens omfang. De fire aktuelle informantene har alle ulike erfaringer fra tidligere og nåværende arbeidssted, ulik alder og lengde i yrket som logoped. Det at informantene har ulike erfaringer er derfor på mange måter tilfeldig, men det vil uansett styrke validiteten for riktigheten av hvordan logopeder i Norge arbeider. Dette i motsetning til fire informanter som jobber på samme arbeidsplass, i det samme miljøet, som kontinuerlig deler og diskuterer praksis og erfaringer. Jacobsen (2005) presiserer at en gylden regel er at informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet.

Videre, selv om man har fått tak i de riktige kildene, er det ikke sikkert de gir fra seg den riktige informasjonen (Jacobsen, 2005). Derfor bør det også foretas en kritisk vurdering av kildens evne til å riktige informasjon om det man studerer. Det første som bør vurderes er kildens nærhet til fenomenet som ønskes belyst i undersøkelsen. Tradisjonelt sett har man større tiltro til data fra førstehåndskilder, altså personer som referer til hendelser de selv har vært med på, eller opplevelser de selv har hatt (Jacobsen, 2005). Alle logopedene har selv jobbet med behandling av taleapraksi, og fortalte ut fra deres egne erfaringer fra behandlingssituasjoner. Videre bør informantens kunnskap om det aktuelle fenomenet vurderes, da man vanligvis stoler mer på en informant som kan mye om et tema, enn en som er fersk på området (Jacobsen, 2005). Jeg vil ikke karakterisere noen av informantene som

«ferske på området», da informanten med kortest arbeidserfaring har jobbet i fem år. Uansett tenker jeg ikke at antall år i yrket nødvendigvis korrelerer positivt med kunnskap om det aktuelle fenomenet. Alle informantene opplevdes derimot å ha tilstrekkelig kunnskap om fenomenet til å kunne svare for deres egen praksis og erfaringer.

Validering innebærer også en kritisk drøfting av kildens vilje til å gi riktig informasjon (Jacobsen, 2005). En vanlig kritikk av forskningsintervjuene er at funnene ikke er valide fordi informantens informasjon kan være usann (Kvale & Brinkmann, 2015). I forskningen er det et kjent dilemma at informanter ønsker å fremstå på sosialt riktig måte, også for en ukjent forsker. Derfor gis informasjon ofte ut fra hvordan de ønsker å fremstå i andres øyne, og ikke ut fra hvordan de egentlig er. På grunn av dette må det vurderes om informantene har noen motiver for ikke å komme med all informasjon eller gi et skjevt bilde av virkeligheten (Jacobsen, 2005). Selv om det kan oppleves litt nært og skummelt å snakke om egen praksis, oppleves faren for at informanten svarer usant eller uærlig som mer sannsynlig i en studie som tar for seg mer sensitive eller tabubelagte temaer. Et alternativ ville være at informantene har lest seg opp på teori i forkant av intervjuet, for å gi svar som ligger nært hva litteraturen og forskning sier om behandling av talepraksi. Dette opplevdes derimot ikke som tilfelle, da flere ga uttrykk for at de bare hadde sett raskt igjennom intervjuguiden i forkant. Videre var også informantene ved flere anledninger ærlige på at noen ting var vanskelig å svare på, eller at de var usikre, men også noen ganger ikke helt visste. En informant uttrykte også en bekymring, dog med humor i bildet, for å fremstå som litt kunnskapsløs, i den forstand at den var ærlig på en manglende evne til å knytte alt den gjør til evidensbasert praksis. Dette taler for at informantene med større sannsynlighet har uttrykt seg sannferdig, og igjen styrker den interne validiteten. En mulig innvendig kan være at enkelte av utdypningsspørsmålene kunne oppfattes som ledende i karakter. Dette vurderte jeg uansett ikke til å gå utover hovedinnholdet i materialet.

En viktig vurdering er forskerrollens betydning for prosjektets validitet. Forskerens forforståelse kan påvirke forutsetningene for objektivitet. Et første ledd er at spesialpedagogikk er et fag hvor studenter og forskere typisk velger problemstillinger som de selv er berørt av (Dalen, 2011). Det er derfor spesielt viktig å gjøre eksplisitt rede for tilknytningen til det som studeres, for da gis leserne mulighet til å vurdere om slike forhold kan ha påvirket tolkningen av resultatene (Dalen, 2011). Som nevnt innledningsvis var valg av tema motivert av en erfaring fra studiet, om et lite fokus på talepraksi. Valget av tema var altså som følge av en motivasjon om å øke egen kunnskap på feltet, men også bidra til faglig

utvikling og refleksjon ved å fortelle om det som gjøres i praksis, da det finnes minimalt av norske litteratur eller studier på akkurat det. Ved å redegjøre for bakgrunnen for valg av tema har jeg forsøkt å styrke validiteten knyttet til forskerrollens betydning. Å kontrollere egen subjektivitet i forskningsopplegget ville trolig styrket oppgavens validitet enda mer, og det kunne gjøres gjennom å inkludere andre til å vurdere samme datamateriale, eller forsket sammen med en annen (Dalen, 2011).

Med tanke på validitet relatert til den metodiske tilnærmingen, må datainnsamlingsmetodene være tilpasset undersøkelsens mål, problemstilling, og teoretiske forankring (Dalen, 2011). I denne studien har hensikten vært å innhente kunnskap om logopeders erfaringer, opplevelser og praksis i møte med behandling av personer med taleapraksi. I den forbindelse vil jeg argumentere for, som jeg også har gjort tidligere i kapitlet, at det kvalitative forskningsintervjuet har vært en velegnet metode for å innhente beskrivelser og informasjon som gir dekning for å svare på problemstillingen. Derimot kan det tenkes at validiteten og reliabiliteten kunne blitt styrket dersom metoden også inkluderte observasjon av logopedens praksis, som et supplement for å få et tydelig bilde av hva logopedene konkret gjør i behandlingssituasjonen. Samtidig ville det gjort det mer utfordrende å rekruttere informanter da jeg ville vært avhengig at logopedene hadde noen klienter med taleapraksi i tidsperioden hvor datainnsamlingen foregikk. Videre er metodens validitet styrket ved at jeg gjennomførte alle intervjuene selv, da bruk av flere intervjuere kan svekke kvaliteten i prosjektet, som følge av en mulig ulike forståelse som grunnlag for gjennomføring av intervjuene og tolkningen av dem (Dalen, 2011).

Den ytre validiteten styrkes gjennom grad av generaliserbarhet, som handler om hvorvidt undersøkelsen kan overføres til andre personer i andre situasjoner på et annet tidspunkt. Kvalitative intervjustudier består nesten alltid av forholdsvis små og hensiktsmessige utvalg, hvor informantene er nært tilknyttet fokuset for den aktuelle studien (Dalen, 2011). I denne studien utgjør de fire informantene et lite strategisk utvalg. Det var veileders nettverk som ble avgjørende for rekrutteringen av informantene. Måten informantene ble rekruttert på og utvalgets størrelse er faktorer som vanskeliggjør generaliseringsmuligheter for denne undersøkelsen. Fire logopeder på Østlandet danner ikke et representativt grunnlag for å overføre resultatene direkte til å gjelde alle logopeder i Norge. Det er derfor ikke relevant å diskutere studiens generaliseringsmuligheter, ettersom utvalget ikke ble trukket basert på prinsipper om generalisering. Kvalitative metoder fordrer imidlertid ikke at eventuelle funn skal generaliseres i like stor grad som ved kvantitative tilnærminger. Som følge av dette kan

ikke funnene sies å gjelde for alle logopeder som behandler taleapraksi, men det kan gi en pekepinn på hvordan enkelte logopeder jobber med det. Kvale og Brinkmann (2015) skriver om noe som kalles analytisk generalisering, som ikke er avhengig av en bestemt type utvelgelse eller analysemetodikk, men hvordan tykke skildringer kan danne grunnlaget for en slik type generalisering. Det består av forskerens begrunnede redegjørelse for hvorvidt funnene kan overføres til andre personer eller situasjoner. Denne studien beskriver fire logopeders erfaringer og praksis i møte med behandling av taleapraksi. Det finnes ingen fasit på hvor typisk disse fire informantenes erfaringer er, men andre logopeder vil også kunne kjenne seg igjen i beskrivelsene, og studiens resultater kan ha verdi for både informantene og andre logopeder som leser og kjenner seg igjen i oppgavens skildringer.

3.5 Etiske betraktninger

Vern av personopplysninger er et spesielt viktig etisk aspekt ved kvalitative studier. Ifølge Lov om behandling av personopplysninger fo. 2016/679 artikkel 4 nr.1 er personopplysninger enhver opplysning som kan knyttes til en fysisk person, for eksempel navn, e-postadresse eller yrke (Personopplysningsloven, 2018). I mitt tilfelle vil opplysninger som navn, e-postadresse/telefonnummer, og mulig arbeidsadresse behandles i forbindelse med rekruttering av informanter og gjennomføring av intervjuene. I gjennomføringen av intervjuene har også lydopptak blitt benyttet, og selv om samtalen ikke er av privat karakter, vil innholdet i samtalen utgjøre informasjon som regnes som personopplysninger. Stemmen til informanten registreres, og regnes som en personopplysning (Datatilsynet, 2018). Selv om det ikke publiseres personopplysninger, og informantene vil bli anonymisert, så behandles personopplysninger underveis fra datainnsamlingen starter til resultatet publiseres. Elektronisk behandling av slike opplysninger er meldepliktig (NESH, 2016), og prosjektet har derfor måtte bli meldt til og godkjennes av NSD (vedlegg 1).

Ved behandling av personopplysninger har jeg som forsker en lovfestet informasjonsplikt og må hente samtykke fra de som deltar (NESH, 2016). Her er det viktig at informasjonen ble formidlet på en nøytral måte slik at informantene ikke utsettes for utilbørlig press. Det er også viktig at jeg gir tilstrekkelig informasjon om hva det innebærer å delta. Informantene vil også måtte ha mulighet til å trekke seg når som helst, om ønskelig.

Videre må opplysninger om identifiserbare enkeltpersoner lagres forsvarlig. Med tanke på at prosjektet mitt vil behandle personopplysninger klassifiseres informasjonen til gul farge, jamfør UiOs klassifisering av data og informasjon (UiO, 2019a). Dette innebærer at

informasjonen må ha en viss beskyttelse, og at jeg må benytte meg av datalagring som er godkjent for håndtering av gule data. Lydopptakene og Nvivo-filen har blitt oppbevart på mitt hjemmeområde på UiOs server (M:-disken). I forbindelse med rekrutteringen var jeg også nødt til å ta stilling til at gule data ikke er tillatt over privat e-post (UiO, 2019b). Derfor har jeg konsekvent benyttet meg av min UiO e-post. Dette har jeg også gjort i informasjonsutveksling mellom meg og veileder. Opplysningene bør heller ikke lagres lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre formålet med studien (NESH, 2016). Personvernet har blitt tatt vare på ved at e-poster mellom meg og informanter har blitt slettet fortløpende og lydopptakene vil slettes ved prosjektets slutt.

Kvalitative undersøkelser foregår ofte i små og gjennomsiktige miljøer, og i slike undersøkelser blir derfor vernet av tredjepart spesielt viktig (NESH, 2016). Informantene kan trekke inn informasjon om tredjeparter, pasienter, eksempler fra pasienter og lignende, som kan være sensitive opplysninger. Det blir viktig for meg å ha et reflektert forhold til dette, og jeg valgte derfor å instruere informantene før jeg startet lydopptaket om ikke å nevne identifiserende informasjon.

Avslutningsvis er god henvisningsskikk også et viktig etisk perspektiv i en masteroppgave. Det er en forutsetning for etterprøvbarehet og et grunnlag for videre forskning (NESH, 2016).

4 Presentasjon og drøfting av resultater

I dette kapittelet vil undersøkelsens resultater presenteres og drøftes. Med bakgrunn i informantenes uttalelser vil deres erfaringer og refleksjoner fra arbeid med behandling av taleapraksi beskrives. Gjennom analyseprosessen har dataene blitt systematisert i fem hovedkategorier eller temaer, som inneholder flere underkategorier. Følgende temaer presenteres: 1) Bakgrunnsinformasjon, 2) Målsetting i behandling, 3) Tiltak og gjennomføring, 4) Komorbiditet og 5) Erfaringer. Kapittelet deles inn i en deskriptiv del, hvor resultatene presenteres gjennom gjengivelser og sitater, samt en fortolkende del hvor funnene drøftes i lys av prosjektets teoretiske og forskningsbaserte rammeverk. Drøfting og oppsummering av resultatene foretas avslutningsvis under hvert tema. Dette gjøres som følge av en vurdering om at det gir en mer tydelig og helhetlig presentasjon av materialet. Det gjøres oppmerksom på at sitater er gitt en lesbar og forståelig form, hvor gjentakelser og pauser er utelatt, med forbehold om ikke å endre meningsinnholdet.

4.1 Bakgrunnsinformasjon

Temaet omhandler logopedens arbeidserfaring og interesser, deres egen forståelse av vansken, og hvordan de holder seg faglig oppdatert på feltet. Dette anses å kunne ha betydning for deres håndtering av vansken, deres erfaringer og hvilke utfordringer som oppleves, og er derfor interessant informasjon å ha tilgang til når man ser på resultatene. Det vil ikke gis en egen drøfting av det som har kommet frem under temaet «bakgrunnsinformasjon», da denne informasjonen heller er ment for å kunne bidra til å sette rammen for den senere drøftingen av resultatene. Først gis en kort presentasjon av informantenes bakgrunn, gjennom underkategorien «erfaring som logoped», deretter presenteres underkategoriene «hva er taleapraksi» og «faglig oppdatering».

4.1.1 Erfaring som logoped

Informant 1 (I1) er en av to av deltakerne som har jobbet som logoped i over tjue år. I1 har jobbet som logoped i 22 år, og har jobbet med taleapraksi gjennom hele perioden. I1 har for det meste jobbet med slagpasienter, og dette er også brukergruppen logopeden foretrekker å arbeide med.

Informant 2 (I2) har jobbet som logoped i 14 år, og har også jobbet med taleapraksi siden start, i ny og ned. Informant 2 foretrekker å arbeide med afasirammede, og dette er også brukergruppen informanten har jobbet mest med.

Informant 3 (I3) er den andre logopeden med mer enn tjue års erfaring, henholdsvis 21 år i yrket. Det har vært av og på hvorvidt I3 har jobbet med talepraksi, men logopeden har vært borti det siden starten. I3 har jobbet mest med slagrammede og personer med stemmevansker, og stemmevansker er også informantens store interessefelt.

Siste deltaker, informant 4 (I4), har jobbet som logoped i fem år. I4 har jobbet med talepraksi kontinuerlig. Det informanten har jobbet mest med er afasirammede, både etter traumatisk hjerneskade og slagrammede. I4 foretrekker også å jobbe med personer med afasi.

4.1.2 Hva er talepraksi

Informantene ble spurt om hvordan de vil definere talepraksi. De trekker frem at det er en motorisk talevanske, som innebærer vansker med viljestyrt tale, men som ikke er forårsaket av lammelser i muskulatur eller språkvansker. Følgende sitater kan illustrere denne oppfatningen:

[...] manglende evne til å bruke muskulaturen til viljestyrt ytringer. (I3)

Det er en talemotorisk vanske på grunn av manglende ... altså, signalene blir ikke sendt riktig, som ikke er forårsaket av lammelser eller av noe språkvansker. (I4)

Videre beskriver de at vansken kan arte seg som nølende eller langsom tale preget av mye strev, med varierende vansker. Informant 2 uttrykker seg på følgende måte:

Det resulterer i, ja, problemer med å sette i gang å prate er det for noen, eller med å få språkklydene riktig i seg selv. [...] At det liksom fører til at talen blir langsom, og nølende og letende på en måte.

4.1.3 Faglig oppdatering

Når det gjelder spørsmål på hvordan logopedene holder seg faglig oppdatert nevner tre av fire at de benytter kurs eller konferanser som arena for faglig oppdatering. Informant 3 trekker frem godt samarbeid med andre innenfor fagfeltet som en kilde til informasjon. Tre informanter trekker også frem lesing av forskningslitteratur. Informant 2 nevner også tidsskriftet Logopeden som kilde for faglig oppdatering. Når det gjelder spesifikt talepraksi kommer det frem at det oppleves som litt manglende, både når det gjelder kurstilbud og litteratur. Informant 2 uttrykker følgende:

Og jeg prøver å lese litt litteratur ellers, men det er jo ikke helt systematisk da. Jeg prøver å lete etter noe hvis jeg kanskje har en problemstilling jeg kommer over. Også er

det ikke alltid så lett å finne litteratur som jeg føler er sånn 'Åh, nå ble jeg oppdatert'. Jeg kan ikke huske om jeg har vært på kurs om talepraksi, eller at det har vært da, som jeg har fått med meg. [...] Nå er det jo ikke det at jeg er lest opp så innmari på talepraksi, men jeg føler ikke man får så mye hjelp av forskningen heller.

Oppsummert kan man si at det er noe forskjell i antall år i yrket blant logopedene, men at de har noenlunde lik bakgrunn med tanke på erfaring med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker. Det er en relativ høy konsensus i beskrivelse av hva talepraksi er, og for hvordan de holder seg faglig oppdatert.

4.2 Målsetting i behandling

Temaet omhandler hvilke målsettinger logopedene har for behandlingen, hva klienten ønsker ut av det logopediske tilbudet og hvorvidt deres oppfatninger stemmer overens.

Underkategoriene under temaet er «logopedens mål», «klientens mål», «forskjellige mål» og «klientens kunnskap».

4.2.1 Logopedens mål

På spørsmål om hva logopedene anser som det overordnede målet ved behandlingen av talepraksi snakker alle informantene om det å forbedre kommunikasjonsevnen, kunne gjøre seg forstått ovenfor sine samtalepartnere, og få sagt de tankene en har. Informant 1 uttrykker følgende:

Jeg tenker det overordnede er å få en god kommunikasjonsevne. Altså gjøre de best mulig til å kommunisere.

Dette kan jo på mange måter sies å være felles for store deler av det logopediske arbeidet, noe informant 2 også trekker frem:

Det overordnede målet for nesten all behandling som er innenfor dette feltet handler jo om å bedre kommunikasjon, hvis man skal sette en paraply på alt.

Informant 4 trekker også frem aspektet med livskvalitet:

Jeg tenker det må være at de skal kunne bli forstått av andre. Og det skal være på en måte funksjonelt da. [...] Det er kanskje det som går mer på det rent talemessige, det med å bli forstått, altså trene på talen. Men også det å ha en god livskvalitet er jo på en måte et mål da ... som man jo kan se kanskje bedrer seg med at man blir mer forstått for eksempel da.

4.2.2 Klientens mål

Når logopedene får spørsmål om hvilke mål de opplever at klienten kommer med til behandling trekkes det frem et ønske om å snakke bedre, si ordene riktig, og kanskje aller helst komme tilbake til der de var.

De har selvfølgelig ønske om å kunne ha gode samtaler med folk rundt seg. De ønsker nok i utgangspunktet å komme tilbake til der de var. (I3)

Og mange sier liksom 'Jeg vil bli bedre til å snakke', det er liksom litt typisk svar. (I4)

4.2.3 Forskjellige mål

Selv om målene til logoped og klient ikke nødvendigvis spriker i hver sin retning, virker det derimot som at fokuset kan ligge på litt forskjellig steder. Mens klientene ofte er mest opptatt av det rent talemessige, og aller helst å skulle prate som tidligere, har logopedene et mer helhetlig fokus på kommunikasjonen. Informant 1 uttrykker følgende:

Jeg tenker kanskje ofte at de er mer på sånn å si ordene riktig. Altså kanskje mer at de vil liksom uttale det riktig, mens jeg kanskje tenker mer på hele evnen til å kommunisere. [...] Det blir jo kanskje ofte at som fagpersoner at du ser på mer, om de har bra kroppsspråk, om de klarer å vise ting, at du tenker større om kommunikasjonen kanskje enn de.

Men hva gjør logopedene når de opplever at målene til klienten ikke samsvarer helt med deres egne tanker om resultat av behandling? Flere logopeder trekker frem en vanskelig balansegang mellom å realitetsorientere uten å ødelegge for alt håp og motivasjon:

For jeg har liksom følelse av at 'Oi, det målet kommer du ikke til å nå', så sånn sett har jeg kanskje litt lavere forventinger, ja. Og hva jeg gjør da? Det er alltid så vanskelig fordi man vil jo ikke 'dølle' folk i huet og si at 'Nei, men du, det kommer ikke til å funke' eller noe sånt. Så det er ikke sånn at jeg alltid klarer å få til det at vi er på bølgelengde, at nå vet vi nøyaktig hvor vi er i landskapet. Men at jeg kanskje problematiserer det litt, ta skritt for skritt, og at vi ikke kan tenke så langt fram, og understreke at det er hardt arbeid. Jeg prøver å realitetsorientere litt, uten å prøve å ta fra folk 'piffen' da. Men det føles som et dilemma mange ganger. (I2)

Jeg pleier ofte ikke gå for hardt ut å si at 'Dette her er ikke realistisk', men kanskje heller si noe mer om at vi ikke kan si noe om prognose for eksempel, og at det å bli som

før er jo et fint mål, men vi må kanskje sette mindre mål på veien til dette. Også kan det jo hende det går seg til etter hvert. (I4)

Som en måte for å få klienten med på logopedens bølgelengde trekker informant 3 frem følgende:

Jeg tenker det er viktig å snakke om hvilke alternative muligheter man har. Hva slags type behandling man kan gjøre. Man må prøve å få i gang en samtale om hva dine mål er, så kan man se på konsekvensene av de valgene, og forklare litt hva det kan bli, også må man se på konsekvensene av kanskje mitt forslag, også veier man litt sånn. Den dialogen bør skje i hodet på klientene. [...] Jeg er veldig opptatt av at jeg ikke skal sitte med pekefingeren å si at 'Nå må du gjøre sånn', men at de selv kanskje skal komme frem til at det er lurt da ... for deres egen behandling.»

4.2.4 Klientens kunnskap

Når det gjelder logopedens opplevelser av hvorvidt klienten vet hva talepraksi er, kommer det som antatt frem at det ofte er minimal kunnskap. Dette avhenger derimot litt av når i løpet logoped treffer klienten, om klienten er nylig diagnostisert, eller er i kronisk fase og har levd med vansken over lengre tid. Likevel opplever informant 2 at det ikke nødvendigvis er sånn at klienten forstår:

Altså, det er jo litt forskjellig. Selvfølgelig noen ganger har jeg jobbet veldig langt ut i kronisk fase, hvor de har vært hos mange logopeder og sånn, men akkurat å vite akkurat hva det er likevel, selv om noen har prøvd å forklare det ... det er ikke så lett å ... jeg er jo ikke nesten helt sikker selv liksom (latter).

Informant 4 trekker også frem utfordringen med å forstå hva som er talepraksien, og hva som er de eventuelle sameksisterende vanskene:

Nei, det synes jeg ikke. Og i hvert fall ikke i subakutt i hvert fall. Alt er nytt for dem. Også er det jo kanskje litt vanskelig å forstå hva er afasien og hva er talepraksien, og hva er eventuelt dysartrien i tillegg. Og kanskje bruker å si litt sånn ... snakke da, bruke den betegnelsen for alt på en måte.

I forbindelse med å gi informasjon, noe alle logopedene uttrykker at de gjør, trekker flere frem at enkle forklaringer er vesentlig. Dette kan illustreres gjennom følgende sitat:

Til brukeren så prøver jeg å forklare litt sånn enkle ord da. Og prøve å anerkjenne den ... hvor frustrerende det er noen ganger. [...] Jeg prøver å si noe som at 'Ja, hjernen skal liksom sende beskjed til munnen om hva den skal gjøre, også er det litt sånn kluss på linjen', eller litt sånn, noe slags bilder da liksom. (I2)

4.2.5 Målsetting i behandling – drøfting

Som nevnt i teoridelen er det primære målet ved behandlingen av talepraksi å maksimere effektiviteten, produktiviteten og naturlighet av kommunikasjonen (Duffy, 2013). Samtlige logopeder trakk frem å bli forstått og bedre kommunikasjonsevnen som deres mål for behandling. Jeg ser i retrospekt at svarene ble veldig generelle, og at målene på mange måter er hva enhver person som går til logoped sitt mål bør være, jamfør «bedre kommunikasjon». Jeg burde derfor kanskje stilt et oppfølgingsspørsmål for å få det mer spisset, for eksempel «hva tenker du mer spesifikt?». Et annet alternativ kunne vært å få de til å eksemplifisere ett type mål de har satt hos en eller flere spesifikke tidligere klienter. En årsak til at svarene kan bli av en slik generell art er det faktum at vansken varierer veldig, og hver klient er helt unik. Dette er noe flere av informantene nevnte gjennomgående i undersøkelsen, at «det varierer veldig». Derfor vil det kanskje føles unaturlig når de skal svare å trekke frem noe som kun gjelder en spesifikk klient, og det innebærer at man kanskje lett beveger seg mot det generelle. Dette resulterte i at jeg ikke har noen konkrete eksempler på hvilke mål logopedene opererer med i møte med personer med talepraksi, bortsett fra mål om å en god kommunikasjonsevne.

Som det kommer frem har klientene et generelt ønske om å «prate bedre», og alle helst komme tilbake til dit de en gang var. Det viser seg derimot at logopedene gjerne har et slags større bilde på kommunikasjon. Dette kan komme av erfaring med vansken og dens prognoser, og at fokuset ikke kanskje nødvendigvis ligger på å skulle klare å komme tilbake dit man var, men at det viktigste er å kunne gjøre seg forstått, og ikke minst kunne leve godt med vansken. Men som informant 4 trekker frem så henger ofte livskvaliteten litt sammen med evnen til å snakke riktig. Det virker uansett å forvente at etter hvert som klienten får mer informasjon om vansken, og går til logopeden over en periode, at de kommer mer på bølgelengde, og begge er enige om hvor «landet ligger». Det virker ikke være en bestemt måte for hvordan de blir enige om mål for behandling, men at det dreier seg om en god kommunikasjon og til en viss grad ærlighet om hva en kan forvente seg ut fra vanskens generelle utgangspunkt.

4.3 Tiltak og gjennomføring

Sentralt i intervjuene sto logopedens gjennomføring av behandling. Dette temaet inneholder flest underkategorier, og er derfor på mange måter den delen det ble lagt mest vekt på i studien. Behandling handler om mer enn konkrete tiltak, men tiltak er en veldig viktig del for å se på hva de faktisk gjør i mål om å forbedre kommunikasjonsevnen hos de som er rammet. Temaet omhandler hvordan logopedene igangsetter behandlingen, hvilke tiltak og eventuelt faglig materiell som benyttes, hva som anses som det mest grunnleggende i behandlingen, og hvor mye arbeid klientene legger ned. Underkategoriene er «kjennskap til inndeling av tilnærminger», «oppstart av behandling», «tiltak», «bruk av faglig materiell», «grunnleggende elementer i behandling» og «omfang av behandling».

4.3.1 Kjennskap til inndeling av tilnærminger

Spørsmålet om hvorvidt logopedene kjente til en inndeling av artikulatorisk-kinematisk, intersystemisk fasilitering/reorganisering, hastighet/rytme, og ASK som ulike tilnærminger til behandling ble stilt av ren nysgjerrighet, og ikke for å «teste» kunnskap. Dette fordi i forbindelse med teorilesingen til prosjektet ble jeg møtt av nettopp denne inndelingen når ulike tiltak ved behandling av taleapraksi skulle beskrives. Det fikk meg til å undre på om hvorvidt en slik teoretisk inndeling er noe man ser i praksis. Det at logopedene ikke nødvendigvis kjenner til denne type begrepsbruk betyr ikke at de ikke jobber innenfor en av tilnærmingene, men jeg var spent på om de hadde noe bevisst forhold til ulike tilnærminger til behandling av taleapraksi.

Informant 2 og 4 gir begge uttrykk for at de har hørt om eller vært borti inndelingen, men at det ikke er så mye innhold i begrepene eller at de har noen god definisjon på dem. Informant 1 har også hørt om AK-tilnærming. Til tross for noe kjennskap til begrepene har ingen av informantene noe bevisst forhold til at de arbeider etter en viss eller flere tilnærminger. Informant 3 har ikke vært borti begrepene tidligere, men har etter å ha sett intervjuguiden på forhånd reflektert seg til at den tror den holder på med en AK-tilnærming.

4.3.2 Oppstart av behandling

Informantene fikk spørsmål om hvordan de starter behandlingen. De fleste trekker frem at oppstarten handler om å bli kjent:

Helt i starten er det å bygge relasjon, så man blir kjent. Og så prøve å finne ut hva som er behovet til hver enkelt sånn i forhold til kommunikasjonen og hva de trenger. (I1)

Så hva gjør jeg aller først når jeg møter en ny bruker? For det handler kanskje ikke så mye om å akkurat begynne å behandle første gangen, men kanskje bli litt kjent. Hvis det er mulig vil jeg jo gjerne at den som jeg møter kan sette ord på hvordan vansken oppleves ... i den grad det går. (I2)

Først og fremst når de kommer så må man jo prøve å opparbeide litt tillitt og få at de liker å jobbe med meg. Det er veldig viktig at de føler det er fint å jobbe med meg. (I3)

Informant 2 trekker også frem at brukerne ofte er litt spente og nervøse i starten, og lurer veldig på hva de skal drive med, og at det da handler om å avklare litt, hvem logopeden er og hva logopeden jobber med, i et forsøk på å bruke en følelse av en viss kontroll.

Når selve behandlingen først skal settes i gang uttrykker informant 1 at den tar utgangspunkt i ord og ting klienten trenger, og at de kanskje starter med å imitere lyder, men at det veldig fort går over til at de heller «kommuniserer». Informant 3 uttrykker følgende om start av behandling:

Så da vi har kommet litt i gang bruker jeg tekst. Veldig, veldig enkel tekst. [...] Men da vi brukte tekst måtte vi ta en og en bokstav, og da begynte jeg forfra, med leppelyder, eksplosjonslyder og vokal. [...] Startet med funksjonelle fraser tror jeg er riktig å si. Som man bruker i hverdagen, som man kan nytte litt av.

4.3.3 Tiltak

Når det gjelder konkrete tiltak i behandling uttrykker informant 1 at den bruker blant annet speil og bilder. De starter gjerne med vokaler eller lyder som er foran i munnen. Hvorvidt apraksien sameksisterer med afasi, og i hvor stor grad afasien eventuelt er til stede, er avgjørende for hvor mye støtte om trengs i form av for eksempel bilder. Informant 1 nevner også et apraksihefte som er oversatt til norsk, som er mer på det systematiserte trinn-for-trinn, men at dette ikke er noe informanten i stor grad benytter seg av, men heller har utviklet et eget repertoar. Å lære seg noen triks for hvordan klienten skal huske hvordan første lyd kommer ut trekkes frem som et tiltak, og et eksempel er å ha hodet bakover for at «K» skal komme lettere.

Angående strukturering av logopedtiden sier informant 1 at en del gjerne blir mer teknisk, i form av repetisjoner og lignende, mens en annen del er mer samtale:

Så det blir liksom både teknisk, at man kanskje en del av timen er mer teknisk trening, også repetisjoner. Men at det kan bli lenge i en time også. Også i forhold til

mestringsfølelse, at man kan ha mere sånn spontant ... selv om det ikke er så spontant, jeg finner ikke bare på. Det er jo en plan bak det også på en måte.

Informant 1 uttrykker videre at ved erfaring følger en trygghet til å prøve seg frem med metoder fra andre ting:

Jeg tror liksom i starten er man mer sånn at jeg skal følge et program, men så etter hvert når man blir mer erfaren så er det sånn at jeg kan bruke en metode fra helt andre ting, jeg kunne brukt kork liksom, eller helt andre ting, bare for å prøve da, for å se om det gir den bevisstheten eller går frem de ordene. [...] Jeg kan for eksempel bruke sånn ... innenfor afasi er det noe som heter melodisk intontansjonsterapi [...] men jeg kan bruke sånn hvis det hjelper da, med litt rytme.

Informant 2 uttrykker et utgangspunkt i språklig materiale i tiltakene:

Jeg har i hvert fall en tendens til å ikke bevege meg så veldig mye mot sånn eksplisitt trening på sånn 'Du må ta tunga opp' [...] At de liksom jobber med noe språklig materiale, og at jeg prøver å gi liksom prompt og hjelp sånn at de klarer å uttale et ord som er vanskelig, litt mer sånn, hva skal jeg si ... implisitt da, enn at jeg instruerer sånn 'Nå må du gjøre sånn og sånn'.

Videre uttrykker informant 2 at med klienter med store vansker velges det ut noen ord som er «targets». Dersom det er vansker med igangsetting benyttes prompts, eller at de får se første bokstav. Med bittelitt prompt fra informant 2 kan klientene bli veldig flinke til å uttale ordene, så et oppdrag er derfor gradvis å fjerne prompts som setter i gang, som følge av at de ikke har med seg logopenen overalt. Et annet tiltak informant 2 trekker frem er å senke taletempo:

Et tiltak kan jo bare være at den jeg jobber med skal prøve å snakke saktere. Og noen ganger så er jo det de irriterer seg over at de snakker saktere enn før, også kommer jeg og sier at 'Nei, du skal snakke enda saktere'. Og da hender det at jeg sier at 'Nå mens vi øver må vi snakke enda saktere' også kanskje etter hvert så kan du ... du får ikke med deg alt hvis du gjør det ... eller trene seg på å se for seg ord for ord og dele det opp, så man får med alle stavelsene.

Informant 3 trekker frem lesing som noe som brukes mye, i tillegg til at spontantale er viktig:

Jeg tenker lesing er en kjempegod støtte for talen. Det blir som noen armringer. Fordi de slipper å tenke på hva de skal produsere, de konsentrerer seg om språklydene. Men

selvfølgelig putter vi inn spontantale. Prøver å stille spørsmål ut fra setninger, også kan de svare hva de nettopp har lest.

Videre opplever informant 3 at å lese fulle setninger kan være utfordrende som følge av at artikulatorene forsøker å følge blikket til klienten når en leser. Derfor isoleres lydene, og man tar en og en bokstav, for da blir vedkommende tvunget til å stoppe opp. Et annet tiltak som trekkes frem er bruk av like billedkort, hvor man skal spørre etter et bilde for å få par. Dersom det oppstår utfordringer i oppgaven uttrykker informant 3 følgende:

*Kanskje h*n ikke får til, da må vi gå inn på hver språklyd og jobbe med det, og repetere. Sette de sporene i tunge-leppe-kjeve, og disse artikulatorene, eller fra hjerne ut i munnen, masse repetisjon.*

Videre trekker informant 3 frem jobbing med alfabetet, både få en auditiv lyd og skulle peke på riktig, eller peke på en lyd også må den produseres. Informant 3 bruker også prompting, hvor klientene først prøver selv, og hvis ikke det går hjelper informanten til med første lyd, og eventuelt neste lyd. TalkTools trekkes også frem av informant 3 som et hjelpemiddel for bevissthet rundt hvor konsonantene og vokalene lages. Informant 3 er også opptatt av å få dagligdagse fraser inn i talen til klientene. Hvilke tiltak som brukes på hvilke klienter varierer derimot. Informant 3 uttrykker følgende:

Jeg tror ikke man kan ha et sånt fast treningsmønster, treningsopplegg som kan tres nedover alle. Men at man har en sånn liten verktøykasse er lurt, men så må man prøve seg frem med den man har foran seg.

Informant 4 jobber spesielt med å sette ned taletempo. Dersom det er mye vansker jobbes det også kompensatorisk. Informant 4 trekker også frem det å trene på ord som et tiltak, men opplever det som mer funksjonelt å trene på helordsnivå, fremfor å trene på lydnivå. Relevans for klienten trekkes også frem som et aspekt hvis man først skal arbeide med ord:

Jeg tenker at man skal trene noe som også er relevant for personen selv, at man ikke slår opp en bok med ord som ikke har relevans for den her personen i det hele tatt da.

(I4)

Videre nevner informant 4 også arbeid med bevisstgjøring, og god tid for klienten som tiltak i behandling.

4.3.4 Bruk av faglig materiell

Når det gjelder bruk av faglig materiell er det felles for alle fire informantene at det ikke er noe som benyttes. Et apraksihefte oversatt til norsk er tidligere nevnt av informant 1, men informanten uttrykker at dette ikke er noe den benytter. Informant 3 trekker også frem et hefte, på engelsk derimot, som informanten selv gjorde et forsøk på å oversette til norsk. Informant 3 opplevde derimot utfordringer når dette skulle brukes i praksis:

Jeg tenkte det var genialt. [...] Så skal jeg begynne å jobbe med dette her, det jeg opplever blir et kjempeproblem er at folk med apraksi ikke kan sitte og bli presentert for ba-be-bi-bo, eller bak-ball, det er så like ord, bak og ball, at det går helt i surr.

Selv om det da virker å eksistere noe materiell er ikke dette noe som benyttes av logopedene i studien. Informant 4 trekker også frem den utfordringen at, så vidt informanten selv kjenner til, det ikke finnes noe som normert til norske forhold:

Nei altså, som jeg kjenner til har vi vel ikke per nå noe sånt utviklet, norsk da, normert til norsk, norske språklyder og sånne ting. Så jeg bruker mer de man har for hånd eller lager selv.

4.3.5 Grunnleggende elementer i behandling

Spørsmålet om grunnleggende elementer i behandling ble stilt for å få en følelse av hva logopedene anser som det aller viktigste når det gjelder taleapraksi. Informant 4 uttrykker en usikkerhet på hva den anser som det mest grunnleggende, men trekker frem taletempo og bevisstgjøring. Informant 1 trekker også frem bevisstgjøring, i tillegg til repetisjon:

I taleapraksi vil jeg jo tenkte at repetisjon og sånt er viktig, og bevisstgjøring. Altså på taleapraksi ... må si det mange ganger for at det skal sitte, og ofte også ha noen sånne "knagger" å henge det på, altså sånn at man assosierer med noe [...] men jobber mye med sånn første lyd, hvordan du starter ordet, hvordan posisjonen på leppene eller hvor er tunga på første lyden.

Informant 2 nevner også repetisjon som nødvendig dersom man skal jobbe mot et mål om å få bedre tale, men trekker også frem viktigheten av et språklig grunnlag:

Jeg vet ikke om jeg klarer å peke ut noe, men jeg føler for meg er det grunnleggende at man jobber med noe språklig, at man jobber med faktiske ord. [...] For meg så er det kanskje et grunnleggende element at vi har et slags utgangspunkt om et resultat som er språklig på en måte. Også, det er jo klart det trengs masse repetisjon, og hvis man

virkelig skal jobbe med taleapraksi med mål om å få bedre tale er det liksom ... man må jobbe hardt.

For informant 3 er det lesing som er det mest grunnleggende behandlingen:

Altså, lesing kommer man ikke unna. Jeg tenker det er det viktigste jeg. Enkelt. Enkle tekster, fordi de ser disse språklydene, en og en av gangen, også er det noe med det visuelle, at de får et visuelt ... det visuelle knyttes sammen med det auditive da, de gjentar riktig selvfølgelig. Nei, det er lesing. Enkel lesing.

4.3.6 Omfang av behandling

Med omfang av behandling menes det hvor ofte logopeden treffer klienten, og hvorvidt behandlingen innebærer noe egentrening hjemme. Det kommer frem at hvor ofte logopeden treffer klienten avhenger gjerne hvor/hvordan logopeden jobber. Både informant 2 og 4 uttrykker at ved arbeid på rehabilitering eller sykehus har de som mål å treffe brukeren en gang om dagen, selv om det ikke nødvendigvis alltid er gjennomførbart. Informant 3 nevner også et tilfelle hvor sykehuset ønsket at klienten skulle treffe privat logoped fem ganger i uken. Videre forteller informant 3 om en klient som selv ønsker to timer daglig:

*H*n siste nå vil gjerne trene to timer hver dag. Det har jeg ikke kapasitet til, men jeg skjønner h*n blir kjempeskuffet. [...] H*n er ung, og h*n har så mye drive inni der.*

Dette med egen driv og motivasjon, og ikke minst overskudd til trening, er også avgjørende for omfanget hos de andre logopedene. Informant 1 sier blant annet dette om saken:

For eksempel nå har jeg en som har vært fire ganger i uka, ganske intensivt. Men det avgjørende er jo om de er mottakelige og motiverte for å ha en sånn intensiv trening. [...] Men det er jo liksom kombinasjonen at den personen er veldig motivert og orker å komme og trene, og gjør noe hjemme og da. Så det er jo kanskje de yngste som er mest ivrig på det. Men vanligvis er det nok bare sånn 1-2 ganger i uka, at jeg har de pasientene. Men jeg kan også tilby mer, men da blir det sånn i samarbeid med de, hva de ønsker, eller hva de klarer å gjennomføre.

Informant 2 uttrykker at noen klienter kommer én gang i uka, mens det meste er tre ganger i uka. Dette på grunn av at det er stort sett eldre personer logopeder jobber med, og til tross for en stor interesse for å bli bedre til å prate, så har de ofte ikke overskudd til å ha så mange timer «de etter boka kanskje burde ha».

Når det gjelder hjemmetrening avhenger dette også av hva klientene selv har krefter og overskudd til. De fleste logopedene deler en tanke om at egeninnsats er viktig for å sikre forbedring, men ser at dette ikke nødvendigvis alltid er gjennomførbart.

Særlig på talepraksi krever en innsats, kontinuerlig, at man faktisk må øve på det også. For jeg tror ikke det har så god effekt hvis man kommer en gang i uka, og ikke gjør noe ellers. [...] Men så har du jo ... er det slagpasienter så kan det jo være fatigue, de kan jo ha på en måte ting ved sykdommen som gjør at det er vanskelig for dem å komme i gang med trening, eller gjøre det selv, så det er mye å ta hensyn til egentlig. (I1)

Informant 3 trekker derimot frem klienter som har vært veldig motivert for hjemmearbeid, og derfor fått hjemmeoppgaver som stort sett innebærer lesing. Men der også kommer det frem at klientene er slitne:

*At de jobber på egenhånd ... altså jeg har vært kjempeheldig med å ha to personer som er villig til å legge ned så mye arbeid i sine egne utfordringer. [...] Hva vi gjør til ... jeg gir oppgaver. Og hører om hva som er overkommelig. [...] Etter hvert gikk h*n over til en gang i uken, for h*n fikk litt andre utfordringer i kroppen. Og da leste h*n jo masse hjemme. Men de er slitne vettu, det er mye og ... litt deprimerte, ikke sant. Fordi livssituasjonen er blitt som den er blitt.*

Informant 2 uttrykker at det generelle svaret er at de fleste brukerne ikke får gjort noe hjemmearbeid, av ulike grunner. Dersom de først skal få til noe egentrening opplever informant 2 også lesing som det aktuelle:

Det letteste å få til er at de øver seg på å lese høyt, en tekst hjemme, og at de skal prøve å lese sakte og få med alle lydene, og tenker at det er en form for stimulering av talespråket. Det er kanskje det jeg har hatt mest av at det faktisk har blitt gjennomført ... at de har fått til å gjøre det hjemme liksom.

Et annet aspekt ved hjemmetrening er dette med evne til selvkorrigerer, hvor informant 4 uttrykker følgende:

Jeg tenker litt sånn generelt egentrening, i hvert fall hvis det er oppgaver så må man tenke på at dette er noe de skal kunne klare å mestre på egenhånd, og du må også kunne vite at brukeren selv skal kunne korrigerer seg selv da, og ha den oppmerksomheten 'Nå gjør jeg feil, og nå korrigerer jeg meg selv', så det ikke blir et feilmønster som læres hvis de sitter på egenhånd.

Dette er noe informant 2 også trekker frem, det faktum at oppgavene kan være vanskelig å gjøre uten at noen støtter en litt, og at mange ikke nødvendigvis har noen til å hjelpe seg. Men informant 4 anbefaler likevel egentrening hvis det er noe brukeren er motivert for selv, men det er ikke noe som skal pålegges personen.

Siden det ofte er snakk om eldre klienter, hvor overskudd til hjemmetrening ofte kan være problematisk, medfører dette naturligvis at det er vanskelig for logopedene å skulle stille noen krav til dette. Informant 1 trekker likevel frem at logopeder generelt kanskje burde være flinkere til å kreve noe tilbake for at treningen hos logopeden skal ha noen verdi, som følge av informantens tanke om at god effekt ikke er like sannsynlig om klienten kommer én gang ukentlig, og ikke gjør noe ellers:

Nei, jeg stiller ingen krav liksom. [...] Men jeg ser også sånn at man bør være strengere på at de bør gjøre noe. At vi som logopeder bør ... at de bør ha en egeninnsats da. At hvis ikke, så burde man være flinkere til å avslutte behandling, [...] at vi må være flinkere til å stille krav tilbake, fordi det er jo ikke sånn at de skal komme til logopeden og motta trening.

4.3.7 Tiltak og gjennomføring – drøfting

Når det gjelder kjennskap til en inndeling av ulike tilnærminger til behandling var det de to informantene som det er kortest tid siden de begynte å arbeide, henholdsvis 14 og 5 år, som gir klare uttrykk for at de har vært borti eller hørt om inndelingen, uten at de nødvendigvis kan gi noen god definisjon på de ulike begrepene. Den første litteraturgjennomgangen for behandling av talepraksi ble publisert i 2006 (Wambaugh et al., 2006), for nettopp 14 år siden. Det er derfor ikke utenkelig at det er større sjanse for at disse to har vært borti begrepene gjennom for eksempel utdanningsløpet. I forelesningen undertegnede selv hadde om talepraksi ble tiltakene presentert under overskrifter som «artikulatorisk-kinematiske teknikker», «bruk av gester som tiltak», «tiltak som inkluderer takt og rytme» og «alternativ og supplerende kommunikasjon». Kapittelet som er på pensum for temaet (Miller & Wambaugh, 2017) benytter også den nevnte inndelingen når de skal beskrive ulike tiltak for behandling, og det er slik jeg selv kjenner til det. Dette var som tidligere nevnt uansett ikke et spørsmål med formål om å teste logopedens kunnskap om eller kjennskap til behandlingstilnærminger, men heller undersøke om en slik teoretisk inndeling er noe som benyttes med bevissthet i praksis hos logopedene. Det viste det seg derimot at det ikke var, da

ingen av logopedene hadde et bevisst forhold til hva slags tilnærming de selv eventuelt jobbet mest med.

Hvis man derimot sammenlikner informantenes svar på hva slags tiltak de benytter med hvilke tiltak som ligger under de ulike inndelingene kan man si på en generell basis at logopedene stort sett jobber under en AK-tilnærming, jamfør at logopedene trekker frem repetisjon og bevissthet rundt hvordan lydene lages (artikulatorisk cueing), eller hastighet/rytme, som følge av at flere trekker frem å senke taletempoet som et tiltak. Dette er på mange måter kanskje ikke et overraskende funn, da mesteparten av behandlingene i den første rapporten ble karakterisert som AK (Wambaugh et al., 2006), og den nyligste litteraturgjennomgangen kun besto av AK og hastighet/rytme (Ballard et al., 2015). «Artikulatorisk-kinematisk» var også det begrepet flest av informantene følte de kunne ha hørt før, noe som også er naturlig dersom det er tilnærmingen som går igjen mest blant internasjonal forskning.

Som nevnt kan altså bevisstgjøring plasseres under en AK-tilnærming, og tolkes her til å på mange måter være det samme som omtales som «artikulatorisk cueing» i teorikapittelet, nettopp arbeid med hensyn til hva, hvor og hvordan artikulatoren skal oppføre seg. Bevisstgjøring er noe som trekkes frem hos informant 1, 3 og 4. Når for eksempel informant 4 nevner bevissthet som et tiltak nevnes det ikke hvordan de jobber med dette, om det er gjennom verbale instruksjoner, visuell modellering, tegninger, videoer eller at logopeden manipulerer orofacial muskulatur. Alt dette er eksempler fra hvordan artikulatorisk cueing kan foregå, og i etterkant ser jeg at jeg kunne ha stilt oppfølgings spørsmål for å finne ut, ikke bare at bevissthet var noe de jobber med, men noe mer konkret om hvordan de jobber med bevissthet. Informant 3 derimot nevner blant bruk av tegning for å illustrere grad av kjeveåpning, når den jobber med de ulike vokalene. Videre benytter I3 også TalkTools, som er ulike verktøy for bedre munnmotorikk, for bevissthet om kjeveåpningen og vokalene. Informant 1 trakk frem bruk av speil og bilder, og jobber spesielt med første lyd, altså hvordan man starter ordet, med hensyn til posisjonen på leppene eller hvor tunga skal være. I1 liker å starte med vokalene, og lyder fremst i munnen. Dette med de «fremste» lydene er noe informant 1 og 3 har til felles, hvor også I3 begynner forfra, med leppelyder og eksplosjonslyder, i tillegg til vokalene. Informant 1 og 4 har til felles at de begge trakk frem bevisstgjøring som noe av det mest grunnleggende i arbeidet med behandling av talepraksi. Repetisjon var det andre, i tillegg til bevisstgjøring, I1 anså som mest grunnleggende i behandlingen. Dette med repetering er også noe informant 2 og 3 trekker frem betydningen

av, hvis det er et mål om å få bedre tale. Repetering er trolig en av de mest virkningsfulle faktorene i behandling (Miller & Wambaugh, 2017), og det er derfor positivt at dette er noe de fleste informantene trekker frem og prioriterer i behandlingen. Dette med repetering er derimot noe logopedene opplever at lett kan bli kjedelig eller lite motiverende for klienten dersom det er mye strev, så behandlingen kombineres gjerne med en bit repetering og en annen bit mer «spontan» prating, men dog med mål og mening, eller spørsmål ut fra for eksempel bilder.

Når det gjelder trening på ord som et tiltak, trekker informant 4 blant annet frem at den opplever det som mer funksjonelt på helordsnivå, fremfor lydnivå. Teorien om tiltak ved taleapraksi presisterte nettopp det dynamiske ved tale, og at praksis hvor statiske posisjoner eller isolerte elementer av bevegelser som ikke er relatert til tale, ikke bør ha noen plass i behandlingen (Miller & Wambaugh, 2017). Informant 2 trekker også frem dette med å jobbe med noe språklig, og ikke uten kontekst. Lyder forekommer bare i kontekst, og derfor forfekter dette et nivå av enheter med hele stavelser, ord og ytringer i praksis (Miller & Wambaugh, 2017). Når det gjelder å trene på ord og ytringer trekker både informant 3 og 4 fram at utgangspunktet bør være ord og fraser som anses som relevante for klientens liv.

Teorien om behandling sier også at fordi taleapraksi er assosiert med vanskeligheter i overganger mellom lyder vil øving av lyder isolert, for deretter å forsøke å sette de sammen igjen, sannsynligvis virke mot sin hensikt (Miller & Wambaugh, 2017). Som det kommer frem i presentasjonen av resultatene nevner blant annet informant 3 hvordan de isolerer lydene når de leser. Dette virket derimot heller å være som følge av, som informanten uttrykte selv også, at «øyene til klienten leser ordene fortere enn munnen klarer». Denne isoleringen gir derfor en mulighet til å arbeide med bevissthet og artikulorisk cueing på hver bokstav, slik at klienten lettere finner artikulasjonssted og -måte når den skal forsøke å lese setningen ved en senere anledningen. Uansett er hele ord og setninger det opprinnelige utgangspunktet for treningen når de leser; det er ikke at de velger en lyd eller bevegelse og øver på den isolert. I arbeidet med dette presiserer også informant 3 viktigheten av terping og repetisjon, noe som også i teorien har blitt trukket frem som grunnleggende i arbeidet med forbedring, som tidligere nevnt. Dette med å ta én og én bokstav i ordene kan også sees på som et tiltak under hastighet/rytme. At det tvinger klienten til å senke tempoet og artikulere bokstav for bokstav. Informant 2 trekker også frem dette med å få med seg alle stavelsene. Dette trenes på gjennom å snakke saktere, eller at klientene trener på å se for seg ordene og dele opp. Fremfor å gjøre det fysisk, på et ark for eksempel, som informant 3 beskriver, virker informant 2 å

jobbe med at klientene mentalt skal se for seg at ordene deles opp. For informant 4 virket dette med taletempo å være hovedtiltaket. Som det har kommet frem har det vist seg at behandling som sikter på å kontrollere hastighet har en positiv effekt for personer med taleapraksi (Miller & Wambaugh, 2017), og taletempo virker å være noe de fleste logopedene arbeider aktivt med.

Det virker derimot ikke til at noen av logopedene benytter seg av noe særlig hjelpemidler i arbeidet med taletempo og hastighet, som eksempel metronom, pacing board eller fingertapping. Jeg kan derimot ikke utelukke at det benyttes, selv om det ikke ble nevnt under intervjuet. Jeg kunne for eksempel ha stilt noe som «når dere arbeider med taletempo, benytter dere noe hjelpemidler, som til eksempel pacing board eller fingertapping?». Det jeg derimot opplevde som vanskelig i de situasjonene er at oppfølgingsspørsmålene da ville bli ledende i karakter, og at logopedene lett ville kunne svare bekreftende på det, fordi det hørtes riktig ut. Jeg hadde et tilfelle hvor jeg avslutningsvis forsøkte å få flere eksempler, og hvor jeg lurte på om det var noen flere tiltak den benyttet, «som for eksempel prompting?». Da fikk jeg til svar at «Å ja, prompts bruker jeg masse». Dette var da altså noe logopeden med stor sannsynlig ikke hadde kommet på å nevne på eget initiativ, men som kom som følge av at jeg brukte det som eksempel. Dette er et moment verdt diskusjon, da jeg ser for meg et mulig scenario hvor logopedene ikke klarer å gjenkalle alt de gjør «på sparket», og at jeg derfor kan ha risikert å miste mye verdifull informasjon. Likevel, i et forsøk på at ikke spørsmålene skulle bli for ledende, var det et valg å forsøke å bruke minst mulig av konkrete eksempler selv, til tross for at jeg opplevde at jeg fikk de lettere inn på «riktig spor» når eksempler ble brukt. For å få et tydeligere bilde på akkurat hvilke konkrete tiltak de benytter eller ikke benytter, ville kanskje et spørreskjema vært et bedre alternativ, hvor alle eksisterende tiltak og lignende er ramset opp, og logopedene krysser av på det de selv benytter, og eventuelt inkludert en rute for utdypning av andre tiltak som ikke var nevnt. I denne studien har derimot fokuset vært større enn kun hvilke konkrete tiltak som benyttes, så en kvalitativ intervjustudie har fanget et større fokus, spesielt med hensyn til logopedens erfaringer. Derimot hadde det absolutt vært interessant å sammenlikne svarene fra intervjuene mot et slikt spørreskjema. Det ville altså kunne ha fungert som et supplement til studien.

Det er kun informant 1 som trekker frem noe som tydelig kan plasseres under en intersystemisk fasilitering/reorganiseringstilnærming, nemlig melodisk intonasjonsterapi. Informant 1 trekker frem MIT som noe som benyttes innenfor afasi, i forbindelse med at informanten gir uttrykk for at den ikke er redd for å prøve metoder fra andre ting enn nettopp

taleapraksi. MIT ble trukket frem som en metode i teorien under intersystemisk fasilitering/reorganisering, som en gestuell stimulering kombinert med AK-teknikker, og MIT virker å forbedre språkproduksjon og artikulasjon hos personer med taleapraksi (Miller & Wambaugh, 2017). Når det gjelder bruk av ASK er det bare informant 4 som uttrykker at den jobber kompensatorisk. Der ser jeg i ettertid at jeg burde fulgt opp når informanten uttrykte bruk av kompensatorisk tilnærming ved store vansker, og spurt hva den mente med det og om den kunne eksemplifisert. På generell basis opplever jeg det som gjennomgående at min uerfarenhet som intervjuer kan ha robbet meg for en del utdypning ved flere tilfeller. Informant 1 trekker frem bruk av supplerende kommunikasjon, med andre ord støtte i form av bilder, dersom afasi er til stede. Akkurat dette med supplerende og alternativ kommunikasjon er noe jeg derimot regner med alle informantene benytter dersom vanskene er så alvorlige at klienten ikke makter å gjøre seg forstått, eller for eksempel afasien er for stor. Det at det ikke nevnes av alle, og heller ikke står mest sentralt hos de som nevner det, kan heller tolkes dit at det er ikke noe som brukes aktivt eller jevnlig av flertallet. Det er med andre ord ikke det første de gjør. Som det presiseres i teorien skal man også passe seg for prinsippet for erfaringsavhengig plastisitet i minnet: «Use it or loose it» (Klein & Jones, 2008, referert i Miller & Wambaugh, 2017), og det at logopedene først og fremst har et fokus som sikter på å gjenvinne taleferdighetene virker også i dets favør.

Som det kommer frem, har lesing vært en stor del av opptreningen hos informant 3. I forbindelse med dette er det derimot verdt å merke seg det faktum at klientene til informant 3 i stor grad har vært rene tilfeller av taleapraksi. Dersom afasi også er i bildet vil det kunne påvirke lesefunksjonen til klienten (Duffy, 2013), og det er ikke dermed sagt gjennomførbart å bruke lesing som metode for tiltak. Dette er dog en vurdering man må ta i hvert enkelt tilfelle, som for så vidt også gjelder for alle andre tiltak. Behandling virker generelt å være avhengig av en prøving (og kanskje feiling), og hver klient er et eget individ med individuelle vansker. Lesing er derimot noe som har kommet frem som alternativ for hjemmetrening hos flere enn bare informant 3. Informant 2 også trekker frem lesing som det aktuelle dersom det skal trenes på noe hjemme. Likevel kommer det frem at hjemmetrening generelt er vanskelig, og på en generell basis virker det til at det ikke er noe som kreves eller forventes av logopedene.

Når det gjelder omfang av trening, sett bort fra eventuell egentrening hjemme, varierer det veldig. Informantene på sin side virker å være samstemte om at mest mulig er det beste, og er villige til å tilby hyppig og intensiv trening dersom det er gjennomførbart. Alle informantene

har vært borti tilbud om 4-5 ganger i uken, altså omtrent daglig. For informant 2 og 4 derimot var dette snakk om i en rehabilitering-/sykehussetting, mens for informant 1 og 3 har det vært i rollen som privat logoped. Det vanlige tilbudet virker derimot å være 1-3 ganger ukentlig, men at det til syvende og sist stort sett avhenger av klientens fysiske form eller overskudd.

Dette med minimale par er noe som trekkes frem i teorien som verdt en rolle i behandlingen, som følge av at motorprogrammer og forståelighet er bygget opp i kontrastsystemer (Miller & Wambaugh, 2017). Informant 3 er den eneste av informantene som eksplisitt nevner minimale par som en del av et behandlingsløp, men deler derimot ikke synet om at det er noe som fungerer noe godt. Det er i forbindelse med spørsmål om faglig materiell at det tas opp, da informant 3 som tidligere presentert gjorde et forsøk på å oversette et engelsk hefte for talepraksi. Det informant 3 derimot opplevde var at klientene ble sittende som spørsmålsteget og at «de går helt i ball med minimale ord», så informant 3 opplever det verken som lurt eller hensiktsmessig dersom klientene skal mestre.

Videre er det flere tiltak som nevnes i teori som ikke ble nevnt av logopedene, til eksempel instrumentell feedback, bruk av metronom eller pacing board, som nevnt tidligere, eller gester. Det er som tidligere diskutert vanskelig å vite om dette er som følge av at det faktisk ikke benyttes, eller som følge av at logopeden ikke erindret alle metoder den benytter i detalj der og da. Dette er uansett nødvendigvis ikke et veldig stort problem, da det er å forvente at informantene har uttrykt det som står mest sentralt i deres praksis. Hvorvidt for eksempel instrumentell feedback i det hele tatt er noe som benyttes i Norge ved talepraksi kan jeg ikke si sikkert, men det ville også vært mer naturlig om det ble benyttet i mer institusjonelle sammenhenger, som sykehus eller rehabiliteringssentre, enn blant private logopeder, med tanke på tilgang på utstyr.

Et gjennomgående problem for drøftingen av tiltak har vært at jeg nå ser at jeg burde stilt flere og bedre spørsmål til utdypning. En årsak til dette kan være at jeg gjennomførte intervjuene relativt tidlig i løpet, og hadde på mange måter ikke rukket å sette meg så godt inn i teorien om behandling av talepraksi som jeg kanskje burde, i forkant av gjennomføring. Det ville muligens ha gjort det lettere for meg å oppfatte hvor jeg burde ha stilt utdypningsspørsmål, dersom jeg hadde vært enda bedre teoretisk forberedt. Dette fordi i forbindelse med bearbeidelsen av dataene nå i ettertid er det veldig tydelig for meg hvor jeg burde bedt om utdypning eller eksemplifisering. Det var ikke det at jeg ikke ba om utdypning i det hele tatt, men at formuleringen min kunne vært bedre. At fremfor å stille spørsmål som «Når du sier kompensatorisk, hva mener du da? Hva gjør dere da? Har du noen eksempler?», så spurte jeg

«Kan du si noe mer om det?», og da følte nok informanten seg i utgangspunktet ofte ferdigsnakket, så da ble svaret lett «Nei.. ikke som jeg kommer på». Som en uerfaren intervjuer hadde jeg på det tidspunktet ikke enda mestret kunsten med å ta opp tråden på noe som informanten sier.

Den dag i dag er jeg derimot likevel veldig takknemlig for at jeg fikk gjennomført intervjuene så tidlig som jeg gjorde, da situasjonen ble som den ble denne våren, med på mange måter unntakstilstand i samfunnet. Tidlig gjennomføring av intervjuene lot meg i det minste treffe logopedene, noe som igjen kan ha gitt en bedre mulighet til god kontakt mellom meg og informant, sammenliknet med over telefon eller videochat, som igjen kanskje gjorde at de åpnet seg mer uansett.

Som nevnt i innledningen påpeker Haaland-Johansen og kollegaer at en eklektisk tilnærming, med ulike metodologiske innfallsvinkler, er vanlig og regnes som nyttig i arbeid med personer med taleapraksi, siden symptomene gjerne er sammensatte. Dette er noe en også har sett i det som har kommet frem over, at logopedene benytter en variasjon av ulike tiltak som repetering av ord og fraser, bevisstgjøring om hvordan lydene produseres, og kontroll av hastighet og rytme. Selv om logopedene har litt ulike innganger og metoder, så er mye likheter i det logopediske arbeidet med tiltak.

4.4 Komorbiditet

Temaet omhandler informantens erfaring med at taleapraksi ofte sameksisterer med afasi, og hvordan behandlingen da legges opp som følge av at det er to ulike vansker til stede. Som teorien fastslår, er det sjeldent taleapraksi opptrer alene. Det opplevdes derfor interessant å undersøke hvilke erfaringer informantene har med dette. Underkategoriene er «erfaringer med sameksistering» og «prioritering i behandling».

4.4.1 Erfaringer med sameksistering

Nesten samtlige av informantene uttrykker at de ofte opplever at taleapraksi og afasi sameksisterer hos klientene:

Ja, jeg synes det er ofte egentlig. At når vi får en pasient at en må kartlegge for å finne ut hvor mye det er av hver del, og at det ofte er en kombinasjon da, så vi må finne ut hva som er hva. (I1)

Jeg er jo ofte på personer med afasi som ikke har taleapraksi, men aldri det motsatte. Aldri vært borti noen som har taleapraksi som ikke har hatt afasi i en eller annen grad.
(I2)

Jeg synes det gjerne opptrer samtidig. Jeg tror jeg har hatt én som jeg kan huske, en eneste pasient som kun har hatt taleapraksi. Men det var til gjengjeld veldig alvorlig taleapraksi. Men ellers har det alltid vært med afasi i tillegg. (I4)

Der skiller derimot informant 3 seg ut, ved at begge klientene informanten har hatt over flere år anses å være ren taleapraksi.

4.4.2 Prioritering i behandlingen

På spørsmål om hva som prioriteres i behandlingen dersom klienten både har taleapraksi og afasi trekkes språket, altså produksjon og forståelse, frem som første prioritet fra informant 3:

Jeg tenker at hvis det er mye så må man jobbe med forståelsen til folk. Hjelp dem til det. Og jobbe med taleapraksi hvis du har afasi, både forståelse og uttale, det er ikke det som kommer først tenker jeg.

Informant 4 legger spesielt vekt på at klientens ønsker skal være førende for hva man velger å prioritere:

Jeg prøver å prioritere det som brukeren selv vil prioritere. Det kommer selvfølgelig ann på afasien, hvor alvorlig den afasien er der og da, og hva som hemmer mest i dagliglivet. Men jeg tenker vel at det også skal være hva brukeren føler behov for og hva vedkommende vil trene på da. At det er styrt fra den personen. Også kan jo vi som logopeder sitte å ha tanker om at 'Her burde vi trene på det, og kanskje prøve å få trent litt på ...'. La oss si brukeren sier 'Jeg vil jobbe med afasien', men så tenker man 'Ja, men taleapraksi også', så kan man jo kanskje gjøre noen oppgaver med taleapraksi, men at det likevel er førende det brukeren ønsker da. (I4)

Men selv om klienten har ønsker og tanker, kommer det likevel frem at logopeden vil være nødt til å gjøre justeringer på valg av oppgaver basert på deres egen vurdering av hva som bør jobbes med. Dette uttrykker også informant 2:

Det er jo også en sånn forhandling som vi snakket om i stad. For noen ganger så er det sånn at taleapraksien er det som brukeren merker best, og har veldig fokus på, og da kan det jo hende vi har litt forskjellige innganger for det at jeg gjerne vil ta litt tak i det

mer rent språklig da. For det kan føles litt feil å begynne med talemotorikk ... når jeg vet det er veldig stor ordleting eller at ja ... så man har lyst til å jobbe litt sånn innenfra og ut, hvis du skjønner.

Det kommer også frem at det kan være vanskelig å skille tydelig mellom når man jobber med talepraksien, og når man jobber med afasien, og at det ofte kan bli en felles inngang:

Vanskelig å svare på. [...] Jeg skiller det jo, men du jobber ikke isolert med hver del kanskje. Det blir ikke sånn at nå skal vi tenke bare på ... det blir jo, ja. Det er vanskelig.
(I1)

Hvis det er mer mild grad av talepraksi, så hender det jo noen ganger at ... fordi at de som regel har afasi samtidig, så blir det mer sånn at det er vanskelig å finne en sånn inngang til at 'Nå jobber vi med talepraksien bare' liksom, men at de kan på en måte snakke nogenlunde, og at man jobber med språklige oppgaver og bruker språket mye.
(I2)

4.4.3 Komorbiditet – drøfting

Som teorien fastslår, er talepraksi veldig ofte assosiert med afasi. Dette er noe samtlige av informantene også opplever. Til tross for at informant 3 personlig kun har hatt klienter med «ren» talepraksi, deler informanten likevel oppfatningen om at vanskene ofte opptrer samtidig. Videre påvirker afasien behandlingssituasjonen på ulike måter. Informant 1 trekker frem at grad av afasi avgjør hvor mye støtte som trengs i form av bilder. Som tidligere nevnt kan afasi redusere klientens evne til å forstå talt eller skrevet stimuli i behandlingen (Duffy, 2013), og på den måten påvirke behandlingen. Dette er noe informant 3 også trekker frem som en utfordring med afasien. Når det gjelder prioritering i behandling av de ulike vanskene, legger informant 3 vekt på afasiens effekt, og uttrykker at forståelsen må jobbes med, og å jobbe med talepraksi, eller uttale, dersom man har afasi, ikke er det som kommer først.

Felles for informant 2 og 4 derimot er prioritering av hva brukeren selv vil prioritere. Spesielt informant 4 legger vekt på at hva brukeren ønsker skal være førende for valg av trening. Likevel poengterer informant 4 at de kanskje gjør noen oppgaver med det logopeden anser som viktig, dersom de ønsker ulike ting. Informant 2 snakker mer om en forhandlingsprosess, men er igjen kanskje tydeligere på at det føles feil å begynne med talemotorikk, selv om det er det brukeren merker best, når logopedens selv vet det er stor ordleting. Det språklige bør komme først, på samme måte som informant 3 uttrykker.

Videre når det gjelder håndtering av talepraksien er ikke behandling som fasiliteter språkproduksjon i afasi effektiv for talepraksi, og behandling som fasiliteter taleproduksjon ved talepraksi er ikke effektiv for afasi (Duffy, 2013). Dette gir mening, da det virker naturlig at redusert taletempo, terping på uttale av utvalgte målord eller artikulatorkueing gjennom tegninger, bilder eller videoer ikke forbedrer afasien, om det så skulle være vansker med forståelse eller ordleting. Det var ikke lett å få helt konkrete svar fra informantene om hvorvidt de skiller tydelig mellom når de jobber med talepraksien, og når de jobber med afasien, eller om det er ulike tiltak som benyttes for de ulike vanskene. Men informant 1 uttrykker at selv om den skiller mellom vanskene, og kanskje skiller mellom hvilke øvelser som er tiltenkt å hjelpe på for eksempel talepraksien, så jobber de ikke isolert med hver vanske nødvendigvis. Det samme viser seg hos informant 2. Informanten uttrykker at det er vanskelig å skulle finne en inngang til at man bare jobber med talepraksien dersom de også har afasi, og at det resulterer i at man jobber med språklige oppgaver og bruker språket mye, med den tanke om at det kan fasilitere for begge deler. Dette har uansett vært gjennomgående for informant 2, at en språklig komponent er i fokus når den arbeider med talepraksi. Som informant 2 også presiserer, kan den ha med seg det samme materiellet en hel dag, selv om den møter flere ulike brukere med ulike vansker, fordi materiellet brukes på så mange ulike måter. Det kan derfor tolkes dit at det samme materiellet benyttes, om det skulle være en spesifikk tekst, dikt, bilder eller spill, men som teorien presiserer vil inngangen måtte variere da vi vet at behandling som virker å fasilitere språkproduksjon ved afasi, ikke nødvendigvis fasiliterer taleproduksjon ved talepraksi.

4.5 Erfaringer

«Erfaringer» er det siste temaet i studien, og også en av de mest sentrale. Temaet omhandler hvilke erfaringer logopedene har med resultater og lengde på behandling, hvilke utfordringer de opplever i arbeidet med behandlingen og hvorvidt de føler seg trygge på det.

Underkategoriene er «resultater av behandling», «lengde på behandling», «utfordringer i arbeidet» og «trygghet på behandling».

4.5.1 Resultater av behandling

Det er litt forskjellige erfaringer når det kommer til resultater av behandling hos logopedene. Informant 4 har aldri jobbet slik at den har fulgt brukerne i det lange løp, og synes derfor det er vanskelig å svare på. Logopeden har derimot opplevd bedring hos brukerne i den akutte

fasen, men stiller spørsmål på hvorvidt dette er kun som følge av spontanbedring eller en kombinasjon av det og treningen de gjør:

Jeg har hatt ... på sykehuset var det maks tre måneder, og da er det mye spontanbedring. [...] Ikke hos alle, men ja, jeg synes man ser bedring. Og de kom jo igjen etter ett år, og da så man jo gjerne mye bedring. Men jeg har jo også stilt spørsmål om 'Er det her det vi gjør?', 'Er det en spontanbedring?' eller er det en kombinasjon av at vi hjelper til og 'booster' spontanbedringen da.

Informant 2 trekker også frem spontanbedring som en antakelig årsak til bedringen den har sett, og uttrykker at den opplever taleapraksi som en behandlingsresistent vanske og at de store «revolusjonerende» resultatene som følge av behandling ofte uteblir:

Jeg må jo være ærlig da jeg snakker med deg. Jeg må si at jeg synes ikke ofte jeg ser gode resultater av behandling, hvis jeg skal tenke sånn 'Hvordan denne personen snakket før, hvordan det var da vi begynte og hvor nærme er vi kommet?', så er det ikke ... jeg kan jo ikke peke på så store forskjeller. Unntatt noen ganger når jeg har dem tidlig, og da det antakelig er en del spontanbedring i bildet. Så, det kan jo være litt sånn frustrerende med dette feltet. [...] Og det er jo mange som sier at taleapraksi er en behandlingsresistent vanske. Og det føler jeg at jeg erfarer. Nå føler jo jeg også at afasi er ganske behandlingsresistent. Det er ikke alltid jeg ser så store revolusjoner der heller.

Informant 2 uttrykker videre at dersom man skal se litt større på resultater, opplever logopedien at den i større grad lykkes med at personen blir flinkere til å kommunisere på tross av vanskene. Informanten trekker frem rådgiverdelen av yrket, og hvordan klientene lærer seg å leve med vansken.

Informant 1 uttrykker at den opplever at folk blir bedre, men at det er inkonsekvent. Den uttrykker at det er lettere å tenke at det blir bedre og bedre med afasi, og at det ved taleapraksi er vanskeligere å forutsi resultatet. Informant 1 opplever at taleapraksi vanskeliggjør resultater, og trekker frem det med overføringsverdi:

Også har du jo det med vansker med overføringsverdi fra kontor til praksis, at du kan sitte og øve inn, har sittet sånn en halvtime og øvd på ordet "kaffe", også blir det riktig, men det er ikke sikkert det sitter. Det er ikke sikkert at det sitter neste gang.

Informant 3 har sett gode resultater hos sine klienter, men understreker at det er som følge av deres egeninnsats. Videre er informantens opplevelse av taleapraksi som en veldig utfordrende vanske når det kommer til resultater:

Veldig utfordrende. Alt står på motivasjonen til å trene. Jeg tenker taleapraksi er en utfordrende vanske å få. Hvis du ikke har den driven som de jeg har jobbet med, til å ville jobbe så intensivt så blir det ikke resultater tror jeg. [...] Resultatene avhenger av din innsats og motivasjon.

4.5.2 Lengde på behandling

Det er variasjoner i hvor lenge logopedene driver på med behandlingen, og det er vanskelig for dem å gi noen konkrete svar på hvor lenge de holder på. Informant 3 sammenlikner stemmevansker mot slagrammede, og uttrykker at ved stemme er det en grense for hvor lenge man kan holde på, men ved afasi og taleapraksi er det «et langt lerret». Bedring eller progresjon er derimot en forutsetning for å fortsette behandling, men informant 3 trekker også frem en voldsom motivasjon hos klientene som logopeden mener man også må møte de litt på. På oppfølgingsspørsmål om logopeden vil holde på i mange år så lenge det er motivasjon svarer informant 3 følgende:

Vet du, jeg synes det er litt ille å si jeg holder på i mange år. Fordi det gjør jeg jo ikke til vanlig. Men disse to har det faktisk blitt noen år. Men jeg er ingen logoped som er for at man skal sitte og jobbe i det uendelige med klienter. [...] Men er det motivasjon, og er det en forbedring, så synes jeg man gjerne kan holde på mer enn et år. For dette er komplisert.

Informant 1 trekker også frem motivasjon og innsats som faktorer for hvor lenge man holder på. Men informanten uttrykker likevel at behandlingen også avsluttes før klienten nødvendigvis ønsker det selv:

Det tar jo tid, men jeg klarer ikke si akkurat hvor mange uker eller år jeg holder på. [...] Men jeg slutter nok noen ganger også før de kanskje ønsker det selv ... hvis man ikke ser noen effekt, men da snakker vi ikke om to uker altså. Da snakker vi kanskje sånn holdt på ett år da, eller to år da. Er det fortsatt på en måte det samme så må man jo tenke mer alternativt, hvordan kan du kommunisere uten å kanskje si lydene helt riktig, eller ja. [...] For det er ikke sånn at man kan holde på til evig tid fordi klienten vil. Men det er noe med ... at vi logopeder må stille litt krav, og hvis de ikke innfris så

må man kanskje egentlig være strengere og kanskje være flinkere til å avslutte. Også kan man jo alltid komme igjen dersom noe skulle endre seg.

Sammenliknet med afasi opplever informant 1 at man oftere kommer til punkt ved talepraksi hvor det ikke lenger oppleves hensiktsmessig å fortsette. Informant 1 trekker også frem mangelen på en metode gjør det vanskeligere å se at man ikke kommer lenger:

Men man mangler jo en metode for ... med en litt klarere metode og retning så ville man kanskje raskere sett at 'Okei, nå kommer vi ikke lenger'.

Informant 2 uttrykker at lengde på behandling avhenger av hvordan man jobber. Noen ganger stopper det seg selv, fordi klienten er tildelt et opphold på eksempelvis tre uker. Når informanten jobber privat må klienten ha henvisning fra lege, som er på 25 timer om gangen. Etter disse 25 timene er det lege som skal foreta en vurdering før den eventuelt skriver en ny henvisning, men informant 2 uttrykker at den vurderingen i praksis beror på logopeden. Det blir derfor på mange måter opp til logopeden hvorvidt tilbudet skal fortsette. Informant 2 uttrykker videre at den kan føle hvor dette bærer allerede etter noen måneder:

Jeg tror jeg ofte kan føle hvor det bærer etter noen måneder, også driver vi kanskje litt på overtid ofte. Jeg er ikke så flink til å sette ned foten eller hva jeg skal si.

Likevel, fordi brukerne ofte er motivert for å holde på lenge, og aldri gir opp, opplever informant 2 det som en kjempevanskelig vurdering, men uttrykker følgende:

... og min vurdering av når det er på å tide å gi seg ... det trenger jo ikke være å slutte behandlingen, det kan være å slutte å jobbe spesifikt med tale og gå over til noe mer kommunikasjonsbasert kanskje.

Når informant 2 derimot skal avslutte behandling forsøker den å la tanken feste seg hos brukeren i god tid:

...at vi ikke skal holde på til evig tid, sånn at jeg ikke plutselig kommer og sier sånn 'Nå har vi tre timer igjen og da tror jeg ikke vi skal fortsette' liksom. Så det er liksom med i tankene hele tiden at dette er for en periode vi skal holde på.

Videre uttrykker informant 2 at det andre ganger avslutter det seg selv, på grunn av andre helseproblemer.

4.5.3 Utfordringer i arbeidet

Når det gjelder om arbeidet med talepraksi oppleves som utfordrende uttrykker samtlige av logopedene at det gjør det. På spørsmål om hva eller hvorfor det oppleves utfordrende trekker informantene frem ulike ting. Informant 1 trekker blant annet frem logopedens store kommunikasjonsansvar i møte med en med talepraksi:

Det er noen ganger utfordrende fordi du ikke skjønner hva de sier selv. Eller sånn at du liksom blir stilt ... får veldig stort ansvar for kommunikasjonen. Også vil du så gjerne skjønne det. At det er krevende både sånn mentalt for behandleren også noen ganger, tenker jeg. Det kan være såpass uforståelig, og ja, du gjør virkelig alt du kan. [...] At man bærer mye av den kommunikasjonsbyrden.

Informant 1 synes også det empatiske aspektet kan være utfordrende til tider:

Også er det sånn utfordrende psykisk ovenfor den du jobber med, fordi det er jo ille at noen har det sånn, på en måte. At du har en empati for vanskene, du skjønner hvor utfordrende det er [...] At det kan være tunge saker.

Siden behandlingen av talepraksi krever en del repetisjoner og terping uttrykker informant 1 at det også oppleves utfordrende å finne oppgaver som fenger for brukeren, og behandlingen kan lett føles ensformig. Et siste aspekt er det faktum at fremgang er lite målbart, med tanke på standardiserte tester, men at det beror på logopedens subjektive vurdering av hvordan man synes det går.

Tilgang på norsk materiell er også det informant 4 trekker frem som utfordrende:

Ja, det vil jeg si. Jeg synes det er utfordrende fordi vi har lite materiell i Norge, eller vi har jo ikke materiell normert for norske forhold.

Det med målbarhet, som nevnt av informant 1, og hvorvidt man er på rett spor er også et aspekt som uttrykkes av informant 2:

Vi har vært litt inne på det, men det at det er litt vanskelig å vite om du er på rett spor da. Burde vi prioritere dette, burde vi satse på dette, burde vi sitte her og drille mer på disse ordene eller disse øvelsene nå, eller burde vi heller gått over til noe annet. Det synes jeg er utfordrende. Og hvor lenge skal vi holde på i det hele tatt, ikke sant. Og litt mer enn når man jobber med afasi ellers, så blir det så veldig målbart alltid, at enten så klarer du det eller så klarer du det ikke.

En annen utfordring informant 2 trekker frem er det faktum at det stort sett er eldre pasienter man jobber med, og de utfordringene som følger med det:

Og du kan kanskje vite hva som er ideelt å gjøre, men du må forholde deg til hele livet til denne brukeren, så det er alltid noe som påvirker som gjør at du må endre ... de har ofte litt dårlig helse, de hører dårlig, de ser dårlig. Det er liksom slike ‘bumper’ i veien som du hele tiden må ta hensyn til, så man kommer ikke helt unna at man må gjøre det beste ut av det.

For informant 3 er det vanskens variabilitet og den frustrasjon det medfølger som oppleves som utfordrende:

At det er så variabelt. At det er frustrerende. Og når det er variabelt er det frustrerende for den som sitter og har problemet. Og når ting er frustrerende så blir man fortvilet. Så det går jo litt i bølgedaler. Det er vanskelig å trene når man er tungsinnet.

4.5.4 Trygghet på behandling

På spørsmål om hvorvidt logopedene vil si de føler seg trygge på behandling kommer det frem at flere av logopedene ikke nødvendigvis vil si seg det.

Ofte ikke, må jeg si. Noen ganger sitter jeg og tenker sånn ‘Hva driver de andre logopedene med?’ [...] Men nei, ofte føler jeg meg ikke trygg på det nei. (I2)

Informant 2 trekker videre frem at det handler mye om å føle og prøve seg frem, men uttrykker også, som tidligere nevnt, at h*n ikke nødvendigvis er helt lest opp på forskningen heller:

Vi har jo ikke snakket om kartlegging og sånn, men jeg bruker jo liksom ørene mest av alt da til å få et slags bilde av hvor vi er, så noen ganger gir det følelse av at ‘Okei, her har jeg litt følelse av hvor vi skal sette inn støtet’ og sånn, men ofte har jeg ikke det. Så man prøver seg frem liksom. [...] Nå er jo ikke det at jeg er lest opp så innmari på talepraksi, men jeg føler ikke man får så mye hjelp av forskningen heller.

Informant 4 vil heller ikke si den føler seg helt trygg på behandlingen, selv om den kan ha en tanke om hva som bør gjøres. Videre begrunner informant 4 at den manglende tryggheten kanskje kan være som følge av foreløpig manglende verktøy på norsk:

Nei, nei, det vil jeg ikke. Men jeg føler generelt at jeg generelt vet at det er dette her som er det riktig og ... og det gjelder også afasi at vi kanskje er litt sånn, i hvert fall fra

erfaring fra sykehuset hvor ting skulle gå fort, at du er litt rask på å kjøre på med et opplegg du har brukt på mange med lignende type afasi, uten at du kanskje er helt ... klart å forankre det forskningsmessig hvorfor du faktisk gjør dette her, som du gjør da. [...] Jeg tror nok ikke at jeg føler meg ... fordi vi ikke har noe på norsk heller foreløpig, at det har vært et område som da gjør at jeg blir veldig utrygg på det da.

Informant 1 derimot uttrykker at den føler seg trygg på hva som skal gjøres. Det trekkes frem en mangel på evidensbasert praksis å vise til, men at egen langvarig erfaring har gjort informanten trygg på hvor man begynner og hva som skal til:

Ja, kanskje det er litt rart å si man føler seg trygg på det når man ikke bruker en eneste metode. Men det er sånn, jeg føler meg jo trygg på det. Hvis jeg får en med taleapraksi er det ikke slik at jeg tenker at jeg ikke vet hva jeg skal gjøre. Men jeg har ikke noe ... hva skal jeg si, vitenskapelig belegg for det jeg gjør da. Jeg har ikke noe som er evidensbasert, så jeg følger ikke et spesielt program. Jeg følger på en måte mitt eget program, som jeg gjennom erfaring gjennom mange år tenker at 'Det er der man begynner', også tilpasser man det individuelt, ja.

Informant 1 uttrykker derimot videre at den gjerne ønsker mer kunnskap om vansken og behandling, men at et ønske om mer kunnskap ikke betyr at den føler seg utrygg.

Informant 3 vil også si den føler seg trygg på behandling, dersom det skulle komme lignende kasus som de to den har hatt opp igjennom flere år. Informant 3 har på mange måter en ganske unik erfaring sammenliknet med de andre, hvor det i grunn er ren taleapraksi den har vært borti. Dersom informant 3 skulle møte andre kasus med sameksisterende vansker uttrykker den at situasjonen ville følt annerledes:

Hvis jeg hadde fått noe lignende kasus som de to jeg har. Hvis det er oral apraksi, og, altså er det sammensatt med afasi ... jeg har jo hatt hvor jeg ikke aner hvor jeg skulle begynne. [...] Det er vanskelig å vite hvor du skal begynne. Det er komplisert, kjempekomplisert. Tenker at taleapraksi, kombinert med afasi, er en kjempe utfordring for logoped

4.5.5. Erfaringer – drøfting

Når det gjelder erfaring med resultater av behandlingen gis det et generelt uttrykk for at det ofte ikke er veldig gode resultater. To av informantene, I2 og I4, trekker frem spontanbedring som mulig årsak til bedringen man ser tidlig i løpet. Bortsett fra det opplever ikke informant 2

spesielt gode resultater av behandling på generell basis. Men resultater kan likevel måles på ulike måter, så informant 2 opplever at den kan lykkes med at brukerne blir flinkere til å kommunisere på tross av vanskene. Informant 1 synes det er veldig vanskelig å forutsi noe resultat når det er taleapraksi i bildet, men den opplever at folk blir bedre. En utfordring er derimot at selv om det sitter på logopedkontoret er det ikke sikkert det sitter ved en annen anledning. På den andre siden skiller informant 3 seg litt ut fra de andre informantene, ved at den har sett gode resultater hos sine klienter. Her blir igjen individuelle faktorer avgjørende, hvor dette har vært klienter som har hatt energi, overskudd og motivasjon for veldig mye og intensiv trening, noe informanten selv understreker som den avgjørende faktoren for at resultatene har vært mulige. Hos informant 1 og 2 har det derimot kommet mer frem at klientene ofte kan være i relativt dårlig fysisk form, og at det derfor naturlig begrenser mengden trening de får gjennomført. Disse erfaringene kan jo tyde mot at mengden av trening er avgjørende for taleproduksjonen man sitter igjen med til slutt.

Litteraturen trekker frem viktigheten av å ikke avslutte for tidlig, da rask avslutning etter forbedring er assosiert med tap av fremskritt (Duffy, 2013). Det virker ikke til at det er noe problem at noen av logopedene avslutter behandling for tidlig, og informant 2 uttrykker at den heller kjenner på at de noen ganger kanskje driver på lenger enn det er potensiale, og at man bør være flinkere til å avslutte da man ikke lenger ser forbedring. Dette gjelder informant 1 også, som også presiserer at logopeder er nødt til å stille noen krav, og dersom disse ikke innfris bør man kanskje være flinkere til å avslutte. Informant 4 har aldri fulgt opp klienter over tid, og inkluderes av den grunn ikke i drøftingen når det gjelder erfaringer med lengde på behandlingen. Felles for de resterende informantene er brukernes motivasjon som en viktig faktor i avgjørelsen om hvor lenge man holder på. Informant 3 gir uttrykk for at den på generell basis ikke er en logoped som er for å holde på i det uendelige med klienter, men på grunn av vanskens kompleksitet mener den at man gjerne kan holde på lenger enn ett år, dersom det er motivasjon og en forbedring. Dersom det fortsatt er motivasjon hos brukerne, men logopeden opplever manglende fremgang, er det for informant 2 en løsning å kanskje slutte å jobbe spesifikt med talen, og heller gå over tid noe mer kommunikasjonsbasert, samtidig som informanten forsøker å feste tanken om at man ikke skal holde på i evig tid hos klienten, i god tid før behandlingen avsluttes helt. Relatert til dette med avgjørelsen om hvorvidt man skal avslutte eller ikke trekker informant 1 frem det faktum om mangelen på en metode normert til norske forhold som gjør det vanskeligere å se at man ikke kommer lenger.

Det er ut ifra informantenes svar vanskelig å si noe konkret om lengden på et gjennomsnittlig behandlingsforløp, men ut fra informant 1 og 3 sine uttalelser virker det til at det fort kan dreie seg om et par år, i det minste ett år. Her ser jeg i ettertid at jeg gjerne skulle bedt etter konkrete eksempler på klienter, og hvor lenge de holdt på. Det er derimot naturlig at informantene sliter med å huske konkrete tilfeller slik på sparket, så det måtte eventuelt ha innebåret at jeg krevde mer forberedelse fra logopedene i forkant, og ba de gå inn på journalsystemet for å oppdrive aktuelle klienter og sjekke nøyaktig data for hvor lenge de holdt på. På den andre siden er det kanskje ikke nødvendig med så konkrete tall, annet enn at vi vet fra undersøkelsen at de holder på i et års tid, men ofte lenger. I Haaland og kollegaers (2012) artikkel om behandling av en kvinne med taleapraksi kommer det også frem at behandlingsforløpet i studien er til 12 måneder etter skaden, noe som kan tyde på at det er vanlig praksis å måtte holde på en stund, før man når «toppen» for forbedring.

Alle informantene opplever arbeidet med taleapraksi som utfordrende, men de trekker frem litt ulike ting. Det som derimot er felles for flere av dem er dette med målbarhet, og mangel på standardiserte tester og norsk materiale. Dette kan gjøre det vanskeligere å vite om man er inne på rett spor, og kan igjen knyttes til det som er drøftet over angående lengde på behandling, og det å vite når man bør avslutte. Videre kommer utfordringene som trekkes frem litt an på hvilket perspektiv, eller hvordan informantene tolket spørsmålet, hvor informant 1 la vekt på utfordringer den selv kjenner på, som et veldig stort kommunikasjonsansvar i møte med en klient med taleapraksi, og det empatiske aspektet, hvordan det kan være tungt og utfordrende psykisk fordi man føler veldig med klienten og de utfordringene den står ovenfor. Bortsett fra dette med å vite om hvorvidt man er på rett spor, legger informant 2 litt mer vekt på en utfordring som er felles for logopeden og klienten, men som påvirker på ulikt vis; nettopp det at det stort sett er eldre klienter man jobber med, og de utfordringene som følger med det. Helsemessige utfordringer påvirker klientens evne til å trene, men også logopedens mulighet til å få gjennomført ønsket treningsopplegg. Informant 3, på den andre siden, trekker frem utfordringene klientene opplever, det faktum at vansken er så variabel, og at det skaper mye frustrasjon hos klientene, som igjen påvirker behandlingen da det er vanskelig å trene når man er tungsinnet.

Når det gjelder informantenes følelse av trygghet på behandling er svarene ganske delt. Informant 1 og 3 vil begge si at de føler seg trygge, men informant 3 likevel trekker frem det aspektet av det måtte vært lignende kasus, og at dersom det var komorbide vansker ville situasjonen kanskje ikke være likedan. Informant 2 og 4 derimot har til felles at de ofte ikke

vil si seg trygge, men begge kan likevel ha en følelse av hva som er det riktige å gjøre eller hvor støtet skal settes inn. For informant 4 handler den utryggheten om en manglende evne til å forankre det man gjør i forskningen, og da spesielt kanskje som følge av at det ikke finnes noe materiell normert til norske forhold per dags dato. Dette med vitenskapelig belegg er noe informant 4 har til felles med informant 1. For til tross for at informant 1 uttrykker at den føler seg trygg i behandlingen, trekker den også frem en mangel på tiltak som er evidensbasert. Mens mangel på evidensbasert materiell har gjort at informant 4 ikke vil si seg trygg, kommer tryggheten til informant 1 som følge av en lang erfaring, som har ført til en trygg følelse av hvor man begynner og hva som skal til.

5 Avslutning

Formålet med prosjektet har vært å få innsikt i hvordan logopeder i Norge behandler taleapraksi, og på den måten kunne bidra til faglig refleksjon og utvikling på feltet ved å beskrive det som skjer i klinisk praksis. Innledningsvis ble det beskrevet et mål om større kunnskap om hva som benyttes i praksis av logopeder i Norge, hva som er felles for det logopediske arbeidet, og hvordan logopedene opplever arbeidet med taleapraksi.

Problemstillingen som undersøkelsen har basert seg på er: *Hvordan arbeider logopeder i Norge med behandling av taleapraksi?* Oppgavens avsluttende kapittel er todelt. Først gis det en oppsummering, gjennom å peke ut og sammenfatte studiens hovedfunn, før det avslutningsvis reflekteres rundt forslag til videre forskning og veien videre.

5.1 Oppsummering av studiens hovedfunn

Undersøkelsen antyder at når det gjelder målsetting i behandling dreier det seg generelt sett om en kombinasjon av klientens ønsker og mål for behandlingen og en ærlig kommunikasjon fra logopedens side. Et annet funn er at målene som uttrykkes av logopedene er av veldig generell art, samtidig som det påpekes at det er store variasjoner fra klient til klient. Dette kan indikere at logopedene behandler og vurderer spesifikke mål ut fra hvert enkelt tilfelle, og ut fra deres individuelle utgangspunkt og vansker.

Undersøkelsen antyder at bevissthet og repetisjon er det som anses som de mest grunnleggende komponentene i behandling. Det kommer frem at det er felles for flere av logopedene at de starter med lydene «fremst» i munnen. Selv om repetering og drilling anses av et flertall av informantene som en essensiell del av behandlingen består ikke treningen kun av terping, men også en del som er mer kommunikasjons- og samtalerettet. Videre indikerer resultatene at logopedene har et reflektert forhold til hvilke mållord eller -fraser som velges, da det er felles for flere at ordene eller frasene bør være relevante for klientens liv, men også at lydene som trenes på bør være i kontekst. Flere uttrykker at det ofte er en utfordring for klientene å få med seg alle bokstavene og stavelsene når den snakker, og i datamaterialet er det derfor gjennomgående at logopedene også arbeider med taletempo og -hastighet, dog med litt ulike teknikker.

Som alt annet er egentrening avhengig av det enkelte individets evner, forutsetninger og overskudd, men et funn er at det er felles for informantene at det i de fleste tilfeller ikke legges opp til eller er å forvente at klientene skal ha overskudd eller evner til å gjennomføre

hjemmetrening. Dette til tross for at flere av logopedene uttrykker at det er viktig for resultater.

Undersøkelsen har synliggjort at logopedene stort sett virker å arbeide under en artikulatorisk-kinematisk tilnærming eller med kontroll av hastighet/rytme. Dette uten at de nødvendigvis har et bevisst forhold til det selv. I et større perspektiv samsvarer det med bruken av ulike tilnærminger i studier på en internasjonal basis. I innledningen påpekes det at det er vanlig med ulike metodologiske innfallsvinkler i arbeidet med personer med taleapraksi. Dette stemmer overens med funnene i studien, som indikerer at flere av logopedene benytter mye forskjellig i behandlingen, både med fokus på taletempo, bevisstgjøring, eller konkret artikulasjonstrening og terping. Undersøkelsen har også synliggjort at flere av logopedene benytter like tilnærminger til behandling, som AK og hastighet/rytme, men at det innenfor de ulike tilnærmingene varierer hvilke verktøy de benytter for å nå målene. I studiens datamateriale har det også være gjennomgående at det logopediske arbeidet virker å være veldig erfaringsbasert, altså at logopedens egne erfaringer om hva de selv opplever fungerer og ikke, er det som står sterkest, og ikke nødvendigvis en kontinuerlig oppdatering på hva forskningen sier.

Et funn når det gjelder taleapraksi og sameksistering med afasi er at logopedene deler opplevelser med det teorien fastslår, at taleapraksi sjeldent opptrer alene, og helst sammen med afasi. Videre indikerer resultatene at når det kommer til hva som prioriteres av de ulike vanskene i behandlingen står klientens ønsker høyt. Likevel fremkommer det at dersom afasien er veldig fremtredende, om det skulle være forståelse eller ordleting, deles det en oppfattelse av flere om at det ville virke feil å begynne med talemotorikk, til tross for at det kanskje er det klienten selv kjenner mest på.

Et sentralt aspekt ved logopedens arbeid med behandling av taleapraksi gjelder også deres personlige erfaringer og opplevelser tilknyttet behandling. Et sentralt funn er at logopedene i mange tilfeller ikke opplever veldig gode eller revolusjonerende resultater som følge av behandling. Videre indikerer studien at logopedene gjerne holder på i over ett år med behandling. Felles for logopedene er også at klientens motivasjon er en viktig faktor for hvor lenge de holder på, men at en type progresjon er en forutsetning for å kunne fortsette.

Det fremkommer at samtlige av informantene opplever arbeidet med behandling av taleapraksi som utfordrende, men de trekker frem ulike ting. En fellesnevner for flere er mangelen på standardiserte tester og norsk materiale, som også vanskeliggjør dette med

målbarhet, spesielt med tanke på vurdering av hvor lenge en skal holde på. Et sentralt funn er også at logopedene er ganske todelt når det gjelder deres egen trygghet på behandling av taleapraksi. Uavhengig av hvorvidt de vil si seg trygge eller ikke, har alle informantene en følelse av hvor man bør begynne eller hva som kan være riktig. Det kommer derimot frem at dette med vitenskapelig belegg for det man gjør, eller tiltak som er evidensbasert, mulig er en mangelvare i logopedens praksis. Det handler derimot ikke om at det de gjør ikke kan ses i forskningen som riktig, men at logopedene selv ikke nødvendigvis alltid vet om det de gjør er evidensbasert.

5.2 Fremtidig forskning og veien videre

Problemstillingen med fokus på kun behandling har vist seg å være ganske omfattende, og på bakgrunn av det kom valget om ikke å fokusere på kartlegging i denne studien, til tross for at de to henger nært sammen i en logopedisk sammenheng. Sett bort i fra den nye testen som nå foreligger, ville det derfor også være veldig interessant å undersøke hvordan logopeder tidligere har kartlagt vansken, med tanke på at det ikke har fantes et eget norsk standardisert materiale, for å se hvorvidt logopeder benytter ulike metoder eller ikke.

Videre vil en kvantitativ studie med samme fokus kunne gi en større oversikt og et bedre sammenlikningsgrunnlag når det gjelder logopeder i Norge sin praksis ved behandling av personer med taleapraksi. Et større antall informanter vil også styrke både validiteten og reliabiliteten til studien.

Utvalget består av informanter der alle har minst 5 års erfaring, og hvor tre av fire i tillegg har over 10 års erfaring. Erfaring gir trygghet, og et sentralt aspekt ved resultatene er derfor at informantene ofte baserer kunnskap på erfaring. Det ville derfor også kunne være interessant å undersøke informanter med mindre erfaring. Dersom nyutdannede eller logopeder med lite erfaring uttrykker en usikkerhet rundt behandling av taleapraksi, indikerer dette et behov for styrket fokus på det i utdanningen, men også et større fokus i fagmiljøet, gjennom for eksempel kurstilbud. Dette vil igjen forutsette at logopedene faktisk oppsøker tilbudene som eksisterer.

I fremtiden vil det også kunne være spennende å se hvordan kompetansen kan bli styrket ved et eventuelt spesialiseringssløp. Per dags dato finnes det ingen mulighet for spesialisering etter endt logopedistudie i Norge. Jeg har fått vite at Universitet i Bergen jobber med dette, og at fem fordypningsretninger er foreslått, men at finansieringen per dags dato ikke er klar.

Dersom det fås igjennom et spesialiseringsløp, vil talepraksi antakeligvis være et område det vil bli mer kompetanse på fremover.

Litteraturliste

- Ballard, K. J., Wambaugh, J. L., Duffy, J. R., Layfield, C., Maas, E., Mauszycki, S. & McNeil, M. R. (2015). Treatment for Acquired Apraxia of Speech: A Systematic Review of Intervention Research Between 2004 and 2012. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 316-337. DOI: 10.1044/2015_AJSLP-14-0118
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research Design. Qualitative, Quantitative & Mixed Methods approaches* (5.utg.) London: SAGE Publications, Inc.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Datatilsynet. (2018, 18. juni). Lydopptak av samtaler. Hentet fra <https://www.datatilsynet.no/personvern-pa-ulike-omrader/overvaking-og-sporing/lydopptak/?id=2343>
- Duffy, J. R. (2013). *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management* (3.utg.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Duffy, J.R., Strand, E.A. & Josephs, K.A. (2014). Motor Speech Disorders Associated With Primary Progressive Aphasia. *Aphasiology*, 28 (8-9), 1004-1017. DOI: 10.1080/02687038.2013.869307
- ExtraStiftelsen. (31. januar, 2019). Sluttrapport for prosjektet DIAS – oversettelse av test for taleapraksi. Hentet fra <https://extrastiftelsen.no/prosjekter/oversettelse-av-test-for-taleapraksi/>
- Haaland-Johansen, L., Lind, M. & Corneliussen, M. (2012). Bedre taleflyt i hverdagen? En kasusstudie av en kvinne med taleapraksi. *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 58(1), 12-21. Hentet fra https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/26292/Haaland-JohansenxxLindxxCorneliussen_Logopedenx2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Helsedirektoratet. (2017). *Hjerneslag – Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag#!>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget

- Jonkers, R., Feiken, J. & Stuiwe, I. (2017). Diagnosing Apraxia of Speech on the Basis of Eight Distinctive Signs. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 41(3), 303-319. Hentet fra <https://www.cjslpa.ca/detail.php?ID=1219&lang=en>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- McNeil, M.R., Pratt, S.R. & Fosett, T.R.D. (2004). The differential diagnosis of apraxia of speech. In B. Massen, R. Kent, H. Peters, P. van Lieshout & W. Hulstijn (Red.), *Speech motor control in normal and disordered speech* (s.389-413). Oxford: Oxford University Press.
- McNeil, M. R., Robin, D. A. & Schmidt, R. A. (2009). Apraxia of Speech: Definition and differential diagnosis. I M. R. McNeil (red.), *Clinical Management of Sensorimotor Speech Disorders* (s.249-268). New York: Thieme.
- Miller, N. & Wambaugh, J. (2017). Acquired Apraxia of Speech. I I. Papathanasiou & P. Coppens (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s.493-525). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Molloy, J. & Jagoe, C. (2019). Use of diverse diagnostic criteria for acquired apraxia of speech: a scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54 (6), 875-893. DOI: 10.1111/1460-6984.12494
- Mumby, K., Bowen, A. & Hesketh, A. (2007). Apraxia of speech: how reliable are speech and language therapists' diagnoses? *Clinical Rehabilitation*, 21 (8), 760-767. DOI: 10.1177/0269215507077285
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (4.utg.). Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Ogar, J., Willock, S., Baldo, J., Wilkins, D., Ludy, C. & Dronkers, N. (2006). Clinical and anatomical correlates of apraxia of speech. *Brain and Language*, 97 (3), 343-350. DOI: 10.1016/j.bandl.2006.01.008
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og Innlevelse – En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- UiO. (2019a, 23. august). Klassifisering av data og informasjon. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/isis/tillegg/lagring/infoklasser.html>
- UiO. (2019b, 7. oktober). Lagringsguiden. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/isis/tillegg/lagringsguide.html>
- UiO. (2020, 21. februar). Nettskjema-diktafon. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/tips-triks/diktafon.html>
- Wambaugh, J. L., Duffy, J. R., McNeil, M. R., Robin, D. A. & Rogers, M.A. (2006). Treatment guidelines for acquired apraxia of speech: Treatment descriptions and recommendations. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 1 (2), xxxv- Ixvii. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/215694697_Treatment_guidelines_for_acquired_apraxia_of_speech_Treatment_descriptions_and_recommendations
- Wambaugh, J., Nessler, C., Cameron, R. & Mauszycki, S. (2012). Acquired apraxia of speech: The effects of repeated practice and rate/rhythm control treatments on sound production accuracy. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21 (2), 5-27. DOI: 10.1044/1058-0360(2011/11-0102)
- Wertz, R. T., LaPointe, L.L & Rosenbek, J.C. (1984). *Apraxia of Speech in adults: the disorders and its management*. Orlando, FL: Grune and Stratton.
- West, C., Hesketh, A., Vail, A. & Bowen, A. (2005). Interventions for apraxia of speech following stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005 (4), 1-11- DOI: 10.1002/14651858.CD004298.pub2

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Talepraksi - en kvalitativ undersøkelse av hvordan logopedier i Norge arbeider med behandling

Referansenummer

251911

Registrert

17.12.2019 av Elise Rognstad - eliserog@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det utdanningsvitenskapelige fakultet / Institutt for spesialpedagogikk

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Melanie Kirmess, melanie.kirmess@isp.uio.no, tlf: 22858068

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Elise Rognstad, elise.rognstad@hotmail.com, tlf: 94827868

Prosjektperiode

12.12.2019 - 31.12.2020

Status

20.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

20.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.12.2019. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Taleapraksi – en kvalitativ undersøkelse av hvordan logopeder i Norge arbeider med behandling”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få dypere innsikt i hvordan logopeder i Norge behandler taleapraksi som vanske. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Mitt navn er Elise Rognstad og jeg er mastergradsstudent i spesialpedagogikk med fordypning i logopedi ved Universitet i Oslo. Våren 2020 skal jeg skrive masteroppgaven min, og i den forbindelse har jeg lyst til å undersøke hvordan logopeder i Norge arbeider med behandling av taleapraksi. Det vil i hovedsak dreie seg om temaer i behandling som målsetting, tiltak, komorbide diagnoser og personlige erfaringer tilknyttet arbeidet. Hovedproblemstillingen er «Hvordan arbeider logopeder i Norge med behandling av taleapraksi?», og formålet med prosjektet vil være å få en dypere innsikt i hvordan logopeder i Norge faktisk arbeider med behandling av taleapraksi som vanske, som følge av at det per dags dato ikke foreligger noe særlig norsk litteratur på temaet.

Jeg ønsker dermed å intervju 3-5 logopeder med erfaring med taleapraksi. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Oslo er ansvarlig for prosjektet ved biveileder Melanie Kirmess.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju deg som er logoped med erfaring fra arbeid med taleapraksi. Jeg ønsker din kunnskap, dine tanker og erfaringer med behandling av vansken, og slik bidra til faglig refleksjon og utvikling på feltet gjennom beskrivelse av det som skjer i klinisk praksis, og økt fokus på en vanske som har liten plass i logopedstudiet. Det er veileder som har gitt meg dine kontaktopplysninger.

Hva innebærer det for deg å delta?

For å undersøke temaet ønsker jeg å snakke med deg om dine erfaringer i arbeidet med taleapraksi. Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer derfor det at du lar deg intervju. Vi avtaler en tid som

passer for deg. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet. Det vil ta ca. 1,5 time. Spørsmålene vil være relatert til din praksis og dine erfaringer vedrørende behandling av talepraksi.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er student, hovedveileder og biveileder som vil ha tilgang til opplysningene. Opplysninger og lydopptak vil lagres og behandles på områder som er godkjent fra UiO for gjeldende data. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Oppgaven forventes levert 29. mai 2020. Alle personopplysninger og lydopptak som muliggjør gjenkjenning av informantene, vil slettes innen utgangen av 31. desember 2020. Etter det vil bare anonymiserte transkripsjoner oppbevares.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

• Universitetet i Oslo ved meg Elise Rognstad, tlf. 94827868, eliserog@student.uv.uio.no eller mine veiledere Katrine Kvisgaard, katrine@oslologopedene.no og Melanie Kirmess, melanie.kirmess@isp.uio.no

• Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye

• NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Talepraksi – en kvalitativ undersøkelse av hvordan logopeder i Norge arbeider med behandling», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 31.12.20.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE TIL LOGOPEDER

INNLEDNING

- Forklare hensikten med intervjuet
- Antyde hva jeg er interessert i å få vite noe om
- Se igjennom informasjonsskriv og skrive under på samtykkeskjema

Anonymitetsbeskyttelse

- Logopedene vil ikke bli gjenkjent
- Ingen vil få lytte til båndet annet enn de beskrevet i informasjonsskrivet

Gjennomføring av intervjuet

- Lydopptak vil bli gjort. Gjøre logo oppmerksom på at maks lengde på lydopptaket er 45 min, så vi er forberedt på at det muligens blir en avbrytelse for å sende inn opptaket og opprette nytt.
- Logoped skal ikke være redd for å be om utdypning av spørsmålet om noe er uklart.
- Vern av tredjepart: Gjøre logo oppmerksom på å ikke nevne identifiserende informasjon om pasient/klient/bruker.
- Før vi setter i gang – få avklart hvilke ord logo benytter om personen: **pasient/klient/bruker?** (gjelder spm under «målsetting», «tiltak»)
- **SETT PÅ LYDOPPTAK**

BAKGRUNNSINFORMASJON

Hvor lenge har du jobbet som logoped?

Hvor lenge har du jobbet med talepraksi?

Hvilken brukergruppe har du arbeidet mest med?

Hvilken brukergruppe foretrekker du å arbeide med?

Hvordan definerer du/vil du definere talepraksi?

Hvordan holder du deg faglig oppdatert?

MÅLSETTING I BEHANDLING

Hva tenker du er det overordnede målet i behandlingen (med talepraksi)?

Hvilke mål tror du/opplever du at pasienten/klienten/brukeren har når det gjelder talepraksi?

Hva gjør du dersom du og pasienten/klienten/brukeren har forskjellige mål for behandlingen?

Opplever du at pasienten/klienten/brukeren vet hva talepraksi er? Får han/hun informasjon om dette før oppstart av behandling?

TILTAK OG GJENNOMFØRING

I litteraturen så møter man gjerne en inndeling av ulike tilnærminger når det gjelder behandling av taleapraksi. Kjenner du til disse ulike tilnærmingene, eller denne inndelingen av tilnærminger, til behandling:

- 1) artikulatorisk-kinematisk (eng: articulatory-kinematic approach),
- 2) hastighet/rytme (eng: rate/rythm approach), og
- 3) intersystemisk tilrettelegging/reorganisering(eng: intersystemic facilitation/reorganization approach) ?

...Hvis så, vil du si du har noe bevisst forhold til bruk av de ulike tilnærmingene? (noe som foretrekkes over noe annet, brukes det på tvers av hverandre, kombinasjon - plukker litt her og der, konsekvent bruk av en tilnærming om gangen?)

Kan du si noe om hvordan du starter behandlingen?

Kan du utdype/fortelle om konkrete tiltak du benytter? (..hvis uttrykt et bevisst forhold til bruk av en tilnærming jf. spørsmålet over: etterspør utdypelse av konkrete tiltak i tilknytning til denne tilnærmingen)

Hvis det ikke nevnes ...

Bruker du noe (faglig) materiell i behandlingen? Evt. hva slags? (spesielle hefter, apper...)

Hva mener du er grunnleggende elementer i behandling? (...selv-monitorering? mye repetisjon? mengdetrening? prompting? lyder i kontekst?)

Når det gjelder omfanget av behandling

...hvor ofte treffer du pasienten/klienten/brukeren?»

...hva innebærer det av eventuell egentrening/hjemmetrening? (omfang, hvor ofte – mengde, hva slags type oppgaver)

KOMORBIDITET

Hvilke erfaringer har du med at talepraksi og afasi ofte opptrer samtidig?

Med tanke på at talepraksien sjeldent opptrer alene, hva prioriteres i behandlingen?

Hvordan legges behandlingen opp avhengig av andre eventuelle tilleggsvansker?

ERFARINGER

Hvilke erfaringer har du med gode versus svake resultater/bedring som følge av behandling? (...oppleves det som en overkommelig vanske med stort sett gode resultater, eller oppleves det som en utfordrende vanske hvor resultater ofte uteblir osv.)

Hva er dine erfaringer når det gjelder lengde på behandling? (hvor lenge holder du på, hvor lang tid tar dette - er det en quickfix? tar det lang tid å få lyder og ord på plass? når gir man seg?)

Opplever du arbeidet med talepraksi som utfordrende? Evt. hvorfor? (utdype hva som gjør det utfordrende, funksjonsnivå/grad av skade?, komorbide vansker?)

Se ann dette spørsmålet - hvis det ikke har kommet frem gjennom tidligere svar...

Føler du deg trygg på behandlingen? (hva som bør gjøres, hvilke tiltak som fungerer best)

AVSLUTNINGSVIS

Er det noe du har lyst til å fortelle eller ta opp som du mener kan være viktig innen dette området? (...som jeg ikke har spurt eller vi har snakket om)

- Oppsummere i korte trekk ut fra notater hva informant har sagt for å sjekke at den synes det høres greit ut.