

INTENSIV GRUPPEBEHANDLING FOR PERSONER MED SOSIALE KOMMUNIKASJONSVANSKER: EN PILOTSTUDIE

Silje Merethe Hansen, Marianne Hjertstedt, Melanie Kirmess, Hildegun Snekkevik og Jan Stubberud



Silje Merethe Hansen jobber som Ph.d.-stipendiat ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, og er også tilknyttet forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus HF.

s.m.hansen@isp.uio.no



Marianne Hjertstedt jobber som klinisk sosionom med avdeling for kognitiv rehabilitering, Sunnaas sykehus HF.

marianne.hjertstedt@sunnaas.no



Melanie Kirmess jobber som førsteamanuensis på Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, og har en bistilling i forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus HF.

melanie.kirmess@isp.uio.no

I Norge har vi manglende evidensbaserte behandlingsprogrammer for personer som opplever sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervede hjerneskader, dette til tross for at vanskene er svært utbredt og får store konsekvenser for den enkeltes sosiale liv og reintegrering i samfunnet. Vi vil i denne artikkelen gi en kort oversikt over kunnskapsstatus på området og presentere våre erfaringer fra en pilotstudie hvor vi prøvde ut en intensiv gruppebehandling for seks personer med sosiale kommunikasjonsvansker. Resultatene fra pilotstudien viste at deltakere, pårørende og terapeuter rapporterte gruppebehandlingen som gjennomførbar og at den opplevdes som nyttig.

BAKGRUNN

Kognitive vansker er en vanlig senfølge etter ervervede hjerneskader (Haskins et al., 2012-2014). Når underliggende kognitive vansker med blant annet hukommelse, oppmerksomhet, eksekutive funksjoner eller sosiale ferdigheter fører til vansker med kommunikasjon kalles disse vanskene ofte sosiale kommunikasjonsvansker (Finch, Copley, Cornwell, & Kelly, 2016). De sosiale kommunikasjonsvanskene kan blant annet vise seg gjennom egosentrisitet og ufølsomhet overfor andre, taleflom, vansker med å sette og respektere sosiale grenser eller å ta initiativ eller opprettholde sosiale interaksjoner (Haskins et al., 2012-2014) samt evne til å delta aktivt i sosialt liv (Finch et al., 2016).

I denne sammenheng er det altså ikke snakk om kommunikasjonsvansker som følge av ervervede språkvansker (afasi), men kommunikasjonsvansker som følge av andre kognitive vansker. Sosiale kommunikasjonsvansker blir også beskrevet som kognitive kommunikasjonsvansker (CASLPO, 2002) eller pragmatiske språkvansker (Martin & McDonald, 2003; Turkstra et al., 2017). Ettersom fokuset i behandlingen som her skal beskrives er på det sosiale aspektet ved disse kommunikasjonsvanskene, vil vi i denne artikkelen benytte begrepet sosiale kommunikasjonsvansker. Vi har også valgt å

avgrense fokuset i artikkelen til å omhandle sosiale kommunikasjonsvansker hos voksne, da vansker hos barn med hjerner i utvikling arter seg noe annerledes (Anderson & Catroppa, 2006).

Til tross for at sosiale kommunikasjonsvansker hevdes å være en av de vanligste senfølgene etter traumatiske hodeskader (traumatic brain injury, TBI) (Finch et al., 2016), er det gjennomført få prevalensstudier hvor forekomsten av sosiale kommunikasjonsvansker er undersøkt. De få studiene som foreligger antyder at 34-70 % av personer som rammes av TBI (Douglas et al., 2016; Oliver, Ponsford, & Curran, 1996) og 54-94 % av personene som rammes av høyresidig hjerneslag (Blake, 2007; Tompkins, 2011), opplever vansker innenfor minimum ett aspekt av sosial kommunikasjon. Etter det vi kjenner til foreligger det ingen tall for forekomst av sosiale kommunikasjonsvansker i Norge. Basert på de prevalensstudiene som foreligger internasjonalt så er det mye som tyder på at det er en stor gruppe personer som lever med sine sosiale kommunikasjonsvansker i Norge i dag (Blake, 2007; Oliver et al., 1996; Tompkins, 2011).

I tillegg antas det å være et mørketall av personer som aldri har blitt fanget opp og kartlagt, og som går uten behandling for sine sosiale

kommunikasjonsvansker. Dette er personer som har språklige ressurser, men som likevel strever med å kommunisere, samt å innta sine sosiale roller i samfunnet (Galski, Tompkins, & Johnston, 1998). Fra et logopedisk perspektiv er dette en pasientgruppe som hittil har fått lite fokus i logopedisk praksis og utdanning både nasjonalt og internasjonalt (Flatebø, 2016; Kelly, McDonald, & Frith, 2017). Flatebø (2016) gjennomførte i sitt masteroppgave-arbeide en spørreundersøkelse av 366 norske logopeder, og fant at 78 % av logopedene hadde kjennskap til *begrepet* kognitive kommunikasjonsvansker, men at de til tross for dette opplevde lite kompetanse knyttet til vanskene. Kelly et al. (2017) antyder også at det blant annet helsepersonell er lite kunnskap om sosiale kommunikasjonsvansker. Det er grunn til å tro at det er manglende kunnskap om, og ikke minst manglende integrasjon av hjerneskaderehabilitering som fagfelt i ulike relevante utdanningsforløp. Dette kan ha bidratt til at man i dag ikke besitter standardiserte kartleggingsverktøy eller evidensbaserte behandlingsmetoder på norsk for denne pasientgruppen. I ytterste konsekvens kan slike begrensninger medføre manglende kartlegging, feildiagnostikk, og/eller at man ikke mottar adekvat behandling for sine sosiale kommunikasjonsvansker.

Det er to hovedtilnæringer til behandling av sosiale kommunikasjonsvansker; vanskespesifikk tilnærming og kontekst-sensitiv tilnærming (Finch et al., 2016). Den tradisjonelle vanskespesifikke tilnærmingen fokuserer hovedsakelig på å gjenopprette en spesifikk kognitiv funksjon som igjen får positive konsekvenser for kommunikasjonsferdighetene. I en kontekst-sensitiv tilnærming fokuserer man på deltakelse i daglige aktiviteter, og bruker en kombinasjon av vanskebasert behandling, funksjonelle aktiviteter og kontekst-støttet deltakelse (Finch et al., 2016). Til tross for at sosiale kommunikasjonsvansker kan få store konsekvenser for en persons reintegrering til sitt sosiale liv, er det kun gjort et fåtall studier som undersøker effekten av behandling av sosiale kommunikasjonsvansker. Likevel viser nyere internasjonal forskning at det er sterkere evidens for

kontekst-sensitive behandlinger for personer med sosiale kommunikasjonsvansker, særlig om behandlingen gis i en gruppesetting, sammenlignet med vanskespesifikk tilnærming (Finch et al., 2016). Det som kjennetegner kontekst-sensitive behandlinger i en gruppesetting er at de inneholder individuelle mål, gruppeaktiviteter, hjemmeoppgaver med pårørende og tilbakemeldinger (Ylvisaker, 2003). Group Interactive Structured Treatment (GIST) er en slik kontekst-sensitiv behandling for sosiale kommunikasjonsvansker som har vist svært lovende resultater (Braden et al., 2010; Cicerone et al., 2011; Dahlberg et al., 2007; Harrison-Felix et al., 2018; Hawley & Newman, 2012). Funn fra en randomisert kontrollert studie (RCT) gjort av Dahlberg et al. (2007) viste at GIST førte til reduserte vansker med sosial kommunikasjon i tillegg til økt livskvalitet hos personer med TBI. Resultatene støttes av en annen studie som viste at deltakere med TBI og tilleggsdiagnoser som hjerneslag, rusmisbruk eller psykiatriske lidelser også viste forbedrede sosiale kommunikasjonsferdigheter etter gjennomført GIST (Braden et al., 2010). En nyere RCT gjennomført av Harrison-Felix et al. (2018) sammenlignet GIST gitt i et interaktivt format hvor terapeutene la til rette for gruppediskusjoner, tilbakemeldinger og øvelser versus GIST gitt som tradisjonell klasseromsundervisning med en terapeut som presenterte temaene. Deltakerne som mottok klasseromsundervisning hadde på samme måte som den interaktive gruppen individuelle mål, en gruppestørrelse på seks til åtte deltakere samt at gruppeinteraksjon var tillatt når det oppstod spontant. Resultatene viste at deltakere i begge behandlingsgrupper oppnådde forbedrede sosiale ferdigheter. De tidligere studiene indikerer at GIST er en behandling som kan føre til positive effekter for personer med sosiale kommunikasjonsvansker. Det er likevel fremdeles behov for mer forskning for å kunne si noe om hvem denne behandlingen passer best for, og hvilket format behandlingen bør ha dersom personer med sosiale kommunikasjonsvansker skal få best mulig effekt av behandlingen.



Hildegun Snekkevik
jobber som avdelings-
overlege ved avdeling for
kognitiv rehabilitering,
Sunnaas sykehus HF.

hildegun.snekevik
@sunnaas.no



Jan Stubberud
jobber som psykolog-
spesialist og forsker
ved Lovisenberg
Diakonale Sykehus og
førsteamanuensis II ved
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo.

jan.stubberud@hotmail.com

Group Interactive Structured Treatment (GIST)

GIST er en strukturert gruppeintervensjon med en detaljert behandlingsmanual som er basert på kliniske erfaringer og teoretiske modeller fra holistisk nevrorehabilitering og gruppeterapi, samt prinsipper og rammeverk fra kognitiv atferdsterapi (KAT) (Hawley & Newman, 2012). Det inngår evidensbaserte elementer fra KAT for å fremme atferdsendring, som for eksempel observasjon, tilbakemeldinger, kognitiv restrukturering, modellering, atferdstrening, sosial problemløsning, trening på selvhevdelse, sosial forsterkning og hjemmeoppgaver (Sokel, 2004). Det primære siktemålet i GIST er således å adressere de underliggende kognitive, kommunikative og emosjonelle svikttegnene som bidrar til sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneskade (Hawley & Newman, 2012).

GIST er bygget opp som en poliklinisk behandling med tolv moduler i tillegg til et første orienterende møte. Hver modul varer i 1,5 time. Hver deltaker får en arbeidsbok hvor temaer som blir diskutert står forklart. Behandlingen går over en periode på tolv uker, med en modul hver uke, i tillegg til hjemmeoppgaver som gjøres i samarbeid med en person som deltakerne har oppgitt som nær pårørende. Overføring til hverdagslivet er en viktig grunnstein i behandlingen, og derfor har den nære pårørende en sentral rolle som støttespiller under behandlingen. Det anbefales at GIST-gruppene består av seks til åtte deltakere (Hawley & Newman, 2012). Gruppestørrelsen ansees å være ideell da mindre grupper vanskeliggjør en god gruppeprosess i tilfelle en av deltakerne skulle falle fra, mens større grupper med flere enn åtte deltakere kan føre til at deltakerne får mindre tid til å utveksle erfaringer (Hawley & Newman, 2012). Det anbefales at GIST gis av to gruppeledere med ulik profesjonsbakgrunn, eksempelvis logoped, sosionom eller psykolog, for å ivareta den holistiske tilnærmingen som behandlingen krever (Hawley & Newman, 2012). Det tilstrebes at GIST-gruppen skal være et trygt miljø hvor deltakerne kan diskutere og dele erfaringer med hverandre, samt gjennomføre praktiske øvelser knyttet til sosial kommunikasjon. Det er derfor et viktig poeng at gruppesammensetningen er den samme gjennom hele forløpet, slik at man fremmer et trygt miljø og godt gruppesamhold (Hawley & Newman, 2012). Til tross for at GIST er en gruppebasert behandling har alle deltakere i behandlingen individuelle sosiale ferdighetsmål som er deres fokus gjennom behandlingen. Sosiale ferdighetsmål kan for eksempel være «jeg vil finne balanse mellom hvordan jeg kan være aktiv i en samtale uten å avbryte» eller «jeg skal vise interesse gjennom å stille oppfølgingsspørsmål».

Programmet har også to oppfølgingsmoduler som gjennomføres tre og seks måneder etter endt GIST gruppebehandling. I oppfølgingsmodulene skal gruppedeltakerne møtes igjen for å snakke om hvordan det har gått siden sist og reflektere over status på sine sosiale ferdighetsmål.

Tabell 1: Oversikt over GIST modulene

Moduler	Tema
Modul 1	Første orienterende møte Ferdighetene til en god kommunikator
Modul 2	Selvurdering og målsetting
Modul 3	Hvordan starte samtaler
Modul 4	Holde samtalen i gang og bruk av tilbakemeldinger
Modul 5	Selvhevdelse og sosial problemløsning
Modul 6	Sosial aktivitet ute
Modul 7	Utvikle sosial selvsikkerhet gjennom positivt selvsnakk
Modul 8	Sette og respektere grenser
Modul 9	Videoopptak
Modul 10	Video-feedback og -gjennomgang
Modul 11	Konflikthåndtering
Modul 12	Avslutning

Basert på anbefalinger i American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM) sin kognitive rehabiliteringsmanual (Haskins et al., 2012-2014) har man i «Klinisk veileder og retningslinjer for kognitiv rehabilitering på Sunnaas sykehus» (Stubberud et al., 2015) valgt å anbefale GIST for pasienter med sosiale kommunikasjonsvansker. GIST ble da med tillatelse fra utviklerne oversatt til norsk (Hansen, Hvistendahl, & Stubberud, 2015) og det ble satt sammen en tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av logoped, sosionom, psykolog, lege og fysioterapeut som skulle tilpasse GIST for inneliggende pasienter ved sykehuset.

Det foreligger evidens som tilsier at behandling i andre ervervede hjerneskadepopulasjoner som afasi, har vist bedre resultater på funksjonell kommunikasjon i kronisk fase dersom behandlingen er intensiv (Brady, Kelly, Godwin, Enderby, & Campbell, 2016; Cherney, Patterson, Raymer, Frymark, & Schooling, 2008). I tillegg fant en studie gjort av Holleman et al. (2018) at et intensivt

nevropsykologisk rehabiliteringsprogram viste at deltakerne hadde tydelige forbedringer knyttet til livskvalitet, velvære, depresjon og angst når den ble prøvd ut på totalt 75 personer med ervervet hjerneskade i kronisk fase. I studien var deltakere med TBI, hjerneslag, hjernesvulst, anoksiskader samt andre ervervede hjerneskader inkludert. Behandlingen ble gitt over 16 uker (2x7 uker og 2 ukers pause) og besto av fem timer per dag fra mandag til torsdag i behandlingsukene (Holleman et al., 2018). Med utgangspunkt i evidensen som foreligger om intensiv behandling og rammene for oppholdslengde ved Sunnaas sykehus ble GIST tilpasset et intensivt døgnbasert gruppeopphold på fire uker, kalt intensiv GIST.

Formål med pilotstudien

Formålet med pilotstudien var å undersøke om intensiv GIST var praktisk gjennomførbar som et gruppeopphold over 4 uker for inneliggende pasienter ved Sunnaas sykehus og hvordan behandlingen opplevdes for deltakerne. Pilotstudien var også en forløper til et større doktorgrads-prosjekt som ønsker å måle effekten av standard poliklinisk GIST og intensiv GIST for personer med sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneskade.

METODE

Pilotstudien og resultatene fra denne som presenteres i denne artikkelen er brukt som en kvalitetssikring av den intensive GIST behandlingen.

Design

Gjennomførbarheten til intensiv GIST og deltakernes opplevelse av behandlingen ble undersøkt i et mixed-methods evalueringdesign som kombinerte kvantitative og kvalitative metoder (Murnane & Willett, 2010): a) deltakerne fylte ut et semistrukturert evalueringsskjema direkte etter endt behandling, b) terapeutene deltok i ustrukturerte intervjuer sammen med pårørende direkte etter behandlingen, og c) terapeutene førte logg underveis i behandlingen. Evalueringsskjemaene og de ustrukturerte intervjuene evaluerte også hvordan deltaker og pårørende opplevde selve behandlingen. Det ble også foretatt en evaluering med deltakerne under oppfølgingsmodulene tre og tolv måneder etter endt behandling gjennom et ustrukturert gruppeintervju (d).

Utvalg og rekruttering

Pilotprosjektet hadde som mål å rekruttere seks aktuelle deltakere fra pasienter som har mottatt kognitiv rehabilitering tidligere. Ettersom potensielle deltakere var personer

det var lett å komme i kontakt med hadde pilotprosjektet et bekvemmelighetsutvalg (Gall, Gall, & Borg, 2007). Et informasjonsskriv med beskrivelse av formålet med pilotstudien samt informasjon om intensiv GIST ble sendt ut til fjorten potensielle deltakere med dokumenterte sosiale kommunikasjonsvansker. Utvalget ble gjort basert på tidligere logopedrapporter som konkluderte med at kommunikasjonsvanskene skyldes kognitive vansker som hukommelse, oppmerksomhet og/eller eksekutive vansker. Tilfeller hvor logopedrapporten antydte afasi ble ekskludert fra studien. I etterkant av dette ble de potensielle deltakerne kontaktet per telefon for å få kartlagt om noen ønsket å delta i pilotstudien. Fire personer responderte ikke på henvendelsene og tre av de som ble kontaktet ønsket ikke å delta. De første seks deltakerne som var interessert i å delta mottok et utvidet informasjonsskriv og samtykkeskjema. Den siste potensielle deltakeren som ble kontaktet og som ønsket å delta ble tilbudt å komme på rekrutteringslisten til den større randomiserte kontrollerte studien som var i planleggingsfasen på dette tidspunktet.

Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 55 år, med et aldersspenn på 40-65 år. Deltakerne hadde dokumentert ervervet hjerneskade i form av hjerneslag, anoksisk hjerne-skade eller hjernesvulst, og deltok i pilotstudien fra 1,5-13 år etter skade. Av hensyn til deltakernes anonymitet vil alle deltakerne omtales som han videre i artikkelen.

Intervensjon - Intensiv GIST

Intensiv GIST består av de samme tolv modulene som standard GIST består av, men protokollen ble tilpasset til å gjennomføres som et intensivt gruppeopphold over en periode på fire uker. Gruppestørrelsen med seks deltakere ble ansett som ideell på bakgrunn av anbefalingene som ligger i GIST om seks-åtte deltakere (Hawley & Newman, 2012). Behandlingen ble gitt av en logoped og en sosionom som begge hadde flere års erfaring med kognitiv rehabilitering. De fire behandlingsukene i intensiv GIST bestod av to firedagers uker og to tredagers uker. Modulene i GIST ble fulgt kronologisk og tilpasset en uketimeplan. Det ble lagt inn hyppige pauser, og ekstra tid til gruppeøvelser for at gruppedeltakerne innad i gruppen skulle få tilstrekkelig med tid til praktiske øvelser mellom de ulike modulene. Allerede i modul 2 «selvvurdering og målsetting» startet prosessen med at alle deltakerne skulle definere sine egne sosiale ferdighetsmål som skulle bli deres fokus gjennom behandlingen. Målene ble definert i samarbeid med terapeuter og pårørende gjennom arbeid med hjemmeoppgaver. Som en del av behandlingen ønsket man i tillegg

å legge til rette for at deltakerne skulle kunne øve på sosial kommunikasjon gjennom å delta i ulike aktivitetsgrupper som for eksempel kjøkkengruppe, turgruppe og bassenggruppe i regi av det tverrfaglige teamet ved sykehuset, totalt 1 time per uke. Gruppedeltakerne hadde utvidede helgepermisjoner (fra onsdag/torsdag til mandag) i behandlingsukene med formål om å øve på sine sosiale ferdighetsmål samt gjøre sine hjemmeoppgaver sammen med en pårørende. I tillegg ble det på grunn av helligdager lagt inn en ukes permisjon mellom behandlingsuke to og tre. På samme måte som ved poliklinisk GIST fikk gruppedeltakerne også to individuelle oppfølgingssamtaler med terapeut for å sikre etablering av sosiale ferdighetsmål tidlig i behandlingen (i slutten av uke 1) samt en avslutningssamtale med fokus på behandlingsprosessen og anbefalinger videre. Fem av deltakerne hadde med seg pårørende til avslutningssamtalen. Det ble gjennomført to polikliniske oppfølgingssamlinger tre og tolv måneder etter behandlingen. I oppfølgingssamlingene fikk gruppedeltakerne mulighet til å utveksle erfaringer fra tiden etter behandlingen samt evaluere sine sosiale ferdighetsmål som ble etablert under behandlingen.

Evalueringsinstrumenter

Ettersom formålet med pilotstudien var den praktiske gjennomføringen av intensiv GIST og hvordan behandlingen opplevdes for deltakerne, ble det ikke foretatt noe formell kartlegging av deltakernes sosiale kommunikasjonsferdigheter før eller etter behandlingen, eller ved oppfølgingssamlingene etter tre og tolv måneder. På dette tidspunktet forelå det altså ingen mål på sosiale kommunikasjonsvansker eller nevropsykologiske tester, annet enn det som var beskrevet i tidligere rapporter.

Deltakernes opplevelse av behandling og gjennomførbarhet ble evaluert direkte etter behandlingen gjennom et semi-strukturert evalueringsskjema (a) fra GIST-manualen (Hansen et al., 2015) med noen tilpasninger som bestod av åpne og lukkede spørsmål. Det ble også gjennomført ustrukturerte gruppeintervjuer med deltakerne ved oppfølgingssamlingene etter tre og tolv måneder (d).

De pårørende evaluerte behandlingen gjennom et åpent gruppeintervju (b) direkte etter endt behandling. For gruppeintervjuene forelå det en enkel intervjuguide basert på overordnede kategorier som blant annet fokuserte på hvordan deltakere og pårørende opplevde: arbeid med hjemmeoppgaver, samarbeid med pårørende, arbeid med sosiale ferdighetsmål med mer. Tilbakemeldinger fra

gruppeintervjuene ble notert fortløpende av de to terapeutene og notatene ble deretter sammenlignet for å oppnå en samlet konsensus av tilbakemeldingene.

Det å samle inn data fra flere grupper, i dette tilfelle både fra pårørende og deltakerne, var sett på som hensiktsmessig for å validere brukerperspektivet i denne sammenheng da redusert innsikt i egne vansker er en kjent problemstilling innenfor kognitiv rehabilitering.

De to terapeutene skrev logg (c) underveis i behandlingen, og oppsummerte sine erfaringer etter endt behandling gjennom å skrive et sluttnotat. I sluttnotatet ble også erfaringer fra deltakere og pårørende inkludert.

Dataanalyse

Datamaterialet som ble samlet inn fra de ustrukturerte gruppeintervjuene ble behandlet og analysert kvalitativt gjennom gruppering av svar og eksempler. Datamaterialet som ble samlet inn via deltakernes evalueringsskjema ble behandlet delvis kvantitativt gjennom at avkrysninger ble talt opp og delvis kvalitativt gjennom gruppering av svar og eksemplifisering da en del av spørsmålene var åpne.

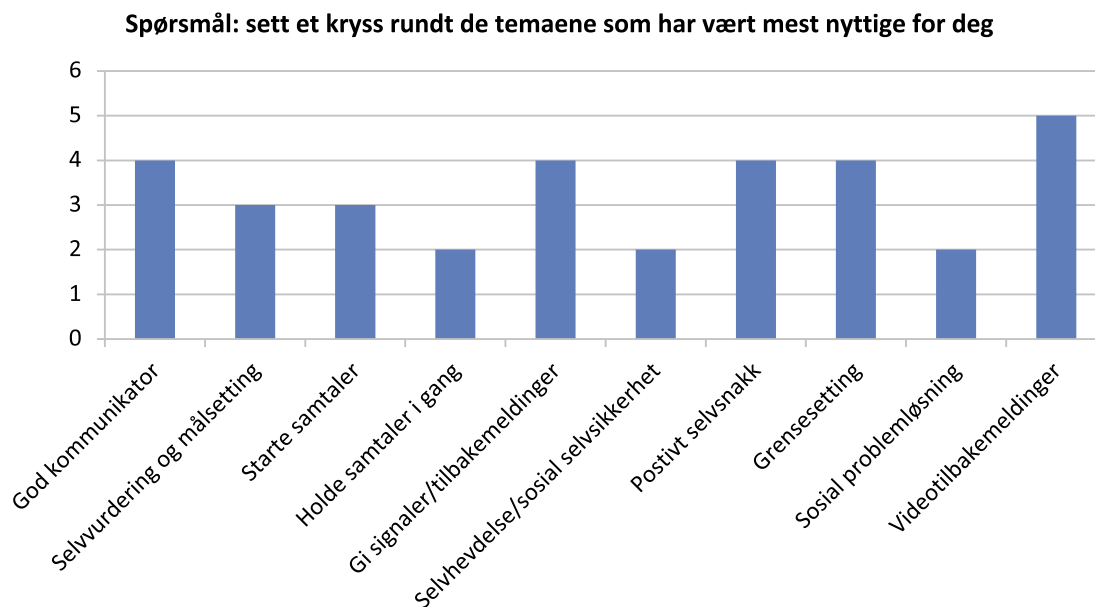
Etiske hensyn

Informert samtykke ble innhentet og prosjektet ble godkjent av personvernombudet for forskning og kvalitetssikring i 2017. Deltakerne fikk på forhånd informasjon både skriftlig og muntlig, enten via telefon eller ansikt til ansikt for å sikre at de forstod formålet med pilotprosjektet. Det var frivillig å delta i studien. Deltakerne kunne når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke til å delta i pilotprosjektet uten at dette ville få konsekvenser for den videre behandlingen ved sykehuset. Samtlige deltakere i pilotprosjektet signerte samtykkeskjema for deltakelse i studien.

RESULTATER

(a) Deltakerevaluering

Alle seks deltakere gjennomførte de tolv GIST modulene under det intensive gruppeoppholdet. I evalueringsskjemaet ble deltakerne bedt om å markere de temaene som de opplevde som mest nyttige, og det var åpent for å markere så mange temaer de selv ønsket. Alle de ti hovedtemaene ble markert som mest nyttig av noen deltakere (se figur 1), og samtlige deltakere markerte flere temaer som mest nyttige. Hovedtemaet «videotilbakemeldinger» ble markert som mest nyttig av hele fem av seks deltakere.



Figur 1. Deltakernes erfaringer rapportert via evalueringsskjema direkte etter intensiv GIST.

På spørsmålet «Har det vært temaer som ikke har vært nyttige for deg?» svarte fem deltakere nei, mens en av deltakerne svarte ja. Deltakeren trakk frem temaene «hvordan starte en samtale» og «hvordan holde en samtale gående» som ikke nyttig for han.

På et åpent spørsmål om det var temaer deltakerne savnet under behandlingen svarte tre deltakere nei og en svarte med å sette en strek i det åpne feltet. En deltaker skrev «mer om selvsuggesjon, type korte og effektive mantra. Altså enkelt å huske i tide». En annen deltaker skrev at han savnet temaer som «ordlegging, tydelighet, toneleie, kulturell påvirkning, emosjonell kompetanse, oppmerksomhet».

På et åpent spørsmål om det var noe deltakerne hadde lært i behandlingen som de ønsket å fortsette å bruke svarte alle seks deltakere ja. En deltaker skrev at han ville fortsette med å «høre etter og reflektere over hva andre sier til meg». En annen deltaker skrev at han ville «tenke at jeg selv er viktig og ta mer hensyn til meg selv». En tredje deltaker skrev at han ønsket å jobbe videre med å lese situasjonen samt å uttrykke seg så kort og samtidig forståelig som mulig i samtaler. De andre deltakerne trakk frem punkter som: «finne balansen mellom nødvendig mengde informasjon og det som er av interesse/ er viktig.», «Holde meg til

tema», «blitt bedre på å lytte, samt vise interesse» og «stort sett det meste tror jeg» på spørsmålet om de vil fortsette å bruke det de hadde lært etter behandlingen.

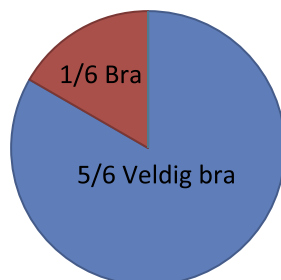
På et åpent spørsmål om deltakerne opplevde at deres sosiale ferdigheter hadde endret seg sammenlignet med før behandlingen svarte alle seks deltakere ja. En deltaker skrev «jeg snakker mer positivt til meg selv» mens en annen skrev at han er mer oppmerksom på det som skjer rundt han. En tredje deltaker skrev at han opplevde at de sosiale ferdighetene hadde økt og utdypet «min bevissthet på ovennevnt har økt såpass mye at jeg greier å ha det i bakhodet under samtaler og handle deretter». De andre deltakerne skrev punkter som «jeg klarer mer å delta i gruppesamarbeid nå», «jeg har satt større fokus på utfordringene og derved blitt mer bevisst» og «jeg føler at det hjelper meg å filtrere min oppførsel (...). Ikke så mye forklaringer mer om hva som har skjedd, nå er det mer om veien videre (...)

Som sektordiagrammet (figur 2) viser, svarte samtlige deltakere at deltakelse i GIST gruppen hadde vært veldig bra eller bra.

På spørsmålet «er det noe du skulle ønske var annerledes i behandlingen?» så svarte fire deltakere nei og to deltakere

Hvordan har det vært å delta i denne gruppebehandlingen?

■ Veldig bra ■ Bra ■ Helt ok ■ Ikke så bra ■ Dårlig



Figur 2. Deltakernes opplevelse av å delta på intensiv GIST.

ja. En av deltakerne ga uttrykk for at han hadde ønsket «en form for læresetning (...) så jeg for eksempel kan gi et kort og «høflig» svar på «hvordan er det med deg da? du ser jo så bra ut!» mens den andre deltakeren trakk frem at nivå-inndelte grupper kunne øke gevinsten fra behandlingen.

Andre kommentarer som deltakerne trakk frem avslutningsvis var at «vi er personer med forskjellige utfordringer derfor har det vært veldig bra». En deltaker skrev «dette var meget givende for meg, og jeg lærte mye. Behandlingsopplegget var godt organisert. God balanse mellom det faglige og det sosiale, og det ble tatt hensyn til behovet for pauser (...)». To av deltakerne trakk frem at de ønsket seg mer tid til fysisk aktivitet og morgentur, og en deltaker skrev at han hadde ønsket seg en «liten instruks» for sine pårørende som beskrev pårørendes rolle som støttespiller.

(b) Tilbakemeldinger fra pårørende

Samtlige pårørende ga uttrykk for at de syntes behandlingen hadde vært positiv. En pårørende ga uttrykk for at det var positivt at man i behandlingen fikk snakket om ting som man ikke ville snakket om ellers, som for eksempel hva som kjennetegner god kommunikasjon og styrker og utfordringer deltakerne opplever i kommunikasjonssituasjoner. Dette var noe flere av de andre pårørende sa seg enig med i gruppesamtalen. Flere av de pårørende ga uttrykk for at de ønsket tydeligere informasjon i forkant av behandlingen for eksempel i form av et felles oppstartsmøte hvor man gjennomgår rolleavklaringer i behandlingen. I tillegg ble det rapportert at arbeidsboken fremstod som noe uoversiktlig. En av de pårørende uttrykte det som noe vanskelig å gjennomføre hjemmeoppgavene da deltakeren hadde

vansker med å huske og å formidle tilbakemeldinger han hadde fått fra gruppen. Dette gjaldt særlig tilbakemeldinger utover det som allerede stod i arbeidsboken. Pårørende ytret et ønske om å få noen stikkord fra diskusjoner eller tilbakemeldinger, også skriftlig underveis.

(c) Erfaringer direkte etter behandling fra terapeutene

Terapeutene uttrykte gjennom loggskjema at behandlingen hadde gått over all forventning. De ga uttrykk for å ha god nok tid under de ulike modulene, samt tid til pauser og gruppeøvelser. De rapporterte begge at timeplan og intensitet fungerte godt, men at det ble for lite tid til andre aktiviteter som morgentur, trening og så videre i løpet av en dag. De ga uttrykk for at godt fysisk miljø med skjerming for støy var viktig. Terapeutene trakk spesielt frem modulen sosial utflukt som positiv da de observerte at den sosiale kommunikasjonen i gruppen fungerte godt. Det å være i en naturlig setting på et museum ga muligheter for å øve på sosiale ferdighetsmål i praksis. Modulene som omhandlet videofilming av en «bli kjent-samtale» mellom deltaker og en ukjent person og modulen som omhandler videotilbakemelding til deltakerne i gruppe ble også trukket frem som særlig nyttige da dette temaet skapte gode diskusjoner i gruppen.

Terapeutene ga uttrykk for at pårørende må informeres bedre i forkant av deltakelse om støttespillerrollen og hva som forventes av dem under behandlingen. Det ble observert og notert i logg at enkelte deltakere strevde med å huske å ta med, samt å finne fram i arbeidsboka. Terapeutene rapporterte også et behov for tydeligere avklarte roller i

forkant av behandlingsoppholdet knyttet til det tverrfaglige samarbeidet.

(d) Oppfølging etter tre og tolv måneder

Deltakerne ble også tilbudt en oppfølgingssamling etter tre og tolv måneder. Fem deltakere møtte til oppfølging etter tre måneder. Samtlige ga uttrykk for at behandlingen hadde vært positiv for deres sosiale kommunikasjon med andre. Særlig tre av deltakerne trakk frem at de fremdeles jobbet aktivt med sine mål sammen med pårørende, logoped eller alene. De andre to deltakerne ga også uttrykk for at de opplevde bedring i forhold til sine mål etter behandlingen, men trakk ikke spesifikt frem hvordan eller om de hadde jobbet videre med målene.

Fire av seks deltakere møtte til oppfølging etter tolv måneder. I den uformelle gruppesamtalen ga samtlige deltakere uttrykk for at de opplevde bedring og/eller stor bedring knyttet til sine sosiale ferdighetsmål etter behandlingen. En deltaker ga uttrykk for at målet om å stoppe og tenke før tale hadde vært «et mantra» i tiden etter behandlingen. Han ga uttrykk for at endring hadde vært vanskelig, men at dette mantraet hele tiden hadde jobbet i bakgrunnen. Han trakk videre frem at dette hadde resultert i at han i større grad enn tidligere opplevde mestring med å holde tråden i samtaler og at han nå klarte å «holde kjeft» noen ganger. Han ga uttrykk for at han ville fortsette å jobbe med å holde seg til tema og at han ikke måtte kommentere alt i samtaler. En annen deltaker uttrykte at kommunikasjonen med den nære pårørende var som vanlig, men at han har blitt mye bedre til å huske ting fra samtaler. To av deltakerne rapporterte at de fremdeles strevde med å tolke andres signaler. En annen deltaker ga uttrykk for at han hadde blitt bedre til å benytte riktig ord samt å tenke seg om før han snakket. Han sa «det er ikke lenger sånn at jeg svarer noe som kan være sårende. Jeg har blitt flinkere til å spørre *hva mente du nå?* og vi har snakket om det hjemme, hvis de ikke forstår – så spør». Deltakeren ga uttrykk for at han fremdeles ønsket å jobbe med å bli bedre til å håndtere negative samtaler og ikke være så konfliktsky. En tredje deltaker ga uttrykk for at konsentrasjonen hadde blitt bedre, men at han «fortsatt faller ut av og til, men ikke så ofte som før». Han ga samtidig uttrykk for at han opplevde bedring i målet om å redusere detaljer i samtaler, men at han fremdeles ga for mye detaljer sammenlignet med før skaden. I tillegg ga han uttrykk for at han hadde blitt noe mer selvkritisk enn tidligere, og at dette var noe han vil forsøke å redusere. Deltakerne hadde ulike erfaringer knyttet til pårørende som støttespiller i tiden etter behandlingen.

To av deltakerne ga uttrykk for at sosial kommunikasjon ikke lenger var et tema hjemme, mens en annen uttrykte at kommunikasjonen hjemme hadde blitt litt bedre. En deltaker hadde valgt å trekke inn lokal logoped som støttespiller.

Etter tolv måneders oppfølgingen uttrykte de to terapeutene at det å samle gruppen igjen for å dele erfaringer var positivt og at gruppen fort fant tilbake til den gode gruppedynamikken som ble etablert under behandlingen. Terapeutene rapporterte at samtlige deltakere ga uttrykk for bedring av sine sosiale kommunikasjonsvansker i samtalen, men at særlig to av deltakerne fortsatt ga uttrykk for å jobbe bevisst med målene sine tolv måneder etter behandlingen.

DISKUSJON

Drafting av funn

Resultatene fra pilotstudien antyder at intensiv GIST er et gjennomførbart døgnbasert tilbud og at behandlingen kan være akseptabel for personer med ervervet hjerneskade og sosiale kommunikasjonsvansker. Deltakerne opplevde behandlingen som nyttig, og de uttrykte at temaene som ble gjennomgått i stor grad var relevante. Svarene i evalueringsskjemaene ga tilbakemeldinger om spesifikke områder deltakerne ønsket større fokus på. En deltaker trakk frem ønske om «en form for læresetning» til bruk i sosiale situasjoner for å lettere kunne svare på generelle spørsmål som «hvordan går det?» eller private spørsmål knyttet til egen person. En læresetning forstås i denne sammenheng som korte «oppskrifter» på hvordan han kan svare på ulike spørsmål som han opplever som vanskelig i ulike sosiale settinger. I GIST er det et stort fokus på de utfordringer den enkelte kan oppleve i kontakt med andre samt på sosial problemløsning og grensesetting. Formålet er å bli tryggere på seg selv i møte med andre mennesker (Hawley & Newman, 2012). For enkelte deltakere vil det muligens være nyttig å utforme noen konkrete og korte setninger og svar, til eget bruk, som et nyttig supplement til deres egne hovedmål for behandlingen.

En deltaker nevnte at han tror nivåinndelte grupper vil kunne øke gevinsten av behandlingen. En nivåinndeling basert på omfang av hjerneskade eller kognitive vansker vil kunne la seg gjøre i praksis. En slik inndeling basert på skadeomfang sier imidlertid ikke nødvendigvis noe om hvor store sosiale kommunikasjonsvansker den enkelte har. Dette er mer utfordrende å kartlegge, da vi per i dag har begrenset med kartleggingsverktøy i Norge som måler

kommunikasjon i en sosial setting. Resultatene fra denne pilotstudien viste også at deltakerne i stor grad var fornøyde med gruppeinndelingen. Gjennom behandlingen viste det seg tydelig at de også hadde stor omtanke for hverandre, og at de opplevde hverandre som god støtte og inspirasjon. Dette kan tyde på at ulikt omfang av vansker også kan være en ressurs i gruppesammenheng.

Gruppebehandlingen skal være en læringsarena for deltakerne hvor de kan diskutere og dele erfaringer med hverandre knyttet til sosiale kommunikasjonsferdigheter, samt gjennomføre praktiske øvelser (Hawley & Newman, 2012). Overføringsverdien eller generaliseringen til deltakernes hverdagsliv er et viktig mål i GIST (Hawley & Newman, 2012). Dette vil for de fleste være å kommunisere med familie, venner, kollegaer og andre, noe som stiller krav til sosiale kommunikasjonsferdigheter på forskjellig nivå. Pårørendeinvolvering er et sentralt element i GIST (Hawley & Newman, 2012). Deltakerne i pilotstudien ble gitt flere muligheter for å øve på sine mål i en naturlig hjemmesituasjon. Pårørende ble informert i forkant av behandlingen om deres rolle som støttespillere for deltakerne. Tilbakemeldingene som ble gitt under behandlingen viste at pårørendes involvering kunne variere. Deltakerne som deltok i gruppebehandlingen hadde alle kognitive senfølger etter en ervervet hjerneskade. Kognitive problemer som hukommelsesvansker eller vansker med å ordlegge seg gjorde det for eksempel vanskelig for enkelte deltakere å formidle informasjon fra samlingene til pårørende eller huske hjemmeoppgaver. Dette kunne være særlig krevende dersom den pårørende selv ikke tok initiativ til å spørre eller være aktiv i prosessen. En deltaker rapporterte at han hadde ønsket seg en «liten instruks» for sine pårørende for å avklare pårørendes rolle i behandlingen. I ettertid ser man at enda tydeligere informasjon til pårørende i forkant kan være hensiktsmessig. Dette kunne for eksempel vært gjort gjennom et oppstartsmøte for å gjennomgå rolleavklaringer i behandlingen slik at pårørende i større grad vil kunne oppleve eierskap til sin rolle som støttespiller. Det kan også være nyttig med en mer utdypende informasjon til pårørende om spesifikke tilbakemeldinger eller

diskusjonspunkter som ikke står i arbeidsboken gjennom behandlingsforløpet. En måte å gjøre dette på vil kunne være at terapeutene skriver spesifikke tilbakemeldinger eller diskusjonspunkter som kan legges som vedlegg til modulene i arbeidsboken. Dette vil kunne bidra til at deltakeren og pårørende i større grad innehar den samme informasjonen. Dette stiller store krav til en oversiktlig arbeidsbok.

En fordel med den intensive GIST-behandlingen var at en hadde fleksibilitet til å bruke lenger tid på enkelte diskusjoner eller øvelser, i motsetning til ved poliklinisk behandling hvor det brukes 1,5 timer per modul (Braden et al., 2010; Dahlberg et al., 2007; Harrison-Felix et al., 2018). Flere av deltakerne i pilotstudien opplevde fatigue som følgevirkning etter hjerneskaden. Dette var noe som måtte tas hensyn til under behandlingen i form av hyppige pauser. Til tross for dette så man i ettertid at dagene ble lange og deltakerne rapporterte et ønske om mer tid til fysisk aktivitet som å gå turer og lignende.

Fra et sosioøkonomisk perspektiv vil man kunne argumentere for at det er større kostnader knyttet til å behandle inneliggende pasienter sammenlignet med pasienter som bor hjemme under behandling. Likevel er det forskning som har vist at intensiv behandling har god effekt for personer med ervervede hjerneskader i kronisk fase, sammenlignet med behandling en gang per uke (Holleman et al., 2018). Det vil være mulig å intensivere poliklinisk GIST ved å gjennomføre to GIST moduler i uken. Det vil imidlertid være ulemper ved å gjennomføre tre eller flere moduler per uke, da dette vil kunne føre til at deltakerne ikke får tilstrekkelig tid til å øve på sine sosiale ferdighetsmål og hjemmeoppgaver mellom modulene. Dette er tatt hensyn til i Intensiv GIST for inneliggende pasienter gjennom at gruppedeltakerne jobber fulle dager med modulene slik at de får tilstrekkelig tid til å øve på oppgaver og med hverandre, samt i ulike sosiale settinger og aktiviteter gjennom dagen og kvelden. Intensiv GIST for inneliggende pasienter vil også potensielt kunne bidra til at flere personer vil kunne delta i denne behandlingen, da den

Anbefalinger for videre intensiv GIST

- Tydelig avklaring av pårørendes rolle som støttespiller
- Et eget informasjonsskriv til pårørende hvor deres rolle blir tydeliggjort
- Pasientenes arbeidsbok må være oversiktlig og lett å finne fram i med skilleark
- Rutiner for at terapeutene skriver inn spesielle kommentarer eller diskusjonspoenng i enkelte pasienters arbeidsbok dersom deltakeren strever med å huske eller gjengi dette hjemme

blir tilgjengelig uavhengig av geografiske avstander. Det er imidlertid viktig at deltakerne kan reise hjem i de tre helgepermisjonene for å gjennomføre hjemmeoppgaver med sine pårørende.

Metodiske drøftinger

En av styrkene ved å benytte ustrukturerte gruppeintervjuer i evalueringen av gjennomførbarheten og erfaringer fra pilotstudien var at deltakerne og pårørende fikk mulighet til å trekke frem de tilbakemeldingene som de selv opplevde som viktige. Terapeutene skrev ned så ordrett som mulig de tilbakemeldingene som ble trukket frem. At deltakerne fylte ut et skriftlig evalueringsskjema direkte etter behandlingen, enten alene eller sammen med en ansatt som ikke var aktiv i behandlingen styrker disse resultatene. I retrospektiv ser vi at en enda tydeligere forskningsprotokoll ville kunne vært hensiktsmessig for å styrke validitet og reliabilitet gjennom blant annet utprøving av intervjuguide og evalueringsskjema, samt at lydopptak og transkribering av intervjuene også ville styrket resultatene (Kvale, 2015).

Evalueringsskjemaet som ble brukt ga nyttige tilbakemeldinger fra deltakerne om hvordan de opplevde behandlingen. På spørsmålene som var knyttet opp til svaralternativer fikk vi svar som enkelt kunne sammenlignes og brukes. Uklare formuleringer som «sett et kryss rundt de temaene som har vært mest nyttige for deg» førte imidlertid til at samtlige deltakere markerte flere enn ett tema som mest nyttig. En tydeligere presisering av spørsmålet ville gitt oss svar på hvilken modul som ble opplevd som mest nyttig. I tillegg kunne det vært interessant å legge inn en rangering av temaene da dette ville kunne gitt oss et tydeligere og rangert svar på hvilke moduler som deltakerne opplevde som mest nyttige. På enkelte av de åpne spørsmålene erfarte vi at svarene ble noe vanskeligere å forstå og tolke. Det ble også rapportert om blant annet en skrivefeil i evalueringsskjemaet som gjorde at det særlig ved et av spørsmålene ble vanskelig å tolke svarene. Noen av spørsmålene i evalueringsskjemaet var såkalte «ikke»-spørsmål som kan være vanskelig for personer med sosiale kommunikasjonsvansker å forstå. Likevel ble det oppfattet at de deltakerne som hadde behov for hjelp eller var usikre på enkeltspørsmål i evalueringsskjemaet tok opp dette i fellesskap i gruppen eller med andre ansatte i avdelingen.

Hadde evalueringsskjemaet vært prøvd ut på forhånd, ville vi potensielt kunne fått enda tydeligere tilbakemeldinger fra deltakerne. I etterkant ser vi at vi med fordel bør omformulere noen av spørsmålene for å gjøre svarene fra deltakerne mer konkrete og målbare i det videre arbeidet, for eksempel gjennom å unngå «ikke»-formuleringer, og legge til noen presiseringer ved de åpne spørsmålene.

Avsluttende kommentarer

Gjennom pilotstudien fikk vi en god indikator på at deltakere, pårørende og terapeuter opplevde intensiv GIST som akseptabel og gjennomførbar. Basert på resultatene av pilotstudien kan man ikke uttale seg om intensiv GIST er virksom eller ikke, og dette var heller ikke formålet med pilotstudien. Det er imidlertid et behov for å utvikle strukturerte behandlingsmetoder for personer med sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervede hjerneskader som er prøvd ut i en norsk setting. Målsettingen med en slik behandling vil være å hjelpe personer med sosiale kommunikasjonsvansker til å oppnå høyest mulig funksjonsnivå, samt å bedre mulighet for sosial deltagelse i hverdagen og eventuelt i arbeidslivet. Det er behov for større studier med flere deltakere og målemetoder for å kunne si noe om effekten av intensiv GIST. Pilotprosjektets formål om å kvalitets-sikre gjennomførbarheten av en modifisert behandling – intensiv GIST – var viktig i utarbeidelsen av det pågående doktorgradsprosjektet «Gruppebasert behandling for personer med sosiale kommunikasjonsvansker» hvor vi gjennomfører en RCT som undersøker effekten av poliklinisk GIST og intensiv GIST for personer med sosiale kommunikasjonsvansker etter ervervet hjerneskade. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo og Sunnaas sykehus HF.

Dersom resultatene fra RCT-studien skulle avdekke effekter vil dette kunne ha stor betydning for personer med sosiale kommunikasjonsvansker, samt potensielt også ha betydning for deres psykiske helse, livskvalitet og mestringstro. I tillegg vil det kunne ha betydning for pårørendes livskvalitet. Resultatene vil også kunne bidra til et bedre behandlingstilbud for denne pasientgruppen i Norge i dag, samt også andre diagnosegrupper som strever med sosiale kommunikasjonsvansker.

Vi rekrutterer fremdeles deltakere til doktorgradsstudien, så om du jobber med eller har jobbet med potensielle kandidater som du tenker kan ha utbytte av denne behandlingen, ta kontakt med stipendiat Silje Merethe Hansen på e-post: s.m.hansen@isp.uio.no eller telefon: 22 85 53 04 / 99 46 23 26.

REFERANSER

- Anderson, V., & Catroppa, C. (2006). Advances in Postacute Rehabilitation After Childhood-Acquired Brain Injury: A Focus on Cognitive, Behavioral, and Social Domains. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(9), 767-778. doi:10.1097/01.phm.0000233176.08480.22
- Blake, M. L. (2007). Perspectives on Treatment for Communication Deficits Associated With Right Hemisphere Brain Damage. *American Journal of Speech - Language Pathology*, 16(4), 331-342.
- Braden, C., Hawley, L., Newman, J., Morey, C., Gerber, D., & Harrison-Felix, C. (2010). Social communication skills group treatment: A feasibility study for persons with traumatic brain injury and comorbid conditions. *Brain Injury*, 24(11), 1298-1310. doi:10.3109/02699052.2010.506859
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(6). doi:10.1002/14651858.CD000425.pub4
- CASLPO. (2002). *Preferred Practice Guideline for Cognitive-Communication Disorders*. Hentet fra http://www.caslpo.com/sites/default/uploads/files/PSG_EN_Cog_Communication_Disorders.pdf
- Cherney, L. R., Patterson, J. P., Raymer, A., Frymark, T., & Schooling, T. (2008). Evidence-Based Systematic Review: Effects of Intensity of Treatment and Constraint-Induced Language Therapy for Individuals with Stroke-Induced Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(5), 1282-1299. doi:10.1044/1092-4388(2008/07-0206)
- Cicerone, K., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J., Kalmar, K., Fraas, M., . . . Ashman, T. (2011). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. In *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. (Vol. 92, pp. 519-530).
- Dahlberg, C. A., Cusick, C. P., Hawley, L. A., Newman, J. K., Morey, C. E., Harrison-Felix, C. L., & Whiteneck, G. G. (2007). Treatment Efficacy of Social Communication Skills Training After Traumatic Brain Injury: A Randomized Treatment and Deferred Treatment Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1561-1573. doi:10.1016/j.apmr.2007.07.033
- Douglas, J. M., Knox, L., De Maio, C., Bridge, H., Drummond, M., & Whiteoak, J. (2016). Effectiveness of Communication-specific Coping Intervention for adults with traumatic brain injury: preliminary results. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1.
- Finch, E., Copley, A., Cornwell, P., & Kelly, C. (2016). Systematic Review of Behavioral Interventions Targeting Social Communication Difficulties After Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(8), 1352-1365. doi:10.1016/j.apmr.2015.11.005
- Flatebø, H. B. (2016). «Usynlig» vanske – synlig tjeneste? En deskriptiv studie av norske logopeders kjennskap til og arbeid med ervervede kognitive kommunikasjonsvansker. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/52066/1/MasteroppgaveHegeBFL4.pdf>
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research : an introduction* (8th ed. ed.). Boston, Mass: Allyn and Bacon.
- Galski, T., Tompkins, T., & Johnston, T. (1998). Competence in discourse as a measure of social integration and quality of life in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12(9), 769-782. doi:10.1080/026990598122160
- Hansen, S. M., Hvistendahl, A. K., & Stubberud, J. (2015). *Group interactive structured treatment (GIST) - Et evidensbasert program for å utvikle sosial kompetanse for individer med traumatiske hodeskader eller andre kognitive vansker*. Norsk oversettelse av Hawley, L.A., & Newman, J.K. (2012). Group interactive structured treatment – GIST: For Social Competence. An Evidence Based Program to Develop Social Competence for Individuals with Traumatic Brain Injury or Other Cognitive Deficits. Denver, USA.
- Harrison-Felix, C., Newman, J. K., Hawley, L., Morey, C., Ketchum, J. M., Walker, W. C., . . . Howe, L. (2018). Social Competence Treatment After Traumatic Brain Injury: A Multicenter, Randomized Controlled Trial of Interactive Group Treatment Versus Noninteractive Treatment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(11), 2131-2142. doi:10.1016/j.apmr.2018.05.030
- Haskins, E. C., Cicerone, K., K.M. D.-O. c., Eberle, R., Langenbahn, D., Shapiro-Rosenbaum, A., & Trexler, L. E. (2012-2014). *Cognitive rehabilitation manual. Translating evidence-based recommendations into practice*. In Virginia USA: ACRM publishing.
- Hawley, L. A., & Newman, J. K. (2012). *Group Interactive Structured Treatment – GIST: For social competence. An Evidence Based Program to Develop Social Competence for Individuals with Traumatic Brain Injury or Other Cognitive Deficits*. Denver, USA.
- Holleman, M., Vink, M., Nijland, R., & Schmand, B. (2018). Effects of intensive neuropsychological rehabilitation for acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28(4), 649-662. doi:10.1080/09602011.2016.1210013
- Kelly, J. M., McDonald, J. S., & Frith, J. M. H. (2017). A Survey of Clinicians Working in Brain Injury Rehabilitation: Are Social Cognition Impairments on the Radar? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(4), E55-E65. doi:10.1097/HTR.0000000000000269
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsinterju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martin, I., & McDonald, S. (2003). Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language*, 85(3), 451-466. doi:10.1016/S0093-934X(03)00070-1
- Murnane, R. J., & Willett, J. B. (2010). *Methods Matter: Improving Causal Inference in Educational and Social Science Research*.: Oxford University Press.
- Oliver, J. H., Ponsford, J. L., & Curran, C. A. (1996). Outcome following traumatic brain injury: a comparison between 2 and 5 years after injury. *Brain Injury*, 10(11), 841-848.
- Sokel, B. (2004). Think Good – Feel Good. A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 94-94. doi:10.1111/j.1475-3588.2004.088_9.x
- Stubberud, J., A-M., S., Becker, F., Romsland, G., Schillinger, A., & Hansen, S. M. (2015). *Klinisk veileder og retningslinjer for kognitiv rehabilitering på Sunnmaas sykehus HF*. Hentet fra http://sunhfintranett/modules/module_136/handbook_view.aspx
- Tompkins, C. A. (2011). Rehabilitation for cognitive-communication disorders in right hemisphere brain damage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1). doi:10.1016/j.apmr.2011.10.015
- Turkstra, L. S., Clark, A., Burgess, S., Hengst, J. A., Wertheimer, J. C., & Paul, D. (2017). Pragmatic communication abilities in children and adults: implications for rehabilitation professionals. In *Disability and Rehabilitation* (Vol. 39, pp. 1872-1885): Taylor & Francis.
- Yvisaker, M. (2003). Context-sensitive Cognitive Rehabilitation after Brain Injury: Theory and Practice. *Brain Impairment*, 4(1), 1-16. doi:10.1375/brim.4.1.1.27031