



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

# MASTEROPPGAVE

I LOGOPEDI - PE323L

## Afasi og logopedisk rådgivning i akutfase

En kvalitativ undersøkelse

Ann-Helen Seglem Gabrielsen

VÅR 2014



## Sammendrag

Som logoped møter man gjerne ulike utfordringer når man skal hjelpe noen med kommunikasjonsvansker. Mitt første møte med logopedisk rådgivning i praksissammenheng, fikk meg til å undre meg over rådgivningens betydning i arbeidet med kommunikasjonsvansken afasi. Denne masteroppgavens utgangspunkt har derfor vært egen nysgjerrighet rundt den logopediske rådgivningen i forhold til afasipasienter og deres pårørende i den akutte fasen. Formålet med oppgaven har således vært å belyse hvilke utfordringer logopeder møter i rådgivning av afasipasienter og pårørende, og hvordan disse kan takles. Problemstillingen denne oppgaven har forsøkt å besvare er derfor:

*Hvilke utfordringer møter logopeden i rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i akutfasen, og hvordan kan disse takles?*

Framgangsmåten for å få svar på problemstillingen har vært kvalitativ tilnærming ved intervju som metode. Tre logopeder med lang erfaring når det gjelder afasi i akutfasen, har vært respondenter for undersøkelsen.

Undersøkelsens resultater kan tolkes slik:

- En logoped trenger gode kommunikasjonsferdigheter og egenskaper for å takle utfordringer i møte med kommunikasjonsvansken afasi.
- Måten logopedene takler utfordringer i rådgivning av afasipasienter og pårørende på, bygger på logopedens omtanke for både pasient og pårørende.
- Logopedens rådgivningskompetanse kan bidra til større forståelse for afasi som kommunikasjonsvanske for både pasient og omgivelser.
- Økt forståelse for afasi som kommunikasjonsvanske, kan føre til bedre samarbeid mellom logoped, pasient og pårørende i språktreningssammenheng.

Jeg håper oppgaven kan komme til nytte for nåværende og kommende logopeder, samt at den kan være et supplement til eksisterende litteratur rundt rådgivning knyttet til kommunikasjonsvansker.

## **Abstract**

A speech therapist might meet slightly different issues and challenges in counselling situations due to communication disorders. My first acquaintance with speech therapy during my internship, made me wonder about the importance of counselling working with patients with aphasia as a communication disorder. The origin of this thesis is my own curiosity towards counselling in communication disorder related to aphasia patients and their families during the acute phase. The purpose of this thesis has for this reason been to illuminate both the challenges related to counselling aphasia patients and their families, and show how these can be handled. The research questions for this thesis is therefore:

*Which challenges are speech therapists up against in the counselling of aphasia patients and their families during the acute phase, and how can these be handled?*

The chosen method for the thesis examination has been a qualitative approach by interviewing three speech therapists. These respondents have all extensive experience in relation to aphasia and the acute phase as a period.

The survey results may be interpreted as followed:

- A speech therapist will need good communications skills and properties to be able to handle challenges related to aphasia as a communication disorder.
- How speech therapists handle the challenges related to counselling patients with aphasia and their caregivers is based on their attendance for both patient and their family.
- The speech therapist's counselling expertise can contribute to greater knowledge about aphasia as a communication disorder for both patient and surroundings.
- Increased understanding of aphasia might improve cooperation between the speech therapist, patient and the patient's family in the practising of speech therapy.

I hope this thesis can be useful for current and future speech therapists, and also be a supplement to existing literature in counselling in communication disorders.

## **Forord**

Når jeg nå har satt punktum for denne oppgaven, er det med en blanding av vemod og lettelse. Å skrive en master i logopedi har vært en fantastisk reise i et spennende kunnskapslandskap. Til tider har reisen vært altoppslukende og spennende, og til tider har den vært krevende og slitsom. Når jeg nå er kommet i havn, har jeg mange å takke for at denne masteroppgaven endelig er et faktum.

Først og fremst vil jeg takke de tre respondentene som så velvillig stilte opp til intervju. Uten dem hadde dette prosjektet ikke sett dagens lys. Videre vil jeg takke min mann og mine barn, for oppmuntring og tålmodighet til tross for at oppgaven har tatt stor plass i familielivet vårt. Jeg vil også takke mine kjære foreldre, som har hjulpet med barnepass og andre praktiske gjøremål i denne tiden. Til slutt, og ikke minst, vil jeg takke min veileder Toril Risberg, som har vært en inspirator og støtte gjennom hele prosessen. Hennes stødige veiledning og engasjement har vært uvurderlig hjelp fram mot et endelig resultat.

Tusen takk til dere alle!

*Ann-Helen Seglem Gabrielsen*

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1 Introduksjon</b>	<b>s. 1</b>
1.1 Bakgrunn	s. 1
1.2 Tema	s. 2
1.3 Formål	s. 3
1.4 Problemstilling	s. 3
1.5 Teoretisk tilnærming og begrepsbruk	s. 4
1.6 Oppgavens oppbygging	s. 6
<b>2 Teorigrunnlag</b>	<b>s. 7</b>
2.1 Hva er afasi?	s. 7
2.1.1 Kartlegging av afasi	s. 8
2.1.2 Ulike afasityper og tilleggsvansker	s. 9
2.1.3 Sosiale, kognitive og psykiske utfordringer	s. 10
2.2 Logopedens grunnleggende rolle i akuttfasen	s. 11
2.3 Mål ved behandling av afasi	s. 11
2.4 Rådgivning	s. 12
2.4.1 Klientsentrert terapi	s. 13
2.4.2 Det salutogene rådgivningsperspektivet	s. 15
2.4.3 Rådgivning og kriseforståelse	s. 16
2.4.4 Rådgivning i et velværeperspektiv	s. 18
2.5 Den kommunikative kompetansen hos logopeden	s. 24
2.5.1 Verbal og nonverbal kommunikasjon	s. 25
<b>3 Metode</b>	<b>s. 27</b>
3.1 Min forforståelse	s. 27
3.2 Hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming	s. 27
3.3 Forskningsdesign	s. 28
3.4 Vitenskapelig tilnærming til prosjektet	s. 29
3.5 Respondenter i prosjektet	s. 29

3.6 Forskningsmetode – semistrukturert intervju	s. 30
3.6.1 Intervjuguide	s. 31
3.6.2 Teknisk utstyr og transkribering av intervju	s. 33
3.7 Analyse	s. 33
3.7.1 Meningsfortetting	s. 34
3.7.2 Meningsfortolkning	s. 34
3.8 Reliabilitet og validitet	s. 35
3.9 Forskningsetiske vurderinger	s. 36
<b>4 Analyse og drøfting</b>	<b>s. 37</b>
4.1 Afasipasienter og pårørende i krise	s. 37
4.1.1 Hvordan kan logopeden takle afasipasienter og pårørende i krise?	s. 39
4.2 Misforståelser	s. 45
4.2.1 Hvordan kan logopeden unngå misforståelser?	s. 47
4.3 Tidsaspektet for bedring og mestring	s. 48
4.3.1 Hvordan imøtekomme forventning om bedring og mestring?	s. 49
4.4 Pasientens fysiske omgivelser	s. 51
4.4.1 Hvordan takle utfordringer knyttet til fysiske omgivelser?	s. 51
4.5 Grad av våkenhet hos pasienten	s. 52
4.5.1 Hvordan takler logopeden utfordringer rundt våkenhet hos pasienten?	s. 53
4.6 Kommunikasjon med pasient og pårørende i akutt fase	s. 53
4.6.1 Å lytte	s. 53
4.6.2 Å inkludere pasienten i samtalen	s. 54
4.6.3 Å tilpasse kommunikasjonen	s. 55
4.6.4 Bruk av humor	s. 56
<b>5 Avslutning</b>	<b>s. 58</b>
<b>Litteratur</b>	<b>s. 62</b>
Vedlegg 1	s. 65
Vedlegg 2	s. 66
Vedlegg 3	s. 67

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

I forbindelse med praksis i emnet afasi, var jeg så heldig å være utplassert hos en erfaren logoped ved nevrologisk avdeling på et av landets større sykehus. Den teoretiske tilnærmingen forklarer afasi som "... språkvansker etter en ervervet skade i hjernen som kan oppstå som følge av sykdom eller ytre skade mot hodet" (Qvenild et al., 2011, s. 23). I denne praksisperioden var opplevelsene mange, og logopedenes utfordringer ikke så rent få. Jeg møtte både pasienter og pårørende med ulike historier og ulike problemstillinger. Noen mer utfordrende og krevende enn andre.

Det var interessant å observere hvordan praksisveileder (logopeden) *manøvrerte* seg stadig gjennom et litt utfordrende rådgivningslandskap, uten alltid å vite hva eller hvem som ventet rundt neste hjørne i sin arbeidshverdag. Ofte undret jeg meg over denne manøvreringen, som tilsynelatende virket uanstrengt og avslappet selv i de mest utfordrende situasjoner. Som fersk student var det betryggende både for meg, pasient og pårørende at praksisveileder fremstod som erfaren og profesjonell i de ulike sammenhengene. Hva var det ved logopeden sin kompetanse som førte til denne profesjonelle måten å takle disse utfordringene på?

Som logoped på et sykehus må man tilpasse både tid, sted og arbeidsmåte etter hensyn til pasient og samarbeid med andre ansatte. Mye av kommunikasjonen skjer *i der og da* situasjoner. I mange tilfeller kan pasienten være for svak til å komme på logopedens kontor, og det er derfor naturlig at logopeden oppsøker pasientene der de er. I slike tilfeller kan det være pårørende på besøk, eller andre sykehusansatte tilstede i rommet når logopeden kommer for kartlegging/oppfølging av pasienten. I disse situasjonene som kunne framstå som utfordrende for meg, skapte den erfarne logopeden situasjonen om til en arena hvor en naturlig samhandling og rådgivning foregikk i rommet. Denne samhandlingen var ikke planlagt, men tok likevel form av å være en logopedisk veiledning eller rådgivning. En positiv effekt av dette var at også andre i nærkontakt med pasienten kunne arbeide *litt logopedisk* når logopeden ikke lenger var i rommet. I andre sammenhenger foregikk rådgivningen mellom logoped, pasient eller pårørende i mer planlagte former. Sistnevnte samtaler foregikk ofte mer skjermet, og gjerne på logopedens kontor. De ulike situasjonene i praksis, dannet på en måte ulike arenaer for rådgivning overfor pasient og personer rundt pasienten. Min nysgjerrighet og

undring rundt logopedens *manøvrering* i møte med afasipasienter og pårørende, er i hovedsak bakgrunn for valg av tema for mitt masterprosjekt.

## 1.2 Tema

Tema handler om logopedisk rådgivning knyttet til afasipasienter og deres pårørende i den første akutte fasen. Afasi rammer pasientens språkfunksjon, og kan gjøre det vanskelig å kommunisere (Finset & Krogstad, 2009). Som logoped vil arbeidet med afasipasienter bestå i opptrening av ødelagt språkfunksjon, og dette kan by på ulike utfordringer knyttet til kommunikasjon og rådgivning ovenfor pasienten eller pårørende. Utfordringene kan oppstå i en til en situasjoner eller i sammenhenger hvor flere aktører er tilstede. Hvilke utfordringer logopeder står ovenfor rundt rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i akuttfasen, og hvordan de møter disse utfordringene er derfor tema for denne masteroppgaven. I akuttfasen er som regel pasienten innlagt på sykehus. Når man har vært utsatt for en skade på hjernen, er fokuset i den første tiden å redde personens liv, men etter denne fasen vil fokuset rettes mot å gjenopprette funksjoner, og da er man straks over i en rehabiliteringsfase (Finset & Krogstad, 2009). Fasene i rehabilitering av afasirammede deles inn i akutt, subakutt og kronisk fase (Worrall et al., 2013, s. 98). Den akutte fasen strekker seg fra den dato skade inntreffer og tre måneder fram i tid. Den subakutte fasen strekker seg fra tre til tolv måneder etter skade, og går så over i den kroniske fasen ett år etter skade (Ibid). Logopeder er sentrale i hele rehabiliteringsfasen. Mange pasienter opplever at de aldri får funksjonene tilbake i samme grad som før de fikk skaden. Det kan derfor være en utfordring å trene opp pasienten, slik at han eller hun kan mestre og leve med virkningene etter hodeskaden (Finset & Krogstad, 2009).

I praksisperioden var det mange pasienter å følge opp. Noen ble værende på sykehuset i et par uker, mens andre ble utskrevet neste dag. Alle skjebner individuelle, og forskjellige fra hverandre med ulike forutsetninger for framtiden. For noen som rammes av skade på hjernen, vil målet være å rehabiliteres til livskvalitet. Hvordan man velger å definere livskvalitet kan være svært varierende fra person til person, fordi det kan handle om alt fra livssituasjon, arbeidsoppgaver, erfaringer, sosiale relasjoner, omgivelser og helse (Berg, 2011). I den logopediske behandlingen av afasirammede, er det viktig å hjelpe pasienten til å gjenvinne så mye som mulig av språkfunksjonen, men det må være individuelt opp til den enkelte hva som er målet med en språklig rehabilitering (Lind & Haaland-Johansen, 2011). Mange spørsmål



blir stilt og mange hensyn skal vurderes. Dette har etter min mening vært årsaken til at logopedens sitt perspektiv på utfordringene har vært så spennende, fordi pasientens forutsetninger, ønsker og videre oppfølging kan være så individuelt varierende i akutfasen.

### **1.3 Formål**

Spørsmål jeg har stilt meg, er hva jeg ønsker med dette masterprosjektet. Hva er formålet? ”Formålet belyser hvorfor det aktuelle temaet er valgt, eller hensikten med å velge nettopp dette” (Risberg, 2012, s. 21). For å kunne si noe om dette prosjektets formål, må sammenhengen rundt temavalg belyses. Utgangspunkt for valg av tema, var som nevnt egen nysgjerrighet og undring rundt logopeders måte å takle ulike utfordringer i rådgivningsmøter med afasipasienter og pårørende. Det jeg observerte i praksis, fikk meg til å søke etter kunnskap om tema. Jeg ville gjerne lære mer om denne dynamikken som oppstod i møtet mellom logoped, pasient og pårørende. Formålet med denne masteroppgaven, handler derfor om å belyse utfordringer som logopeder møter i rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i en første tid etter ervervet hjerneskade, og ikke minst hvordan logopeder velger å takle disse. Særs spennende har det vært å få innblikk i den kompetansen og de ferdighetene logopedene tar i bruk i taklingen av utfordringene. Ønsket med denne oppgaven, er også at kunnskap om logopedisk rådgivning av afasipasienter og pårørende i akutfase, skal komme nåværende og kommende logopeder til nytte.

### **1.4 Problemstilling**

Min undring og nysgjerrighet, munnet ut i spørsmål til dette logopediske rådgivningsmøtet med afasipasienter og pårørende i akutfase. For meg var det viktig å søke svar på hvilke utfordringer logopeder faktisk møter i rådgivningssammenheng i den akutte fasen. Et naturlig oppfølgingsspørsmål til dette, var også hvordan man som logoped kan takle de utfordringene som oppstår i disse møtene. Sistnevnte spørsmål favner noe særs interessant. Det handler om kunnskaper og ferdigheter hos logopedens som omsettes i handling. Fenomenet rommer noe mer enn å registrere faktum (utfordringene). Spørsmålene favnes i sin helhet ved denne problemstillingen:

***Hvilke utfordringer møter logopedens i rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i akutfasen, og hvordan kan disse takles?***

Problemstillingens tema avgrensers seg til å handle om den logopediske rådgivningen i møte med afasipasienter og pårørende i akuttfasen. Dette *møtet* har vært konteksten for undersøkelsen, mens den akutte fasen har vært rammen for undersøkelsen. Mitt valg av fokus, har dermed ekskludert utfordringer logopeder møter i subakutt og kronisk fase i rehabiliteringen av afasipasienter. I tillegg har problemstillingen ekskludert hvilke utfordringen pasienten selv eller pårørende har opplevd i forhold til den logopediske rådgivningen. Perspektivet har således kun blitt sett fra logopedens ståsted. Hvilken kunnskap som til slutt har vist seg i prosjektet, henger sammen med hva jeg har valgt å fokusere på i problemstillingen. Det jeg har valgt som fokus, har samtidig vært bestemmende for det som ikke har fått fokus. Problemstillingen har derfor vært en hjelp til å avgrense både tema, hvem, og hva jeg har ønsket å studere, samt hvilke rammer undersøkelsen skulle foregå i (Jacobsen, 2012).

### **1.5 Teoretisk tilnærming og begrepsbruk**

For dette masterprosjektet, har særlig nyere teori knyttet til rådgivning og kommunikasjonsvansker vært interessant. Audrey L. Holland og Ryan L. Nelsons (2014) rådgivning i et velværeperspektiv har vært meget sentral. Når det gjelder teori rundt kommunikasjonsferdigheter har særlig Flasher og Fogle (2012) sin framstilling vært relevant, fordi disse ferdighetene er knyttet til blant annet utførelse av logopedisk rådgivning i forhold til kommunikasjonsvansker. Rådgivning i et velværeperspektiv er mye influert av Carl Rogers og hans ubetingede positive aktelse (Holland & Nelson, 2014 s. 67). Klientsentrert rådgivning har derfor vært gjennomgående i denne oppgaven både direkte framhevet, men også indirekte gjennom perspektiver influert av denne. Klientsentrert rådgivning samsvarer dessuten med verdens helseorganisasjons internasjonale klassifisering i forhold til fungering, funksjonshemming og helse (Davidson & Worrall, 2013 s. 255). Perspektivet er på denne måten sett som holistisk, hvor terapien inkluderer nevrologvistiske forandringer på lik linje med de personlige og sosiale kommunikasjonsfaktorene som afasi ofte innebærer (Ibid).

Det salutogene rådgivningsperspektivet er også regnet som et nyere perspektiv innen humanistisk rådgivningstradisjon, og har vært sentralt i denne oppgaven fordi det fokuserer på mestring og meningssammenheng for individet. Fokuset er ved dette perspektivet det som fremmer helse. I senere tid har det salutogene perspektivet til Antonovsky, framhevet ulike

måter for mennesker å takle krise gjennom ulike mestringsstrategier (Johannessen et al., 2012). Som rådgiver er det viktig å forstå hva en kriseopplevelse handler om, og hvordan man møter radsøkers vansker i lys av dette (Johannessen et al., 2012). I tillegg til det salutogene rådgivningsperspektivet, har derfor Johan Cullbergs (1997) perspektiv også fått plass i oppgaven.

Noen begreper i oppgaven har vært viktig å utdype grundigere, og noen begreper har jeg variert ved bruk av synonymer for å få en språklig variasjon. En redegjørelse for disse sentrale begrepene, har jeg derfor valg å presentere i det følgende. Andre definisjoner og begrepsforklaringer, har jeg gjort rede for i naturlige sammenhenger i oppgaven.

Begrepet rådgivning og veiledning, har jeg valgt å bruke som en pedagogisk virksomhet (Johannessen et al., 2012). Slik vil hensikten være å hjelpe radsøker til å hjelpe seg selv ikke bare i den aktuelle saken, men også i senere sammenhenger. Rådgivningsbegrepet i denne oppgaven har derfor blitt en "... fellesbetegnelse for rådgivning, konsultasjon og veiledning" (Johannessen et al., 2012, s. 19). Rådgivning handler helt kort om å hjelpe noen til selvhjelp, slik at deres livskvalitet kan økes. For å klare dette, må det skje en riktig tilrettelegging for den som trenger hjelp. Som rådgiver vil det derfor være viktig å hjelpe den enkelte i å utvikle sine ressurser og muligheter, til tross for at det kan være begrensinger for dette (Lassen, 2009).

Veiledning kan være "... en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier" (Tveiten, 2011, s.19). Istandsettingsprosessen forteller at prosessen har en begynnelse og en slutt, og at veileder må legge til rette for at prosessen settes i gang. Ansvar for fremdriften hviler på radsøker. At igangsettingsprosessen er pedagogisk, handler om fokuset på læring, vekst, utvikling og mestring i prosessen. Veiledningen får et formelt aspekt gjennom at det dreier seg om samtaler i en profesjonell ramme, men hvor det samtidig er en relasjon mellom rådgiver og radsøker (Tveiten, 2011).

Betegnelsen rådgiver handler i denne oppgaven om logopeden som rådgiver, men for å få en språklig variasjon omtales også logopeden som terapeut, kommunikasjonsrådgiver, rådgiver og behandler i flere sammenhenger. På samme måte omtales afasipasienten også som radsøker, pasient, den rammede eller klient. Pårørende omtales også som radsøker, familie

eller de rammede. Afasi som begrep, har jeg valgt å omtale som en språkvanske og språkskade i noen sammenhenger, mens i andre sammenhenger har jeg valgt å omtale dette som en kommunikasjonsvanske.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

Denne oppgaven er inndelt i fem deler. Første del er en introduksjon, hvor mitt valg av tema, bakgrunn og formål med oppgaven belyses. Her presenteres også problemstillingen, en kort beskrivelse av den teoretiske tilnærmingen og bruk av begreper i oppgaven. I del to, har jeg redegjort for prosjektets teoretiske grunnlag. Her danner beskrivelsen av afasi et viktig faglig bakteppe, for en videre forståelse av rådgivningsperspektivene knyttet til afasi som språk og kommunikasjonsvanske. Tredje del omhandler metode, og beskriver hvordan jeg har planlagt og gjennomført forskningen min. Analysen og drøftingen av forskningsresultatene har jeg valgt å behandle i del fire, hvor også analysen og tolkningen av resultatene er behandlet under ett. I den avsluttende og femte delen, oppsummerer jeg oppgaven og resultatene i korte trekk. I denne avsluttende og samlende delen, har jeg også forsøkt å svare på problemstillingen, samt peke på andre perspektiver og veien videre.

## 2 Teorigrunnlag

En pasient med afasi kan ha betydelig redusert evne til å bruke og forstå språket. Dette vil i mange tilfeller innvirke på sosial interaksjon med andre mennesker, og kan dermed gi psykososiale følger. Eksempler på dette kan være å ikke mestre enkelte oppgaver lenger, arbeidet sitt, eller å ha problemer med å kommunisere med andre (Corneliussen et al., 2006). For en logoped vil det være betydningsfullt å ha mye kunnskaper i forhold til pasientens medisinske bakgrunn for kommunikasjonsvansken, og samtidig vite hvordan man kan forholde seg til dette i rådgivningen (Holland & Nelson, 2014). Å være kunnskapsrik i en slik sammenheng kan beskrives som å integrere den spesifikke kunnskapen man har om afasi direkte inn i måten man håndterer kommunikasjonsvansken på (Ibid).

### 2.1 Hva er afasi?

Afasi er en følge av skade på hjernen hvor språkfunksjonen har blitt forstyrret. Ordet afasi kommer av gresk, og betyr å miste taleevnen (Qvenild et al., 2011, s. 23). Slag er en av de vanligste årsakene til afasi, hvor kommunikasjonsvansker er en kjent følge av dette (Holland & Nelson, 2014).

Hjernen vår deles grovt inn to store deler kalt høyre og venstre hjernehemisfære. Disse er videre inndelt i mindre avgrensede deler med ulike funksjoner. Det bakre systemet er tinning (temporallapp), isse (parietallapp) og bakhodelappen (occipitallappen), og det fremre systemet er pannelappene (frontallappene) (Finset & Krogstad, 2009). Dersom et individ får en skade i det bakre området kan det oppstå svikt i sanseoppfatning, språk og tenkning. I tillegg kan også hukommelsesfunksjoner rammes og en kan få vansker med å utføre sammensatte handlinger (apraxi). Afasi er som oftest en følge av skade på den venstre hemisfære, hvor både temporallapp og frontallapp kan være berørt. Ved en skade i temporallappen, beholder gjerne pasienter et flytende talepreg men kan likevel ha betydelige forståelsesvansker. Dersom skaden skjer framme i frontallappen, vil pasienten få problemer med det språklige uttrykk, men forståelsen er ikke nødvendigvis rammet (Finset & Krogstad, 2009). Det er som oftest den venstre hemisfære som dominerer ved språkfunksjon, mens den høyre hemisfæren har mulighet for å prosessuere språklig materiale innenfor visse rammer (Ibid).

I første tid etter en skade på hjernen, oppstår gjerne en blødning. En slik blødning kan føre til bevisstløs tilstand hos pasienten, som graderes etter grad av bevisstløshet. Glasgow Coma Scale (Finset & Krogstad, 2009, s. 124) beskriver pasientens tilstand ut ifra kriterier som åpne øyne, motorisk reaksjon og verbal respons. Dette graderes ut i fra undersøkelsestester hvor man blant annet registrerer pasientens evne til å føle smerte og oppfatte tale.

Papathanasiou og Coppens (2013) har gjennom sin nyere og videre beskrivelse av afasi, favnet flere aspekter av hvordan denne språkvansken rammer individet. Først og fremst beskriver definisjonen tydelig skadelokalisasjon i hjernen. Videre peker den på hvordan denne skaden påvirker individets kommunikasjon, sosiale fungering og livskvalitet. I tillegg tar beskrivelsen høyde for at også pårørende får sin livskvalitet påvirket. Av denne grunn samsvarer denne definisjonen godt med problemstillingen i dette masterprosjektet.

We operationally define aphasia as an acquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person's communicative and social functioning, quality of life, and the quality of life of his or her relatives and caregivers (Papathanasiou & Coppens, 2013, s. xx)

### **2.1.1 Kartlegging av afasi**

Når man skal utrede eller kartlegge afasi er det ofte slik at kartlegging og undervisning går hånd i hånd. Dette kalles ofte en utprøvende eller diagnostiserende undervisning og oppgaver og tilbakemeldinger vil justeres underveis (Lind & Haaland-Johansen, 2011).

Språkkartleggingen bør være bred og dyp og dette innebærer at man undersøker mange typer språklige ferdigheter som taleproduksjon, auditiv forståelse, lesing og skriving. Når man går i dybden er det gjerne språklige ferdigheter på detaljnivå som gjelder. En tilstrekkelig kartlegging er samtaler med den afasirammede og pårørende, observasjon av spontan språkbruk, undersøkelse av språkferdigheter i testsituasjoner og observasjon av språkferdigheter under undervisning (Ibid).

Norsk grunntest for afasi (NGA) er den vanligste testen innenfor afasi i Norge, og den undersøker ulike ferdigheter i forhold til spontantale, høytlesing, skriving, syntaks, auditiv forståelse, benevning, gjentakelse og leseforståelse (Lind & Haaland-Johansen, 2011). Til

sammen er det 217 oppgaver, og andelen riktige svar vil indikere afasiens alvorlighetsgrad. Svarene markeres på et skjema innenfor de ulike kategoriene, og vil til slutt resultere i en afasiprofil. Disse ulike profilene indikerer igjen ulike afasityper. Basert på utslag i forhold til spontantale, auditiv forståelse, benevning og gjentakelse, vil NGA skille mellom ni ulike afasityper og tre blandingstyper. De vanligste er likevel Brocas afasi, Wernickes afasi, global afasi, anomisk afasi og konduksjonsafasi (Ibid).

### 2.1.2 Ulike afasityper og tilleggsvansker

Dersom skaden har oppstått i det fremre språkområdet er talen ofte ikke-flytende, og pasienten har ofte problemer med å finne og forme ord. Pasienten vil kunne forstå mye av det som sies, men det er ikke sikkert han eller hun klarer å oppfatte alt i samtalen (Corneliussen et al., 2006). Den franske kirurgen Paul Broca, oppdaget på 1800 tallet at en skade i fremre del av temporallappen førte til problemer med artikulasjonsevne og ansiktsbevegelser (Potagas et al., 2013). Denne type afasi har derav fått navnet *Brocas afasi*. Har skaden derimot oppstått i det bakre språkområdet, er talen ofte flytende men ordenes innhold og mening er begrenset. Det bakre området har en særlig betydning for å forstå språket. Pasienten kan både forveksle ord, bruke mindre vanlige uttrykk i egne beskrivelser, og ha problemer med lesing og skriving (Corneliussen et al., 2006). Denne afasitypen har fått navnet *Wernickes afasi*, fordi den tyske nevrologen Carl Wernickes gjorde noen skadeoppdagelser i bakre del av temporallappen ved slutten av 1800 tallet (Potagas et al., 2013). Han tenkte at organskaden rammet senteret hvor man oppfatter lydlige bilder av ordene, og denne skaden var derfor i følge ham årsaken til denne afasitypen. Når afasi rammer alle aspekter i språket, og språket er ikke flytende med stereotype enkeltstavelser omtales det som *global afasi* (Ibid). Den språklige oppfatning, benevninger, gjentakelser, lesing og skriving er påvirket i stor grad. Denne afasiformen forårsaker alvorlige motoriske så vel som sensoriske mangler hos en pasient. Handler vansken mer om ordletingsvansker, er det snakk om en *anomisk afasi* (Potagas et al., 2013). Ved denne afasitypen er det vanskelig for pasienten å navngi mennesker eller objekter. Av den grunn blir talen preget av økt pausering og omskrivinger. Ellers er de verbale uttrykkene av god flyt, og pasienter ved denne afasiformen har sjelden fonologiske eller semantiske vansker med ordforvekslinger. Dersom en afasipasient har store vansker med gjentakelse av ord og setninger, til tross for relativt flytende spontantale, dreier det seg om en *konduksjonsafasi* (Ibid). Her er det vanlig med fonologiske avvik i form av forvekslinger av fonemer på alle

områder som krever verbal respons. Pasienten har ofte selvkorreksjoner, og lese og skrivevansker kan forekomme i varierende grad (Potagas et al., 2013).

Mange pasienter får også tilleggsvansker til afasi, som kan føre til ytterligere utfordringer for pasienten og de som er rundt. Lammelser i tilknytning til afasi kan ramme opptil 80% av de som får slag (Qvenild et al., 2011). Noen kan få svelgevansker (Dysfagi) som følge av lammelser i hals og svelg, mens andre kan få problemer med uttale av ord som følge av lammelser eller nedsatt muskelfunksjon i taleapparatet (Dysartri). Andre tilleggsvansker til afasi kan være viljestyrte talebevegelser (Tale-apraksi), viljestyrte oral bevegelser (Oral-apraksi), og eller synsvansker i form av synsfeltutfall (Corneliussen et al., 2006).

### **2.1.3 Sosiale, kognitive og psykiske utfordringer**

Når et menneske rammes av slag, vil dette få sterke innvirkninger både på personen selv og deres familie (Holland & Nelson, 2014). Et hjerneslag truer en på livet, og det endrer prioriteringer. Frykt og angst kan ofte være en følelsesmessig konsekvens. Mange føler skyld eller skam, og depresjon er ikke en uvanlig følge av hendelsen. For noen er lammelser og evne til å være mobil kanskje viktigere å få på plass enn selve språket. Ved alvorlige tilfeller av skade, kan kognitive problemer medfølge afasien, men i de fleste tilfeller er det språket og ikke intellektet hos en med afasi som er rammet (Ibid). Den som er rammet av afasi kan oppleve at språkvanskene man har fått, ikke oppfattes kun som dette av andre. Språkvansken dekker på en måte over kompetansen, og dermed kan andre se den afasirammede som inkompetent eller dum, fordi de ikke lenger gjennom samtalen kan vise hva de har av kunnskap og kompetanse. Hvordan man oppfatter seg selv har derfor sammenheng med andre menneskers syn på hva en mestrer og ikke mestrer. Derfor blir for eksempel identiteten til en med afasi påvirket av andres oppfattelse (Qvenild et al., 2011). Å fornekte det som har skjedd vil også være naturlig som en del av en sorgprosess (Flasher & Fogle, 2012). Dette kan gi seg utslag i at pasienten eller pårørende nekter å tro at det er sant, en forventning om at noen imøtegår diagnosen, eller de holder glødende fast på livet slik det alltid har vært. Sinne avløses ofte av fornektning, og dette kan ofte være underliggende følelser relatert til frykt eller depresjon, eller det kan handler om en nevrologisk skade som forhindrer en normal reaksjon. I tillegg kan det handle om frustrasjon knyttet til at man er forhindret i å utføre dagligdagse ting som å kommunisere, gå, spise og kle på seg, eller forlegenhet og frustrasjon over å ikke kunne



uttrykke følelser verbalt (Ibid). Afasi kan også føre til ensomhet og isolasjon for både pasient og pårørende (Holland & Nelson, 2014).

## **2.2 Logopedens grunnleggende rolle i akutfasen**

I den akutte fasen er ofte dysfagi merkbart hos afasipasienten, og denne fasen er spesielt vanskelig for både den rammede og familien (Worrall et al., 2013). Det er traumatisk å oppleve hjerneslag, men det gjør det ekstra vanskelig når man ikke kan bruke språket for å uttrykke behov eller få forklart hva som skjer. En logopeds rolle i den akutte fasen er derfor viktig på mange måter. Først og fremst kan det være viktig å sette i gang tiltak i forhold til pasientens dysfagi og berolige pasienten. Videre vil en kartlegging av afasiutfall, samt overvåke endringer som skjer i de første dagene være viktig. I denne perioden har logopedens også et ansvar i å informere og lære ansatte og pårørende gode måter å kommunisere med pasienten på (Ibid). I forhold til afasipasienter og deres pårørende i akutfasen, kan logopedens rådgivningskompetanse være særlig betydningsfull (Holland & Nelson, 2014). I denne fasen vil det være viktig å kunne lytte blant annet til pasienten eller pårørendes bekymringer for framtiden og deres frustrasjon. En av logopedens viktigste oppgaver kan innebære å ha en støttende holdning ovenfor pasienten. For den afasirammede og de pårørende kan også informasjon være vanskelig å nyttiggjøre seg i den første tiden etter et slag (Ibid). Det vil også være viktig å huske at pasienten må få støtte og informasjon på lik linje med familien, og sikre at pasienten klarer å formidle grunnleggende og viktige behov. Før pasienten skrives ut fra sykehuset må logopedens sørge for at pasient og pårørende har nødvendig informasjon om rettigheter i forhold til omsorgstjenester og støttegrupper for personer med afasi (Worrall et al., 2013)

## **2.3 Mål ved behandling av afasi**

Mange pasienter som er rammet av afasi, vil ikke nødvendigvis få tilbake sine opprinnelige funksjoner slik de var før skaden oppstod, og det vil derfor være viktig å trene opp pasienten slik at han eller hun kan mestre og leve med virkningene etter hodeskade (Finset & Krogstad, 2009). Først og fremst vil en ansikt til ansikt og direkte behandling være den vanligste terapiformen (Worrall et al., 2013). Den direkte terapien vil blant annet gjennom å forbedre den språklige funksjonen hjelpe den afasirammede å fungere bedre i ulike sammenhenger. Det er sammenheng mellom vanskene den afasirammede har, og hvordan miljøet rundt

pasienten møter disse vanskene. Å legge til rette for et afasivennlig miljø rundt pasienten, kan derfor være hensiktsmessig fordi dette vil kunne føre til større deltakelse i samfunnet (Ibid). En form for tilrettelegging av et afasivennlig miljø, er å lære pårørende gode kommunikasjonsmåter med den afasirammede. Samtidig kan det være gunstig informere om ulike støtteforeninger. Terapeuten kan også tilrettelegge afasivennlige informasjonsskriv ved å bruke tydelig skrift og enkle setninger, samtidig som terapeuten utfordrer den afasirammede til å bruke ulike kommunikasjonsmedier ved å skrive og formidle rundt egne opplevelser (Worrall et al., 2013).

I sentrum for terapien er den som har afasi, men for å få til en vellykket rehabilitering må også pårørende involveres. Fordi vanskene rundt afasi tar mye fokus og plass, hender det ofte at den afasirammede og de nærmeste blir isolerte og deprimerte. Av nevnte grunner er det derfor viktig å både utvikle og opprettholde sosiale nettverk for afasipasienten og familien. Dette kan man få til blant annet gjennom tidlig informasjon til familie og venner, samt ta kontakt med nettverk hvor andre som har afasi kan innlemme nye individer med afasi i et etablert nettverk (Worrall et al., 2013).

Målsettingen med behandling av afasi er å gjenopprette så mye som mulig av språkfunksjonen. Resultatene av behandling bør forbedre den afasirammedes kommunikative evner, redusere uførheten og fremme deltakelse i sosiale sammenhenger (Worrall et al., 2013). Dersom den afasirammede selv er med på å uforme målene med behandlingen, vil dette kunne gi bedre resultater. Oppstart av behandling bør være så raskt som mulig etter skade, og for noen bør den kanskje vare i mange år framover. Hvordan man legger opp behandlingen vil variere etter skadens alvorlighetsgrad, men for å få i gang spontan bedring vil det være viktig å starte behandling så snart som mulig etter inntreff av skade (Ibid).

## **2.4 Rådgivning**

En rådgiver som har evne til å være sensitiv og forståelsesfull og i tillegg kan kommunisere med klienter om vanskelige saker, vil oppnå bedre og kanskje mer effektiv behandling av klienten (Flasher & Fogle, 2012). Utfordrende mellommenneskelige og følelsesmessige saker kan oppstå uventet og i alle sammenhenger, også i behandlingen. Ved å kjenne til og forstå ulike fenomener som kan forekomme, kan en rådgiver bedre møte disse og navigere seg vellykket gjennom dem (Flasher & Fogle, 2012). Dette sammenfaller etter min mening godt

med perspektiver innenfor den humanistiske rådgivningstradisjon, ettersom den "... humanistiske tradisjon legger størst vekt på nåtiden kombinert med de mål og forhåpninger mennesket har for framtiden" (Johannessen et al., 2012 s. 53). De rådgivningsteoriene som hører til humanistisk tradisjon, har noen felles trekk. De vektlegger at menneskets indre er like viktig for dets handlinger, som menneskets ytre i form av det sosiale og miljømessige rundt individet. Det er helt sentralt hvordan individet oppfatter verden (Johannessen et al., 2012). Terapeutiske rådgivningstilnærminger i en humanistisk tradisjon, vektlegger valgene den enkelte person tar, og de forandringer personen foretar ut i fra sine indre ressurser, i motsetning til å være passiv mottaker av terapeutens teknikker. Den humanistiske modellen, fremhever nettopp verdier, valgmuligheter og meningen med livet (Joseph, 2010).

#### **2.4.1 Klientsentrert terapi**

Verdens helseorganisasjon har utviklet en ny skala for funksjonshemninger som blant annet setter sosial kommunikasjon i sammenheng med livskvalitet. Dette har påvirket arbeidet med nevrologiske kommunikasjonsvansker, hvor blant annet funksjonell terapi har blomstret fram innen rehabilitering. Psykologiske problemstillinger og en personsentrert terapitilnærming til afasi har blitt ett av fokusene (Papathanasiou et al., 2013, s. ix).

I Carl Rogers klientsentrerte terapi har rådgiveren en rolle hvor man hjelper rådsøker å velge selv, samt å forme sin egen vei. Rådgiveren er i denne sammenhengen både empatisk, har evne til å leve seg inn i personens tilværelse og har gode kommunikasjonsferdigheter (Johannessen et al., 2012). Det er viktig at rådgiveren på en objektiv måte kan speile rådsøkerens indre verden på en aksepterende, tillitsfull og varm måte. "De viktigste rådgivningsteknikker er lytting, speiling og å stille spørsmål under dialogen med hjelpesøkeren" (Johannessen et al., 2012, s. 50).

I følge Carl Rogers fortjener alle mennesker en dyp respekt for hvem de er, uavhengig av hvordan de selv føler seg eller oppfører seg (Thorne & Sanders, 2013). Det er i hovedsak terapeutens oppgave å søke en forståelse av klientens indre verden. Gjennom dette forsøket på å se verden gjennom klientens øyne, kommer også Rogers fenomenologiske forståelsesramme til syne. I tillegg mener Rogers at terapeuten ikke må gjemme seg bak en fasade, løgn eller profesjonell rolle. Svaret på terapeutisk utvikling er tilstedeværelse av de tre grunnprinsipper, kongruens, aksept og empati (Ibid). Dersom en terapeut klarer å legge til rette for et slikt

miljø, kan klienten komme i kontakt med egne ressurser for sin selvforståelse og slik være i stand til å endre sitt liv.

I et klientsentrert perspektiv vil selve grunnlaget i et respektfullt forhold handle om den verdien som knyttes til et menneskes individualitet, privatliv og verdighet (Davidson & Worrall, 2013), noe som kan være utfordrende dersom et menneskes kultur, bakgrunn og verdier er forskjellige fra for eksempel logopedens. Klientsentrert rådgivning ved afasi, søker å forstå afasien slik den afasirammede eller pårørende opplever den, samtidig som behovet for behandling skal kaste lys over den kommunikasjonen og de aktiviteter som er meningsfulle for individet (Ibid). En måte å oppnå innsikt for logopeden, vil være å lytte til mennesker som forteller om hvordan det er å ha afasi, men samtidig ha høyde for at dette vil innebære svært individuelle forskjeller. En meningsfull behandling vil i forhold til klientsentrert terapi ta i betraktning pasientens interesser og relevante aktiviteter, samtidig som det er pasienten som bestemmer og avgjør i prosessen (Davidson & Worrall, 2013). En viktig ferdighet hos rådgiveren, er å oppmuntre oppførsel som optimaliserer bedre livskvalitet for pasienten og pårørende. I denne sammenhengen blir rådgiveren en ressurs som kan bidra med håp, omsorg og tillit gjennom en god rådgiverrelasjon til pasient og pårørende. Gjennom et gjensidig samarbeid kan pasient og rådgiver arbeide med sosial kommunikasjon, språkprosesser, samtaleferdigheter, følelser, trygghet og identitet, livsdeltakelse, fjerning av språklige barrierer og tilrettelegging av sosial samhörighet (Davidson & Worrall, 2013, s. 258). Underveis vil det hele tiden være viktig for rådgiveren å overvåke pasientens respons på behandlingen og en må være årvåken ovenfor humørsvingninger og den mentale tilstanden.

Det finnes ulike eksempler på klientsentrerte tilnæringsmåter som kan fremme en afasipasients sosiale deltakelse og samhörighet (Davidson & Worrall, 2013). En av disse er mulighet for gruppeterapi sammen med andre som har afasi. Her kan man dele erfaringer, bekymringer og frustrasjoner. Samtidig vil man ha mulighet for å knytte vennskap og lære av andre. Å arbeide med familie, venner og omsorgspersoner er også viktig. Ofte sliter familien til den som har fått afasi med innvirkningene dette har fått på dem, og må få hjelp av den grunn. Dersom en samtalepartner kan bli flink å tilrettelegge i kommunikasjonen, vil dette også bidra til å få fram kompetansen hos afasipasienten. Sist men ikke minst er det viktig å arbeide med pårørende fordi de kan være viktige bidragsytere i en rehabilitering (Ibid).

Den klientsentrerte rådgiverens arbeidsmåte, innebærer noen ferdigheter og strategier som er viktig i arbeid med afasipasienter og deres pårørende (Davidson & Worrall, 2013). Man må være en deltakende observatør som lytter til afasipasientens historie, og lærer av pasienten, dens familie og andre med kjennskap til afasi. Det er viktig å gjøre sin kunnskap tilgjengelig for pasienten, deres familie og omgivelsene rundt. Som rådgiver må man engasjere seg i pasienten og de sentrale personer rundt ham eller henne. Når det gjelder mål for behandling og framgangsmåter for dette, er det viktig å samarbeide med pasienten og pårørende. En klientsentrert arbeidsmåte er også å være fleksibel og ressursrik. Rådgiverrollen innebærer at man evner å se ulike perspektivet på rådgivningen. Det kan være vel så viktig å fokusere på det å leve med afasi som selve språkbehandlingen. Fremgang må alltid feires sammen med pasienten og pårørende (Ibid).

#### **2.4.2 Det salutogene rådgivningsperspektivet**

Salutogenese er sammensatt av det latinske ordet *salus* som betyr sunnhet, og det greske ordet *genesis* som betyr opprinnelse. I sin helhet betyr ordet *helseutvikling* (Johannessen, et al., 2012, s. 74 -77). Det salutogene rådgivningsperspektivet, har fokus på de mestringsressurser mennesker har i seg selv og miljøet rundt. Læring av gode mestringsstrategier er viktig. Målet er å takle egne problemer på en konstruktiv måte (Johannessen et al., 2012). Det man bruker av for eksempel handlinger, tanker eller oppførsel for å håndtere det man synes er vanskelig, er eksempler på mestringsstrategier (Johannessen et al., 2012).

Det salutogene perspektivets grunnlegger er Aron Antonovsky (2013) som utviklet den salutogene modell. Denne modellens mål handler om å finne ressurser iboende i mennesket og miljøet rundt. Mennesket blir på denne måten sett i en helhet hvor både psykisk, somatisk og det sosiale spiller avgjørende roller for totaliteten. Rådgivningen i en salutogen tankegang kartlegger derfor ofte mestringsmulighetene gjennom observasjon både av individet og miljøet rundt individet (Johannessen et al., 2012). Utgangspunktet for Antonovskys modell, var spørsmålet om hvor mennesket er plassert på et kontinuum mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2013). Han var opptatt av årsaken til at noen befant seg på den mer positive enden av kontinuumet, eller var i retning av denne til tross for spenninger som ble utløst av ulike stressfaktorer i livet. Det er dette mysteriet det salutogene perspektivet vil forsøke å avdekke. Hvordan man som menneske håndterer den spenningen som oppstår gjennom stressfaktorene, avgjør utfallet (Ibid). Det kan ifølge Antonovsky (2013, s. 16) enten bli et

patologisk utfall, et nøytralt utfall eller et helsebringende utfall. Svaret på et helsebringende utfall mente Antonovsky (Ibid) var "... generelle motstandsressurser – penger, egostyrke, kulturell stabilitet, sosial støtte og så videre – med andre ord alle forhold som gir effektiv beskyttelse mot en lang rekke stressfaktorer."

Når man utsettes for stadige stressfaktorer, vil man etter hvert gjennom de generelle motstandsressursene generere en viss meningsfylt sammenheng. Med dette introduserer Antonovsky (2013, s. 17) "... begrepet *opplevelse av sammenheng* (OAS) (eng. *sence of coherence*, SOC)." Dette er selve kjernen i svaret på det salutogene spørsmål. Som en definisjon på opplevelse av sammenheng, er tre begreper eller erfaringer sentrale og gjensidig knyttet til hverandre. Disse erfaringene er *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet* (Antonovsky, 2013, s. 39). Begripelighet handler om hvordan man opplever strukturen i den stimulering man utsettes for. Opplevs strukturen velordnet eller kaotisk? Begrepet håndterbarhet handler om hvilke ressurser man har til rådighet for å takle de stimuli og utfordringene man utsettes for. Til slutt, men ikke minst har man begrepet meningsfullhet, som handler om å finne meningen i utfordringene, samtidig som det uttrykker begrepets motivasjonskomponent. De motstandsressurser mennesket har, vil omfatte alle de tre erfaringene, og god mestring vil avhenge av en opplevelse av mestring samlet (Antonovsky, 2013). Hvis man som menneske møter problemer av ulik art, vil en ut i fra en salutogen tankegang, søke positive svar på hvorvidt man forstår hva problemene handler om, hvorvidt man har ressurser til å takle vanskene og om saken har et motivasjonskomponent for å finne mening i å løse den. I opplevelsen av sammenheng, er det nettopp *opplevelsen* som er essensiell, og den er varierbar ut i fra kultur, situasjon og individ. Livserfaring, tilhørighet og kompetanse er viktig (Johannessen et al., 2012). Slik Antonovsky selv velger å si dette. "En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til, å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring" (Antonovsky, 2013, s. 37).

### **2.4.3 Rådgivning og kriseforståelse**

Ordet krise "... betyr avgjørende vending, plutselig forandring, skjebnesvanger endring" (Cullberg, 1997, s. 11). Når et menneske ikke klarer å beherske eller forstå en situasjon med det en har av innlærte reaksjoner eller erfaringer, da er man i følge Johan Cullberg (1997) i en krisetilstand. Det vil da være viktig å vite om det dreier seg om en traumatisk krise hvor ytre plutselige årsaker forårsaker en trussel mot individet, eller om det er en livskrise hvor det

handler om mer daglige hendelser som ikke lenger er håndterbare. For å forstå et individs kriseopplevelse kan det være viktig å kjenne til individets utvikling og biografi for å danne seg et bilde av individets indre opplevelse av krisen (Cullberg, 1997). Alder kan ha en betydning for opplevelsen av krisen, fordi mennesker opplever ulike utfordringer i ulike faser i livet, og alder kan derfor innvirke på hvordan man reagerer. Hvordan den kriserammedes familie organiserer seg og fungerer vil ha betydning for eksempelvis sosiale forutsetninger. En harmonisk og trygg familie kan for eksempel være en støtte for den kriserammede (Ibid).

Sykdom eller skade kan omtales som en traumatisk krise både for den som rammes og deres pårørende (Cullberg, 1997). Pårørende til for eksempel en voksen med hjerneblødning, kan oppleve dette som så belastende at de føler for å svikte den kriserammede for selv å overleve psykisk. Familien kan ha et samlet behov for hjelp i forhold til det som har hendt (Ibid). Mange kan oppleve en intens følelse av frustrasjon, inkompetanse og utilstrekkelighet i en krisesituasjon. Å få hjelp til å takle situasjonen, finne en indre styrke og lære problemløsningsferdigheter kan være av stor betydning (Flasher & Fogle, 2012).

Krisens forløp har Cullberg delt i ulike faser (Johannessen et al., 2012, s. 226) som kan opptre i ulike rekkefølger. Fasene bør ikke være absolutte for rådgiverens forståelse av krisen. Hvor sterk eller forstyrrende krisen oppleves, er individuelt. Den første fasen betegnes gjerne som sjokkfasen, og har en varighet fra et øyeblikk til noen døgn. I denne fasen er det normalt å avvise det som har hendt (virkeligheten), og det kan være vanskelig å huske hendelser og kommunikasjon som har foregått. Av denne grunn kan det være viktig å gi konkret og nødvendig informasjon som gjentas i etterkant. Etter sjokkfasen, kommer ofte en tid hvor den som er rammet av en krise vil ha reaksjoner på hendelsen. Dette kalles derfor reaksjonsfasen, og kan ha en varighet på fire til seks uker, men den kan starte både samtidig eller i etterkant av sjokkfasen. I denne fasen vil gjerne forsøke å finne mening i et kaos, og forsvarsmekanismer settes i gang. Cullberg (1997) omtaler noen vanlige forsvarsmekanismer som regresjon, fornektning, projeksjon, rasjonalisering, isolering av følelser og undertrykkelse av følelser (Johannessen et al., 2012). I den tredje fasen vil individet arbeide med å godta det som har hendt, og lære å leve med dette. Fasen kalles av den grunn bearbeidingsfasen, og er forløperen til nyorienteringsfasen, hvor individet lever med det som har skjedd, og kanskje har funnet ny mening i tilværelsen (Ibid).

Det er viktig å være bevisst hvordan man snakker og opptrer i møte med mennesker i krise (Cullberg, 1997), og som terapeut er det viktig å hjelpe pasienten til å uttrykke følelser rundt hendelsen, og ufarliggjøre krisesymptomene pasienten har. Samtidig er det viktig at terapeuten formidler en støtte og et håp om at situasjonen vil bedre seg med tiden til hjelp. Familien til den rammede bør også trekkes inn i bearbeidingen. I sjokkfasen kan det for eksempel være god hjelp i å holde den rammede i hånden, eller bare gi en klem. I reaksjonsfasen kan det bety mye å få uttrykke alle følelser, også de som er negative. For å formidle trygghet til pasienten, kan terapeuten dele av egen erfaring i forhold til tidligere møter med krise. Slik kan for eksempel pasientens destruktive tanker ikke bli så skremmende lenger. Terapeuten må tåle å høre hva pasienten formidler på en profesjonell måte som innebærer empati, varme og forståelse (Cullberg, 1997). Saklig informasjon bør ofte gjentas, og det er viktig at terapeuten får kjennskap til hva pasienten opplever, engster seg for og har vansker med. For dette kreves ferdigheter innen dialog og aktiv lytting hos terapeuten (Ibid).

#### **2.4.4 Rådgivning i et velværeperspektiv**

Rådgivning i et velværeperspektiv har utspring i positiv psykologi, som retter oppmerksomheten mot mental helse og velvære (Holland & Nelson, 2014). I positiv psykologi er hensikten å holde fokuset mot det friske og bort fra det syke, slik at en øker autentisk lykke i eget liv, samt promoterer et sunnere samfunn generelt sett. Holland og Nelson (2014, s. 4) knytter dette sammen med mennesker og pårørende som opplever, og må leve med kommunikasjonsvansker. Positiv psykologi er representert kanskje først og fremst ved Martin E.P. Seligman, men tidlig ute var også andre som Abraham Maslow og Carl Rogers (Holland & Nelson, 2014, s. 26). Retningen var i første omgang opptatt av at psykologi skulle bidra til å øke menneskers opplevelse av lykke, men i nyere tid har retningen fått et bredere fokus på velvære også i samfunnet generelt. Man har gått fra å kretse rundt en målsetting om individets opplevelse av lykke, til målsetting om opplevelse av velvære til tross for funksjonshemming. Gjennom dette fokuset vil hensikten være å bygge opp det enkelte individ ved å fremme dets styrker. I motsetning til å ha fokus på en reduksjon av menneskets svakheter, vil dette positive fokuset få mennesket til å blomstre (Holland & Nelson, 2014). Kommunikasjonsrådgivning i dette perspektivet, vil lære individet å utvikle motstandskrefter, optimisme, og nye former for positiv atferd. Rådgiver må hjelpe rådsøker å finne sine styrker og bruke dem. Fokus vil være på hva som faktisk er i orden, og ikke på hva som er galt med individet (Ibid).



I rådgivningssammenheng hvor kommunikasjonsvansker er sentralt, er kanskje prosessen som innebærer lytting den viktigste. Gjennom lytting kan rådgiveren prøve å forstå verden fra radsøkers ståsted. Dette skaper en kontekst som innebærer forståelse og aksept (Holland & Nelson, 2014). En slik kontekst kan fremme at radsøker føler seg komfortabel med å uttrykke følelser og bekymringer. Dette er også en situasjon hvor rådgivers oppgave er å oppmuntre radsøker til å uttrykke følelser gjennom å føle seg verdsatt og respektert i en trygg atmosfære. Som et tredje ledd i dette må rådgiver legge til rette for informasjon slik at radsøker skjønner hva de har av vansker, samtidig som det er viktig å vise dem veien videre i livet. Individet bør se for seg et realistisk liv, hvor både optimisme og motstandskraft er viktige aspekter. Sist men ikke minst, må rådgiver hjelpe å omgjøre denne informasjonen til praktisk gjennomføring. Målet med rådgivningen er at den som rammes av en kommunikasjonsvanske, skal kunne leve et fullverdig liv til tross for hendelsen som førte til dette (Ibid).

Det man bygger rådgivningsferdigheter på, er ifølge Holland og Nelson (2014), å vite hvordan man bruker egne styrker som rådgiver i forhold til rådgivning ved kommunikasjonsvansker. Først og fremst må man som rådgiver ha en kunnskapsplattform om den konkrete kommunikasjonsvansken. Man må vite hva som er normalt og hva som ikke er normalt, samt ha den siste og nyeste kunnskapen rundt anatomisk og fysiske forhold ved vansken. I tillegg til dette må man ha presis kunnskap om metoder som benyttes (Holland & Nelson, 2014). Mange som er rammet av en kommunikasjonsvanske er opptatt av det tidsmessige aspektet ved vansken. Dette er en utfordring for rådgivere å få spørsmål om, men det er viktig at slike spørsmål imøtekommes. Som rådgiver må man ha generell kunnskap om hvor lang tid en naturlig utvikling tar og hvor lang tid en forbedring etter skade tar hos mennesker med kommunikasjonsvansker (Ibid). I tillegg må man kjenne til andre problemer som kan innvirke på kommunikasjonsvansken. Man kan ofte se at kommunikasjonsvansker opptrer samtidig med vansker av motorisk, kognitiv eller emosjonell art. Når en vanske er sammensatt må man som rådgiver se språkvansken i et riktig perspektiv. Å ha realistiske, men samtidig positive forventninger til utfallet av kommunikasjonsvansken både for rådgiver, pårørende og den som er rammet, kan gjøre rådgivningen mer effektiv. En profesjonell rådgiver må klare å skille mellom problemer som skyldes kommunikasjonsvansker og medfølgende problemer. Ved ulik type grenseproblematikk, må rådgiveren kjenne egne begrensinger og ansvar, og kunne bruke henvisningsprosessen. Utover dette er kjennskap til

ulike informasjonskilder som internett, støtteforeninger og rettigheter nyttig for rådgiveren (Holland & Nelson, 2014).

### **Personlig karakter**

En god rådgiver kjenner seg selv og ser sine egne styrker. Dette innebærer å lytte aktivt på en ikke dømmende måte, og gi en aktiv og konstruktiv tilbakemelding på det som blir sagt (Holland & Nelson, 2014). Det er viktig å nå inn til pasient og pårørende på deres betingelser og forståelsesnivå. Å bruke kroppsspråk i kommunikasjonen er også viktig. En person med kommunikasjonsvansker har gjerne en utydelig tale, som kan være en utfordring til tross for god og aktiv lytting hos logoped. Logopeden bør i en slik sammenheng ikke gjette seg fram til personens ytringer eller budskap. Kommunikasjonsvansker kan også medføre tristhet og gråt, og som rådgiver er det viktig å takle dette på en anerkjennende måte. Andre negative følelser hos pasienten som logopeden må takle, er uttrykk for sinne, angst eller frustrasjon. Rådgiveren kan velge å se dette som en tillitserklæring fra pasientens side, som faktisk føler seg komfortabel med å dele dette med logopeden (Ibid).

Som rådgiver vil man møte mennesker som har andre verdier og holdninger enn sine egne (Holland & Nelson, 2014). I dag er mange samfunn kulturelt mangfoldige, og det vil derfor være et minimum at en rådgiver både respekterer og aksepterer kulturelle forskjeller. For å gjøre en god jobb, er det viktig å utvikle en form for kulturell sensitivitet (Ibid), og forstå radsøkers kulturelle bakgrunn. Gjennom å forsøke å se tingene med den andres øyne, kan man åpne for andre perspektiver og få en større innsikt. Man blir empatisk i sin rådgivning noe som vil prege måten man informerer på.

En effektiv rådgiver må også være optimistisk og positiv på en realistisk måte, fordi mange kommunikasjonsvansker er komplekse (Holland & Nelson, 2014). Det vil være viktig å søke etter det positive, fordi entusiasme og positivisme hos logopeden vil kunne smitte over på klienten. Det kan for mange virke malplassert å oppmuntre til bruk av humor i rådgivningen, men noen vil hevde at en suksessfull rådgiver har evne til å se både en lett og en lys side av livet (Ibid). Latter og humor kan derfor ha en positiv betydning for den som er rammet av for eksempel afasi. Å kunne for eksempel le av seg selv, kan gjerne hjelpe individer å takle kommunikasjonsvanskene bedre. Dersom kommunikasjonsrådgiveren har evne til å se humoristisk på tilværelsen, kan dette både hjelpe, balansere og kanskje forhindre utbrenthet

hos rådgiveren, samtidig som det kan live opp pasientenes erfaringer (Holland & Nelson, 2014). Noen ganger er det viktig å kunne omstille seg, og endre på retning og mål dersom nye opplysninger eller helsesystemet krever dette. Likeledes er det viktig å kunne oppdage andre faktorer som kan påvirke rådgivningsprosessen, og vite hvordan man forholder seg til dette. Ulike vanskeligheter knyttet til psykososiale faktorer kan for eksempel hindre den kliniske progresjonen. Kjerneelementer hos enhver rådgiver vil være respekt for seg selv, selvtillit og det å kjenne seg selv. Det vil være viktig å kontinuerlig foreta evalueringer av seg selv som rådgiver, for å kunne oppnå en form for selvaksept. På denne måten vil man bli bevisst egne følelsesreaksjoner i forhold til rådgivningen, men det kan også oppklare utfordringer ved pasienten. Spørsmål det er viktig å stille seg selv, er hvorfor man reagerer som man gjør på enkelte pasienter. Det finnes nemlig mange utfordringer ved kommunikasjonsvansker, som kan være både forvirrende, usammenhengende og varierende i sin form. Det er derfor en meget viktig faktor at kommunikasjonsrådgiveren liker utfordringene dette medfører, og ikke ser det som truende (Holland & Nelson, 2014).

## **Holdninger**

Den innstilling eller de holdninger en rådgiver har til sin egen rolle vil være bestemmende for hvor god rådgiver man er (Holland & Nelson, 2014). I dette vil det være essensielt hvordan man betrakter seg selv i relasjon til andre, oppfatter og takler autoritetsforhold, og hvordan man forholder seg til kontroll.

Når det gjelder relasjoner til andre framhever Holland og Nelson (2014) Martin Bubers todeling i forhold til *jeg – du* og *jeg – det* relasjonen. I en *jeg – du* relasjon, vil ikke bare den andre personen bli respektert, men også hedret. Martin Buber (1992), var opptatt av møtet mellom mennesker, og dialogen mellom dem. Han skiller mellom det han kaller grunnord i et *jeg*, et *det* og et *du* i relasjonen. *Jeg* og *det* relasjonen skaper distanse og en avgrensing. Et *det*, kan man beskrive og betrakte som noe avgrenset og sanselig for synet, et objekt. Denne type relasjon er i motsetning til *jeg – du* relasjonen som ikke har en avgrensing eller en distanse (Ibid). I denne *jeg – du* relasjonen, er respekten og verdien for den andre holistisk. Det er ikke vektlagt egenskaper og fakta, men individuell personlighet. Den utelukker analyse og disseksjon, og fremhever aksept (Holland & Nelson, 2014). En måte dette er synlig på er hvordan en rådgiver velger å tiltale pasient eller klient. Fordi faktorer som for eksempel kultur og alder kan ha betydning for å skape en fortrolighet mellom rådgiver og råde søker, vil dette

relasjonelle aspektet være viktig. Dette aspektet handler om denne *jeg – du* eller *jeg – det* todelingen. Ved å spørre klient eller pasient om hvordan man ønsker å tiltales, vil man faktisk hedre *jeg – du* relasjonen i rådgivningspraktiseringen, og dette mener Holland og Nelson (2014) bør praktiseres av alle i en rådgivningssammenheng.

### **Autoritet og kontrollaspektet i rådgivning**

Man kan skille mellom den rasjonelle formen for autoritet og den irrasjonelle formen på autoritet hos en rådgiver (Holland & Nelson, 2014). Den rasjonelle rådgiveren er sett på som en som ikke føler seg truet, innrømmer feil og har evne til stadig å søke forbedringer. En slik rådgiver behandler klienter eller pasienter i et *jeg – du* forhold. Den irrasjonelle rådgiveren behandler klienter og pasienter gjerne i et *jeg – det* forhold, har vansker med å innrømme feil, motta kritikk, og de liker å ha makt over andre. Nøkkelen til den rasjonelle autoriteten er likeverdet mellom rådgiver og dem som søker hjelp. I dette er det viktig å skille mellom hva rådgiver kan mye om og hva den som lever med kommunikasjonsvansken kan. Den som har en kommunikasjonsvanske er selv eksperten på seg selv. Kontrollaspektet i rådgivningen er derav framskredet fra en *jeg – du* relasjon og rasjonell autoritet (Ibid). En god rådgiver vil være deltakende i rådgivningsprosessen, og respektere at en pasient og dens familie er i stand til selv å håndtere sitt eget liv. Rollen som rådgiver vil på denne måten være å belyse de områdene for klienten som må arbeides med, og samtidig oppmuntre til at klientens fortsetter å praktisere det han eller hun selv har funnet som gode løsninger (Holland & Nelson, 2014).

### **Tekniske rådgivningsferdigheter**

Grunnleggende ferdigheter i en aktiv og intensjonell rådgivningsprosess, er å forstå, å forklare, å gi råd og omgjøre i praksis (Holland & Nelson, 2014). Dette innebærer ferdigheter hos rådgiver som både favner den støttende væremåten og en væremåte som fremmer vekst og utvikling. Holland og Nelson (2014, s. 87) omtaler dette som ”Quiet Skills” og ”Loud Skills.” I denne oppgaven oversettes dette til stille og høylytte ferdigheter av undertegnede. Den støttende væremåten i de stille ferdighetene innebærer aktiv lytting, samt å forstå rådsøker. Ved hjelp av kroppsspråk, kan man være støttende ved å aktivt pausere, ha god kroppsholdning, ha øyekontakt, nikke på hodet og unngå avbrytelser. Å forstå handler om å oppfatte budskapet som ligger bak ordene, og dette innebærer rådgivers evne til empati. Å være empatisk er også en av de stille ferdighetene, og dette kan man som rådgiver oppnå ved

å komme nærmere vanskene til klienten. Man kan tilstrebe seg å forstå den andre gjennom å ta den andres perspektiv, men man må samtidig være klar over at man aldri kan forstå fullt og helt den andre (Holland & Nelson, 2014). Å forstå hva en pasient med kommunikasjonsvansker vil formidle, kan kreve at rådgiver klargjør og reflekterer i samtalen med klienten. Å klargjøre vil her si at rådgiver stiller forsiktige spørsmål og formulerer ulike uttalelser i fraser som eksempelvis; *Jeg har litt vansker med å forstå, kan du hjelpe meg her.* Gjennom å reflektere i samtalen, sender rådgiver et oppfattet underliggende budskap tilbake til klienten (Ibid). Man speiler altså ikke det som sies, men betydningen bak det som sies.

I en rådgivningsprosess kan det også ha betydning at rådgiver deler litt av seg selv (Holland & Nelson, 2014). Det kan oppleves som empatisk fra rådsøkers side, og det kan føre til økt innsikt hos rådsøker ved at rådgiver gir uttrykk for å forstå hva vanskene kan innebære. Å bekrefte rådsøker gjennom å være støttende og forståelsesfull og samtidig legge merke til og framheve klientenes styrker er også viktig. Sist men ikke minst vil det noen ganger være viktig for en rådgiver å forstå når man ikke skal si noe i det hele tatt (Ibid). Stillhet kan i mange tilfeller stimulere til dypere betraktninger, refleksjon og gjennomtenkte overveielser.

De høylytte ferdighetene er beskrevet som informasjonsarbeid, forklaringsarbeid, undervisning, rådgivning og planlegging (Holland & Nelson, 2014). Dette er ferdigheter som kommunikasjonsrådgivere vanligvis er gode i, men de stille ferdighetene kan enkelt praktiseres samtidig med disse høylytte (Ibid).

### **Viktige rådgivningsaktiviteter i akutfasen**

I den akutte fasen vil noen rådgivningsaktiviteter være viktigere enn andre (Holland & Nelson, 2014). Fordi informasjon i denne fasen er vanskelig å nyttiggjøre seg for pasient og pårørende, må rådgiveren gjerne motta informasjon fra pårørende om pasienten for slik å kunne hjelpe med å tydeliggjøre deres tanker og følelser. God støtte og hjelp i denne fasen, kan handle om å lytte til fremtidsbekymringer og dele tristhet og frustrasjon med pasient og pårørende. For de rammende kan effekten av å vise dem spontan bedring være stor. Det vil derfor være viktig å registrere og notere endringene fra dag til dag (Ibid). For pasienten vil det være viktig at rådgiveren på naturlig vis belyser det pasienten gjør riktig og de funksjoner pasienten har bevart istedenfor å peke på feil og mangler. Pasientens pårørende kan bidra positivt i den akutte fasen ved å gi gode opplysninger om for eksempel pasientens interesser

og vaner, slik at dette kan brukes av rådgiver i behandlingen (Holland & Nelson, 2014). Dersom det er mistanke om depresjon, er det viktig å se signaler på dette og sørge for at pasienten får hjelp. Depresjon kan også ramme familiemedlemmer til den som er rammet av afasi, derfor må en rådgiver også være i stand til å legge merke til dette. I slike sammenhenger kan det være viktig å legge til rette for støttende omgivelser. Ensomhet og isolasjon gjennom å miste kontakt med venner er mange ganger en smertefull erfaring etter et slag, og ofte er det afasien som er årsaken til dette (Ibid). Å hjelpe pasient og pårørende til å delta i for eksempel støttegrupper kan endre denne ensomheten eller isolasjonen.

## **2.5 Den kommunikative kompetansen hos logopeden**

Rådgivningskompetanse innebærer også kommunikasjonskompetanse. Kommunikasjon som begrep handler nettopp om "... å gjøre noe felles" (Corneliussen et al., 2006, s. 21). I en rådgivningssituasjon er kommunikasjonssevner regnet som en forutsetning for å kunne gjennomføre rådgivningen (Lassen, 2009). Man må derfor som rådgiver ha faglig kunnskap om de problemstillingene man står ovenfor, samtidig som man må ha en helhetlig kommunikativ kompetanse i form av kommunikative ferdigheter og grunnleggende holdninger (Ibid).

Terapeutisk kommunikasjon bidrar til å støtte, utvikle og opprettholde et terapeutisk forhold mellom pasient og terapeut. Bidragsyttere i en slik terapeutisk kommunikasjon vil være handlinger, ytringer og oppførsel (Flasher & Fogle, 2012). Dette terapeutiske forholdet beskrives som den konteksten rådgivningen foregår i, og fordrer blant annet en respektfull væremåte, evne til empatisk innlevelse, riktig tonefall, god oppmerksomhet og lytting hos terapeuten. Oppmerksomheten til rådgiveren, bør rettes både visuelt og auditivt for å ta inn så mye informasjon som mulig om pasienten i en klinisk observasjon. Ved å lytte kan rådgiveren planlegge og tilrettelegge rådgivningen slik at en møter pasientens behov på en bedre måte. Videre vil rådgiverens evne til å lytte kunne føre til en opplevelse hos pasienten av å bli respektert, ivaretatt, satt pris på og forstått (Ibid). Å lytte til pasienten kan noen ganger også innebære at rådgiveren ser behovet for at annet personell er nødvendig i samtale med pasienten. Dette kan være for eksempel psykolog, prest eller andre. Terapeutens tonefall vil også ha betydning for det terapeutiske forholdet. Et tonefall som er varmt, vennlig og aksepterende samtidig som det er bestemt og tydelig vil kunne føre til tillit, aksept og respekt for det terapeuten sier (Flasher & Fogle, 2012).

Carl Rogers gjorde begrepet kongruent kjent som en av grunnprinsippene i kommunikasjon og relasjonsarbeid. Ordet har i kommunikasjonssammenheng betydning av å være ekte og entydig (Skau, 2012). Som rådgiver møtes man i følge en kongruent kommunikasjon, person til person. Det er samsvar mellom våre følelser, ord og handlinger. Kommunikasjonen er troverdig, fordi følelsene er tilgjengelige og man er i stand til å kommunisere de følelsene man har. De to siste grunnprinsippene for kommunikasjon og relasjonsarbeid, er empati og en ubetinget positiv grunnholdning. Evne til å sette seg inn i den andres situasjon, møte og ivareta den andre handler om empati. Likeledes er rådgivers holdninger avgjørende for samspillet i rådgivningssituasjon (Ibid).

### **2.5.1 Verbal og nonverbal kommunikasjon**

Ulike ferdigheter i kommunikasjon, vil være metoder for terapeuten å formidle den respekten, empatien, forståelsen og varmen som er viktig for pasientene (Flasher & Fogle, 2012). Slike ferdigheter omfatter hvordan en fysisk fremstår ovenfor klienten, den verbale og nonverbale kommunikasjonen, stemmeleiet, kroppsspråket og ordlyden på svarene til rådsøker. Viktigst er kanskje at den verbale og nonverbale kommunikasjonen samsvarer med hverandre (Ibid).

Det nonverbale uttrykket vårt vil blant annet innbefatte klesstil, kroppsholdning, bevegelser, blikk, berøring og måten vi fysisk plasserer oss på i forhold til en klient (Flasher & Fogle, 2012). Klienter kan oppleve rådgiverens kroppsspråk som barrierer. Det vil være derfor være viktig å ha et åpent kroppsspråk hvor man ikke krysser armer og ben, holder notatblokken foran seg som et skjold, eller foretar hurtige bevegelser som kan indikere utålmodighet hos rådgiveren (Ibid). Den fysiske avstanden mellom rådgiver og pasient vil være både kjønn og kulturavhengig i forhold til hvordan man opplever nærhet. Rådgiver må derfor ha dette i tankene i vurderingen av hva som er en komfortabel distanse til pasienten. Også måten man sitter ovenfor pasient eller klient, vil være betydningsfullt med tanke på plassering av bord og stoler. Å for eksempel ha drikke tilgjengelig kan være også være nyttig og formidle en omtanke for rådsøkerne. Gjennom øyekontakt kan rådgiver få et bilde på hva pasienten forstår og føler i forhold til rådgivers uttalelser. Dersom pasienten føler noe ubehagelig, vil gjerne dette fremkomme som unnvikelse i blikket. Å lese slike signaler vil være viktig for rådgiveren, fordi det kan munne i etnisk, kulturell eller sosial bakgrunn (Flasher & Fogle, 2012). En god rådgiver har god øyekontakt som signaliserer respekt, interesse og sensitivitet

ovenfor klienten, samtidig som det formidler trygghet og troverdighet fra rådgiverens side. Ved svelgproblematikk, kan ofte berøring av munn og strupe være nødvendig for at logopeden skal kunne gjøre en vurdering. Slik berøring kan oppleves svært individuelt, og det er viktig at logopeden er sensitiv i forhold til hvordan pasienter eller klienter opplever dette (Ibid). Å ta i betraktning pasientens kulturelle, familiære og medisinske bakgrunn vil i en slik sammenheng være betydningsfullt.

Nonverbal kommunikasjon kan også omhandle de fysiske omgivelsene rådgivning foregår i. Ifølge Johannessen et al (2012), vil rommets innredning gi rådsøker et inntrykk av både rådgiver, og stedet rådgivningen foregår. Rommets nonverbale kommunikasjon, kan være et utfordrende bidrag i relasjonsbyggingen til rådsøker, fordi de ytre rammene kan blir gjenstand for oppmerksomhet og ikke menneskene som inngår i rådgivningsrelasjonen (Ibid). Dette er derfor viktig å ta i betraktning i rådgivningen.

I den verbale kommunikasjonen vil det også være viktig at en rådgiver har et ikke klandrende språk (Flasher & Fogle, 2012), selv om klienten ikke har fulgt opp øvelser i behandlingen eller mangler motivasjon. På en reflekterende og undrende måte kan rådgiveren i stedet prøve å speile klientens motvilje, følelser eller manglende motivasjon. Ved å få klienten til å føle seg forstått, kan en endre både følelsene og motivasjonen for behandling. I kommunikasjon med pasienter og pårørende, er det viktig å bruke et klart språk som ikke gir motstridende signaler. Slik vil hensikten og budskapet formidle tydelighet og trygghet i kommunikasjonen. Hvordan en rådgiver snakker med en klient vil også modifieres ut i fra klientens alder. Snakker en med et barn eller ungdom vil det være viktig å bruke deres begreper, men samtidig bør en unngå å bruke deres slanguttrykk. Det vil de ifølge Flasher og Fogle (2012) bare synes er merkelig. I forhold til voksne og eldre er det også viktig å se deres alder, utdanning og bakgrunn i sammenheng. Rådgiver bør uansett bruke ord som er konsise og tydelige i en voksen kommunikasjonsform. Hos spesielt eldre kan tålmodighet og sensitivitet være viktige ferdigheter hos kommunikasjonsrådgiveren. Som rådgiver bør man ha en forhandlende innstilling til pasienter eller klienter, fordi dette betegner å være empatisk og å kunne forstå klientens perspektiv på problemet. En fast men åpen væremåte hos rådgiveren, vil være en god forhandlermåte (Ibid).



### **3 Metode**

#### **3.1 Min førforståelse**

Hva visste jeg om fenomenet jeg skulle undersøke, og hvordan så jeg på fenomenet? Med bakgrunn som lærer, har jeg kanskje naturlig vært opptatt av gode vilkår for utvikling og vekst hos barn. I livet mitt, har jeg imidlertid ikke alltid arbeidet som lærer. Erfaring fra arbeid med tilrettelegging i arbeidslivet for voksne, har ført til at jeg i mange tilfeller har møtt mennesker med ulike vansker og utfordringer. Deriblant har jeg møtt flere med utfordringer etter ervervet hjerneskade. Min førforståelse av utfordringer knyttet til rådgivningskompetanse ved afasi, har derfor vært gjennom min tolkning og forståelse gjennom pedagogiske briller. Tilrettelegging for utvikling og vekst hos mennesker har for meg vært viktig. I denne sammenhengen har nok mitt syn også vært preget av hvordan man møter mennesker og hvordan man kommuniserer. Rådgivning tror jeg er et fag som krever både innsikt, refleksjon og nærvær i relasjonen til dem man skal hjelpe.

#### **3.2 Hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming**

Mitt syn på verden kan nok muligens være betydningsfullt for hvordan jeg har valgt å undersøke fenomenet jeg i utgangspunktet undret meg over. Hvordan mennesker tenker og handler, og ser verden i en mer subjektiv fortolkende sammenheng (Jacobsen, 2012), har nok preget min innfallsvinkel til fenomenet. Dette hermeneutiske perspektivet hvor meningsfortolkningen er sentral (Kvale & Brinkmann, 2012), synes derfor å være en fin tilnærming til prosjektet. Ved dette perspektivet må meningen med fenomener fortolkes (Gilje & Grimen, 2005), fordi uten dette kan ikke forståelse av fenomenene oppstå. Samtidig må disse fenomenene forstås i en sammenheng, fordi det er i sammenhengen de tilegnes en bestemt mening. Sentralt for hermeneutikken er derfor den hermeneutiske sirkel eller spiral (Ibid), som sier at for å kunne fortolke deler av noe, så må en fortolkning av helheten skje. Videre kan kun en fortolkning av helheten basere seg på fortolkning av de enkelte delene. Hermeneutikkens fremste teoretiker Hans-Georg Gadamer, var opptatt av den såkalte horisontalsammensmeltingen (Fuglseth, 2012). Dette innebærer for mitt prosjekt, at mitt perspektiv og perspektivet i det jeg skal forstå må være samstemt. På denne måten vil jeg kunne forstå andre mennesker. I tillegg til et slikt fortolkende perspektiv, er det logopedenes opplevelser og deres livsverden jeg har hatt et ønske om å få ett innblikk i. Dette håpet jeg å oppnå gjennom den fenomenologiske tilnærmingen (Dalen, 2011, s. 18), fordi den søker den

samme forståelsen av et fenomen, gjennom å se fenomenet gjennom den andres øyne. Som filosofisk tradisjon er fenomenologien opptatt av menneskets subjektive opplevelse. Den moderne fenomenologiske tradisjons representant er Edmund Husserl. Han mente at det oppnås forståelse gjennom "... en beskrivelse og analyse av måten vi konstruerer vår oppfatning av verden på" (Ibid).

### 3.3 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er en overordnet logikk som knytter data til forskningsspørsmålet (Risberg, 2012). Spørsmålene i min problemstillingen er todelt, men omhandler samme fenomen. Jeg ønsket først å vite noe om hvilke utfordringer logopedene møtte i rådgivningen av afasipasienter og pårørende i den akutte fasen, samtidig som jeg ønsket svar på hvordan disse utfordringene kunne takles. Dette fenomenet ville jeg nærme meg på, slik at jeg kunne oppnå en helhetlig beskrivelse. Et intensivt design (Jacobsen, 2012) var derfor å foretrekke, hvor jeg bestemte meg for å gå i dybden fremfor i bredden i tilnærmingen til fenomenet. Å gå i dybden betyr å få fram så mange nyanser som mulig ved hjelp av mange variabler og få enheter. Det vil også fremme den enkeltes forståelse og fortolkning av fenomenet (Ibid). Jeg har ut i fra dette benyttet et forskningsdesign med et dybdeperspektiv for prosjektet mitt. Etter grundige vurderinger, fant jeg ut at et casedesign (Skogen, 2012) kunne passe godt for mitt prosjekt, fordi fenomenet jeg har sett nærmere på er et tilfelle, eller en case. Case-design (Skogen, 2012, s. 52) egner seg ved studier av fenomener "... slik de forekommer i den virkelige verden ...". Dette opplevdes helt i tråd med ønsket mitt om å få innblikk i hvordan logopedene så fenomenet. Dessuten egnet denne type design seg godt til min eksplorerende problemstilling, med mitt *hvordan* spørsmål til fenomenet, samtidig som det føyer seg inn under hermeneutisk forskningstradisjon (Ibid). I hermeneutikken vil meningsfulle fenomener bare være forståelige i den sammenheng eller kontekst de forekommer i (Gilje & Grimen, 2005). I case studier er studieobjektet avgrenset med tanke på tid og rom. Dette medfører at undersøkelsen fokuserer på det som skjer i konteksten (Jacobsen, 2012), som i mitt prosjekt har vært dette *møtet* mellom logoped, pasient og eller pårørende.

Mine undringer og interesse for logopedens håndtering av utfordringer i afasipraksis, var som nevnt problemstillingens opphav. I forhold til dette, har jeg med bakgrunn i teori hatt noen refleksjoner rundt logopedens sin rådgivende rolle i den akutte fasen. Dette handler kort om at de faktisk møter en del utfordringer i rådgivning av afasipasienter og pårørende i en akutt

fase, samt at de trenger en viss kompetanse i taklingen av utfordringene. Jeg har valgt å se dette i sammenheng til eksisterende teori knyttet til afasi, rådgivning og kommunikasjon. Dette har gitt meg en analysestrategi som er teoristyrkt (Johannessen et al., 2011). Denne teorien har jeg brukt i tolkningen av funnene mine. Ettersom jeg har arbeidet med en enkeltcase, og med flere analyseenheter (logoped), har et sammensatt (embedded) singelcase (Skogen, 2012, s. 57) vært riktig som design for mitt prosjekt. Case-designet har på denne måten gitt meg mye informasjon ut av få enheter, og fenomenet i sin avgrensede form (Johannessen et al., 2011).

### **3.4 Vitenskapelig tilnærming til prosjektet**

Mitt vitenskapelige ståsted, kommer på mange måter til uttrykk gjennom blant annet mitt valg av tema, problemstilling, formål med oppgaven og den metoden jeg har valgt for forskningen. Det sammenfaller også med en hermeneutisk tilnærming som er opptatt av "... å studere hvordan *mennesker* tenker og handler ..." (Jacobsen 2012, s. 27). I vitenskapelig sammenheng, kan retningen representeres ved en kvalitativ tilnærming til det som skal undersøkes, som forfekter en virkelighet som er skapt av mennesker (Jacobsen, 2012). Min undersøkelse har ikke hatt intensjoner om å tallfeste noe, og derfor har kvalitativ tilnærming vært naturlig. Dette er en tilnæringsmåte som søker å si noe om egenskapene til fenomenet som studeres, eller kvaliteten ved dette (Jacobsen, 2012). Fordi jeg ønsket å forstå fenomenet grundig, synes jeg en slik kvalitativ tilnærming var en god måte å få til dette. Den kvalitative forskningsstrategi setter menneskets handling i sentrum (Ringdal, 2007), og det har vært mer riktig i forhold til min problemstilling. Det var logopedens møte med utfordringer og hvordan disse kunne takles som var handlingens essens, og av den grunn ble det rett å velge en forskningsstrategi som bygger på ideen om at det er gjennom individers handlinger at verden konstrueres (Ibid). I min undersøkelse opplevde jeg at den kvalitative tilnærmingen ga meg et bilde av virkeligheten slik logopedenes forståelse av dette *møtet* var (Johannessen et al., 2011).

### **3.5 Respondenter i prosjektet**

Tre logoped er respondenter i mitt masterprosjekt. En respondent har i motsetning til en informant førstehåndskjennskap til et fenomen (Jacobsen, 2012, s. 171). Logopedene jeg har intervjuet har hatt akkurat dette, og jeg har derfor valgt å omtale dem som respondenter i denne oppgaven. Antallet respondenter som er valgt, henger sammen med utforskningen av det

unike og spesielle, og ikke det som er generelt. Videre er antall respondenter valgt ut i fra formålet med dette prosjektet, å få et dybdesyn på logopedenes erfaringer. Rammen for undersøkelsen har vært akutfasen, og det var derfor viktig at respondentene hadde lang erfaring fra denne fasen. I utvelgelsen av respondenter valgte jeg den såkalte *snøballmetoden* (Johannessen et al., 2011), hvor jeg tok direkte kontakt med en logoped, som igjen kunne formidle kontakt med andre aktuelle respondenter for min undersøkelse.

### **3.6 Forskningsmetode – semistrukturert intervju**

Hensikten med undersøkelser er å skaffe til veie ny kunnskap, og da gjerne ved å tilføre supplerende kunnskap til allerede eksisterende teori (Jacobsen, 2012). Begrepet teori kan bety "... «blikk» eller «syn» ..." (Fuglseth, 2012, s. 257). Mitt valg av metode har hatt betydning for å finne en måte å få innblikk i den virkeligheten jeg ønsket å undersøke. Dette var utfordrende, fordi den metoden man velger, avhenger nettopp av eget syn på ontologien, "... slik ting faktisk er" (Jacobsen, 2012, s. 24). Hvordan kunne jeg så få vite noe om den virkeligheten jeg ønsket å studere, og var det mulig å tilegne seg kunnskap om den? Epistemologi søker å belyse forskerens kunnskapssyn, enten ved å se verden i en objektiv sammenheng ved hjelp av objektive teknikker, eller som en subjektiv fortolkningsbasert sammenheng (Jacobsen, 2012). Problemstillingen gjorde det vanskelig gjennom sitt *hvordan* spørsmål, å sette opp klare hypoteser om fenomenet jeg ville undersøke, fordi det ikke var målbare verdier i tallsammenheng. Selve problemformuleringen har gjerne vært mer eksplorerende (Jacobsen, 2012), eller utforskende fordi min hensikt har vært å få en dypere forståelse av dette fenomenet. Valg av metode har derfor vært min framgangsmåte for å finne svar på problemstillingen.

Det som har vært hensikten med denne oppgaven, har nettopp vært å gå i dybden på tema. For å få svar på problemstillingen gjennom et logopedisk perspektiv, falt derfor valget på kvalitativ metode. Ettersom kasusstudier ofte fokuserer på enkelte personer eller situasjoner, er intervju ofte brukt som framgangsmåte (Kvale & Brinkmann, 2012). Et intervju kan beskrives som "... en samtale som har en viss struktur og hensikt" (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 23), og hensikten er å konstruere kunnskap gjennom utveksling av synspunkter i en samtale mellom to personer. Dialogen er utgangspunkt for å innhente informasjon, og kan derfor ses som en fordel ved intervju som metode (Ibid). Gjennom samtale med respondentene oppstod muligheten for å rekonstruere hendelser, og det ga respondentene

større frihet i å utrykke seg. Jeg opplevde intervjuet på denne måten som skreddersydd for den enkelte respondent. Å benytte semistrukturert intervju (Johannessen et al., 2011) var greit, fordi dette ga fleksibilitet og muligheter for å fange det spesielle i samtalen med hver respondent. Intervjuet var slik basert på en intervjuguide med utgangspunkt i ulike tema, uten å være låst i sin form eller struktur. Det semistrukturerte livsverdenintervjuet har ifølge Kvale og Brinkmann (2012, s. 23) som mål "... å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen." Intervjuet er ifølge dem inspirert av fenomenologien, men hermeneutikken er sentral gjennom den fortolkningen av mening som skjer. Gjennom intervjuet foregår en erkjennelsesprosess (Kvale & Brinkmann, 2012), hvor både jeg og respondenten sammen skaper kunnskap.

### **3.6.1 Intervjuguide**

I selve utviklingen av intervjuguiden, har jeg brukt Kvale og Brinkmann (2012, s. 118) sin framgangsmåte som utgangspunkt for utformingen av min egen. I planleggingen av selve intervjuet, var det viktig for meg å reflektere over alle stadier i gjennomføringen av intervjuet, fordi dette ville ha betydning for veloverveide beslutninger og helheten over prosjektet. Intervjuguidens utforming er basert på problemstillingen, samt teorien som ligger til grunn for masterprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2012).

Jeg ønsket en løsere tilnæringsmåte på intervjuet og ikke et stramt oppsett. Derfor fikk intervjuguiden en middels strukturingsgrad (Johannessen et al., 2011). Dette var et valg jeg foretok for å kunne håndtere mengden av innsamlet materiale for den senere analysen, samtidig som det var viktig for meg å ikke lukke svaralternativene helt. Intervjuguiden har på denne måten åpnet for at intervjuobjektet selv kunne komme inn på tema, samtidig som jeg kunne ta opp sentrale tema (Ibid). Den fleksible intervjuguiden, ga meg også mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål til hovedspørsmålene (Repstad, 2009). Intervjuet synes jeg på denne måten ble løst og ledig, samtidig som jeg fikk konkrete svar på spørsmålene mine.

Har jeg så målt eller undersøkt det jeg søkte svar på? Å operasjonalisere vil si "... å gjøre et abstrakt begrep til noe målbart" (Jacobsen, 2012, s. 234). Slik jeg så dette, måtte jeg belyse problemstillingen på en måte som ville gjøre den konkret og undersøkbart. I både kvantitativ og kvalitativ forskning vil det være naturlig å se på problemstillingens enheter, variabler og verdier når en skal finne måter å gjøre noe abstrakt om til noe konkret (Jacobsen, 2012).

Variabler kan beskrives som det konkrete som skal undersøkes, hvor verdiene vil være ulike trekk ved disse. Enhetene er hvem som skal undersøkes (Ibid). I mitt tilfelle var enhetene logoped, men siden jeg valgte en løsere struktur på intervjuet, var det vanskelig å definere problemstillingens variabler og deres verdier. I min undersøkelse har derfor spørsmålene vært variablene, men ettersom svaralternativene ikke var gitt på forhånd, har det ikke vært mulig å sette en verdi på disse. En mulighet var å la intervjuguiden konkretisere problemstillingen, og på den måten gjøre den undersøkbar (Jacobsen, 2012). Dette innebar en nøye planlegging av intervjuguiden samt å forme abstrakte begreper om til forståelige spørsmål. Dette mente jeg ville være et godt redskap for å få svar på det jeg faktisk søkte svar på, og jeg bestemte meg derfor for denne framgangsmåten.

Spørsmålene i intervjuguiden har en tematisk og en dynamisk dimensjon, hvor det tematiske dekker de teoretiske oppfatningene og den dynamiske dimensjonen fremmet en god intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2012). Slik kunne jeg få et positivt samspill i intervjusituasjonen. Ved å gjøre akademiske begreper om til dagligspråk (Ibid), ønsket jeg å få fram spontane og rikholdige beskrivelser. Spørsmålene i intervjuguiden ble innordnet i tema med utspring i problemstillingen, og med få spørsmål til disse. Rekkefølgen på temaene og spørsmålene varierte, noe som ga balanse mellom det fleksible og standardiserte i intervjuguiden (Johannessen et al., 2011).

Egne refleksjoner knyttet til spørsmålene i intervjuguiden (Dalen, 2011) var nyttige under utarbeidelsen av intervjuguiden. Jeg forsøkte å unngå nærgående, sensitive og kompliserte spørsmål til logopedene. Det var viktig å ha så korte, klare og presise spørsmål som mulig, slik at logopedene kunne utrykke seg fritt og spontant (Ibid). Intervjuet startet med konkrete spørsmål til logopedenes yrke og erfaring. Introduksjonsspørsmål kan være åpne for selve temaet (Kvale & Brinkmann, 2012), og jeg benyttet meg av dette. Dette var spørsmål som omhandlet årsak til valg av logoped som yrke, og opplevelser rundt det å arbeide med afasipasienter i den akutte fasen. Jeg mener denne introduksjonen utløste både betraktninger og refleksjoner hos logopedene i en spontan formidling som ga rikholdige beskrivelser. Respondentenes beskrivelser kan gi en forsker anledning til både å stille utdypende oppfølgingsspørsmål, inngående og spesifiserende spørsmål når noe interessant dukket opp (Ibid), noe jeg mener jeg erfarte i situasjonene. De fleste spørsmålene i intervjuet åpnet jeg med ordet *beskriv*. Gjennom denne formuleringen, ønsket jeg å få fram en utbrodering og detaljrik besvarelse slik Johannessen et al (2011) beskriver. Aktiv lytting (Kvale &

Brinkmann, 2012, s. 147) ble vesentlig i intervjuet. Jeg responderte på logopedenes svar blant annet ved å nikke på hodet, bruke taushet eller gjennom små bekræftelser som hm, ja, og så videre.

I forkant av intervjuene foretok jeg et prøveintervju (Dalen, 2011) av en medstudent. Hensikten med dette var å få tilbakemeldinger på både meg selv som intervjuer, spørsmålene i intervjuguiden samt å få testet utstyret jeg skulle benytte i en reell intervjusituasjon. Dette prøveintervjuet ga meg også mulighet for å redigere intervjuguiden til det bedre.

### **3.6.2 Teknisk utstyr og transkribering av intervju**

Under intervjusituasjonen benyttet jeg meg av båndopptaker slik at intervjuet kunne transkriberes i etterkant, og nedtegnes nøyaktig. ”En transkripsjon er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst” (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 192). Jeg sjekket utstyret før intervjuet startet, og jeg forsøkte å plassere båndopptakeren slik at lyden/talen skulle bli så god og tydelig som mulig (Johannessen et al., 2011). Etter gjennomført intervju, noterte jeg stikkord til selve intervjusituasjonen i form av inntrykk jeg gjorde meg. Selve intervjuet transkriberte jeg forholdsvis umiddelbart, og samme dag som intervjuet var gjennomført. Lydopptaket valgte jeg å nedtegne så nøyaktig som mulig, og ordrett med muntlige uttrykk, pauser og liknende. Denne overføringen fra det muntlige til det skriftlige gav meg en oversikt og struktur over intervjuet. I denne fasen var tankene jeg hadde og opplevelsen fra intervjusituasjonen ferske. En meningsanalyse (Kvale & Brinkmann, 2012) var allerede i gang, og slik sett ble transkriberingen begynnelsen på analysen.

### **3.7 Analyse**

”Å analysere betyr å dele noe opp i biter eller elementer” (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 201). Uansett hvilken tilnærming en har til analysen av datamaterialet, vil kvalitativ forskning ha en fortolkende tilnærming. Det er mennesker som skaper, konstruerer og ilegger mening til sine erfaringer. Virkeligheten fremstår derfor subjektiv for den som ser, og vår fortolkning av virkeligheten er påvirket av det vi mennesker har felles i erfaringer (Dalen, 2011).

Fra starten av, har planen min vært å benytte meg av en analyse som baserer seg på teoretiske antakelser. I forhold til mitt casesdesign, har teori om afasi, rådgivning og kommunikasjon vært styrende for analyseprosessen, og intervjuguiden har vært utgangspunktet for analysen

(Johannessen et al., 2011). For å få fram logopedenes erfaringer, og forståelse av fenomenet har også en fenomenologisk tilnærming vært gunstig, slik at jeg som forsker kunne forstå meningen med fenomenet. Det er forenlig med en analyse ved casesdesign å tolke logopedenes erfaringer i den konteksten de forekommer i (Ibid). I mitt prosjekt er denne konteksten *rådgivningsmøtet*. Funn i analysen er drøftet opp mot den teori jeg har valgt som utgangspunkt for prosjektet. Mitt ønske har fra begynnelsen vært at oppgavens analyse skulle *løfte* fram og belyse kunnskap som svarer på problemstillingen.

### **3.7.1 Meningsfortetting**

Som analyseform har jeg benyttet en analyse med fokus på mening slik Kvale og Brinkmann (2012) viser til. Først og fremst har jeg gjennom en meningsfortetting komprimert store deler tekst til mer konsentrerte former. Dette er gjort ved at uttalelsene til respondentene er forkortet til mer presise meningsformuleringer. Måten jeg har gått fram på er først å lese det enkelte intervjuet i sin helhet, slik at jeg har kunnet danne meg en oppfatning av teksten som helhet. Deretter har jeg delt teksten inn i naturlige meningsenheter og utelatt uvesentlige uttalelser. Disse meningsenhetene har jeg (som en del av tolkningen), videre delt inn i temaer. Disse temaene har jeg så sett i forhold til formålet med prosjektet, hvor essensen handler om hvilken kompetanse og ferdigheter logopeden tar i bruk for å takle utfordringer relatert til afasipasienter og pårørende. Til slutt har jeg samlet de viktigste emnene og formulerte disse slik at meningen kommer tydelig fram. Slik klargjorde jeg meningsenhetene for den videre tolkningen.

### **3.7.2 Meningsfortolkning**

”Fortolkningen av meningsinnholdet i intervjutekster strekker seg utover en strukturering av det manifeste meningsinnholdet i det som sies, og omfatter dypere og mer kritiske fortolkninger av teksten” (Kvale & Brinkmann 2012, s. 213). På denne måten har jeg prøvd å gå utover det transkriberte intervjuet og forsøkt å se meningsstrukturer bak det som ble ytret. Her har jeg benyttet meg av en hermeneutisk meningsfortolkning hvor jeg har vekslet mellom å se helhet og deler av teksten i en frem og tilbake prosess. Det viktigste formålet med analysen har vært å finne fram til logopedenes mening som kan gi svar på problemstillingen. I tolkningen har jeg prøvd å innta en perspektivistisk subjektivitet, ved å ta ulike perspektiver til teksten gjennom å stille spørsmål til den. I første omgang har det vært viktig å få fram logopedenes selvforståelse av deres meninger, gjennom en omskrivning og fortetting av deres



meningsenheter. Dette har jeg så gjort til gjenstand for en fortolkning, ved å benytte den teorien jeg har lagt til grunn for prosjektet i en form for drøfting (Kvale & Brinkmann, 2012). Slik peker jeg på de ulike perspektiver og mulige måter å tolke logopedenes erfaringer.

### **3.8 Reliabilitet og validitet**

Dette prosjektets forskningsmessige kvalitet, har jeg forsøkt å sikre løpende i prosessen, og mot slutten av prosjektet. Jeg har derfor hatt et bevisst forhold til begrepene reliabilitet og validitet underveis i min forskning. Reliabilitet (Repstad, 2009) handler om pålitelighet både når det gjelder måleinstrumentene jeg har nyttet, informasjonen jeg har fått, samt feil og mangelfri gjennomføring av analysen. Validitet (Ibid) dreier seg om jeg faktisk har målt det jeg skulle måle. I forhold til reliabilitet og validitet er det ulike forhold jeg har måttet ha en kritisk holdning til. Ideelt sett har jeg gjennomført intervjuene på en slik måte at andre kan registrere samme funn og komme fram til samme resultat. Dette sikrer forhåpentligvis en høy reliabilitet i prosjektet. Problemet er at de utfordringene logopeder møter og hvordan de takler disse, er bundet til en kontekst (Repstad, 2009), et *møte*. Svarene fra en respondent endres derfor gjerne for hver gang spørsmålet blir stilt (Ibid). Kritikere til fortolkning av intervju, vil nettopp hevde at intervju ikke kan være en vitenskapelig metode, fordi den som skal fortolke et intervju vil finne andre meninger enn en annen fortolker av det samme intervjuet. Vel og merke er denne kritikken basert på en ide om at det finnes en objektiv korrekt fortolkning. Min tanke er at intervjuet er åpent for et fortolkningsmangfold slik Kvale og Brinkmann (2012) viser til, og således vil det være greit at svarene fra respondentene kan være forskjellige i ulike sammenhenger.

Når det gjelder validitet, har nok utfordringen vært en tilstedeværelse av forskningseffekt (Repstad, 2009). Forskningseffekt vil si at min tilstedeværelse som forsker virker inn på respondentene, fordi de er klar over at de blir utforsket. Samspillet mellom respondentenes egenskaper og mine egenskaper avgjør om forskningseffekten har vært stor eller liten. For å minske denne effekten var jeg svært bevisst min væremåte under intervjuet. Jeg tilstrebet meg en rolle som respondentene skulle oppleve vennlig og ikke dominerende. I denne sammenheng forsøkte jeg også å unngå ledende spørsmål. I møte med mine respondenter var jeg klar over den effekten og innvirkning jeg kunne ha på dem, og jeg noterte derfor det jeg registrerte ved intervjusituasjonen (Ibid).

Jeg valgte å følge Kvale og Brinkmanns (2012, s. 253) syv stadier for validering. I første omgang innhentet jeg teori om afasi, rådgivning og kommunikasjon, slik at mine forskerspørsmål skulle ha solide teoretiske forutsetninger. Ved planleggingen av prosjektet var det viktig å ta etiske hensyn med tanke på forskningens konsekvenser. Når selve intervjuene har blitt gjennomført, har jeg tilstrebet høy kvalitet gjennom blant annet godt planlagte spørsmål og god kontroll av det som sies der og da i intervju situasjonene. Under intervjuet oppsummerte jeg underveis det jeg oppfattet som respondentenes meninger, og fikk på denne måten bekreftet eller avkreftet min oppfatning av deres meninger. Etter endt intervju har jeg så raskt som mulig transkribert dem ordrett fra et muntlig til et skriftlig produkt. I analysefasen har jeg vært bevisst både spørsmålene jeg har stilt og hvorvidt mine fortolkninger har vært logiske. Selve valideringskontrollen har innbefattet en undersøkelse av feilkilder, samt om undersøkelsens innhold og formål har gått forut for hvordan jeg har undersøkt fenomenet.

### **3.9 Forskningsetiske vurderinger**

Oppgavens hensikt har vært kunnskap om hvordan logopeder møter utfordringer i ulike rådgivningssituasjoner knyttet til språkvansken afasi. Respondentene har vært profesjonelle, erfarne logopeder og har således ikke vært en sårbar gruppe. Det som fremkommer av undersøkelsen kan være interessant og lærerikt, ikke minst for logopeder, men også for andre som møter utfordringer i sin rådgivning. Etiske hensyn i forhold til god informasjon om prosjektet og fritt samtykke har vært av stor betydning. All informasjon har blitt behandlet konfidensielt, og intervjumateriell og andre data har blitt oppbevart nedlåst på en forsvarlig måte (Johannessen et al., 2011). Undersøkelsens respondenter har jeg anonymisert, slik at det ikke skal være mulig å spore opplysninger tilbake til dem (Dalen, 2011). For å sikre at prosjektets personvernskriterier har blitt ivaretatt, er det meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). For meg har det vært viktig å tenke på informantenes ve og vel under hele prosessen, samtidig som det har vært viktig å få fram informasjon og kunnskap for å få et endelige produkt ut av dette prosjektet.

## **4 Analyse og drøfting**

Respondentenes beskrevne opplevelser og erfaringer er analysens utgangspunkt. Jeg har forsøkt å presentere resultatene så tett opp til respondentenes beskrivelser som mulig, men presentasjonen vil likevel være preget av min tolkning av materialet. Ettersom intervjuene resulterte i store mengder tekst, har jeg valgt ut de tema jeg fant relevant for å kunne svare på problemstillingen. Fordi analyse og tolkning ofte har glidende overganger i kvalitative studier (Johannessen et al., 2011), velger jeg å behandle analyse og tolkning under ett. Intervjuguiden har vært styrende for temainndelingen i analysen, og problemstillingen er spørsmålet det søkes svar på. I drøftingen av resultatene, har jeg sett dette opp mot teorien som er lagt til grunn for oppgaven. Når det gjelder presentasjon av respondentene, har jeg valgt å beskrive dem kun som tre respondenter for å ivareta deres anonymitet.

### ***Hvilke utfordringer møter logopedene i rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i akutfasen, og hvordan kan disse takles?***

Respondentene i denne undersøkelsen beskrev ulike utfordringer knyttet rådgivning av afasipasienter og pårørende i den akutte fasen. Dette handlet hovedsakelig om å arbeide i forhold til deres kriseopplevelse, misforståelser, tidsaspekt for bedring, fysiske omgivelser og pasientens grad av våkenhet. En nærmere beskrivelse av utfordringene, samt hvordan respondentene valgte å takle disse, presenteres i det følgende.

#### **4.1 Afasipasienter og pårørende i krise**

Som introduksjonsspørsmål fikk respondentene mulighet for å beskrive hvordan de opplevde å arbeide med afasipasienter og pårørende i den akutte fasen. Alle respondentene beskrev opplevelsen som utfordrende grunnet pasientens språkskade. To av respondentene mente arbeidet var både utfordrende og spennende på samme tid, fordi afasi og slag kan gi så forskjellige språklige utslag hos pasientene. Den ene av de to respondentene syntes det var spesielt spennende fordi pasientene i tillegg til variasjon av skade, var forskjellige med tanke på både alder, utdanning og sosial bakgrunn. En yngre pasient kunne for eksempel representere et bredere problemkompleks fordi de var yrkesaktive eller hadde barn. Likevel mente denne respondenten at også eldre pasienter kunne være en utfordrende gruppe. Den tredje av respondentene betegnet arbeidet med afasipasienter og pårørende som både

vanskelig, tøft og fantastisk på samme tid. Årsaken til dette var begrunnet i det å se pasientens fortvilelse over å ikke kunne bruke ord. Samtidig opplevde respondenten det som fantastisk å overvære den gleden som oppstod når ordene kom tilbake til pasienten, og gav et bilde på dette slik: "...det var mest som tårene rant på både konen og meg." Respondentenes beskrivelser av arbeidet sitt, tolket jeg slik at de opplevde det faglige og menneskelige i arbeidet med afasipasienter som meningsfullt, samtidig som jeg fikk inntrykk av at det var spennende utfordringer som gav dem engasjement og motivasjon.

Audrey L. Holland og Ryan L. Nelson (2014) er to som påpeker viktigheten av at en rådgiver vet hvordan man skal forholde seg til faktorer som kan påvirke en rådgivningsprosess. De mener det er viktig at rådgiver kjenner seg selv, har respekt for seg selv og innehar en selvtillit da det handler om å være bevisst hvordan man reagerer i ulike sammenhenger. Fordi utfordringene knyttet til kommunikasjonsvansker er mange og varierende, er rådgivers evne til å trives med utfordringene viktig, i motsetning til å oppleve utfordringene som skremmende. Flasher og Fogle (2012) peker også på at det er viktig å se pasientenes alder, utdanning og bakgrunn i sammenheng til pasientene slik respondenten også gav uttrykk for. Ifølge respondentenes uttalelser, kan det synes som om de opplevde utfordringene knyttet til arbeid med afasipasienter og pårørende som positive, til tross for vanskene det kunne medføre i rådgivningssammenheng.

To av respondentene fremhevet også opplevelse av krise hos afasipasient og pårørende som en utfordrende faktor. En av dem beskrev dette i relasjon til akutfasen, hvor pasienten ofte er i sjokk og kan være forvirret. En del pasienter er også deprimerte og sliter gjerne med hukommelsen i denne fasen, eller de fornekte det som har hendt. Denne kriseopplevelsen mente respondentene også pårørende kunne oppleve. Pasientene selv kunne gjerne oppleve språkvanskene som surrealistiske og av den grunn bli veldig frustrerte. En av respondentene beskrev dette slik: "De (pasientene) vet hva de skal si, men får ikke til å si det."

At mennesker har reaksjoner på opplevde kriser, er mye omtalt av Cullberg (1997). Han viser også til alder som betydningsfullt, fordi hvor man er i livet har betydning for reaksjoner på hendelser man utsettes for. Dette er i tråd med det en av respondentene gav uttrykk for, at yngre mennesker kan ha en annen kompleksitet i forhold til kriseopplevelsen enn eldre, fordi de enten har barn eller er i en arbeidssituasjon. Dette kan igjen ifølge Cullberg (1997) handle om hvordan man fungerer som familie, og hvorvidt denne familien er en god støtte rundt

pasienten. På den annen side beskriver også Cullberg (Ibid) at familier kan oppleve kriser så vanskelige at de ikke takler å være en støtte for den som er rammet. Av den grunn må man hjelpe familien samlet. Flasher og Fogle (2012) hevder på den annen side at en krisesituasjon kan utløse følelse av frustrasjon hos pasienten, også i tråd med opplevelsene slik respondentene beskrev, og som en av dem uttrykte: "...av og til så er folk som har afasi veldig frustrerte." Denne frustrasjonen opplevde respondenten som utfordrende fordi den gjerne kom til uttrykk negativt og verbalt i form av banneord. Respondenten opplevde dette kun som et uttrykk for frustrasjon og påpekte at det som oftest var pasientens familie som fikk kjennskap til denne frustrasjonen først og fremst. Pårørende kunne ofte unnlate å gi tilbakemeldinger eller korreksjoner på dette, fordi de syntes synd på pasienten. Man kan her lure på om dette også handlet om pårørendes følelse av inkompetanse i forhold til å takle frustrasjon hos pasienten. Slik Flasher og Fogle (2012) omtaler dette, kan mange føle nettopp inkompetanse i en krisesituasjon.

Johannessen et al (2012) påpeker også slik en av respondentene gav beskrivelse av, at det er vanlig å avvise en traumatisk hendelse i sjokkfasen, ved å fornekte det som har hendt. Hukommelsen vil av den grunn bli preget, noe som igjen har innvirkning på hva som huskes av informasjon. Slik også Flasher og Fogle (2012) forklarer fornektning som del av en sorgprosess, kan det handle om underliggende følelser som for eksempel depresjon eller frustrasjon fordi man ikke lenger klarer å utføre det man tidligere klarte. Alle vanskene rundt afasi krever stort fokus og dette kan derfor resultere i depresjon hos både pasienten og de pårørende (Worrall et al., 2013).

#### **4.1.1 Hvordan kan logopeden takle afasipasienter og pårørende i krise?**

##### **Å formidle informasjon**

Alle respondentene gav uttrykk for viktigheten av å informere og forklare språkskaden til både pasient og pårørende i den akutte fasen. To av respondentene var opptatt av at kriseopplevelsen gjorde det vanskelig for pasient og pårørende å få med seg all informasjonen som ble formidlet i denne tiden. Som en av dem sa: "...du møter dem jo i en krise." Respondentenes erfaringer var at informasjonen ofte måtte gjentas i denne fasen, enten fordi den ble glemt, eller fordi pasient og pårørende ikke var mottakelige for informasjonen der og da. De samme respondentene mente det ville være greit å gi en enkel brosjyre om hjerneslag

og afasi i denne fasen, slik at pårørende selv kunne lese litt om språkskaden. Dette tolket jeg slik at logopedene på en måte hadde forventning eller forutså at pasient og pårørende ville oppleve afasi som en krise. Av erfaring, visste de kanskje at det var viktig å gi informasjon på den rette måten i denne fasen. Respondentenes svar på hvordan man takler pasient og pårørende i krise, kan samsvare med teori på området. Holland og Nelson (2014) påpeker, at det er vanskelig for mennesker i en krisesituasjon å nyttiggjøre seg informasjon. Det er derfor viktig å gjenta ved flere anledninger informasjonen, og mange ganger kan det være viktigere for rådgiveren å være støttende på andre måter. Det å lytte til de rammede er i denne fasen viktig, å få opplysninger om pasienten fra pårørende, og kanskje gi uttrykk for støtte gjennom å dele frustrasjon og sorg med dem. Slik kan man som rådgiver hjelpe å få fram både det emosjonelle og tankene hos pasient og pårørende. Også Cullberg (1997) viser til at informasjon bør gjentas i en krisesituasjon. Gjennom å lytte og samtale med dem som er rammet av en krise, mener han at man som rådgiver kan få et innblikk i hvordan de har det. Å forstå pasient og pårørende er viktig for å kunne hjelpe.

### **Å være fordomsfri, åpen, anerkjennende og respektfull**

I intervjuet svarte to av respondentene at åpenhet var betydningsfullt i møte med pasienter og pårørende. En av dem påpekte at logopedens holdninger må gjenspeile likeverdighet i møte med alle mennesker. At en ikke er dømmende. Pasient og pårørende må ikke avvises men tas på alvor. Det er viktig at de får komme med spørsmål og at de føler seg ivaretatt av logopedene. I møte med pasient og pårørende mente også denne respondenten at tid var essensielt. Den andre respondenten påpekte viktigheten av å være ydmyk og aksepterende ovenfor mennesker og deres reaksjoner. ”Folk er forskjellige, og ingen er lik deg selv”, sa respondenten. Videre mente denne respondenten at dersom logopedene er trygge på seg selv, vil behovet for å være autoritær ikke være viktig. Vedkommende uttrykte dette slik: ”For det er enormt mange forskjellige slags personer der ute...og da er det klart...da skal du være heldig om alle klinger på samme måte som deg selv.”

To som uttaler seg i forhold til dette temaet er Holland og Nelson (2014). De mener en god rådgiver tilkjenner seg gjennom å lytte aktivt og ikke dømme. Det viktigste er at man klarer å formidle et budskap til rådsøkere, og at man har respekt for mennesker som gjerne har en annen bakgrunn. Rådgiver må utvikle en form for sensitivitet, og tilstrebe seg å se verden gjennom den andres øyne. Dette vil føre til empatisk rådgivning ifølge Holland og Nelson

(2014), som også ser dette i sammenheng til den rasjonelle og irrasjonelle formen på autoritet hos rådgiver. Den rasjonelle rådgiveren er slik de ser det å foretrekke, fordi han eller hun ikke føler seg truet, og har evne til å søke forbedringer.

Alle respondentene fremhevet betydningen av å møte alle mennesker med respekt. Som logoped skal man være en som hjelper og støtter, og som ønsker pasientene det beste. Det vil være viktig å ha et likeverdsperspektiv i møte med mennesker, og huske at man ikke står over noen verken i rang eller som menneske. Uttalelsene til respondentene er også her i tråd med Holland og Nelson (2014) som mener likeverdet er selve svaret på rasjonell autoritet. En av respondentene la vekt på pasientens opplevelse av tap, et forandret selvbilde og selvtillit. Av denne grunn var det viktig å gi rom for mye, være raus og anerkjennende. Likevel påpekte denne respondenten at å gi rom for alt kunne være som ”å forme et troll”. At pårørende kan gi tilbakemeldinger på en pasients oppførsel, mente respondenten også var å vise respekt ovenfor pasienten, fordi det viser at man behandler den andre som et voksent menneske. Dette samsvarer med det Holland og Nelson (2014) peker på, viktigheten av å gi aktive og konstruktive tilbakemeldinger på ytringer. Denne respondenten mente også at det var viktig å formidle til pasienten: ”...du er god nok som person nå også.” De tre respondentenes syn på respekt ovenfor pasienten, samsvarer her med Carl Rogers klientsentrerte terapi som forfekter at alle mennesker fortjener respekt uansett hva de måtte ha i bagasjen (Thorne & Sanders, 2013). Forståelsen av pasienten er det rådgiver sin oppgave å forsøke å sette seg inn i. For å få til en utvikling og endring hos pasienten må de tre grunnprinsipper, kongruens, aksept og empati være tilstede i rådgivningen. Også Davidson og Worrall (2013) peker på at hvordan man verdsetter et menneskes individualitet, privatliv og verdighet, handler om et respektfullt fundament i en rådgivning ut i fra klientsentrert terapi. Qvenild et al (2011), peker også på hvordan identiteten til en med afasi bli påvirket av hvordan andre ser på en. Dette er også i samsvar med det en av respondentene peker på i forhold til selvbilde hos pasienten.

### **Å være støttende og empatisk**

Å være støttende og empatisk anså alle respondentene som viktige for å takle utfordringer i rådgivningen av pasienter og pårørende i den akutte fasen. En av dem beskrev pasientenes møte med logopeden slik: ”...at de (pasientene) opplever trygghet...at her kommer en (logopeden) som er åpen for det som har skjedd...og vil gi de hjelp...og viser empati...og at du (logopeden) er bevisst på den situasjonen de (pasientene) er i.”

Den andre av respondentene eksemplifiserte ved å vise til bruken av banneord som uttrykk for frustrasjon hos pasienten. Respondenten mente videre at ved å ta den andres perspektiv, kunne man som logoped selv tenke seg hvordan man selv ville uttrykt seg i samme situasjon. Her påpekte vedkommende at det å være forståelsesfull, dele av seg selv og egne erfaringer var viktig i slike sammenhenger. Holland og Nelson (2014) påpeker også betydningen av å dele erfaringer med pasienten, da dette kan vise at man har empati med ham eller henne. På samme tid mener de at det er umulig å helt og holdent forstå pasienten, men at man kan gjennom å ta den andres perspektiv komme nærmere en forståelse.

En av respondentene mente også at en kunne speile tilbake til pasienten, støtte dem og vise på den måten at man forstod frustrasjonen deres. Dette i tråd med Carl Rogers klientsentret syn hvor man har evne til å leve seg inn i pasientens tilværelse. For å klare dette må man lytte, stille spørsmål og speile tilbake til pasienten (Johannessen et al., 2012). Holland og Nelson (2014) påpeker også at når man skal forsøke å forstå hva en pasient med kommunikasjonsvansker vil formidle, må man reflektere sammen med pasienten og kanskje stille forsiktige spørsmål. De mener for eksempel at man gjerne ikke skal speile direkte tilbake det pasienten sier, men forsøke å speile tilbake det som er betydningen bak ordene. Respondenten påpekte videre at det var viktig å gi pasienten rom for følelsene, og vise at man forsøkte å forstå og hjelpe dem med å uttrykke følelsene sine. I denne sammenheng var det også viktig å forklare pårørende hvordan pasienten kunne oppleve for eksempel frustrasjon. For å få en bedre forståelse av pasientens tilværelse, kunne det også være nyttig for logopeden å snakke med mennesker som tidligere har vært i samme situasjon. Her mente respondenten at afasiforeningen kunne være nyttig og uttrykte det slik: "...men når jeg ikke har opplevd det selv, så kan jeg i alle fall høre andre si sine opplevelser av det og få en mer forståelse for det på den måten." Min tolkning av respondentenes uttalelser, var at de syntes det var viktig å sette seg inn i opplevelsene til pasientene, og at måten de taklet utfordringene på bygget på en grunnleggende omtanke for pasient og pårørende. Samtidig undret jeg meg over sammenhengen mellom den empatiske og forståelsesfulle holdningen og toleransen for enkelte pasienters negative atferd.

Respondentens syn på hvordan pasienter bør få uttrykke følelser, er i tråd med Cullberg (1997) som mener at det er av stor betydning at pasienter i reaksjonsfasen får uttrykke følelsene sine, også de negative følelsene. Dersom logopeden deler for eksempel av tidligere



erfaringer i møte med kriser, vil dette kunne gi pasienten en trygghet. Ved å vise pasienten at man tåler å høre deres frustrasjon, formidler man ifølge Cullberg (1997) at man både er profesjonell og empatisk. Et annet aspekt er Flasher og Fogle (2012) som er opptatt av å unngå et klandrende språk til tross for negative følelser hos pasienten. Gjennom å speile pasientens følelser, kan man kanskje oppnå at han eller hun føler seg forstått og slik kanskje klare å endre pasientens følelser. Videre peker Flasher og Fogle (2012) på viktigheten av å hjelpe pasientene å finne styrke til å takle situasjonen de er i, samt å lære seg problemsløsningsferdigheter. Dette er også i samsvar med det salutogene rådgivningsperspektivet til Antonovsky (2013), som arbeider for å finne måter å mestre utfordringer på. Holland og Nelson (2014) mener også at man må se og framheve pasienters styrke. Frustrasjon er i følge dem negative følelser som kommer til uttrykk, og det er viktig at logopedene takler dette anerkjennende og kanskje kan se det hele som en tillitserklæring.

### **Å tilrettelegge for sosiale nettverk og et afasivennlig miljø**

I intervju med respondentene, var to av dem opptatt av utfordringer knyttet til isolasjon av pasienten etter utskrivelse fra sykehuset. Begge respondentene opplevde at mange som får afasi hadde utfordringer med å beholde sitt sosiale nettverk. Dersom en som logoped fikk mulighet, mente begge respondenter at en kunne forklare eventuelle venner eller arbeidsplass hva afasi var, og hvordan man kan kommunisere bedre med en som har afasi. Som en av dem uttrykte: "...for det er jo ofte slik at de sjelden de får noen nye venner når de har fått afasi." En slik hjelp mente respondentene kunne forhindre at pasienten og pårørende ble isolerte og ensomme når de skulle vende tilbake til hverdagen. Gjennom å ta bort usikkerheten hos personer i miljøet rundt pasienten, kunne den som er rammet av afasi bli mer inkludert og ivaretatt. En av respondentene syntes også det var viktig å informere pårørende om betydningen av nettverk og hvor en kunne henvende seg for å få mer kunnskap og informasjon. I tillegg mente denne respondenten at det var viktig å tilrettelegge for afasivennlige verktøy som kunne være til hjelp for pasienten. Respondentenes bekymring og engasjement rundt afasipasientene og deres pårørendes sosiale tilværelse, tolket jeg som et løsningsorientert forslag til tiltak mot isolasjon og ensomhet. Respondentene syntes å vite mye om hva som ville vært bra for å unngå isolering av pasient og pårørende, men uttrykte samtidig at oppfølging av pasientene når de var utskrevet fra sykehuset, ikke var en mulighet innenfor stillingen deres. Min undring i forhold til dette, var hvilken betydningen en slik videre oppfølging kunne hatt for pasient og pårørende i forhold til isolasjon og ensomhet.

I tråd med Worrall et al (2013), er det bra å for eksempel tilrettelegge med afasivennlige informasjonsskriv, bruke tydelig skrift og enkle setninger. Målet med et afasivennlig miljø er å få den afasirammede tilbake til deltakelse i sosiale sammenhenger og øke kommunikasjonsferdighetene. Slik respondentene her gav et behovsuttrykk for, må rådgiveren spre sin kunnskap til både pasient og omgivelsene og engasjere seg i dem for å oppnå dette. Den klientsentrerte måten som Worrall et al (2013) her forfekter, innebærer at rådgiveren er fleksibel og ressursrik i så måte, samtidig som pårørende involveres. Slik er informasjon til omgivelsene, afasivennlig verktøy og kontakt med nettverk i forhold til afasi en løsning. Klientsentrert terapiform er derfor også i samsvar med respondentenes tanker rundt dette (Worrall et al., 2013).

Holland og Nelson (2014) ser også viktigheten av å legge merke til depresjon hos pasient og pårørende og viser til det faktum at mange mister venner i kjølvannet av å ha fått slag, og at dette kan føre til isolasjon både for den som er rammet og familien. De ser også deltakelse i for eksempel støttegrupper som en løsning på dette, samt å legge til rette for et afasivennlig miljø. Som et moment for å involvere omgivelsene, peker Worrall et al (2013) på at miljøet rundt pasienten har betydning for hvilke vansker en pasient har. Derfor må pårørende lære gode kommunikasjonsformer med pasienten, for på den måten kan personen med afasi delta mer i en sosial sammenheng. Slik ser også Davidson og Worrall (2013) dette som gunstig i en behandlingssammenheng for rådgiveren. Rådgiveren bør lære av pasienten og dens familie, samtidig som man kan lære av å snakke med andre som har eller har hatt afasi.

### **Å bruke seg selv og sin personlighet**

To av tre respondenter mente det var viktig å bruke seg selv som verktøy for å takle utfordringene i møte med afasipasienter og pårørende. En av dem uttrykte at det var viktig å mobilisere alt man hadde av egenskaper og kunnskap i forhold til kommunikasjonsferdigheter. Dette ville innebære faglig innsikt, empati og følelser. Årsaken til dette mente respondenten var fordi arbeid med afasipasienter og pårørende ofte førte til følelsesmessig involvering og engasjement. Den andre respondenten uttrykte at det var viktig å være trygg på seg selv og den måten man valgte å arbeide med afasirammede på. Dette ble uttrykt slik: ”Det viktigste redskapet du har, det er jo deg selv.” Kan dette tyde på at logopedene her mener at også egen personlighet er viktig i arbeidet med afasipasienter? Jeg

tolket dette slik at man må være ekte og trygg på seg selv og sin rolle som logoped. Dersom tolkningen er riktig, vil det klientsentrerte rådgivningsperspektivet (Thorne & Sanders, 2013) som er opptatt av blant annet kongruens og empati samsvare med dette. Igjen er også Hollands og Nelsons (2014) syn betydningsfullt og i samsvar med respondentenes uttalelser. De mener at noe av det viktigste man kan bygge rådgivningsferdigheter på er å kjenne sine styrker og samtidig ha en grunnleggende solid kunnskap om de konkrete kommunikasjonsvanskene en arbeider med. På denne måten vil man kunne skille mellom det normale og det unormale, samt vite hvordan man skal gå fram i forhold til metoder. På den annen side mener Holland og Nelson (2014) at man som rådgiver hele tiden bør evaluere seg selv for å oppnå selvaksept. Da vil man bli bevisst hvorfor man reagerer som man gjør følelsesmessig i forhold til pasienten og rådgivningen.

#### **4.2 Misforståelser**

Alle respondentene ga uttrykk for at de opplevde utfordringer knyttet til deltakelse av pårørende i den språklige treningen av afasipasienten. De syntes alle det var nyttig å ha pårørende til stede, fordi det ville gjøre vanskene til afasipasienten mer konkret og synlig. En av respondentene fremhevet at dersom pårørende ikke hadde deltatt på språktreningen, kunne utfordringen være at en afasipasient med stor språklig skade kunne virke ganske frisk på de pårørende. Utfordringer knyttet til fravær av pårørende, kunne medføre at viktig informasjon ikke ble formidlet. Ifølge respondenten, kunne problemet resultere i at pårørende og andre ikke forstod hvorfor en logopedisk behandling ble avsluttet. Logopeden kunne gjerne ha vurdert det som fornuftig å avslutte den logopedisk behandling, fordi pasienten ikke lenger ville ha utbytte av språktreningen. I stedet kunne pasienten kanskje ha mer utbytte av andre aktiviteter eller bare sosialt samvær med andre. Det er ifølge Worrall et al (2013) sammenheng mellom afasipasientens vansker og hvordan de blir møtt av for eksempel pårørende. Å la pårørende delta i språktreningen, kan derfor være et bidrag til å legge til rette for et afasivennlig miljø.

Utfordringer knyttet til pårørendes meninger i forhold til bruk av materiell i språktreningen ble også påpekt av en andre respondent. Pårørende kunne for eksempel finne materialet logopeden brukte i språktreningen som barnslig, og derfor tro at logopeden vurderte afasipasienten til å være på et intellektuelt lavere nivå. Av den grunn kunne de føle seg provosert av materialvalget, fordi de ikke forstod sammenhengen mellom vanskene til

pasienten og logopedens valg av materiell. Bruk av bilder og store bokstaver kunne for eksempel handle om synsvansker hos pasienten, som også er en vanlig tilleggsvanske ved afasi. Dette var gjerne helt ukjent for de pårørende. Det handlet derfor ifølge denne respondenten, om å forklare til de pårørende hva man gjør i språktreningen, og hvorfor man velger som man gjør. Pasientene har som regel en opplevelse av at treningsmaterialet er bra for dem. Respondenten gav uttrykk for at det ofte var pårørende som synes materiellets nivå var problematisk. Davidson og Worrall (2013) viser til at pårørende kan slite med innvirkningene afasi har fått på dem. Det er derfor viktig å arbeide med de pårørende også, noe også respondentene i denne undersøkelsen hadde erfart. Som den ene respondenten forklarte, vil det være viktig å forklare pårørende hva man gjør i en språktrening. Dette er i tråd med Davidson og Worralls (2013) tanker om viktigheten av å tilrettelegge for en god kommunikasjon, slik at afasipasientens kompetanse kommer fram. Dette er av stor betydning, fordi pårørende kan være viktige ressurspersoner i det videre forløpet til pasienten.

Tredje respondent la vekt på utfordringer knyttet til å vise gi eller gi opplæring i ernæring til pasienten. Dette var utfordrende fordi pårørende ofte ville være snille, og kunne komme med noe godt å spise til pasienten. Av den grunn mente respondenten at det var viktig å informere pårørende om svelgevansker. Noe av utfordringene var ifølge respondenten å sikre en korrekt gjennomføring av spising og drikking hos pasienten, fordi det ofte er pårørende som må bidra med dette senere. Respondenten mente av den grunn, at det var bedre å vise litt, slik at de pårørende ikke bare utførte handlinger uten å være klar over konsekvenser dette kunne få. Det kunne noen ganger være utfordrende med ivrige pårørende i denne sammenhengen, selv om det var gode hensikter bak. Som respondenten uttrykte dette: "...det nytter ikke bare si at pårørende ikke skal gjøre noe, for det er jo de som skal måtte komme til å gjøre det senere." Dette er også betegnet som viktig i slik Worrall et al (2013) påpeker, fordi dysfagi er vanlig i den akutte fasen. Det er en utfordring for både den som er rammet og de pårørende, og derfor en viktig oppgave for logopeden å sette i gang tiltak på.

To av de tre respondentene beskrev utfordringer knyttet til forklaring av den språklige skaden hos afasipasienten til omgivelsene, slik at de kunne forstå hva afasi handlet om. En av respondentene fortalte at enkelte pasienter kunne føle at det var intelligensen som ble rammet da de fikk slag. Som respondenten sa: "...for noen (pasienter) føler de (selv) er helt på blåbærtur." Den andre respondenten mente at det var viktig å våge å påpeke misforståelser hos de pårørende. Pårørende kunne ved mange tilfeller tro at pasienten forstod alt og fikk med

seg alt, fordi det kunne se slik ut på blick og kroppsspråk. Likevel gjorde pasienten kanskje ikke det. Dette kunne være vanskelig å forklare pårørende, fordi det da kunne framstå som om man selv mente det handlet om intelligensen til pasienten. Når pårørende ikke hadde så mye kunnskap om afasi, opplevde respondenten at de lett kunne misforstå og tiltenke logopeden å se på pasienten som mindre intelligent.

Slik Holland og Nelson (2014) påpeker, er det i de fleste tilfeller slik at det kun er språket og ikke intellektet som er rammet ved en språkskade. Qvenild et al (2011) hevder på sin side at det likevel er slik at en språkvanske kan dekke over en persons kompetanse, slik at personen fremstår som mindre intelligent. Her kan man da undre seg over om det finnes en sammenheng rundt hvordan man fungerer i en samtale språklig sett, og hvordan man oppfattes intelligensmessig. Kanskje var det dette respondentene ønsket å klargjøre for pårørende og andre. At det ikke handler om intelligens, men at vår samtaleevne kan påvirke måten man oppfattes på?

#### **4.2.1 Hvordan kan logopeden unngå misforståelser?**

##### **Å forklare**

De tre respondentene mente at det var viktig å forklare både pasient og pårørende om afasi som språkskade. En av respondentene syntes det først og fremst var viktig å hjelpe den afasirammede til å forstå hendelsen. Å få formidlet til pasienten at dette handlet om språket, det å bruke ord og ikke om intelligensen var viktig. Som logoped var det viktig å vise pasienten at man forstod pasientens frykt for at intellektet var rammet, samtidig som det var viktig å være forklarende på at dette handlet om en språkskade. Dette mente respondentene også var svært viktig å få formidlet til de pårørende.

En av respondentene valgte å bruke ordet *tolke* i stedet for ordet *forstå* for å forklare pårørende hvordan pasienten opplevde språkvansken. Pasienten kunne ha problemer med å tolke det som blir sagt, altså få tak i setningen. Videre ville respondenten sammenlikne dette med å snakke et fremmedspråk. Ingen vil tro at noen er mindre intelligent om de ikke forstår et annet språk, eller bare forstår deler av det fremmede språket. Forståelsesproblemet handler om å kjenne igjen ord. Slik ville denne respondenten gjennom perspektivet til pasienten, synliggjøre for pårørende hvordan afasi kan oppleves fra innsiden. I forhold til misforståelser,

tolket jeg det slik at respondentene opplevde dette som betydningsfullt for arbeidet de skulle utføre i forhold til en pasient med afasi. Det var viktig for dem at pårørende fikk en forståelse av afasipasientens skade, og hvordan dette opplevdes for pasienten. For å forhindre en uriktig oppfatning av pasienten, var det derfor viktig å formidle på en god måte hva som var riktige opplysninger i forhold til afasi som språkskade. På samme tid tolket jeg det slik, at for å kunne arbeide riktig med pasienten, og samtidig benytte pårørende som ressurs i treningen, var det viktig at de fikk nødvendig innføring i hvordan de kunne hjelpe pasienten på best mulig måte.

Flasher og Fogle (2012) mener at en rådgiver må kunne snakke med radsøker om vanskelige saker. I forhold til respondentenes utfordringer, vil det være viktig for logopeden å kjenne til et fenomen som dette hvor pårørende kan misforstå (Ibid). Ved å forstå slike fenomener, være sensitiv og forståelsesfull, og samtidig kunne samtale med pårørende om det, vil logopeden kunne løse dette på en vellykket måte. Worrall et al., (2013) mener det derfor vil være viktig for logopeden å kunne informere og lære omgivelsene hvordan de kommuniserer med pasienten. At respondenten velger å framstille afasipasientens vansker gjennom å ta pasientens perspektiv, er også i tråd med en empatisk rådgivning sett i et klientsentret perspektiv (Thorne & Sanders, 2013), samt i et velværeperspektiv (Holland & Nelson, 2014).

### **4.3 Tidsaspektet for bedring og mestring**

Pårørende var ofte opptatt av tidsaspektet for bedring, og dette var en utfordring to av respondentene nevnte, fordi det var svært vanskelig å kunne forutse. Likevel måtte man ifølge respondentene fokusere på at det ville skje en framgang, men at man måtte bruke tiden til hjelp før man kunne si noe mer eksakt om prognosen. Holland og Nelson (2014) påpeker at dette er spørsmål som kan være utfordrende for rådgivere å få, men som samtidig er viktige å kunne svare på. Som en av respondentene sa: "...så det er det det der med litt og litt og litt som er viktig for dem å se." I min tolkning av dette, var det viktig for respondentene at pasientene og de pårørende så en framgang, uansett hvor liten den enn måtte være, og at en måtte ha fokus på selv den minste mestringsopplevelse.

### **4.3.1 Hvordan imøtekomme forventning om bedring og mestring?**

#### **Å være optimistisk**

Ovenfor pasient og pårørende var det viktig å vise pasientens framgang. Dette var alle respondentene opptatt av. En av respondentene opplevde at pårørende kunne være veldig opptatt av hvor lang tid det ville ta før pasienten ble bra igjen. Respondenten taklet dette ved å fokusere på framgangen. Alle respondentene påpekte språktreningens betydning, og at tid sammen med tålmodighet var essensielt. For å unngå frustrasjon og oppgitthet hos pasienten var det avgjørende at logopedene synliggjorde framgangen for pasienten og bidro til å holde oppe optimisme og håp. Som en av respondentene uttrykte: ”De (pasientene) synes det går så sent og de synes det er forferdelig vanskelig å være tålmodig.” Videre uttrykte respondenten at: ”De (pasientene) legger merke til alt de ikke klarer å få til.”

Holland og Nelson (2014) påpeker at de som er rammet av en kommunikasjonsvanske, er opptatt av hvor lang tid det vil ta før man ser en bedring. Ifølge dem er det viktig å imøtekomme dette, selv om man ikke kan gi et svar på spørsmålet. Som logoped kan man ha kunnskap om en normalutvikling ved språkskade og andre vansker som kan være tilknyttet språkvansken. Det vil være viktig å formidle framtidsutsiktene på en realistisk, forventningsfull og optimistisk måte. Klarer man dette, vil treningen bli mer effektiv (Ibid). Cullberg (1997) mener at man må formidle støtte og håp ved å peke på at tiden vil være en hjelpende hånd for pasienten, samtidig som han mener det er viktig at pårørende er trukket inn i prosessen.

#### **Å involvere pårørende og forhandle om behandlingsopplegg**

Utfordringer knyttet til for eksempel pårørendes engasjement, kunne slik to av respondentene påpekte, takles ved å involvere dem i ulike treningssammenhenger med pasienten. Valget var for eksempel ifølge en av respondentene, å være svært detaljert ved eksempelvis svelgevansker. Her kunne en formidle og vise pårørende hva de kunne bidra med, og samtidig være involvert og følge opp etterhvert som pårørende fikk prøvd seg litt. Begge respondentene mente at involvering av pårørende i språktreningen, innebar at en fikk vist hva pasienten mestret og hva han eller hun trengte av trening. En afasitest ville kunne avdekke hva som var pasientens problem, men den ville også kunne brukes positivt gjennom å få

oversikt på det pasienten faktisk også mestret. Som en av respondentene sa: "...så det er jo å prøve å formidle hva de kan gjøre også da, og gi dem en forståelse at det er ikke noe nederlag at de ikke alltid får det til slik som de hadde håpet det skulle bli." På denne måten kunne pasientene bli mer mottakelige for hvordan treningen kunne legges opp i følge en av respondentene. Dette ga en mulighet for logopeden å foreslå framgangsmåter sammen med pasienten. Slik respondentene la fram betydningen av å se framgang hos pasientene, tolket jeg som essensielt for treningsmotivasjon og et videre forløp for pasienten ved at de fikk være med på å påvirke treningsopplegget.

Worrall et al (2013), mener at språktreningen vil gi bedre resultater dersom pasienten er med på å bestemme målene med for eksempel språktreningen. Her mener også Holland og Nelson (2014) at rådgiveren sin rolle er å synliggjøre for pasienten hva han eller hun må arbeide med, samtidig som pasientens egne løsninger på å arbeide med vanskene oppmuntres. Gjennom å tilpasse oppgaver, ville en ifølge en av respondentene gi pasientene opplevelse av mestring. Som respondenten uttrykte dette: "...for da er det dette igjen med mestring som du må legge opp til...hele tiden det, for det er viktig at ja...det er jo sånn alle...synes det er kjekt å gjøre ting de får til." Holland og Nelson (2014) påpeker også viktigheten av at man ikke peker på feil og mangler hos pasienten, men i stedet som en av respondentene sa, fokuserer på det de faktisk kan. Som rådgiver har man fokus på det som er i orden med pasienten, i motsetning til det som er mangelfullt (Ibid). Her vil også et salutogent perspektiv på rådgivning være i samsvar med respondentens beskrivelser. I et salutogens perspektiv vil man forsøke å finne positive svar på vansker, og forsøke å finne ressurser man kan løse problemene med. På samme tid vil en søke å finne en mening i å løse vanskene (Antonovsky, 2013).

En av respondentene mente informasjon om valg av materiell hadde betydning, fordi det ofte kunne være vanskelig å finne riktig tilpasset materiell på et voksent nivå. En av de andre respondentene mente også at informasjon fra pårørende kunne bidra til en språktrening basert på pasientenes interesser. Dette er også noe Holland og Nelson (2014) peker på. Dersom man får opplysninger om pasienten av pårørende, kan man bruke dette i en behandlingssituasjon. Noen liker for eksempel å løse kryssord, synge eller lage mat. Alle respondentene syntes det var greit å involvere pårørende i både kartlegging og språktreningssammenheng fordi dette ville gjøre det lettere å forklare i etterkant når pårørende selv har sett hvor vanskene til pasienten er. Likevel mente to av respondentene at det måtte være et skille på rollene i forhold



til pasienten. Pårørende skulle ikke være logoped, og som en av respondentene sa: "...jeg har i alle fall sagt det, at en er konen og en er logoped."

#### **4.4 Pasientens fysiske omgivelser**

Pasientens fysiske omgivelser kunne være utfordrende ifølge to av respondentene. Pasienter får ikke alltid enerom på et sykehus, og de må ofte dele rom med opptil flere pasienter. En av respondentene fortalte at det mange ganger ville være best å ha enerom ettersom det ikke alltid er greit at de i nabosengen hører alt som sies. Respondenten forklarte dette slik: "...da det ligger folk i nabosengen som hører alt og som ikke skal høre alt, men som i enkelte sammenhenger hører." Den andre respondenten fremhevet at mange pasienter i denne fasen var veldig dårlige og dermed ikke så lett kunne forflyttes rundt. Noen pasienter kunne likevel være heldige og få enerom, men dessverre var det er ikke alltid det lot seg gjøre. Her kan man kanskje spekulere i hvordan omgivelser en har rundt seg har innvirkning på hvor mottakelig en er i en rådgivningssituasjon. Kan både logoped og pasient i slike sammenhenger bli hemmet i situasjonen? Ifølge Johannessen et al (2012) spiller nettopp rommet en nonverbal rolle for hvordan rådgivningen og relasjonen mellom rådgiver og radsøker tar form. På den annen side hevder også Flasher og Fogle (2012) at hvordan man plasserer seg i et rom og fysisk opptrer i forhold til radsøker har betydning for en komfortabel rådgivningssituasjon. I forhold til dette, kan man kanskje tolke det i retning av en slik sammensetning av tilfeldige pasienter og mennesker i et rom, vil kunne påvirke rådgivningsklimaet nonverbalt.

##### **4.4.1 Hvordan takle utfordringer knyttet til fysiske omgivelser?**

###### **Å gjøre det beste ut av situasjonen**

En av tre respondenter forklarte at ignorering ville være en måte å takle utfordringer knyttet til pasientens fysiske omgivelser. Man må som respondenten sa: "...gjøre det beste ut av det." Ifølge Johannessen et al (2012), bør man være bevisst hvordan de fysiske omgivelsene er i forhold til en rådgivning. På et sykehus har kanskje hverken pasientene eller logopedene frihet til å velge omgivelser for rådgivningen. Spørsmål man kan stille seg er derfor om man har så mye valg på hvordan man takler dette som logoped. Kanskje er det beste nettopp å "...gjøre det beste ut av det", slik respondenten svarte.

#### 4.5 Grad av våkenhet hos pasienten

Tretthet hos pasienten ble nevnt som spesielt utfordrende hos to av respondentene. Mange pasienter er plaget med tretthet i den akutte fasen og dette mente en av respondentene kanskje var undervurdert av helsepersonell. Man kom ifølge respondenten ikke inn på problemet med mindre pasienten sa noe om det selv, eller problemet var veldig merkbart. Som logoped opplevde respondenten at mange pasienter slet med dette, spesielt i den akutte fasen men også i senere faser. Denne trettheten handlet ikke om en normal tretthet, men utartet seg slik at pasienten kunne mangle energi og overskudd, samt ha problemer med å holde seg våken. Respondenten gav et billedlig uttrykk på dette: ”...en kan jo tenke seg et batteri som er ganske utladet, det har ikke mye å gi av energi og overskudd og i det hele tatt.” I en slik tilstand vil det være vanskelig og krevende for en pasient å tenke på hvordan man skal ordlegge seg, fordi man kan være uklar i hodet. Å produsere ord krever et kognitivt overskudd og trettheten gjør det vanskelig hvis man da skal finne ord. Det vil slik respondenten gav uttrykk for, enten forekomme en spontan bedring i første omgang, eller en bedring vil komme som et resultat av språktrening når pasientene er mindre trette. Denne trettheten kunne kamuflere språkskaden og gjøre det vanskelig å diagnostisere. Som logoped kunne man ha mistanke om ulike problemer hos pasienten, men på grunn av trettheten ville det ikke være mulig å gjennomføre tester. Da kunne man heller ikke anta hva som var problemet, men man måtte bare huske dette for å kunne håndtere det på et senere tidspunkt. Trettheten hos pasientene slik som beskrevet av respondentene, tolket jeg som frustrerende for logopedene fordi det hadde stor betydning for deres arbeid med pasienten.

Denne trettheten slik respondentene beskrev, omtaler Finset og Krogstad (2009) som grad av bevissthet. Blødninger på hjernen vil kunne forårsake tap av bevissthet hos pasienten. Hvor bevisst en pasient er, kan graderes ut i fra en skala. I den første tiden vil grad av våkenhet hos pasienten variere, hvor både verbal og motorisk førighet vil være påvirket. Spørsmål en kan stille, er hvordan man bør forholde seg til pasientens bevissthetstilstand i forhold til kartlegging av en eventuell språkvanske i denne tiden.

#### **4.5.1 Hvordan takler logopeden utfordringer rundt våkenhet hos pasienten?**

##### **Å arbeide tverrfaglig**

For å takle enkelte utfordringer i akutfasen mente to av respondentene at tverrfaglig samarbeid var viktig. Å arbeide og observere tverrfaglig var viktig, fordi også annet helsepersonell kommer nært inn på pasientene i den akutte fasen. Å få et helhetsbilde var av betydning, fordi det ofte handlet om en stor skade som ikke bare omfattet språket. Pasientens psykiske tilstand og tretthet var utfordringer hvor tverrfaglig samarbeid var svært nyttig. I enkelte sammenhenger mente en av respondentene at annen kompetanse som for eksempel sykehusprest eller sosionom kunne være god hjelp. Da gjerne som for eksempel samtalepartner for pasienten. Holland og Nelson (2014) forklarer i tråd med respondentenes svar, at det er viktig å vite når andre må trø til i forhold til relasjonen med en pasient. Det kan handle om vansker som går utover det logoped kan hjelpe med, eller det kan handle om grenseproblematikk. Da må rådgiveren kjenne hvor eget ansvar går, og kjenne til hvor man eventuelt må henvende pasienten videre. Slik den ene respondenten her uttrykte, er dette i samsvar med Holland og Nelson (2014), hvor man henvender seg til annen kompetanse og får en bredde i forståelsen av pasienten.

#### **4.6 Kommunikasjon med pasient og pårørende i akutt fase**

##### **4.6.1 Å lytte**

Alle respondentene mente at det var viktig å kunne lytte til pasienten og pårørende. To av dem beskrev viktigheten av å berolige og trygge pasient og pårørende, fordi de ofte kan være forvirret i starten. Logopeden bør være støttende, rolig og imøtekommende, og samtidig være informativ om afasi som skade. Å bruke god tid mente de også var viktig. Den tredje respondenten understrekte at pasienter kunne være ulike og ha ulike vansker, derfor var det viktig å prøve å lese de signalene som pasienten gav. Som logoped kunne man også forsøke å speile tilbake og stille pasienten spørsmål. I tillegg kunne informasjon fra pårørende om pasienten være nyttig. Slik informasjon ville gjerne gi et bedre grunnlag for å tilpasse kommunikasjonen, og som respondenten sa: "...det går jo like gjerne mye på det å tilrettelegge sånn at det ikke er for mye rundt om kring." Her tenkte jeg at det var naturlig å

tolke logopeden sin rolle som sensitiv ovenfor pasient og pårørende. Å registrere signaler og innhente informasjon var betydningsfullt gjennom blant annet å lytte aktivt.

Den klientsentrerte terapien slik Carl Rogers la vekt på (Johannessen et al., 2012), handler om viktigheten av å lytte til rådsøker, speile og stille spørsmål slik en av respondentene uttrykte. Logopeden har i en slik sammenheng altså gode kommunikasjonsferdigheter, og er empatisk i sin fremtreden gjennom å forsøke å forstå pasienten på denne måten. Også Davidson og Worrall (2013) er gjennom det klientsentrerte fokuset på rådgivningen, opptatt av at rådgiveren følger med pasientens reaksjoner og fanger opp signaler han eller hun gir. Dette er på lik linje med det en av respondentenes var opptatt av. Ifølge Holland og Nelson (2014) er lytting en av de viktigste egenskapene til en rådgiver, fordi en på denne måten kan forstå verden slik pasienten forstår den. Å lytte er i den akutte fasen spesielt viktig for å vise forståelse med pasienten og dele følelser. Lytting fremmer en kontekst hvor pasienten kan føle seg trygg, akseptert og forstått, slik at han eller hun våger å uttrykke sine følelser under behagelige forhold. Når man lyttet til pasienten er det lettere å tilrettelegge ut i fra de behov pasienten har, og på denne måten kan pasienten føle seg både respektert og tatt vare på (Holland & Nelson, 2014). Flasher og Fogle (2012) påpeker på den annen side at rådgiverens lytteegenskaper kan fremme et behov for kontakte annen ekspertise i forhold til pasienten, fordi man gjennom lytting kan fange opp annen problemkompleksitet ved pasienten.

#### **4.6.2 Å inkludere pasienten i samtalen**

I en kommunikasjonssituasjon, mente to av respondentene at det var viktig å vise tydelig at man inkluderte pasienten i kommunikasjonen. Selv om pasienten ikke selv kunne bidra verbalt i en samtale, ville det være viktig at de som var rundt dem inkluderte dem i samtalen. En av respondentene valgte ofte å henvende seg direkte til pasienten, slik at informasjonen nådde de pårørende som var tilstede på en indirekte måte. Dersom det var stor skade og nødvendig å snakke direkte til de pårørende, formidlet respondenten dette til pasienten ved å for eksempel si at ”... nå snakker jeg litt med din kone”. Den samme respondenten syntes også det var viktig å formidle til de pårørende at tålmodighet var betydningsfullt. Å ha god tid og ikke vise irritasjon ovenfor pasienten var nødvendig i samtalen.

Den andre respondenten opplevde at det var viktig å informere pårørende om ulike måter å inkludere pasienten i en samtale på. Vedkommende hadde opplevd at mange pårørende kunne

ha vansker med å gå alene på besøk til den som var rammet av afasi. Respondenten anbefalte derfor at de gjerne kunne gå flere sammen på besøk, men at det da var viktig å kommunisere slik, at den som var rammet av afasi også ble inkludert i samtalen. Dette kunne uttrykkes ved å vekselvis bruke blikkontakt, smile og nikke til både pasient og de besøkende. Respondenten forklarte dette slik: "...de (pårørende) trenger ikke bidra så mye verbalt, men det er viktig det at du (pårørende) signaliserer til dem (pasienten)...at du (pårørende) snur deg til dem (pasienten) og nikker...smiler til dem (pasienten), og viser at du (pasienten) også er med i samtalen." Respondenten var tydelig på at dersom de ikke la samtalen opp slik, kunne det oppleves som isolerende og ekskluderende for pasienten. Det kunne også være viktig å formidle til de pårørende, at det ikke alltid var selve samtalen som var viktig i forhold til pasienten. Noen ganger kan den beste løsningen være å bare gjøre noe sammen, som for eksempel å lese avisen i fellesskap. Denne respondentens erfaring var, at det viktigste for pasienten ofte var nærværet av familien, det å ha de nærmeste tilstede. Dette kan også sammenliknes med Holland og Nelsons (2014) beskrivelse av stillhet, som en mulighet for å reflektere.

Slik jeg tolket respondentenes uttalelser, handlet dette om respekt og verdighet for pasienten. Holland og Nelson (2014) mener ferdighetene til en rådgiver handler om både å gi råd og forklare til pårørende slik respondenten gjorde. Samtidig handler det om å være støttende ovenfor pasienten ved å lytte og forstå. Dette viser man ved nettopp de små signalene som å nikke, ha god kroppsholdning og ha god øyekontakt. Også Flasher og Fogle (2012) fremhever det å ha god øyekontakt og lese signaler hos pasienten som viktig i kommunikasjonen. Øyekontakten i seg selv gir gode signaler til pasienten, fordi det viser interesse, respekt og at man er oppmerksom. Samtidig kan øyekontakten gi rådgiver informasjon om ting pasienten føler ubehagelig, fordi dette ofte vil kunne signaliseres med blikket.

#### **4.6.3 Å tilpasse kommunikasjonen**

I mange tilfeller ville det ifølge to av respondentene være viktig å tilpasse kommunikasjonen til pasient og pårørende. En av respondenten beskrev dette som måten man tiltaler, eller snakker til dem på. Dette handlet om å være sensitiv for hvordan man kunne få den beste kontakten, og hvordan man kunne sette seg inn i hva som var naturlig og behagelig for den spesielle pasienten og deres pårørende. Respondenten eksemplifiserte dette med at man gjerne snakker på en annen måte når man snakker med eldre mennesker. Noen er mer formelle enn

andre, og dette tilpasser man gjerne kommunikasjonsformen etter. I forhold til teorien i oppgaven, samsvarer denne respondentens mening både slik Holland og Nelson (2014) framhever Bubers *jeg – du* relasjon, og hvordan Buber (1992) selv framhever denne. Den individuelle personligheten er i sentrum hvor respekten for den andre er holistisk. Slik Holland og Nelson (2014) beskriver dette, er det nettopp gjennom å ta hensyn til hvordan men tiltaler en pasient at man hedrer et *jeg- du* forhold i en rådgivningssammenheng. Flasher og Fogle (2012) fremhever også at man tilpasser ord og begreper i forhold til alder på råde søker, også slik respondenten i undersøkelsen var opptatt av.

Samme respondent var også opptatt av toneleiet, og mente at et lyst stemmeleie ovenfor pasienten kunne tolkes og oppfattes som en kommunikasjonsmåte en ville brukt ovenfor et lite barn. Dette er forenlig med det Flasher og Fogle (2012) påpeker i forhold til terapeutens tonefall. De hevder også at det har en betydning, men peker mer på det positive tonefallet som er varmt og vennlig, da dette kan gi en positiv opplevelse av det logopeden sier.

Den andre respondenten mente det var viktig å tilpasse kommunikasjonen i forhold til pasientens vansker. Noen kan ha vansker med bakgrunnsstøy, mens andre kan ha problemer med den auditive forståelsen. For andre pasienter er det gjerne trettheten som er problematisk eller nedsatt konsentrasjon. Den samme respondenten framhevet også viktigheten av å bruke tid, og kanskje senke taletempoet, men ellers snakke som normalt. Dette forklarte respondenten slik: ”...men jeg sier som regel at du skal bare snakke helt vanlig...til pårørende da...en får heller passe på at en ikke snakker for fort.”

Ut i fra respondentens uttalelser, kunne det tyde på at man som logoped ønsket å ta hensyn til en variert bakgrunn for pasientene, og samtidig søkte å forstå dem på bakgrunn av dette. Slik Carl Rogers også er opptatt av (Skau, 2012), skal man møte den andre empatisk gjennom å forstå, og med en ubetinget positiv grunnholdning. Slik kan logopeden ivareta pasienten ved å være ekte opptatt av pasienten i møtet.

#### **4.6.4 Bruk av humor**

I forhold til bruk av humor i kommunikasjonen med pasienter, mente alle respondentene at dette kunne være bra dersom man brukte dette på en god måte og ovenfor mennesker som syntes dette var greit. En respondent syntes det var bra å innta en litt uhøytidelig, optimistisk

og lett holdning i noen situasjoner. Dette kunne være befriende for pasienten i en ellers vanskelig situasjon. Denne respondenten valgte ofte å bruke humor gjennom litt lette og humoristiske historier i språktreningsmateriellet. Dette opplevde vedkommende som løftende for stemningen i den ellers så alvorlige situasjonen til pasienten. Erfaringen til denne respondenten var at hos mennesker som var humoristiske av natur, kunne humor være med på å løfte fram og stimulere det gode humøret hos pasienten. Slik denne respondenten så dette, kunne man gjerne som logoped merke hvilke pasienter som ikke var åpne for bruk av humor.

De to andre respondentene mente også at humor brukt på en klok måte, og i en naturlig setting var bra. Deres erfaring, var at det kunne oppstå mange komiske situasjoner. Å kunne le av egne feil mente de bare ville synliggjøre at man var menneskelig. Så lenge det ikke førte til ubehageligheter og man var bevisst på å le med, og ikke av pasienten var dette greit. Som en av dem uttrykte: "...og jeg tror de opplever det veldig godt selv også, at de har det litt kjekt...selv om det er mye alvor i det (situasjonen) også da samtidig."

I forhold til bruk av humor i terapissammenheng, er det Holland og Nelson (2014) som uttaler seg om dette. De mener det er viktig å benytte humor i rådgivningssammenheng, fordi som respondentene beskrev, kan humor ha en positiv innvirkning på pasienten. Å kunne le av seg selv kan i følge Holland og Nelson (2014) føre til at pasientene håndterer sine kommunikasjonsvansker bedre. På samme tid vil det være smittende dersom en logoped har et lett humør og entusiasme i rådgivningen, og det kan gjøre stemningen i rådgivningssituasjonen artigere. Et annet aspekt ved humor, er at det kan forhindre utbrenthet hos rådgiveren, fordi det gir en form for balanse i rådgivningen (Ibid).

## 5 Avslutning

Denne masteroppgaven startet med noen undringer fra praksisfeltet i det logopediske emnet afasi. Disse undringene, stimulerte min nysgjerrighet rundt den logopediske rådgivningen i forhold til afasipasienter og deres pårørende i den akutte fasen. Som et resultat av denne nysgjerrigheten, falt valget på å foreta en undersøkelse om dette som tema. Ettersom det fantes nyere litteratur på området logopedisk rådgivning i forhold til kommunikasjonsvansker, tenkte jeg at det ville være et naturlig teoretisk utgangspunkt for prosjektet. Fordi min nysgjerrighet i hovedsak kretset rundt dette rådgivningsmøtet, var det naturlig å undersøke dette som fenomen. Jeg valgte derfor å foreta en kvalitativ undersøkelse, hvor jeg intervjuet tre logopeder med lang erfaring fra afasi i den akutte fasen. Håpet mitt var på denne måten å få en dypere innsikt i nettopp den verden logopedene erfarte i forhold til dette rådgivningsmøtet. Jeg opplevde gode intervjusituasjoner, hvor praten foregikk løst og ledig. Logopedene delte rikelig av sin kunnskap, og jeg opplevde at jeg fikk gode svar på spørsmålene jeg stilte.

Den teoretiske forankringen for denne oppgaven, har vært nyere teori og perspektiver som setter menneskets valgfrihet i sentrum. Mitt valg av teorier knyttet til rådgivning, falt derfor på rådgivningsperspektiver innen humanistisk tradisjon. Her har spesielt klientsentrert terapi og rådgivning i et velværeperspektiv vært sentrale. Hvordan den klientsentrerte rådgiver på en ekte, empatisk og respektfull væremåte kan bidra til positiv utvikling for et individ syntes jeg var betydningsfullt. Likeledes synes jeg positiv psykologi og rådgivning i et velværeperspektiv var viktig, fordi det vektlegger menneskers blomstring i rådgivningens ånd. Teori om afasi har i oppgaven lagt som et viktig bakteppe for det jeg egentlig var mest nysgjerrig på, nemlig hvordan rådgivning kan være et verktøy for logopeden i møtet med utfordringer knyttet til afasipasienter og pårørende.

Jeg opplever at jeg gjennom min forskning, har fått svar på min problemstilling. Alle respondentene opplevde utfordringer i møte med afasipasienter og deres pårørende i akuttfasen, og de hadde alle tre måter å takle disse utfordringene på. Slik respondentene beskrev utfordringer relatert til afasi som språkvanske, varierte disse ut i fra den enkelte pasients skadeomfang. Det å arbeide med mennesker i krise opplevde respondentene som utfordrende, fordi en krise gjerne medfører dårligere evne til å få med seg informasjon. På samme tid kan pasient og pårørende være deprimerte i en slik fase. I ulike sammenhenger



opplevde respondentene også utfordringer knyttet til misforståelser. Disse misforståelsene handlet blant annet om materialvalg i språktreningen, opplæring i forbindelse med pasientens ernæring, samt å forklare hva afasi innebærer. Mange pasienter og pårørende var også opptatt av prognose for bedring, noe som også var en utfordring i følge respondentene, fordi det var vanskelig å fastsette et bedringspotensial tidsmessig. I tillegg opplevde respondentene utfordringer knyttet til pasientens fysiske omgivelser, fordi rammebetingelsene på en institusjon ikke alltid kan ivareta behov som for eksempel enerom. Grad av våkenhet, eller tretthet hos pasientene var også utfordrende i følge to av respondentene, fordi det vanskeliggjorde både kartlegging og språktrening med pasienten.

Jeg mener min undersøkelse viser, at de ulike utfordringene ble taklet av respondentene gjennom rådgivningsegenskaper og kommunikasjonsferdigheter. Alle respondentene var ens om viktigheten av å vise pasient og pårørende respekt, empati, anerkjennelse og trygghet i rådgivningssituasjonen. Like fullt så de viktigheten av å behandle alle pasienter og pårørende individuelt og likeverdig. Jeg tolket logopedenes måter å takle de ulike utfordringene på, som omtanke både for afasipasienten og deres pårørende. Jeg mener også at undersøkelsen min synliggjør at respondentene var engasjerte og følelsesmessige involvert i pasientenes ve og vel. En av dem uttrykte dette så fint, og viser etter min mening akkurat dette: "...det var mest som tårene rant på både konen og meg." Respondentene var også opptatt av å formidle kunnskap om afasi til både pasient og nærmeste omgivelser. Jeg tolket dem slik at dette førte både til økt forståelse for afasi som kommunikasjonsvanske, samt at det bidro til bedre samarbeid mellom logoped, pasient og pårørende. Å gi gode forklaringer, tydeliggjøre og eksemplifisere både ovenfor pasient og pårørende opplevde de som viktig i sin rådgivning. På denne måten kunne de unngå mange misforståelser. I rådgivningsarbeidet med pasientene og pårørende, var det også viktig å synliggjøre framgang og mestring hos pasientene. Dette gav dem både håp og optimisme. Utfordringen i forhold til tretthet, ble taklet av logopedene gjennom et godt tverrfaglig samarbeid, men her viser nok undersøkelsen et fenomen som kunne vært undersøkt nærmere. I forhold til kommunikasjon, påpekte respondentene viktigheten av det å lytte på en god måte, samtidig som det var viktig å tilpasse kommunikasjonen etter hvem man snakket med. Humor brukt på riktig måte ble også sett på som positivt og stemningsløftende i kommunikasjonssammenheng. Kanskje det som utmerket seg i forhold til respondentenes kommunikasjonsferdigheter, var deres vektlegging av å inkludere pasienten i samtalen. De var tydelige på at det var viktig å formidle til pårørende hvordan de kunne unngå at pasienten følte seg ekskludert og utenfor i samtalen.

De ulike utfordringene, og måten disse ble taklet på, fikk meg til å reflektere rundt andre og kanskje nye perspektiver i forhold til min undersøkelse. Flere av respondentene uttrykte bekymring for pasientenes sosiale tilværelse utenfor sykehuset, og dette tenker jeg kan indikere et behov for å studere pasientens overgang mellom akutt, subakutt og kronisk fase i rehabiliteringen. Fordi respondentene opplevde at formidling av kunnskap om afasi var så viktig i rådgivningen, kunne det vært interessant å gå mer i dybden på hva logopedene faktisk vektlegger i formidlingen sin i forhold til afasi. I litteraturen jeg har lagt til grunn for denne oppgaven, er tretthet hos afasipasienter i den akutte fasen lite beskrevet. Ettersom denne utfordringen medførte vansker for respondentene å utføre logopedisk rådgivning ovenfor pasienten, tenker jeg at dette som fenomen ville vært spennende å se nærmere på. Det kunne for eksempel vært interessant å få dypere innsikt i logopedenes opplevelser av dette, og ikke minst hvordan det påvirker arbeidshverdagen til logopedene. I tillegg kunne det vært nyttig å undersøke dette gjennom pasientens og pårørendes perspektiv, med tanke på hvilket utbytte pasienten faktisk får av logopedisk utredning og behandling når de er så trette. Kanskje kunne det også vært spennende å se utfordringen i lys av logopedenes samarbeidspartnere i den akutte fasen. Når det gjelder kommunikasjonsferdigheter, så var respondentene opptatt av å sikre at pasienten ikke følte seg ekskludert i en samtalesituasjon. De var opptatt av å formidle til de pårørende ulike måter de kunne sikre at også afasipasienten tok del i den sosiale situasjonen. Samtidig var logopedene opptatt av at pasientene i størst mulig grad skulle bevare sitt sosiale liv. I dette øyemed, kunne nok en nærmere studie av afasipasientens inkludering i sosiale sammenhenger vært spennende, og da gjerne knyttet opp mot betydningen av logopedens rådgivende rolle.

På bakgrunn av min forskning, ser jeg at jeg at nye spørsmål og nye undringer dukker opp. Gitt andre rammebetingelser, kunne nok enda flere perspektiver kommet til syne. Hadde jeg for eksempel undersøkt problemstillingen ved observasjon som metode, ville jeg kanskje sett utfordringene både fra logopedens, pasientens og de pårørendes side. Dersom jeg hadde kombinert intervju og observasjon, ville jeg muligens også fått innblikk i deres opplevelser av fenomenet. Med rammer for et større prosjekt, kunne det også vært spennende med en komparativ undersøkelse knyttet til logopedens rådgiverrolle i forhold til andre kommunikasjons og språkvansker.

Med de rammebetingelsene som ligger til grunn for dette masterprosjektet, føler jeg likevel at jeg har fått et spennende resultat som belyser logopedisk rådgivning i forhold til

afasipasienter og pårørende i en akutt fase. Selv om dette masterprosjektet kanskje ikke presenterer noe revolusjonerende nytt i forhold til logopedisk rådgivning og afasi, håper og tror jeg oppgaven peker på utfordrende elementer som er viktige å merke seg for dem som skal arbeide med kommunikasjonsvansker. Resultatene fra denne undersøkelsen tror jeg også kan relateres til rådgivning mer generelt, fordi mennesker som har behov for rådgivning gjerne er i sårbare situasjoner. Selv om oppgaven er avgrenset med tanke på tema, problemstilling og kontekst, tror jeg at måten logopedene i denne undersøkelsen taklet utfordringene på, i stor grad kan overføres til logopedisk rådgivning ved andre kommunikasjonsvansker. Å være empatisk, respektfull og interessert i dem man skal hjelpe, mener jeg vil ha stor betydning uansett kommunikasjonsvanske og rådgivningsbehov. Samtidig tror jeg gode kommunikative ferdigheter vil gi et bedre rådgivningsgrunnlag i enhver rådgivningssituasjon.

Respondentenes ytringer, sier kanskje noe om hvor viktig det er å takle de utfordringer man møter i en rådgivningssituasjon på en god måte. I etterkant tenker jeg at den rike erfaringen disse logopedene hadde, ikke må underkjennes. Jeg mener undersøkelsen min viser hvor viktig det er at logopeden har en balanse mellom god faglig kunnskap om kommunikasjonsvansken afasi og hvordan man utøver logopedisk rådgivning i forhold til dette. Dette innebærer etter min mening, også en høy bevissthet rundt måten man kommuniserer på. Som fersk student i praksis, undret jeg meg over denne profesjonelle og erfarne logopeden som stødige manøvrerte seg gjennom et litt utfordrende rådgivningslandskap. Nå i etterkant, tenker jeg at denne stødige manøvreringen ikke var tilfeldig, men kanskje et resultat av logopedens erfaring og gode rådgivningsegenskaper.

## Litteratur

- Antonovsky, A. (2013) *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. 1.utg. 2.oppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berg, K. (2011) "Man lærer seg jo å leve dette livet også..." Kan livskvalitet påvirkes gjennom bruk av Støttet samtale? I: Lind, M., L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, & E. Qvenild. red. *Afasi - et praksisrettet perspektiv* 2.oppl. Oslo: Novus forlag AS, s. 228-239.
- Buber, M. (1992) *JEG OG DU*. 2. utg. Oslo: J.W Cappelens Forlag AS.
- Corneliussen, M., L. Haaland –Johansen, M. I. K. Knoph, M. Lind & E. Qvenild. red. (2006) *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag AS.
- Cullberg, J. (1997) *Mennesker i krise og utvikling*. 3.utg. 2.oppl. Oslo: Aschehoug & Co.
- Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Davidson, B. & L. Worrall. (2013) Living with Aphasia: A Client-Centered Approach I: Paphanasiou, I., P. Coppens & C. Potagas. red. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, s. 255-274.
- Finset, A. & J. A. Krogstad. (2009) *Hodeskade. Virkninger og behandling av ulike typer hodeskade*. 2.utg. 5.oppl. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Flasher, L. V. & P. T. Fogle. (2012) *Counseling Skills for Speech-Language Pathologists and Audiologists*. Clifton Park, NY: Delmar, Cengage Learning.
- Fuglseth, K. (2012) Vitskapsteori og hermeneutikk. I: Fuglseth, K. & K. Skogen. red. *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. 3.oppl. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 256-271.
- Gilje, N. & H. Grimen. (2005) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. 11.oppl. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Holland, A. L. & R. L. Nelson. (2014) *Counseling in Communication Disorders. A Wellness Perspective*. San Diego, CA: Plural Publishing INC.
- Jacobsen, D. I. (2012) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring I samfunnsvitenskapelig metode*. 2.utg. 4.oppl. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Johannessen, A., P. A. Tufte & L. Christoffersen. (2011) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4.utg. 2.oppl. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johannessen, E., E. Kokkersvold & L. Vedeler. (2012) *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. 3.utg. 2.oppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Joseph, S. (2010) *Theories of Counselling and Psychotherapy. An introduction to the Different Approaches*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Kvale, S. & S. Brinkmann. (2012) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. 3.oppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lassen, L. M. (2009) *Rådgivning. Kunsten å hjelpe*. 3.opplag. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Lind, M. & L. Haaland –Johansen. (2011) Kartlegging og dokumentasjon i afasilogopedisk praksis. I: Lind, M., L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild. red. *Afasi - et praksisrettet perspektiv*. 2.oppl. Oslo: Novus Forlag AS, s. 42-61.
- Papathanasiou, I., P. Coppens & C. Potagas. red. (2013). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Papathanasiou, I. & P. Coppens. (2013) Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts and Operational Definitions. I: Papathanasiou, I., P. Coppens & C. Potagas. red. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, s. xix-xxiii.
- Potagas, C., D.S. Kasselimis & I. Evdokimidis. (2013) Elements of Neurology Essential for Understanding the Aphasias. I: Papathanasiou, I., P. Coppens & C. Potagas. red. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, s. 23-47.
- Qvenild, E., I. Haukeland, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & M. Lind. (2011). Afasi og afasirehabilitering. I: Lind, M., L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild. red. *Afasi - et praksisrettet perspektiv*. 2.oppl. Oslo: Novus Forlag AS, s. 23-41.
- Repstad, P. (2009) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. 2.oppl. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ringdal, K. (2007) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Risberg, T. (2012) Prosjektplanlegging. I: Fuglseth, K. & K. Skogen. red. *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. 3.oppl. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 20-28.
- Skau, G. M. (2012) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 4.utg. 2.oppl. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Skogen, K. (2012) Case-forskning. I: Fuglseth, K. & K. Skogen. red. *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. 3.oppl. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 52-65.
- Thorne, B. & P. Sanders. (2013) *Carl Rogers*. 3.utg. London: Sage Publications Ltd.
- Tveiten, S. (2011) *Veiledning - mer enn ord*. 3.utg. 3.oppl. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Worrall, L., I. Papathanasiou & S. Sherratt. (2013) Therapy Approaches to Aphasia I:  
Papathanasiou, I., P. Coppens & C. Potagas. red. *Aphasia and Related Neurogenic  
Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, s. 93-111.

## **Intervjuguide**

### Bakgrunn

1. Yrke
2. Erfaring/bakgrunn

### Igangsettende spørsmål

1. Fortell litt om hvorfor du valgte logopedyrket.
2. Hvordan opplever/opplevde du å arbeide med afasipasienter i akutfase?

### Utfordringer

1. Beskriv hva du mener kan være utfordringer i møte med afasipasienter og pårørende i den akutte fasen. – situasjoner? Hva er det som gjør dette utfordrende?

Oppfølgingsspørsmål: Hva er det som gjør dette utfordrende?

### Kommunikasjonsferdigheter

1. Beskriv hva du mener karakteriserer god kommunikasjon (i en akutfase).

### Rådgivningskompetanse

2. Beskriv den rådgivningskompetansen (egenskaper/ferdigheter) du mener en logoped trenger for å takle nevnte utfordringer.

## **Søknad om å få gjennomføre undersøkelse**

Jeg er masterstudent i Logopedi ved Universitetet i Nordland, og skal skrive en masteroppgave i logopedi. Oppgavens mål, er å beskrive hvordan logopedene kan møte utfordringer i rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i den første fasen etter ervervet hjerneskade.

Problemstillingen for oppgaven vil være:

***Hvilke utfordringer møter logopedene i rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i akutfasen, og hvordan kan disse takles?***

Alle forskningsetiske retningslinjer vil bli ivaretatt. Informantene og intervju vil bli anonymisert. Innsamlede data ved båndopptak og notater vil oppbevares i safe og slettes etter ferdigstilt prosjekt.

Jeg vil starte prosjektet høst 2013 med intervju av informanter, og ferdigstille prosjektet våren 2014. Ved spørsmål om prosjektet kan dere ta kontakt med Ann-Helen Gabrielsen, telefon: 907 92 006 eller veileder Toril Risberg telefon: 755 17 749.

Jeg ber om tillatelse til å kontakte informanter ved deres institusjon, med forespørsel om å delta i denne undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Ann-Helen Seglem Gabrielsen



## **Informasjon og samtykkeerklæring til informanter**

Jeg er masterstudent i Logopedi ved Universitetet i Nordland, og skal skrive en masteroppgave i logopedi. Oppgavens mål, er å beskrive hvordan logopeder kan møte utfordringer i rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i den første fasen etter ervervet hjerneskade.

Problemstillingen for oppgaven vil være:

***Hvilke utfordringer møter logopeden i rådgivning av afasipasienter og deres pårørende i akutfasen, og hvordan kan disse takles?***

Alle forskningsetiske retningslinjer vil bli ivaretatt. Informantene og intervju vil bli anonymisert. Innsamlede data ved båndopptak og notater vil oppbevares i safe og slettes etter ferdigstilt prosjekt.

Jeg vil starte prosjektet høst 2013 med intervju av informanter, og ferdigstille prosjektet våren 2014.

Jeg ønsker med dette å spørre deg om du kunne tenke deg å være informant i dette prosjektet. Du kan trekke deg fra prosjektet på hvilket som helst tidspunkt, og intervjuet du har avgitt vil bli slettet når oppgaven er ferdigstilt vår 2014.

Hvis du kunne tenke deg å delta på denne undersøkelsen, ber jeg deg skrive under dette brevet for å bekrefte at du vil være informant.

**Jeg samtykker herved til å delta i nevnte prosjekt**

**Dato.....Underskrift.....**