



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Positive indikatorer i logopedens
rådgivingsarbeid for afasirammede

En kvalitativ studie

Anita Ness Byberg og Tone Røsås

Masteroppgave Logopedi
PE323L

Mai 2015



Innholdsfortegnelse

Forord	
Sammendrag	1
Abstract	2
1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn og temavalg	3
1.2 Formål	3
1.3 Presentasjon av problemstilling og forskerspørsmål - presisering og avgrensning	4
1.4 Masteroppgavens innhold	6
2. Teoretisk tilnærming	8
2.1 Positiv psykologi og grunnleggende holdninger	8
2.2 Afasi og afasirehabilitering	10
2.3 Rådgiving og kommunikasjon	13
2.4 Suksessfaktorer i logopedisk rådgiving	17
3. Metode og vitenskapsteoretisk tilnærming	24
3.1 Forskningsdesign	24
3.2 Forskningsmetoder	26
3.2.1 Observasjon	26
3.2.2. Intervju	27
3.2.3. Utvalg av respondenter	29
3.2.4. Analyse, reliabilitet og validitet	31
3.3 Etske betraktninger	34
4. Presentasjon av funn – analyse og drøfting	36
4.1 Kategori 1: Positivt fokus, med fokus på brukerens styrker	36
4.2 Kategori 2: Lytte forstå og oppmuntre til kommunikasjon	40
4.3 Kategori 3: Oversetter og målfinner	46
4.4 Kategori 4: Fleksibilitet og helhetstenking	51
4.5 Kategori 5: Humor	55
5. Avslutning – refleksjon og oppsummering	58
Litteraturliste	65
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	
Vedlegg 4	

Vedlegg 5

Forord

En spennende, krevende og givende master reise er ved veis ende!

Vi valgte hverandre og samarbeidet om masterprosjektet har skapt sterke vennskapsbånd!

En felles takk rettes til alle logopedene som med positiv innstilling stilte velvillig opp for prosjektet vårt.

Videre takker vi veileder Toril Risberg for klar tale og god omsorg, som sikret stø kurs fra start til mål. Et varmt hjerte med skarp humor som har utfordret og berømmet, der vi trengte det.

Anita; Hjertelig takk til venner og familie for støtte, tro, omsorg og heiarop gjennom hele masterstudiet! Det har varmet og løftet!

Takk til alle i klassen for nyttige diskusjoner, lærerike dager og nye bekjentskap!

Kjære mamma og pappa, takk for at dere alltid er der!

Mest av alt – kjærlighets-hjerte-klemmer av den største sorten til Amalie og Theodor! Dere har fulgt ferden på nært hold og holdt ut flytting, lange dager med en litt fraværende og glemsk mamma og likevel hatt sånn tro på meg! Jeg er så stolt av dere!

Takk, Håkon – uten deg hadde dette aldri blitt en realitet. Din ståltro på meg er risset i stein og du holder ut når jeg tviler på meg selv. «... *in these crazy times ... you`re my everything*»

Tone takker familie og venner for oppmuntrende ord og tanker underveis i studiet.

En varm takknemlig klem sendes til mine kjære foreldre som har vært til uvurderlig hjelp gjennom hele studietida.

Takk til guttene mine William og Jonathan som har heiet på mamma hele veien!

Til slutt en stor takk til min mann Terje som har vært enestående. Vi er et godt lag og klarte det sammen!

Valnesfjord og Narvik 17.05.2015

Anita Ness Byberg og Tone Røsås

Sammendrag

I praksisperiodene så vi dyktige logopeder som var betydningsfulle og utgjorde en forskjell for de afasirammede. Det motiverte oss til å undersøke nærmere *hva* som utgjør denne forskjellen i tillegg til logopeders kompetanse på språk og kommunikasjonsvansker. Teori om positiv psykologi som bygger på individets ressurser, samt teori om logopeder og rådgivning i sammenheng med kommunikasjonsvansker, har dannet teoretisk bakgrunnen for oppgaven. Formålet har vært å synliggjøre og dokumentere, en kunnskap vi gjennom praksis erfarte som konstruktiv og utviklende, i relasjonen mellom logopeden og den afasirammede. Dette førte oss til følgende problemstilling:

Hvilke suksessfaktorer er tilstede i logopedens rådgivningsarbeid med afasirammede?

Problemstillingen er operasjonalisert i tre forskerspørsmål:

- *Hvilket fokus har logopeden på rådgivning i møte med afatikeren?*
- *Hva vektlegger logopeden i møte med den afasirammede?*
- *Kan vi sette ord på rådgivingsferdighetene logopeden anvender?*

For forskningsprosjektet er det valgt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Et kvalitativt intensivt design har gitt oss nærhet til de vi har forsket på. Vi har valgt kvalitative metoder i form av åpen, ikke deltakende, strukturert observasjon og semi-strukturert intervju. Utvalget bestod av tre logopeder som i hovedsak arbeider med afasirammede. Observasjonene er gjennomført på totalt fem logopedtimer med ulike brukere.

Resultater fra undersøkelsen kan i hovedtrekk beskrives i fem punkter:

- 1) Samtlige logopeder hadde et dyptgående positivt fokus som la vekt på brukernes styrker.
- 2) Logopedene fremstod som aktive lyttere som tilpasset, og oppmuntret til kommunikasjon.
- 3) Logopedene var oversetter og målfinnere i form av at de satte ord på brukernes tanker, behov, styrker og utfordringer. De samarbeidet med den afasirammede om å finne passende målsetninger som sikret mestringsfølelse.
- 4) Fleksibilitet og helhetstenking ble utvist i stor grad gjennom ytre rammer for logopedbehandlingen og innholdet i timene ble fortløpende justert i takt med brukernes behov.
- 5) Bruk av humor var noe alle logopedene anvendte i større eller mindre grad. Dette skapte et forløsende preg på atmosfæren mellom den afasirammede og logopeden.

Abstract

In internships, we saw skilled speech-language pathologist (SLP) constitute a significant difference for people with aphasia. It motivated us to investigate further, *what* constitutes the difference, in addition to the SLPs expertise in language and communication difficulties. Theory from positive psychology based on the individual's resources and theory of SLP and counseling in the context of communication disorders, has formed the theoretical background. The purpose has been to validate and document knowledge, that we through internships experienced as constructive and motivating, in the relationship between the SLP and the client. This led us to the main question:

Which success factors are present in the speech-language pathologists counseling with people who has aphasia?

We have operationalized the main question in three research questions:

- In consultations with clients with aphasia, what focus has the SLP on counseling?
- What emphasizes the SLP when he meets the client with aphasia?
- Can we articulate the counseling skills the SLP practices?

We have chosen a phenomenological hermeneutic approach for this research. A qualitative intensive design has given us nearness to those we have researched. We opted for qualitative methods in the form of open, not participatory, structured observation and semi-structured interview. Our selection consisted of three SLPs who mainly work with aphasia clients. We did five observations, with different aphasia clients.

What we found in the survey can be summarized in five points:

- 1) Each SLP had a profound positive focus and emphasized the client's strengths.
- 2) The SLPs appeared to be active listeners who modified and encouraged communication.
- 3) The SLPs was clarifying and reflecting in the sense that they put words on the clients thoughts, needs, strengths, challenges and worked together to find appropriate goals that secured the client a sense of empowerment.
- 4) The SLPs had a flexible and holistic approach, in line with the client's needs; the speech therapy treatment and the content of lessons were constantly attuned.
- 5) All SLPs used humor in some degree. Humor created a redeeming touch to the atmosphere between the patient and speech therapist.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og temavalg

Praksis i afasi- og stemmefeltet vekket vår interesse for afasi og rådgiving. Vi så at rådgiving var en stor del av logopedens arbeid og ønsket å lære mer om emnet ved å forske på logopeden som rådgiver for afasirammede. Afasi er en kommunikasjonsvanske som oppstår etter ervervet skade eller sykdom i hjernen. Hvert år rammes omkring 15000 mennesker av hjerneslag i Norge og omtrent en tredjedel av disse får afasi av ulik grad (Afasiforbundet, 2015). Afasi rammer ofte plutselig og uten forvarsel, og mennesker i alle aldersgrupper kan rammes (Corneliusen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind og Qvenild, 2006). Økt levealder høyner sjansen for at vi møter afasirammede i vårt fremtidige yrke som logopeder. I praksis opplevde vi at mennesker med afasi har til dels store kommunikasjonsvansker og at disse kan arte seg ulikt. Veilederne inspirerte ved den måten de arbeidet med de afasirammede og viste oss at logopeden har spesifikk og særlig kunnskap om afatikerens utfordringer og behov.

Teori om rådgiving og rådgivningsferdigheter har gitt en dypere forståelse for menneskers utfordringer og hvordan de lever med disse. Teori, samt erfaringer fra praksis, har i tillegg vist oss at rollen som logoped har stor kompleksitet fordi dens utøvelse er i sammenheng med sårbare mennesker med utfordringer. Det viser at logopeden bør inneha stor fagkompetanse, være et medmenneske med innsikt i psykiatri, dyktig med språk og kommunikasjon og inneha rådgivningsferdigheter. Teorien har også gitt en større selvforståelse og økende nysgjerrighet på de prosesser som skjer i møte med andre. Ifølge Flasher og Fogle (2012) rapporterer fagfolk at rådgiving gjøres i møte med alle mennesker de møter i praksis, uavhengig om det er barn, voksne, eldre eller familie og pårørende. Enhver interaksjon med brukere, familie og andre pårørende involverer bruk av rådgivningsferdigheter.

1.2 Formål

I masteroppgaven har vi sett på logopedens rolle som rådgiver i arbeid med afasirammede. Vårt formål er å sette fokus på et fagområde som vi opplever som meget interessant og utfordrende. Vi ønsker å få forståelse for logopedens positive rådgiverkompetanse, noe vi finner lite beskrevet i norsk faglitteratur. Gabrielsen (2014) har bidratt med forskning gjennom sin masteroppgave på tema afasi og rådgiving i akutfasen og har basert sin undersøkelse på intervju av logopeder. For oss er det interessant å se nærmere på den logopediske rådgivningen som finner sted når de afasirammede er kommet over i rehabiliteringsfasen. Med rehabiliteringsfasen menes her at afatikerne er utskrevet fra sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner, og er tilbake i det som blir deres hverdag.

Gjennom ulike opplevelser knyttet til praksisperioder ved masterstudiet i logopedi, har vi erfart at logopedens rådgivningskompetanse har betydning for hvordan logopeden kan hjelpe brukeren på vei mot sine mål. Flere av de afasirammede vi møtte i praksis uttrykte at logopedene var svært viktige støttespillere i deres liv. Enkelte ønsket logopeden ved sin side i møte med legen og andre. Afatikerne opplevde at logopeden behandlet dem med respekt og de kjente seg trygge sammen med logopeden som hadde særlig kompetanse på språk og kommunikasjonsvansker. Vår intensjon er å få en forståelse for hvilke kunnskaper og ferdigheter hos logopeden som gjør møter med mennesker med kommunikasjonsvansker positive. «Det er nemlig de meninger og betydninger som mennesker (...) har nedlagt i fenomenet, som skal avdekkes i en undersøkelse der forståelse er formålet» (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010, s.57).

Amerikansk litteratur har flere forfattere som linker rådgivning spesielt opp mot logopeder og audiopedagoger (Holland og Nelson, 2014; Flasher og Fogle, 2012). Holland og Nelson (2014) har bidratt med teori innen rådgivning med utspring i positiv psykologi. De mener at logopeder og audiopedagoger kan berike sin praksis gjennom bruk av spesifikke rådgivningsferdigheter og teknikker. Med sitt velvære perspektiv viser Holland og Nelson (2014) hvordan rådgivere kan innlemme formålstjenlige rådgivningsprinsipper i tradisjonell logopedbehandling og bidra til at brukerne blomstrer både individuelt og sosialt. Deres tenkning har vært med på å forme bakgrunnen for vårt fokus i masteroppgaven, hvor vi søker å finne de positive faktorene som er tilstede i det logopediske rådgivningsarbeidet med afasirammede.

Vårt mål har vært å finne disse suksessfaktorene og sette navn på dem for å synliggjøre den kompetansen logopedene innehar. Suksessfaktorene er både store og små, innvevd i hverandre, synlige og usynlige, men felles for dem alle er at de er viktige komponenter som bidrar til å gi brukeren optimalt utgangspunkt for sin rehabilitering.

1.3 Presentasjon av problemstilling og forskerspørsmål - presisering og avgrensning

Med bakgrunn i positiv psykologi er vårt formål å dokumentere og beskrive en kunnskap som vi gjennom praksis opplevde som positiv og utviklende i relasjonen mellom logopeden og den afasirammede. Vi så at logopedene hadde en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og holdninger som vi ønsket å undersøke nærmere gjennom problemstillingen vår:

Hvilke suksessfaktorer er tilstede i logopedens rådgivningsarbeid med afasirammede?

For å belyse problemstillingen har vi følgende forskerspørsmål:

- *Hvilket fokus har logopeden på rådgivning i møte med afatikeren?*
- *Hva vektlegger logopeden i møte med den afasirammede?*
- *Kan vi sette ord på rådgivningsferdighetene logopeden anvender?*

«Counseling is necessary to support decisions and behaviors that optimize quality in life. Counseling is the basic tool we have to help our clients achieve their lifelong goals» (Holland og Nelson 2014, s.1). Vi har observert logopeder og sett etter positive indikatorer i deres rådgivning med afasirammede. Vårt fokus har vært på logopedens rolle og forskningen vår vil derfor ikke si noe om hvordan den afasirammede opplever rådgivingen. Med empiri fra observasjonene, og supplement fra intervjuene, skal vi forsøke å beskrive positive indikatorer i det logopediske rådgivningsarbeidet.

Positive indikatorer forstår vi som de hensiktsmessige rådgivningsferdighetene logopeden anvender og som sikrer afatikeren best mulig velvære og utviklingsmuligheter.

Vi konstaterer at rådgivning har mange ulike former, men i vårt forskningsprosjekt vil vi anvende rådgivningsbegrepet slik Holland og Nelson (2014) beskriver «counseling moments». De skriver at logopeder ofte praktiserer rådgivning som en innlemmet del av mer tradisjonell språktrening. Det kan være at logopedene setter av bestemt tid til rådgivning og avtaler dette med sine brukere, men ofte vil rådgivningsøyeblikkene forekomme i begynnelsen av en logopedtime, før den mer strukturerte språktreningen starter, på slutten av en time under en oppsummering eller rett og slett helt spontant underveis i språktreningen. Disse spontane øyeblikkene kan gi logopedene viktig og relevant informasjon vedrørende brukeren. Holland og Nelson (2014) sier at det derfor er nyttig at logopedene er forberedt på at slike rådgivningsøyeblikk kan oppstå, og da er innstilt på å ta i bruk sine rådgivningsferdigheter for å imøtekomme brukeren på en tilfredsstillende måte. Derfor blir det naturlig at våre beskrivelser er hentet fra tradisjonell logopedisk behandling, med spesielt fokus på rådgivning som er innlemmet i dette arbeidet.

Det gjøres oppmerksom på at i dette masterprosjektet snakker vi ikke om logopedene som rådgiver i tradisjonell betydning. Vi identifiserer ikke om rådgivingen kommer innunder begreper som konsultasjon, coaching eller veiledning (Lassen, 2014). Perspektivet i vår problemstilling er at logopedene tar i bruk rådgivningsferdigheter i sitt arbeid, men vi kan ikke

titulere logopedene i vår forskning som rådgivere (Flasher og Fogle, 2012). Det kan imidlertid være at vi benytter rådgiver *om* logopeden i masteroppgaven, det er i den hensikt å synliggjøre at det er nettopp rådgiving som skjer.

Forskningen avgrenses til å gjelde logopedens møte med afasirammede som er kommet over i rehabiliteringsfasen. I masteroppgaven har vi valgt å bruke den afasirammede, afatiker eller brukeren for å skape en viss variasjon i språket. Her vil vi tydeliggjøre at vi, ut fra et holistisk perspektiv, skriver om *mennesket* som har fått afasi. For noen kan begrepet afatiker oppleves som støtende, det virker som om en ikke ser at det er *mennesket* Ola som har fått afasi. Ola blir usynliggjort som person og omtales som en del av en sykdom, et objekt. Andre kan reagere på ordet bruker, klient eller pasient. «...people are not their problems, but problems are something people experience» (Flasher og Fogle, 2012, s. 288). De mener logopeder og andre må være forsiktige slik at den afasirammede ikke blir umenneskeliggjort, uansett hvor stor skaden eller tapet deres er, og man skal være varsom med å sette merkelapper på mennesker.

Afasi er en personlig utfordring, men vil også påvirke den afasirammedes familie, venner og andre (Davidson og Worrall, 2013; Holland og Nelson, 2014; Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph og Lind, 2010; Flasher og Fogle, 2012). I den sammenheng vil både afatiker og omgivelsene ha behov for rådgiving og støtte. Masteroppgavens omfang begrenser imidlertid våre muligheter, slik at disse tema blir ikke berørt i vår forskning.

Logopedene er anonymiserte og vi kommer til å benytte logopedene, respondentene og han/hun for å skape en dynamikk som gjør lesingen mer interessant. En utvidet begrepsavklaring omkring dette blir presentert i kapittel 3.2.3.

1.4 Masteroppgavens innhold

I første kapittel presenteres innledning med bakgrunn for valg av tema til masteroppgaven. Dette blir etterfulgt av formål med prosjektet og problemstilling med forskerspørsmål, presisering og avgrensning.

Redegjørelse av vår teoretiske tilnærming, som danner et bakteppe for problemstillingen, følger i kapittel 2. Aktuell teori vedrørende positiv psykologi, afasi, rådgivning og kommunikasjon kommer herunder. Etterfulgt av teori om suksessfaktorer for logopedisk rådgivning. Denne teorien beskriver positive indikatorer, som kan bidra til en hensiktsmessig og suksessfylt rådgivning i forhold til afasirammede, og er sentral i forhold til analysen av funnene i undersøkelsen.

Kapittel 3 beskriver kort teori om hermeneutikk og fenomenologi som er vår vitenskapsteoretiske tilnærming. Deretter kommer beskrivelse av design og metodevalg. Det er valgt et kvalitativt intensivt design som en overordnet plan til innsamling av våre data. Åpen strukturert observasjon og semi-strukturert intervju er metodene som er anvendt i undersøkelsen. Vi redegjør for hvordan utvalg av respondenter har funnet sted, beskrivelse av analysearbeidet, reliabilitet og validitet. Kapitlet avrundes med etiske betraktninger som ligger til grunn for forskningsarbeidet.

Kapittel 4 omhandler aktuelle data for problemstillingen som blir analysert og drøftet med relevant teori. Funnene blir gjort rede for gjennom fem ulike kategorier som har fått navnene: 1. *Positivt fokus, med fokus på brukerens styrker*; 2. *Lytte, forstå og oppmuntre til kommunikasjon*; 3. *Oversetter og målfinner*; 4. *Fleksibilitet og helhetstenkning*; 5. *Humor*.

Avslutningen kommer i kapittel 5. Her oppsummeres sentrale funn i undersøkelsen og problemstillingen besvares. Deretter kommer refleksjoner over andre interessante funn som ikke hadde relevans for problemstillingen, men som kan være aktuell for videre forskning.

2. Teoretisk tilnærming

2.1 Positiv psykologi og grunnleggende holdninger

Positiv psykologi fra den humanistiske tradisjonen er anvendt som teoretisk tilnærming på rådgivning i masteroppgaven. Positiv psykologi er en relativt ny teoretisk retning som startet med Maslow i 1954, og som Seligman og andre har videreutviklet frem til i dag (Jones-Smith, 2014). Vi vil her nevne Carl Rogers spesielt, som parallelt med Maslow, på 1940 og 1950 tallet utviklet det som vi kaller humanistisk terapi og person-sentrert terapi (Flasher og Fogle, 2012; Davidson og Worrall, 2013). Rogers regnes som en av pionerene innenfor teori om rådgiving (Lassen 2014; Holland og Nelson, 2014; Flasher og Fogle, 2012) og vi kommer tilbake til hans bidrag under overskriften «Grunnleggende holdninger».

Før positiv psykologi ble lansert var blant annet Sigmund Freud en av de dominerende psykologer verden lyttet til. Terapi dreide seg da om å reparere det som var ødelagt eller skadet og terapeutens utgangspunkt var det som ikke fungerte. Freud konstaterte at målet for psykologi skulle være å «replace neurotic misery with ordinary unhappiness» (i Snyder, Lopez og Teramoto Pedrotti, 2011, s.3). Distansen mellom Freud og positiv psykologi er relativt stor. En kan således tenke seg at det ikke finnes én teori eller terapi, som dekker alle rådgivningssituasjoner eller passer for alle rådgivere. Rådgiveren vil sannsynligvis benytte seg av flere ulike tilnærminger fra forskjellige terapiformer for å tilpasse en mest mulig hensiktsmessig behandling (Flasher og Fogle, 2012).

Perspektivet i positiv psykologi er at en har fokus på menneskets styrker, ressurser og positive følelser (Holland og Nelson, 2014; Holter Brudal, 2014; Jones-Smith, 2014). Med det menes at en gjennom positiv tankegang ser at mennesker kan beholde håp, styrke sin resiliens og øke sjansen for at utfallet skal bli suksessfullt (Seligman, 2011). Her er det viktig å se at det ikke handler å oppnå konstant lykkefølelse, men heller en form for velvære og tilfredshet der en har det godt med seg selv og andre. «The construct of well-being, not the entity of life satisfaction, is the focal topic of positive psychology» (Seligman, 2011, s. 15). Det er også viktig å være oppmerksom på at positive psykolog ikke utelukkende ser etter det positive og overser utfordringer, vansker eller mangler. Positiv psykologi søker et balansert, mer komplett syn på mennesket, mer realistisk syn som inkluderer både det positive og det negative (Holland og Nelson, 2014). Vi finner lignende tanker hos Snyder, et. al., (2011) som skriver at fremtidens behandling innenfor positiv psykologi må utvikle en inkluderende tilnærming som utforsker *både* menneskets styrker og svakheter, så vel som miljøets negative utfordringer og ressurser.

Grunnleggende holdninger

For å kunne sette i gang og gjennomføre konstruktive rådgivingsprosesser vil vi beskrive tre grunnleggende holdninger som ble utarbeidet av Carl Rogers. Rogers mente kongruens, ubetinget positiv aktelse og empati var sterkt knyttet til rådgiverens holdninger og verdier (Lassen, 2014). Lassen skriver at de tre holdningene er logisk sammenbundet, men at kongruens er den primære holdningen, fordi ubetinget positiv aktelse og empati ikke har noen verdi hvis det ikke oppleves som ekte.

Kongruens betyr å være hel, ekte og troverdig, og danner plattformen for trygghet og forutsigbarhet i arbeidet (Lassen, 2014). Da oppleves rådgiver som åpen og genuin, men evner samtidig å holde en grense slik at han ikke blir for privat i forholdet til råde søker. Rådgiver kan være varm og personlig, men overstiger ikke grensen og avdekker private tema i sitt terapeutiske forhold til brukeren (Flasher og Fogle, 2012). Spontanitet og kontinuitet er andre deler av kongruens (Lassen, 2014). Lassen belyser spontanitet med at en rådgiver som er trygg på seg selv, kan vise en åpen, naturlig og likefrem reaksjon til råde søker. Med kontinuitet mener hun at rådgiver ikke bør endre sin profesjonelle form slik at han ikke lenger oppleves som kongruent. Inkongruens vil oppfattes av råde søker som et misforhold mellom det rådgiver sier og det han uttrykker, og forholdet dem imellom vil få et negativt underliggende (Flasher og Fogle, 2012).

Ubetinget positiv aktelse betyr at rådgiver ikke skal dømme råde søker, men med varme og omsorg vise at en bryr seg om han (Lassen, 2014). Rådgiver trenger ikke å dele råde søkers syn eller være enig i hans holdninger, men ved å sette seg i den andres situasjon, kan rådgiver akseptere den andre helhetlig og anerkjenne råde søker som hovedpersonen i *sitt* liv. Rådgiver må se *hele* råde søker, som en *person*, med både styrker og utfordringer. På den måten kan rådgiver forstå råde søker bedre, akseptere personens følelser, tåle dem, men også forstå at de tilhører råde søker og skal forbli der. I følge Schibbye (2004) i Lassen (2014) betyr det at rådgiver klarer å skille mellom seg selv og råde søker, og på den måten klarer å gi råde søker et annet perspektiv på seg selv.

Ubetinget positiv aktelse kan gi råde søker muligheten til å være mer ærlig og kongruent, slik at det oppstår samsvar mellom det som blir sagt og kroppsspråk, mimikk, gester og blikk (Flasher og Fogle, 2012). Ved å reflektere over brukerens uttrykk, kan rådgiveren parafrasere, eller ved behov peke på misforhold i brukerens kommunikasjon, for å hjelpe råde søkeren. Parafrasering

er ikke å imitere eller gjenta nøyaktig, men heller en refleksjon som synliggjør brukerens behov for hjelp (Røkenes og Hanssen, 2012; Flasher og Fogle, 2012).

Anerkjennelse og *respekt* er to begrep som ligger tett inntil ubetinget positiv aktelse. Gjennom å vise rådsøker anerkjennelse og respekt blir holdningen ubetinget positiv aktelse gjort om til handling (Egan (1998) i Lassen, 2012). Anerkjennelse betyr at den afasirammede opplever å bli forstått, akseptert, bekreftet og respektert (Røkenes og Hanssen, 2012). Respekt kommer muligens oftest frem gjennom rådgivers handlinger enn direkte ytringer, der handlingene implisitt viser respekt for brukerens privatliv, verdighet, selvråderett og sårbarhet. Flasher og Fogle (2012) skriver at rådgivers forslag, spørsmål og intervensjoner alltid skal fremføres med respekt for brukeren som gjør sitt beste ut av en vanskelig situasjon. De mener utfordringen for en rådgiver er den skjøre balansen mellom å vise respekt for brukeren samtidig som en skal oppmuntre til forandringer.

Empati beskriver Lassen (2014) som en tretrinnsprosess. Første trinn er å kunne oppfatte den andres følelser, gjenkjenne den og samtidig forstå at den ikke er ens egen. Andre trinn er en profesjonell formidling av den empatiske forståelsen. Tredje trinn henger sammen med den reaksjon rådsøker formidler på rådgivers forståelse av den andres følelser. Reaksjonen kan være positiv hvis rådgiver har møtt rådsøkeren på en god måte, eller negativ hvis det ikke er match mellom dem. Empati vil hjelpe rådgiveren til å holde fokus på rådsøker, slik at ikke det blir naturlig med en utveksling av egne erfaringer eller følelser, da det vil være feil av rådgiver å bli privat i en slik setting. Dette stadfestes av Samuelson (2011) som sier at empati er en grunnleggende holdning og mener at det er umulig å vise respekt eller empati, uten å ha en klar jeg-du-sortering og ha klart for seg hvor grensene mellom jeg og du går.

2.2 Afasi og afasirehabilitering

Ordet afasi kommer fra det greske ordet *aphasia* og betyr tap av taleevnen (Qvenild et. al., 2010). Hjerneslag er den hyppigste årsaken til afasi, men også hodeskader, hjernesvulster og andre sykdommer kan føre til afasi. Ved noen hjerneslag vises skaden kun i form av afasi, men for de fleste er sykdomsbildet mer komplekst da mange afasirammede også får tilleggsvansker som hemiplegi (lammelse, ofte på høyre side), agnosi (synsfeltutfall), dysartri (talevansker på grunn av lammelser, svakhet eller manglende koordinasjon av munnmuskulatur som anvendes ved tale), apraksi (reduisert evne til å utføre viljestyrte handlinger, her finnes også undergrupper) og andre kognitive vansker (Qvenild et. al., 2010).

Mennesker med afasi kan ha omfattende vansker i alle språkets elementer. «This language impairment can be present in all language components (phonology, morphology, syntax, semantics, pragmatics), across all modalities (speaking, reading, writing, signing), and in the output (expression) and input (comprehension) mode» (Papathanasiou og Coppens, 2013, s. xx). Om skaden er i det fremre eller bakre språkområdet, har betydning for hvilken type vanske og skadeomfanget (Corneliussen, et. al., 2006). De som er hardest rammet av afasi vil også ha vansker med å lære seg gester de kan benytte for å kommunisere. Dette kan skyldes afasi typen, det vil si hvor skaden er størst, det kan skyldes fysiske begrensninger, slik som hemiplegi, eller det kan skyldes apraksi, vansker med å utføre viljestyrte handlinger (Corneliussen et. al., 2006).

Problemstillingen vår har et holistisk perspektiv der målet er økt livskvalitet og velvære. Vi presenterer to ulike definisjoner som til sammen inkluderer afasiens skadeomfang, samt konsekvensene afasi har for sosial fungering og livskvalitet. Papathanasiou og Coppens, (2013, s. xx) har denne definisjonen på afasi:

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 his or her relatives and caregivers.

Med det mener forfatterne at afasi er en skade i språksenteret som får betydning for personens sosiale og kommunikative fungering, samt livskvaliteten for den afasirammede og mennesker rundt han.

Den neste definisjonen gir en mer detaljert beskrivelse av hvordan afasi kan utarte seg språklig og kommunikasjonsmessig og at afasi kan endres over tid og ha variert omfang. Parr, Byng, Gilpin og Ireland (2011, s. 3) beskriver afasi slik:

Aphasia can affect different aspects of language: - ability to put ideas and intentions into spoken and written language; -ability to spell; -ability to put word together in grammatical sentences; - ability to understand what is said; - ability to understand a written word; - ability to understand and use other forms of communication, for example gesture. Aphasia can take different forms. Aphasia can vary in severity. Aphasia can change over time. Aphasia does not affect intelligence.

Afasi er imidlertid mer omfattende enn definisjonene ovenfor og et viktig aspekt er at mange også får følelsesmessige vansker og psykososiale vansker (Davidson og Worrall, 2013).

Afatikere har ofte en historie med sykehus, sykepleie og annen behandling inkludert. Afasi med tilleggspromblematikk kan gi den afasirammede følelsen av å miste verdigheten og få privatlivet invadert når de trenger hjelp med ferdigheter de alltid har mestret (Flasher og Fogle, 2012).

«Aphasia is a life-changing event» skriver Byng og Duchan (2004, s. 12) og illustrerer hvordan språk og kommunikasjonsvanskene til den afasirammede, kan skape usikkerhet og avstand til andre mennesker. Å miste taleevnen medfører dramatiske forandringer, ikke bare for den som har blitt rammet av afasi, men også for de som er rundt (Bakken, 2010; Davidson og Worrall, 2013). Mennesker ofte ikke er seg bevisst hvor mange ulike måter det kommuniserer på. En kan tenke at språk ikke er mer enn muligheten til å snakke og høre, men afasi avdekker de komplekse ferdigheter vi bruker for å kommunisere, og fordi afasien kan føre til at språket blir skadet eller fjernet, blir en påminnet om hvor vital og mangfoldig kommunikasjonen er (Parr et. al., 2011). Den afasirammedes kommunikasjonsvansker kan være omfattende eller milde, og gi seg utslag på veldig ulike vis. Fellesnevneren for alle afatikere med sine ulike former for afasi er at venner, familie, kolleger og andre også må forholde seg til den afasirammedes kommunikasjonsvansker.

Mange vil ikke mestre å være i jobb lenger og mister dermed en del av sitt sosiale nettverk. Hos noen vil opplevelsen av seg selv forandres i negativ retning og selvbildet endres i samme takt (Corneliussen et. al., 2006). Den afasirammede har kunnskaper og erfaringer som skjules av afasien og har behov for at de rundt, på en aktiv og bevisst måte, anerkjenner denne kompetansen (Berg, 2010). Depresjon og lavt selvbilde hos afasirammede er ikke uvanlig, og negative komponenter kan være utfordrende når logopeden skal formidle håp og fremtidstro til mennesker som opplever å ha mistet en stor del av seg selv. «Chronic syndromes such as aphasia can create a cycle of stress and anxiety that negatively affect the body, exacerbate illness and reduce the effectiveness of therapies» (Simmons-Mackie, 2004, s. 108).

Afasirehabilitering

Afasi og afasirehabilitering har vært beskrevet på ulike måter, etter hvilket teoretisk tradisjon og perspektiv man så det ut fra (Lind, Haaland-Johansen, Knoph, og Qvenild, 2010; Worrall, Papathanasiou og Sherratt, 2013). Vi vil kort beskrive noen retninger som har vært hyppig brukt. Presentasjonen kan sees som et tidsbilde der den eldste tradisjonen presenteres først. Med

det mener vi at sistnevnte perspektiv, etter det vi forstår, er det som kjennetegner afasirehabilitering i dag.

Nevrologisk tradisjon legger vekt på at afasi skyldes et sammenbrudd i spesifikke språkområder i hjernen på grunn av fokal skade, og at skadested vil definere skadens art og omfang. Denne tradisjonen ble utviklet videre til kognitiv nevropsykologisk tradisjon, der en flytter fokus over til individet og er opptatt av hvor svikten i språkprosesseringen er lokalisert.

Psykososial tradisjon tar utgangspunkt i alle endringer som afasien påfører mennesket, både i muligheter for livsutfoldelse, kommunikasjon og sosial deltakelse med andre mennesker. Her tenker man at afasi er en kommunikasjonsvanske som berører afatikerens evne til samhandling og deltakelse i samfunnet. Dette kan sammenholdes med tanken om at menneskelig kommunikasjon er fundamentet for menneskets frihet, for menneskets virksomhet og muligheten til å opptre frivillig (Sarno, 2004). Her dreier det seg om å lære å leve med afasien og de utfordringer den gir. Det kan også sees i sammenheng med en mer pragmatisk og funksjonell tilnærming der en mener at afasi er en kommunikasjonsvanske som maskerer den iboende kompetansen hos individet.

En biopsykososial tilnærming av hva som er viktig i afasirehabilitering presenteres slik: «Restoration of language function. Participation in communication activities and roles. Enabling environments. Optimizing personal factors» (Worrall et. al., 2013, s. 102). Vi oversetter det til at logopeden bør ha en holistisk planlegging av behandlingen og ta hensyn til biologiske verdibaserte faktorer, psykologiske og kognitive språk- og kommunikasjonsprosesser som omhandler afatikerens og dens omgivelser. Terapien kalles også «health-related quality of life» (Worrall et. al., 2013, s. 103) og viser til målet om å oppnå livskvalitet, velvære og deltagelse for den afasirammede.

2.3 Rådgiving og kommunikasjon

Herunder vil vi definere og avgrense vårt fokus ved å beskrive teori om rådgiving og kommunikasjon som er relevant for vår problemstilling.

Rådgiving

«Å søke råd er å be om hjelp i en prosess der noe har låst seg, blitt uforståelig eller meningsløst» (Lassen 2014, s. 18). Afasi rammer ofte som lyn fra klar himmel og dens utfordringer sprer seg som ringer i vannet til familie, venner, arbeidskollegaer og andre som omgås den som har fått afasi (Bakken, 2010). Den afasirammede og omgivelsene vil ha behov for fakta, informasjon

og råd i en vanskelig situasjon. Som rådgiver er det viktig å ha en grunnleggende plattform gjennom fagkunnskap, holdninger og kommunikative ferdigheter (Lassen, 2012; Holland og Nelson, 2014; Flasher og Fogle, 2012; Davidson og Worrall, 2013). Det betyr at logopeden som arbeider med afasirammede bør ha gode kunnskaper om afasi og de kompliserte utfordringer skaden kan gi, både på personens identitet, humør og sosiale relasjoner (Davidson og Worrall, 2013) for å kunne yte hensiktsmessig bistand.

Dette tydeliggjør Holland og Nelsons (2014) mening når de sier at god fagkunnskap og en genuin interesse for fagfeltet er essensielt for å kunne være en god rådgiver. Logopeden bør vite hva som er vanlig og uvanlig innenfor afasi og holde seg oppdatert innenfor ny forskning. I tillegg til fagkunnskap og kompetanse er det mange personlige egenskaper og tekniske ferdigheter en rådgiver bør ha (Holland og Nelson, 2014; Lassen, 2014; Flasher og Fogle, 2012), noe vi vil beskrive videre i kapittel 2.4.

Det er ulike teoretiske retninger knyttet til rådgivning. Vi bygger masteroppgaven vår på et holistisk menneskesyn som betyr at en ser mennesket som én helhet, sammensatt av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov (Flasher og Fogle, 2012). I et holistisk menneskesyn tar en høyde for at afasien bare er en del av mennesket, afasien er ikke mennesket vi møter. Holistisk betyr at de ulike bestanddelene i helheten som utgjør mennesket, påvirker hverandre. Med det menes at afasien vil påvirke *hele* personen, ikke bare språket eller evnen til å kommunisere og fokuset for rådgiving er å øke den afasirammedes livskvalitet (Lind et., al, 2010; Holland og Nelson, 2014; Davidson og Worrall, 2013).

Begrepet salutogenese kommer innunder et holistisk perspektiv. Begrepet kommer fra Antonovsky (Holter Brudal, 2014; Lassen, 2014) og betyr det som holder oss friske. Gjennom et salutogenesisk rådgivningsperspektiv vil hjelpen fra logopeden bestå i å støtte den afasirammede og bidra til økt kunnskap og forståelse rundt dennes livssituasjon. Logopeden kan bidra til å finne nye strategier for å håndtere livets utfordringer og ikke minst finne mening med å håndtere sitt liv (Lassen, 2014) disse ferdighetene kan i neste omgang styrke afatikerens resiliens og benyttes til videre utvikling av livskvalitet.

For å oppnå salutogenese må en ha en oppfatning av sammenheng slik at tilværelsen oppleves som forståelig, håndterlig og meningsfull. Logopeden kan være en nøkkelperson for at den afasirammede skal oppnå en salutogenese, fordi logopeden har inngående kjennskap til språk, afasi og de verktøy som kan øke mulighetene for bedring. Logopedisk rådgiving kan bestå av direkte eller indirekte tiltak. Med direkte tiltak menes for eksempel språktrening, mens indirekte

tiltak fokuserer mer på konsekvensene afasien påfører personen, for eksempel når det gjelder mulighet for sosial deltakelse (Lind et. al., 2010; Worrall et. al., 2013). Tiltakene er ikke motsetninger fordi en antar at økt språkmestring vil øke kommunikasjonsferdigheten til den afasirammede, som igjen kan ha en positiv påvirkning på afatikerens livskvalitet (Bakken, 2010).

Holland og Nelson (2014) beskriver rådgivning i forhold til kommunikasjonsvansker og rådgivningen presenteres i fire deler. Først av alt er rådgivning en lytteprosess der logopeden må forsøke å begripe hvordan verden ser ut for klienten. I kapittel 2.2 beskrev vi hvordan mennesker med afasi har ulike kommunikasjonsvansker, både verbalt og non-verbalt og at de har vansker med å forstå og bruke gester. Dette gir utfordringer for logopeden som skal forsøke å forstå afatikerens liv og utfordringer.

Holland og Nelson (2014, s. 90) bruker begrepene *clarifying* and *reflecting* og mener dette er teknikker som en særlig tar i bruk innen rådgivning av kommunikasjonsvansker. Vår oversettelse av disse begrepene er *klargjøring* og *refleksjon*. Klargjøring handler om at rådgiver hjelper bruker med å forstå mottatt budskap, støtte opp med ord som dekker brukers tanker og følelser, og i tillegg sikre at rådgiver forstår hva brukeren sier. Refleksjon forstår vi som at logopeden på en måte parafaserer det brukeren har sagt. Det er ikke en eksakt gjentakelse av brukerens ord, men mer som et ekko som speiler brukerens budskap, både det talte og det underliggende (Flasher og Fogle, 2012).

Rådgivning handler om å oppmuntre klienten til å uttrykke seg (Holland og Nelson, 2014). Dette kan medføre store utfordringer for logopeden siden «Afatikere med ikke-flytende talepreg har ofte spesielt vanskelig for å starte med å si noe» (Corneliussen et. al., 2006, s. 39). Logopeden vil måtte være fleksibel og kreativ for å oppnå en form for dialog, men være oppmerksom på at afatikere generelt kan ha vansker med å uttrykke det de føler og opplever, siden kommunikasjonsevnen har blitt såpass redusert.

Tredje aspekt fra Holland og Nelson (2014) er at rådgivers oppgave vil være å gi råd og skaffe informasjon slik at den afasirammede kan forstå hva som skjer med han, og hvordan han kan gå videre på en realistisk måte med optimisme og resiliens. For å oppnå det bør atmosfæren være god og rådgiver må forsikre seg om at brukeren føler seg trygg, ivaretatt og respektert. Dette kan være utfordrende for logopeden fordi afatikere kan misforstå, ha vansker med å forstå

og generelt være sterkt preget psykososialt, fordi språk- og kommunikasjonsskaden har skapt usikkerhet og avstand til andre mennesker (Corneliussen et. al., 2006).

Det siste og mest kompliserte steg i rådgivningen er, etter Holland og Nelsons (2014) definisjon, å hjelpe brukeren til å «oversette» informasjonen til tilfredsstillende handlinger som de lykkes med. Logopeden bør hjelpe afatikeren til å se sine gjenværende styrker, se fremover og finne oppnåelige mål utfra den afasirammedes ønsker og behov (Davidson og Worrall, 2013). For at afatikeren skal oppnå å få hensiktsmessig hjelp kreves kommunikasjon. Kommunikasjon er sentralt i rådgivning og det er den kommunikative prosessen mellom partene som både preger og muliggjør rådgivningsarbeidet (Lassen, 2012). Afasirammedes kommunikasjonsvansker kan tyde på at logopedens utfordringer med rådgiving blir av et annet omfang.

Kommunikasjon

«Ordet kommunikasjon kan oversettes med «å gjøre noe felles»» (Corneliussen, et. al., 2006, s. 21). Med det menes at man kan kommunisere felles, altså snakke sammen, eller man kan kommunisere slik at det man kommuniserer om *blir* felles. Språket er med på å skape en virkelighetsforståelse mellom to parter. Stabell Kulø (2010) har en lignende definisjon der hun sier at kommunikasjon formoder at to parter forholder seg til hverandre og at partene har et kodesystem som kan formidles og med en viss likhet.

Holter Brudal (2014) kaller dette speiling og dialog i en gjensidig prosess. Denne definisjonen ligger til grunn for det som hun kaller empatisk kommunikasjon, som kan utdypes med at for å kunne hjelpe et annet menneske, må en først møte personen der han er. Empatisk kommunikasjon kan først oppstå etter personen har kommunisert med meg og jeg har mottatt og forstått budskapet. Nerdrum (2000) i Samuelsen (2011) sier at nesten alle kan videreutvikle vår evne til innlevelse, men det forutsetter at vi har tilstedeværelse og tar ansvar for våre holdninger, adferd og den måten vi kommuniserer på. Utfra tidligere beskrivelser av hva afasi innebærer forstår en at dialog og kommunikasjon kan være utfordrende, både for den afasirammede og logoped.

«Felles for alle er at afasi alltid innebærer leting etter ord (anomi). Ordleting er generelt sett det vanligste kliniske symptomet på språklig dysfunksjon etter en ervervet skade i hjernen» (Laine og Martin (2006) i Lind et. al., (2010). Vi forstår det slik at afasirammede på grunn av ordletingsvansker kan få store utfordringer i kommunikasjon med andre. Når en tar i betraktning tilleggsvanskene som ofte følger en afasiskade, ser man at utfordringene med kommunikasjon kan bli overveldende. Det samsvarer med Pound (2004) som skriver at afatikere som ikke kan delta i samtaler med andre og vise sin kompetanse, står i fare for å bli fanget i en negativ spiral av reduserte muligheter, sosial deltakelse og vedlikehold av egenverd og selvfølelse.

2.4 Suksessfaktorer i logopedisk rådgiving

I dette kapitlet presenterer vi aktuell teori for å belyse hvilke faktorer som har betydning for å oppnå suksessfylt og formålstjenlig rådgiving. Positive indikatorer i logopedisk rådgivning kan i stikkordsform være positivt fokus med fokus på brukerens styrker, lytte, forstå og oppmuntre til kommunikasjon, oversetter og målfinner, fleksibilitet og helhet og til slutt indikatoren humor (Holland og Nelson, 2014; Flasher og Fogle, 2012; Lassen, 2014). De positive indikatorene presenterer vi for å gi en oversikt som forenkler forståelsen av analysen senere.

Positive indikatorer på suksessfaktorer

For å beskrive positive indikatorer som er tilstede i den logopediske rådgivningen vil det være hensiktsmessig å minne om hva vi legger i begrepet rådgiving. «Rådgiving handler om å hjelpe mennesker som søker hjelp til å hjelpe seg selv ved å oppdage og bruke sine egne ressurser» (Lassen, 2014, s. 18). De fleste mennesker opplever situasjoner som virker fastlåst og må kanskje søke råd for å finne løsningen og en kan anta at afasirammede er en gruppe som har behov for rådgiving. Lassen (2014) mener at rådgiving er en måte å hjelpe mennesker til selvhjelp, men mennesker med spesielle behov trenger også hjelp med tilrettelegging slik at de får mulighet til å utvikle seg videre og oppnå bedre livskvalitet.

Suksessfaktorer forstår vi som positive indikatorer som bør være tilstede for at logopeden skal evne å gi brukeren rådgiving som sikrer den afasirammede best mulig velvære og utviklingsmuligheter. Suksessfaktorene er knyttet til den enkelte logopeds faglige og personlige kompetanse og kommer til syne i hvordan de utøver rådgiving til brukeren gjennom bruk av positive indikatorer (Holland og Nelson, 2014; Flasher og Fogle, 2012; Davidson og Worrall, 2013).

Positivt fokus, med fokus på brukerens styrker

Positiv psykologi er like mye opptatt av å finne styrker som å omforme svakheter (Holland og Nelson, 2014). Det innebærer at logopeden ser den afasirammedes utfordringer, men prioriterer å finne afatikerens ressurser for å motvirke skadeomfanget. Det støttes av Seligmans forskning (2011) på signaturstyrker, som viser at mennesker blir lykkeligere og at omgivelsene setter pris på at man bruker og utvikler styrkene sine.

I 2006 publiserte Elsie Jones-Smith (2014) «*The Strength-Based Counseling Model*». Hennes filosofi er at du er helt i ditt eget liv og at du alltid har et valg om hvordan du vil bruke livet ditt. Jones-Smith utviklet en terapi som tar utgangspunkt i menneskets styrker, der hun fokuserer på hva som virker for brukeren heller en hva som ikke virker. Fokus på menneskets styrker gir positive innflytelser på menneskets opplevelse av seg selv, dets agering og dets velbefinnende og Jones-Smith (2014, s. 61) beskriver det slik: «A focus on strengths sends a message to the brain that it interprets as positive. Then the brain mobilizes the rest of the body for constructive action». Vi oversetter det med at logopedens fokus er på hva den afasirammede har og kan, i motsetning til hva som mangler. Det viktige er å fokusere på brukerens styrker gjennom vanskelighetene.

Lytte forstå og oppmuntre til kommunikasjon

Evnen til å lytte og å finne lytting stimulerende, er en av de personlige kvalitetene til en god rådgiver (Riley, 2002). For å være en god hjelper bør logopeden kunne lytte til det brukeren uttrykker, enten det kommer i muntlig form eller ved bruk av gester, skrift eller på andre måter. Ved hjelp av kroppsspråk, øyekontakt, nikk med hodet, lyder og bekræftelser kan logopeden vise at han er tilstede og lytter aktivt (Flasher og Fogle, 2012). Det vil si at logopeden vier all oppmerksomheten mot brukeren og stenge ute andre forstyrrelser. Slike forstyrrelser kan være pc, innkommende telefoner, tekstmeldinger, overfylte tavler med mange private bilder, men også egne forstyrrende tanker bør logopeden forsøke å legge bort slik at lyttingen kan være helhjertet og aktiv (Lassen, 2014). Mindfulness er et relativt nytt begrep som vi vil oversette med tilstedeværelse. Samuelsen (2011) sier at tilstedeværelse øker emosjonelle intelligens og gjør deg mer åpen for andres tenkemåte og følelser, i tillegg kan du forstå deg selv og andres intensjoner bedre.

Holland og Nelson (2014) skriver at det er viktig for logopeden å tenke gjennom situasjoner som kan oppstå i forbindelse med lytting og manglende forståelse. De skriver videre at de aller

fleste logopeder vil komme i situasjoner der de ikke forstår brukeren og anbefaler å være forberedt ved å tenke igjennom passende setninger som på respektfullt vis kan brukes for å oppnå forståelse. Logopeden bør gi inntrykk av han har tid nok, slik at afatikerer ikke føler et press for å prestere (Corneliussen et. al., 2006). God nok tid kan også være et positivt bidrag når en vil oppmuntre til kommunikasjon. Anomi kan føre til store frustrasjoner og tidspress, og stress eller andre påkjenninger kan forverre ordletingsvanskene. At logopeden viser at han har god tid øker sannsynligheten for en vellykket samtale. Ved å innta en holdning som signaliserer at en har tid nok, senker en sitt eget taletempo, noe som forbedrer afatikerens muligheter til å forstå, samtidig som det høyner egen toleranse for pauser og opphold i samtalen.

Hvordan bør logopeden tilpasse kommunikasjonen og hvem har ansvaret for å opprettholde kommunikasjonen? Først og fremst bør logopeden kartlegge hva som fremmer og hva som hemmer kommunikasjonen for den afasirammede (Alstad, 2010). Med det menes at logopeden bør innta en pragmatisk tilnærming og se språket i en sosial sammenheng og kommunikasjonen i et helhetsperspektiv. Logopeden kan bidra til å vise at den afasirammede er samme person som før, men at den sosiale situasjonen er endret. På den måten kan afatikerer få hjelp til å utvikle kommunikasjonsferdighetene ut fra behov og ferdigheter og lære seg å leve med afasien.

Logopeden bør sørge for å plassere seg riktig i forhold til den afasirammede fordi plasseringen vil ha stor betydning ved for eksempel vansker med neglekt. Dette samsvarer med Lassen (2014) som mener at rådgiver må vise kongruens, positiv aksept og empati gjennom handling. Handling vil i dette tilfellet være å sørge for å ha en gjennomtenkt plassering i forhold til afatikerer. Et bord mellom logoped og bruker kan skape avstand eller trygghet, mens en plassering i samme sofa, kan virke invaderende. Lassen mener at begge parter bør ha lik mulighet til å observere hverandre, men en sittestilling rett overfor bruker kan virke påtrengende, slik at å sitte på skrå kan være bedre for å lettere se bort når en ønsker det.

Godt lys for å sikre best mulige forhold for å oppfatte kommunikasjon og minst mulig bakgrunnsstøy er viktig. Logopeden bør ha ulike hjelpemidler lett tilgjengelig. Det kan være fysiske hjelpemidler som kalender, papir og blyant, avis, bilder eller klokke. I tillegg bør afatikerer oppmuntres til å kommunisere med kroppsspråk, ved hjelp av gester, lyder, peking,

grimaser og uttrykk av følelser. Anpassingene er nyttige på ulike vis, utfra skaden afatikerens har, og logopedens har ansvaret for å hjelpe afatikerens til å finne den mest hensiktsmessige måten å kommunisere på (Alstad, 2010; Pound, Parr, Lindsay og Woolf, 2002; Stabell Kulø, 2010).

Øversetter og målfinner

Afasirammede kan i mange tilfeller ha utfordringer med å sette ord på tanker, ideer og følelser. Begrensninger i uttrykksevnen og forståelsen, fører til at mennesker rundt den afasirammede får et ekstra kommunikasjonsansvar. «Hvor vellykket en samtale kan bli, avhenger ofte av kommunikasjonspartneren» (Stabell Kulø, 2010, s. 133). Vi har kalt denne indikatoren for oversetter og målfinner og med utgangspunkt i relevant teori beskriver vi hva vi legger i dette.

Begrepet *oversetter* forstår vi som logopedens evne til å hjelpe og støtte den afasirammede til å sette ord på sine utfordringer og styrker. Gjennom å være en oversetter vil logopedens samtidig gi brukeren bekreftelse. Bekreftelse er i denne sammenheng det som Rogers (1992) i Holland og Nelson (2014) kaller ubetinget positiv aktelse. Brukeren bør få en oppfatning av at logopedens er der for å hjelpe, støtte og forstå og parafrasering kan være en hensiktsmessig måte å uttrykke det på. En rolle som oversetter innebærer også å gi og få informasjon som kan nyttiggjøres i samarbeidet med å finne passende og ønskede mål for den afasirammede. I følge Webster (1977) i Holland og Nelson (2014) er informasjon et sentralt element i forhold til rådgivning og kommunikasjon. Som rådgiver mottar du informasjon som den afasirammede ønsker å dele med deg og du gir informasjon.

Med *målfinner* forstår vi at logopedens har et bærende ansvar sammen med den afasirammede for å finne mål som gir grobunn for vekst og glede i livet. Logopedens skal hjelpe og støtte brukeren til å finne og kjenne sine sterke sider slik at de kan oppnå «flourishing» (Holland og Nelson, 2014). «Flourishing» kan beskrives som en blomstrende livslang utvikling (Lassen, 2014). Begrepet kommer fra Seligman (2011) som beskriver «flourishing» som målet for positiv psykologi. Med det menes at målet er at den afasirammede kan oppnå «flourishing» og økt livskvalitet ved hjelp av logopedens.

Logopedens er betydningsfull når den afasirammede skal finne fremtidige mål, fordi logopedens har inngående kompetanse om afasi. Kunnskapen nyttes for å finne den nødvendige balansen mellom afatikerens ressurser og de målene han har. I Lassen (2014) skriver Chikszentmihalyi

(1991) at det må være balanse mellom menneskets kompetanse, evner og de utfordringer de møter, for at de skal kunne oppnå optimal læring og trivsel. Mennesket vil da være i *flyt*. Han forklarer videre at når det oppstår ubalanse vil det være viktig å oppdage hva som kan fremme vekst igjen, og utvikle ressurser og fremgangsmåter for å komme inn i flytsonen.

Morris, Howard, og Kennedy (2004) sier det er utfordrende å vite hva en skal vektlegge i afasibehandlingen og hvordan en skal måle suksess hvis det er mismatch mellom de endringer som skjer hos den afasirammede, med hensyn til behandling, brukerens målbare ferdigheter og ikke minst brukerens livskvalitet og sosialt engasjement. Forfatterne mener at logopeden da må stille spørsmål til hva som blir vektlagt og hvorfor. Logopeden kan i den sammenheng være viktig og bidra med nyttige refleksjoner sammen med afatikerer. Logopeden kan gjennom rådgiving hjelpe og støtte brukeren til å avklare tanker, følelser, holdninger og tro, samt gir dem en mulighet til positiv endring (Webster (1977) i Holland og Nelson (2014)).

Fleksibilitet og helhetstenking

Logopedisk arbeid er ofte preget av en dobbelthet (Haaland-Johansen & Røste, 2010). Med det menes at på den ene siden er logopedens arbeid å finne tydelige og presise mål for så å utforme hensiktsmessige tiltak i tråd med disse. På den andre siden er logopedisk arbeid å være *var for* og følge opp forandringer som skjer, både i løpet av logopedtiden, men også gjennom hele behandlingsforløpet. Fleksibilitet fremheves fordi logopeden på den ene siden må finne mål og tiltak, samt hjelpe brukeren med å gjennomføre tiltakene. På den andre siden må logopeden være oppmerksom på justeringer og endringer som er hensiktsmessige for at brukeren skal oppnå positiv utvikling og økt velvære. «Å skifte fra den ene formen til den andre krever fleksibilitet og helhetstenkning» (Lassen, 2014, s. 39).

Fleksibilitet kan anses å være et dekkende begrep som er betegnende for flere sider av logopedens arbeid. Morris et. al., (2004) skriver at logoped og bruker har en gjensidig prosess som engasjerer og utfordrer dem begge og derfor må særlig logopeden være åpen for forandringer. Forfatterne mener at logopeden må være villig til å ta til seg eller droppe behandling som ikke er hensiktsmessig eller effektiv for brukeren. Denne tenkningen finner vi også hos Stabell Kulø (2010, s. 134) «Logopeder må hele tiden være åpne for nye løsninger som kan bedre den afasirammedes kommunikasjonsmuligheter».

Med helhetstenking forstår vi at logopeden ser hele brukeren, ikke bare de språklige utfordringene som viser seg på grunn av afasi. «Positiv psykologi representerer et helhetssyn på mennesket» skriver Holter Brudal (s. 93, 2014). For å utvise en helhetstenking bør logoped

anse den afasirammedes styrker og kompetanse som like viktig som de utfordringer og vansker han eller hun har.

Humor

Simmons-Mackie skrev i 2004 «*Just kidding! Humour and therapy for aphasia*», som Holland og Nelson (2014) anbefaler til obligatorisk lesing for rådgivere. Simmons-Mackie sier at humor har en viktig funksjon i menneskelig kommunikasjon, den er sosial og ofte ment for å deles, likevel har den ofte manglet i afasi behandlingen. Hun sier at humoren er overalt, uttrykkes på ulike vis i alle mulige situasjoner og ulike utslag av humor skjer oss ofte uten at vi legger merke til det. Simmons-Mackie mener at latter, i alle former, er humorens atferdsmessige uttrykk.

«Humour can also be therapeutic itself. If we believe in holistic, person centered programming for aphasia, then we must not ignore spiritual and emotional health» (Simmons-Mackie, 2004, s. 107). Humor kan ha en stor rolle i våre liv fordi den er så sosial og kommunikativ og Simmons-Mackie beskriver humor som en betydningsfull del av innholdet i behandlingen til de afasirammede. Dette samsvarer med Holland og Nelson (2014) som mener at humor er en spesiell og særskilt egenskap hos en dyktig logoped, like viktig som å kunne se livets lyse side i rådgivingen. Logopeden kan bruke humor på en slik måte at mennesker med utfordringer får det bedre og på den måten gi den afasirammede et verktøy for å avhjelpe tunge perioder. Holland og Nelson fortsetter med å si at mennesker som har evnen til å le av seg selv antagelig takler utfordringene kommunikasjonsvansken gir på en bedre måte enn de som er mer nedfor.

I Simmons-Mackies (2004) arbeid med afasirammede fant hun at humoren ofte kom som en ikke planlagt del av behandlingen. Det var ikke i form av vitser eller klovneri, men det kunne være uventede reaksjoner, hentydninger eller ansiktsuttrykk som fikk frem humor i form av smil og latter. Humoren kom til uttrykk i delt latter mellom logoped og afatiker. Den var alltid godartet, ment for å hjelpe afatikeren til en bedre opplevelse av logopedbehandlingen. Simmons-Mackie sier at humoren var ment å begrense følelsen av forlegenhet, motivere afatikeren til å samarbeide, fremme tilhørighet og dempe spenning hos den afasirammede.

Simmons-Mackie (2004) gjorde andre funn på bruk av humor i terapi og refererer til flere ulike forskere, men vi presenterer *hennes* beskrivelser av disse funnene. Simmons-Mackie skriver at

humor godt kan være en del av planlagt behandling. Funn viser at humor stimulerer hjernen på en særskilt måte og kan hjelpe afasirammede til å oppnå sine mål på en mer hensiktsmessig måte. Humoren kan også gjøre det lettere å huske fordi humoren benytter både det intellektuelle og det emosjonelle systemet vårt slik at vi får bedre fokus. Humor er en viktig kommunikasjonsfaktor som bygger bånd mellom logoped og afatiker og hjelper til å dempe stress. Hun beskriver også at humor kan være en del av behandlingen i seg selv fordi det minsker depresjon, øker moralen og bygger et positivt selvbilde.

3. Metode og vitenskapsteoretisk tilnærming

Vi har valgt en fenomenologisk, hermeneutisk vitenskapsteoretisk tilnærming, med et holistisk menneskesyn. «Målet er å få økt forståelse og innsikt i andres livsverden» (Johannessen et. al., 2010). Fenomenologien forsøker å beskrive alt så detaljert og riktig som mulig, med bakgrunn i at vår bevissthet om det vi ser, er preget av vår forforståelse og våre erfaringer (Finlay, 2011).

Hermeneutikk betyr fortolkningslære og understreker at mennesker hele tiden fortolker inntrykk. Vi kan ikke oppfatte uten å fortolke å gi det mening for oss selv. Denne fortolkningsprosessen er en nødvendig del av all menneskelig erkjennelse. Sentralt i hermeneutikken er at deler må forstås i lys av helheten de hører hjemme i, og delene får ulik mening avhengig av den helhet de fortolkes i. Prosessen skifter på å se helheten og å studere enkeltdele og kalles den hermeneutiske sirkel. Metoden er meget anvendelig når man vil forstå, tolke og finne mening og hensikt gjennom kvalitativ forskning (Johannessen et. al., 2010.)

Med holistisk menneskesyn menes å se hele mennesket. Logopeden møter ulike mennesker som har *sin* historie og personlighet og som i tillegg har fått afasi. Det essensielle er å se hele mennesket og ikke bare afasien som sådan. Vi beskriver hvordan vi vil analysere våre data, før vi runder av med etiske betraktninger omkring forskningen.

3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign er en overordnet plan for hvordan vi skal finne vår empiri. Det er vanlig å beskrive flere forskningsdesign. De kan overlape eller innebære elementer fra hverandre. Valg av design betyr ikke at en metode er bedre enn den andre, det sier at *vi* mener den valgte tilnærmingen er mer egnet for å vise vår empiri. Valg av design har imidlertid betydning for gyldigheten og nøyaktigheten av studien, noe vi belyser i dette kapittelet (Jacobsen, 2010).

Vår problemstilling er: *Hvilke suksessfaktorer er tilstede i logopedens rådgivningsarbeid med afasirammede?*

Vi ønsker å se hvordan logopedene bruker positiv psykologi som fundament for rådgivning i arbeid med afasirammede. Kvalitativ tilnærming gir oss én forståelse, mens kvantitativ tilnærming ville benyttet andre spørsmål og innfallsvinkler og dermed gitt en annen forklaring. Kvalitativ metode er best egnet når formålet er å utvikle ny kunnskap og få dypere innsikt og forståelse av et fenomen (Jacobsen, 2010). «The primary advantage of qualitative research is its focus on phenomena that occur in natural settings» (Irwin, Pannbacker og Lass, 2014, s.

186). Vi har observert logopedene på deres kontor, men også i hjemmet til den afasirammede. Logopedtimene har i sin helhet inneholdt språktrening, kartlegging og testing.

Intensivt, kvalitativt design (Jacobsen, 2010) betyr at vår intensjon er å få frem så mange nyanser som mulig og en mest mulig helhetlig forståelse av fenomenet rådgivning. Med intensivt, mener vi å gå i dybden og har valgt et mindre antall respondenter for å få data om rådgivning. Irwin et. al., (2014) beskriver intensivt design som et målrettet utvalg.

Kvalitativt, intensivt design er godt egnet når en skal få frem respondentenes opplevelser, samhandling og meninger, i motsetning til kvantitativt design som er mer egnet når en skal telle eller måle forskningsmaterialet. Intensivt design fører imidlertid til at vi ikke kan generalisere det vi finner i undersøkelsen. Respondentene blir for få representere ikke *alle* logopedene som arbeider med rådgivning til afasirammede. Kvalitativt design betyr at vi involverer oss mer enn i kvantitativt design. Et spørreskjema må ikke føre til kontakt mellom forsker og respondent, men observasjon og intervju vil uvilkaarlig gi oss en relasjon til de vi skal forske på. Relasjonen kan medføre at vi påvirker respondentene og vi må hele tiden ha oss selv og muligheten for deltakelse under observasjon (Aase og Fossåskaret, 2014; Finlay, 2011).

Vårt design hører inn under det som kalles casestudie, et av de mest anvendte forskningsdesign. Med det menes en detaljert kvalitativ studie av det en vil undersøke ved bruk av kvalitative metoder. Casestudier kan skape nye teorier eller utfordre aksepterte metoder og behandlingsformer. I casestudier har en et målrettet utvalg av spesielt viktige eller illustrerende enheter (Irwin et. al., 2014). Designet brukes for å forske på én enhet eller flere enheter i samme gruppe. Vi har studert det som Jacobsen (2010) kaller kollektiv enhet siden vi har observert tre logopeder. Vårt design er åpent ved at vi får enkeltmenneskets inntrykk og det vil gi oss mengder av nyanserte data. Det kan bli en utfordring fordi svarene vil være komplekse og gjøre tolkningsarbeidet krevende. Det stiller store krav til oss for å beholde oversikten i analysearbeidet. Her må vi søke å ha en åpen holdning for å unngå at vi foretar en ubevisst siling av informasjon slik at detaljer forsvinner (Jacobsen, 2010).

Kvalitativ forskning er ressurskrevende (Irwin et. al., 2014). Observasjon og intervju krever at en har gjort grundig forarbeid. Etterarbeidet består av et omfattende analysearbeid av store mengder data. På den andre siden er nærhet til det en forsker på en av fordelene ved kvalitativt design. Nærheten øker vår oppfatning av respondentenes prosesser og gir oss en dypere forståelse. Nærheten kan være en ulempe hvis en mister evnen til kritisk refleksjon og blir for tett knyttet til det en undersøker (Jacobsen, 2010). Å være to forskere som har diskutert undersøkelsen jevnlig, ser vi på som en styrke for å motvirke at nærhet fører til blindhet. Flexibiliteten ved kvalitativ metode gir oss anledning til å endre fremgangsmåte hvis vi ser at metodene ikke gir svar på problemstillingen vår, eller endre problemstilling ettersom data innhentes. Her må vi imidlertid være oppmerksomme, slik at ikke fleksibiliteten gjør at vi får en annen undersøkelse eller ikke klarer å avslutte forskningen.

3.2 Forskningsmetoder

Innenfor kvalitativ forskning brukes ulike metoder. Observasjon og intervju er to av de vanligste og kombineres ofte. Ut fra vår problemstilling har vi vurdert livshistorier, gruppeintervju og biografiske metoder som mindre formålstjenlig fordi vi ikke får nærheten og forståelsen vi søker omkring logopedens rådgiving. Studier av rettslige dokumenter eller andre dokumenter er for omfattende når vi tar tidsperspektivet i betraktning. Vi har utelukket kvantitativ metode som spørreskjema, fordi den er mindre egnet for å få frem den menneskelige stemmen (Dalen, 2011).

3.2.1 Observasjon

Observasjon handler om å registrere personer og gruppers atferd. Det skjer som regel i en bestemt kontekst. Det er vanlig å skille mellom åpen og lukket observasjon, deltakende og ikke-deltakende observasjon (Jacobsen, 2005). Deltakende observasjon vil si at observatøren deltar på lik linje med de han observerer, mens en ved ikke-deltakende observasjon holder større avstand til de som blir observert. På bakgrunn av vår problemstilling har vi valgt en ikke-deltakende åpen observasjon. Åpen betyr at logopeden vet at hun og han skal observeres.

Ved bruk av observasjon som metode er det vanlig å stille spørsmålene hvor, når og hvor lenge vi skal observere (Jacobsen, 2010). En observasjon er utsnitt av en tidsepoke. Vårt fokus er logopeden som aktør. Da blir det naturlig å observere der logopeden utøver sitt virke, som i denne sammenheng har vært på et logopedkontor og i hjemmet til brukeren. I forkant av behandlingene fikk vi en kort presentasjon av brukeren vi skulle møte og hva logopeden hadde planlagt for timen. Vi ble presentert for bruker og satte oss et stykke unna slik at vi kunne

observere uten å forstyrre hovedpersonene. Vi plasserte oss alltid slik at vi hadde fokus på logopeden. Vårt intensive design har gitt oss nærhet til settingen vi har observert i, der vi har kommet tett innpå logopedens samhandling med en afatiker. Selv om vårt perspektiv har vært på logopeden, har vi vært nødt til å ta hensyn til at logopeden vil være i interaksjon med afatikere og at disse menneskene vil være viktig for undersøkelsens helhet.

I følge Irwin et. al. (2014) brukes betegnelsen *strukturert observasjon* når man har valgt hva man vil observere og bruker observasjonsskjema. Man kan også ha semistrukturerte og ustrukturerte observasjoner. Ved å utarbeide et skjema vil en på forhånd bestemme fokus for observasjonen. Det vil gi et skarpere fokus enn ved deltakende observasjon. Vi utformet et strukturert observasjonsskjema med bakgrunn i problemstillingen og tidligere beskrevet teori, der det sentrale er suksessfaktorer i logopedisk rådgivning. Vi drøftet alle elementene i skjemaet for å sikre en felles forståelse av begrepene vi har valgt å bruke. Vår forforståelse og erfaringsbakgrunn vil prege drøftingen og analysen av observasjonene.

Under observasjonene kan det utspille seg situasjoner som ikke omfattes av observasjonsskjemaet. Det har vi tatt høyde for ved å lage egen plass i skjemaet hvor vi har notert informasjon som vi så for oss kunne bli viktig for vår undersøkelse. Vi har delt observasjonsskjemaet i tre hoveddeler som inneholder ulike positive indikatorer på suksessfaktorer innen rådgivning (vedlegg 1).

Vi gjennomførte to observasjoner av hver logoped, med unntak av den ene som vi av praktiske hensyn bare fikk observert en gang. Vi observerte to av respondentene med to ulike brukere. Totalt fem observasjoner har gitt oss større variasjon og et bredere perspektiv på rådgivningsrollen til logopeden, enn om vi bare hadde observert respondentene med en og samme bruker. Etter observasjonene gikk vi umiddelbart hver for oss gjennom notatene. Dette for å unngå å prege hverandres oppfatning og sikre mest mulig nøyaktig informasjon.

3.2.2. Intervju

Intervju er en av de mest brukte metodene i kvalitativ forskning (Irwin et. al., 2014). For å få innsikt i respondentens tanker, følelser og erfaringer er det godt egnet å bruke kvalitativt

intervju som metode (Dalen, 2011). I følge Dalen kan intervju kan være ulike, men felles for metoden er den menneskelige stemmen og den lyttende intervjueren. Et intervju kan være strukturert, med faste spørsmål som gir klare svar, eller semi-strukturert, med spesifikke og åpne spørsmål som gir individuelle svar (Irwin et. al., 2014). Vi har valgt et semi-strukturert intervju som vi har utarbeidet på bakgrunn av analyse av observasjonene samt teoribakgrunnen for undersøkelsen. Intervjuguidene er tematisk like for alle, med unntak av hos en respondent der vi fikk utdypet og nyansert et spørsmål vedrørende kongruens.

Gjennom intervjuene ønsket vi å finne ut mer om respondentenes tanker omkring det vi har observert. Vi har laget en intervjuguide med åpne spørsmål som er korte og presise. Vi har brukt et hverdagslig språk uten mange faguttrykk for å hindre at respondenten føler seg presset. En respondent som føler at hun må prestere og bevise sin kunnskap, vil ikke være det beste utgangspunkt for et godt intervju (Andersen og Christensen, 2013). På bakgrunn av observasjonene stilte vi samme spørsmål til alle respondentene. Respondentene har *sin* for forståelse, *sin* historie og bakgrunn, og uansett like eller ulike spørsmål vil vi få utfordringer med å jamføre svarene (Aase og Fossåskaret, 2014). Kvalitativt intervju er valgt av hensyn til vårt forskningstema og at vi ønsker den menneskelige stemmen inn. Målet er et produkt som vi (intervjuere) og respondent (logoped) gjennom samspill har skapt sammen (Finlay, 2011). Med intervju kan vi samle inn spesifikk, utfyllende data som gir oss sammenheng og forståelse. Intervju som metode gir oss en fleksibilitet uten faste svaralternativ og mulighet til å oppklare uklarheter og søke utfyllende svar (Irwin et. al., 2014).

Intervju, ansikt til ansikt, har gitt oss mulighet til å få et mer nyansert bilde ved at vi har kunnet observert selve intervjusituasjonen. Aase og Fossåskaret (2014) sier at poenget er at man bruker samtalekunst og kreativitet i dialogen med respondentene og ikke setter for strenge rammer. Et gjensidig engasjement kan oppmuntre respondentene og vise at vi ser på dem som likeverdige subjekter. «Intervjueren må være i stand til å gi noe av seg selv i informantsamtalene» (Aase og Fossåskaret, 2014, s. 114). En konstant enveisstrøm av spørsmål sammen med korte nikk og smålyder, kan gi inntrykk av at vi er uengasjerte, distanserer oss og ser på respondentene som *gjenstander* for vår forskning. Det er noe vi har hatt fokus på i hvert enkelt intervju. Vi har forsøkt mest mulig nøytrale, oppmerksomme, tilstedeværende og nær i intervjusituasjonen.

Å intervju er en situasjon som krever refleksjon over egen rolle. I følge Dalen (2011) er det viktigst å kunne lytte og gi respondenten oppmerksomhet når han svarer. Hun skriver videre at for å kunne utføre gode intervjuer kreves det skikkethet. Intervjueren må kunne vise interesse, respekt, smidighet i egne reaksjoner, evne til forståelse, empati og toleranse ovenfor andres meninger og evne til å lytte. Det har vi tatt til etterretning og gjennomført et prøveintervju for å få øvet oss på intervjurollen. Prøveintervjuet ble gjennomført på en kollega med logopedbakgrunn. En av oss intervjuet og den andre observerte. Dette ga oss nyttig erfaring både med selve intervjusituasjonen og innholdet i intervjuguiden.

Vi foretrakk å ha en intervjuer og en observatør og vekslet på disse rollene. Lydopptaker ble brukt under alle intervjuene og transkripsjonsarbeidet delt mellom oss. Opptak sikret oss autentisk informasjon og logopedenes egne ord ble lagret for transkripsjon. Vi ble på forhånd enige om at transkripsjonen skulle oversettes til normert skriftspråk, felles regler for transkripsjon, vedrørende tegn for pauser, lengde på disse og latter, fordi dataene skulle forstås og håndteres av to personer i analysen. Dette beskytter også for mulig identifisering av respondentene på grunn av dialekt. Vi har fjernet uttrykk som «eh», «hm» og andre uttrykk som ikke inneholder meningsbærende elementer, for å få en meningsfortettet tekst. Intervjuguiden ble godkjent av veileder før intervjuene (vedlegg 2).

3.2.3. Utvalg av respondenter

Begrepet informant og respondent blir noen ganger likestilt, men det er et skille mellom dem. Respondenter har direkte kjennskap til et fenomen gjennom at de for eksempel er medlem av en gruppe, mottar en tjeneste eller har deltatt i en hendelse. Logopedene er representanter for den gruppen vi har forsket på, derfor har vi brukt begrepet respondent. Informanter kan være en del av en kvalitativ undersøkelse, men disse personene representerer ikke selv gruppen som undersøkes, men har kunnskap om gruppen eller fenomenet som iakttas (Jacobsen, 2005).

Når man skal foreta utvelgelse til en undersøkelse er det vanlig å bruke begrepene strategisk og taktisk. Med strategisk menes at det gjøres et valg mellom ulike alternativer og taktisk sier noe om den praktiske gjennomføringen basert på de valg som er tatt (Johannessen et. al., 2010). Formålet med forskningsprosjektet er å komme nært inn på vår undersøkelsesenheter for å få en dypere innsikt og forståelse for fenomenet vi forsker på. En annen dimensjon er hvilket

perspektiv vi skal belyse. Våre alternativer var logopeder, afasirammede og pårørende til de afasirammede. Forskningsprosjektets omfang stiller imidlertid krav til valg og avgrensning. Vi har valgt å se nærmere på logopeden og dens utførelse av rådgivning med mennesker med afasi.

Hensikten med kvalitative undersøkelser er å få grundige beskrivelser og kunnskap om et fenomen. Kvalitative studier har ofte et klart hovedmål for sin rekruttering av respondenter og dette kalles i metodelitteraturen for strategisk utvelgelse. Strategisk utvelgelse betyr at forskeren bedømmer målgruppen som er formålstjenlig for å få samlet nødvendig data og velger så ut personer fra målgruppen som blir en del av undersøkelsen (Johannessen et.al., 2010). Vår målgruppe er logopeder som jobber med afasirammede, som er kommet over i rehabiliteringsfasen. Fleksibilitet er en av styrkende til kvalitative metoder, og kan nyttes i utvalgsfasen. Det viktigste er at utvalget av respondenter er formålsorientert. Dette betyr at utvalget bør være styrt av den informasjonen vi ønsker til vår undersøkelse (Jacobsen, 2005).

Av praktiske og ressursmessige årsaker har vi rekruttert logopeder fra samme område til vår undersøkelse. Antall respondenter vi skulle ha med i undersøkelsen var en vurdering vi måtte ta. Vi måtte få nok datamateriale til å belyse problemstillingen vår, men for mye datamateriale kunne bli for omfattende for våre rammer og gjøre analysearbeidet uoversiktlig. Etter drøfting med veileder kom vi frem til at tre logopeder vil være passende for vår undersøkelse. Vi tok kontakt med fire logopeder per telefon og fikk tre positive svar. Deretter sendte vi ut informasjonsskriv som også fungerte som en formell forespørsel (vedlegg 3). Vi mottok avslag fra en logoped, med mangel på aktuelle brukere som årsak. Snøballmetoden der en respondent henviser til en annen mulig respondent (Jacobsen, 2010; Irwin et. al., 2014) førte oss til en tredje respondent. Tre respondenter var minimum for å få større dybde i forskningen.

I teori om observasjon som metode brukes metaforen døråpner om mennesker som sitter på informasjon og kan gi forskere uformell eller formell tilgang til selve settingen for observasjonen. Med setting menes de miljøer, situasjoner og deltakere som en kan skaffe informasjon fra ved bruk av observasjon eller intervjuer (Johannessen et. al., 2010). For oss har døråpnere vært logopeder som jobber med afatikere. De har den nødvendige kjennskapen til å kunne velge ut brukere som passer til vår undersøkelse. Det har vært viktig for oss at logopedene, som kjenner brukerne, har vært hjelpelig med å spørre om tillatelse til

observasjon og tilstedeværelse i logopedtimene. Dette vil vi skrive mer om under etiske betraktninger.

3.2.4. Analyse, reliabilitet og validitet

Analyse

Vi har valgt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming på vårt forskningsprosjekt. Vi har dermed vært i en fortolkningsprosess hele veien. I fenomenologisk analyse er det vanlig å analysere meningsinnhold i datamaterialet (Johannessen et. al., 2010; Finlay, 2011).

«Målsettingen for kvalitativ tolkning er å produsere ny kunnskap» (Aase og Fossåskaret, 2014, s. 139). Tolkning vil si å belyse, klargjøre og analysere de data vi har innhentet. Analyse av kvalitative data er utfordrende av flere årsaker; det er ingen systematiske regler for analyse og presentasjon av kvalitative data, datamengden som skal organiseres og analyseres er stor og krever reduksjon før en rapporterer funnene (Irwin et. al., 2014).

Irwin et. al. (2014) beskriver fire kognitive prosesser som er involvert i analyseprosessen. Forståelse av data man mottar er første prosess og det foregår *mens* man innhenter dataene. Vi ser at vi aldri kan være helt nøytrale, vi vil prosessere inntrykkene kontinuerlig og justere oss etter den nye forståelsen. Andre prosess er å sette bitene samme og starte sorteringen av data. Denne prosessen begynner mens man innhenter data, men fortsetter etterpå. Her ser vi at i den videre analyseprosessen vil problemstillingen, samt teori, være mer styrende for hvordan vi lager nye koder og kategorier på bakgrunn av den første åpne kodingen. Å sammenholde empiri med teori og systematisere data er tredje prosess, mens den fjerde innebærer å rekontekstuerer empirien slik at ny teori utvikles. Vi følger Irwin et. al., (2014) i de tre første prosessene, men masteroppgaven, både vårt empiriske materiale og tidsperspektivet, er for lite til at vi kan ta empirien ut i ny kontekst for å utvikle ny teori.

Gjennom et strukturert skjema, med ulike atferds-indikatorer på suksessfaktorer innen logopedisk rådgivning, har vi bestemt fokus under observasjonene. Vi startet med å analysere observasjonsskjemaene grundig og sammenfattet opplysningene tematisk. Temaene fungerte som koder og representerte faktorer vi mente hørte sammen. Organisering av suksessfaktorene

hjalp oss til et bedre utgangspunkt ved presentasjon av funnene våre. I følge tidligere beskrevet definisjon på den hermeneutiske sirkel satt vi igjen med ny viten og nye beskrivelser fant sted. Analysen av observasjonene ga oss nye oppfatninger som vi tolket opp mot helheten og utfra dette skrev vi intervjuguiden. Intervjuspørsmålene ble formet ut fra temaene vi systematiserte empirien i. Etter transkripsjonen fikk vi mengder av rådata. Vi gjorde oss kjent med datamaterialet. Fikk innblikk i logopedenes tanker og forståelse av deres svar.

Vi laget tema som dekket hovedessensen i empirien og sorterte tekst inn under tilhørende tema. Relevante og meningsbærende elementer i teksten ble markert med ulike koder. Dette hjalp oss å redusere tekstmengde og få et system basert på beskrivelser hentet fra logopedenes utsagn (Johannessen et. al., 2010). Underveis i kodearbeidet tolket vi utsnitt av teksten og så det i sammenheng med relevant teori. Etterhvert dannet vi mer abstrakte kategorier og så det i sammenheng med vår teoritilnærming om positiv psykologi og rådgivning i forhold til afasirammede. Vi avsluttet med en sammenfatning av datamaterialet gjennom vurdering opp mot eksisterende forskning og teorier (Johannessen et. al., 2010).

Observasjonene har vært styrende for analysen vår og intervjuene har fungert som et supplement til observasjonene. Drøfting av empirien leder forskningen frem til et sluttprodukt som presenteres i masteroppgaven. Gjennom analysen av meningsinnholdet i vårt datamateriale, har vi vært bevisst på vår forforståelse. Fortolkningsprosessen vil skje i lys av egne erfaringer, teorikunnskap, følelser, det konkrete innholdet i observasjonene/intervjuene og konteksten for fenomenet vi har forsket på. Vi må klare å sette oss inn i våre respondenters tanker, men samtidig holde en distanse slik at vi beholder oversikten.

Begrepene reliabilitet og validitet har tidligere vært mest brukt innenfor kvantitativ forskning (Trost, 2010) og må brukes på andre måter for å gjøre kvalitativ forskning mer troverdig. «Reliability and validity are the fundamental criteria for evaluating qualitative research» (Irwin et. al., 2014, s. 193). Reliabilitet betyr pålitelig og henviser til at vår forskning må være nøyaktig og presis. Validiteten forteller om vi har klart å måle det vi ønsket å måle. Sammen med analysen av empirien, er det dette som viser hvor solid forskningen er. Med solid mener vi her troverdig og gjennomført på korrekt vis.

Reliabilitet

Reliabilitet står for pålitelighet og henviser til at vi skal kunne få samme svaret om vi gjentar forskningen med samme metoder. Dette er krav som er lite hensiktsmessig i kvalitativ forskning (Jacobsen, 2010). Observasjonene vil være preget av vår forforståelse og innsikten vi får tar vi med oss til neste observasjon. Innsikt og forståelse kumulerer og siste observasjon og intervju vil være annerledes enn første gang (Irwin et. al., 2014). Et annet aspekt er at vi bruker oss selv som instrument i forskningen. Ved å være sensitive og åpne slik at sansene mottar mest mulig informasjon, sammenfatter vi umiddelbart informasjonen til en helhet, og da er det tilnærmet umulig for en annen forsker å kopiere oss.

Vårt perspektiv er fra positiv psykologi og det er viktig at data gjengis med objektivitet. Om respondenten uttrykker frustrasjon over rådgivningssituasjonen, skal det fremstilles mest mulig objektivt for å oppnå høy reliabilitet (Aase og Fossåskaret, 2014) slik at ikke følelser forstyrrer oppfatningen av pålitelighet. Vi skal gjengi realistisk empiri med fokus på positive indikatorer i den logopediske rådgivningen. Kvalitative tilnærminger kjennetegnes av fleksibilitet, det vil si at de kan gjennomføres på ulike måter (Johannessen et. al., 2010) og vi må beskrive alle deler av forskningsprosessen for å sikre transparens. Stor grad av transparens er viktig for å sikre kvaliteten på forskningsarbeidet og det har vi forsøkt å oppnå gjennom nøyaktige beskrivelser.

Validitet

Jacobsen (2010) beskriver troverdighet som intern validitet og overførbarhet som ekstern validitet. Han skriver også at bekreftbarhet tilsvarer kvalitativ forsknings objektivitet. Metodetriangulering, det vil si å bruke flere metoder i forskningen, er en måte å høyne troverdigheten. «Triangulation also known as crystallization refers to the use of multiple methods to improve the credibility of finding, or the truth» (Irwin et. al., 2014, s. 195). På den andre siden sier Aase og Fossåskaret (2014) at det er en misforståelse at metodetriangulering er egnet for å finne fenomenets virkelige beskaffenhet fordi sosiale fenomen sjelden kan gis en endelig forklaring. Vi har brukt observasjon og intervju, og vi er oppmerksomme på at begge metoder kan være kontekstavhengige og verdiladede (Jacobsen, 2010). Vi kan ikke bruke triangulering for å finne sannheten, men vi bruker triangulering for å få en dypere forståelse og større innsikt. Hvis vi kun hadde brukt observasjon ville det gitt oss en snevrere forståelse enn det vi oppnår ved å bruke intervju i tillegg. Konkrete spørsmål i intervjuet er også med på å

sikre validiteten fordi man er sikrere på at intervjuer og respondent snakker om samme fenomen (Aase og Fossåskaret, 2014).

Når det gjelder overførbarhet antar vi at den nye kunnskapen vi innhenter kan overføres til aktuelle arenaer. Kunnskap om rådgivning er allmennyttig og brukes i mange situasjoner og overførbarheten er med på å vise forskningens eksterne validitet. Forskingen vår er ikke mulig å generalisere, men vi håper «... å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres» (Jacobsen, 2010, s.231).

Bekreftbarheten som beskriver forskningens objektivitet vil vi oppnå ved å beskrive prosessen så grundig som mulig. Det vil omfatte både de enkle og de mer kompliserte beslutningene. Vi har presentert vår rolle i forskningen, vårt vitenskapsteoretiske ståsted og videre våre metodevalg. Vi har også gjengitt prosessen med utvelgelse av respondenter. Ved å beskrive bakgrunnen for, og arbeidet med observasjonsskjemaet, samt bearbeidelsen av intervjuguiden gir vi forskningen høyere transparens. Vi avslutter med å presentere hvordan vi analyserer dataene for å oppnå en høyere intern validiteten. Objektiviteten styrkes også ved at vi finner bekreftelse i litteratur om emnet som vi drøfter opp mot våre funn.

Vi har ikke vært involvert i utvelgelsen av hvem vi fikk observere sammen med logopedene (i behandlingen). Vi valgte å la logopeden stå for kommunikasjonen med afatikerne vedrørende deltakelse i vår forskning. Et annet aspekt under validitet er Hawthorne-effekten (Aase og Fossåskaret, 2014), et begrep som beskriver hvordan observasjon får mennesker til å endre atferd fordi de vet at de blir studert. For å motvirke Hawthorne-effekten har vi valgt å ikke gi respondentene mer orientering utover informasjonsbrevet de fikk tilsendt. Vi ønsket ikke å gi dem observasjonsskjemaet eller intervjuguidene, for å unngå å være med på å forme deres innstilling og muligens atferd. Etter vår vurdering økes også validiteten ved at vi er to forskere som har analysert dataene.

3.3 Etiske betraktninger

Forskningsetikkloven (2006) setter standard for forskere og den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt forskningsetiske retningslinjer (Jacobsen, 2010). Vi forholdt oss til dette i vår planlegging, gjennomføring og presentasjon av forskningen. Vi sendte ut informasjonsbrev med samtykkeerklæring til respondentene og

afatikerne i forkant av observasjonene og intervjuene, slik at begge visste hva som skulle skje. Selv om vårt fokus er på logopedene, ville vi at afatikerne skulle være trygge på at observasjonene ivaretok dem også. Vi har samarbeidet med logopedene om informasjonsformidlingen til afatikerne, siden de har førstekjenneskap til brukerne.

Afatikere har kommunikasjonsvansker i større eller mindre grad, og det var viktig at en fagperson som kjente brukeren sikret at god informasjon ble gitt og samtykkeerklæring ble forstått og underskrevet. Dette samsvarer med Creswell (2003) som ifølge Irwin et. al., (2014) sier at forskeren først og fremst har en forpliktelse til å respektere rettighetene, behovene, verdiene og ønskene til informantene, særlig fordi mennesker i sårbare livssituasjoner kan mangle kraften til å stå imot uønskede forespørsler. Vi informerte om at forskningen er godkjent av NSD (vedlegg 4 og 5), er frivillig, i tråd med forskningsetiske prinsipper og at respondent eller afatiker kunne avslutte forskningen når som helst om de måtte ønske det.

Informasjonen til respondentene fokuserte på hovedpunkter og ikke detaljer. Forskning skal være planlagt slik at muligheten for å villede andre, er minimal (Irwin et. al., 2014). Det betyr at de ikke fikk se observasjonsskjemaet eller intervjuguiden før vi møttes. Vi ønsket med dette å forhindre at respondentene bevisst eller ubevisst endret eller tilrettela samhandlingen i henhold til det vi så og spurte etter. I intervjuet var det viktig at respondenten beholdt sin verdighet og integritet, det vil si at vi stilte relevante spørsmål og ikke drev utspørring. Vår intensjon var å unngå å krenke respondentene ved å kreve redegjørelse for det vi observerte. Vi ville isteden oppmuntre til dialog for å få innblikk og forståelse for deres tanker omkring rådgivning. Det betyr også at vi ikke gjengir sitater på en nedverdiggende eller sårende måte (Trost, 2010).

Kort forskererfaring tilsier at vi bør ha stor aktsomhet i forhold som berører våre respondenter. Som forskere har vi mulighet til å påvirke mennesker og et etisk prinsipp er å gjengi respondentene på en måte som ikke endrer deres eller andres forestilling av seg selv dramatisk. Selv om forskningen er anonymisert, har vi etterstrebet å fremstille våre respondenter med verdighet og respekt (Jacobsen, 2010). Ingen logopeder eller andre vil være mulig å gjenkjenne, og dialekt er transkribert til normert skriftspråk. Dette er for å beskytte de vi har møtt møter gjennom forskningen vår. Data oppbevares i låst safe og slettes etter mai 2015.

4. Presentasjon av funn – analyse og drøfting

Problemstillingen og våre forskerspørsmål har vært styrende for analysen. Målet for analysen er beskrive eksplisitte rådgivingsferdigheter med fokus på fenomenet rådgiving (Finlay, 2011). Etter omfattende gjennomgang av empirien har vi valgt å presentere data i form av fem kategorier;

1. Positivt fokus, med fokus på brukerens styrker.
2. Lytte, forstå og oppmuntre til kommunikasjon.
3. Oversetter og målfinner.
4. Fleksibilitet og helhetstenking.
5. Humor.

Kategorier er en betegnelse der innholdet har fellestrekk (Johannessen et. al., 2010). Kategoriene dekker det sentrale fra observasjonene og intervjuene. Utfordringen ved kvalitativ forskning er at analysene er ulike slik som metodene og produserer mengder av data (Irwin et. al., 2014). Analysen muliggjør en presentasjon av de essensielle funnene. Observasjonen har vært styrende for analysen og blir komplementert med respondentenes svar fra intervjuene. Innholdet i kategoriene vil presenteres og drøftes i lys av relevant teori.

4.1 Kategori 1: Positivt fokus, med fokus på brukerens styrker

Vi observerte at alle respondentene hadde et kongruent positivt fokus. Logopedene møtte afatikerne med smil, vennlighet og virket oppriktig interessert i brukeren. Vi så at blikk kontakt og stemmeleie inviterte brukerne til å delta i kommunikasjonen. Flasher og Fogle (2012) og Holland og Nelson (2014) skriver at «effective» logopeder må aktivt søke en positiv, optimistisk holdning. De mener det er viktig for å hjelpe afatikeren og dens familie til å gjenvinne fotfeste og starte oppbyggingen, men det er like viktig for logopeden selv, for å forhindre å brenne seg ut. Arbeide med mennesker som har kommunikasjonsvansker er krevende og en positiv og entusiastisk grunnholdning vil være essensiell for å kunne hjelpe.

I observasjonene så vi at logopedene var opptatt av at brukerne skulle mestre oppgavene de fikk. Logopedene fulgte opp afatikernes anstrengelser med oppmuntrende utsagn og smil. Oppgavene ble utvidet, for eksempel med nye kategorier, etter hvert som brukeren behersket det de holdt på med. Afatikerne fikk hele tiden tilbakemeldinger. I tilfeller der utfordringene ble for store endret logopeden oppgaven slik at afatikeren fikk avslutte med positiv fullføring. En av logopeden uttrykte det slik; «... jeg vil jo på en måte at de skal gå ut av timen sammen

med meg med litt bedre selvtillit og litt mer guts enn før vi begynte - slik at da må jeg alltid finne noe som de kan gjenopprette på en måte selvbilde på - eller si at det her skal vi trene på, det her skal vi få til og motiverer og roser». Her så vi at logopeden fokuserte på at brukeren skulle oppleve mestring og justerte oppgavene underveis slik at den afasirammede skulle få en positiv opplevelse. En annen forklaring på logopedens fokus kan være et ønske om å opprettholde motivasjonen til den afasirammede gjennom sin tilpasning til brukerens ferdighetsnivå. Dette vurderer vi som respondentens måte å legge til rette på slik at utgangspunktet for utvikling ble best mulig.

En annen respondent utdypet det slik; «... de må strekke seg etter ting, at det ikke blir for lett, men ikke for vanskelig heller, sånn at de føler at de ikke mestrer det de holder på med». Utsagnet er med på å bekrefte vår oppfatning om logopedenes ferdigheter i å tilrettelegge *der brukeren er* i sin utvikling, for å sikre opplevelse av mestring. Respondentenes positive fokus oppfatter vi som en nøkkel for å finne brukerens styrker. Med det menes at det positive leder en fram til å se muligheter fremfor begrensninger. Det samsvarer med fundamentet i positiv psykologi og den teoretiske tilnærmingen i Holland og Nelson (2014) som sier at rådgivningsprosessen starter med tanken om at utgangspunktet er en kopp som er halv full, ikke halv tom.

I observasjonene så vi logopedene bistå brukerne til å se sine styrker og hjelpe dem med å bruke disse på hensiktsmessige måter. Intervjuene bekreftet våre iakttagelser når respondentene satte ord på det vi hadde observert. Gjennom det vi observerte og de svarene vi fikk på våre spørsmål, kan vi beskrive engasjerte og positive logopeder som var opptatt av å gjøre situasjonen best mulig for brukerne sine. Logopedene tilpasset oppgavene slik at brukerne fikk anvendt sine sterke sider og utvidet disse. Det samsvarer med Jones-Smith, (2014, s. 4) som skriver: «Happiness and the good life comes from using your strengths in meaningful ways». Vi tolker det slik at en prioritering med å finne styrkene til den enkelte bruker, vil igjen gi positive og meningsfulle opplevelser som kan bidra til økt livskvalitet og velvære.

Alle respondentene framstod for oss som vennlige, omsorgsfulle og tilstede for sine brukere. Det var en gjennomgående uformell og hverdagslig tone i samtlige logopedtimer vi observerte. I en logopedtime fikk den afasirammede en oppgave som gikk ut på å lese et avisutklipp og deretter skulle hun svare på spørsmål rettet mot innholdet i teksten. Brukeren jobbet konsentrert

og logopeden ga tilbakemelding om at hun husket godt og hadde fint tempo i lesingen. Videre sa logopeden: «Jeg må virkelig skjerpe meg for å huske like mye som deg! ... du er flink til å holde på». Her ser vi et eksempel på at respondenten framstår på en likeverdig måte ovenfor bruker, gjennom å sette ord på at denne type oppgave også er krevende for han som logoped. Etter vår oppfatning er tilbakemeldingen med på å støtte brukeren, fordi hun mestrer oppgaver som kan være utfordrende selv for en som ikke er rammet av afasi.

Respondenten ga ikke uttrykk for at han kan mye mer enn brukeren selv og fremstår dermed ikke som en bedreviter eller ekspert. Vi vurderer det slik at når respondenten retter fokus mot seg selv tilfører han noe positivt til relasjonen mellom rådgiver og bruker. Å dele er noe av essensen i en samtale mellom to mennesker (Holland og Nelson, 2014). Vi så i dette tilfellet at respondenten ikke var redd for å dele følelsen av at det kan være utfordrende å huske detaljer fra en lang historie, samtidig som han roste brukeren for hennes innsats.

Den samme respondenten sa i intervjuet at han var opptatt av å ikke framstå som en lærer eller være belærende overfor den afasirammede. Han ønsket ikke at brukeren skulle oppleve å bli rettet på hvis de sa eller gjorde noe feil. Respondenten framstilte det slik: «... vi legger bort ting hvis de ikke føler at det er bra, men uten å si sånn der at: «Dette får du ikke til, så dette skal vi ikke gjøre». Da sier jeg heller at «Nei, nå, kan vi heller ta en annen oppgave», ikke sant, eller «nå skal vi prøve denne her» eller «jeg har en annen oppgave jeg har lyst du skal prøve». Vi vurderer det slik at respondenten hadde en svært bevisst holdning som handlet om å møte den afasirammede med anerkjennelse og respekt. Gjennom å møte brukeren med aktelse, ser vi også det i sammenheng med at logopeden framtrer på en jevnbyrdig måte, og som en likeverdig partner som ikke hadde behov for å vise sin kompetanse gjennom en autoritær eller nedvurderende stil.

I en logopedtime med ny respondent og bruker var oppgaven sortering i kategorier. Respondent og bruker satt ved et lite bord, nært ovenfor hverandre på kjøkkenet til den afasirammede. Bruker hadde innimellom vansker med å finne ordene. Logopeden var støttende med peking, *prompting* og ga bruker god tid til å respondere. Prompting betyr i denne sammenhengen å gi den afasirammede støtte med å si første lyd i ordet (Miller og Wambaough, 2013). En av kategoriene var redskaper og ett av mål ordene var spett. Logoped og bruker samarbeidet for å finne fram til ordet. Respondenten vår ga uttrykk for at han ikke var så kjent med det ordet spett

og sa at han burde finne ut mer om hva en brukte dette redskapet til. Brukeren kom deretter med et par erfaringsbaserte beskrivelser om hva en kunne bruke et spett til. Det var en god stemning i rommet og logopeden sa med munter stemme: «Da har du lært meg!»

Etter vår vurdering viser dette at respondenten hadde evne til å være støttende uten å frata den afasirammede muligheten til å oppleve mestring. Logopeden ufarliggjorde utfordringen med ordletingsvansker ved å gi av seg selv i form av ærlighet rundt at han ikke var sikker på hva en kunne bruke et spett til. Han ga bruker tilbakemelding på at hun hadde tilført han ny kunnskap og viste gjennom tonefall, smil og blikk kontakt at dette opplevdes positivt. Denne væremåten er etter vår oppfatning gagnende for den afasirammedes motivasjon til å stå på videre for å oppnå bedring. Vi vurderer det slik at logopeden hadde ferdighet til å justere seg nært opp mot bruker. Han hadde en framtreten som var preget av medmenneskelighet og dialogen mellom de to var ikke farget av at respondenten inntok en ekspertrolle. Vi tolket det slik at respondentens måte å møte den afasirammede på under språktreningen bidro til at brukeren følte seg verdig og kompetent.

Denne kategorien beskriver respondentenes positive fokus med fokus på brukerens styrker som vi oppfatter gir de afasirammede god tilgang på mestringsopplevelser og motivasjon til videre utvikling. Funnene viser at logopedene har et gjennomgående positivt fokus som de viser i handling med individuell tilrettelegging på en verdig måte. Respondentene virket svært trygge i sin logoped- og rådgivningsrolle. Vi oppfatter at tryggheten henger sammen med at de stoler på sin kunnskap og kompetanse. Respondentene mestret å formidle dette i sin hjelp og støtte til den afasirammede uten å framstå som en autoritær fagperson. Dette samsvarer med Holland og Nelson (2014) som sier at en suksessfylt logoped kjennetegnes ved at de ser på den afasirammede som likeverdig samarbeidspartner. Rådgivere som framstår som autoritær kan få andre involverte til å føle seg mindre verdt.

Med positivt fokus menes at logopeden har et tydelig positivt fokus på brukeren. «The emphasis on a wellness approach can begin early and extend throughout therapy with patients» (Flasher og Fogle, 2012, s. 295). Logopeden utviser absolutt positiv aktelse som innebærer å anerkjenne brukeren og respektere denne for den hun og han er. Med det mener vi ikke at logopeden skal akseptere eventuell negativ atferd brukeren måtte ha, men respektere brukeren som menneske og på den måten skape trygghet og tillit mellom dem og i behandlingssituasjonene (Jones-

Smith, 2014). Etter vår vurdering kan ubetinget positivt fokus utelukke fordømmelse og gi logopedene en unik mulighet til å være rådgiver, fordi brukeren føler seg godtatt.

4.2 Kategori 2: Lytte forstå og oppmuntre til kommunikasjon

Gjennom observasjonene så vi at logopedene hadde en ekte tilstedeværelse og engasjement og interesse for sine brukere. Dette viste de med smil, blikk kontakt, fremover lent og åpen kroppsholdning, nikk med hodet og tonefallet i stemmen. Vi observerte at respondentene var oppriktige i sin framtoning, da vi så at det var samsvar mellom det de sa og deres kroppsspråk. Vi registrerte at respondentene var opptatt av at brukerne skulle få best mulig hjelp og støtte til formidling av tanker, ønsker og behov. Logopedene oppmuntret de afasirammede til å bruke tegn, gester, peking, bruk av ark og blyant

Lytte, forstå og oppmuntre til kommunikasjon

I våre observasjoner var evnen til å lytte fremtredende hos alle respondentene. Gjennom blikk, nikk med hodet og forover lent kropp viste de at de var tilstede i situasjonen. Alle logopedene ga aktiv konstruktiv respons til brukerne gjennom små oppmuntrende lyder, det Flasher og Fogle (2012, s. 128) kaller «therapist noises» og lengre fraser. En av de afasirammede virket bekymret da vi møtte henne. Hun forsøkte å forklare, men fant det tydelig vanskelig og hennes anomi var distinkt. Logopedene lyttet og besvarte brukerens bekymring og frustrasjon, med dempet og rolig stemme og vi så at det hadde en beroligende virkning på brukeren. Brukeren gjorde flere forsøk på å finne de riktige ordene, men avbrøt seg selv og ristet på hodet og det kom lyder av frustrasjon sammen med «nei, nei» gjentatte ganger.

Logopedene beholdt roen og ga brukeren tid til å få frem det som gjorde henne urolig og forsøkte å hjelpe med å stille spørsmål. Vi observerte at logopedens aktive lytting, både til lyder, ord, gester og kroppsspråk, samt hans rolige fremtoning, fikk brukeren til å slappe av. Logopedens gjentatte oppmuntringer for å få den afasirammede til å uttrykke seg hjalp også slik at de fant løsningen på det som uroet brukeren. Det samsvarer med Flasher og Fogle (2012) som skriver at toneleiet kan være mer betydningsfullt enn innholdet i det som blir sagt, slik vi observerte. Vi tolker det slik at en stemme som beholder roen kan smitte over på brukeren og signalisere trygghet, selvtillit og kompetanse.

Å lytte til mennesker med kommunikasjonsvansker kan for mange være en utfordring. Vi ønsker ikke å se eller høre at andre har det vondt og vi vil gjerne hjelpe dem slik at de får sagt det de skal si. «I kraft av sin profesjon – som helsearbeider, pedagog eller ledere – er mange opplært i først og fremst å skulle yte og hjelpe, komme med gode råd og forklaringer og trøste»

(Holter Brudal, 2014, s.97). I to av fem observasjoner så vi tydelig at logopedene ikke hadde vansker med å sitte og vente i stillhet. Vi vil beskrive den ene observasjonen for å eksemplifisere. Bruker og logoped satt overfor hverandre ved kjøkkenbordet. Brukeren satt med oppgaver og det var tydelig at det ikke var lett for henne. Hun forsøkte å si ordene høyt, men avbrøt seg selv og ristet på hodet. Logopeden satt stille og fulgte oppmerksomt med. Brukeren var den som bestemte fart og fokus. Vi så og hørte at hun beholdt innsatsviljen og resonerte seg frem mot svaret. Logopeden hjalp kun til ved behov.

Å være komfortabel i en slik setting kan være utfordrende, men her lot logopeden brukeren få tiden hun trengte. Logopeden fulgte oppmerksomt med på det brukeren sa og gjorde, men laget ikke unødig «støy» ved å kommentere eller korrigere brukeren. «Bare det at du er der, er et budskap» skriver Sundet og Reinvang (1993, s. 40) og fortsetter med å si at en må være varsom slik at en ikke snakker den afasirammede i senk. Vi observerte at logopeden viste brukeren respekt og anerkjennelse ved å ikke forstyrre. Kroppsspråket signaliserte ro og trygghet og «ta den tiden du trenger». «Jeg vet at du vet det, derfor venter jeg så lenge», sa en av respondentene og ga dermed brukeren enda bedre tid til å respondere. Vi tolket også utsagnet som en oppmuntring på at den afasirammede ikke skulle gi opp, og som en bekreftelse til brukeren på at dette får du til.

«Videre viser vi ærbødighet for den andre når vi unnlater å avbryte eller kommentere underveis» (Holter Brudal, 2014, s. 105). Da oppgaven var gjennomført, tok logopeden føringen og ledet brukeren over til neste oppgave. Vi observerte et samspill preget av tillit og omsorg. Logopeden hadde en trygg fremtoning og en naturlig, stille autoritet som vi oppfatter som viktig og nødvendig. Vi vurderer dette som betydningsfulle elementer som kan bidra til å oppnå en god relasjon og en hensiktsmessig behandling. Etter vår oppfatning signaliserte logopeden i dette eksempelet en stille anerkjennelse og tro på brukeren og hennes evner. Slik anerkjennelse kan ha stor betydning for oppbygging av selvfølelsen. Afasirammede er ofte voksne mennesker som har kunnet kommunisere uten vansker hele livet, men som har fått et signifikant tap av verdighet som følge av sin afasi. De kan ha negativ selvoppfattelse som følge av at de sammenlikner seg med hvordan de var før de fikk afasi (Flasher og Fogle, 2012).

I to tilfeller var logopedene raskere til å fylle pausene og hjelpe brukeren. Vi observerte at det var få pauser, kort overgang mellom oppgavene og brukerne fikk mer hjelp med kommunikasjonen. Etter vår oppfatning kan det hende at brukeren i slike tilfeller umiddelbart

viser en lettelse når logopeden tilbyr hjelp med å finne ord eller løsning på en oppgave. Vi undrer likevel på om denne hjelpen i det lange løp kanskje ikke vil være så bra. Med det mener vi at brukeren muligens ikke får den nødvendige utfordringen og dermed ikke får den treningen som er påkrevet for å utvikle seg.

En av utfordringene ved rådgivning til mennesker med kommunikasjonsvansker er at kommunikasjonsvansken kan forstyrre evnen til å forstå informasjon som blir presentert. Det er også slik at kommunikasjonsvansken kan hindre individet til å forklare oss som rådgivere hva de tenker og føler (Flasher og Fogle, 2012). Gjennom våre observasjoner merket vi oss at samtlige respondenter var genuint opptatt av at brukeren skulle få formidlet det de hadde på hjertet. Empatisk kommunikasjon er et av verktøyene logopeder anvender i sitt arbeid med afasirammede, når de skal motta budskap, tolke det via speiling, og kommunisere tilbake slik at afatikeren forstår (Holter Brudal, 2014). Respondentene var rolige, tolererte stillhet og ga afatikerne tid. Stillhet kan være en virkningsfull måte å signalisere at vi har god tid. God tid betyr å være oppmerksom og interessert gjennom en aktiv lyttende holdning (Corneliusen et. al., 2006). Vi observert at alle brukerne hadde en eller flere tilfeller der de fikk vansker med å finne det rette ordet. Da brukte logopedene ofte verbal støtte gjennom prompting. Dette var som oftest nok til at ordene kom lettere.

Afatikere har ulike utfordringer og det er store variasjoner i hvordan disse utspiller seg. En respondent fortalte at han måtte tune seg inn på den enkelte bruker. Ofte måtte han rett og slett gjette seg fram til hva brukeren ville formidle. Logopedene kan bruke sin kompetanse til å hjelpe den afasirammede, men for å komme dit må han finne brukeren der han er (Holter Brudal, 2014). I intervjuene sa alle respondentene at de med jevne mellomrom opplevde at de ikke forstod hva den afasirammede prøvde å formidle. Logopedene brukte mye energi på å prøve å forstå, fordi de ønsket så sterkt at brukeren skulle få uttrykke seg. Enkelte ganger var det imidlertid ikke mulig å oppnå en felles forståelse, og samtlige respondenter sa at de var opptatt av å gi en ærlig tilbakemelding på at de dessverre ikke forstod hva den afasirammede mente da. En av respondentene beskrev det slik: " Ja da er jeg ganske ærlig på å si at jeg forstår ikke hva det er du mener nå, og at det er *jeg* som ikke forstår. Jeg sier *ikke* at nå er du så utydelig at jeg ikke har mulighet til å skjønne hva du mener ... men at *jeg* ikke klarer å forstå hva det er."

Den samme respondenten fortalte også at han alltid ga brukeren valget om å fortsette å prøve, eller å la det ligge og for å se om de kunne finne ut av det ved en annen anledning. «Også det

at jeg er ærlig at jeg ikke forstår dem, for det er mye verre, jeg kan ikke si at «å, ja, ja, ja!» så skjønner jeg ingenting, for det gjennomskues med en gang og da er jeg ingen god samtalepartner eller logoped». Etter vår oppfatning er logopeden i denne situasjonen klargjørende på en positiv måte. Logopeden plasserte kommunikasjonsbyrden på seg selv gjennom å være tydelig på at det var han som ikke forstod. Dette kan være en måte å oppmuntre den afasirammede til å fortsette å kommunisere og gi motivasjon til å stå på videre.

I en observasjon lyttet den afasirammede til musikk og det var tydelig at hun hadde det fint. Hun smilte og gjorde forsøk på å synge teksten. Logopeden sang med og brukeren reagerte med å le, for så å gråte. Etter dette skiftet hun vekselvis mellom gråt, latter og smil. Slike emosjonelle svingninger kalles følelsesmessig labilitet og er en vanlig følge av afasien (Sundet og Reinvang, 1993; Flasher og Fogle, 2012). Den afasirammede kan ha vanskelig for å regulere følelsesmessige reaksjoner og trøst kan føre til større reaksjoner, som ikke samsvarer med situasjonen. For mange afatikere er følelsene mye nærmere overflaten enn tidligere og det er kort avstand mellom latter og gråt (Davidson og Worrall, 2013).

Vi så logopeden fulgte brukeren oppmerksomt, men forholdt seg stille og rolig. Brukeren så flere ganger på logopeden, uten å gjøre forsøk på å skjule seg. Vi tolker det slik at logopeden gjennom sitt kroppsspråk og blick, trygget brukeren på at emosjonell ustabilitet er vanlig, og ikke noe brukeren burde skjemmes over. Logopeden sa lavt til brukeren «Vi har jo snakket om dette før, at med afasi har man mye mere følelser enn før» og Sundet og Reinvang (1993) mener det er viktig å gi den afasirammede en forklaring, slik at afatikeren forstår at emosjonell labilitet henger sammen med afasien.

Når den afasirammede gråter har det ofte en sammenheng med kommunikasjonsvanskene han opplever og Holland og Nelson (2014) mener at logopeden skal lytte og være tilstede for brukeren. De mener at gråt skal respekteres som noe brukeren vil dele, og *alltid* aksepteres. I vår observasjon så vi logopeden trygge brukeren med blick og lavmælt prat. For oss var det tydelig at emosjoner var akseptert, gråt hadde oppstått tidligere i deres møter og logopeden viste forståelse for det. Logopeden og brukeren fullførte sangen, uten at logopeden gjorde mer ut av de vekslende følelsene. Den afasirammede er ofte skamfull og flau over manglende kontroll og Flasher og Fogle (2012) mener at å ikke gi den emosjonelle labiliteten særlig oppmerksomhet, hvis det ikke er særlige utbrudd, er en måte å hjelpe afatikeren på.

Emosjonelle labilitet kan for øvrig også vises som latter og fnising uten at konteksten er sannsynlig (Sundet og Reinvang, 1993). I en av observasjonene så vi at afatikeren hadde

overveiende mange små latterutbrudd og en form for fnising. Førsteintrykket var en bruker med et særlig godt humør. Ved nærmere observasjon så vi at emosjonene ikke samsvarte med konteksten. Logopeden responderte med smil og god blikk kontakt, men henga seg ikke til latter med mindre situasjonen tilsa at det var naturlig. Dette samsvarer med Sundet og Reinvang (1993) som skriver at følelsen av tristhet hos afatikerer kan være like stor om sinnsbevegelsene kommer til uttrykk ved latter, som ved gråt. De mener logopedens oppgave er å gi afatikerer verktøy som kan brukes for å regulere emosjonene slik at utbruddene blir færre og kortere.

En dyktig rådgiver er en god og aktiv lytter (Holland og Nelson, 2014). De mener at logopeden må kunne lytte til det som blir sagt verbalt og nonverbalt, uten å dømme og samtidig gi passende respons tilbake. En like viktig del av lyttingen for oss er at logopeden også bør lytte til det underliggende, det brukeren kanskje ikke sier, men viser med kroppsspråk. Vi vurderer dette som en viktig del av lytteprosessen fordi manglende samsvar mellom det brukeren sier og kroppsspråket hans kan gi viktig informasjon som får betydning for behandlingen. Lyster (1995) i Lind et. al., (2010) sier at i mange tilfeller vil nonverbal kommunikasjon formidle mer enn det talte ord. Kongruens eller mangel på kongruens mellom det brukeren ytrer og kroppsspråket vil ha betydning for behandlingen. Theodore Reik (1948) beskriver, ifølge Holland og Nelson (2014), at slik aktiv lytting er som å lytte med det tredje øre.

Lyttingen vil antagelig ta mer tid fra selve behandlingen i begynnelsen, men logopeden vil spare tid i det lange løp (Flasher og Fogle, 2012). Etter vår oppfatning er det riktig fordi logopeden blir kjent med *mennesket* som har fått afasi og kan tilrettelegge individuell behandling, istedenfor å starte behandling utfra det en tror kan passe en afatiker. Lytting inngår som en del av prosessen med å skape et holistisk inntrykk av brukeren. Det vil si at en ser brukeren, hører hva han vil si og søker å forstå hva som ligger bak det eventuelt usagte. Logopeden bør observere nøye for å finne samsvar mellom kroppsspråk, ansiktsuttrykk og det som blir sagt.

En annen side av det å lytte kan være evnen til å tåle stillhet. Stillhet kan være komfortabel, men kan også oppleves som ubehagelig eller truende. Afatikere har i mange tilfeller vansker med å finne ordene de leter etter og få frem det de vil si. «Afasi vil ikke si at man har mistet språket, men den som har fått afasi, har ikke lenger like god tilgang til språket sitt» (Corneliussen et. al., 2006). Hvis det de skal snakke om i tillegg bringer frem såre følelser, kan det ta enda lengre tid. Holter Brudal (2014) sier at det er viktig å signalisere at følelser ikke skal

fortrenges. Hun mener at følelser har en verdi. Ved å uttrykke og beskrive sine emosjoner kan afatikerer lære å akseptere og regulere dem. Vi tolker det som at i stunder preget av stillhet og mange emosjoner burde logopeden evne å vente og ikke fylle tomrommet med egne ord.

Hvordan tilpasse kommunikasjon og ansvaret for kommunikasjon

I en av observasjonene satt logoped sammen med den afasirammede og de spilte et spill som gikk ut på å beskrive ulike utseender. Logoped og brukeren så på flere ulike kort og kommenterte hvorvidt de hadde enten skjegg eller bart. Vi observerte at brukeren var usikker på de ulike benevnelsene. Logoped registrerte også denne usikkerheten og sa til brukeren: «Her må vi bli enige om hva er skjegg og hva er bart». Logoped tok så papir og penn og tegnet ansikter med skjegg og bart og demonstrerte ulikheten. Logoped gjentok de ulike begrepene og fulgte oppmerksomt med på den afasirammedes uttrykk for å registrere øyeblikket da informasjonen var mottatt og forstått. Vi så at dette var en måte å veilede brukeren uten at det fikk form av opplæring eller nedvurdering. Logoped fremsto ikke som ekspert, men delte kunnskap på en tålmodig og respektfull måte.

En annen respondent fortalte at han brukte som regel å ha papir og blyant liggende framme. Alfabetet, kalender og aktuelle bilder var også tilgjengelig slik at afatikerer kunne bruke dette som støtte til det han ønsket å formidle. Den samme respondenten ga uttrykk for at han prøvde å være rolig og ikke ha for høyt tempo i sin kommunikasjon med afatikerer. Når logoped merket at brukeren ikke forstod budskapet, tok han det ofte om igjen, snakket saktere, brukte kortere setninger og tydelig ansiktsmimikk.

Den samme respondenten sa i intervjuet at han kanskje var litt rask med å ta frem alternative kommunikasjons hjelpemidler. Han hadde i noen tilfeller opplevd at brukerne ble skeptiske fordi de tolket det slik at de skulle slutte å ha fokus på talespråket. Logoped hadde i slike tilfeller brukt god tid på å forklare at hensikten ikke var å la være å øve på talespråket, men å ta i bruk støttende hjelpemidler når kommunikasjonen ble vanskelig. Han fortalte at det kan ta tid før den afasirammede føler seg komfortabel med å bruke alternative måter å kommunisere på, selv om det viktigste er å bli forstått. Vi tolker det slik at respondenten gjennom sin bevissthet og evne til å forklare, ufarliggjorde bruk av hjelpemidler som kan fremme kommunikasjonen. Slik viste logoped respekt for den afasirammedes utfordringer.

For å kunne lytte og forstå, må det være noe som blir kommunisert. Etter vår oppfatning har logoped en stor oppgave i å oppmuntre brukeren til å kommunisere. Vi bruker begrepet kommunisere fordi vi mener at det handler ikke bare om muntlige uttrykk gjennom ord,

setninger, latter eller gråt. Kommunikasjon mellom logoped og bruker kan også foregå ved bruk av gester, ansiktsuttrykk, kroppsspråk, penn og papir, bilder, kalender, avis eller andre hjelpemidler, det Pound et. al., (2002) kaller total kommunikasjon. En av respondentene uttrykte det slik: «Jeg oppfordrer jo til å bruke gester ... poenget er jo at mennesket blir forstått og da blir det jo nesten det samme hvilken måte de blir forstått på». En afatiker har ett sett utfordringer, en annen afatiker har utfordringer som fordrer en helt annen hjelp fra logopeden. Logopeden bør være forberedt på og velvillig innstilt til å bruke alternative kommunikasjonsformer, og legge til rette for at brukeren kan benytte slike uten å føle det som noe mindreverdige. Etter vår mening burde logopeden være kreativ for å sikre at brukeren får kommunisert på en god måte, det vil si får uttrykke seg og blir forstått, noe vi vil beskrive nærmere under neste kategori.

Etter vår oppfatning er tilpasning av kommunikasjon fundamentet som gjør det mulig å lytte til kommunikasjon og forstå den. Med det mener vi at logopedens tilrettelegging ved bruk av hjelpemidler og logopedens oppmuntring til kommunikasjon er særlig viktig for afatikeren. Vi anser en slik tilpasning som logopedens ansvar.

4.3 Kategori 3: Oversetter og målfinner

Vi opplevde at samtlige logopeder i vår undersøkelse hadde en ekte tilstedeværelse. Det viste seg gjennom deres klargjørende kommunikasjon som satte ord på både styrker og utfordringer hos brukerne. Vi så også at logopedene justerte for å kunne møte den afasirammede der han eller hun var. I denne kategorien skal vi analysere og drøfte våre funn som omhandler logopeden som oversetter og målfinner.

Under to av logopedtimene kunne vi se at respondentene brukte tid til å snakke med bruker om hva brukeren hadde gjort den siste tiden og hva de skulle gjøre sammen i dag. Logopedene viste tilstedeværelse da de henvendte seg til brukeren med å lene seg litt fram på stolen og gjennom god blikk kontakt. Kommunikasjonen bar preg av god tid, logopedene snakket rolig og brukte korte setninger da de snakket med brukeren. Logopedene brukte også tiden til å gi informasjon og forklaringer på hensikten med de ulike språktreningsoppgavene som de hadde valgt for timen. En av respondentene viste også frem materialet han skulle bruke samtidig som han forklarte hva de skulle gjøre og hensikten med oppgaven. For afatikeren og familien er det svært viktig å få forklaringer på hvorfor en tar ulike tester og hva en kan forvente av den bestemte behandlingen (Davidson og Worrall, 2013; Holland og Nelson, 2014).

En logopedtimene vi observerte var preget av kartlegging og testing. Vår respondent hadde en tydelig plan for timen og forklarte brukeren hva som skulle skje. De begynte å arbeide med oppgaven som omhandlet benevning av kroppsdeler. Stemningen var god på logopedens kontor. Logopeden og brukeren satt ovenfor hverandre med et smalt bord mellom seg. Brukeren fikk til mye, men hadde en del utfordringer med å finne de rette navnene på noen kroppsdeler. Et eksempel på dette kunne være at målordet var kne og brukeren sa arm. Vi så at utfordringen med ordletingsvansker gjentok seg gjennom flere av oppgavene. I denne sammenheng sa respondenten til brukeren: «Jeg ser at du er frustrert fordi det kommer ut feil ord».

Teksten ovenfor beskriver en situasjon der logopeden satte ord på afatikerens utfordring. Vi tolker dette som en måte å oversette brukerens tanker og følelser til ord. Vi registrerte at brukeren tok imot oversettelsen og responderte tilbake til logopeden med blick, smil og nikk. Vi oppfatter det slik at når logopeden oversatte brukerens utfordring, var det et signal om at «jeg er tilstede for deg og skal støtte deg på din vei framover». Selv om det er viktig å framheve styrker, vurderer vi det også som betydningsfullt å sette ord på det som kan være utfordrende for brukeren. Vi kan ikke velge å ha fokus enten på det positive eller det negative. Logopedens oversettelse kan være en måte å vise at han tar den afasirammede på alvor når han kan være ærlig om det som også oppleves vanskelig. En rådgiver som er transparent kan av rådsøker oppleves som troverdig (Rogers (1990) i (Lassen 2012)). Vi vurderer det slik at respondenten gjennom sin ærlige og oppriktige framtrede også bidrar til forutsigbarhet og trygghet hos bruker. Positiv psykologi søker å vise styrken og det gode i mennesket og omgivelsene, sammen med måter å fostre og ta vare på disse ressursene. Positiv psykologi aksepterer det negative som en del av mennesket, men kun en del (Snyder et. al., 2011).

Alle respondentene ga uttrykk for at informasjon bidrar til forutsigbarhet og kan gi brukeren trygghet. Logopedene demonstrerte i timene at det er viktig at brukeren forstår hensikten med kartlegging, testing og bakgrunnen for de ulike oppgavene de utfører. Det samsvarer med Lind et. al., (2010) som sier at logopeden burde sørge for at informasjonen blir tilgjengelig og meningsfull for den afasirammede. En testsituasjon kan oppleves krevende for brukeren og vi observerte at respondenten ivaretok den afasirammede på en god måte. Eksempel på logopedens måte å oversette på var da han underveis i en verb- og setningstest sa: «Vi stopper der, jeg merket at du ble sliten».

Det handler om å bli sett. Vi så at respondenten behersket å gjennomføre en test samtidig som han så brukeren og hans behov. Motsetningen kunne vært at logopeden observerte at brukeren ble sliten, men enten stoppet opp eller gikk videre med andre oppgaver uten å si noe. Isteden så vi at respondenten ga brukeren en bekreftelse på at «jeg ser deg» gjennom å sette ord på det han så. Det er også en måte å gi informasjon gjennom å forklare hvorfor en avbryter eller stopper opp. Vi oppfattet at logopedens evne til å justere innholdet i timen etter brukerens dagsform og mestringsnivå er en styrke. Noe som kan bidra til å opprettholde motivasjon og livsglede hos bruker, på tross av sine utfordringer.

I en annen logopedtime med en annen respondent og bruker, handlet en av aktivitetene om et spill som heter «Gjett hvem». Denne situasjonen foregikk på respondentens kontor. Logopeden forklarte hensikten med spillet og brukte god tid på å informere om spillets regler. Dette var ikke et ukjent spill for brukeren, men det var likevel nødvendig med en repetisjon om spillet der hensikten var å trene på reversering. Spillet stod på bordet mellom logopeden og brukeren og de hadde hver sin side med luker som kunne lukkes og åpnes. Bak lukene var det ulike portrett av menn og kvinner. De kunne ikke se hverandres portrett eller luker, men skulle finne fram til rett person gjennom å spørre hverandre spørsmål.

Vi observerte at bruker virket litt forvirret og at dette var en anstrengende situasjon. Logopeden forholdt seg rolig og observerte brukeren samtidig som han underveis i spillet beskrev hva han gjorde. Et eksempel er: «Du sa det var ikke en dame og da lukker jeg alle lukene der det er damer.» Slik fortsatte han en stund og sa videre: «Jeg snakker høyt for at du skal bli med på min tankegang.» Logopeden klarte etter vår oppfatning, med sine nøyaktige beskrivelser, hjelp og støtte, å innlemme brukeren i spillet på en likeverdig måte. Logopeden tunet seg inn og ga afatiker den støtten hun trengte for at hun skulle oppleve mestring.

Spillet forløp videre og da respondenten så at brukeren ble usikker igjen sa han: «Jeg skjønner nå at det ble vanskelig». Logopeden tok i bruk blyant og papir. Han tegnet og forklarte for å støtte og hjelpe brukeren på rett vei. Etter en runde i spillet sa respondenten: «Nå er vi ved kjernen på hva du synes er vanskelig». Videre sa han: «Har du mot til å prøve en gang til?» Brukeren bekreftet at hun var klar for en ny runde og logopeden sa: «Jeg synes det er så bra at du orker!». Dette tolker vi som at respondenten var klargjørende gjennom sine ærlige tilbakemeldinger. Logopeden balanserte mellom å hjelpe og støtte. Ved å sette ord på en setting som virket å være krevende for brukeren, lot han samtidig brukeren få kjenne at hun kom ut av

den krevende situasjonen med hodet hevet. Det er etter vår vurdering logopedens tilstedeværelse og evne til å vise empati som var med på å bidra til at brukeren holdt motivasjonen oppe.

Vi anvender dette som et godt eksempel på at respondenten viste ubetinget positiv aktelse ved å bekrefte gjennom ord og handling at «jeg er her for deg, bryr meg om deg og tar deg på alvor». Logopeden bekreftet våre observasjoner da vi intervjuet han. Han fortalte at han prøvde å imøtekomme den afasirammede og gi medbestemmelsesrett i forhold til hvilke typer oppgaver som skulle gjøres. Slik kunne brukeren kjenne at han hadde noe igjen for det de trente på. Logopeden mente det var viktig at det hele tiden foregikk en kommunikasjon mellom han og bruker slik at den afasirammede opplevde å få være med å bestemme.

Gjennom våre observasjoner merket vi oss at samtlige respondenter virket opptatt av at innholdet i logopedtimene skulle være hensiktsmessig for at brukeren skulle nå sine mål. Alle logopedene hadde en gjennomtenkt plan for timen. Alle brukerne hadde vært under behandling over tid, og dette merket vi på den trygge og gode atmosfæren som var tilstede i relasjonen mellom respondentene og de afasirammede.

Vi oppfatter at kunsten ved å være en god målfinder, er å vise vei, men la brukeren gå veien selv. Logopeden bør overlate myndigheten til den afasirammede og la han identifisere vanskene og være med å stake ut kursen for behandlingen (Pound, 2004). Et eksempel var en observasjon hvor brukeren hadde et ønske og et mål om å mestre å lese bøker igjen, da dette hadde vært en stor glede tidligere, før hun ble rammet av slag. Da de skulle starte på oppgaven som handlet om å lese to tekster, sa respondenten: «Før vi begynner, får du lest noe hjemme?» Bruker svarte: «Nei, jeg leser bare litt aviser ... jeg kjøpte jo den Politi med Jo Nesbø.» Hun fortalte videre at hun bare hadde sett gjennom den og deretter lagt den bort.

Respondenten innrømmet med et smil, overfor brukeren at han hadde tenkt sitt da hun fortalte om den aktuelle boken, og sa videre at han kunne jo ikke si at hun ikke skulle prøve å lese den. Logopeden fortsatte: «Men du skal ha all ære for at du prøvde!» I mellommenneskelige relasjoner er det viktig å være kongruent fordi kongruens innebærer elementer av ærlighet, oppriktighet, ekthet og sannferdighet (Skau, 2011). Oppriktighet er også et viktig element for å kunne vise absolutt positiv aktelse. Det vil være vanskelig for logopeden å fremstå som kongruent og uforfalsket uten god selvinnsikt og selvaksept (Holland og Nelson, 2014). Etter

vår oppfatning er logopeden trygg på seg selv og tør vise seg selv til den afasirammede, noe som er en forutsetning for å være kongruent.

Respondenten informerte videre at han hadde vært i kontakt med biblioteket som hadde fått inn en del lettleste bøker med et «voksent» innhold. Logopeden og brukeren ble sammen enige om at det kunne være noe å se nærmere på og kanskje ville dette gjøre at brukeren igjen kunne glede seg over å lese bøker. Etter vår vurdering er observasjonen et eksempel på at respondenten var en støttende målfinner i prosessen om brukerens ønske om å oppleve leseglede igjen. Selv om logopeden var støttende, var han ikke styrende. Brukeren fikk gjøre egne erfaringer som ble brukt videre i prosessen. Respondenten fulgte opp gjennom å spørre hvordan det gikk med lesingen, og fikk dermed mulighet til å støtte brukeren i riktig retning. Med det mener vi mot det målet brukeren ønsket å oppnå.

Observasjonen støtter det respondenten sa i intervjuet om at han fant de aktuelle målene sammen med brukeren. Logopeden snakket også om at det var viktig med delmål på veien slik at brukeren opplevde progresjon og holdt motivasjonen oppe. Respondenten hadde en dialog med bruker og drøftet hva som kunne være innen rekkevidde. Han sa videre at han aldri bestemte innholdet i målene, for det måtte de på en måte komme fram til sammen. Vi oppfatter logopedens rolle som målfinner som en som leder vei. Ikke en som bestemmer og tar avgjørelser uten at bruker er fullt involvert og har et eieforhold til målene.

I en observasjon fikk vi se hvordan en annen bruker og respondent sammen mestret å finne mål som ga mening og livsglede. Afatikerens hadde stor og omfattende afasi og apraksi. Hun hadde et barn og hadde nå fått sitt første barnebarn. Den afasirammede bodde alene og familien holdt til på en annen kant av landet. Brukeren hadde store utfordringer med å snakke og det lot seg ikke gjøre å ha telefonkontakt med barnebarnet. Hun hadde stor musikkinteresse og mestret sang bedre enn tale. Sammen med logopeden hadde brukeren laget et mål om å øve på å si barnebarnets navn og synge inn bursdagssangen på iPad. Vi observerte en afatiker med store kommunikasjonsutfordringer. Respondenten hadde klart å finne fram en glød og motivasjon hos brukeren, som gjennom hardt arbeid hadde oppnådd sitt mål. En stolt og glad bestemor lot oss både høre og se at hun hadde klart det.

Vår oppfatning er at observasjonen viser at respondenten hadde en god evne til å møte brukeren der hun var. Logopeden hadde kartlagt brukerens interesser og verdier, og tok utgangspunkt i

den afasirammedes styrker for å jobbe med det som var utfordrende. Vi vurderer dette som viktige elementer i logopedens rolle som målfinner der intensjonen var kommunikasjon med familien og utvikling og mestringsfølelse hos brukeren. Det samsvarer med Flasher og Fogle (2012) som sier at logopedens lytting gir afatikerer følelsen av å bli forstått, satt pris på, respektert og ivaretatt, samtidig som logopedene bedre forstår brukerens prioriteringer og mål.

De overnevnte observasjonene samsvarer med respondentens formidling i intervjuet hvor han blant annet sa at han var opptatt av at brukerne skal ha tilpassede oppgaver som sikrer motivasjon og mestring. «Jeg prøver å legge opp til at jeg treffer de best mulig der de er.»

Lassen (2012) som sier at en bevisstgjøring av styrker kan bidra til at en får større innsikt i egne mestringsmuligheter. Videre sier hun at opplevelse av mestring er et resultat av bevisstgjøring av egne styrker og erfaring gjennom bruk av disse. I observasjonene har vi sett logopedene oversette styrker og utfordringer hos den afasirammede og være målfinner. Det har bidratt til mestringsopplevelser hos brukerne. Våre respondenter har som Lassen (2012) sier, gitt rådsøkerne en empatisk speiling av sine styrker. Vi vurderer dette som en viktig del av rådgivningen av brukergruppen i vår undersøkelse som plutselig er blitt rammet av en kommunikasjonsvanske i form av afasi.

4.4 Kategori 4: Flexibilitet og helhetstenking

Gjennom alle fem observasjonene og intervjuene av logopedene har vi merket oss at fleksibilitet er et gjennomgangstema, sammen med stor evne til helhetstenking omkring den afasirammede.

Flexibilitet

I alle observasjonene observerte vi logopedenes fleksibilitet. Vi kunne observere logopedens genuine interesse for brukeren. Logopedene observerte den afasirammede hele tiden og registrerte brukerens kommunikasjon og kroppsspråk. «For å kunne kommunisere på en effektiv måte er det nødvendig for rådgiveren å ha observert rådsøkeren – «å finne ham der han er»» (Lassen, 2014, s. 81). Vi observerte at logopedene gjennomgående så brukerne og tilpasset oppgavene ut fra tilbakemeldingen brukerne ga gjennom språk, lyder, mimikk, gester og annet kroppsspråk. En av logopedene kommenterte til brukeren «Du ser så opplagt ut i dag, i forrige uke var du mer trøtt.» Like etter fortsatte hun: «Flott! Nå kommer det som perler på ei snor!».

En annen, muligens mer synlig, form for fleksibilitet er hvor behandlingen skal gjennomføres. To av våre respondenter prioriterte å utføre den logopediske behandlingen og rådgivningen i hjemmet til de afasirammede. Denne fleksibiliteten tror vi er viktig i arbeidet med eldre brukere hvor tilleggsvansker kan gjøre dem mindre mobile. Eldre afasirammede kan oppleve det svært utmattende med av og påkledning. Forflytning fra en plass til en annen kan også føre til mindre energi og kraft til å fokusere på logopedtiden.

I intervjuene beskrev logopeden denne fleksibiliteten som naturlig og nødvendig. Logopeden fortalte at selv om han kom hjem til brukeren med et forberedt og gjennomtenkt opplegg for timen, så trengte det ikke bli slik han hadde tenkt i utgangspunktet den dagen. Det kunne for eksempel dukke opp en pårørende med nyttig informasjon som kunne gi muligheten til å få frem enda mer språk hos brukeren. Respondenten var opptatt av at man måtte benytte den muligheten som på beste måte kunne hjelpe brukeren til utvikling. Selv om logopeden hadde forberedt logopedtiden, så var det viktig å kunne vike fra det planlagte. Justeringen viser logopedens trygghet og faglige stødighet. Logopeden fremstår som trygg på seg selv og sin kompetanse og oppfatter ikke avvik fra planlagt behandling som en negativ utfordring.

I forkant av våre møter med logoped og bruker, hadde vi tenkt at settingen for observasjonene ville være på logopedens kontor. Tre av totalt fem observasjoner var imidlertid i hjemmet til brukeren. Vi merket oss at respondentene utøvde stor fleksibilitet med tanke på om de gjennomførte sine logopedtimer på kontoret eller i hjemmet til den afasirammede. Herunder vil vi se nærmere på respondentenes tanker om fordelene ved å gjennomføre behandlingen hjemme hos brukerne, samt deres fleksibilitet som en egenskap i møte med den som har afasi.

I intervjuene spurte vi respondentene: «Beskriv fordelene ved å gjennomføre behandlingen hjemme hos brukerne». To av respondentene var opptatt av at de afasirammede var mer avslappet og avspent når logopeden kom hjem til dem. Brukerne var i sitt vante miljø og respondentene mente at dette kunne gi økt trygghet hos brukerne. Et nødvendig utgangspunkt for rådgivning er nettopp en trygg og god atmosfære som innbyr til at brukeren skal føle seg vel, verdsatt og respektert (Holland og Nelson, 2014).

Alle respondentene mente at det var en fordel å være i hjemmet til bruker med tanke på å hjelpe han til å bruke språket for å oppnå hensiktsmessig kommunikasjon. I hjemmet finnes det mange

flere konkreter som kunne visualisere språket, som for eksempel familiebilder på veggen og ellers gjenstander som finnes rundt i rommet. Logopedene mente også at språktrening i hjemmet er et godt utgangspunkt for å trene på ferdigheter de afasirammede har bruk for i det daglige. Dette samsvarer med Sarno (2004) som stiller spørsmål om det vil være uetisk om logopeden ga den afasirammede behandling kun for afasien, og ikke andre aspekter ved afasien som har betydning for den afasirammedes livsfunksjon.

En av respondentene uttrykte det slik: «Du får jo mye informasjon om hvem personen er når du kommer hjem til noen ... du kan kanskje lese bildet litt mer, finne interesser og slike ting.» Vi tolker det slik at det handler om å finne de rette «nøklerne» som kan fremme utvikling hos den enkelte. Når logopeden skal hjelpe og støtte brukeren til å bruke språket kommunikativt, vil det vil ofte være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i noe afatikerens kjenner seg igjen i. Utgangspunkt i brukerens interesser kan øke motivasjonen, slik at treningen blir lettere.

En av respondentene hadde de fleste logopedtimene på kontoret. Logopedens perspektiv var at mange eldre afasirammede var ensomme i sin tilværelse og turen ut av boligen var et kjærkomment avbrekk. Respondenten kjente ut fra sitt ståsted at kontoret gav størst tilgang til aktuelt kartleggings- og språktreningsmateriell. Dermed hadde han større mulighet til å improvisere for å møte brukeren der han var. En annen respondent hadde de fleste logopedtimene i hjemmet til brukerne, og uttrykte at bilkjøringen mellom afatikerne ga han større rom til å forberede seg mentalt, samt tid til evaluering. Her ser en to perspektiv som tilsynelatende spriker i hver retning. Det som føles for «hjemmebane» for den ene logopeden kan kjennes som «bortebane» for en annen.

Det overordnede perspektivet til samtlige respondenter var imidlertid at logopeden burde inneha en fleksibel holdning. Flexibel for å imøtekomme den afasirammede der han/hun var og fleksibel når det gjaldt behandlingssted. Enten logopedtimene ble gjennomført på kontoret eller i hjemmet til brukeren mente logopedene det burde være utfra tanken om brukerens beste. Holland og Nelson (2014) beskriver at å jobbe med rådgivning i forhold til kommunikasjonsvansker er utfordrende. Logopeden må derfor være tilpasningsdyktig og fleksibel i sitt arbeid med afasirammede. De mener behandlingstilnærmingen må endres i lys av nye data og relevante opplysninger. Dette gjelder både generelt og individuelt.

En grunnleggende oppfatning om hva afasi er, samt å forstå hvilket utfallet afasien har fått for den enkelte, er vesentlig slik at en kan imøtekomme brukeren med respekt, varme og forståelse. Rettigheten til informasjon er for øvrig nedfelt i Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001) § 3-5 og gjenspeiler viktigheten av opplysning og kjennskap: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene». Ut fra dette kan en forstå at logopeden spiller en viktig rolle i den afasirammedes liv, for individets utvikling, men også for de nærmeste som trenger informasjon, kunnskap, håp og forståelse. Fra et salutogenesisk perspektiv ser vi at logopeden kan hjelpe den afasirammede til å forstå det som har skjedd, bidra til å utvikle mestringsstrategier og verktøy slik at livet oppleves som meningsfylt (Holter Brudal, 2014).

Helhetstenking

I et av hjemmebesøkene observerte vi en situasjon som viser at logopeden utøvet en helhetstenking omkring den afasirammede. Brukeren bodde alene i en omsorgsbolig uten slekt omkring seg. Afatikerens hadde høyresidig hemiplegi og satt i rullestol. Hun hadde stor apraksi og logopeden hadde beskrevet hennes afasi som betydelig. Vi hørte at brukeren hadde vansker med å uttrykke ord, det kom mange lyder, men ingen flerordsytringer. Vi observerte fra første stund at logopeden hadde inngående kjennskap til hva som var viktig for brukeren, deriblant fugler. Det sto en stor bøtte med fuglefrø i gangen og foran stuevinduet var det flere store fuglematere av ulike slag. Brukeren pekte mot vinduet og forsøkte å si hva hun ønsket. Logopeden spurte om hun skulle mate fuglen og brukeren bekreftet med å si ja og nikke med hodet. Logopeden tok seg tid til å mate fuglene og snakket samtidig med brukeren om fugler, før de gikk i gang med ulike oppgaver.

Underveis i observasjonen så vi gjentatte ganger at den afasirammede mistet konsentrasjonen omkring oppgaven hun holdt på med og begynte å snakke om andre ting. Hennes kommunikasjon besto for det meste av peking, ulike ettordsytringer og lyder samt at hun rullet rullestolen bort til forskjellige ting hun rettet oppmerksomheten mot. I alle tilfeller så vi at logopeden hadde god kjennskap til hva brukeren mente. Hun fulgte opp med interesse og oppmerksomhet gjennom spørsmål og kommentarer, før hun på en smidig måte ledet brukeren tilbake til oppgaven. Ved flere anledninger observerte vi at de delte smil og latter når de kommuniserte.

Underveis i behandlingen takket logopeden ja til kaffe. Brukeren rullet da frem og tilbake til kjøkkenet for å hente kopper og kaffekanne. Logopeden forholdt seg rolig og lot brukeren ordne det som var nødvendig. Da logopeden skulle avslutte behandlingen fortalte hun oss at brukeren hadde bursdag innen kort tid. Så henvendte hun seg til brukeren og sa at de to skulle feire bursdagen neste logopedtime. Brukeren reagerte med begeistring, smil og lyd da logopeden tilbød seg å lage pannekaker til feiringen.

For oss fremsto denne logopedtiden, som for øvrig varte betydelig lengre enn en klokke, som et godt eksempel på helhetstenkning. Logopeden viste tydelig at hun hadde god tid til å lytte til brukerens anstrengelser for å kommunisere. «Counseling is, above all, a listening process» (Holland og Nelson, 2014, s. 12). Det var tydelig at logopeden hadde gjort seg kjent med hva den sterkt afasirammede kvinnen brydde seg om, og viste brukeren at hun husket dette. Logopeden var hele tiden oppmerksom og interessert og hadde aldri hastverk når hun kommuniserte med brukeren. Den afasirammede viste stort engasjement i sin kommunikasjon. Logopeden støttet opp under brukerens peking, lyder og enkle ord for å finne meningen. Logopeden hadde tid til å drikke kaffe og ønsket å skape en hyggelig ramme omkring brukerens bursdag.

Vi anser alle disse elementene som signifikante tegn på helhetstenkning fordi logopeden hadde sett *hele* mennesket i den afasirammede. Logopeden forsto at brukerens interesser var betydningsfulle og at de var inngangen til viktig kommunikasjon dem imellom. «They (aphasia treatments) need to «fit» with the life schemas and agendas of those affected» (Lyon, 2004, s. 80). Brukerens afasi var omfattende og gjorde kommunikasjon til en utfordring, likevel viste logopeden en genuin ro som vi anser som viktig for å trygge brukeren i hennes anstrengelser for å oppnå mening med gester, lyder og peking. Logopeden kunne hentet seg kaffe selv, unngått å mate fuglene og ikke nevnt bursdagen, men etter vår oppfatning ville han imidlertid ikke kommet i en slik positiv posisjon som åpnet opp for utvikling av brukerens selvstendighet, kommunikasjon og relasjonen mellom partene.

4.5 Kategori 5: Humor

Ordletingsvansker er en kjent utfordring for afasirammede, og det kan komme til uttrykk ved at et annet ord enn det som var tenkt kommer til uttrykk. I en observasjon fikk vi se et eksempel på dette. Logopeden og brukeren jobbet med benevning av bildekort. Ett av målordene i oppgaven var verktøy og brukeren svarte såpe. Svaret utløste en spontan latter hos både den afasirammede og respondenten. I følge Richard Dana (1994) i Simmons-Mackie (2004) kan humor være et verktøy for å finne brukerens potensiale og holdning omkring endringer. Her så

vi at humor og latter oppstod i en situasjon hvor en av brukerens utfordringer kom til syne. Vi oppfattet det som en slags forløsende reaksjon hos den afasirammede.

Et annet funn som viser bruk av humor var da en bruker skulle henvende seg til logopeden ved navn. Respondentens fiktive navn var Martin og den afasirammede kalte han for Mari. Dette utløste også en spontan latter hos begge parter. Den afasirammede registrerte med det samme at hun brukte feil navn og stemningen ble munter selv om hun produserte feil navn. Den samme brukeren ble testet og skulle benevne ulike konkreter. Det lå blant annet en femkroning på bordet. Logopeden pekte på mynten og spurte den afasirammede «Hva kan en betale med?» Brukeren svarte kontant «Kort». Dette utløste også latter hos både respondent og bruker. Vi vurderer det slik at denne måten å dele latter og humor på, kan gjøre logopedbehandlingen mer lystbetont og fremme motivasjon hos brukeren. Funnet samsvarer også med liknende funn gjort av Simmons-Mackie (2004) hvor humor ikke kom som en del av den planlagte behandlingen. Hun gjengir i sine funn at humor kunne bidra til å redusere forlegenhet, fremme motivasjon og dempe spenning hos den afasirammede.

Vi registrerte at smil, latter og humor var mer fremtredende hos to av logopedene i forhold til to av brukerne, mens det i de tre andre logopedtimene ikke var så mye latter og humor, men til gjengjeld mange smil. Vi forstår i denne sammenhengen humor som det å kunne le sammen av noe, og det så vi at logoped og bruker gjorde flere ganger. En av respondentene uttrykte det slik: «... jeg tenker at hvis vi får til litt humor og sånn, at vi kan flire litt, selv om de, afatikere kan jo misforstå humor – og det er jo kjempeviktig at det ikke skjer, at vi, at de føler at vi flirer av dem, men at vi kan flire i lag av noe / det har jeg liksom tenkt at vi bør ha noe, litt latter i en time».

Logopedens tanke bekreftes av Holland & Nelson (2014) som sier at god sans for humor er et annet vitalt trekk hos en god logoped. Evnen til å le og se på livets bittersøte hendelser med humor er viktige kvaliteter hos logopedene (Riley, 2002). Kildene understreker viktigheten av å bruke humor med forsiktighet, akkurat som respondenten sier i sitatet over.

Vi observerte at logopedene beholdt sin lavmælte tydelige samtaleform samtidig som latteren satt løsere og smilene kom oftere. Brukerne responderte med smil og latter og relasjonen mellom logoped og bruker var tydelig positiv. I de neste to møtene, med to nye brukere, var

logopedene like vennlige og positive, de smilte og brukte blikket aktivt, men latter og humor forekom ikke like ofte. At respondentene endret fremtoning og brukte mer humor sammen med to bruke kan være eksempel på at disse brukerne var kommet lenger i sin aksept av situasjonen. De andre brukerne hadde muligens ikke oppnådd den emosjonelle avstanden til vanskene og i slike tilfeller vil det være ukorrekt å bruke humor som hjelpemiddel (Flasher og Fogle, 2012).

Humor er best brukt når brukerne føler seg trygge og har tillit til logopeden (Simmons-Mackie, 2004). Vi antar det kan skape en anstrengt relasjon mellom logoped og bruker, om humor anvendes feil eller for tidlig. Brukeren kan misforstå og oppfatte forsøket på humor som ondskapsfullt og vanskelig. Vi antar ulikheten i de fire observasjonene skyldes ulike personligheter hos brukerne, men det kan også være at logopeden og brukeren kjente hverandre bedre og følte seg tryggere på hverandre da dette var relasjoner som hadde eksistert over tid.

Selv om logopedene i to tilfeller endret væremåte, var det likevel kongruens i deres fremtoning. Deres væremåte samsvarte med kroppsspråk og stemmebruk og det vurderer vi som viktig for å kunne opprettholde den gode relasjonen til den afasirammede. Brukere opplever stor usikkerhet på grunn av vanskene og logopedens væremåte burde være en kontrast til usikkerheten (Flasher & Fogle, 2012). Vi oppfatter det slik at logopedene på denne måten viste at de var i stand til å tilpasse seg individuelt til det den enkelte bruker hadde behov for.

5. Avslutning – refleksjon og oppsummering

Det sentrale i vår forskning har vært logopedens rolle som rådgiver i arbeid med afasirammede. Vår interesse for afasifeltet og de utfordringer afasirammede står overfor og vårt engasjement har vært sentrert omkring logopedens arbeid. Målet vårt har vært å identifisere sentrale indikatorer som kunne beskrives og løftes opp for å belyse et av logopedenes fagområde. Intensjonen har vært å sette fokus på logopedenes rådgiverkompetanse med bakgrunn i teori om positiv psykologi, der målet er økt livskvalitet og velvære, samt å finne menneskets styrker for å motarbeide svakheter og utfordringer (Seligman, 2011; Holland og Nelson, 2014).

For å utdype problemstillingen utformet vi tre forskerspørsmål og med utgangspunkt i disse vil vi oppsummere empirien og uttrykke våre vurderinger. Vi beskriver de anvendte metoder i forskningen, observasjon først etterfulgt av intervju, og reflekterer omkring vårt metodevalg og gjennomføring. Deretter vil vi besvare problemstillingen og knytte sammen funn fra empirien med teoretiske betraktninger omkring forskningen. Avslutningsvis har vi med noen kritiske betraktninger og noen tanker om veien videre.

- *Hvilket fokus har logopeden på rådgiving i møte med afatikerer? var første forskerspørsmål.*

De afasirammede vi observerte var kommet over i rehabiliteringsfasen. I rehabiliteringsfasen vil tradisjonell logopedbehandling ofte innebære språktrening, kartlegging og testing av den afasirammede, og eksplisitt rådgiving forekommer i varierende grad. Afatikerne var over den første, kritiske fasen der sjokk, sorg og fortvilelse rår, der en kan tenke seg at behovet for rådgiving er markant. Vårt fokus ble dermed på det som Holland og Nelson (2014) kaller «counseling moments», som vi oversetter til rådgivingsøyeblikk. Rådgivningsøyeblikkene kan beskrives som spesielle avsnitt innimellom den ordinære behandlingen og det viktige er at logopeden er oppmerksom på *når* de oppstår og nytter sjansen til å bistå brukeren i den utfordrende situasjonen han er i.

Det vi observerte var engasjerte, fokuserte og dyktige logopeder som så *mennesket* de møtte. I starten vurderte vi rådgivingsøyeblikk som et særlig utpreget punkt som ville avspeiles med tydelige tegn. Etter hvert innså vi at vårt fokus var i behov av endring fordi rådgivingsøyeblikk forekom ofte, men ikke alltid like tydelig. Logopedene anvendte subtile rådgivingsferdigheter

som ivaretok den afasirammedes verdighet og mestringsfølelse. Med det mener vi at de enkelte rådgivingsferdighetene utøvdes med slik punktlighet, på rett sted til rett tid, at de nesten var umerkelige. Noen ganger kunne en kanskje tro at det vi observerte var en vanlig samtale, men nærmere analyse viste at det ofte var rådgivingsøyeblikk som inngikk i dialogen mellom logopedene og den afasirammede. Logopedene viste sin kompetanse og menneskekunnskap med stor trygghet og uten at det ble gjort noe nummer av det. Logopedene hadde sensitivitet og oppfattet den afasirammedes behov for bistand og anerkjennelse og ivaretok på den måten afatikerens verdighet, selvfølelse og tro på egen mestring (Holland og Nelson, 2014).

- Forskerspørsmål to var: *Hva vektlegger logopedene i møte med den afasirammede?*

Vi observerte at logopedene hadde et utpreget holistisk syn som ivaretok den afasirammede og dennes utfordringer. Logopedene hadde utarbeidet hensiktsmessige oppgaver og utfordringer som ble gjennomført med positivt fokus på mestring og brukerens styrker. Vi observerte to av respondentene sammen med to brukere hver. Observasjonene viste oss at logopedenes rådgivingsprosesser ble justert ut fra den afasirammedes behov, interesser, afasiens omfang og eventuelle tilleggsvansker. Logopedene la vekt på å være likeverdige samarbeidspartnere uten å presentere seg selv som eksperter. Holdningene var preget av ydmykhet og samtidig en bevisst planlagt fremgangsmåte for hensiktsmessig behandling og utvikling. Holland og Nelson (2014) sier mennesker med funksjonshemninger har utfordret den tradisjonelle antakelsen om at en profesjonell er synonym med en ekspert, for det finnes i tillegg til logopedene minst en eller to eksperter. Det kan være den som har fått afasi og personene som lever sammen med den afasirammede. Etter vår vurdering hadde logopedenes holistiske perspektiv stor betydning for afatikerens velvære og livskvalitet.

- Siste forskerspørsmål var: *Kan vi sette ord på rådgivingsferdighetene logopedene anvender?*

Her kunne det enkle svaret vært, ja! Vi skal imidlertid ta en omvei og utdype påstanden. Som tidligere beskrevet henter vi engasjement og teoretisk tilnærming fra positiv psykologi hjemmehørende i den humanistiske tradisjonen (Seligman, 2011; Holland og Nelson, 2014; Lassen, 2014). Vi støtter oss på utvalgt teori der perspektivet er at fokus på menneskets styrker gir positiv innvirkning på hvordan individene opplever seg selv, hvordan de handler og deres

opplevelse av eget velvære. Rådgivingsferdighetene vi fant omtalt i teorien ble brukt for systematiserte søk i observasjonene, som så ble presentert i egendefinerte kategorier. Kategoriene beskriver rådgivingsferdigheter vi observerte.

I analysen fant vi at logopedene hadde bevisste grunnholdninger omkring arbeidet med afatikerne. Holdningene ble gjenspeilet i utøvelsen av faget der de viste en gjennomgående respekt og anerkjennelse for brukeren. Logopedene hadde en merkbar tilstedeværelse som var sentrert omkring brukeren og var ærlig og tydelige i dialogen. Det samsvarer med Flasher og Fogles (2012) tanker omkring personsentrert rådgiving. Etter vår vurdering kan økt grad av tilstedeværelse høyne muligheten for at møtet mellom den afasirammede og logopeden blir best mulig. Den biopsykososiale- og psykososiale tilnærmingen til rehabilitering (Davidson og Worrall, 2013; Lind et. al., 2010) var tilstede ved at logopedene var opptatt av å lære den afasirammede å leve med afasien og de tok utgangspunkt i afatikerens styrker for å bygge opp resiliens og fremtidshåp.

Vi ser at ovennevnte grunnholdninger kan være utfordrende fordi logopeden skal ivareta mennesker med en ervervet skade som gir seg uttrykk i form av ulike afasityper. Utfordringen er kompleks fordi den afasirammede ofte er voksne mennesker som tidligere har mestret mange ferdigheter som sannsynligvis er berørt av den kroniske skaden, og i alle tilfeller er tilgangen til språket berørt eller tapt (Lind et. al., 2010; Papathanasiou og Coppens, 2013). Tapet av mestringsfølelse, språk og «seg selv» kan gi mange afasirammede utfordringer med humør, depresjon og sorg (Flasher og Fogle, 2012; Lind og Haaland-Johansen, 2010). Utfordringen for logopeden kan da være todelt; på den ene siden å skape og beholde det positive fokuset overfor et menneske som er langt nede, på den andre siden bruke sin kunnskap om psykologi og menneskesinnet og samtidig vite når ens grense er nådd og den afasirammede kanskje har behov for annen ekspertise. Med det mener vi at terapi og behandling inneholder elementer av psykologi, men det er viktig å huske at logopeden ikke er psykolog.

Refleksjoner omkring metode og gjennomføring

Vi gjennomførte i alt fem observasjoner og tre intervju. Observasjon og intervju er to av de mest anvendte kvalitative metoder i forskning (Irwin et. al., 2014). Observasjonene ble analysert ut fra teori, som presentert i kapittel 2, og funnene ble oppsummert i egendefinerte kategorier, presentert i kapittel 5. Etter observasjonene utarbeidet vi spørsmål til intervjuguiden som vi anså kunne bidra til å supplere og utdype observasjonene.

Vi kategoriserte funnene i fem kategorier; *positivt fokus, med fokus på brukerens styrker, lytte, forstå og oppmuntre til kommunikasjon, oversetter og målfinner, fleksibilitet og helhetstenking* og *humor*, som ble omtrent like omfattende og med flytende overganger til hverandre. Basis for kategoriene var grunnholdningene til Rogers (Lassen, 2014), kongruens, empati og ubetinget positiv aktelse, samt teori om rådgiving. Herunder beskrev vi også respekt og anerkjennelse som betydningsfulle grunnholdninger hos logopedene.

Vi opplevde det som positivt å være to forskere som analyserte den store mengden data vi ervervet. Ved å være to formoder vi at materialet har fått en grundigere gjennomgang fordi vi hele tiden har drøftet funnene og ikke akseptert lettvinde løsninger. Vi ser samtidig at forskningens omfang er begrenset. Utvalget er lite og kan dermed ikke benyttes som ny kunnskap, men vi vurderer det som en pekepinn som sier noe om hvilke rådgivingsferdigheter logopedene besitter.

Det er rimelig å anta at det kan være mulige feilkilder i analysen. Variabler i vår undersøkelse er logopedene og afatikerne. Variablene er ikke konstante og hvordan de fremkommer kan avhenge av ulike omstendigheter. For å utdype det vil vi hevde at observasjon er en kunstig situasjon fordi den skiller seg fra andre møter mellom logopedene og afatikerne, ved at det er to fremmede personer tilstede. Det kan bety at variablenes atferd blir forvrengt og endret (Irwin et. al., 2014). En annen mulig feilkilde er vår forforståelse og en eventuell forutinntatthet vi måtte ha. Vi har tatt høyde for mulige feilkilder ved å beskrive så tydelig som mulig det vi har observert og hvordan vi har analysert situasjonene. Vi har også intervjuet logopedene etter observasjonsanalysene for å få bekreftet våre funn. Å være to forfattere er også med på å sikre en høy grad av reliabilitet og validitet.

Det bringer oss over til svaret på problemstillingen vår;

Hvilke suksessfaktorer er tilstede i logopedens rådgivingsarbeid med afasirammede?

Vi observerte at alle logopedene var **kongruente** og **empatiske** mot afatikerne og hadde et dyptgående **positivt fokus** på den afasirammedes **styrker**. Alle respondentene **tilpasset kommunikasjonen** ved bruk av hjelpemidler og bevisst plassering under behandling. Logopedene fremsto som **aktive lyttere** som gjorde sitt ytterste for å oppnå en felles forståelse

og de afasirammede ble **oppmuntret til å kommunisere** til forståelse var oppnådd. Her drøftet vi en utfordring som kan oppstå dersom afatikerer har store kommunikasjonsvansker. Om logopeden forsøker å hjelpe ved å gjette gjentatte ganger, så undrer vi om afatikerer alltid setter pris på hjelpen eller noen ganger svarer ja eller nei for å unngå mer frustrasjon. Slike spørsmål er vanskelig å svare på, men vi antar at logopedene her må være særlig oppmerksomme for å unngå å sette den afasirammede i en slik situasjon. Vi tenker da at logopedene har et særlig ansvar for kommunikasjonen og en av respondentene sa det slik; «En møter jo noen ganger noen som ikke kan uttrykke seg i det hele tatt, noen ganger så kan de kanskje ikke si et eneste ord, det kommer ikke en lyd, så da er det jo klart at de bærer en jo hele kommunikasjonsbyrden selv».

Tilstedeværelse hadde alle logopedene og selv om den afasirammede hadde utfordringer med konsentrasjonen og plutselig skiftet samtale emne, så viste logopedene respekt ved å svare, for så å lede brukeren tilbake til oppgaven på en måte som ivaretok den afasirammedes selvfølelse.

Logopedene var **oversettere** som så brukernes utfordringer og trådte da til med bistand i form av forklaringer og utdypinger, både muntlig og skriftlig, for å trygge brukerne i deres anstrengelser. Afatikerne hadde ulike mål og logopedene hadde **justert målene** sammen med brukeren slik at mestringsfølelsen ble ivaretatt.

Det som overrasket oss litt var at tre av fem observasjoner ble gjennomført i brukerens hjem. Vi fikk da se **fleksible** logopeder som viste en inngående **helhetstenking** omkring den afasirammede. Logopedene **så mennesket** med utfordringer og behov og tilpasset seg etter det. En av respondentene sa; «Mange av de sitter mye alene og kommer seg lite ut, så jeg har vært opptatt av at de skal komme hit til meg, for å komme seg ut av de her fire veggene som de ser døgnet rundt». Logopedene utdypet videre at han dro hjem til afatikerer hvis det var utfordringer som gjorde oppmøte vanskelig. Vi så at logopedene var **anerkjennende** og **aksepterte** brukerne som det mennesket de var. Det var særlig tydelig da en av brukerne møtte oss i bar overkropp, uten at logopedene gjorde et nummer av den afasirammedes manglende påkledning. Her tenker vi at det vil være en grense for hva den enkelte aksepterer, men at en alltid må forsøke å ha den afasirammedes beste i tankene. Det bekreftet respondenten da vi spurte han om denne hendelsen; «Han (brukeren) er alltid slik, han er veldig varm og dette er komfortabelt

for han, jeg har kun sett ham i t-skjorte da vi dro på butikken». Med det signaliserer logopeden at han er opptatt av brukerens beste, selv om det ikke er innenfor konvensjonelle normer.

Flere ganger i hver observasjon og i alle observasjonene så vi **humor**. Latter, smil og god blikk kontakt sørget for en positiv stemning i tillegg til å være stressdempende, befriende, samlende og en viktig form for kommunikasjon (Simmons-Mackie, 2004; Holland og Nelson, 2014). En respondentene sa; «afatikere kan jo misforstå humor – og det er jo kjempeviktig at det ikke skjer, at de føler at vi flirer av dem, men at vi kan flire i lag av noe - det har jeg liksom tenkt at vi bør ha, litt latter i en time». Det bekrefter observasjonene, der vi så en lun, varm form for humor, utvist med **respekt**, aldri ondskapsfull. Logopedene smilte lett og vi antar et godt humør kan være viktig for logopedene selv. God sans for humor er nyttig for å forhindre utbrenthet, for å se andre perspektiver og for å gjøre livet lettere for de logopedene arbeider med (Holland og Nelson, 2014).

Kritiske betraktninger og veien videre

I mengden av data fikk vi flere tanker omkring videre forskningstemaer. Her vil vi nevne rådgiving med fokus på den afasirammede, logopedens samarbeid med pårørende og andre og logopedenes betydning for afasirammede – spesielt ute i distriktene.

Logopedens samarbeid med pårørende og andre observerte vi ikke, men vi hadde temaet med i intervjuene og to av respondentene utdypet dette. En respondent beskrev at fordelen med behandling i hjemmet, var muligheten for lettere tilgang på kontakt med pårørende. På den måten kunne en høre de pårørendes tanker og synspunkter, samtidig som en kom i posisjon til å gi råd og veiledning i en naturlig setting. Respondenten var tydelig på viktigheten med involvering av de pårørende, både for å få og gi nyttig informasjon. Det samsvarer med Bakken (2010) og Holland og Nelson (2014) som påpeker viktigheten av å involvere familie og pårørende. De sier at en ikke må undervurdere familien som eksperter. Pårørende er viktige samarbeidspartnere som kan bidra til at afasibehandlingen blir personlig og relevant. Samarbeid kan også medvirke til at familie og pårørende får mer kunnskap om afasi, noe som vil gagne både den afasirammede og de rundt.

Vi reflekterer også over logopedens betydning for mennesker med afasi, både de som bor alene, og kanskje spesielt ute i distriktene. Afasirammede i slike miljøer vil antagelig oppleve mange

lange dager og kontakt med andre vil være begrenset. Ensomhet og sosial isolasjon er en av de mest ødeleggende konsekvenser av afasien (Flasher og Fogle, 2012) og kan lede til depresjon, både hos afatikeren og familien rundt. Vi var med på to observasjoner ute i distriktet og observerte logopedens betydning for afatikerne. Logopeden ble mottatt som et etterlenget besøk og behandlingen var preget av varme, god tid, kaffe og hensiktsmessig trening. Etterpå uttrykket hun det slik; «... fordel, ja, å være hjemme – det er jo der de er vant og kjent og at de kanskje føler seg trygge der, det blir kanskje mer at de finner roen, men sånn praktisk så er det jo veldig greit». En av de andre logopedene som var på hjemmebesøk mente det var nyttig for å kommunisere med den afasirammede og pårørende, sammen eller hver for seg.

Etter vår oppfatning spiller logopeden en særlig rolle for afasirammede på grunn av sin kompetanse om afasi og den trygghet og mulighet det kan tilføre afatikere. Vi ser at det ligger mange tekniske ferdigheter til grunn for å være en god hjelper og rådgiver. Når det er sagt vil vi også fremheve at tekniske ferdigheter aldri kan oppveie personlige egenskaper hos *mennesket* logopeden. Med det mener vi at *et sett* rådgivingsferdigheter aldri kan overføres direkte til en annen situasjon. Logopedens personlige egenskaper, hans utøvelse av rådgiving, kompetanse, fleksibilitet og menneskekunnskap blir til sammen den gode rådgiveren for den afasirammede. Logopeden har en del verktøy for å hjelpe den afasirammede, som for eksempel tester og kartleggingsutstyr, ulike metoder med hjelpemidler og lignende, men det er likevel logopeden personlige utførelse og anvendelse av disse som har betydning for om rådgivingen blir hensiktsmessig eller ikke.

Selv om resultatene fra vårt forskningsprosjekt ikke kan generaliseres, håper vi logopeder og andre fagfolk blir inspirert og finner prosjektet interessant.

Vi avslutter med et sitat som gjenspeiler våre opplevelser i denne forskningsoppgaven: «Aphasia rehabilitation is fascinating, complex, challenging, and boundless, and, ultimately, it can be a lifeline for clients with aphasia and, on a personal level, can be one of the most rewarding roles for a speech-language pathologist» (Worrall et. al., 2013, s. 106).

Litteraturliste

- Afasiforbundet, (2015). *Om afasi*. Hentet 16.05.20015 fra, <http://www.afasi.no/Om-afasi/Om-afasi>
- Aase, T. H. & Fossåskaret, E., (2014). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alstad, K., (2010). Eldre afasirammede på institusjon: spesielle utfordringer I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E., (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s. 79-90). Oslo: Novus forlag.
- Andersen, F. Ø. & Christensen, G. (red.) (2013). *Den positive psykologiens metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bakken, H., (2010). Afasi – en utfordring for hele familien I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E., (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s. 216-227). Oslo: Novus forlag.
- Berg, K., (2010). «Man lærer seg jo å leve dette livet også...» Kan livskvalitet påvirkes gjennom bruk av *Støttet samtale*? I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E., (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s. 229-240). Oslo: Novus forlag.
- Byng, S. & Felson Duchan, J., (2004). Challenging aphasia therapies I Felson Duchan, J. & Byng, S., (red.), *Challenging Aphasia Therapies* (s. 8-18). New York: Psychology Press.
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K., Lind, M. & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale*. Oslo: Novus forlag.
- Dalen, M (2011). *Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Davidson, B. & Worrall, L., (2013). Living with Aphasia: A Client-Centered Approach I Papanthasiou, I., Coppens, P. & Potagas, C., (2013). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s.255-274). USA: Jones & Bartlett Learning.
- Finlay, L., (2011). *Phenomenology for Therapists*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Flasher, L. V. & Fogle, P., (2012). *Counseling skills for Speech-Language Pathologists and Audiologists*. USA: Nelson Education, Ltd.
- Forskningsetikkloven, (2006). Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning, hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskningsetikk>
- Gabrielsen, S. A-H., (2014). *Afasi og logopedisk rådgivning i akutfase* (Masteroppgave). Universitetet i Nordland, Bodø.
- Haaland-Johansen, L. & Røste, I., (2010). «Jeg vil prate mye, jeg ...» Logopedisk arbeid med en mann med afasi og taleapraksi I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E., (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s. 178-189). Oslo: Novus forlag.

- Holland, A. L. & Nelson, R. (2014) *Counseling in Communication Disorders*. USA: Plural Publishing.
- Holter Brudal, L., (2014). *Empatisk kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Irwin, D. L., Pannbacker, M. & Lass, N. J., (2014). *Clinical research methods in speech-language pathology and audiology* (2. edition). San Diego: Plural Publishing.
- Jacobsen, D. I., (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D.I., (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L., (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jones-Smith, E. (2014). *Strength-based therapy*. USA: SAGE Publications, Inc.
- Lassen, L. M., (2012). *Rådgivning, kunsten å hjelpe*, (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lassen, L. M., (2014). *Rådgivning, kunsten å hjelpe og sikrevekstfremmende prosesser* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E., (red.), (2010). *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus forlag.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov+om+pasient+og>
- Lyon, J., (2004). Evolving treatment methods for coping with aphasia approaches that make a difference in everyday life I *Challenging Aphasia Therapies* I Felson Duchan, J. & Byng, S., (red.), *Challenging Aphasia Therapies* (s. 54- 82). New York: Psychology Press.
- Miller, N. & Wambaugh, J., (2013). Acquired Apraxia of Speech I *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 431-457). USA: Jones & Bartlett Learning.
- Morris, J., Howard, D. & Kennedy, S., (2004). The Value of therapy: What counts? I Felson Duchan, J. & Byng, S., (red.), *Challenging Aphasia Therapies* (s. 134-158). New York: Psychology Press.
- Papathanasiou, I. & Coppens, P., (2013). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts and Operational Definitions I *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. xix-xxiii). USA: Jones & Bartlett Learning.
- Parr, S., Byng, S. & Gilpin, S med Ireland, C., (2011). *Talking about aphasia*. England: Open University Press.
- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J. & Woolf, C., (2002). *Beyond Aphasia*. UK: Speechmark.
- Pound, C., (2004). Dare to be different: The person and the practice I Felson Duchan, J. & Byng, S., (red.), *Challenging Aphasia Therapies* (s. 32-53). New York: Psychology Press.

- Riley, J., (2002). Counseling: An approach for speech-language pathologist. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, volume 29, s. 6-16.
- Røkenes O. H. & Hanssen, P-H., (2012). *Bære eller bryte* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Samuelsen, A. G., (2011). *Kunsten i tilstedeværelse* (2.utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Sarno, M. T., (2004). Aphasia therapies: Historical perspectives and moral imperatives I Felson Duchan, J. & Byng, S., (red.), *Challenging Aphasia Therapies* (s. 19-31). New York: Psychology Press.
- Seligman, M. (2011). *Flourish*. United Kingdom: Clays Ltd.
- Simmons-Mackie, N., (2004). Just kidding! Humour and therapy for aphasia I Felson Duchan, J. & Byng, S., (red.), *Challenging Aphasia Therapies* (s. 101-117). New York: Psychology Press.
- Skau, G. M., (2011). *Gode fagfolk vokser* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. & Pedrotti, J. T., (2011). *Positive psychology*, (2. edition). USA: SAGE Publications, Inc.
- Stabell Kulø, L., (2010). Afasi og kommunikasjonshjelpemidler I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E., (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s.120-134). Oslo: Novus forlag.
- Sundet, K. & Reinvang, I., (1993). Psykologiske reaksjoner ved afasi I Amundsen, M-L., Høy-Petersen, E., Sandmo, T. & Sundet, K., (red.), *Å leve med afasi*. Oslo: Aschehoug.
- Trost, J., (2010). *Kvalitative intervjuer* (4.utg.). Lund: Studentlitteratur
- Worrall, L., Papathanasiou, I. & Sherratt, S., (2013). Therapy Approaches to Aphasia I Papathanasiou, I., Coppens, P. & Potagas, C., (2013). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s.93-111). USA: Jones & Bartlett Learning.
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Lind, M., (2010). Afasi og rehabilitering I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Qvenild, E., (red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s. 23-37). Oslo: Novus forlag.

OPPSTART

1	Tar imot med navn
2	Håndhilser
3	Smil
4	Blikk kontakt
5	Humor
6	Fysisk kontakt
7	«Small talk»
8	Tilbud om vann
9	Siden sist?

GJENNOMFØRING

10	Blikk kontakt
11	Stemmebruk/tonefall
12	Oppmuntring på behandlingen
13	Positive kommentarer generelt
14	Empati (innlevelse), anerkjennelse/respekt. Den norske pedagogen Berit Bae hevder at anerkjennelse innebærer at jeg lar den andre få være «ekspert på sin egen oppr» (Bae 1988: 214).
15	Aktiv/konstruktiv respons (jfr. Seligman: verbal og non-verbal m/bekreftelser, nikk, gester, vise positive følelser etc)
16	Parafraiserer (oppklarende kommentarer, speiling)
17	Refererer til egen historie/person
18	Humor, smil
19	Oppriktighet/kongruens (samsvar mellom det talte og kroppsspråk)
20	Fysisk kontakt
21	Fysisk hjelp, spør om lov v/behov
22	Engasjement (oppnår kontakt med bruker, er tilstede i timen)
23	Aksepterer fortiden, ser fremover
24	Positivt fokus (arbeider med brukers sterke sider for å kompensere vanskene)
25	Språk (bruk av faguttrykk, viser kunnskap, tilrettelegging ifht. bruker m/korte setninger, lite faguttrykk etc.)
26	«Ekspert» vs. likeverdig samarbeidspartner
27	Struktur, flyt, forberedt til timen/telefon?
28	Takler frustrasjon, nedstemthet, følelser
29	Lar bruker fullføre
30	Bruk av pauser
31	Lytter (viser empati)
32	Tåler stillhet
33	Fysisk plassering
34	Tilrettelagt/Bruk av hjelpemidler (kalender, avis, papir, blyant, alfabet etc.)

AVSLUTNING

35	Fysisk kontakt
36	Blikk kontakt
37	Smil
38	Stemmebruk
39	Oppsummering
40	Videre fokus
41	Avtale neste time/tilgjengelighet

ANNET

42	
----	--

Intervjuguide

Hvilke suksessfaktorer er tilstede i logopedens rådgivningsarbeid med afasirammede?

- Presentere oss og masteroppgaven. Tema for samtalen (bakgrunn, formål). Forklar hva intervjuet skal brukes til - taushetsplikt og anonymitet. Spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål. Informer om ev. opptak, sørg for samtykke til ev. opptak – skriftlig! Start opptak.
- Hva er din faglige bakgrunn?
- Hvilken erfaring har du med å arbeide med afasirammede?)
- Hvilke kommunikative utfordringer opplever du i møte med en bruker med afasi?
- Hvilken forventinger opplever du at brukere med afasi har til deg som logoped?
- Hva opplevde du som positivt i møtet mellom deg og brukeren da vi deltok som observatører?
- Kan du beskrive hva du gjør når du ikke forstår hva brukeren prøver å formidle?
- Beskriv hvilke rådgivningsferdigheter du synes er viktige i ditt arbeid med afasirammede?
- Kan du beskrive hva du vektlegger for at brukere med afasi skal oppleve møtet med logopeden som meningsfylt?
- Hvordan vil du beskrive dine sterke sider som logoped i møte med afasirammede?
- Beskriv fordeler ved å gjennomføre behandlingen hjemme hos brukerne.
- På hvilken måte involverer du familie og pårørende i ditt arbeid med mennesker med afasi? (Andre? Tverrfaglighet?)
- Avsluttende kommentar – noe du vil legge til?

Informasjonsbrev til informant

15. oktober 2014

Vi er studenter ved masterstudiet Logopedi, 2013-2015, på Universitetet i Nordland. Viser for øvrig til hyggelig telefonsamtaler med deg. Dette er den formelle forespørselen om deltakelse.

Vår interesse for afasifeltet ble vekket i afasipraksis. Våre veiledere inspirerte oss ved den måten de arbeidet med afatikere og viste oss at logopeden har spesifikk og særlig kunnskap om afatikerens utfordringer og behov. Hva slags kunnskaper og hvilke ferdigheter er det hos logopeden som gjør at møter med mennesker med kommunikasjonsvansker blir positive?

Vår foreløpige problemstilling er: **Hvilke suksessfaktorer er tilstede i logopedens rådgivningsarbeid med afasirammede?**

Vi ønsker å være tilstede og *observere logopeden* i samhandling med en afatiker, ved minst to ulike anledninger. Vi vil bruke lydopptaker. Opptaket transkriberes og brukes sammen med observasjonene i videre arbeid. På bakgrunn av våre observasjoner vil vi i etterkant intervju deg og det vil ta ca. en time. Intervjuet vil også bli tatt opp og transkribert etterpå.

Vi ønsker at logopeden gjør en henvendelse til en eller flere brukere som kan være med i undersøkelsen. Det er viktig at en fagperson som kjenner brukeren godt sikrer at god informasjon blir gitt og at samtykkeerklæring blir forstått og skrevet under.

Hvis du har noen spørsmål kan du ringe Anita på 41475151 eller Tone på 99033345, eller sende en e-post til Anita; anineby@online.no og Tone; tonerose@hotmail.com

Du kan også kontakte vår veileder, dosent Toril Risberg ved Universitetet i Nordland, 75517749, eller e-post toril.risberg@uin.no.

Deltakelse er frivillig og du kan trekke deg når som helst, uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle data bli makulert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen personer vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven. Opptakene slettes etter sensur på oppgaven, mai 2015.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Hvis du kunne tenke deg å delta på denne undersøkelsen, ber vi deg skrive under dette brevet for å bekrefte at du vil være informant. Svaret sendes til **Anita Ness Byberg, Trivselsveien 202, 8215 Valnesfjord.**

Med vennlig hilsen

Anita Ness Byberg og Tone Røsås

.....
Jeg samtykker herved til å delta i nevnte prosjekt:

Dato.....Underskrift Logoped

Dato.....Underskrift bruker.....



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

Toril Risberg
Profesjonshøgskolen Universitetet i Nordland
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 04.12.2014

Vår ref: 40623 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.11.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40623	<i>Logopedi og rådgivning</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Toril Risberg</i>
Student	<i>Anita Ness Byberg</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 18.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anita Ness Byberg anineby@online.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40623

Formålet er å se nærmere på logopedens rolle som rådgiver i arbeid med afasirammede.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 18.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak



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

Toril Risberg
Profesjonshøgskolen Universitetet i Nordland
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 04.12.2014

Vår ref: 40622 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.11.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40622</i>	<i>Logopedi og rådgivning</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Toril Risberg</i>
<i>Student</i>	<i>Tone Røsås</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 18.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tone Røsås tonerose@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40622

Formålet er å se nærmere på logopedens rolle som rådgiver i arbeid med afasirammede.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 18.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak