

## Sammendrag

Når mennesker rammes av afasi skjer det brått og uventet, ofte helt uten forvarsel. Afasi er en ervervet språkvanske etter hjerneslag, og den gir ofte store begrensninger i forhold til det å kunne kommunisere med andre mennesker (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014). Etter Opplæringslovens § 4A (Opplæringslova, 1998) og Folketrygdloven § 5-10 (Folketrygdloven, 1997), gis det rett til logopedisk behandling når mennesker rammes av afasi. Innenfor forskningsfeltet som omhandler afasi opplever jeg at det finnes få undersøkelser der afatikere selv har fått si sin mening, trolig blant annet på bakgrunn av begrensede kommunikasjonsferdigheter (Worrall et al., 2011). Hvordan opplever egentlig mennesker som rammes av afasi den behandlingen de mottar av logoped? Dette er bakgrunnen for at jeg valgte problemstillingen til denne undersøkelsen: «Hvilken rolle spiller den logopediske behandlingen i hverdagen til afatikeren?»

For å finne svar på problemstillingen valgte jeg å intervju tre mennesker med afasi. Jeg ønsket å undersøke deres egen opplevelse av den logopediske behandlingen de mottok, ved å få høre deres historie. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som så ble transkribert.

De tre deltakerne hadde alle gått til logopedisk behandling i minst 1 ½ år. To av dem fikk fortsatt behandling, mens den tredje var ferdig med behandling hos logoped. De tre var i ulike faser av livet, og det var store forskjeller mellom dem når det gjaldt hvordan de levde med sin afasi og hva slags mål de hadde satt seg.

Det var også ulikheter mellom behandlingen de mottok, med hensyn til både form og intensitet, og i hvor stor grad omgivelsene ble trukket inn. Selv om ikke alle forklarte like grundig og detaljert om behandlingen, viste analysen at det å få logopedisk behandling spilte stor rolle for alle tre, med tanke både på språklig framgang og på at behandlingen var en meningsfull og motiverende aktivitet. Dette var særlig tydelig for den ene av deltakerne, som var svært fornøyd med hjelpen hun hadde fått. Hun hadde også vært svært aktiv når det gjaldt å definere mål for behandlingen, involvere omgivelsene og å drive egentrening.

Analysen blir diskutert i lys av teorier om mestring (Antonovsky & Lev, 2000; Eide, Eide, Keeping & Eide, 2017) og de nasjonale retningslinjene for afasirehabilitering (Indredavik, 2010).



## Abstract

When people are affected by aphasia, it happens suddenly and unexpectedly, often without warning. Aphasia is acquired language impairment after a stroke, and it often causes great limitations when communicating with other people (Corneliussen et al., 2014). In accordance to Section 4A of the Education Act (Opplæringslova, 1998) and the National Insurance Act, section 5-10 (Folketrygdloven, 1997), the right to speech therapy is provided when people are affected by aphasia. I find that there are few studies in the field of research dealing with aphasia, where patients themselves have expressed their opinions, probably, due to limited communication skills (Worrall et al., 2011). How do people who have actually suffered from aphasia experience the treatment they receive from speech therapists? This is the reason why I chose the issue of this study: "What is the speech therapists role in the everyday life of a person with aphasia?"

To find answers to the issue, I chose to interview three people with aphasia. I wanted to investigate the patients own experience of the speech therapy they received by listening to their stories. The interviews were recorded, and then transcribed.

The three participants had all been to a speech therapist for at least 1½ years. Two of them still received treatment while the third was finished with speech therapy. All three were in different phases of their lives; there were big differences between them when it came to how they lived with their aphasia and what kind of goals they had set for themselves.

There were also inequalities between the treatment they had received, with regards to both form and intensity and the effect of involving their surroundings and the part their environment played. Although the three did not go into the same amount of detail when discussing their treatment, the analysis shows that getting speech therapy played a major role for all three, in terms of language progress and that treatment was a meaningful and motivating activity. This was particularly evident in one of the participants, who was very pleased with the help she had received. She had also been very involved when it came to defining goals for treatment, involving her surroundings, and training herself.

The analysis is discussed in the light of theories of coping (Antonovsky & Lev, 2000; Eide et al., 2017) and the national guidelines for aphasia rehabilitation (Indredavik, 2010).



## Forord

En spennende og ikke minst en utfordrende tid går nå mot slutten. Det er en ubeskrivelig god følelse, men samtidig litt vemodig at jeg nå skal sette en sluttstrek for min masterutdanning i logopedi ved NTNU i Trondheim. Fire fantastiske år sammen med flotte medstudenter er nå over. Jeg må få takke dere alle for de gode og ikke minst lærerike diskusjoner og samtaler vi har hatt gjennom disse årene.

Jeg vil få takke alle som har bidratt og støttet meg underveis, slik at dette var mulig å gjennomføre. Først vil jeg takke deltakerne som stilte opp og fortalte sine historier, uten dere hadde det ikke blitt det resultatet jeg fikk. En stor takk til veileder Ellen Andenæs som har stilt opp for meg gjennom hele denne prosessen. Du har vært en inspirator, støtte og ikke minst en som har lært meg utrolig mye dette siste året.

Til slutt må jeg få takke min fantastiske familie, som har støttet meg hele denne lange veien. Uten deres støtte hadde dette ikke gått. Min kjære Svein, som har motivert meg og lagt til rette for at dette skulle kunne gjennomføres. Det er jeg evig takknemlig for! Mine fire barn, Sondre, Jørgen, Magnus og Elise, som har holdt ut med en mamma som stadig har vært på reiser til Trondheim og studier. Helger og ellers alle fridager har gått med til at mamma har studert. Dere er alle fantastiske!

Trofors mai 2018

*Monica Knutli Brennhaug*



# Innhold

Forord .....	I
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn. ....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Oppbygging av oppgaven.....	2
2 TEORI.....	5
2.1 Språk og kommunikasjon .....	5
2.2 Afasi.....	6
2.2.1 Definisjon av afasi.....	6
2.2.2 Årsak og forekomst .....	7
2.2.3 Ulike typer afasi .....	7
2.2.4 Språk og lateralisering/dominans .....	8
2.2.5 Tilleggsvaner .....	9
2.3 Afasi og kommunikasjon.....	9
2.4 Mål med afasirehabilitering.....	10
2.4.1 Livskvalitet.....	12
2.4.2 Mestring .....	13
2.5 Afasirehabilitering .....	15
2.5.1 Definisjon .....	15
2.5.2 Ulike tradisjoner innenfor afasirehabilitering .....	16
2.5.3 Behandlingsmetoder.....	17
2.5.4 Når iverksettes behandling og hva er anbefalt intensitet/hyppighet .....	19
3 Metode.....	21
3.1 Innledning.....	21
3.1.1 Kvalitative intervju.....	21
3.2 Forberedelser .....	22

3.2.1	Valg av deltakere.....	22
3.2.2	Intervjuguide .....	23
3.2.3	Prøveintervju .....	24
3.2.4	Informasjon til deltakere .....	25
3.3	Materialet.....	25
3.3.1	Selve intervjuet.....	25
3.3.2	Transkribering .....	26
3.3.3	Analytisk tilnærming.....	26
3.4	Etiske betraktninger og rapportering .....	27
3.5	Reliabilitet, validitet og generalisering.....	28
4	Analyse.....	31
4.1	Presentasjon av deltakerne i studien .....	31
	«Jeg blir jo bare bedre og bedre».....	31
	«Det er bare å kjøre på» .....	32
	«Musikken gir meg glede og en følelse av mestring».....	32
4.2	Kategorier .....	33
4.2.1	Begrensning i hverdagen .....	33
4.2.2	Motivasjon og mestring i hverdagen .....	35
4.2.3	Behandling og behandlingsmetoder .....	38
4.2.4	Ole .....	38
4.2.5	Maria .....	39
4.2.6	Pål.....	41
4.2.7	Livskvalitet.....	43
4.3	Oppsummering av analyse og funn .....	44
4.3.1	Dobbelheter i materialet .....	46
5	Diskusjon.....	47
5.1	Store forskjeller .....	47



5.1.1	Å mestre livet med afasi i et salutogenetisk perspektiv .....	48
5.1.2	Involvering av omgivelsene. ....	49
5.2	Relevans for praksis.....	50
5.2.1	Nasjonale retningslinjer.....	50
5.3	Metodisk refleksjon .....	51
	Referanser.....	53



# 1 Innledning.

## 1.1 Bakgrunn.

I dag er det ca. 15000 mennesker i Norge som hvert år rammes av hjerneslag. Av disse er det ca. 25% som vil utvikle afasi (Lind, 2010). Afasi er en språklig funksjonsvanske som har oppstått på grunn av ervervet skade eller sykdom i hjernen (Haukeland et al., 2005). Når noen rammes av afasi skjer det uten forvarsel, og det vil medføre store endringer i hverdagen. Både for personen som blir rammet, men også for nære venner og familie rundt (Lind, 2010). En person med afasi har ofte store utfordringer i situasjoner som krever språklig kompetanse. På grunn av de begrensede språkferdighetene, opplever afatikere ofte at de blir sett på som mindre kompetente av omgivelsene (Corneliussen et al., 2014), og dermed vil også sosial deltakelse i mange tilfeller begrenses. Nasjonale retningslinjer (Indredavik, 2010) gir føringer for logopedisk praksis i den grad at logopeden i tillegg til å kartlegge, planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak, også skal veilede og gi informasjon til nære personer og omgivelsene rundt mennesker som rammes av slag og afasi. Forskning viser at hos mennesker med afasi er et viktig mål å være deltakende i sosiale og språklige situasjoner (Brown, Worrall, Davidson & Howe, 2012; Worrall et al., 2011), men for å kunne oppnå det, er man avhengig av forståelse og tilpassing fra omgivelsene. Med bakgrunn i dette vil det dermed være relevant å få innsikt i hvordan afatikere selv opplever at dette ivaretas i praksis.

I praksisperioden i logopedistudiet fikk jeg møte noen mennesker med afasi i akutfasen. Det var svært interessante møter, og jeg ble nysgjerrig på hvordan mennesker med denne type skade finner motivasjon til å leve med afasi. Hvilken rolle spiller den logopediske behandlingen, og er det variasjoner i den logopediske praksis som virker inn på motivasjonen? Hva vil være viktig for logopeder å fokusere på i behandling av afatikere?

Internasjonale studier viser at afasirammede ofte utelates fra undersøkelser på grunn av språk- og kommunikasjonsvansker (Berg & Haaland-Johansen, 2011). For eksempel viser undersøkelser som er gjennomført i forhold til afatikerens livskvalitet, at disse ofte blir besvart av «mellommenn». Informasjon om afatikerens livskvalitet har dermed blitt innhentet ved for eksempel intervju med pårørende eller logopeder (Berg & Haaland-Johansen, 2011). En

undersøkelse hvor både afatiker, pårørende og logoped er deltakende (Cranfill & Wright, 2010), viser at pårørende og logopeder rapporterte lavere livskvalitet hos afatikere enn hva de selv gjorde. Dette viser at det har stor betydning at mennesker med afasi, selv får mulighet til å delta i slike undersøkelser.

Denne studien søker å belyse tre menneskers opplevelse av og erfaringer med å mestre hverdagen med afasi. På hvilken måte har logopedisk behandling bidratt til motivasjon i hverdagen? Målet er, ved hjelp av historien til disse menneskene, å kunne bidra til å rette søkelys mot logopedisk praksis, og hvilken rolle den spiller. For egen del som framtidig logoped vil et sentralt poeng være å vite hva som er viktig å ivareta for mine klienter. På hvilken måte kan jeg sikre at den behandlingen en afasiklient får, er godt nok tilpasset og tilrettelagt ut i fra dennes ønsker og behov? Hva vil det være viktig å fokusere på?

## **1.2 Problemstilling**

Formålet med undersøkelsen er å gå nærmere inn på afatikerens opplevelser av den logopediske behandlingen, og hvilken betydning den har i forhold til å mestre hverdagen med afasi. På den bakgrunn ble min problemstilling som følger:

**«Hvilken rolle spiller logopedisk behandling i hverdagen for afatikere?»**

Problemstillingen ble deretter operasjonalisert i tre forskningsspørsmål.

- Hvilken rolle spiller logopeden for afatikerens motivasjon til å mestre hverdagen?
- Hva gir begrensninger i hverdagen?
- Hvilken betydning har logopedisk behandling?

## **1.3 Oppbygging av oppgaven.**

Opgaven er videre delt inn i fire hoveddeler.

I kapittel 2 vil jeg presentere den teoretiske rammen som ligger til grunn for denne oppgaven. Dette kapitlet er inndelt i fem ulike deler, hvor del en tar for seg det generelle i forbindelse

med språk og kommunikasjon, deretter vil jeg komme inn på afasi og definere begrepet, se på årsak og forekomst for så igjen gjøre rede for ulike typer afasi, samt kort nevne ulike tilleggsvansker som kan forekomme. Videre vil jeg komme inn på forbindelsen mellom afasi og kommunikasjon, for deretter å se på mål for afasirehabiliteringen. Til slutt i dette kapitlet vil jeg ta for meg ulike sider ved behandlingen, definisjon, ulike tradisjoner, behandlingsmetoder og til slutt litt om anbefalinger i forhold til iverksetting av behandling og intensitet. I Nasjonale retningslinjer (Indredavik, 2010) benyttes begrepene behandling og rehabilitering parallelt, noe jeg også velger i denne oppgaven.

I kapittel 3 vil jeg gi en beskrivelse av den metoden jeg har valgt for dette prosjektet. Her vil jeg gi en oversikt over hvordan jeg har gått fram i forhold til forberedelser, materialet, etiske refleksjoner samt se på reliabilitet, validitet og generalisering.

I kapittel 4 vil jeg begynne med en presentasjon av deltakerne i denne undersøkelsen. Deretter beskrives analysen, og til slutt vil jeg trekke fram hovedfunn fra denne undersøkelsen.

Kapittel 5 har jeg kalt diskusjon. Her vil jeg diskutere resultatet fra analysen. Jeg vil se de funnene jeg har i analysen i sammenheng med andre undersøkelser og det teoretiske grunnlaget jeg har for oppgaven. Deretter vil jeg diskutere resultatene i lys av de nasjonale retningslinjene og forsøke å gi svar på hvilke implikasjoner undersøkelsens funn har for logopedisk praksis. Helt til slutt kommer noen metodiske refleksjoner rundt undersøkelsen.



## 2 TEORI.

I dette kapitlet vil jeg gi en presentasjon av den teoretiske bakgrunnen for min studie. I første del vil det dreie seg om den sentrale rollen språklig kommunikasjon spiller i menneskers liv. Deretter skal vi se på hva afasi er, definisjon, årsak og forekomst, og noen hovedformer av afasi. Videre vil jeg se på hvilke konsekvenser afasi får i kommunikasjon, på hva det gjør med livskvalitet og på ulike mestringsstrategier. Til slutt i kapitlet presenterer jeg afasirehabilitering, altså hva slags metoder som benyttes i logopedisk behandling for å minimere skadevirkningene av afasi.

### 2.1 Språk og kommunikasjon

Språk regnes som et artskjennetegn ved mennesket, det er grunnleggende for sosialt liv og innvevd i svært mye menneskelig virksomhet. Ansikt-til-ansikt-samtale, grunnformen for menneskelig kommunikasjon, er en sentral og selvsagt menneskelig aktivitet som de fleste deltar i gjennom hele livet, i både formelle og uformelle sammenhenger.

Språklige ytringer finnes overalt hvor vi befinner oss. Også når vi selv er tause, er vi omgitt av samtaler og annet snakk, av aviser, bøker, plakater, nettsider og så videre. Språket knytter mennesker sammen, og det har påvirkning på hele vår tilværelse (Lind, 2010). Gjennom språk knytter vi relasjoner og tilegner oss kulturen i samfunnet vi tilhører. Gjennom språk og kommunikasjon har vi mulighet for å ytre våre meninger og bygge identitet (Dahl, 2010). Vi samhandler med andre mennesker gjennom språklig kommunikasjon - kommunikasjon kommer opprinnelig fra det greske ordet *communicare* som betyr «å gjøre noe felles» (Kristoffersen, Simonsen & Sveen, 2005). Kommunikasjon er samtidig kanskje det viktigste redskapet vi har for å handle og utrette ting, både i privatlivet og i arbeidslivet. I tillegg trenger vi å kunne kommunisere for å gjøre våre plikter og få våre rettigheter som samfunnsborgere. Det er umulig å tenke seg et samfunn uten kommunikasjon.

Hva skjer så når noen plutselig og helt uten forvarsel fratras denne unike muligheten som vi har til å kommunisere og samhandle med andre mennesker gjennom språk? - Det vil jeg komme nærmere inn på i dette kapitlet.

## 2.2 Afasi

### 2.2.1 Definisjon av afasi

Aphasia er et gresk ord som betyr «tap av taleevne» (Lind, 2010). Afasi er betegnelsen på en ikke-medfødt språklig funksjonsvanske som har oppstått på bakgrunn av ervervet hjerneskade. Hjerneskaden kan oppstå som følge av sykdom eller ytre skade mot hodet. Hos de aller fleste som får afasi oppstår skaden i venstre hjernehalvdel (Lind, 2010). Venstre hjernehalvdel er dominant i forhold til språk og tale hos 95% av befolkningen. Det vil si at for å kunne anvende språk og tale er man i stor grad avhengig av språknettverkene i venstre hjernehalvdel (Brodal, 2013). Det vises ofte ulik grad av språklig svikt hos en afatiker innenfor de fire språkmodalitetene: forståelse av tale, evne til å lese, evne til å uttrykke seg skriftlig og muntlig (Corneliussen, 2005). Det er viktig at man er bevisst på at når mennesker rammes av afasi, betyr det ikke at de mister språket, men at de ikke har like god tilgang til språket sitt som før de ble rammet (Corneliussen et al., 2014).

Forskjellige forfattere definerer afasi på ulike måter. Jeg har her valgt å ta med to ulike definisjoner som jeg mener utfyller hverandre i forhold til hva som er essensen i logopedisk arbeid.

Reinvang (2003, s. 11) beskriver afasi som:

«... en språkdefekt etter hjerneskade hos et individ som har gjennomgått normal språkutvikling inntil tidspunktet for skaden. Afasi kan ramme både barn og voksne.»

Reinvang beskriver afasi som en ren språkdefekt. I lys av det jeg allerede har nevnt, vil det å rammes av afasi påvirke hele menneskets tilværelse. Andre forskere inkluderer dette i selve definisjonen av afasi, som her:

«Aphasia is an aquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person`s communicative and social functioning, quality of life, and the quality of life of his or her relatives and caregivers» (Papathanasiou & Coppens, 2017, s. 4)

Denne definisjonen betegnes som helhetlig siden den i tillegg til å beskrive selve tilstanden også ser på den psykososiale siden. Slik retter den oppmerksomheten mot at afasi har store



konsekvenser på flere områder, ikke bare for den som rammes men også for de som er rundt personen som familie, venner, kolleger og så videre (Papathanasiou & Coppens, 2017).

### **2.2.2 Årsak og forekomst**

Å kunne bruke språk i kommunikasjon med andre mennesker oppleves for de fleste som en selvfølge. Afasi er for mange mennesker et ofte ukjent begrep før det plutselig rammer en selv eller personer i nær familie eller vennekrets. Årsaken til afasi kan være sykdom eller skade etter en ulykke. Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag, som enten opptrer som blodpropp (trombose og emboli) eller blødning. Den vanligste årsaken er imidlertid blodpropp. Det som da skjer, er at blodtilførselen til det området i hjernen som blir skadet stopper, og dette igjen medfører celledød. Hjerneblødning er forårsaket av en brist i en blodåre eller en utposning på en blodåre som brister (aneurisme) (Indredavik, 2010). I Norge rammes årlig ca. 15000 mennesker av hjerneslag og ca. 25% av disse utvikler afasi (Lind, 2010). Afasi oppstår i de fleste tilfeller plutselig og uten forvarsel, «som lyn fra klar himmel» (Corneliussen et al., 2014). Dette er ofte en svært dramatisk opplevelse for den som blir rammet og for personene i dennes nære omgivelser.

### **2.2.3 Ulike typer afasi**

Som nevnt er språkområdet hos de fleste mennesker lokalisert i venstre hjernehalvdel, og det refereres til fremre og bakre område (Corneliussen et al., 2014). Allerede på 1800-tallet ble «språkområdet» identifisert i venstre hjernehalvdel ved hjelp av kliniske observasjoner. Afasi ble da definert ut ifra to spesifikke områder i hjernen Brocas og Wernickes (Brodal, 2013).

I 1861 beskrev legen Paul Broca afasitypen som videre ble kjent som Brocas afasi. Der er skaden lokalisert i det som betegnes som fremre språkområde, i venstre frontallapp. Når skaden oppstår her, vil det resultere i ikke-flytende talepreg og karakteriseres ved et langsomt taletempo. Spontantalen er redusert og det anstrengte talepreget påvirkes også ofte av en noe upresis artikkelasjon. Forståelsen er ofte god, og personer med denne type skade reagerer ofte

på egne feil (Reinvang & Engvik, 1995). Denne typen afasi betegnes også ofte for ekspressiv afasi, altså at personen har problemer med å uttrykke seg språklig.

Ved Wernickes afasi, som er oppkalt etter den tyske nevrologen Carl Wernicke (Brodal, 2013), er skaden er lokalisert i overgangen mellom parietallappen og temporallappen, i det som betegnes for bakre språkområde (Reinvang & Engvik, 1995). Talen karakteriseres som flytende, men ord og setninger har ofte lite meningsbærende innhold. De som har skader i dette området, vil ha utfordringer med å sette sammen lyder til meningsbærende ord og setninger. Forståelsen hos disse pasientene er ofte begrenset. Vansken betegnes i noen tilfeller som en reseptiv eller impressiv språkvanske (Reinvang & Engvik, 1995).

Forbindelsen mellom de to hovedsentrene Brocas og Wernickes kalles arcuate fasciculus. En skade i dette området kalles konduksjonsafasi og vil medføre vansker med gjentakelse og repetisjon, spesielt når det gjelder lengre ord med konsonantforbindelser og lengre setninger. Taleflyt og forståelse er god (Reinvang & Engvik, 1995).

Hos noen mennesker er hovedsymptomene ordletingsvansker (anomi). Den afasitypen kalles anomisk afasi. Personer med denne typen afasi har et flytende talepreg. Utfordringene ligger i å benevne, da disse pasientene har problemer med å gjenkalle innholdsord, særlig substantiv og verb (Lind, 2010).

Den siste afasitypen jeg her velger å nevne er, global afasi, en av de alvorligste afasitypene. Her antas det at både fremre (Brocas) og bakre (Wernickes) språkområde er rammet. Språkprestasjonene ved denne type skade er svært begrenset (Reinvang & Engvik, 1995).

#### **2.2.4 Språk og lateralisering/dominans**

Venstre hjernehalvdel har altså vært regnet som dominant i forhold til språk. Nyere forskning viser imidlertid at når det gjelder språk, ses ofte aktivitet i mange flere områder i hjernen enn tidligere antatt. Studier viser at det ved språkprosessering foregår mye aktivitet mellom språkområdene i venstre hjernehalvdel, men at aktiviteten også omfatter tilsvarende områder i høyre hjernehalvdel (Becker, 2009). For å bekrefte dette viser Brodal (2013) til en undersøkelse gjennomført på friske mennesker ved hjelp av PET og fMR. Han fant ut at Brocas og Wernickes i stor grad er involvert i normal språkproduksjon men at også flere områder i hjernen viser

aktivitet ved språklig produksjon, dette gjelder både i høyre og venstre hjernehalvdel (Brodal, 2013). Dagens oppfatning i forbindelse med hjernedominans, og i denne sammenheng i forbindelse med språk, er som følger: - Forskere mener at enkelte områder i hjernen er spesialisert på ulike funksjoner. Men på grunn av forbindelsen mellom ulike områder i hjernen, fører aktivitet i ett område til aktivisering av nettverk fordelt i store deler av hjernen (Becker, 2009).

### **2.2.5 Tilleggsvansker**

Afasi er ofte bare en del av et mer sammensatt sykdomsbilde og det forekommer også ofte tilleggsvansker som talepraksi, dysartri, lammelser, synsvansker og kognitive vansker som hukommelses- og konsentrasjonsvansker (Dahl, 2010; Lind, 2010). Tilleggsvansker kan virke inn på den språklige rehabiliteringen hos afatikeren. For eksempel vil en synsvanske kunne påvirke lesing og skriving, talepraksi vil kunne påvirke evnen til viljestyrte motoriske aktiviteter og det blir vanskelig å få fram det riktige ordet. Dysartri, som er en talevanske og ikke en språkvanske, innebærer manglende koordinering av muskulatur samt lammelser under tale. Dette fører til utydelig tale som kan være vanskelig å forstå (Lind, 2010).

## **2.3 Afasi og kommunikasjon**

Når et menneske rammes av afasi, endres mulighetene for å bruke språket på samme måte som før afasien. Jeg har tidligere nevnt at det er store individuelle forskjeller på afatikere, og at omfanget av skadene varierer. Vi vet også at afasi påvirker språkmodalitetene i mer eller mindre grad og dermed har betydning for hvordan vår evne til språklig kommunikasjon er. Forskning viser også at afasi har stor påvirkning på sosial deltakelse (Johansson, Carlsson & Sonnander, 2012).

Det mest vanlige symptom ved afasi er ordletingsvansker (anomi). For afatikeren vil dette medføre vansker med å finne de riktige ordene for å kunne formidle meninger og ideer i samtale med andre mennesker. Ofte vet personen med afasi hva han /hun vil formidle, men får det ikke fram (Dahl, 2010). Forvekslinger av ord og lyder (parafrasier) er også vanlig for

afasi. «Ja» og «nei» er de ordene som det er vanligst å forveksle, noe som kan medføre store misforståelser i samtalsituasjoner. Å bytte ut lyder i ord kan medføre at ord blir helt uforståelige, for eksempel hvis man sier /treff/ når man mener å si /trett/ (Reinvang, 2003). En annen form for talefeil er sjargong eller neologismer, at personen lager nye uforståelige ord (Reinvang, 2003). I tillegg kan afatikere ofte oppleve redusert språkforståelse. Å prosessere, oppfatte og forstå språk kan ofte ta lengre tid enn før (Dahl, 2010). Dermed kan det medføre vansker med å forstå sammenhengen i en samtale.

Mange av de som rammes, uttrykker stor frustrasjon over å få begrenset evnen til å kunne kommunisere (Dahl, 2010). Siden afasirammede har utfordringer med å gjøre seg forstått, kan de i enkelte tilfeller oppleve å bli sett på som dumme eller mindre kompetente (Corneliussen et al., 2014). Sosial isolasjon forekommer også ofte blant afatikere. Istedenfor å utsette seg selv for misforståelser og/eller mistolkinger i kommunikasjonssituasjoner, trekker afatikeren seg heller bort fra sosiale situasjoner (Dahl, 2010). Dermed har afasien bidratt til reduksjon i aktivitet og deltakelse, og det kan medføre ytterligere frustrasjon og i verste fall også depresjon.

Når evnen til å kunne kommunisere med omverdenen begrenses, stiller det større krav til omgivelsene. I kapitlet om afasirehabilitering vil jeg blant annet komme inn på SSA – støttet samtale for voksne –, som en viktig kilde til kommunikasjon for afatikere. Ved hjelp av denne metodikken kan pårørende bidra til at afatikeren i større grad får mulighet til å delta mer aktivt i samtaler og å få vist sin kompetanse (Dahl, 2010).

## **2.4 Mål med afasirehabilitering**

«Alle som gjennomgår traumer, opplever en følelsen av tap» (Liechty & Braun, 2006, s. 84)

Når språket, og dermed evnen til å kommunisere med andre, rammes, påvirke den daglige funksjonen. Et håp om å bli som før, altså gjenvinne funksjoner som er skadet, er en motivasjon som driver disse menneskene framover (Liechty & Braun, 2006). Virkeligheten blir dessverre ikke alltid slik man drømmer om. Det viktige i slike situasjoner vil imidlertid bli å finne ut av hva som er viktig for hver enkelt afatiker, og at tiltak som iverksettes er individuelt tilpasset (Lind, 2010). Hva er målet med afasirehabilitering for akkurat denne personen?

I 2001 utviklet WHO et felles internasjonalt rammeverk for klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF (WHO, 2001). Dette klassifiseringssystemet har til hensikt å beskrive funksjonen til personer med funksjonsnedsettelse i forhold til både kroppsstruktur, kroppsfunksjon, aktivitet, deltakelse og miljø. Fokus er rettet mot den enkeltes funksjonsevne og ikke på sykdom eller diagnose (WHO, 2001). ICF retter fokus mot hvordan samfunnet kan legge til rette for mennesker med funksjonsnedsettelse. For mennesker med afasi dreier det seg om hvordan omgivelsene rundt personene legger til rette for kommunikasjon (Dahl, 2010; Papathanasiou & Coppens, 2017).

I 2011 gjennomførte Worall m.fl. (2011) en undersøkelse med 50 afasipasienter hvor de ønsket å finne ut av hvilke mål mennesker med afasi hadde med utgangspunkt i ICF. I undersøkelsen kom de fram til ni ulike kategorier som kunne beskrive afatikeres målsettinger.

- De fleste ønsket seg tilbake til et liv slik det var før de fikk afasi.
  - Mulighet til å kunne kommunisere var svært viktig. Manglende kommunikasjonsferdigheter førte ofte til følelser av håpløshet, frustrasjon, depresjon, isolasjon m.m.
  - Et annet mål som ble satt høyt, var det å få god nok informasjon fra logopeder og andre helsepersonell i forhold til det å leve med afasi.
  - Å få hjelp fra logoped for å kunne bedre språkfunksjonen, samt å ha god relasjon til logoped og andre hjelpepersonell.
  - Kontroll og uavhengighet. De ønsket å kunne ha mer kontroll over eget liv, å klare ting på egen hånd. Noen uttrykte også frustrasjon over å ikke selv få være med å sette mål for egen behandling og eget liv.
  - Verdighet og respekt. Ønske om å bli verdsatt og å føle seg kompetente på tross av sine kommunikasjonsvansker.
  - Sosial tilhørighet, fritid og arbeid. Ett mål var å få mulighet til å kommunisere og samtale med andre. Noen uttrykte også frykt for isolasjon og kjedsomhet. Andre ønsket seg tilbake til arbeidslivet, dette gjaldt særlig yngre afatikere.
  - Å kunne være deltakende og bidra til samfunnet.
  - Å få tilbake fysisk funksjon og ha god helse.
- (Worrall et al., 2011).

Blom Johansson, Carlsson og Sonnander (2012) gjorde en undersøkelse for å finne ut av hvordan mennesker med afasi opplevde samtale med andre mennesker. I tillegg hvordan de håndterte kommunikasjonsvanskene. De kom fram til fire ulike faktorer som viser til afatikerens opplevelse av kommunikasjonssituasjonen. Den første faktoren gikk ut på at afatikerne opplevde tap og frustrasjon over å ikke ha samme mulighet til å uttrykke tanker, følelser, kompetanse og meninger, og over å ikke føle seg som et likeverdig menneske. Det andre de fant, var at afatikere ofte følte usikkerhet og frykt for ikke å forstå eller få med seg hva som ble sagt i samtaler. Samtidig var de ofte utrygge i nye situasjoner og i møte med nye mennesker. De var også engstelige for at de ikke skulle få nødvendig hjelp fra logoped på grunn av liten tilgang på logopeder eller på grunn av at de selv var for gamle. Den tredje faktoren gikk ut på at afatikere ønsket å være deltakende og føle likeverd i avgjørelser som omhandlet dagliglivet. En forutsetning for dette var økt forståelse og åpenhet i samfunnet om afasi, og om hva det vil si å leve med afasi. Siste faktor de fant i denne undersøkelsen var knyttet til lengsel etter tidligere språkferdigheter. Å akseptere situasjonen utløste en indre styrke til å kjempe for å kunne klare å kommunisere på samme måte som før, men for andre var det svært vanskelig å akseptere det å leve med afasi. Noe som medførte at de unnlot å benytte de ulike strategiene, de hadde lært, for å bedre kommunikasjonsevnen (Johansson et al., 2012).

#### **2.4.1 Livskvalitet**

Worrall & Holland (2003) i (Berg, 2008, s. 2) pekte på hvorfor livskvalitet er viktig i logopedisk praksis «*Bedring av livskvalitet er det ultimate mål for afasirehabilitering*». Hva innebærer «det gode liv» og hva vil det si å ha god livskvalitet? Spørsmål som dette kan det være vanskelig å gi generelle svar på, i og med at vi mennesker ofte definerer det gode liv på ulike måter. Uansett er det slik at når noen rammes av sykdom eller opplever en alvorlig funksjonsnedsettelse (som det å få afasi), bidrar det til at det livet de lever, blir endret. Becker (2014) hevder at dette er med på å redusere livskvalitet og deltakelse i aktiviteter.

Helsedirektoratet viser til livskvalitet i forhold til det som handler om å gi livet verdi og mening (Indredavik, 2010). I denne studien forteller afatikere selv om sine erfaringer med å

mestre hverdagen med afasi. I intervjuene spør jeg deltakerne blant annet om de kan fortelle om opplevelser av glede, motivasjon og mestring i hverdagen, det som gir livet mening.

Subjective well-being refers to all of the various types of evaluations, both positive and negative, that people make of their lives. It includes reflective cognitive evaluations, such as life satisfaction and work satisfaction, interest and engagement, and affective reactions to life events, such as joy and sadness (Diener, 2006, s. 3).

Livskvalitet i denne sammenheng handler altså om hvordan mennesket selv vurderer både positive og negative sider ved tilværelsen. Ved å benytte denne definisjonen om subjektivt velvære, beveger vi oss dermed inn på ulike sider ved det som gir livet verdi og mening som nevnt ovenfor.

Når mennesker opplever å få endret sine kommunikasjonsferdigheter, vil det ha innvirkning på dagliglivet, og dermed med stor sannsynlighet også på livskvaliteten (Brown et al., 2012). Disse forfatterne gjennomførte en meta-studie i forhold til hvordan man kan leve vellykket med afasi. På grunnlag av at afasi også har påvirkning på personer rundt afatikeren, omfattet undersøkelsen både afatikere, familiemedlemmer og logopeder. De kom fram til sju faktorer knyttet til det å leve et godt liv med afasi: deltakelse, meningsfulle relasjoner, støtte, kommunikasjon, positivitet, uavhengighet/selvstendighet og evne til å leve godt med afasi over lang tid. Også andre studier viser at svekket kommunikasjonsevne påvirker livskvalitet hos mennesker (Cruice, Worrall, Hickson & Murison, 2003), og at mennesker med gode kommunikasjonsferdigheter hadde færre sosiale begrensninger, bedre livskvalitet og bedre emosjonell helse (Cruice et al., 2003).

## **2.4.2 Mestring**

Alle mennesker som opplever en dramatisk endring i livet på bakgrunn av plutselig sykdom, vil gjennomgå en krise i livet. Hvordan man forholder seg til slike situasjoner, varierer fra menneske til menneske. I litteraturen finnes det mange ulike beskrivelser av hvordan mennesker vil mestre vanskelige situasjoner. Først vil jeg se på mestring i lys av to mestringsstrategier (Eide et al., 2017) som er blitt benyttet i forhold til kommunikasjon og samtale innen helsesektoren. Deretter vil jeg nevne to ulike modeller for mestring som er sentrale innenfor forskning på livskvalitet. Den første er Lazarus «Prosessmodell for stress og mestring»

(Folkman et al., 1986; Grøholt, Sommerschild & Gjørum, 1998), den andre er Antonovskys modell SOC (sense of coherence) oversatt til norsk, opplevelse av sammenheng (Antonovsky & Lev, 2000; Grøholt et al., 1998).

Mennesker som er rammet av afasi, trenger å mestre en vanskelig situasjon som er oppstått brått og uventet, og det er en utfordring (Eide et al., 2017). De skriver at «...mestring består av komplekse prosesser knyttet til belastninger og endringer i livet. Mestring innebærer endringer og er ingen lineær bevegelse, men først og fremst en dynamisk prosess.» (Eide et al., 2017, s. 49). Det vil si at når mennesker utsettes for vanskelige situasjoner, vil evnen til å mestre situasjonen sannsynligvis by på følelser som vil bevege seg fra det ene ytterpunktet til det andre. Det vil variere mellom glede og fortvilelse, håp og avmakt, tillit og mistillit, engstelse og nedtrykthet. Det å mestre har altså utgangspunkt i menneskets egen forståelse og opplevelse av situasjonen. Hvordan mennesker mestrer er dermed svært individuelt.

Å mestre i krisesituasjoner vil innebære å klare å forholde seg til ulike negative følelser som desperasjon, angst og sorg. Forskning viser at personlighet har mye å si i forhold til hvordan mennesker tar tak i mestringsutfordringene. Optimistiske mennesker viser seg å ha lettere for å tilpasse seg utfordringer enn mennesker som er mer negative (Eide et al., 2017).

I litteraturen vises det til to ulike mestringsstiler/-strategier som beskriver hvordan mennesker takler slike utfordringer. AAT – Approach-avoidance theory – i Eide et al. (2017) beskriver to ulike sider ved det å mestre utfordringer i krisesituasjoner. En tilnærmende stil i forhold til mestring (approach) innebærer at mennesket, som er rammet for eksempel av afasi, forholder seg til de negative følelsene som motivasjon for handling, altså han /hun aksepterer situasjonen og jobber direkte med det negative. Den andre typen mestringsstil blir beskrevet som unngående mestring. Denne form for mestring innebærer at personen ikke forholder seg til situasjonen han/hun er i, men forsøker isteden å unngå problemet eller utfordringen (avoidance) (Eide et al., 2017).

Lazarus «Prosessmodell for stress og mestring», identifiserer to prosesser: kognitiv vurdering og mestring. Mestring blir definert som:

«...the person`s constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the person`s resources» (Folkman et al., 1986, s. 993).



Definisjonen ser på mestring som en prosess som foregår i interaksjon mellom individ og miljø. Mestring er håndtering av stress sett i lys av at ikke alle problemer alltid kan løses. Modellen vektlegger individets subjektive vurdering av fenomenet, samtidig som mestring innebærer personens evne til å mobilisere både kognitive og atferdsmessige krefter for å klare å håndtere situasjonen (Folkman et al., 1986; Grøholt et al., 1998, s. 76). Med andre ord er det menneskets personlige opplevelser som medfører stress, og ikke selve hendelsen eller situasjonen. Hvordan dette oppleves, vil dermed være avgjørende for hvordan situasjonen mestres.

Alan Antonovsky (2000) har utviklet en modell for mestring som har en del likhetstrekk med Lazarus sin modell, «Sense of coherence», eller SOC-modellen. Denne modellen har sitt utgangspunkt i det Antonovsky betegner som den salutogenetiske orientering. Istedenfor at man ved sykdom fokuserer på patogenese, som er sykdomsutvikling, skulle fokus rettes mot salutogenese, utvikling av helse. Salutogenese defineres som: «*Teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære*» (Lønne, 2018).

På den bakgrunn utviklet han dermed «sense of coherence» (Antonovsky & Lev, 2000). Antonovsky mente at måten vi mennesker opplever sammenheng på er en avgjørende faktor for hvordan vi mestrer belastende situasjoner. Men for at vi så skal kunne oppleve sammenheng, forutsetningene for SOC, må vi:

- Forstå situasjonen
- Ha tro på at vi kan finne fram til løsninger
- Finne en god mening i å forsøke på det (Grøholt et al., 1998, s. 52).

## **2.5 Afasirehabilitering**

### **2.5.1 Definisjon**

I faglitteraturen blir afasirehabilitering beskrevet på litt forskjellige måter. Jeg har her valgt å ta med to definisjoner som gir ulike beskrivelser, men som sammen kan sies å utfylle hverandre.

«Afasibehandling er alle tiltak som tar sikte på å bedre pasientens langsiktige muligheter for å fungere i en situasjon som stiller krav til språklig oppfattelse eller produksjon.» (Reinvang, 2003, s. 99).

Denne definisjonen begrenser afasirehabilitering til å gjelde språklig oppfattelse og produksjon samtidig som den inkluderer kommunikasjon, det vil si samhandling. Oraviita (2008) i (Karlsen, 2014, s. 15) gir en annen definisjon på afasibehandling:

«...opplæring gitt av logopeder til afasirammede der formålet er rehabilitering av språk, tale- og kommunikasjonsferdigheter. Afasirehabilitering bygger på antakelser eller hypoteser om at ulike språklige oppgaver kan påvirke språkproduksjonen».

Denne definisjonen på afasibehandling avgrenser den til å være behandling som gis av logopeder, og som er forankret i bestemte teorier, antakelser eller hypoteser

Hvilken type behandling logopeden velger for hver enkelt afatiker, avhenger av hvilken grad og type afasi det er snakk om. Afasirehabiliteringens hovedfokus vil dermed i stor grad rettes mot mennesket som er rammet av afasi. I dagens samfunn er det, blant annet med bakgrunn i ICF (WHO, 2001), rettet mer fokus mot en helhetlig rehabilitering av afasi. Det innebærer at behandlingen i tillegg også søker å involvere nære personer, venner og familie samt det miljøet afatikeren lever i (Papathanasiou & Coppens, 2017).

Afasi rammer svært ulikt fra menneske til menneske. For å sette mål for logopedisk behandling må man tenke individuell tilrettelegging ut fra skade og omfang. I tillegg vil kjennskapen som logopeden har til de ulike behandlingsmetodene og tradisjoner kunne bidra til å ivareta helhetstenkningen i rehabiliteringen (Lind, 2010). Nedenfor vil jeg gjøre rede for noen ulike tradisjoner/tilnærminger innenfor logopedisk afasirehabilitering, samt presenter ulike former for behandlingsmetoder som benyttes.

## **2.5.2 Ulike tradisjoner innenfor afasirehabilitering**

I tilnærmingen til afasirehabilitering har logopedfeltet bakgrunn i ulike tradisjoner som enten hver for seg eller i en kombinasjon legger grunnlaget for hvilke behandlingsmetoder logopeden vil iverksetter. De tre er nevropsykologisk tradisjon, kognitiv nevropsykologisk tradisjon og psykologisk tradisjon.

Nevropsykologisk tradisjon har sitt opphav fra Boston-skolen. Her tar man utgangspunkt i afasisymptomene og relaterer disse til ulike skadesteder i hjernen. Modellen som benyttes i denne tradisjonen betegnes som anatomisk og funksjonell modell (Lind, 2010). Norsk grunntest for afasi (NGA) har sitt utgangspunkt innenfor denne tradisjonen (Reinvang & Engvik, 1995). NGA klassifiserer afasi ut fra både hvor i hjernen skaden er lokalisert og ut fra hvilke språklige utfall pasienten har, - som talepreg, gjentakelse, benevnning og auditiv forståelse (Lind, 2010).

Innenfor kognitiv nevropsykologisk tradisjon er fokus rettet mot svikt i de språklige prosessene. Innenfor denne tradisjonen er man opptatt av å finne ut av hvor i de språklige prosessene (oppfattelse, forståelse og produksjon av språk både skriftlig og muntlig) funksjonssvikten ligger. Man er altså ikke opptatt av å forklare svikten ved å lokalisere skaden til bestemte strukturer i hjernen (Lind, 2010). Kartlegging som kan benyttes i denne sammenheng er blant annet PALPA (Psykolingvistisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede), VOST (verb- og setningstesen) og Pyramide- og palmetesten (PyPat) (Lind, 2010).

I den psykososiale tradisjonen handler det om å tilpasse seg det å leve med afasi. Denne tradisjonen har også blitt betegnet som sosial modell, deltakelsesmodell og funksjonell modell. Innenfor denne tradisjonen er det logopeden som sammen med personen som er rammet av afasi, jobber mot å finne gode innfallsvinkler til det å leve med afasi. Målene vil med andre ord befinne seg utenfor selve afasien (Lind, 2010), og denne tradisjonen kan lett knyttes til et salutogenetisk perspektiv på rehabilitering (Antonovsky & Lev, 2000).

### **2.5.3 Behandlingsmetoder**

Innenfor logopedisk afasirehabilitering finner vi altså ulike teoretiske tradisjoner. Men valg av behandlingsmetode bærer også preg av ulike ideologier om undervisning. Det vil si at valg av behandlingsmetode i noen grad kan bære preg av hva den enkelte logoped mener er den beste form for undervisning. Men ifølge Dahl (2010) benytter de fleste logopeder flere innfallsvinkler når man jobber mot å bedre språk- og kommunikasjonsferdigheter som er tapt eller begrenset.

Behandling av mennesker med afasi betegnes som en omfattende prosess som ofte vil foregår

over et lengre tidspunkt, kanskje flere år. Som nevnt er det viktig at man i forhold til behandlingen tenker et helhetlig tilbud for afatikerer (Papathanasiou & Coppens, 2017). Dette vil innebære at man i rehabiliteringen benytter metoder knyttet til både direkte og indirekte tiltak i forhold til språkvansken. Ved direkte tiltak er behandlingen knyttet til selve språkskaden og ved indirekte tiltak er fokus mer rettet mot konsekvensen av det å leve med afasi (Lind, 2010).

Den primære årsaken til afasi, som ofte er hjerneslag, kan behandles medisinsk og medikamentelt (Dahl, 2010). Forskning viser imidlertid at logopedisk behandling av afasipasienter har stor betydning i forhold til rehabiliteringen av språkskaden. Det er gjort undersøkelser i forhold til betydning av logopedisk behandling kontra ingen behandling. Resultater viser at med logopedisk behandling er prognosene for bedring i forhold til afasi betydelig bedre sammenlignet med de som ikke mottar logopedisk behandling (Papathanasiou & Coppens, 2017).

Strukturert terapi, også kaldt kognitiv rehabiliteringsterapi eller «bottom-up» (Dahl, 2010), der fokus rettes mot symptomene eller manglene ved språket. Ved hjelp av grundig kartlegging finner man fram til hvilke språklige funksjoner som er bevart, og hvilke som ikke lengre er intakt. Metoder som kan benyttes i behandling er reaktivering hvor fokus i behandlingen er direkte knyttet mot skaden. Det antas at ved direkte og intensiv stimulering av den skadde funksjonen kan bidra til bedring (Lind, 2010). Såkalt «Constraint induced» språkterapi (CIST) er en behandlingsmetode som benyttes i slik terapi. Ved å bruke denne metoden jobber man direkte med muntlig språkproduksjon uten å benytte alternative kommunikasjonsformer. CIST bygger på et teoretisk grunnlag om hjernens plastisitet, hvor det ved aktivering og bruk av den skadde funksjonen kan danne grunnlag for vedlikehold og bedring (Kirmess, 2015). En annen metode innenfor strukturert terapi er reorganisering. Antakelsene er her at området i hjernen som er knyttet til den skadde funksjonen har så store skader at man må forsøke å trene opp andre områder til å overta den aktuelle funksjonen, for eksempel gjennom -Melodic Intonation Method- (MIT). Der brukes melodiske elementer for å skape aktivitet i høyre hjernehalvdel. Med denne behandlingsmetoden vil man altså forsøke å rekonstruere den skadde funksjonen ved å ta i bruk andre områder i hjernen enn det opprinnelige (Lind, 2010).

En annen form for behandling er det som blir kalt stimuleringsterapi eller pragmatisk/funksjonell rehabiliteringsterapi, «top-down». Hovedvekten i behandlingen legges

på selve kommunikasjonen og ikke nødvendigvis talespråket. Ved hjelp av ulike hjelpemidler og teknikker skal personen med afasi kunne få hjelp til å kommunisere og føre en samtale slik at han/hun har mulighet til å gjøre seg forstått og kunne formidle et budskap (Dahl, 2010). Kompensering er tilnærmingen som ligger nært opp til denne metoden. Kompensering innebærer for eksempel at man benytter ulike strategier og/eller hjelpemidler for å få fram budskapet i det man vil formidle (Lind, 2010). Spesielt i tilfeller hvor man antar at intensiv trening ikke vil kunne bedre den skadde funksjonen, vil det kunne være nyttig å trene opp afatikerer til å bruke gester, bilder, tegning, skriving og andre kommunikasjons hjelpemidler (Lind, 2010).

Støttet samtale for voksne med afasi (SSA) er et program hvor man lærer afasirammede og deres samtalepartnere ulike metoder for å hjelpe afatikere til å kunne være aktivt med i ulike samtalsituasjoner. Metoden bygger på en sosial tilnærming til afasi, og ser dermed på afasi som en vanskesom oppstår i samspill mellom afatiker og samfunn (Berg, 2008). I tillegg gir støttet samtale afatikerer mulighet til å få vise den kompetansen han/hun faktisk har (Dahl, 2010). Den grunnleggende tanken bak metoden SSA ligger i samtals betydning for menneskene. En svensk studie viser imidlertid at det er stor variasjon i hvor vidt logopeder benytter støttet samtale i behandling. Blant annet på bakgrunn av manglende kunnskap og kompetanse om programmet (Johansson, Carlsson & Sonnander, 2011).

Afasirehabiliteringens hovedfokus vil i stor grad rettes mot mennesket som er rammet av afasi. I dagens samfunn er det, blant annet med bakgrunn i ICF (WHO, 2001), rettet mer fokus mot en helhetlig rehabilitering av afasi. Det innebærer at behandlingen i tillegg også søker å involvere nære personer, venner og familie samt det miljøet afatikerer lever i (Papathanasiou & Coppens, 2017).

#### **2.5.4 Når iverksettes behandling og hva er anbefalt intensitet/hyppighet**

De første dagene etter et hjerneslag, vil de fleste oppleve en markert bedring av funksjoner. Dette kommer av det man kaller for spontanbedringsfasen og er ikke et resultat av behandling (Dietrichs, 2007).

Flere studier viser effekt av behandling i ulike stadier av afasi. Forskere mener også at den største effekten oppnås dersom behandling starter allerede i akutfasen. Noen mener at jo

tidligere behandlingen iverksettes, jo bedre blir resultatet (Papathanasiou & Coppens, 2017; Robey, 1998). Andre studier viser at det er en tendens til bedring av språkfunksjonen dersom behandlingen starter i akuttfasen (Becker, 2009). Forskning viser også at intensiv behandling i kronisk fase kan gi gode resultater i forhold til bedring av språklige ferdigheter (Pulvermüller et al., 2001).

Nasjonale retningslinjer framhever at språktrening av afasirammede bør starte allerede i akuttfasen, og for å oppnå best mulig effekt, anbefales det minst 5 timer pr.uke med intensiv trening (Indredavik, 2010). Evidensbasert forskning viser at intensitet i behandling er en avgjørende faktor for hjernens evne til gjenvinning av funksjon og endring av struktur etter en skade. Dette bygger på tanken om hjernens evne til plastisitet. Denne forskningen viser også at hjernen er et dynamisk organ som har en unik evne til å tilpasse seg og endres (Becker, 2009). For å oppnå vedvarende endringer i hjerneaktivitet, er man altså avhengig av direkte og intensiv trening av den skadde funksjonen. Det er det som synes å gi størst effekt i forhold til plastiske endringer i hjernen (Becker, 2009).

Jeg har tidligere nevnt behandlingsmetoden CIST, hvor behandlingen begrunnes i nettopp denne teorien om hjernes plastisitet. Hjernen er altså i stadig endring og har mulighet til å tilpasse seg i møte med nye stimuli, og beskrives som en dynamisk enhet. Ved trening viser forskning at hjerneaktivitet i det aktuelle område er økende særlig rett etter en treningsøkt. Dersom det blir for langt opphold mellom hver treningsøkt vil denne aktiviteten avta. Foregår trening derimot med intensitet og mange repetisjoner, vedvarer hjerneaktiviteten (Becker, 2009).

Realiteten i dagens samfunn er imidlertid ikke alltid slik det anbefales i henhold til nasjonale retningslinjer. Dette begrunnes blant annet med at kommunene ikke har tilstrekkelige ressurser til å kunne ivareta den anbefalte treningsmengden (Becker, 2014). Becker (2014, s. 390) sier «*Rask oppstart av logopedbehandling og tilstrekkelig intensitet er heller unntaket enn regelen*».

## 3 Metode

### 3.1 Innledning

Begrepet metode kommer opprinnelig fra den greske betydningen «*veien til målet*», (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). I dette kapitlet vil jeg redegjøre for den metodiske tilnærmingen og de valg jeg har benyttet for å nå målet mitt med denne studien. Jeg vil gi en beskrivelse av hvordan jeg har valgt å gå fram for å få svar på mine forskningsspørsmål. Først vil jeg gi en kort presentasjon av den forskningsmetode jeg har valgt å benytte. Deretter vil jeg beskrive forberedelsene jeg gjorde før selve intervjuet. Videre vil jeg gi en presentasjon av hvordan jeg kom fram til det materialet jeg til slutt satt igjen med, etter datainnsamling. Hvilke etiske refleksjoner ligger til grunn for denne studien? Til slutt vil jeg gi en kort beskrivelse av hvordan jeg har forsøkt å ivareta reliabilitet og validitet i min studie.

#### 3.1.1 Kvalitative intervju

«Et overordnet mål for kvalitativ forskning er å utvikle forståelse av fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet» (Dalen, 2011, s. 15)

I undersøkelsen søker jeg å forstå afatikernes subjektive opplevelse av den livssituasjonen de er i og motivasjonen deres for å takle hverdagen. Jeg ønsker å finne ut av hvilken rolle den logopediske behandlingen ser ut til å spille i forhold til deltakerne og deres hverdag. På bakgrunn av at kvalitativ forskning har som hovedintensjon å forstå menneskers personlige opplevelse av sin livsverden (Kvale et al., 2015), ble det derfor naturlig å velge kvalitativ forskningsmetode – nærmere bestemt intervju – for mitt prosjekt. Fordelen ved kvalitative intervjuer er at de kan gi meg mulighet til å komme nært inn på deltakernes egne opplevelser.

Målet med studien er å oppnå en forståelse av deltakernes opplevelse av hvordan de mestrer hverdagen med afasi, og hvordan logopedisk behandling har innvirket på dette.

Fenomenologi er opptatt av menneskenes egne oppfatninger av fenomener og på deres forståelse av de ulike situasjoner de befinner seg i (Kvale et al., 2015). Det vil si at det er

aktørens eget perspektiv vi er ute etter å forstå (Befring, 2010). I studien er jeg opptatt av å belyse afatikernes egne erfaringer innenfor de ulike tema som framkommer i intervjuguiden. Det ble viktig for meg å forsøke «å se det samme» som deltakerne. For å kunne oppnå denne type forståelse bør man, ifølge Dalen (2011), på forhånd forsøke å sette seg inn i deltakernes situasjon i forhold til det å leve med afasi (Dalen, 2011). I og med at jeg ikke har noen særlig erfaring med mennesker som er rammet av afasi, ble litteraturstudie nyttig for min del. Ved hjelp av litteratur om afasi, opparbeidet jeg meg en teoretisk innsikt i hvordan det kan være for et menneske å leve med afasi.

## **3.2 Forberedelser**

### **3.2.1 Valg av deltakere**

Før jeg kunne utforme intervjuguide og planlegge intervjuene, måtte jeg vurdere hvordan deltakerne til min studie skulle være, blant annet med tanke på hvordan jeg skulle håndtere utforming av spørsmål og tema til intervjuguide. Kriteriene for deltakerne ble valgt på bakgrunn av mine refleksjoner rundt faktorer som kunne påvirke intervjusituasjonen, hvordan jeg kunne gjennomføre et intervju med mennesker som har språk- og kommunikasjonsvansker.

**Tidspunkt for hjerneslag/afasi.** I utvalget av deltakere til min studie var ett av kriteriene at de hadde gjennomgått den første fasen av afasirehabiliteringen. Det skulle være minst 1 ½ år siden de hadde hatt hjerneslag. I tillegg ønsket jeg deltakere som hadde blitt rammet av afasi på ulike tidspunkt i livet.

**Ingen tilleggsvansker.** Et annet kriterium var at deltakerne ikke skulle ha tilleggsvansker, som for eksempel taleapraksi, hørselshemming eller store kognitive vansker. Det er imidlertid svært vanskelig å utelukke alle tilleggsvansker da afasi, hos de fleste, ofte bare er en liten del av et ellers svært sammensatt sykdomsbilde (Corneliussen et al., 2014)

**Behandling hos logoped mer enn ett år.** For å kunne få en forståelse av hvordan den logopediske behandlingen bidrar til motivasjon for å takle hverdagen, ble det viktig at



informantene hadde en brei erfaring med behandling hos logoped. Det var viktig for studien at deltakerne hadde hatt logopedisk behandling i minst 1 år.

**Lette eller moderate språkvansker.** Deltakerne i intervjuene skulle ha lette til moderate ekspressive språkvansker – ikke vansker med forståelsen, det som benevnes som impressive språkvansker.

For å finne deltakere henvendte jeg meg til logopedlaget i mitt fylke og videreformidlet mine utvalgskriterier samt forskningsspørsmål og problemstilling. Etter hvert fikk jeg tak i to aktuelle kandidater. Disse fikk tilsendt skriftlig informasjon og samtykkeerklæring, og vi avtalte tid og sted for intervju via telefon.

Etter at jeg hadde gjennomført de to intervjuene og transkribert dem, følte jeg at materialet ikke var fyldig nok. Jeg visste om en ung kvinne med afasi, men hvor behandlingen nå var avsluttet. Jeg mente likevel at dette var et interessant tilfelle. Dermed tok jeg kontakt og fikk umiddelbart klarsignal fra kvinnen.

Jeg endte opp med tre deltakere. Deltakerne er i alderen 40 – 77 år, to er yrkesaktive mens den tredje er pensjonist. Begge de to yrkesaktive er i dag tilbake i jobb, men i reduserte stillinger. Deltakerne har mild grad av afasi, alle har ordletingsvansker, og to har vansker som påvirker språkproduksjonen. Alle har hatt stor framgang i språkfunksjonen etter slaget. Hukommelsesvanske kan sannsynligvis også være en utfordring for den ene deltakeren, uten at det kan sies med sikkerhet.

De tre deltakerne er ulike både aldersmessig og med tanke på hvilken fase av livet de er i. Den ene er ferdig med behandlingen, mens de to andre fortsatt går i behandling hos logoped.

### **3.2.2 Intervjuguide**

I forkant av intervjuene gjorde jeg en grundig forberedelse med å lage en intervjuguide. Intervjuguiden har som hensikt å gi en form for struktur i intervjuforløpet, enten i form av detaljerte spørsmål, eller i form av tema som skal belyses (Kvale et al., 2015). I utarbeidningen av intervjuguiden måtte jeg finne spørsmål som kunne fange sentrale elementer i deltakernes hverdag og opplevelse. Samtidig skulle spørsmålene være vinklet på en måte som kunne gi svar på mine forskningsspørsmål. For eksempel var ett av spørsmålene: «På hvilken måte har

det å få afasi påvirket livet ditt?» Ved formulering av spørsmålene hentet jeg noe inspirasjon fra tidligere masterprosjekt (Bjørkedal & Søgne, 2009).

I arbeid med intervjuguiden tok jeg utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål for studien. Spørsmål og tema ble til ved at jeg underveis i prosessen stilte meg selv spørsmål om hvordan jeg kunne få vite det jeg ønsket. Det ble også viktig å reflektere rundt rekkefølgen på spørsmålene. Hvilke av disse var mest hensiktsmessig å innlede med? Jeg valgte å starte intervjuene med tema og spørsmål knyttet opp mot deltakerne selv: «*Kan du fortelle litt om deg selv?*» I ettertid tenker jeg at dette kunne ha vært med på å bidra til en myk start på samtalene. Fordi deltakeren kunne starte å fortelle om noe nært og kjent. Da dette var et intervju med mennesker som har språk- og kommunikasjonsvansker, la jeg arbeid i å formulere spørsmålene og lage overgangene slik at dette følte mest mulig naturlig for deltakerne. For å oppnå en avslappet og god atmosfære i intervjuet ble det viktig at samspillet mellom meg som intervjuer og deltakerne opplevdes trygt og forutsigbart. Dette kunne jeg forsøke å oppnå ved å på forhånd gjøre et grundig forarbeid med intervjuguiden. Det virket som rammen rundt intervjuet ble avslappende. Noen spørsmål måtte likevel endres underveis da de ble for lange. Overgangen mellom temaene ble gode.

### **3.2.3 Prøveintervju**

På forhånd gjorde jeg et prøveintervju for å forberede meg til intervjuene. Det ideelle hadde vært å gjennomføre dette sammen med en afatiker. Men på grunn av liten tilgang på afasipasienter i mitt nærområde, valgte jeg en logoped med faglig og praktisk bakgrunn innenfor afasifeltet. Hun ville kunne gi meg tilbakemelding på spørsmålene, samt at vi sammen kunne reflektere rundt utfordringer som jeg kunne møte på i intervju med en afatiker. Målet med prøveintervjuet var å gjennomgå og øve meg på hvordan jeg skulle formulere spørsmålene. I tillegg ønsket jeg å finne ut av om spørsmålene jeg hadde, egnede seg i forhold til hva jeg faktisk ville undersøke. Det ble også god læring i forhold til hvordan jeg skulle ordlegge meg slik at det ble greit for en afatiker å forstå. Prøveintervjuet førte ikke til innholdsmessige endringer av spørsmålene, men vi snakket blant annet om å ikke bruke for mange ord ved spørsmålsstilling. På den måten ble det mindre risiko for misforståelser.

Prøveintervjuet var altså nyttig, men i etterkant ser jeg at dersom jeg hadde gjennomført det med en afatiker, ville jeg antakelig vært enda bedre forberedt på hva jeg kunne møte i selve intervjusituasjonen.

### **3.2.4 Informasjon til deltakere**

I forkant var alle deltakerne informert i forhold til konfidensialitet og oppbevaring av opptakene underveis i studien (jfr. Vedlegg).

Jeg ga også på forhånd en presentasjon av studien, der jeg fortalte at det var deres historie i forhold til den logopediske behandlingens betydning som jeg ønsket å få en forståelse av. Her var det de som var ekspertene.

## **3.3 Materialet**

### **3.3.1 Selve intervjuet**

Jeg valgte å benytte en semistrukturert intervjumetode. Ved semistrukturert intervju er tema fastsatt på forhånd, mens det er mer åpent hvordan selve spørsmålene stilles og i hvilken rekkefølge. I tillegg gis det mulighet for at man kan stille utdypende spørsmål i forhold til svar som man får fra deltakerne (Kvale et al., 2015). Det vil si at man underveis i intervjuet kan bevege seg mellom de ulike temaene. For eksempel gir det intervjueren mulighet til å gripe fatt i et tema som ikke var planlagt på forhånd, for så å utdype det nærmere (Thagaard, 2013).

Jeg lot i stor grad deltakerne selv styre samtalen. På denne måten la jeg til rette for at det unike i hver enkelt sin historie fikk komme fram. Samtidig forsøkte jeg å følge opp med spørsmål fra intervjuguiden, slik at jeg hadde mulighet til å kunne få svar på problemstilling og forskningsspørsmål.

Jeg gjorde lydopptak av intervjuene for at jeg som intervjuer skulle kunne gi full oppmerksomhet mot deltakerne underveis og for å bidra til å skape god kommunikasjon og flyt i samtalen.

De to første deltakerne ble intervjuet i lokalene til behandlende logoped, mens den tredje deltaker ble intervjuet hjemme hos henne selv. Dette var sannsynligvis en fordel med tanke på kjente og trygge omgivelser for alle deltakerne.

Tidsmessig varte hvert intervju mellom 1 – 1 ½ time.

Kommunikasjonen i intervjuene forløp svært ulikt. I de to første intervjuene bidrog jeg en god del med oppklaringsspørsmål underveis, for å forstå hva det var de ønsket å formidle. Det var ikke nødvendig i det tredje intervjuet, der deltakeren fortalte fritt om sitt liv med afasien, og jeg fulgte opp med spørsmål for å lede henne inn på tema som jeg ønsket å få svar på.

### **3.3.2 Transkribering**

Før jeg kunne starte koding og analyse av det innsamlede datamaterialet måtte jeg transkribere intervjuene. Å transkribere innebærer å gjøre lyd om til skriftlig tekst (Tjora, 2017), og det gjør det bedre egnet for analyse. Ved å transkribere intervjuene ville intervjusamtalene dermed bli mer strukturert, noe som gjorde intervjuene bedre egnet for analyse (Kvale et al., 2015).

Jeg startet med transkriberingen umiddelbart etter intervjuene, mens samtalen fortsatt var friskt i minnet. For å kunne få med selve stemningen i intervjuet valgte jeg å ta med pauser, nølinger og latter i transkripsjonen, og det hjalp meg til å huske selve situasjonen bedre. Selve transkriberingen ble også en måte å bearbeide materialet på, og ga meg god oversikt over det.

### **3.3.3 Analytisk tilnærming**

På veien fram til analyse av det innsamlede datamaterialet som jeg hadde, fikk jeg inspirasjon fra SDI-metoden (stedvis deduktiv induktiv metode) (Tjora, 2017). Denne metoden baserer seg på en empirinær tilnærming til analysen, og passer derfor godt i en

fenomenologisk tilnærming. Framstillinga nedenfor følger stegene i analysen slik Tjora (2017) beskriver dem.

Gjennom transkribering i flere omganger var jeg blitt godt kjent med materialet, og neste skritt var å gå gjennom det for å opprette ulike empiriske koder. Resultatet ble en meningsfortetting av de innsamlede dataene, noe som igjen gav meg bedre oversikt. Tjora (2017, s. 197) understreker at for å ivareta det spesifikke i materialet må kodene ligge tett opp mot deltakernes utsagn.

Neste steg var å gruppere de ulike kodene fra alle tre intervjuene i ulike tema eller kodegrupper. Videre ble det viktig å finne ulike sammenhenger i datamaterialet. Kunne jeg finne noen fellestrekk hos de tre deltakerne? Jeg noterte meg for eksempel at all tre informantene nevnte musikk i forbindelse med det å oppleve glede i hverdagen: «*musikken gjør at jeg får lyst til å danse*», «*etter ei øving føler jeg mestring og glede*», «*jeg skal spille gitar igjen*». Etter å ha gruppert kodene i ulike kategorier hadde jeg til sammen tretten ulike kodegrupper. Av disse valgte jeg ut de fire som var mest interessante for å belyse min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Disse fire kaller jeg: motivasjon og mestring, begrensninger, behandling og livskvalitet.

### **3.4 Ethiske betraktninger og rapportering**

Prosjektet er godkjent av NSD (se vedlegg), og følger Den nasjonale forskningsetiske komité (NESH) sine retningslinjer for å sikre etisk forsvarlig forskning (Den Nasjonale forskningsetiske komité 2016). Retningslinjene inneholder blant annet krav om innhenting av samtykke, informasjonsplikt, personvern i forbindelse med behandling av personopplysninger, konfidensialitet. Da jeg sendte ut samtykkeerklæring i forkant av intervjuene, ga jeg samtidig informasjon om konfidensialitet og anonymisering og beskrev hvordan jeg ville oppbevare og behandle lydopptaket.

I intervjuundersøkelser kan forskeren komme nært inn på den eller de personene som skal intervjues. Jeg måtte på forhånd tenke over hvordan jeg kunne skape en tillitsfull og fortrolig atmosfære jfr. Thagaard (2013, s. 109). Som nevnt hadde jeg forberedt meg ved å forsøke å sette meg inn i hva det innebærer å leve med afasi, samt å skaffe meg oversikt over ulike behandlingsmetoder som disse menneskene ofte mottar. I tillegg hadde jeg utviklet

intervjuguide og formuleringer med tanke på at deltakerne hadde redusert kommunikasjonsevne.

I et intervju kan man komme inn på tema som er følsomme for deltakerne. Det kan også skje at man nærmer seg områder i livet som kan være vanskelige å snakke om. Intervjuer må dermed være varsom og vise respekt for personens grenser og integritet.

Under intervjuet med Maria kom jeg for eksempel til det punktet der jeg ønsket å høre om hennes gleder i hverdagen. Jeg sa: «Du har jo en stor familie og barn. Barna gir deg vel kanskje glede i hverdagen?» Umiddelbart opplevde jeg at Maria ble veldig stille og tankefull, og jeg tolket uttrykket hennes som om jeg kanskje hadde truffet et punkt som ikke ble så lett å snakke om. Derfor endret jeg tema og gikk raskt over til å snakke om naturen og musikken, noe som hun tidligere i intervjuet hadde beskrevet som viktige kilder til motivasjon i hverdagen.

«Forskeren har ansvar for å unngå at de som utforskes utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger» NESH -2006 (Thagaard, 2013).

Et intervju beskrives i litteraturen som en kontekst med asymmetri mellom intervjuer og deltaker, der intervjuer er den som har makten som ligger i å utarbeide grunnlaget for hva som er tema for samtalen, som stiller spørsmål, og som beslutter hva som skal følges opp av de svar som framkommer (Kvale et al., 2015). Samtidig beskrives et intervju som et sosialt møte hvor erfaringer blir fortolket og meninger blir skapt (Järvinen & Mik-Meyer, 2005).

I undersøkelsen lot jeg deltakerne få ganske stor makt i intervjusituasjonen. De fikk mulighet til fritt å fortelle sine historier ved å forfølge tema de selv valgte. Jeg avbrøt ikke slike fortellinger, men ledet dem etterhvert inn på tema i intervjuguiden for i det hele tatt å kunne få svar på det jeg hadde som mål for denne undersøkelsen.

### **3.5 Reliabilitet, validitet og generalisering**

Reliabilitet handler om forskningens troverdighet eller pålitelighet, for eksempel om spørsmål i intervjuet er ledende. Prøveintervjuet og diskusjonen med logopeden, ga ingen indikasjoner på at det var tilfelle.

Silverman i (Thagaard, 2013, s. 202), mener at ved å gjøre forskningsprosessen gjennomsiktig («transparent») gjennom blant annet å gi grundige beskrivelser av forskningsstrategi, analysemetode og ikke minst teoretiske ståsted for tolkning, kan det bidra til å styrke reliabiliteten. Et mål med dette kapitlet har nettopp vært å gjøre rede for arbeidet mitt på en slik måte.

I denne studien har jeg som nevnt hentet inspirasjon fra Tjoras SDI-metode, dette blant annet for å gjennom empirisk tilnærming gjøre min forskningsprosess mest mulig «transparent». Jeg jobbet grundig med intervjuene og forsøkt å få fram deltakernes egne opplevelser.

Validitet handler om hvor vidt vi måler det vi har ment å skulle måle (Kvale et al., 2015). Er for eksempel spørsmålene i intervjuguiden formulert slik at jeg vil få svar på det jeg ønsker å få svar på? Prøveintervjuet bidro også til å undersøke validiteten i mine spørsmål.

Intersubjektivitet mellom forsker og informant bidrar til validitet i en kvalitativ studie (Dalen, 2011). Ovenfor har jeg gjort rede for hvordan jeg gikk fram for å sette meg inn i afasirammedes situasjon for å tilpasse intervjuene til deltakerne. Jeg påstår selvsagt ikke at jeg dermed kan forstå deltakerens opplevelser og perspektiver fullt ut, men etter min vurdering var disse forberedelsene til stor hjelp.

En undersøkelse som denne, med bare noen få deltakere, gir ikke resultater som kan generaliseres. Den forteller om hvordan *noen* afatikere har det, ikke om hvordan *alle* afatikere har det. Den kan heller ikke si noe om allmenne sammenhenger mellom logopedisk behandling og livskvalitet. Men ved å vise hvordan *noen* slike sammenhenger arter seg i noen afatikers liv, viser den også hvordan slike sammenhenger *kan* være.





## 4 Analyse

I dette kapitlet vil jeg først gi en presentasjon av de tre deltakerne som har bidratt med sine erfaringer i denne undersøkelsen. Deretter vil jeg gi en beskrivelse av analysen fra datamaterialet, og se den ut fra fire ulike kategorier som skilte seg ut i materialet. Til slutt i kapitlet vil jeg oppsummere analysen og trekke fram hovedfunn fra undersøkelsen.

### 4.1 Presentasjon av deltakerne i studien

I undersøkelsen valgte jeg tre deltakere, en kvinne og to menn. Deltakerne er anonymisert ved bruk av fiktive navn og i presentasjonen nedenfor kaller jeg de Ole, Pål og Maria.

**«Jeg blir jo bare bedre og bedre».** Ole er en pensjonert sjømann i 70 årene. Han er enkemann og bor for seg selv. Ole fikk slag for ca. 1 ½ år siden og fikk deretter afasi: ekspressiv afasi og ordletingsvansker.

Ole virker å være en person som er glad i livet. Han er en aktiv mann, som liker å være ute å gå turer i tillegg til at han er en aktiv danser. Han er med i en dansegruppe hvor de danser folkedans og gammeldans hver dag, bortsett fra lørdag og søndag. Han fikk logopedisk behandling ganske raskt etter slaget, og har gått i behandling hos logoped i litt over ett år nå. Ole ser på seg selv som frisk – han er mye ute og går, og dansen er et stadig tilbakevendende tema under samtalen. I tillegg er fiskebåten hans svært viktig. Ole virker i samtalen svært positiv, og kan godt slå av en spøk innimellom. Han har familie og venner rundt seg, og virker å være forholdsvis sosial. I tillegg vil han framstå som selvstendig, han vil klare seg selv, lager mat og ordner det meste på egen hånd. Ole gir tydelig uttrykk for at pågangsmot og motivasjon i hverdagen har utgangspunkt i dans og trening. I tillegg forteller han om faste turer på kafé. Det kan også virke som om han sjelden oppsøker nye sosiale sammenhenger utenom de faste rutinene han har i hverdagen (dans, trening og kafé). Dette antar jeg med bakgrunn i samtalen, hvor Ole forteller at han blir stille og trekker seg tilbake dersom det er mye folk til stede. Men når det er sagt ser vi jo at han har mange aktiviteter i hverdagen, og at det i seg selv trolig er nok for ham.

**«Det er bare å kjøre på».** Pål fikk afasi før han hadde fylt 40 år. Han er enslig og jobber med behandling av post i en bedrift. Han er tilbake i jobb i 70% stilling. Pål ble syk for 1 ½ år siden, da han fikk en hjerneblødning i venstre område i hjernen, som medførte både afasi samt hemiplegi, dvs. lammelse i fot og arm på høyre side. Pål har ekspressiv afasi med ordletingsvansker.

Det kommer fram i intervjuet at Pål sannsynligvis ikke har så mange som han omgås med på fritiden. Han gir uttrykk for å være en person som ikke er glad i å være sammen med så mange, han sier *«Jeg er ikke skapt for å være i grupper med flere, liker det ikke.»* Han betegner seg selv som en svært utålmodig person som helst skulle ha vært frisk istedenfor å bli rammet av slag. Hans mål er å bli 100% frisk. Han mener at på grunn av utålmodigheten sin hadde han nok greid å bli frisk på egen hånd, uten hjelp. Etter hvert har han imidlertid innsett at for å kunne nå sitt mål på en rask og effektiv måte, er han avhengig av hjelp fra logoped og fysioterapeut. Pål virker å være en person som liker rutiner og forutsigbarhet.

**«Musikken gir meg glede og en følelse av mestring».** Maria fikk afasi da hun var i slutten av 30-årene, for 5 år siden. Hun har tre barn og er separert. Hun bor sammen med to av barna på 4 og 7 år. Maria er sykepleier og jobber i dag 60%. Under en operasjon i forbindelse med hjerneblødningen oppstod det komplikasjoner, -noe som førte til det hun beskriver som *«en skade i språksenteret i hjernen»* som medførte at hun fikk afasi.

Maria er en aktiv musiker, og før hun fikk slag, hadde hun flere band og vokalgrupper som hun sang sammen med. I dag har hun begrenset kapasitet og synger i bare ett band. Maria hadde logopedisk behandling i en periode på 2 år, 1-2 timer 4 ganger pr.uke. I tillegg hadde hun behandling hos fysioterapeut. Fortsatt strever Maria med ordletingsvansker og dette kommer spesielt til syne når hun blir sliten. Etter så mange år med denne sykdommen har hun opparbeidet seg strategier i forhold til hvordan hun mestrer hverdagen. Hun sier at den logopediske behandlingen hun har hatt, har bidratt mye til de strategiene hun har lært seg. Hun har fått veldig god hjelp og støtte fra logoped. Avslutningsvis kommer det fram at hun ønsker jeg skal videreformidle det positive hun har opplevd ved å gå til logoped. Slik at vi på den måten kan få fram hvor viktig logopedisk behandling er for mennesker med afasi.

## 4.2 Kategorier

Alle tre deltakere formidler på hver sin måte i intervjuene at det å få logopedisk behandling har hjulpet dem.

I arbeid med å gruppere kodene i ulike kategorier, kom jeg fram til fire ulike kategorier som belyser min problemstilling og mine forskningsspørsmål.

Nedenfor presenterer jeg hver av de fire kategoriene.

### 4.2.1 Begrensning i hverdagen

*«Det er snakk om Maria før og etter afasi». «Det er som dag og natt». «...jeg vet jo ikke hvor lang veien er å gå».* Dette er deltakernes beskrivelse av livet de nå opplever med afasi. Ulike former for begrensning kommer fram gjennom intervjuene. Det de forteller, handler om forhold i hverdagen som skaper begrensninger, og som kan være viktig å ta med i betraktning når man som logoped skal legge opp behandlingen ut fra individuelle behov og forutsetninger. Ikke alle former for behandling fungerer likt. For Pål vil det for eksempel ikke kunne være aktuelt med en behandlingsmetode som CIST (Pulvermüller et al., 2001), ettersom han ikke ser på seg selv som en «gruppeperson». For Ole derimot, er dette midt i blinken. Det er faktisk den behandlingen han forteller mest om.

*«Det er ingen begrensninger i hverdagen, ingen forandring»*, sier Ole. Likevel kommer det fram flere områder i hverdagen som han ser på som utfordrende for ham. Når han er sammen med andre mennesker, forteller han at han ikke snakker så mye, men *«jeg hører isteden»*. Han sier også at han ofte blir sliten av å snakke. Det går bra under intervjuet, men han forteller at han ofte styrer unna samtaler, spesielt når det er mange mennesker tilstede. Han forteller om episoder der andre snakker for ham fordi han bruker lang tid for å finne de riktige ordene. Talen til Ole bærer preg av en del sjargong og neologismer, noe som kan gjøre samtalsituasjoner svært vanskelig. Han bruker veldig lang tid for å komme fram til riktig ord. Det er snakkingen som er det verste, sier han.

Maria opplever fortsatt en del begrensninger i hverdagen, men forteller at det har blitt mye bedre. Helt siden hun fikk afasi, har lyder og støy vært veldig vanskelig å forholde seg til. Det

er alt fra tv, radio, barnegråt og stemmer, alle lydene gjorde henne veldig sliten og trett. Men hun lærte seg etter hvert ulike strategier for å «koble ut». Hun bruker fortsatt ørepropper i situasjoner hvor hun vet at det blir mye lyd. Den første tiden orket hun heller ikke å snakke med andre mennesker dersom tv eller radio sto på. Men familie og venner visste om disse utfordringene hun hadde, og tok alltid hensyn når de var sammen med henne. På jobb var lyden av alarmklokker svært vanskelig for henne, dermed ble det tilrettelagt for henne slik at hun fikk en jobb hvor hun unngikk alarmer.

Det er også vanskelig for Maria å delta i samtaler hvor mennesker snakker fort og i munnen på hverandre. Men fordi at hun har vært åpen om sine utfordringer, sier hun at det sjelden blir problemer: «*Jeg sier bare ifra at de må snakke en om gangen og ikke så fort. De kjenner jo til hva jeg strever med*». For hennes del har det å gi informasjon og orientering til venner, familie og kollegaer vært kjærkomment.

Maria forteller også at stress gir henne begrensning i hverdagen. Hun blir lett stresset for eksempel dersom hun ikke får sove om natten, og da blir dagen etter svært vanskelig for henne. «*På jobb har de lagt til rette slik at jeg har rom mellom vaktene*». Det vil si at hun sjelden jobber to dager etter hverandre. Dette motvirker blant annet det med stress i forbindelse med søvn.

Etter at Maria var ferdig med behandling hos logopeden opplevde hun å bli redd. Hun ble engstelig for å stagnere i språkutviklingen, og at hun ikke lengre skulle merke framgang etter at behandlingen ble avsluttet. Hun følte at hun hadde mistet den gode samtalepartnern som hun opplevde at logopeden var. «*Logopedens kompetanse i forhold til afasifeltet, i tillegg til logopedens kunnskap om hva jeg slet med, gav meg en trygghet. Det var så godt å snakke med noen som visste hvordan jeg hadde det.*» Familien visste jo hvordan hun hadde det, men hun forteller at det ble ikke det samme. Dette viser hvor viktig rolle logopeden kan ha i hverdagen for en person med afasi. Mari har hele tiden gitt uttrykk for sin tillit og trygghet i forhold til logopeden. Så snart logopeden var ute av bildet, ble hun usikker og utrygg. «*Jeg fikk en periode hvor jeg opplevde å bli deprimert. Jeg ønsket så gjerne å ha noen å snakke med, ikke noen i familien men en fagperson som kunne være objektiv. Jeg søkte kommunen om å få hjelp, men fikk avslag. Det var virkelig tungt.*»

En annen begrensning i hverdagen for Maria er telefonsamtaler. Spesielt vanskelig er det dersom hun for eksempel får beskjed om å skrive ned et telefonnummer. Hun klarer rett og

slett ikke å skrive ned tallene. Hun sier at hun har store problemer med å finne de riktige lydene til tall, dersom hun ikke ser de samtidig. En annen vanskelig situasjon som hun beskriver, er å bli presentert for mennesker fra en annen kultur og med et annet språk. *«Når noen presenterer seg for meg vil jeg gjerne svare med å si, for eksempel hvis han heter Geir: Hyggelig Geir! Men det får jeg ikke til når det er utenlandske navn, jeg finner jo ikke lydene, og da finner jeg ikke bokstavene».*

Maria engasjerer seg, som tidligere nevnt, aktivt med musikk. Men også her opplever hun begrensninger. Hun kan for eksempel ikke synge sanger som går fort, *«bare sakte sanger»*, som hun sier. Det blir lett stress for henne når det går for fort. I tillegg er det svært vanskelig å synge engelske sanger *«Det går bare ikke. Jeg har norsken, men engelsken har jeg mistet, så den må jeg lære meg på nytt.»*

*«Det gjør meg sint når mennesker rundt meg ikke har tid til å la meg snakke ferdig. Jeg må jo få gjenta for å kunne bli bedre».* Pål uttrykte stor frustrasjon over at han sjelden fikk anledning til å snakke ferdig i en samtale. Dette understreker hvor viktig det er at menneskene rundt de som er rammet av afasi har kunnskap om og forståelse for situasjonen. Dermed kan de gi afatikerer tid og mulighet til å få uttrykt sin kunnskap og kompetanse i en samtale.

#### **4.2.2 Motivasjon og mestring i hverdagen**

*«Musikken er driven for meg når jeg skal lære språk, det er jo derfor jeg vil bli god».* Maria uttrykker stor begeistring i forhold til hvordan musikken motiverer henne i hverdagen. Musikken var grunnlaget for store deler av hennes motivasjon for å lære seg språket på nytt etter at hun fikk afasi. Hun sier at: *«Jeg blir så fornøyd etter ei øving med bandet, fordi jeg får liksom en sånn mestring. Så vet jeg at jeg liksom fikk det til, at jeg har øvd meg opp for å få det til. Og det er et samspill mellom hjernen, ord og musikken, sammen med andre mennesker og andre lyder, og det er jo bare musikk i mine ører.»* Spesielt det med lydene er i stor kontrast i forhold til hva hun sier om lyder generelt. Dette ble nærmere beskrevet i sammenheng med kategorien begrensninger.

Maria sier at hun etter alle disse årene endelig har klart å akseptere sin situasjon, og at det gir henne motivasjon til å jobbe med de utfordringene hun har. Hun opplever i dag en stor bedring i forhold til hvordan det var den første tiden med afasi. I dag mestrer hun å være

sammen med barna på turn, i barnebursdager og så videre. Dette er fordi hun nå, som hun selv sier: *«Jeg har landet, og er i dag fornøyd med at det er som det er»*. Hun forteller at hun har lært seg strategier for hvordan hun skal takle ulike utfordringer i hverdagen. Logopeden bidro i stor grad med å gi råd og veiledning for hva som var riktig å fokusere på. *«Jeg lærte at mye trening i begynnelsen var viktig, men det var også viktig å ikke slite meg ut. Hvile er viktig, sa logopeden»*. Maria nevner flere ganger i løpet av intervjuet at logopedens kompetanse, både om afasi og om hvordan det er å leve med afasi, hadde stor betydning for henne i rehabiliteringsfasen. I tillegg har Maria familien og ungene som gir henne motivasjon for å mestre hverdagen med afasi. *«Jeg må jo gjøre slike ting som forventes av ungene og familien.»* Selv om enkelte situasjoner og ting kan være vanskelig for henne, gir de nærmeste henne motivasjon for å mestre. For eksempel gjelder det å dra til byen og gå på kafé sammen med ungene i juletiden. Hun forteller at hun, før slike situasjoner, må planlegge i god tid slik at hun er opplagt, ellers ville hun ikke ha klart det.

Pål refererer til motivasjon i det som sies av fagfolk. *«Når de der legene og andre fagfolk snakker om at det er mulighet for at jeg skal bli bedre, så gir det meg motivasjon til å trene.»* For Pål er det viktig at mennesker rundt ham ikke gir ham negative framtidsutsikter i forhold til det å bli helt frisk. Han liker det svært dårlig når helsepersonell (fysioterapeut, lege og logoped) forteller om mennesker med afasi som har som mål å bli som før, men at det er veldig sjelden de klarer å nå det målet. *«Det er helt håpløst for meg...»*. Pål uttrykker at han er en svært utålmodig sjel og at hans mål i livet er *«å bli 100% frisk, sånn er det bare! Det er bare å kjøre på! Det å bli bedre er det som betyr noe for meg.»*. Gjennom intervjuet opplever jeg en mann som kanskje ikke helt er innforstått med den situasjonen han er i, og han kan til tider oppleves bitter. For Pål er det også viktig at han har alderen på sin side og at det er med på å gi ham motivasjon til å kjempe videre. *«Hadde jeg vært eldre, hadde det ikke vært det samme å kjempe for.»* Han snakker også mye om det at han er utålmodig, og at ting må skje fort. Kanskje er hans utålmodighet med på å gi ham motivasjon for å mestre?

Ole snakker ikke så mye om hva som motiverer ham i hverdagen, men sier: *«Jeg kan jo ikke bare legge meg ned for å vente på døden»*. Han virker å være tilfreds med at han får til ting på egen hånd. Ole har fritidsinteresser som er viktige for ham og som gir ham inspirasjon og motivasjon for å mestre hverdagen. Han snakker mye om dansen som han er med på hver dag, utenom lørdag og søndag *«Når jeg hører musikk, begynner foten å gå»*, og det kommer klart

fram at dansen gir ham glede i hverdagen. Han har tidligere vært danselærer, og forteller om gamle dager da han reiste rundt omkring i landet og lærte folk å danse.

«*Jeg er frisk og får til ting selv*». Det å kunne klare seg selv kan virke å være motiverende for Ole. Han forteller om at han går i butikken og handler selv, og at han reiser med buss på egen hånd. Jeg spør om han bruker noen form for hjelpemidler i slike sammenhenger, som ord-kort eller ordbok? «*Nei, nei det er ikke nødvendig. Jeg trenger ikke snakke da.*»

«*Jeg er så glad som jeg kan bli*». Ole snakker om seg selv som en glad og positiv person og det underbygger han ved måten han er på. Han slår lett av en spøk og ler mye. Det at han er så positiv til livet vil sannsynligvis være med på å bidra til hans motivasjon.

I mine intervju framgår det stadig hvor viktig det er at de selv kjenner på bedringen dag for dag. «*Å bli bedre er det som betyr*», sier Pål. Ole påpeker at han blir bedre og bedre for hver dag. Når det gjelder Maria, hadde hun en hurtig progresjon den første tiden etter slaget, men hun følte også på hvor viktig den logopediske behandlingen var for å merke bedring etter at hun kom hjem fra sykehuset. Hun forteller også om alle de timene med egentrening, utover logopedtimene, «*Jeg fikk masse lekser av logopeden*». I undersøkelser om det å leve med afasi og hva som er viktig for afatikere med behandlingen de får hos logoped, er ofte førsteprioriteten ønske om at alt skal bli som før. Det vil si mulighet til å bruke språket som før, står høyt på listen over hva som er afatikernes mål for behandling (Hersh, Worrall, Howe, Sherratt & Davidson, 2012).

«*Jeg blir jo bedre og bedre for hver gang jeg er hos logopeden*». Når Ole snakker om logopeden, har han ikke så mye å fortelle om selve behandlingen han får, men han gir uttrykk for at det er viktig for ham at han merker bedring. «*Ja, du hører jo selv!*» Før kunne han ikke si noe, men nå snakker han jo litt.

«*Min eldste sønn skulle konfirmeres bare noen måneder etter at jeg fikk afasi. Jeg har jo aldri vært en person som har snakket mye, men selvfølgelig skulle jeg holde tale til ham. Logopeden trodde ikke sine egne ører da jeg sa det!*» Maria satte seg stadig nye mål i hverdagen, og det kan virke som om dette hadde stor betydning for hennes måte å få motivasjon på. Hun og logopeden samarbeidet om å sette mål for behandlingen, og sammen fant de ut hvordan de kunne jobbe for at Maria skulle nå sine mål. For eksempel før hun skulle holde tale til sønnen sin, måtte hun lære seg ordet konfirmasjon, både uttale og betydning. I forbindelse med målet om å komme tilbake i jobb var det ulike faguttrykk og

lignende som hun måtte lære på nytt, alt i samarbeid med logopeden. «*Ja, og når jeg setter meg mål, så er det jo noe jeg virkelig vil, og da er det bare å trene*». Dette sier jo også mye om Maria som person og at det også er med på å motivere og hjelpe henne til å mestre hverdagen slik den nå har blitt. Samtidig forteller hun at: «*Naturen og det å være ute å gå tur gir påfyll av energi*», Maria gir uttrykk for at det å være ute i naturen gir henne mer energi, som igjen sannsynligvis bidrar både til økende motivasjon og glede i hverdagen.

### **4.2.3 Behandling og behandlingsmetoder**

I og med at afasi rammer så ulikt fra menneske til menneske, vil behandlingsmetoder i stor grad variere fra person til person. Det som er felles for personer med afasi, er behovet for individuelt tilrettelagte behandlingsopplegg (Lind, 2010).

Behandlingsmetodene som deltakerne i min studie har mottatt, er individuelt tilpasset, og det er variasjon i forhold til hva som blir vektlagt for den enkelte. Det kan se ut som om personlige målsettinger er ivaretatt i behandlingen, særlig gjelder det for Maria.

I intervjuene var det imidlertid store forskjeller mellom de ulike deltakernes formidlingsevne i forhold til den behandlingen de hadde fått. Mennene fortalte minst.

### **4.2.4 Ole**

«*Jeg husker ikke hvilken hjelp jeg fikk i begynnelsen, men noe var det jo. Jeg er jo bedre nå. Da jeg kom til sykehuset kunne jeg ikke snakke, men det kan jeg bedre nå.*» Ole sier gjennom hele intervjuet at «*nei, det, det husker jeg ikke*», jeg blir da litt usikker på hvor mye han egentlig husker og om det eventuelt kan være snakk om en tilleggsvanske her. Samtidig får jeg i stor grad inntrykk av at han forstår det som vi snakker om. En annen årsak til disse svarene kan være en konsekvens av de store ordletingsvanskene som han tydeligvis har, og at han benytter seg av en form for unngåelsesstrategi. Det vil si at han heller sier «*husker ikke*» istedenfor å lete forgjeves etter ordet. Samtidig er det ikke er så veldig lenge siden skaden inntraff, og at han dermed ikke er kommet så langt i rehabiliteringsfasen. Treningen han får



hos logopeden er, etter det jeg forstår, ikke så veldig intensiv. Han nevner heller ikke at han har hjemmeoppgaver, slik som de andre to deltakerne har nevnt.

Behandlingen Ole snakker mest om, er ikke den som foregår på kontoret hos logopeden, men den behandlingen han får sammen med andre afatikere. Han deltar i gruppebehandling, «CIST» Constraint induced språkterapi. Her er intensiteten stor, og samtidig beskriver han seg selv som en sosial person som liker å være sammen med andre mennesker.

Ole går til logoped to dager i uken. Der jobber de, ifølge ham, mest med samtale. Når jeg spør hva de gjør hos logopeden, svarer han «*Ja, det går bra det*». Jeg forsøker å stille spørsmål som han kan svare ja eller nei på. For eksempel om materiell som kan benyttes i behandling, bilder eller andre elektroniske hjelpemidler. «*Nei, nei, det er ikke her*» er svaret når jeg spør om bruk av bilder. «*Nei, det har jeg langt igjen*», er svaret når det blir spørsmål om elektroniske hjelpemidler. Ole sier at han er fornøyd med logopedisk behandling og at han merker at han blir bedre og bedre. Men det er vanskelig for ham å klare å sette ord på hva det er de jobber med.

#### **4.2.5 Maria**

Maria fikk tidlig logopedisk hjelp. Allerede i akutfasen var logopeden inne i bildet. Familien var sammen med henne på sykehuset hele tiden, og Maria forteller hvor viktig det var for henne at familien ble involvert i alt som foregikk. Mannen hennes fikk via lege, logoped og sykepleiere veldig god orientering om afasi og hvordan dette artet seg. Han var på en måte «talerøret» for Maria. Hun kunne den første tiden ikke si et eneste ord. Hun var redd og forsto ikke hva som hadde skjedd. «*Jeg hadde jo ordene i hodet, men det som kom ut var bare babbler.*» Den støtten hun fikk fra familien i denne første tiden, var svært viktig for Maria.

I den tidlige fasen var hun innom tre ulike sykehus, og hun beskriver stor variasjon i hvordan de praktiserer. Ved det første sykehuset var logopeden inne for å kartlegge hennes språklige funksjon, og her ble familien involvert i alt som skjedde rundt henne. «*Jeg kunne jo ikke si noe...*». Hennes ektemann fikk, som nevnt, veldig god orientering om afasi. Hva det innebar for henne, og hvordan han skulle forholde seg til henne og så videre. Om det andre sykehuset sier Maria: «*Mannen min følte seg oversett og overlatt til seg selv, han fikk ingen orientering om hva som skjedde og ble ikke involvert i det hele tatt. Jeg hadde jo begrenset språklig*

*kapasitet og klarte ikke alltid å få med meg det som ble sagt. I tillegg hadde jeg problemer med å få sagt det jeg ville. Det er svært viktig at familien blir involvert i alt som foregår, særlig i den første tiden».*

Behandlingen hun fikk av logoped mens hun var innlagt på sykehus, dreide seg mye om å lære navn på nytt. *«Det første ordet jeg sa etter at språket forsvant, var mamma»* - hun ler når hun sier det, og sammenligner det med ett av de første ordene man lærer som baby. Da hun var innlagt på sykehus trente de mest på å huske navn på ungene og familiemedlemmer. Samtidig husker Maria at det var mye samtale. *«De lagde ei dagbok til meg for at jeg i etterkant skulle huske hva som hadde skjedd på sykehuset. Den boka har betydd mye for meg».* Å føle seg verdsatt og ivaretatt er viktig, ifølge Maria.

Etter ca. 2 måneder på sykehus kom Maria hjem og fikk behandling av kommunal logoped. Hennes beskrivelse av logopeden er: *«Hun var bare helt fantastisk! Hun betydde alt for meg i den tiden».* Maria beskriver logopeden som en virkelig god støttespiller. Logopeden var svært fleksibel og kom hjem til Maria både på grunn av hennes helsetilstand og fordi hun (Maria) ikke kunne kjøre bil den første tiden.

Behandlingen Maria fikk etter at hun kom hjem fra sykehuset bar preg av intensitet. Den første tiden ble det benyttet mye bilder og ord, mye trening på lyder i ord. I tillegg var samtalen svært viktig i behandlingen. Hun fikk mye *«lekse»* som hun selv kaller det: *«Fikk masse lekse, ark med kryssord, ord og hukommelse».* Leksene gjorde hun ofte sammen med barna sine, dette var hennes måte å involvere barna i hva hun gikk gjennom. Barna ble dermed gode støttespillere for henne, fordi at oppgavene var noe de kunne hjelpe henne med. Hun jobbet intensivt med det de gjorde i logopedtimene, hver dag og ofte flere ganger om dagen. Hun tok det med seg over alt hvor de dro, på hytta, til venner og familie. Alle i deres omgangskrets var involvert i Marias afasi. Alle var orientert og visste hva hun jobbet med, de visste at hun hele tiden bar med seg ei bok hvor det sto ord som hun hadde problemer med å huske. *«Nå må du bare ta fram boken din, Maria,»* pleide familie og venner si dersom hun ikke fikk sagt det hun ville si. Hun fikk til og med ei mindre bok av sin søster slik at hun alltid kunne ha den med seg i lommen hvor hun enn gikk.

Maria forteller også at hun alltid har vært glad i å lese og skrive, og at det er en funksjon hun har bevart. *«Når jeg satt fast, for eksempel når jeg skulle finne ordet kalender, måtte jeg se for meg /k/ og da kom ordet av seg selv. Jeg hadde alltid et ark foran meg slik at jeg kunne skrive*

*første bokstaven*». Dette er også en teknikk hun fortsatt benytter seg av dersom hun ikke finner et ord.

På jobb var også alle orientert om Maria sin tilstand. Dette har vært til veldig god hjelp i forhold til hvordan hun har kunnet takle arbeidet sitt. Før Maria kom tilbake i jobb trente hun og logopeden på å forberede henne til oppstart. Maria arbeider i helsesektoren, og det krever at hun har forståelse for ulike ord og uttrykk. «*Ja, det var nesten som om at jeg skulle opp til eksamen*» - slik beskriver Maria den treningen som ble gjort i forkant av at hun skulle tilbake i jobb. Maria og logopeden satte mål for hva hun skulle lære, og behandlingen tok utgangspunkt i det som var viktig for Maria.

«*Alle på jobb vet jo hvordan jeg har det og tilpasser seg det. Jeg kan også si at de ikke må snakke så fort og slik, men det er jo fordi de vet hvordan jeg har det*». God informasjon om afatikerens utfordringer gir disse menneskene mulighet til å delta i ulike aktiviteter og samtaler (Dahl, 2010).

#### **4.2.6 Pål**

Pål sier: «*Hjelpen jeg fikk på sykehuset var bra, jeg har jo ikke noe å sammenligne med.*» Pål sier at han aldri har likt å gå til legen, og det at han ikke har noe å sammenligne med, er fordi han aldri før har vært syk. Egentlig kan han altså ikke si om hjelpeapparatet rundt ham den første tiden fungerte godt eller dårlig. Han sier også at den første tiden fikk han høre at han sannsynligvis ikke kom til å bli noe bedre, «*... Jeg kom ikke til å kunne si noen ting. Men, så plutselig ble jeg bedre. Jeg skjønner ikke hva som skjedde, men kanskje en reddende engel?*» Sannsynligvis er det her snakk om det som i teorien blir beskrevet som spontanbedringsfasen. Pål hadde jo hatt blødning, og når denne stopper og trekker seg tilbake, kan noen funksjoner igjen begynne å fungere som før (Becker, 2009).

Pål går til logopeden 2-3 ganger pr.uke og har gjort det nå i ca. 1 ½ år. Behandlingen hos logoped foregår en-til-en. Heller ikke Pål formidler så mye av det de jobber med hos logopeden, men han sier at de jobber en del med samtaler og ulike oppgaver. Oppgavene består i en del bilder, som skal benevnes. Mye setningsoppbygging med støtte i bilder ble benyttet den første tiden «*Sånne som – 'Ole kjørte gaffelen i høyet' – men det skjønner jeg nå, så det bruker vi ikke lengre*». Treningen de gjennomfører, er repetisjonsoppgaver i form av

alfabettrening, ord og så videre. Han jobber med fonasjon i rør og munnmotorisk trening på grunn av noe slapphet i muskulaturen på høyre side. Han har hjemmeoppgaver hvor han repeterer det som de jobber med hos logoped.

Når jeg spør om han deltar i noen form for gruppebehandling, svarer han raskt nei. «*Jeg er ikke en sånn som er laget for grupper*».

Når jeg spør hvordan det har vært i forhold til involvering av nære personer forteller han at han har ei søster som har vært med et par ganger i begynnelsen og snakket litt med logoped. Utover det har hun ikke vært deltakende, sier han. I forhold til tilrettelegging på jobb sier Pål: «*Jeg sa nei! Hvis jeg skal komme meg framover, må jeg klare det samme som før. Det er min måte å sette meg mål på. De har ikke fjernet dørstokkene heller..*» Pål snakker om det at han skal klare seg selv, og at han egentlig tror han ikke hadde hatt behov for hjelp, fordi at dette hadde han nok klart på egen hånd. Dette begrunner han i det, som tidligere nevnt, at han er veldig utålmodig av seg. Samtidig sier han at «*Folk unngår å stille spørsmål*» eller «*de er redde for å stille spørsmål*» eller «*de lar være å stille meg spørsmål eller snakke med meg*». Dette mener han er veldig unødvendig. Forskning viser at mennesker med afasi har en tendens til å føle seg misforstått og mindre kompetent (Lind, 2010). Pål sier at han ikke ønsker tilrettelegging. Hadde han åpnet opp for dette, hadde kanskje situasjonen sett noe annerledes ut, og han hadde kanskje sluppet unødvendige misforståelser som han sier. Pål kan til tider oppfattes som negativ til den situasjonen han er kommet opp i. Han virker kanskje å fokusere mer på det negative ved afasi, enn å forsøke å ta tak i situasjonen og jobbe seg framover. Han ønsker ingen tilrettelegging, spesielt ikke på jobb. Han sier at dersom han skal kunne bli 100% frisk må han gjøre det samme som før. Har han akseptert situasjonen han er i?

Utover i intervjuet kommer det imidlertid fram at han nå innser behovet for hjelp, at logoped gjør en kjempejobb. Han forteller også at han etter hvert skjønner sammenhengen mellom all trening han gjør hos logoped og fysioterapeut. For å nå målet om å bli frisk, må det trenes på alle områder.

#### 4.2.7 Livskvalitet

I intervjuene brukte jeg ikke begrepet livskvalitet, men vi snakket om hva det er som gjør at deltakerne opplever glede i hverdagen. Alle tre nevner musikk som noe positivt, men på ulike måter. Maria har musikken som en del av sin hverdag, tar spilleoppdrag og så videre. I tillegg sier hun jo selv at musikken i samspill med ord, lyder og mennesker gir henne glede og en følelse av mestring.

Ole opplever dans gjennom musikk, noe som han gir uttrykk av å være noe han gleder seg over i hverdagen.

For Pål sin del er musikken satt på vent på grunn av lammelse i høyre arm. Jeg oppfatter det likevel som at musikken er en av de faktorene som er med på å skape motivasjon for å bli bedre, samtidig som musikken er noe som gir ham glede i hverdagen. På spørsmål om han har en hobby, svarer han: *«Ja, men ikke nå. Jeg spiller gitar såå.... Men det kommer seg, selv om det tar lengre tid enn jeg hadde trodd.»* Tidligere har det blitt nevnt at Pål er veldig utålmodig som person, men at han har etter hvert innsett at ting vil ta tid.

Fiskebåten er en viktig del av Ole sitt liv. Han forteller mye om fiskebåten som han bruker hver sommer. Som tidligere sjømann vil det kanskje også være naturlig at båten ligger nærme hans hjerte.

For to av deltakerne, Pål og Maria, er de nå tilbake i jobb og det kommer tydelig fram at dette er noe de begge verdsetter. Maria framhever veldig mye positivt ved det å gå på jobb, spesielt forteller hun mye om den gode tilretteleggingen. For Pål sin del kommer det fram at faste rutiner gir trygghet, og han uttrykker glede over det å ha faste holdepunkt i hverdagen. Han vet når han skal på jobb og han vet når han skal på trening til logoped og fysioterapeut. Han forteller også om det å være lojal overfor arbeidsgiver som svært positivt. Han jobber for eksempel redusert stilling fordi, at det å gå til logoped og fysioterapeut ikke skal gå utover den jobben han skal gjøre. Han forteller at han selv er med på å bestemme hvor mye han skal jobbe, og hvordan dette skal kunne ordnes i forhold til trening.

*«Jeg er jo ingen taler, men nå skal jeg selvfølgelig si noe. Jeg har jo ord og jeg har språk. Jeg snakker mer nå enn hva jeg gjorde før»*, sier Maria og smiler. Hun forteller at det å få afasi har også bidratt positivt for hennes del med tanke på det å lære seg å bruke språket mer. Før takket hun for applausen etter en opptreden, i dag må hun i tillegg snakke og fortelle både

om sangen og presentere de som er sammen med henne på scenen. Hun sier at hun på en måte føler seg mer frigjort, at hun har lært seg å ikke bry seg så mye om at ordene av og til blir feil. «Folk vet hva jeg sliter med».

### 4.3 Oppsummering av analyse og funn

I analysen av resultatet fra undersøkelsen har jeg kommet fram til noen trekk som er tydelig i dette materialet. Jeg har gjennomført intervju med tre personer som har afasi. Hver enkelt person kan beskrives ut fra et knippe trekk som gjør at disse menneskene kan sies å være veldig ulike. Det kan jo være fristende, for å gjøre det enkelt, å si at disse ulikhetene har sammenheng med den enkeltes personlighet. Men da kommer jeg inn på et område som jeg verken har kompetanse eller materiale nok til å kunne bedømme. Det kan imidlertid kanskje nevnes at personlighet kan spille en liten rolle for hvordan den enkelte mestrer ulike situasjoner.

De tre personene er alle i ulike faser av livet sitt, en har familie og er i jobb, en er enslig og er i jobb, og den tredje er enslig og pensjonist. Dette vil med stor sannsynlighet ha en påvirkning i forhold til hvordan disse menneskene motiveres til å mestre hverdagen med afasi.

Hvordan et menneske forholder seg til det å leve med afasi varierer fra menneske til menneske (Brown et al., 2012; Corneliussen et al., 2014; Dahl, 2010), og hver av mine deltakere håndterer livet med afasi på ulike måter. Ole er en aktiv mann som ser på seg selv som frisk, og er så glad som han kan bli, som han selv sier. Han har dansen, gåturer i naturer, fiskebåten og kaféturer med kompiser som han nevner som ting som gir han glede i hverdagen. Maria virker også å være en aktiv kvinne, hun har musikken som hun selv betegner som driven for å lære seg språk. I tillegg er hun også glad i å gå turer ut i naturen, samtidig har hun familie og venner som støtter henne, og hun har fast jobb å gå til. Pål derimot, beskriver ikke seg selv som en aktiv person. Hans interesser som gir han glede i hverdagen er gitaren, og det å gjøre vanlige ting som å se på tv. Pål har også jobben som virker å bety mye for ham i hverdagen.

Når det gjelder kommunikasjonssituasjoner, finner jeg i denne studien også en del ulikheter hos mine tre deltakere. Ole virker som om han ofte velger situasjoner hvor han ikke trenger å bruke språket. Det er mulig at Ole ikke opplever disse situasjonene som begrensninger i

hverdagen, men han sier likevel at snakkingen er det verste. Pål forteller lite om det å være sammen med andre mennesker, bortsett fra på jobb. Likevel forteller han om samtalsituasjoner hvor han ikke får snakke seg ferdig og som for ham er svært frustrerende. Maria har også situasjoner som hun må unngå, for eks. situasjoner med mye lyd. En markant forskjell mellom henne og de to andre er, at mens mennene ser ut til å forsøke å skjule sine kommunikasjonsproblemer, velger Maria å innlemme omgivelsene i dem slik at familie venner og kolleger blir ressurser for henne.

Maria har også begynt å bruke språket mer enn før. Og det i seg selv er jo svært interessant og kanskje ikke så veldig vanlig når det gjelder mennesker med afasi. Hun snakker mer i ulike sosiale sammenhenger nå enn før og forteller at hun ofte må begrense seg med praten slik at andre slipper til.

Deltakerne er også ulike med hensyn til hva slags behandling de får hos logoped. Mens mennene hadde 2-3 timer hos logoped pr.uke, hadde Maria 4x 1-2 timer pr.uke. Det er altså stor variasjon i intensiteten på behandlingen. Samtidig er det variasjon i behandlingstype, i form av metodikk og hvordan logopeden tilrettelegger behandlingen. Det var riktignok stor forskjell på hvordan de tre deltakerne fortalte om behandlingen. Mens Maria fortalte detaljert om hvordan hun og logopeden sammen hadde satt mål for behandlingen, formidlet mennene i liten grad den behandlingen de hadde mottatt. Det tyder også på å være forskjeller i forhold til i hvor stor grad omgivelser og nære omsorgspersoner er involvert i afatikernes liv.

Det kom også fram i analysen at de tre deltakerne med stor sannsynlighet er ulike med tanke på hvordan de aksepterer den situasjonen de er i. Ole er frisk og ser på seg selv som en glad person, og det kan virke som om at han har akseptert den situasjonen han er i. Maria forteller at hun nå har «landet» og er fornøyd med det hun klarer i dag. Når det gjelder Pål blir jeg litt mer usikker på hvor vidt han har godtatt situasjonen han er i. Han sier for eksempel at han ikke vil ha tilrettelegging og hjelp, og vil gjøre alt slik han gjorde før.

Jeg ser også likheter mellom de tre. Alle finner glede i hverdagen, men beskriver det på ulike måter. Musikk er et eksempel. For Ole og Maria er musikken noe som gir dem glede her og nå, mens for Pål er musikken en glede som kanskje er med å motivere for å bli bedre.

For alle tre er det å gå til logoped noe som oppleves som bra. Alle har de nytte av logopeden, men også her ser vi at det uttrykkes på forskjellige måter. Logopeden spiller uansett en viktig rolle for alle deltakerne, men på ulike måter.

### 4.3.1 Dobbelheter i materialet

I materialet finner jeg også en del dobbelheter. For eksempel forteller Pål i begynnelsen av intervjuet at han sikkert hadde klart å bli frisk på egen hånd uten hjelp fra logopeden. Senere i intervjuet sier han imidlertid at han skjønner at det er en sammenheng mellom treningen hos fysioterapeut og behandlingen hos logopeden. Han ser at all trening har betydning i forhold til målet om å bli 100% frisk. Ole forteller at det ikke er noen begrensninger i hans hverdag etter at han fikk afasi, at alt er som før. Samtidig forteller han om at han trekker seg unna samtaler hvor det er mange mennesker. Det kan også her nevnes at selv om både Maria og Ole i intervjuet oppleves som glade og positive personer, vil det nok også for dem være situasjoner hvor de møter på savn og sorg i hverdagen.



## 5 Diskusjon

Målet med undersøkelsen er å belyse hvilken rolle den logopediske behandlingen spiller i forhold til afatikernes motivasjon og mestring til å takle hverdagen.

Problemstillingen for studien er: «Hvilken rolle spiller logopedisk behandling i hverdagen til afatikeren?» Problemstillingen ble videre operasjonalisert i tre forskningsspørsmål:

- Hvilken rolle spiller logopeden for afatikerens motivasjon til å mestre hverdagen?
- Hva gir begrensninger i hverdagen?
- Hvilken betydning har logopedisk behandling?

I dette kapitlet skal jeg diskutere resultatene av analysen. Jeg vil se de funnene jeg har, i sammenheng med andre undersøkelser og det teoretiske grunnlaget jeg har beskrevet i kap. 2. Til slutt i kapitlet diskuterer jeg hva slags implikasjoner en studie som denne kan ha for logopedisk praksis, og presenterer noen tanker om videre forskning.

### 5.1 Store forskjeller

Hos mennesker som er rammet av afasi er det store individuelle forskjeller både i forhold til skadeomfang, og hvordan hvert enkelt menneske mestrer å leve med utfordringen det er å få redusert evnen til kommunikasjon (Antonovsky & Lev, 2000; Corneliussen et al., 2014)

I denne undersøkelsen framkommer det, som vi har sett, store individuelle forskjeller hos deltakerne. At de tre er i ulike faser av livet, vil sannsynligvis ha påvirkning for hvordan den enkelte forholder seg til sin afasi. For eksempel vil det å bli rammet av afasi trolig ha ulike konsekvenser for enslige til forskjell fra en som har familie. Dette vil sannsynligvis også kunne ha innvirkning på hvordan den logopediske behandlingen tilpasses den enkelte afatiker.

### 5.1.1 Å mestre livet med afasi i et salutogenetisk perspektiv

Ulike forskere viser til at måten mennesker mestre kriser og uforutsette hendelser ofte er svært varierende (Antonovsky & Lev, 2000; Eide et al., 2017; Folkman et al., 1986). De tre personene forteller om ulike opplevelser av å leve med afasi. Mens Maria «har landet», slik at både hun og omgivelsene vil måtte tilpasse seg til de kommunikasjonsutfordringene hun har, mener Pål at han egentlig kunne ha klart å bli frisk på egen hånd uten hjelp – og Ole sier at han er frisk og at det går bra.

Det at mennesker har ulik oppfattelse av den situasjonen de er i kan for eksempel knyttes opp mot Antonovskys salutogenetiske perspektiv og modellen «sense of coherence», SOC-modellen (Antonovsky & Lev, 2000). Denne modellen handler om hvordan mennesker opplever sammenheng i den situasjonen de er i. Kan det tenkes at ved å klare å oppleve sammenheng i den situasjonen en er i, som her dreier seg om det å sette den logopediske behandlingen inn i en sammenheng, så er man mer mottakelig for påvirkninger utenfra. Ut fra dette vil det være betydningsfullt å reflektere rundt hva slags sammenheng afatikerne (her) oppfatter den logopediske behandlingen. Antonovsky foreller om tre ulike forutsetninger som må være til stede for at mennesker skal kunne oppleve sammenheng når vi møter utfordringer.

- Forstå situasjonen,
- ha tro på at vi kan finne fram til løsninger og
- finne en god mening i å forsøke på det (Grøholt et al., 1998).

Alle de tre deltakerne har funnet en måte å mestre situasjonen på, men på hver sin måte. Ole er den vi vet minst om når det gjelder dette, men ut fra det han forteller, er én løsning for ham å tilpasse sin sosiale deltaking til de kommunikasjonsmessige begrensningene han har, og han klarer å leve et godt og innholdsrikt liv. Selv om han ikke forteller mye om behandlingen, ser det ut til at han har tro på at den bidrar til framgang. Pål har en klar forståelse av at han kommer til å bli helt frisk. Når det gjelder løsninger på de utfordringene afasien gir, har han stor tro på at han ville ha kunnet finne dem selv, og samtidig ser han at logopedisk behandling er en nyttig støtte. Meningen med behandling og trening for Pål ligger nettopp i hans klare måle om etter hvert å fungere slik han gjorde før, når det gjelder både kommunikasjon, jobb og hobby. For ham ser det også ut til at det er sentralt å *klare seg selv* ved å ta i bruk sine egne ressurser (utålmodighet, utholdenhet) – og i det perspektivet er det kanskje mer meningsfullt å

ikke involvere omgivelsene eller få tilrettelagt arbeidsplassen. Når det gjelder Maria, kan det derimot se ut som om hun benytter omgivelsene og nære personer som ressurser i forhold til det å mestre ulike utfordringer hun har i hverdagen, samtidig som den logopediske behandlingen gir henne både motivasjon og mestring. Det er ingen tvil om at for henne har behandlingen vært sentral i alt hun har oppnådd.

### **5.1.2 Involvering av omgivelsene.**

ICF (WHO, 2001) beskriver viktigheten av at samfunnet legger til rette for aktivitet og deltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse, her afatikere. For at dette skal kunne skje er det imidlertid nødvendig at samfunnet og miljøet rundt afatikeren har en viss forståelse for, og informasjon om det å leve med afasi. Samtidig viser flere ulike studier at det å involvere mennesker rundt afatiker har stor betydning, både når det gjelder å mestre kommunikasjon, men også i forhold til livskvalitet (Cruice et al., 2003; Johansson et al., 2012)

I undersøkelsen fant jeg at det kunne virke som om det var store forskjeller i forhold til hvordan omgivelsene rundt afatikeren ble involvert i, og orientert om deres afasi. Maria fortalte om hvor viktig det var for henne at familie, venner og nærmiljø visste om de utfordringer hun hadde. De ulike teknikker og metoder hun hadde lært hos logopeden var også noe menneskene rundt henne visste om. Dette førte til at i situasjoner hvor det ble stilt krav til kommunikasjon, hadde hun mulighet til å benytte de metoder og teknikker hun hadde lært av logopeden. I tillegg bruker hun språket mer i dag enn før. Dette samsvarer med undersøkelsen til Johansson et al. (2012), hvor de fant ut at det å føle likeverd og tilhørighet i stor grad avhenger av forståelse og åpenhet i samfunnet om det å leve med afasi.

I motsetning til dette fortalte mennene lite om i hvor stor grad nære personer og omgivelser, var involvert i behandlingen. Når språkferdighetene svikter oss, blir vi som mennesker mer avhengig av andre – og det kan kanskje være en trussel mot opplevelsen av oss selv som selvstendige handlende mennesker. Hos både Pål og Ole kan det virke som om det å være selvstendig og uavhengig av andre mennesker er sentralt for opplevelsen av livskvalitet. Flere studier peker på at mennesker med afasi i stor grad ønsker å være selvstendige og uavhengige (Johansson et al., 2012; Worrall et al., 2011).

## 5.2 Relevans for praksis

Flere undersøkelser viser til betydningen av intensiv behandling av mennesker med afasi. En avgjørende faktor for å kunne oppnå vedvarende endringer av hjerneaktivitet, er intensiv og direkte behandling av den skadede funksjonen (Becker, 2009).

### 5.2.1 Nasjonale retningslinjer

Nasjonale retningslinjer anbefaler at det ved språk- og kommunikasjonsvansker gjennomføres språktrening minst 5 timer pr.uke i en tidsbegrenset periode (Indredavik, 2010; Lind, 2010), retningslinjene må nok leses mer som et mål enn som en situasjonsbeskrivelse.

I undersøkelsen finner jeg ganske store forskjeller mellom de tre deltakerne, fra to til godt over fire timer pr uke. Det kan kanskje sies at behandlingen til Maria er det ideelle tilfellet, i form av både intensitet og at den var langvarig, helhetlig og variert. Dette samsvarer med anbefalingene fra Nasjonale retningslinjer (Indredavik, 2010). Det er imidlertid viktig å være bevisst på at det ikke alltid, i dagens samfunn, finnes de samme muligheter for å kunne gjennomføre den logopediske behandlingen på samme måte som logopeden til Maria gjorde.

Flere forhold kan spille inn, men en åpenbar grunn kan være at tilgjengeligheten på logopeder varierer stort fra kommune til kommune. Becker (2014) skriver i sin artikkel om systemsvikt innenfor afasirehabilitering, at det er store variasjoner i forhold til hvor vidt det er tilgjengelighet på logopeder innenfor afasirehabiliteringen i Norge. Samtidig forteller han om en tjeneste som slites mellom to sektorer – helse og undervisning/opplæring – og som dermed i mange tilfeller fører til unødvendig hindringer, både i forhold til når behandling av afasiklienter iverksettes, og i hvor stor grad behandlingen kan foregå etter anbefalinger, blant annet om intensitet (Becker, 2014).

En annen side kan ha sammenheng med ulike ideologier innenfor afasirehabiliteringen (Dahl, 2010), og hva den ulike logoped definerer som den beste behandlingen. Mens det tidligere har vært variasjon i forhold til hvilke tradisjoner for behandling logopeden følger (Dahl, 2010), er det i dag større fokus på helhetlig rehabilitering innenfor afasifeltet, noe som innebærer at

logopeder i større grad benytter flere innfallsvinkler i behandlingen (Dahl, 2010; Papathanasiou & Coppens, 2017).

I tillegg er det en annen viktig side vi må ta med i denne betraktningen og det er afatikerens rett til medvirkning jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven (Helsedirektoratet, 2015). Nasjonale retningslinjer (Indredavik, 2010), framhever viktigheten av pasientens medvirkning. Da det i stor grad vil ha innvirkning for å sikre best mulig gjennomføring av rehabiliteringen. Medvirkning dreier seg ikke bare om å følge behandlerens opplegg, men også om å delta i å sette opp mål og velge metoder.

Mens Maria forteller at hun har vært svært medvirkende i å formulere egne mål og velge metoder hun kan arbeide med på egen hånd, kan det være grunn til å reflektere over mennenes sparsomme tilbakemeldinger i forhold til dette. Jeg ser ingen tegn til motvilje mot å gjennomføre behandlingen, og både Ole og Pål forteller at den virker. Kanskje ligger deres måte å medvirke på i at de snakker om å bli bedre, og at logopedisk behandling gir mer kontroll over språket, og dermed også over tilværelsen – noe som igjen kan gi innflytelse på egen framtid.

Det kan også tenkes at det ikke alltid er slik at alle med språk- og kommunikasjonsvansker takker ja til den helhetlige behandlingen logopeden vil tilby. Uansett hvor gode behandlingsmetoder logopeden har, må det oppnås enighet mellom logoped og klient. Jeg tenker at i vårt yrke som logoped også kan møte mennesker som ikke ønsker, det vi oppfatter som den optimale behandlingen. Også det kan faktisk sette begrensninger i forhold til å følge de råd som gis i nasjonale retningslinjer.

### **5.3 Metodisk refleksjon**

Resultatene fra denne undersøkelsen kan ikke si noe om hvilken rolle logopedisk behandling spiller for alle mennesker med afasi, men forteller en god del om hvordan den oppleves for de tre deltakerne. Jeg mener det vil være interessant å gjøre flere studier for å belyse logopedisk behandling ut fra afatikeres egne perspektiv. I sin tur kan det også være interessant å undersøke et større utvalg ved bruk av spørreskjema og kvantitativ undersøkelse.

Som vi har sett, ga ikke materialet like utfyllende svar på alle spørsmålene jeg hadde. I kapittel 3 forklarte jeg at intervjuene forløp litt annerledes enn hva jeg hadde planlagt. Jeg vurderte det som riktig å la deltakerne fortelle sine egne historier, noe som til dels gikk på bekostning av tema jeg hadde ønsket å få høre mer om – hvordan behandlingen var utformet, på hvilken måte mål for behandlingen var utviklet, og om de selv var delaktig i å formulere mål og valg av metoder. Her er det altså noen sammenhenger som denne undersøkelsen ikke kan belyse. Det er heller ikke sikkert afatikere selv kan formidle så mye om dette såpass tidlig i behandlingsforløpet. Derfor ville det ha vært en god idé å intervjuer behandlende logoped også. Det kunne også ha gitt meg mer bakgrunnskunnskap om hver enkelt deltaker, og dermed antakelig bedre forutsetninger for å styre selve intervjuet.

## Referanser

- Antonovsky, Aaron & Lev, Amnon. (2000). *Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Becker, Frank. (2009). Afasi og plastisitet ; hvordan språkbearbeidelsen i hjernen kan endre seg etter skade. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 55(1), 5-12.
- Becker, Frank. (2014). Afasi - når systemet svikter minst like mye som språket. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr.4.
- Befring, Edvard. (2010). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget.
- Berg, Karianne. (2008). "Støttet samtale for voksne med afasi" og livskvalitet. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 54(2), 20-23.
- Berg, Karianne & Haaland-Johansen, Line. (2011). SALK-39 - et mål på livskvalitet hos personer med afasi. *Norsk tidsskrift for logopedi*.
- Bjørkedal, Rigmor & Søgne, Åse Rigmor. (2009). *Afasi og meistring*. (Mastergradsavhandling Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/32152/Afasixogxmeistringx25.05.09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brodal, Per. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Brown, Kyla, Worrall, Linda E, Davidson, Bronwyn & Howe, Tami. (2012). Living successfully with aphasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(2), 141-155.
- Corneliussen, Margit. (2005). Afasi og spesialundervisning. Veiledning i dokumentasjon av praksis. *Statped skriftserie*, nr. 36.
- Corneliussen, Margit, Haaland-Johansen, Line, Knoph, Monica I. K., Lind, Marianne & Qvenild, Eli. (2014). *Afasi og Samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: NOVUS FORLAG.
- Cranfill, Tamara B & Wright, Heather Harris. (2010). Importance of health-related quality of life for persons with aphasia, their significant others, and SLPs: Who do we ask? *Aphasiology*, 24(6-8), 957-968.

- Cruice, Madeline, Worrall, Linda, Hickson, Louise & Murison, Robert. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17(4), 333-353. doi:10.1080/02687030244000707
- Dahl, Trine Lise. (2010). Funksjonell kommunikasjon og afasi -Hvordan bli en bedre samtalepartner? *Norsk Logopedlags småskrifter*, nr. 10.
- Dalen, Monica. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Den Nasjonale forskningsetiske komite , NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Diener, Ed. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of happiness studies*, 7(4), 397-404.
- Dietrichs, Espen. (2007). MEDISIN OG VITENSKAP-Tema: Hjerneslag-Hjernens plastisitet-perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127(9), 1228-1231.
- Eide, Hilde, Eide, Tom, Keeping, David & Eide, Eivind. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folketryktdloven. (1997). *Lov om foleketrygd av 28.februar nr.19 1997*. Hentet fra [lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19).
- Folkman, Susan, Lazarus, Richard S., Dunkel-Schetter, Christine, DeLongis, Anita, Gruen, Rand J. & Sarason, Irwin G. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. doi:10.1037/0022-3514.50.5.992
- Grøholt, Berit, Sommerschild, Hilchen & Gjørsum, Bente. (1998). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Haukeland, I., Sandmo, T., Thomassen, L., Gjelsvik, B., Bjelland, G., Rigdal, B. & Tveit, G. (2005). *Informasjonshefte for afasirammede og pårørende og andre interesserte. Afasi - som lyn fra klar himmel*. Oslo: Afasiforbundet i Norge.
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer Rundskriv*, IS, Vol. IS-8/2015.
- Hersh, Deborah, Worrall, Linda, Howe, Tami, Sherratt, Sue & Davidson, Bronwyn. (2012). SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(2), 220-233.



- Indredavik, Bent. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet),
- Johansson, Carlsson, Marianne & Sonnander, Karin. (2011). Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. *Disability and Rehabilitation*, 33(1), 51-62.
- Johansson, Carlsson, Marianne & Sonnander, Karin. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International journal of language & communication disorders*, 47(2), 144-155.
- Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv : interview, observationer og dokumenter*. København: Reitzel.
- Karlsen, Mette Brådalen. (2014). *Afasirehabilitering i Troms og Finnmark : en kvantitativ undersøkelse av tilbudet om språklig rehabilitering personer med afasi får i hjemkommunen*. (Mastergradsavhandling UiT Norges Arktiske Universitet). Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6593/thesis.pdf?sequence=1>
- Kirmess, Melanie. (2015). Constraint induced språkterapi ; en praktisk guide for implementering av metoden i afasirehabilitering i Norge. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 61(1), 26-33.
- Kristoffersen, Kristian Emil, Simonsen, Hanne Gram & Sveen, Andreas. (2005). *Språk : en grunnbok*. Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend, Anderssen, Tone Margaret & Rygge, Johan. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Liechty, John A. & Braun, Marcia E. (2006). Loss and Hope: Strategies for Coping with Aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(3), 84-86. doi:10.1310/83A2-EJTR-1HHU-7GWE
- Lind, Marianne. (2010). *Afasi : et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus.
- Lønne, Audhild. (2018). Salutogenese. I Universitetet i Stavanger (red.), *Store medisinske leksikon*.
- Opplæringslova. (1998). *Lov om Grunnskolen og den vidaregåande opplæringa av 12.mai nr.61 1998*. Hentet fra [lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61).
- Papathanasiou, Ilias & Coppens, Patrick. (2017). *APHASIA and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, Mass: Jones & Barlett.
- Pulvermüller, Friedemann, Neininger, Bettina, Elbert, Thomas, Mohr, Bettina, Rockstroh, Brigitte, Koebbel, Peter & Taub, Edward. (2001). Constraint-Induced Therapy of

- Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke: Journal of the American Heart Association*, 32(7), 1621-1626. doi:10.1161/01.STR.32.7.1621
- Reinvang, Ivar. (2003). *Afasi : språkforstyrrelse etter hjerneskade*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Reinvang, Ivar & Engvik, Harald. (1995). *Norsk grunntest for afasi : handbok*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Robey, Randall R. (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41(1), 172-187.
- Thagaard, Tove. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (Vol. 4.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, Aksel. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*: World Health Organisation.
- Worrall, Linda, Sherratt, Sue, Rogers, Penny, Howe, Tami, Hersh, Deborah, Ferguson, Alison & Davidson, Bronwyn. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322.

# Intervjuguide

## Informasjon

I intervjuet ønsker jeg å få høre om deg, om din hverdag og om din afasi. Ettersom jeg skal bli logoped, er jeg spesielt interessert i å få høre om din afasi og de språklige utfordringene dette medfører. Derfor vil spørsmålene være rettet mot kommunikasjon og språk. Men, jeg er også svært interessert i å få vite mer om hva det er som gir deg motivasjon til å mestre hverdagen med afasi. I tillegg vil vi snakke om den logopediske behandlingen du har. Hvordan den har påvirket din hverdag og din motivasjon til å mestre hverdagen?

I samtalen er det du som er ekspert. Jeg har lest en del om afasi, men har ikke møtt så mange afasirammede og vet dermed lite om hvordan det er å leve med afasi. For meg blir derfor din erfaring viktig. Jeg håper du kan fortelle meg så mye som mulig om det å leve med afasi.

Hvis det i løpet av samtalen viser seg at noe kan bli vanskelig for deg å snakke om, er det viktig at du vet at du ikke trenger å svare. Hvis noe av det jeg spør om blir vanskelig å forstå, må du gjerne spørre om igjen slik at jeg kan forklare. Dersom jeg ikke forstår kommer jeg til å spørre om du kan forklare.

Vi tar pauser underveis, når vi ser at dette blir nødvendig. Det er viktig at du sier ifra dersom du blir sliten.

## Intervju

(Underpunktene er min hjelp for å komme videre/ få svar på det jeg vil undersøke)

### 1. Kan du fortelle litt om deg selv?

- a. Hva gjør du til daglig?
- b. Har du en hobby eller noen spesielle interesser?
- c. Fortell litt om familie og venner.
- d. Endringer i forhold til livet før afasien. Kan du fortelle litt om livet før du fikk afasi?
  - i. *Jobb, familie, venner, aktivitet/engasjement*
  - ii. *Beskrivelse av hvordan ting var før? Husker du det?*

- e. Kan du gi en kort beskrivelse av deg selv: *aktiv, glede, humor, helse, engasjert, engstelig/bekymret,*  
(overgang til å fortelle om den gangen informanten fikk afasi)

**2. Kan du si noe om den gangen du fikk afasi?**

- a. Hva skjedde? Alder, År, Type afasi, Hvor, Hvordan reagerte venner / familie, Hvilken hjelp fikk du sykehus / rehabilitering.  
b. På hvilken måte opplevde du at hjelpeapparatet fungerte?  
c. Hvordan opplevde du det å få afasi?

*Ta tak i ord som informanten benytter (Krise/motgang/livet...) kan du si noe/forklare mer?*

*På hvilken måte*

(overgang til der hvor informanten skal fortelle om sin egen afasi)

**3. Kan du fortelle om din afasi i dag?**

- a. Hvordan opplever du venner og familie.  
i. Å få hjelp  
ii. Å være til nytte  
b. Sosiale situasjoner. Er det situasjoner som kan oppleves vanskelige?  
c. Begrensninger i hverdagen.  
i. noe du unngår  
d. motivasjon, mestring, glede  
e. depresjon, isolasjon.

(vanskelig tema/situasjoner)

**4. På hvilken måte har det å få afasi påvirket livet ditt?**

- a. Hva er bra? Gode opplevelser, glede, motivasjon og mestring.  
b. Hva er vanskelig? Situasjoner du unngår (hva og hvorfor), personer du unngår, opplever du depresjon.  
c. Tale / kommunikasjon.  
i. Oppgaver som løses ved kommunikasjon?  
ii. Hvordan er det for deg å delta i samtaler med andre?  
iii. Føler du at det gis rom for at du skal få gjøre deg forstått? Tid – hjelp?  
d. Er det noen situasjoner som er mer vanskelig å kommunisere i enn andre?  
Støy, mange mennesker, rom...  
e. Lese/skrive/huske/forstå/oppfatte  
f. Utholdenhet – tretthet.  
g. Begrensninger i forhold til hvordan du levde før afasien.

**5. Hvordan opplever du den logopediske behandlingen?**

- a. Når fikk du tilbud om logopedisk behandling?  
b. Hvor ofte går du til logoped? Hvor lenge?  
c. Hvordan jobber dere? En til en – i gruppe. Repetisjoner.  
d. Hva jobber dere med?

- i. Kommunikasjon
  - ii. Hjelpemidler
  - iii. Praktiske oppgaver
- e. På hvilken måte har den logopediske behandlingen påvirket deg i forhold til motivasjon for å takle hverdagen med afasi?
- f. Er mestring i fokus, i så tilfelle, på hvilken måte?
- g. På hvilken måte er du selv med på å sette mål for behandlingen?
- h. Er det andre, familie og venner, som er involvert i forbindelse med logopedbehandlingen?
  - i. I så tilfelle kan du si noe om hvordan det foregår?
    - 1. informasjon
- i. Hva er en god samtalepartner for deg?
  - i. Hvordan påvirker samtalepartneren din motivasjon?
- j. Kan du peke på noe eller si noe om hvordan du opplever at den logopediske behandlingen kan ha bidratt til noen form for forbedring hos deg?
  - i. Hva?
  - ii. På hvilken måte?

*(Pause)*

**6. Har afasien påvirkning i forhold til det å oppleve glede og motivasjon i hverdagen?**

- a. Ja, på hvilken måte? Nei, hva tror du er årsaken til det?

**7. Hvilke utfordringer opplever du i hverdagen din med afasi? Kan du si noe om disse utfordringene?**

- a. Familie, venner, interesser, arbeid, positivitet, humør, mestring, opplevelse av å være til nytte.

**8. På hvilken måte eller hvordan takler du disse utfordringene?**

- a. Strategier, måter å gjøre ting på, støtte fra familie og venner.
- b. På hvilken måte er det viktig for deg å mestre utfordringer?

**9. Hva synes du er viktig å få fram i forhold til den logopediske behandlingen, noe som du kanskje ikke har fått sagt?**

**10. Hvilke tanker har du gjort deg om framtiden?**

- a. Drømmer, planer, mål.

**11. Har du noe mer som du ønsker å fortelle om det å leve med afasi?**

**12. Hvordan synes du denne samtalen har vært?**



# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## ***”Logopedisk behandling, pasientmotivasjon og livskvalitet”*** ***En studie av tre afatikers opplevelse av /erfaringer med å mestre hverdagen.***

### **Hva handler dette forskningsprosjektet om?**

Dette er en forespørsel om å delta i en intervjuundersøkelse som handler om afasi, logopedisk behandling, motivasjon og livskvalitet. Formålet med undersøkelsen er å kunne si noe om hvilken rolle logopedisk behandling spiller for å gi mennesker med afasi motivasjon til å mestre hverdagen. Analyse av intervjuundersøkelsen har til hensikt å kunne gi grunnlag til å forbedre logopedisk praksis.

Problemstillingen er som følge:

*«Hvilken rolle spiller logopedisk behandling i hverdagen for afatikere?»*

Undersøkelsen er en del av et masterprosjekt i forbindelse med Erfaringsbasert master i Logopedi, ved NTNU i Trondheim. Undersøkelsen gjennomføres av Monica Knutli Brennhaug, logopedstudent ved NTNU i Trondheim. Studenten er ikke kjent med din identitet før du eventuelt velger å være med i dette prosjektet.

Du er valgt ut til å delta i undersøkelsen på bakgrunn av din erfaring med behandling hos logoped som afasipasient.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Undersøkelsen vil foregå som intervju og vil bli gjennomført i din hjemkommune i løpet av november 2017. Intervjuet vil vare en til to timer og vil bli tatt opp på lydbånd. Alle opplysninger du gir vil bli behandlet konfidensielt. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle deg og din hverdag og det å leve med afasi. Vi vil blant annet snakke om hvordan du motiveres til å takle hverdagen med afasi og vi vil snakke om den logopediske behandlingen du får/har fått.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og utskrifter fra samtalen vil bli anonymisert. Det vil si at studenten har full taushetsplikt om personinformasjon som kommer fram i opptaket. Lydbåndopptaket vil bli slettet etter bruk og navn vil bli anonymisert. Personopplysninger skal ikke registreres. Opplysninger du gir vil ikke kunne føres tilbake til deg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.mai 2018.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, slettes opptaket av samtalen du deltar i. Det vil ikke få noen konsekvenser for din behandling dersom du velger å trekke deg fra undersøkelsen.

Dersom du ønsker å delta, skriver du under på samtykkeskjemaet på neste side og sender det tilbake i vedlagte konvolutt til:

Navn:

Adresse:

Har du spørsmål til studien kan du gjerne ta kontakt pr.tlf. eller e-post:

Tlf.nr.:

e-post:

Har du spørsmål utover det kan du ta kontakt med veileder:

Navn:

Tlf.nr.:

e-post:

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.



# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Navn, adresse og telefonnummer vil kun brukes til å kunne kontakte deg, og vil ikke bli registrert i prosjektet.





Ellen Andenæs

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 27.10.2017

Vår ref: 56190 / 3 / OOS

Deres dato:

Deres ref:

## Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 25.09.2017 for prosjektet:

<i>56190</i>	<i>Logopedisk behandling, pasientmotivasjon og livskvalitet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Andenæs</i>
<i>Student</i>	<i>Monica Brennhaug</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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