

Wenche Flaamo

# Afasi i rehabilitering

En samtaleanalytisk tilnærming

Masteroppgave i Logopedi  
Veileder: Rein Ove Sikveland  
Medveileder: Monica Norvik  
Juni 2021



Wenche Flaamo

# **Afasi i rehabilitering**

En samtaleanalytisk tilnærming

Masteroppgave i Logopedi  
Veileder: Rein Ove Sikveland  
Medveileder: Monica Norvik  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Det humanistiske fakultet  
Institutt for språk og litteratur



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

*Bakgrunn:* Afasi er en språkvanske som oppstår etter skade eller sykdom i hjernens språksenter. Personer med afasi har de samme kognitive ressurser som tidligere, det er kun språket som rammes. Hjerneslag er en vanlig årsak, en regner med at rundt 25% av slagpasientene får afasi i en eller annen form. Evnen til å kommunisere er fundamental for oss mennesker, og gjennom samhandling med andre utvikler vi oss og finner oss til rette i samfunnet. God kommunikasjon danner også grunnlag for det som man innenfor helsepolitikken har lært å kjenne som pasientrettet pleie, med brukermedvirkning og aktiv deltakelse som sentrale, lovfestede prinsipper. Mål og innhold i rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i pasientens ønsker og behov, og realiseres ved tverrfaglig samarbeid. For personer med afasi, oppleves det utfordrende å få tilgang til informasjon som omhandler behandling, og de savner å bli hørt når beslutninger skal tas. For de som er alvorlig rammet av afasi oppleves det ekstra utfordrende.

Behandlere som arbeider med personer med afasi opplever også frustrasjon over å ikke være i stand til å sette sine klienter i førersetet for egen rehabilitering, og med det, etterfølge lovgivingen. De har ønske om å hjelpe, men de har ikke de redskaper som trengs for å greie det.

*Formål:* Studien søker å finne samtalepraksis som støtter ulike typer deltakelse hos en person med afasi.

*Metode:* Informasjon ble samlet inn gjennom videoopptak av en person med afasi i samtale med tre av sine behandlere i treningssituasjon. Samtaleanalyse ble brukt i behandlingen av materialet.

*Funn:* Selv med svært begrenset ordforråd, finnes gode muligheter for effektiv kommunikasjon. Ved å bruke tilgjengelige ressurser og ved å være oppmerksom på de muligheter det gir i kommunikasjon, kan behandlere lære seg å legge til rette for selvstendige bidrag og medvirke til bedre muligheter for brukermedvirkning og aktiv deltakelse i rehabilitering.

*Konklusjon:* Med behandlere som ønsker å bidra til bedre kommunikasjon og som søker strategier og opplæring for å få det til, bør det være gode forutsetninger for å gjøre hverdagsliv og rehabilitering lettere for personer med afasi. Samtaleanalytisk forskning vil kunne bidra til å identifisere slike strategier, samt undersøke hvordan de kan benyttes i hverdagslig og profesjonell praksis.

# Abstract

*Background:* Aphasia is a language difficulty that occurs after damage or disease in the language center of the brain. Language is the only part affected in people with aphasia, they have the same cognitive resources as before. Stroke is a common cause of aphasia, with about 25% of stroke patients acquiring aphasia in one form or another. The ability to communicate is fundamental, and we develop and find our place in society through interaction with others. Good communication also makes up the basis for what we, through health policy, known as patient-centered care, with user participation and active participation as central statutory principles. Goals and content in the rehabilitation shall be based on the wishes and needs of the patient and realized through interdisciplinary cooperation. People with aphasia find it challenging to get access to information regarding therapy, and miss being heard in the decision-making process. People affected by serious aphasia find it even more challenging.

Therapists working with people with aphasia also experience frustration with not being able to put their clients in control over their own rehabilitation, and, with that follows legislation. They want to help, but lack the tools required to do it.

*Purpose:* The study seeks to identify conversation practice supporting different kinds of participation from a person with aphasia.

*Method:* Data were collected through video recordings of a person with aphasia in conversation with three of their therapists in a training situation. Conversation analysis was used to analyze the material.

*Findings:* Even with highly limited vocabulary there are good opportunities for efficient communication. Therapists can, through available resources and by being aware of the possibilities they give in the interaction, learn to facilitate independent contributions from the person with aphasia, and contribute to creating better opportunities active co-participation in the rehabilitation.

*Conclusion:* With therapists wanting to contribute to better communication, and seeking strategies and training to make it happen, the foundations is already there for making everyday-life and rehabilitation easier for people with aphasia. Conversation analytic research helps identify what those strategies look like and how they can be used in everyday and professional practice.

# Forord

Som lærer fikk jeg mulighet til å arbeide med språktrening hos en person med afasi fordi det manglet tilgjengelige logopeder. Den første timen skulle vi bruke til å bli kjent, og vi kom i snakk på at han hadde ei hytte som han likte å tilbringe tid på, et sted i nærheten. Etter lang tid med gjetting, gestikulering, et par telefonoppringninger uten resultat, tegning, litt latter og litt mer frustrasjon hos oss begge, trillet han rullestolen bort og ga tegn til meg at jeg skulle følge etter. Inne på kontoret fantes en hel vegg med permer, og han ville at jeg skulle finne en spesiell perm. Etter hvert dukket det opp en perm med kart. Dette gjorde at vi til slutt fant hyttas beliggenhet. Timen hadde blitt til to, men den enorme tilfredstilelsen det var for meg å forstå, og for ham å bli forstått, er en følelse jeg aldri vil glemme. Nesten uten ord, men med vilje, humor og gester, kommuniserte vi med hverandre for første gang. Dette bidro med å føre meg mot tema for oppgaven, fordi jeg så at det måtte være muligheter til å utnytte tilgjengelige ressurser på en bedre måte. Tusen takk for inspirasjonen!

Jeg ønsker å rette en stor takk til deltakerne som slapp meg inn og tok imot meg og kameraet mitt med åpne armer. De viste stor interesse for prosjektet og ga meg tillit. Dere har vært i tankene mine hele tiden og bidratt til å holde motivasjonen oppe. En stor takk rettes også til de beste veilederne det er mulig å oppdrive, Rein Ove Sikveland og Monica Norvik. Med enorm faglig tyngde, pedagogisk teft og entusiasme har de holdt hodet mitt over vann nok, slik at jeg ikke ga opp underveis.

Wenche Flaamo





# Innhold

1	Innledning .....	11
1.1	Bakgrunn .....	11
1.2	Formål og problemstilling .....	11
1.3	Oppgavens oppbygging og innhold .....	12
1.4	Begrepsavklaring.....	12
2	Teoretisk bakgrunn og tidligere forskning.....	14
2.1	Afasi.....	14
2.1.1	Tilleggs vansker ved afasi .....	15
2.1.2	Afasi og livskvalitet .....	16
2.2	Behandling av afasi .....	16
2.2.1	Ulike tilnærminger for afasirehabilitering .....	17
2.2.2	Støttet samtale for personer med afasi (SCA) .....	18
2.3	ICF som rammeverk for intervensjon .....	19
2.4	Brukermedvirkning i rehabilitering .....	20
2.5	Samtaleanalyse -sentrale prinsipper .....	21
2.5.1	Kommunikasjonsteori .....	21
2.5.2	Samtalen .....	22
2.5.2.1	Turtakingssystemet.....	22
2.5.2.2	Spørsmål og nærhetspar .....	23
2.5.2.3	Samtalers progressivitet .....	24
2.5.3	Bruk av samtaleanalyse i afasirehabilitering .....	24
3	Metodisk tilnærming.....	26
3.1	Materialinnsamling .....	26
3.1.1	Deltakerne .....	27
3.1.2	Videoopptak .....	27
3.2	Materialbehandling .....	28
3.2.1	Transkripsjoner.....	28
3.3	Etiske betraktninger .....	29
3.4	Reliabilitet og validitet .....	30
3.4.1	Reliabilitet.....	30
3.4.2	Validitet og generaliserbarhet .....	30
4	Presentasjon av funn.....	32
4.1	Innledning.....	32
4.2	Ja / nei spørsmål.....	32
4.3	Instruksjoner .....	36

4.4	Initiativ .....	39
5	Drøfting .....	45
	Referanser .....	50

**Vedlegg 1: Informasjonsskriv til behandlere**

**Vedlegg 2: Informasjonsskriv til person med afasi**

**Vedlegg 3: Informasjonsskriv til pårørende**

**Vedlegg 4: Transkripsjonsnøkkel**

**Vedlegg 5: Svar fra NSD**

Antall ord: 15.393

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Å gjøre livet enklere for de mange som må lære å leve med funksjonsnedsettelse, har i mange år vært en viktig agenda for politikere, frivillige og samfunnet ellers. Birgit Skarstein rullestoldanset seg inn i alles hjerter da hun deltok på denne sesongens «Skal vi danse». Alle kjenner noen som lever godt med ulike funksjonsnedsettelser, og samfunnet tar stadig nye steg for å legge til rette for livsglede og mestring uansett hvilken livssituasjon mennesker befinner seg i. For de som opplever vansker med å kommunisere, er det min påstand at hjelpemidlene er færre, kunnskapen dårligere og hjelpeløsheten kanskje større. Når noen rammes av afasi, skjer det oftest over natten og uten noe form for forvarsel. For den som rammes og for alle rundt, forandres livet radikalt. Når språket rammes, rammes den mest grunnleggende faktoren for livsglede og livsmestring. Gjennom språket viser vi hvem vi er, og hva vi kan. Vi forholder oss til andre mennesker, utvikler oss, lærer, tilpasser oss og deltar i samfunnslivet. For de som rammes av slag, kommer gjerne språkvanskene i tillegg til andre vansker som lammelser og pareser, synsnedsettelse og kognitive utfordringer for å nevne noe.

I møte med slagpasienter med afasi gjennom utdanning, yrkesliv og bekjente, har jeg sett hvordan mange har tilpasset seg livet i rullestol eller livet med bare én fungerende hånd. Jeg har også sett hvordan livet, eller omgivelsene har tilpasset seg dem, med gode hjelpemidler og samfunnsmessige tilpasninger. Jeg har også sett tårer over å bli misforstått i samtaler, fortvilelse over å ikke forstå andres instruksjoner, sorg over å ikke kunne snakke med barnebarna eller å ikke kunne ta opp telefonen å bestille den drosjen som trengs for å komme seg til fysioterapeuten. Jeg har sett strevet for å fortelle om sine behov i hverdagen. Jeg har sett dyktige, empatiske og velvillige mennesker, som i kraft av sitt yrke og av medmenneskelighet har måttet gi opp å forstå og å bli forstått i behandlingssituasjoner.

Hvordan skaffe til veie kunnskap som kan minske vanskene mellom de som ønsker å forstå og de som trenger å bli forstått? Er det mulig for helsepersonell å legge til rette for brukervedvirkning for personer med alvorlig afasi? Hvordan foregår samtaler der en av deltakerne bare har en håndfull ord til rådighet?

## 1.2 Formål og problemstilling

Betydningen av pasienters aktive deltakelse i egen rehabiliteringsprosess synes udiskutabel. Ikke bare er brukervedvirkning kjent positivt for rehabiliteringsprosessen, det er også en lovfestet rett som alle pasienter har. For personer med afasi og for helsepersonell som arbeider med pasienter med afasi, stilles denne retten på prøve, i det utfordringer med språket setter klare begrensninger for deltakelse i beslutninger som

vedrører dem. Helsepersonell opplever det gjerne utfordrende å skulle føre samtaler som strekker seg utover det å kun gi informasjon, til pasienter med afasi.

Denne studien søker å se på samtalepraksis i samtaler mellom en person med betydelig afasi og ulike behandlere, og om mulig, finne samtalestrategier som egner seg for å optimalisere brukermedvirkning i rehabilitering for personer med afasi. Jeg vil se på typiske trekk i samtaler mellom behandlere og en person med afasi, og jeg vil se om det finnes elementer i samtalene som kan antyde et forbedringspotensial med tanke på å bedre premissene for økt brukermedvirkning og deltakelse i rehabilitering etter slag for personer med afasi. Jeg har valgt følgende problemstilling for oppgaven min:

### **Samtalepraksis som støtter ulike typer deltakelse hos en person med afasi.**

Som tilnærming til problemstillingen, valgte jeg å arbeide ut fra følgende delspørsmål:

Hvilke typer bidrag forekommer hos en person med begrenset ordforråd?

Hvordan oppfattes non-verbale bidrag i kommunikasjonen?

Hvilke typer initiativ forkommer hos person med alvorlig afasi?

Hvordan møtes initiativ i samtalen?

Hva bidrar til effektiv kommunikasjon?

Hvilke typer spørsmål fremmer deltakelse?

## 1.3 Oppgavens oppbygging og innhold

I teoridelen presenteres jeg kort hva afasi er, kort om ulike tilnærminger til afasirehabilitering, og hva tidligere forskning sier om hvordan afasi påvirker livet til den som rammes og hva personer med afasi ønsker seg i rehabiliteringen. Videre legger jeg en ramme rundt brukermedvirkning som tema i afasirehabilitering, før jeg presenterer samtaleanalysens kommunikasjonsteoretiske bakgrunn. I metodekapittelet presenteres fremgangsmåte og utvalg. Her kommer jeg også inn på vitenskapsteoretiske og etiske tema. Analysene presenteres i kapittel fire før jeg drøfter funnene i kapittel fem.

## 1.4 Begrepsavklaring

PMA	person med afasi
Afasisamtaler:	samtaler der minst en av deltakerne har afasi
SCA	Supported conversation for people with aphasia Støttet samtale for personer med afasi
P	Deltaker med afasi
E	Ergoterapeut
F	Fysioterapeut

H

Hjelpepleier

## 2 Teoretisk bakgrunn og tidligere forskning

I dette kapitlet vil jeg opprette et teoretisk rammeverk for oppgaven. Jeg vil forklare hva afasi er, og hvilke forklaringer eller definisjoner som ligger til grunn for denne oppgaven. Mange personer med afasi (heretter kalt PMA) har tilleggsvansker som i større eller mindre grad virker inn på kommunikasjonsferdighetene. Disse vil jeg kort nevne for en bedre forståelse for hva som kan hindre effektiv kommunikasjon. Målet for all rehabilitering er å bedre livssituasjonen for den som er rammet av afasi, men det har vært, og er fortsatt, ulike syn på hva som bør ligge til grunn for valg av behandling. Jeg vil presentere noen av prinsippene som danner grunnlag for intervensjon, selv om analyser og funn i denne oppgaven best gir mening innenfor den konsekvensbaserte tradisjonen.

Grunnleggende for samtaleanalyse som metode, er synet på hva kommunikasjon er. Jeg vil redegjøre for dette synet og forklare viktige prinsipper innenfor metoden, slik at analyser og funn kan ses i sammenheng med dette.

All rehabilitering skal ta utgangspunkt i hva pasienten selv ønsker, noe som forutsetter god kommunikasjon. Der pasienten strever med å kommunisere sine ønsker, og de ulike behandlerne mangler strategier for god og effektiv kommunikasjon, er pasientsentrert pleie vanskelig. Selv om materialet ikke gjengir direkte hvordan samtaler omkring mål og innhold i rehabiliteringen foregår, er håpet at praksis, slik den er gjengitt, kan bidra til kunnskap om hvordan en bedre kan etterkomme lovregulerte prinsipper i rehabiliteringen. Jeg gir en kort redegjørelse for disse prinsippene.

For å underbygge de teoretiske aspektene, vil jeg trekke fram noen sentrale funn fra tidligere forskning underveis i oppgaven.

### 2.1 Afasi

Afasi er en samlebetegnelse for språkvansker som oppstår etter en skade eller sykdom i det nevrologiske grunnlaget for språkfunksjon i hjernen. Den mest hyppige årsaken er hjerneslag, som i 2019 rammet 9022 mennesker i Norge (Norsk hjerneslagregister, 2019). De aller fleste av disse skyldes hjerneinfarkt, som betyr manglende blodtilførsel til hjernen på grunn av en propp i en av blodårene. Resten skyldes hjerneblødning eller annet. Hjerneslag er en av de mest alvorlige folkesykdommene vi har i Norge, og er en hyppig årsak til funksjonshemming og behov for omfattende rehabilitering. En regner med at omtrent 25% av de som rammes av hjerneslag får afasi i en eller annen form (Helsedirektoratet, 2017). Traumatiske hjerneskader eller annen sykdom, som for eksempel hjernesvulst eller betennelsestilstander, kan også føre til afasi.

Gjennom tidene har man hatt ulike måter å se på afasi på. Definisjonene gjenspeiler de teoretiske rammeverk som er gjeldene for enhver tid, og endres etter hvilken hensikt de er ment å tjene. Det er likevel enighet om at afasi kan påvirke alle språkkomponentene

fonologi, morfologi, syntaks og semantikk, og at både evnen til å forstå og å bli forstått kan rammes. Alle de fire språkmodalitetene auditiv forståelse, tale, lesing og skriving kan altså berøres ved afasi (Papathanasiou, Coppens, & Davidson, 2017). Alvorlighetsgraden varierer mye, alt fra lette ordletingsvansker til store vansker med både verbale uttrykk og forståelse. Fordi så stor del av våre liv sammenfaller med evnen til å kommunisere med hverandre, og fordi språk i stor grad henger sammen med sentrale begreper som identitet, livskvalitet, mestring og samhandling, velger jeg å bruke en bred definisjon av begrepet:

*An acquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person`s communicative and social functioning, quality of life, and the quality of life of his or her relatives and caregivers (Papathanasiou et al., 2017)*

Symptomer på afasi kommer i alle varianter, både når det gjelder alvorlighetsgrad og type vansker, men ordletingsvansker forekommer i nesten alle former. Språket er tett knyttet til identitet, selvfølelse og sosiale relasjoner, og mange med afasi får problemer med selvfølelsen. Afasi setter begrensninger for mange av de prinsippene som inngår for involvering og deltakelse i beslutninger rundt innhold og mål for rehabilitering, og medfører ofte ulike former av tilleggsvansker. I tillegg til de fysiske og mentale vanskene som nevnes nedenfor, kan afasi også gi økonomiske konsekvenser der personen tidligere var i arbeid.

### 2.1.1 Tilleggsvansker ved afasi

Lammelser i bein og arm, synsfeltutfall, sensoriske utfall, koordinasjonsvansker eller kognitive vansker er vanlige tilleggsvansker for PMA. Hele 80% av de som rammes av hjerneslag får lammelser av ulik grad. Ettersom språksenteret hos de fleste ligger i venstre side av hjernen og fordi nervebanene krysser fra venstre side i hjernen til høyre side av kroppen, opplever personer med afasi oftest lammelser eller pareser på høyre side av kroppen (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph, & Lind, 2017). Ifølge folkehelseinstituttet får en stor del av de slagrammede ulike typer synsfeltutslag (Folkehelseinstituttet, 2017). Oftest mister en deler av synsfeltet på enten høyre eller venstre side, eller en kan få vansker som dobbeltsyn eller ustabil fokusering (Mathisen, 2017). Synsfeltutslag kan igjen gi bevegelsesvansker og vansker med lesing og skriving.

Rene uttalevansker som følge av skader i hjernen kan også oppstå, og vanskeliggjøre effektiv kommunikasjon. Eksempler på slike uttalevansker er dysartri og apraksi. Dysartri innebærer lammelser eller svakheter i talemuskulaturen og kan gi utydelig tale som er vanskelig å forstå. Apraksi gir vansker med å utføre planlagte aktiviteter som for eksempel språklyder (taleapraksi), eller dagligdagse handlinger, som å ta smør på brødskiva. Alvorlig taleapraksi kan medføre at en ikke kan produsere viljestyrt tale, mens mildere former kan føre til nedsatt taletempo, dårlig taleflyt eller avvikende prosodi (Miller & Wambaugh, 2017). Oral apraksi gir vansker med å utføre viljestyrte bevegelser i munnen, som å blåse ut et lys, eller lage ulike grimaser med munnen. For språkhandling, skiller man mellom dysartri og taleapraksi blant annet ved å se om vanskene er konsistente. En person med taleapraksi vil kunne uttale lyder i noen sammenhenger, mens de ikke kommer fram i andre sammenhenger, for eksempel ved



uttale av tidligere innlærte regler eller fraser. Ved dysartri vil uttalen av enkelte lyder være konsekvent, fordi muskulaturen er varig hemmet.

Kognitive vansker, som enkelte vansker med hukommelse, oppmerksomhet og utfordringer knyttet til evnen til planlegging og gjennomføring av oppgaver (eksekutive funksjoner) er også nokså vanlige følgevansker til afasi. I tillegg til de vansker dette medfører i det daglige liv, kan de være vanskelig å avdekke på grunn av afasien, og vanskeliggjøre behandling av selve språkvanskene (Murray & Mayer, 2017).

Emosjonelle problemer som angst eller depresjon er, ifølge Brynjar Fure, en av de plagene som er mest underrapportert i tilfeller ved slag. Slagenheter har stor kompetanse når det gjelder å kartlegge både motoriske, sensoriske og kognitive vansker, men det virker mer tilfeldig hva som kartlegges av emosjonelle vansker. (Fure, 2007). Det er grunn til å tro at emosjonelle vansker er minst like hyppig hos pasienter med slag, siden språkvansker vanskeliggjør kartlegging, og gir enda større vansker med hensyn til behandlingsvalg.

### 2.1.2 Afasi og livskvalitet

Påstanden om at afasi påvirker livskvalitet synes udiskutabel, men hva er egentlig livskvalitet? Spørsmålet er blitt stilt av forskere over hele verden, og det er ikke enkelt å finne en overordnet definisjon, siden begrepet er kulturelt, sosialt og ikke minst individuelt betinget. Man opererer med subjektive og objektive premisser for livskvalitet, de subjektive handler om hvordan hver enkelt selv oppfatter at livet er, mens de objektive handler om helse, materielle levekår, arbeidsoppgaver eller fritidsaktiviteter (Folkehelseinstituttet, 2018). Faktorer som måles i ulike kartleggingsprøver kan, for uten emner som har med fysisk helse å gjøre, være: grad av selvstendighet, sosiale relasjoner og miljø / omgivelser. Disse tre faktorene innvirker forskjellig for de med afasi og de uten afasi etter slag (Ross & Wertz, 2003). For de med alvorlig afasi, påvirkes livskvalitet ytterligere negativt enn for de med mild afasi eller uten afasi. (K. Hilari & Byng, 2009).

Ulike kartleggingstester er utformet for å vurdere personers livskvalitet etter sykdom eller skade, noe som er viktig om man velger å bruke livskvalitet som et eget mål i rehabiliteringen. Mange av disse testene kan ikke brukes av personer med afasi fordi de ikke tar hensyn til språkvanskene. For de som påvirkes mest negativt med tanke på helserelatert livskvalitet, finnes det altså få muligheter for direkte informasjon fra de det gjelder, men en baserer kunnskap om hva som rapporteres fra nærpå personer.

## 2.2 Behandling av afasi

Selv om jeg har valgt en bred definisjon av afasi for denne oppgaven, velger jeg kort å se på tilnærminger som arbeider ut fra andre perspektiv. Dette for å vise afasi som et flerdimensjonalt konsept og kompleksiteten rundt valg av behandling og intervensjon. Jeg ønsker å belyse konsekvensbasert tilnærming, og opplæring av nærpå personer og behandlere, som egnet med tanke på muligheter for brukermedvirkning for de med alvorlig afasi.

Fra et nevrologisk ståsted betegnes afasi som en vanske som skyldes en fokal hjerneskade, og ved å se på hvilke symptomer som finnes, lokaliseres skadestedet i hjernen. Fra et kognitivt ståsted, beskrives afasi som en fokal hjerneskade som fører til kollaps i språklige prosesser eller underliggende kognitive evner, og fra et funksjonelt perspektiv, ser man afasi først og fremst som vansker med å kommunisere med andre (Papathanasiou et al., 2017). Uansett hvilke teoretiske prinsipper som legges til grunn for valg av behandling, vil det overordnede målet for all afasirehabilitering være å maksimere de kommunikative ferdighetene, slik at personen med afasi kan fungere optimalt (Papathanasiou et al., 2017; Qvenild et al., 2017).

### 2.2.1 Ulike tilnærminger for afasirehabilitering

Den nevropsykologiske tradisjonen bygger på en sterk kobling mellom skadested og symptomer (Qvenild et al., 2017). Ut fra språklige profiler klassifiseres ni hovedtyper av afasi. For eksempel Brocas afasi som først og fremst kjennetegnes ved vansker med ordproduksjon, både i spontantale og ved gjentakelser, og Wernickes afasi som kjennetegnes ved et flytende talepreg med grader av ordforvekslinger og grammatiske feil i tillegg til at en ofte ikke er klar over egne vansker. Kartlegging ut fra denne tradisjonen gjøres gjerne med bruk av Norsk Grunntest for Afasi (Reinvang & Engvik, 1980), som er blitt brukt i Norge siden 1980-tallet. På tross av at det ikke lengre er like sterk kobling mellom skadested og symptom som tidligere, og på tross av vansker med å plassere personer med afasi i en av de ni hovedtypene, brukes denne testen fremdeles ofte av norske logopeder. Behandlinger som velges innenfor denne tankegangen bruker gjerne en skadebasert tilnærming, ved at en forsøker å reparere de språklige strukturene som er skadet.

I kognitiv nevropsykologisk tradisjon flyttes fokuset fra skadelokalisasjon til modeller for språklig prosessering (Qvenild et al., 2017). Språk ses på som en «kompleks serie av mentale prosesser» (Kay, Lesser, & Coltheart, 2009), der hjernens språkssystem er organisert i moduler, som alene eller sammen med andre kan være svekket. Kartlegging innenfor denne tradisjonen foregår gjerne ved å forsøke å finne ut styrker og svakheter i språkproduksjonen, for å identifisere hvilke komponenter i språkprosesseringsmodellen som er rammet, og hvilke komponenter som ikke er rammet. PALPA (Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia) er et kartleggingsverktøy som benyttes innenfor denne tradisjonen, og funnene danner grunnlag for behandling. Behandling som bygger på denne tradisjonen forsøker også å forbedre svekkede funksjoner, og kan derfor sies å være skadebasert.

Den psykososiale tradisjonen bygger på tanken om at afasi rammer enkeltindividets evne til aktiv deltakelse i sitt eget liv. I stedet for å konsentrere seg om selve språkvanskene, tar denne tradisjonen til orde for å se på de konsekvensene afasi gir for den enkelte. Behandling innenfor denne tradisjonen dreier seg derfor ikke om å «reparere» skadede funksjoner, men om å tilpasse seg livet med afasi, og legge til rette for bedre kommunikasjon med andre personer, en såkalt konsekvensbasert tilnærming. Den psykososiale tradisjonen er viktig som teoretisk bakteppe for denne oppgaven, da afasi her ses på som en vanske som vanskeliggjør samarbeid mellom PMA og ulike behandlere for aktiv deltakelse i rehabiliteringen. I kap. 2.2.2 ser jeg nærmere på SCA, som er

dannet ut fra denne tradisjonen, og som baserer seg på å trene de som samtaler med personer med afasi, for mer effektiv kommunikasjon.

### 2.2.2 Støttet samtale for personer med afasi (SCA)

I samtaler med personer med afasi, sier mange behandlere at de er utrygge på hvordan de skal gå fram for å forstå og å bli forstått. Mange kvier seg for å ta vanskelige samtaler, og de mangler strategier som gjør dem i stand til å kommunisere på gode måter (Jensen et al., 2015). SCA rettes mot samtalepartnere til PMA, og vil kunne være med på å gi behandlerne et verktøy som kan gjøre afasisamtaler enklere. Ut fra noen av de eksemplene som blir belyst i datamaterialet, vil det bli drøftet hva opplæring i SCA kunne ha betydd for en enda mer effektiv kommunikasjon.

Bedring av livskvalitet er et overordnet mål i all rehabilitering. Den psykososiale tradisjonen innen afasirehabilitering retter, som nevnt, blikket mot de konsekvensene afasi bringer inn i dagliglivet til de som er rammet, og søker forbedring av livskvalitet blant annet gjennom omgivelsene til den rammede. Opplevelse av livskvalitet avhenger av en rekke faktorer: fysisk og psykisk helse, forventninger, ønsker, evner og muligheter til sosial interaksjon, miljø og ikke minst grad av selvstendighet.

Aura Kagan etablerte SCA som metode for mer effektiv kommunikasjon i afasisamtaler etter lang klinisk erfaring med behandling av afasiklienter. Hun så at det, på tross av ulike behandlingsprosedyrer, var mange som fortsatt måtte lære seg å leve med afasi, og at veien å gå kunne være å plassere opplæringsbyrden hos samtalepartnere, framfor å rette oppmerksomheten mot vanskene i seg selv (Kagan, 1998). SCA innebærer å gi kunnskap om afasi, og å trene samtalepartnere slik at de, med ulike strategier og hjelpemidler, på en bedre og mer effektiv måte kan kommunisere med personer med afasi.

Det er utfordrende for pasienter med afasi å få adgang til informasjon som omhandler egen sykdom, noe som vanskeliggjør aktiv deltakelse og medbestemmelse omkring rehabiliteringen. Det er også slik at helsepersonell savner muligheter til å drive pasient-sentrert pleie generelt, og at det er enda vanskeligere for pasienter med afasi. De mangler kunnskap, ressurser og tid for å kommunisere med personer med afasi, og uttrykker ønske om å få kunnskap, opplæring og trening, samt nok ressurser til å gjøre det (Carragher et al., 2020). Opplæring i SCA synes å være et virkemiddel som både er mulig å gjennomføre og gir gode resultater over tid, slik rapporter etter innføring av SCA i Danmark beskriver (Jensen et al., 2015). 101 ansatte på tvers av profesjoner ved et sykehus i Danmark fikk opplæring og trening i SCA. De ble også gitt verktøy til bruk i direkte samtaler med afasipasientene. Etter opplæringen sa de aller fleste, blant annet at de hadde fått bedre kunnskap om afasi, at de ikke så ofte prøvde å unngå kontakt med pasientene, at de følte seg tryggere i kommunikasjonen, og hadde mindre behov for å spørre pårørende om ting som angår pasientene. Flere følte seg kompetente til å kommunisere med afasipasientene, og fant god hjelp i å bruke i støttematerialet. Dette er funn som indikerer at slik kunnskap er viktig og riktig for å bedre kommunikasjonen mellom sykehuspersonell og afasipasienter, og at man burde arbeide for tilsvarende prosjekt i Norge. Ikke bare i sykehus, men også for de som arbeider med PMA senere i rehabiliteringsløpet, som leger, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i kommunene, slik som deltakerne i denne undersøkelsen.

## 2.3 ICF som rammeverk for intervensjon

I stedet for å tenke på rehabilitering som kun å «reparere» skader som er oppstått på grunn av sykdom, er det nå mer vanlig med et syn som setter fokus på hele mennesket og dets omgivelser. For rehabiliteringen betyr det blant annet en bredere tilnærming, og at flere kanskje må inkluderes for best mulig resultat. Det innebærer å strebe etter god kommunikasjon mellom partene for best mulig resultat. Sykdom rammer måten en har levd livet på, og hindrer livsutfoldelse, slik som den har vært.

Som et ledd i arbeidet mot en mer helhetlig tankegang i helseomsorgen, introduserte Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2001 et nytt klassifiseringsystem for helse, ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (WHO, 2001). De tradisjonelle markørene på helsetilstand som var tuftet på sykdomstilstander, ble erstattet av markører som sier noe om menneskers funksjonsevne og deltakelse i dagligliv. Funksjonsevne bestemmes altså ikke bare ut fra hvilke typer skader som foreligger, men i høyeste grad også hvordan omgivelsene legger til rette for fortsatt deltakelse og aktivitet, samt hvordan personen selv håndterer sykdom og skade (Papathanasiou et al., 2017).

Klassifikasjonen ser på alle sidene av helsen til et menneske, og også noen elementer innen menneskers velvære som kan ses i sammenheng med helse. Den forholder seg kun til det som relateres til helse, og ikke det som kan være forårsaket av sosioøkonomiske forhold. Disse helsemessige forholdene betegnes som helsedomener (f.eks. hørsel, syn, hukommelse, gangfunksjon) og helserelaterte domener (f.eks. transport, sosial interaksjon og utdanning) (WHO, 2001).

ICF-klassifiseringen omfatter to hovedområder; der det første er funksjon og funksjonshemming, og det andre er andre er kontekstuelle faktorer. Disse hovedområdene er delt opp i to emneområder. Det første hovedområdet inneholder emneområdene kroppsfunksjoner og kroppsstruktur, og aktiviteter og deltakelse. Det andre hovedområdet inneholder emneområdene miljøfaktorer og personlige faktorer.

For en person med afasi handler funksjonsevne da om de svekkede funksjonene i hjernen, hvordan skaden påvirker språket, og hvordan skaden påvirker mulighetene for deltakelse i daglige aktiviteter (Papathanasiou et al., 2017). ICF utfyller diagnosemanualen ICD-10 ved at den vektlegger funksjonsevne i tillegg til at den hensyntar omgivelsenes tilrettelegging og samspill. Disse rammeverkene bør ha konsekvenser for hvordan vi arbeider med afasirehabilitering som logoped. Intervensjoner kan inneholde trening for å forbedre de ulike språkmodalitetene, men en bør alltid vurdere intervensjon som inneholder mål om å leve så godt som mulig med afasi (Kagan, 2011).

## 2.4 Brukermedvirkning i rehabilitering

I de siste årene er det rettet stadig større oppmerksomhet omkring pasientens egen rolle i rehabilitering. Selvbestemmelse og aktiv deltakelse på veien mot bedre helse anses som viktig for resultatet av rehabiliteringen, og som en del av tiltakspakken. Brukermedvirkning er også en lovfestet rettighet og kjent prinsipp i anbefalinger omkring helsetjenester. I pasientrettighetsloven heter det blant annet:

*«Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).*

Rehabilitering skal ta utgangspunkt i det enkelte menneskets livssituasjon, og baseres på et samarbeid mellom de ulike aktørene i helsevesenet. Ulike faggrupper kan legge forskjellig innhold i begrepet rehabilitering, så jeg velger en samlebetegnelse, hentet fra Stortingsmelding nr. 21 om «Ansvar og meistring»:

*«tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet» (St.meld. nr. 21 (1998-1999))*

Som vi ser fra denne definisjonen, settes brukeren i førersetet, og aktører som inngår i prosessen skal hjelpe mot kontroll og selvstendighet i rehabiliteringsprosessen. En viktig forutsetning blir da at helsepersonell har likt verdigrunnlag, og at alle setter brukeren i sentrum mot de samme målene. Mål for rehabilitering vil alltid være å oppnå så stor grad av funksjonsdyktighet som mulig. Viktige virkemidler er opplevelse av meistring og selvstendighet på ønskede arenaer, samt å fjerne barrierer i omgivelsene som vanskeliggjør måloppnåelse.

På tross av at prinsipper om medbestemmelse er innlemmet i lovverket, og man lenge har arbeidet for pasientrettet pleie, viser det seg at det er store forskjeller i hvordan dette håndteres, og at helsepersonell finner det vanskelig å gjennomføre prinsippene i praksis. Hvordan helsepersonell velger å legge fram alternativer for behandling, kan i seg selv lage barrierer mellom lovverk og praksis (Landmark, Ofstad, & Svennevig, 2017). En undersøkelse fra 2020 viser at afasipasienter føler seg ekskludert fra å delta i bestemmelser rundt egen helse. De syns videre at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon eller muligheter til å delta i beslutninger som omhandlet egen behandling. Samtidig rapporterte de ansatte ved enheten at de ofte unngikk samtaler med pasienter med afasi fordi de syns at de manglet både kunnskap og erfaringer med hvordan de skulle gjøre det, spesielt gjaldt det tema utover pasientenes grunnleggende behov. I stedet for å ta opp temaer direkte med pasientene, velger de gjerne å snakke med pårørende. De ansatte sier videre at de ønsker å lære hvordan de kan hjelpe, og tid og ressurser til å gjøre det. De opplever god, positiv effekt blant annet i form av bedre motivasjon og større engasjement, i de tilfeller hvor de har fått til effektiv kommunikasjon med denne pasientgruppen (Carragher et al., 2020).

Det kan av og til være avvik mellom hva helsepersonell og pasienter tenker om mål og innhold i behandling. Logoped og klient har gjerne den samme målsettingen for

kommunikative utfall, men det kan oppstå et sprik på andre områder. Dette skyldes gjerne at klienten generelt har høyere mål når det gjelder å gjenoppta aktiviteter de verdsatte før de fikk slag. Språkvanskene gjør det vanskelig å samarbeide om å sette mål, og noen av målene som klienten setter opplevdes som utenfor logopedens arbeidsområde (Rohde, Townley-O'Neill, Trendall, Worrall, & Cornwell, 2012). Dette påpeker viktigheten av at det arbeides videre med å finne gode strategier for å legge til rette for samarbeid i målsettingen også for de med afasi.

Flere viktige fellesnevnerer gjelder for de ønsker afasirammede har for rehabiliteringen. Mange ønsker livet sitt tilbake til slik det var før skaden oppsto, tilbake. De ønsker å gjenoppta de aktiviteter som tidligere var viktig i arbeid og fritid, og opplever stor frustrasjon over reduserte kommunikasjonsferdigheter. Behov for informasjon for seg selv og for pårørende er stort, og mange opplever å ikke involveres tilstrekkelig i rehabiliteringen. Ønske om mer uavhengighet og større kontroll over egen situasjon, samt behov for å bli behandlet med verdighet og respekt, gjelder for veldig mange afasipasienter (Worrall et al., 2011).

Kommunikasjonsproblemer mellom pasient og behandlere kan i verste fall føre til feil diagnoser og behandling som ikke er adekvat i forhold til problemet (Jensen et al., 2015) (Blackstone, Beukelman, & Yorkston, 2015; Gialanella, Bertolinelli, Lissi, & Prometti, 2011).

## 2.5 Samtaleanalyse -sentrale prinsipper

For å forstå grunnlaget for metoden, presenterer jeg her teorier som ligger til grunn for CA som metode. Det gjelder grunnsyn om kommunikasjon og sentrale prinsipper for interaksjon.

### 2.5.1 Kommunikasjonsteori

Ofte defineres kommunikasjon som en lineær aksjon der en sender formidler et budskap til en mottaker. Informasjonen betraktes da som en avgrenset enhet, en pakke, som fraktes mellom samtaledeltakerne (Thornquist, 2009). Et slikt syn utelater de prosesser som skjer rundt fortolkning og samtalers sammenheng, og duger ikke som forståelsesgrunnlag for denne oppgaven. Kommunikasjon må her forstås som en sosial aktivitet, noe som skjer i samhandling med andre, der alle handlinger og ikke-handlinger er viktige bidrag i interaksjonen. I det ligger en grunnleggende forståelse av at alle handlinger, verbale og non-verbale, som skjer i interaksjon, utgjør deler av kommunikasjonen (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1968).

Ulike handlinger må forstås i den kontekst de forekommer i. En kan for eksempel ikke slå opp i en ordbok for å få en åpenbar forklaring på hva det betyr når noen vifter med pekefingeren ut i lufta. Hvis en gruppe elever står i en flokk i en skolegård og peker mot en enslig elev utenfor flokken, vil læreren med inspeksjon oppfatte dette som en negativ hendelse for den som det blir pekt på, og vil sannsynligvis reagere med å ta en prat med gruppen for å fortelle hvordan den enslige eleven kan oppfatte dette som erting, utestenging eller mobbing. I en politiksjon vil deltakerne forstå at innsatsleders peking

mot et område eller en person, skal henlede oppmerksomheten i den retning, og de vil agere på bestemte måter ut fra innøvde mønster for handling. Et barn som får mor eller fars pekefinger rettet mot seg etter å ha forsynt seg av lørdagsgodteriet på onsdag, forstår med det at hun har utført en uakseptabel handling. Personen med sterk ekspressiv afasi som omtales senere i oppgaven, benytter også peking som tegn med flere ulike betydninger. Hun kan vise at hun ønsker å sette en ny handlingsagenda, eller hun kan peke for å vise hvor et objekt befinner seg i rommet. Hun kan også peke for å angi retningen for hvor slektninger bor, enten det er i umiddelbar nærhet eller om det angir himmelretninger.

I tradisjonell sosiologi betraktes menneskelige handlinger som styrt av den sammenheng de befinner seg i, en hevder altså et deterministisk forhold mellom atferd og kontekst. I CA, og ut fra etnometodologisk perspektiv, gjelder et refleksivt forhold mellom kontekst og atferd. Det betyr at atferd *kan* bestemmes ut fra hvilken sammenheng den utføres i, men samtidig er handlingene, eller atferden med på å bestemme hvordan situasjonen blir, enten ved å opprettholde eller redefinere sammenhengen (Steensig, 2001).

## 2.5.2 Samtalen

Samtaler er oppbygd av samtaleturner, som defineres som den tiden en taler har ordet, fra begynnelse til slutt. En slik samtaleturn bygges opp av gjenkjennelige, språklige enheter (Steensig, 2001), og kan bestå av ord eller handlinger. Det som skjer i turen kalles bidrag. I motsetning til hva en tidligere trodde, er det bestemte, mer eller mindre bevisste regler for hvordan språklig samarbeid fungerer. På samme måte som for handlinger i spill eller idrett, så finnes det regler for hvordan vi språklig forholder oss til hverandre i interaksjon. Brytes disse reglene, får det konsekvenser for samhandlingen. Ord, språklige virkemidler som grammatikk, syntaks, prosodi, samt kroppsspråk som gester, blikk eller posisjonering som brukes til å konstruere en tur, kalles turdesign (Skovholt, Landmark, Sikveland, & Solem, 2021).

### 2.5.2.1 Turtakingssystemet

Det mest grunnleggende for språklige handlinger, er at man ikke snakker i munnen på hverandre, men at en snakker om gangen, det såkalte turtakingssystemet. Turtaking foregår allerede i barns første leveår, der det veksler mellom å lytte til mor eller far og bable tilbake. Den som snakker og den som lytter orienterer seg mot hverandre, og signaliserer til hverandre når det nærmer seg en mulighet for at neste mann kan ta ordet. Tre ulike ting kan skje ved turskifte: den som snakker, gir ordet til neste taler, noen kan utpeke seg selv til å ta ordet eller så kan den som snakket først fortsette å snakke. For å utpeke neste taler, brukes ulike teknikker, verbale eller non-verbale, for eksempel ved å stille et spørsmål, si navn eller pronomen eller ved kroppsspråk som nikk, blikk eller peking (Skovholt et al., 2021). I hverdagslige samtaler mellom normalspråklige personer, har alle deltakere samme rett og plikt til å fordele ordet seg imellom. I en del institusjonelle samtaler er det gjerne minst en av deltakerne som, i kraft av sin posisjon eller rolle, gir ordet videre til neste taler, som for eksempel læreren som gir ordet til studenten eller programlederen som styrer politiske debatter i

valgkampen. I kapittel fire vises eksempler på at behandlerne gir ordet videre til PMA, ikke bare i kraft av sin rolle, men også i kraft av å være normalspråklige, for å bidra til en så effektiv kommunikasjon som mulig, der samtalen preges av språklige utfordringer.

Den som snakker bygger, bevisst eller ubevisst, opp ytringen sin, slik at de som lytter kan forstå når turen muligens nærmer seg slutten. Dette kalles turkonstruksjonsenheter (TKE), og kan bestå av setninger, enkeltord, lyder eller ulike gester. Det som gjelder, er at den som venter på tur gjenkjenner det som en handling. Ytringen kan være en grammatisk fullstendig setning (syntaktisk enhet), eller det kan være en pragmatisk fullstendig handling i sammenhengen den befinner seg i. I muntlig språk kan også tonefallet, prosodien i ytringen, hjelpe lytteren til å forstå at det foreligger en fullstendig handling, for eksempel som i spørsmål eller et «Hæ?» som avsluttes med stigende tonefall (Skovholt et al., 2021). I en samtale finnes flere steder der en ytring, eller en tur kan være fullført, og dermed gir *mulighet* for andre til å ta ordet, uten at det nødvendigvis skjer, såkalt overgangsrelevante steder (ORS) (Skovholt et al., 2021). Om det ikke skjer et turskifte på slike steder, kan taleren fortsette sin tur, for eksempel ved å utdype et spørsmål, eller som det er tilfelle for behandler og PMA senere i oppgaven, der behandler endrer spørsmålstype for å hjelpe PMA til å svare.

#### 2.5.2.2 Spørsmål og nærhetspar

I mange sammenhenger er konstruksjon av spørsmål en viktig aktivitet i samtalen, blant annet i ulike institusjonelle samtaler, som i klasserommet, hos legen, eller som i denne oppgaven, i afisamtaler hvor en av deltakerne har et sterkt begrenset ordforråd. Som mottaker av spørsmål, forstå vi blant annet ut fra hvordan ytringen er formulert og uttalt, at det er spørsmål og ikke en påstand. Ved å stille spørsmål setter en visse betingelser for samtalen; både HVA og HVORDAN responsen bør være. Den som stiller spørsmål bestemmer altså hva innholdet i responsen bør være (emneagenda) og hvordan den bør utføres (handlingsagenda) (Skovholt et al., 2021). Stilles for eksempel et ja/nei-spørsmål, er den forventede handlingen uttrykk for enten ja eller nei innenfor den emneagendaen som er satt. Stilles et HV-spørsmål, forventes andre handlinger enn å uttrykke ja eller nei. Spørsmål utgjør første pardel i et nærhetspar, og svar på spørsmål utgjør den andre pardelen i nærhetspar (Skovholt et al., 2021; ten Have, 2007). Spørsmål og svar hører altså sammen, slik det hører sammen å hilse når noen hilser på oss. Vanligvis orienterer mennesker seg rundt disse reglene, men når samtaler analyseres, kan vi se at samtalepartnere kan velge mange ulike handlinger som respons. For eksempel om en velger å ikke besvare et spørsmål, eller en hilsen, betegnes også det som en språklig handling som i sin tur tolkes og responderes, som regel mot en felles forståelsesramme. Preferanseorganisering handler om at noen typer respons er mer sosialt akseptert, som for eksempel å akseptere en invitasjon

Hvis et nærhetspar ikke fullføres, det vil si hvis en hilsen eller et spørsmål ikke besvares, får man et merkbart fravær, som gjør at handlingen etterspørres, for eksempel ved å spørre igjen, eller en lur på hva som er grunnen til manglende svar.



### 2.5.2.3 Samtalers progressivitet

I alle slags samtaler forventes en viss fremdrift og flyt, og samtaledeltakerne arbeider kontinuerlig med å unngå at det oppstår avbrudd av ulike slag. Hvis det likevel oppstår et problem, vil deltakerne hurtigst mulig forsøke å identifisere problemet, før egnede strategier for å reparere «skaden» velges for å få samtalen tilbake i sporet. I samtaler med flere enn to deltakere, hvis et spørsmål stilles, og det ikke gis et svar fra den det stilles til, vil andre gjerne besvare det for å opprettholde progressiviteten. Foreldre vil, for eksempel gjerne svare for barn hvis de blir stilt et spørsmål som de ikke besvarer umiddelbart (Stivers & Robinson, 2006). I afasisamtaler skjer forsinket progressivitet relativt ofte, og det er oftere behov for strategier som hindrer problemer, som for eksempel for deltakerne i denne studien, som gjerne stiller ja / nei-spørsmål, som de vet at PMA kan svare på.

Når vanskeligheter med fremdriften i en samtale oppstår, for eksempel ved forsinket progressivitet, lange pauser, manglende respons, ordleting, uklarheter, flere som snakker samtidig eller andre problemer med forståelse eller hørsel oppstår i samtaler, benyttes en rekke ulike reparasjonsstrategier for å sikre en felles forståelse av det som blir sagt. Det som er grunnen til at det trengs en reparasjon, kalles i CA for problemkilde. Reparering kan enten initieres av taleren selv eller av andre samtaledeltakere.

### 2.5.3 Bruk av samtaleanalyse i afasirehabilitering

I løpet av de siste tiårene har flere benyttet CA som grunnlag for å studere atypisk interaksjon, der en eller flere samtaledeltakere har utfordringer knyttet til språk. Man har gjort systematiske funn på hvilke muligheter CA gir, både i kartlegging, intervensjon og ikke minst for evaluering av tiltak. For tiltak med skadebasert teorigrunnlag, møter man ofte vansker med å overføre det man trener på over i reelle samtaler. Ved blant annet å studere samtaler, slik de foregår i virkeligheten, kan en få kunnskap om samtalepraksis som igjen kan legge grunnlag for å endre denne.

Som et ledd i å utdanne gode samtalepartnere for personer med afasi, undersøkte Simmons-Mackie og Kagan hva som kunne karakteriseres som gode eller dårlige kommunikasjonsferdigheter i samtaler mellom frivillige med trening i å bruke redskaper kjent i SCA. Man fant blant annet at «de gode» samtalepartnere hadde flere bekreftende fraser og gester enn de som ble betraktet som dårlige kommunikasjonspartnere. De brukte også støttende materiale i større grad enn de som, i den studien ble betraktet som «dårligere» samtalepartnere (Simmons-Mackie & Kagan, 1999). Ut fra et CA-perspektiv er dette funn som ikke gir all verdens verdi, da en heller studerer praksisen framfor å se på gode eller dårlige strategier. Om en i CA-analyse gjør funn som kan gi grunnlag for forslag om endring av praksis, bygges det i så fall på funn om hvordan deltakere selv behandler praksis som dårlig eller god. Det som likevel er verdt å merke seg, er at de aktiviteter som her kjennetegnes som gode samtalestrategier i bunn og grunn handler om god relasjonskompetanse, blant annet ved å vise interesse for samtalepartneren. I tillegg er bruken av støttende materiell til hjelp for effektiv kommunikasjon.

CA har etter hvert blitt brukt i studier som omhandler flere ulike typer språkvansker, såkalte atypisk intervensjon, slik at en har kunnet gjøre funn på tvers av de ulike vanskene (Wilkinson, 2019). Underlagt i atypisk intervensjon i dette tilfellet er, der minst en av samtaledeltakerne har vansker med språkproduksjon, språkforståelse, taleflyt eller hørsel. Felles for alle disse vanskene, er en utypisk turdesign og et utypisk samspill i samtaler. Forsinket progressivitet foregår, ikke overraskende i mer utstrakt grad i atypiske samtaler enn i normalspråklige samtaler. I samtaler med ekspressive vansker, som ordleting eller taleflyt, forekommer hyppige og langvarige reparasjonssekvenser oftere enn hos normalspråklige.

Ved ordletingsvansker, som er et av de mest typiske trekkene ved alle typer afasi, skjer gjerne et samarbeid mellom samtaledeltakerne for å få samtalen på rett spor. Ofte innleder ordleting til såkalte hint og gjett-sekvenser, der deltakerne samarbeider for å finne riktig ord (Laakso & Klippi, 1999). Ordleting skjer oftere, og reparasjonene tar oftest lengre tid i afasisamtaler enn i samtaler med normalspråklige. Likevel er det gjerne de samme strategiene som benyttes. Problemet tilkjennegis gjerne ved pauser, repetisjoner, fyllord som «ehm», «ahh» eller lignende eller utsagn som direkte forteller at det har oppstått et problem med å finne riktig ord, for eksempel «Hva er det heter igjen?». Etter at problemet er tilkjennegjort, etableres et felles rammeverk for samarbeidet, og PMA kan velge å henvende seg til andre samtaledeltakere for å invitere dem til å delta i søken etter riktig ord. Dette innleder neste fase som handler om at første taler gir ulike hint som hjelper andre taler til å gjette på det riktige ordet. I siste fase blir deltakerne i beste fall enige, og finner riktige ordet, eller de blir enige om uansett å gå videre i samtalen. Funnt fra den samme studien viser at samarbeid om å finne riktig ord ikke skjer like ofte i institusjonelle samtaler som i samtaler med nærpersoner, selv om de like ofte inviteres til å delta.

## 3 Metodisk tilnærming

Metode betyr «veien til målet» (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009), og handler om de valg man tar for å belyse en problemstilling. Hvordan en skal få informasjon om det en ønsker, og hvordan en velger å bearbeide den informasjonen en får. Kvalitative metoder er mest brukt innenfor humanistiske fag, og innebærer dybdeundersøkelser på få utvalgte informanter. Hyppige benyttede metoder innenfor kvalitativ forskning er intervju, observasjon og opptak av ulike situasjoner (Silverman, 2001). Hvis jeg hadde valgt å bruke intervju som metode, ville jeg ha fått god tilgang til hvordan folk *sier* at de gjør eller oppfatter noe, men jeg ville ikke kunne inkludere mennesker med alvorlig eller moderat afasi og jeg ville heller ikke være sikker på om datagrunnlaget mitt sa noe om hvordan ting *faktisk* ble gjort eller oppfattet (Jon Horgen, 2019). Hadde jeg intervjuet behandlere for å finne ut hvordan de ivaretok PMAs rett til aktiv medbestemmelse og involvering i rehabiliteringen, ville jeg ha fått tilgang til hvordan de mener at de kommuniserer med afasiklienter, men jeg ville ha fått vite lite om samtalepraksisen. Jeg valgte derfor tidlig bort intervju som metode. Fordi jeg ønsket å gå i dybden på det som skjer i afasiamtaler, og ut fra det syn jeg tidligere har definert kommunikasjon ut fra, valgte jeg også bort observasjon som metode. Jeg ønsket ikke å gå glipp av viktige detaljer i interaksjonen. Samtaleanalyse innebærer å studere hvordan samtaledeltakere forholder seg til hverandre, og hvordan de agerer og reagerer på hverandres bidrag i samtalen for å oppnå gjensidig forståelse. I denne studien var det spesielt viktig å studere hvordan behandlerne forholdt seg til PMAs initiativ i samtalen.

Samtaleanalyse skiller vanligvis mellom institusjonelle og hverdagslige samtaler fordi samtaledeltakerne forholder seg til hverandre på ulike måter i de to samtaleformene. I en institusjonell samtale knyttes for eksempel gjerne interaksjonen opp mot bestemte faglige mål og den setter vanligvis begrensninger for tillatte samtalebidrag (Skovholt et al., 2021). To av samtalenes som legger grunnlag for denne studien er hentet fra spesifikke treningssituasjoner, og dette legger føringer for interaksjonen, som beskrevet. Den tredje samtalen er bygget opp mer som en hverdagslig konversasjon med innslag av institusjonelt preg, der deltakerne har enkle språklige øvelser sammen.

### 3.1 Materialinnsamling

I CA benyttes lydopptak eller videoopptak av autentiske interaksjoner. Det er viktig at opptak skjer på grunnlag av situasjon(er) som er naturlige og autentiske, og at forskeren ikke legger noen føringer for interaksjonen.

Ved bruk av samtaleanalyse som metode, velger en bort strenge utvalgsriterier. Verdien i forskningen ligger i analysen og kvaliteten på denne, og ikke i kritisk utvalg, siden deltakere kan karakteriseres på veldig mange ulike måter, og det er ikke før interaksjonen faktisk skjer at en ser hvilke av disse som er relevante. Også her hevder altså CA et refleksivt syn (Steensig, 2001). Den bakgrunnsinformasjonen jeg trengte for mitt utvalg, var at behandlerne hadde noe erfaring med afasiamtaler og at afasien var moderat til alvorlig, og i kronisk fase.

Jeg ønsket altså å rekruttere en person med afasi i kronisk fase som jevnlig har kontakt med profesjonelle omsorgspersoner / aktører i rehabiliteringen, og inkludere tre av disse behandlerne i studien. Opprinnelig ønsket jeg å rekruttere gjennom lokale logoped, men siden ingen av dem hadde afasipasienter til behandling i det aktuelle tidsrommet, kontaktet jeg en fysioterapeut, og fikk rekruttert en person med afasi i kronisk fase gjennom henne. Etter kontakt med pårørende til en av disse, ble en ergoterapeut og en hjelpepleier rekruttert. For tilpasset informasjon til deltakerne, lagde jeg ulike versjoner av informasjonsskrivet; et til behandlere (se Vedlegg 1), et med bilder og enklere språk til person med afasi (se Vedlegg 2) og et til pårørende, slik at de kunne bistå med forståelse for PMA (se Vedlegg 3).

### 3.1.1 Deltakerne

Personen med afasi bor i omsorgsbolig. Hun har voksne barn og flere barnebarn som hun jevnlig har kontakt med. Hun har daglig hjelp av ulike behandlere, og har jevnlig kontakt med ergoterapeut og fysioterapeut. Det har hun hatt siden hun ble syk. Hjelpepleieren som er med i undersøkelsen kjenner pasienten godt, både fra det livet hun hadde før, og det hun har nå. Pasienten har tidligere hatt logopedbehandling, men denne er nå avsluttet. Personen med afasi er i kronisk fase, det er tre år siden hun hadde slag. Hun har pareser i høyre arm og fot og hun har afasi og taleapraksi. Vanskene hennes er i all hovedsak av ekspressiv art, hun viser veldig få tegn til forståelsesvansker. Hun har et begrenset ekspressivt ordforråd. I tillegg til ja og nei, og mange varianter av ja og nei, har hun enkelte fraser som hun bruker i kommunikasjonen, som «er det» eller «jeg vet ikke». Hun kan si navnet på flere i den nærmeste familie, og hun kan ramse opp tidligere innlærte remser, telle og syngte kjente sangtekster. Hun er glad i å syngte, og virker å være en sosial og omgjengelig person.

Behandlerne i studien har ulik erfaring i arbeid med personer med afasi. De har også ulik erfaring av yrkesutøvelse innenfor hver sin profesjon. En er relativt nyutdannet, mens de to andre har arbeidet med ulike pasientgrupper i mange år. Alle er tilknyttet det kommunale helsetilbudet. Fysioterapeuten arbeider på omsorgssenteret til daglig, og er kjent med slagrehabilitering. Hjemmesykepleieren arbeider på omsorgssenteret og har spesiell erfaring i arbeid med eldre og slagpasienter. Hun kjenner også P godt fra før. Alle tre ytret ønske om å lære mer om å arbeide med personer med afasi, og alle tre har veldig god relasjonskompetanse, og viser oppriktig interesse for å bidra til Ps deltakelse.

### 3.1.2 Videoopptak

Lyddopptak har alltid vært sentralt innen CA, fordi det gir mulighet til å vende tilbake til de virkelige hendelsene så mange ganger som en trenger (ten Have, 2007). Med tiden har den teknologiske utviklingen gjort videoopptak mulig, noe som var spesielt viktig i denne studien, der så stor del av kommunikasjonen foregår visuelt.

Min erfaring med bruk av videokamera var meget begrenset, så jeg var avhengig av å bruke enkelt opptaksutstyr. Jeg kjøpte et rimelig videokamera med ekstern lydforsterker til opptakene. For å oppnå minst mulig oppmerksomhet rundt filmingen, ønsket jeg i

utgangspunktet ikke å være til stede under filmingen. Det lot seg gjøre i leiligheten til P, fordi samtalen foregikk i et oversiktlig område. I rommet hvor samtalen og treningen med fysioterapeut foregikk, valgte jeg å være til stede for å justere kameravinkel etter hvert som deltakerne flyttet seg rundt i rommet.

## 3.2 Materialbehandling

For å finne nøyaktig varighet på pauser og lengde på ord, valgte jeg å bruke signalanalyseprogrammet Praat. Praat ble utviklet og videreutviklet av Paul Boersma og David Weenink ved universitetet i Amsterdam. Versjonen som ble benyttet i disse analysene ble lastet ned i august 2017. For nøyaktig analyse av kroppsspråk sammen med stemme, brukte jeg programmet Elan 5.9 som anbefalt av veileder. Med videoredigeringsprogrammet VLC Media Player 3.0.12 skilte jeg lyd og bilde fra hverandre og fikk MP3-filer som er kompatible med Praat og Elan.

### 3.2.1 Transkripsjoner

For å gjengi hendelser som er fanget opp med lyd og bilde, benyttes ulike metoder, for eksempel ved å bruke bilder eller tegneserier, som spesielt fremhever non-verbale hendelser. Jeg har valgt å gjengi verbalt, både det som skjer visuelt og verbalt. Til det har jeg tatt utgangspunkt i CA-transkripsjon (Skovholt et al. 2021) (Se vedlegg 4). Ved to anledninger valgte jeg å sette inn skissebilder i tillegg fordi det viser kroppsspråk bedre enn jeg kunne gjengi verbalt.

Formålet med å transkribere videoopptak er å gjengi skriftlig det som skjer i videomaterialet, og gjøre materialet tilgjengelig for flere. Innenfor samfunnsfag og humanistiske fag er transkripsjoner vitenskapelig praksis som danner grunnlaget for videre analyser og mulige konklusjoner (Lind 2005, ten Have, 1999). Å gjengi i skriftlig form det som skjer i et videoopptak, er en komplisert og langvarig prosess som preges av den som gjengir.

Jeg oppdaget fort et dette ikke var en eksakt vitenskap, ettersom det dukket opp nye detaljer hver gang jeg så opptakene. Fordi jeg ikke hadde noe erfaring med transkripsjon av videomateriale, valgte jeg først å grovtranskribere alle opptak. På den måten gjorde jeg meg kjent med materialet og skaffet meg oversikt før jeg begynte å lete etter interessante funn.

Deltakerne snakket dialekt, men jeg har med få unntak valgt å transkribere ortografisk på bokmål. Jeg vurderte det som lite vesentlig å få fram dialektiske særegenheter i språket, og ønsket ikke å sette deres anonymitet i fare gjennom å gjengi deres dialekter, spesielle ord eller talemåter.

### 3.3 Etske betraktninger

Hva som er rett eller galt, hva som er mulig å akseptere og hva som er forkastelig uttrykkes i etiske og moralske vurderinger (Peräkylä, 2004). Å delta i en studie skal ikke ha negative konsekvenser for noen av deltakerne. Videoopptak er blitt en normal del av vår hverdag, med smarttelefoner og digitale videomøter både i yrkes- og i hverdagsliv. Teknologien har gitt forskere, på tvers av disipliner et mektig forskningsverktøy for studier av praksis i naturlige og autentiske situasjoner (Davidsen & Kjær, 2018). Men selv om gevinstene av videoopptak i forskning er store, og de teknologiske forutsetninger er til stede, hefter det et stort ansvar over å skulle få dykke ned i analytiske refleksjoner over andres liv. Jeg har forsøkt å forholde meg til fire grunnleggende prinsipper gjelder å sikre etisk ansvarlig forskning, gjengitt av Birte Asmuß i (Davidsen & Kjær, 2018):

1. Sikre deltakernes ve og vel
2. Sikre informert samtykke
3. Sikre privatliv
4. Sikre åpenhet og transparens

I følge Due handler punkt nummer en å følge den gyldne regel: Du skal ikke utsette andre for ting du ikke ville ha utsatt deg selv for (Davidsen & Kjær, 2018). Det var viktig for meg at deltakerne følte seg sikre på at materialet som jeg samlet inn skulle behandles med ydmykhet og respekt, og at de ikke skulle føle seg utlevert på noen måte. Jeg har forsøkt å vise tilliten verdig blant annet ved å fokusere på samtalepraksisen, og ikke reflektere over hva som er riktig eller feil i denne praksisen. Selv om PMA ikke viste noen tegn på forståelsesvansker, var det viktig å sikre at hun var fortrolig med å bli filmet. Jeg lagde egne informasjonsskriv til PMA og pårørende, hvor informasjonen var tilpasset leseren, med bilder og forenklete formuleringer. I tillegg gjorde pårørende en flott jobb med å sikre det for meg. De hadde flere samtaler med informanten for å forsikre seg om at dette var noe hun ønsket å delta i, og jeg stolte på at hun ble med basert på selvstendig valg. Jeg forsøkte hele tiden å være ærlig vedrørende mine hensikter med studien, og informere så objektivt som mulig, men som ivrig og engasjert student i en tid da samfunnet mer eller mindre var stengt ned grunnet den pågående pandemien, kjente jeg godt på engstelsen for at hele prosjektet skulle ramle sammen. I ettertid har jeg tenkt på om jeg gjorde nok for å være så objektiv som nødvendig i ordvalg og «argumentasjon» for å få deltakere med.

Før oppstart vurderte vi innmelding til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), men konkluderte med at studien faller utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde. Vurderingen ble gjort ut fra at det, selv om utvalget involverer personer som arbeider innenfor rehabilitering, er det ikke selve rehabiliteringen som er fokus i studien, men hvilke språklige utfordringer personer med afasi møter i hverdagen, og håndtering av disse.

Studien ble søkt inn til NSD (Norsk senter for forskningsdata), de var enige i vår vurdering, og den ble godkjent (Se vedlegg 5). Deres tilråding om oppbevaring av datamateriell er fulgt, slik at trusselen mot deltakernes anonymitet anses som svært liten.

## 3.4 Reliabilitet og validitet

Kvalitativ forskning tar sikte på å beskrive sammenhenger, aktiviteter og deltakeres oppfatninger (Davidsen & Kjær, 2018). Validitet og reliabilitet er viktige begreper i empiriske studier fordi det forteller noe om studiens gyldighet og om forskerens objektivitet, og sier noe om hvor vitenskapelig en studie er (Silverman, 2001). Validitet handler om hvorvidt vi undersøker det vi tror at vi undersøker, om det vi finner er representativt, om funnene kan generaliseres og kan de relateres til tidligere forskning? Generaliserbarheten må uansett undersøkes, da det slett ikke er sikkert at funnene som er gjort kan overføres til andre sammenhenger selv med valide resultater. Reliabilitet handler om pålitelighet, om funnene er resultat av tilfeldigheter, om de ville ha vært de samme om de hadde vært gjort av en annen, eller på en annen tid (Kvale et al., 2009).

### 3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet i CA-studier avhenger i hovedsak av kvaliteten på videoopptak og transkripsjoner, hvorvidt en greier å fange opp alt som skjer og overføre audiovisuell informasjon inn i transkripsjonene. Som nevnt tidligere, var det til tider utfordrende å få alt som skjedde med på film, så jeg gjorde i et av tilfellene om på planen om å ikke være i rommet under opptakene. I stedet for å sette igjen kamera, var jeg til stede, og flyttet det etter hvert som deltakerne flyttet seg rundt i rommet (hos fysioterapeuten).

For meg lå den største utfordringen for reliabiliteten i transkripsjonen, og verbale beskrivelser av gester og non-verbale aktiviteter har svakheter knyttet til reliabilitet. Jeg valgte likevel verbal gjengivelse framfor bildemateriale, og kompenserte med å gå mange runder med transkripsjon for å fange opp detaljrikdommen i det som skjedde. -Et lite blunk, et kjapt blick eller en liten gest er svært viktige aktiviteter i interaksjonen. Det anbefales i CA-litteraturen at flere ser på opptak, nettopp for å fange opp detaljer og å oppfatte disse på samme måte (ten Have, 2007). Jeg hadde mulighet til det gjennom veiledning, repeterte lyttinger og mange gjennomganger av materialet.

I analysearbeidet, som i alle andre sammenhenger, har vi, som mennesker og studenter, med oss egne erfaringer, forutsetninger og forventninger. I transkripsjonsprosessen opplevde jeg ofte at jeg hadde egne forventninger til hva som skulle skje i videoene. Det ligger i vår natur å lete etter hensikt når vi tolker atferd, som å lese stemninger ut fra antakelser og kroppsholdninger, men jeg har forsøkt å være kritisk overfor egne sanseinntrykk. Det å vende tilbake til de samme opptakene gjentatte ganger vil kunne ha bidratt til korreksjon av min egen intuisjon fordi det ikke bare var førsteinntrykk som ble stående i analysearbeidet.

### 3.4.2 Validitet og generaliserbarhet

Ved å bruke samtaleanalyse i en slik form, der interaksjon er selve tema, og undersøkelsene skal ikke vise annet enn det, sikrer en til en viss grad intern validitet. Fenomenet som undersøkes er naturlig interaksjon som betraktes som å ha høy pragmatisk validitet, det som observeres står i forhold til handling (Peräkylä, 2004). Jeg undersøkte samtaler mellom en person med afasi og hennes behandlere, og det var

nettopp dette jeg ønsket å få vite mer om, som i utgangspunktet gir økologisk validitet. Spørsmålet blir om mitt nærvær, og det å bli tatt opp på film, påvirket interaksjonen på en eller annen måte. Ville deltakerne ha handlet annerledes hvis verken jeg eller kamera var til stede? Deltakerne kikket av og til bort på kamera, og bort på meg i de tilfellene hvor jeg var inne i rommet. Spørsmålet blir om informantene ble nervøse av å bli filmet, påvirket det interaksjonen på noe vis? I følge Silverman er sosiale interaksjoner så sammensatt og kompleks, at det er vanskelig å bevisst forandre den av vesentlig grad (Silverman, 2005).

Når det gjelder generaliserbarhet, handler det i min studie om analytisk generalisering, og om mine funn i denne studien kan brukes til å anta hva som kan skje i lignende situasjoner, som i situasjoner som spesifikt er rettet mot brukermidvirkning i rehabilitering. Det vil være ambisiøst av meg å hevde at funnene kan gi grunnlag for endring av praksis, men ved å vise eksempler på hvordan vansker kan håndteres i problematiske samtaler, kan en se at det finnes muligheter for bedre utnyttelse av de ressurser som faktisk finnes i interaksjon av slik karakter.



## 4 Presentasjon av funn

### 4.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere analysene. Jeg vil starte med å vise typiske trekk ved samtalerne, Ps ytringer og hvordan de blir mottatt av behandlerne. Typisk for materialet, er at behandlerne stiller JA / NEI-spørsmål som P forventes å bekrefte eller avkrefte. Jeg vil vise nyanser av Ps ja og nei-svar, og hvordan nyansene oppfattes og behandles av samtalepartnerne hennes. Videre presenterer jeg noen eksempler på instruksjon der P kommuniserer at hun ikke helt forstår hva hun skal gjøre, hvordan behandlerne oppfatter og behandler disse bidragene. Til slutt vil jeg vise at, selv om P har et begrenset ordforråd, har hun flere selvstendige initiativ i samtalen. Igjen vil fokuset ligge på hvordan disse initiativene blir møtt. I kapittel 5 vil jeg se på hvilket potensial som ligger i det å trene samtalepartnerne til mennesker med afasi til å utnytte slike initiativ på gode måter.

Tradisjonelt er problemer som ordletingsvansker studert som en kognitiv prosess hos personen med afasi (Laakso & Klippi, 1999). Ved å se nærmere på hva som faktisk skjer i samtalerne nedenfor, kan vi se at det forekommer en utstrakt vilje til samarbeid for å løse opp i de problemene som oppstår, såkalt hint og gjett-sekvenser.

Ordleting skjer både hos normalspråklige og PMA, og er ikke en aktivitet som foregår inne i hodet på noen, men en aktivitet som samtalepartneren inviteres til å delta i, gjennom visuelle eller auditive «tegn», som pauser, lyder, forlengelser, repetisjoner av ord (Laakso & Klippi, 1999).

### 4.2 Ja / nei spørsmål

Som tidligere nevnt, setter spørsmål føringer for hvordan de neste handlingene i en samtale skal foregå, og er oftest begrensende for neste taler, både med hensyn til emne og type respons. Spørsmål som normalt setter en smal handlingsagenda, er typiske ja/nei-spørsmål, som vi ser at alle de tre behandlerne bruker mye av, siden alle tre vet at P har etablert et sikkert ja / nei. HV-spørsmål gir en noe bredere handlingsagenda, noe vi kan se i eksempel nummer 3. Likevel skal vi se at både HV-spørsmål og ja/nei-spørsmål i denne sammenheng, gir grunnlag for effektiv og inkluderende kommunikasjon, og åpner for videreføring av pågående aktivitet.

I det første eksempelet er P (person med afasi) og E (ergoterapeuten) i ferd med å lage en røre som de skal bruke til julebakst senere. De er inne i Ps leilighet. P sitter i rullestolen sin ved kjøkkenbordet, og E går mellom kjøkkenet og kjøkkenbordet. Vi ser her at ja/nei-spørsmål ikke nødvendigvis setter begrensinger for samtalen videre. Her er det nettopp det som trengs for å involvere P i beslutningene omkring den pågående aktiviteten. I stedet for å bare finne en kopp og gå ut fra at den kan brukes, involveres P slik at hun får mene noe om hvilken kopp hun skal bruke.

### Eksempel 1 Kaffekopp

1 P: ((heller fløten over i bollen, gløtter fort opp med øynene))  
2 (4.0)  
3 P: ((ser opp og flytter både hodet og øynene, mot E, holder  
blikket mot E))  
4 E: Marit, det skal måles til [(1.3) ]  
6 P: [(gløtter fort opp og ned igjen)]  
8 E: mjøl og vatten i (0.5) en sånn liten kaffekopp  
9 P: ((gløtter opp))  
10 E: -> =kan jeg bare bruke denna julekoppen her?  
11 P: ((ser ned, rister mugga med fløte))  
12 (0.5)  
13 P: -> Ja.  
14 E: ((setter koppen foran P))

I linje 10 inkluderes P i den pågående aktiviteten ved at E fortelle hvorfor hun spør om hun kan bruke en spesiell kopp som hun finner i Ps kjøkken. P opprettholder egen aktivitet, men viser at hun følger med på hva E holder på med, ved å gjentatte ganger gløtte bort på E. I linje 12 svarer P bekreftende samtidig som hun gjør seg ferdig med det hun selv holder på med. E viser at hun stoler på Ps erfaring med matlaging og evne til å ytre sin mening i denne saken.

Det neste eksempelet er hentet fra Ps time hos fysioterapeuten (F). Hun har tråkket 10 minutter på ei tråkkemaskin, og F ønsker å instruere P i hvordan hun skal fortsette tråkkingen. Med dette eksempelet viser jeg hvordan F oppfatter nyanser i Ps svar, som går utover det å registrere om svaret er ja eller nei.

### Eksempel 2 Frekvens

1 F: [(peker på displayet på tråkkemaskina)]  
2 F: -> [Nå har du 60 i frekvens, ] greier du å prøve å  
holde den?  
3 P: (1.6)/((ser opp på displayet))  
4 P: Ja:? ((ser bort på F))  
5 (0.2)  
6 F: -> Ja: =at du [jobber med rask frekvens]  
7 [(viser med hendene, drar og skyver hendene fra og  
mot seg selv igjen))

8 (1.0)  
9 P: Ja [ja]  
10 F: [Ja]  
11: ((ser ned på beina sine))

Spørsmålet F stiller i linje 2, forventes enten besvart med ja eller nei, eller ved at P utfører det som F henstiller om. Vi ser at F omformulerer seg i linje 6, noe som betyr at det ikke er tydelig for henne at P har forstått spørsmålet. Et lengre mellomrom i linje 3, sammen med det at P søker blikkontakt med F, tonefall som er svakt stigende og lydstyrken som er svakere enn normalt for denne taleren i linje 5, indikerer en uklarhet som fører til omformuleringen i linje 6. F utdypet muntlig, med å skifte ut «60 i frekvens» med «rask frekvens». Ordet frekvens er ikke nødvendigvis et ord som P har i sitt vokabular. Og for å forstå hvordan 60 i frekvens skal utføres, trenger en visse forhåndskunnskaper; en skal kunne noe om hvordan en regner ut frekvensen, eller en skal i alle fall ha erfaring med tilsvarende fra før. Det er heller ikke sikkert at P har tilgang til denne informasjonen på displayet. F bytter ut ordet «frekvens» med rask, samtidig med at hun viser en jevn og rask bevegelse med hendene i linje 7. P viser da at hun har forstått instruksjonen, ved en muntlig bekreftelse i linje 10. Ved å kikke ned på beina sine gir hun oppmerksomhet mot det som har med frekvens å gjøre, og hun holder videre et stabilt tempo.

Til nå har vi sett på hvordan ja/nei-spørsmål brukes for å inkludere P i de gjøremålene som skjer. Det neste eksempelet viser hvordan et HV-spørsmål brukes produktivt i samtalen, og hvordan det spørsmålet følges opp med ja/nei-spørsmål fra E. P og E er på kjøkkenet og gjør klart til å lage røren som nevnt eksempel nr. 1. P sitter i rullestolen ved kjøkkenbordet, og E beveger seg mellom kjøkkenet og bordet for å hente ulike ting som de trenger. Sekvensen innledes med at P raskt titter bort på kamera, før hun retter seg mot E og den aktiviteten som foregår mellom dem. I eksempel 3 ser vi hvordan E løser problemet som oppstår da P ikke kan svare muntlig på Es HV-spørsmål.

#### Eksempel 3 Vispen

1 E: Hvor har du vispen henn?  
2 (1.2)  
3 P: ((peker mot et sted på kjøkkenet, vinker med fingeren)) (bilde)



4 (1.0)  
5 P: Borti:

- 6 (1.2)
- 7 E: en a skuffan her?
- 8 P: Ja:
- 9 (1.5)
- 10 E: Denna?
- 11 P: Ja.
- 12 ((lener seg fram i stolen, slutter å vinke med fingeren, og senker den. Holder hånden fortsatt utstrakt mot det samme stedet))



(4:0)

- 13 P: ja.
- 14 E: ((leter i riktig skuff))
- 15 P: ((senker hånden og legger den i fanget))

Denne aktiviteten baseres på kunnskap som bare P besitter. E kan forutsette at P vet svaret på spørsmålet hun stiller i linje 2, noe P bekrefter ved å umiddelbart svare med å peke mot skuffeseksjon. E lar P peke, og avventer et mer presist svar. P opprettholder pekingen og leder E mot en løsning av problemet. Selv om E gjetter at den ligger i en av skuffene i linje 10, er det fortsatt ikke klart akkurat hvor vispen befinner seg. P fortsetter å peke med fingeren, men peker lavere, samtidig som hun lener seg framover, se linje 12 og bilde. Vi ser at det, på lik linje med nyanser i verbale svar, også finnes nyanser i kroppsspråk. P viser at hun ønsker å hjelpe til med å finne løsninger på det oppståtte problemet. Ved å opprettholde håndbevegelsen, inviterer hun E til å hjelpe henne videre i samtalen. E oppfatter invitasjonen, og lytter til Ps kroppsspråk. Dette gjør at det er P som denne gangen finner en løsning. Vispen ble senere bragt til bordet av E.

## 4.3 Instruksjoner

I behandlingssituasjoner der hensikten er opptrening av ulike slag, er det naturlig at behandlerne har en del instruksjoner der hensikten er å få pasienten til å utføre ulike handlinger på bestemte måter i treningssammenheng. Slik er det også mellom P og behandlerne, spesielt i situasjonene der ulike praktiske ting utføres, som hos fysioterapeuten (F) og ergoterapeuten (E). Jeg viser her hvordan behandlerne oppfatter at det har oppstått et problem med instruksjonen, og hvordan de legger til rette for å komme videre uten at P taper ansikt. Det kan være flere grunner til at instruksene ikke etterfølges med det samme, P kan ha vansker med å forstå dem, eller så kan apraksien hennes gjøre det vanskelig å planlegge og utføre de ønskede aktivitetene. Nyansene i det hun kommuniserer, angir ikke nøyaktig hvorfor, slik at det ikke er åpenbart for behandleren, hva som skal til for å løse opp i problemet. Det første eksempelet er hentet fra den samme situasjon som det vises til i eksempel 1, hvor E og P holder på å lage røre til julebakst.

Eksempel 4 Kopp med vann

- 1 P: ((Rører med vispen i røra))
- 2 E: ((Setter en kopp vann på bordet))
- 3 E: ((Flytter koppen slik at den står lettere tilgjengelig for P))
- 4 E: -> Må bare ha oppi litt vann hvis du synes det blir tungt
- 5 ((tar tak i bollen))-å vispe ut
- 6 (0.9)
- 7 P: -> Ja↓
- 8 (4.0)
- 9 P: Neii
- 10 ((rører fortsatt))
- 11 (11.9)
- 12 E: Hvis du slår `n litt mot kanten, tror du du får `n løs da?
- 13 (1.8)
- 14 P: Å:, jeg vet ikke.
- 15 E: Nei.

I stedet for en ren instruks, kommer E med et forslag om å helle oppi vann for å få røra til å bli bedre å arbeide med, i linje 4. «..hvis du synes at det blir tungt..» Hun forklarer også hvorfor hun (E) synes det kan være lurt med å si at røra kan bli lettere å arbeide med. Hun viser tydelig at hennes mening ikke er noe bedre enn Ps, og verdsetter altså den andres. E lar det være opp til henne å bestemme om forslaget etterkommes. P sier først «ja» til forslaget i linje 7, men i det nedadgående tonefallet på slutten av utsagnet, antyder at det kan være en bekreftelse på å ha mottatt forslaget, heller enn at hun sier

seg enig. Hun foretar selv en vurdering, og endrer det til et «nei» i linje 9. E gir P rikelig med tid til å tenke over forslaget hennes på nytt, og kommer med et nytt forslag til å lette jobben i linje 12.

Neste sekvens er hentet litt senere i samme aktivitet, og viser at P ikke nødvendigvis var uenig i Es forslag, men at hun strevde med å utføre selve handlingen. I mellomtiden har E forsøkt å løse problemet med røren uten å benytte vannet. P ser på og uttrykker usikkerhet, og E tar opp igjen forslaget sitt med å benytte vann. Denne gangen med en sterkere uttalelse enn et forslag.

#### Eksempel 5 Forslag

- 1 E: Ta oppi det vatnet du, Marit.
- 2 P: ((fører hånden mot vispen, i motsatt retning av der hvor koppen med vann står))
- 3 E: [((peker på koppen))]
- 4 [Dette vatnet her], [for da tru je du får det litt enklere.]
- 5 P: ((Tar koppen, fører den mot munnen og lener seg ned mot den))
- 6 ((senker koppen med fra munnen, og holder den stille, rett foran seg))
- 7 E: [Kan bare ta det oppi:]
- 8 E: [((Peker oppi bollen))]
- 9 P: ((retter seg opp igjen og fører koppen mot bollen))(1.0)
- 10 P: ((heller litt av vannet i bollen og stopper opp))(1.2)
- 11 E: Det er bare å ta oppi alt.
- 12 P: [å ja ]
- 13 [((heller resten av vannet opp i bollen))]

Linje 5 og 6 indikerer at P har utfordringer med å utføre ønsket handling på grunn av vanskene hun har med å planlegge og gjennomføre handlinger. Det er altså ikke bare språkvanskene som legger føringer for hvordan E forholder seg til Ps ytringer. Men ved å peke på bollen og henstille om å ha vannet opp i bollen i linje 8 og 9, viser hun at hun deltar i Ps måte å håndtere problemet på, legger hun til rette for at P kan fullføre aktiviteten. En ser tydelig samarbeid mellom deltakerne, der E tydelig legger til rette for at P skal få utført de handlingene hun ønsker. Dette eksempelet viser også hvordan verbale og non-verbale handlinger utfyller hverandre i kommunikasjonen. I linje 7 kommer E med en verbal ytring som blir «hengende i lufta» som en uferdig tur til hun fortsetter turen med å peke i linje 8.

Det neste eksempelet er hentet fra timen med fysioterapeut. En treningsaktivitet er akkurat avsluttet, og F vil sette i gang en ny aktivitet. F introduserer den nye aktiviteten, men ut fra Ps reaksjon, ser F at hun må agere på en annen måte for at P skal bli sikker på hva den nye aktiviteten går ut på. Eksempelet viser hvordan F oppfatter at P, i dette

tilfellet, har vansker med å forstå hva aktiviteten går ut på eller å huske denne aktiviteten fra tidligere, og hvordan hun handler for å skape en felles forståelse, slik at de kan gå videre i aktiviteten.

#### Eksempel 6

1 F: ((kommer for å sette seg ned på benken sammen med P))  
2 P: ((følger henne med blikket))  
3 F: Ska vi ta den: [vi kan ta den sideveisøvelsen.]  
4 P: [((ser opp på ansiktet til F)) ]  
5 (1.0)  
6 P: ((gløtter veldig fort bort fra Fs ansikt))  
7 Jaha ↑  
8 F: Kjem du på den?  
9 P: Eh Ja: ↓  
10 (1.6)  
11 P: ((holder fast ved blikket til F))  
12 F: at du reiser deg opp og så [går du sideveis ]  
13 F: [(viser med pekefingeren) ]  
14 P: [(følger fingeren og nikker)]  
15 F: [fram fram] framfor her?  
16 P: [Ja. ]  
17 F: ↑Ja.

Denne aktiviteten introduseres i linje 3 og 5. P viser interesse med å se opp på Fs ansikt i linje 4. Etter en forlenget pause, ser hun raskt bort fra Fs ansikt i linje 6, og fortsetter med et «jaha» der tonefallet ender oppadgående, som i et spørsmål. P viser her at hun har oppfattet at noe nytt er kommet inn i samtalen, men tonefallet gjør at dette ikke videre blir behandlet som en avslutning på sekvensen. Det er ikke klart for F om P helt har oppfattet instruksjonen, så hun følger opp med et spørsmål i linje 8. P gir en nølende bekreftelse, med sterkt nedadgående tonefall og holder fast i Fs blick, noe som inviterer F til å utdype instruksjonen. F følger opp med en muntlig forklaring, understøttet av visuelle tegn. Det gjør at det, i linje 16 blir tydelig for F at P har forstått hva hun skal gjøre.

## 4.4 Initiativ

Lukkede spørsmål med forventninger om minimale responser og instruksjoner med forventninger om utførte handlinger gir normalspråklige mye av ansvaret for å tilføre innhold i samtalen. Ja/nei-spørsmål og andre spørsmål som legger opp til korte svar kan virke begrensende for samtalen, men samtidig åpne muligheter som ellers hadde vært vanskelig å gjennomføre, slik som i samtaler med personer med afasi. Vi ser likevel at P, selv med begrenset ekspressivt ordforråd, flere ganger initierer nye tema eller utvidede responser som ikke utelukkende responderer til behandlernes initiativ. Typisk for materialet er da at de normalspråklige oppfatter at P ønsker å si noe mer, men at reaksjonene er ulike. I flere tilfeller er det vanskelig for behandlerne å fortsette interaksjonen i Ps spor. I drøftingsdelen vil jeg vise hvordan en kan tenke seg responser som ytterligere ivaretar Ps muligheter til å påvirke samtalenes innhold.

Det neste eksempelet er hentet fra en samtale mellom P og hjelpepleieren (H). Samtalen foregår i Ps leilighet, og de sitter rett overfor hverandre, med liten avstand mellom seg. Slik sørger de for at det er lett å følge hverandres blikk og mimikk, og at det også er lett for dem å berøre hverandre i løpet av samtalen hvis det er ønskelig i løpet av samtalen. Plasseringen tyder på et fortrolig forhold, der deltakerne viser at de er trygge på hverandre, noe som gir gode betingelser for å lykkes med meningsfulle samtaler i denne relasjonen. Jeg har valgt å dele opp eksemplet i fire deler, og kommentere underveis for å vise ulike sekvenser i samtalen. Første del innledes med et lukket spørsmål fra H, der hun åpner opp et nytt tema som omhandler en handletur. H viser med å tidfeste aktiviteten i første linje, at hun har noe kjennskap til hendelsen, noe som bekreftes igjen i linje 74, der H kommenterer Ps gavekjøp.

Eksempel 7, del 1

- 1 H: Var du og a Reidun på byen (0.6) på tirsdagen?  
2 P: ((legger hodet litt på skakke))  
3 Ja:↑  
4 P: ((setter seg litt tilbake i stolen, opprettholder øyekontakt))  
5 H: Mmm  
6 P: (er) [det]  
7 H: [hhja]  
8 Var koselig, det =å komme seg ut litt, da  
9 P: Ja::  
10 H: Ja, ja, ja  
11 P: Det var jo det  
12 H: Ja  
13 H: Hvor var dere henn da? =Var dere på bakeriet eller?  
14 (0.6)



15 P: Ne:i

16 H: Nei?

I linje 2 og 3 antyder P en viss forbauselse eller forundring over at H kjenner til turen hennes til byen, noe hun viser at hun slår seg til ro med gjennom å lene seg tilbake i linje 4 og, i komme med en bekreftende respons som er typisk for henne å gi, i linje 6. Lignende ytringer gjentas flere ganger i materialet, og benyttes tilsynelatende til ulike formål i samtalen; ofte som forsterkning av tidligere bekreftelser, eller som utfyllende utsagn i forbindelse med tidligere ytringer. Munnbevegelser og kontekst kan tyde på at det utgjør forsøk på å si: «er det», «var det», «må det» eller «må vel det». I linje 11 understreker hun tidligere bekreftelser, og antyder at det var virkelig hyggelig for henne å komme seg ut på byen en tur.

I linje 4 lener P seg litt tilbake i stolen, men opprettholder øyekontakt med H. Hun viser fortsatt interesse med å holde blikket, og viser at hun er med på det nye temaet, og at hun slapper litt av, og venter på H`s neste utspill. H responderer på Ps bekreftelser ved å fortsette sekvensen med utfyllende spørsmål. I linje 13 spør H hvor på byen de var, og følger fort opp med et forslag som gjør at P kan svare ja eller nei, i stedet for å navngi stedet som de hadde besøkt, som hun vet er vanskelig for P. Den innleder en «hint og gjetts-ekvens» der H stiller ja/nei-spørsmål der hensikten er å finne ut hvor P har vært og hva hun har gjort.

I neste sekvens fortsetter H å gjette for å komme fram til hvor P har vært. P svarer avkreftende på at hun var på bakeriet, men hjelper H videre i gjette-ekvensen med verbale ytringer, intonasjon og kroppsspråk, slik at de får brakt på det rene hvor hun har vært.

Eksempel 7, del 2

17 P: ((ser litt bort))

18 P: Nei da, [me:n eh ]

19 [(blunker)]

20 H: Var du på [kjøpesenteret? ]

21 P: [(ser tilbake på H)]

22 P: ((blunker og ser litt vekk igjen))

23 (2.8)

24 P: ((Beveger munnen))

25 H: Ne:i↑

26 H: Var du på: det lille senteret, kanskje?

27 P: Ja:↓

28 H: Ja!

29 H: =De:t var du!

30 P: Ja.

- 31 P: ((nikker kort med hodet))  
32 H: På den store kafeen der?  
33 P: Ja.  
34 H: Ja

Selv om P avkrefter at hun har vært på bakeriet, indikerer hun et «tampen brenner» i linje 18 ved å holde på vokalen i «me:n» etter først å ha benektet forrige forslag. Ved å trekke til seg blikket og blunke, inviterer hun H til å gjette videre i samme retning, og gir ordet tilbake til H, som foretar en ny gjetting. Pausen som oppstår og Ps kroppsspråk etter Hs gjetting i linje 21 antyder at hun ikke har gitt opp å finne ordene i neste bidrag, men etter at hun ikke finner ord for utvidet respons på ja/nei-spørsmålet, tar H ordet igjen og fortsetter gjettingen. I linje 31 avsluttes sekvensen ved at de har opprettet en felles forståelse og de har kommet fram til hvor P har vært. -En vellykket hint og gjett-sekvens som gir en overgang til neste del av sekvensens der H initierer et nytt tema.

I følgende del fortsetter H med å spørre ut om innholdet i turen, hvorpå P tidlig antyder at hun ønsker å si mer enn det hun får fram. H viser at hun forstår og stiller et oppfølgende spørsmål til Ps første bidrag, men kommer tilbake til innholdet i turen da hun ikke forstår hva P mener.

#### Eksempel 7, del 3

- 35 H: Mm. Kjøpte kaffe da?  
36 P: Ja da  
37 P: ((gjør et lite nikk med hodet))  
38 P: ((venstre hånd, som har vært sammenknyttet til nå, åpnes opp og senkes ned til låret))  
39 P: [Men.. eh: (du) ]  
40 P: [((løfter hånden og vifter med den, pekefinger opp, resten av hånden sammen))]  
41 (2.2)  
42 P: ((lener seg tilbake i stolen, senker blikket))  
43 [#ja ]  
44 [(senker hånden, legger den i fanget)]  
45 ((lener seg framover igjen))  
46 H: Hm?  
47 (1.4)  
48 Gjorde dere noe annet å?

P starter tidlig med å forberede H på at hun gjerne vil tilføye noe, at hun vil fortelle mer enn at de kjøpte kaffe, ved blick og kroppsspråk. Hun innleder et spørsmål til H i linje 37, som hun ikke greier å fullføre i første omgang. Hun viser at hun ønsker å finne ord og fullføre spørsmålet sitt ved at hun opprettholder håndbevegelsene og holder øyekontakten. H oppfatter dette, og gir P tid til å lete etter ord (linje 39), og da P viser med kroppsspråket at hun har gitt opp forsøket, oppmuntrer hun P til å lete videre med et «hm» og venter videre. Da H forstår at P har resignert, tar hun ansvar for å føre samtalen videre, og fortsetter spørsmålene innenfor det tema de allerede var inne i.

I denne tredje delen av eksempel 7 anes en viss resignasjon i Ps kroppsspråk, etter at hun ikke fikk fullført turen sin slik hun ønsket. På tross for at samarbeidsviljen absolutt er til stede hos H, greide hun ikke å stille de spørsmålene som krevdes for at P skulle kunne dreie innholdet i samtalen i det sporet hun hadde tenkt.

I siste del av dette eksemplet kommer P og H til enighet, og en avslutning av sekvensen, selv om Ps initiativ, i dette tilfellet ikke resulterte i at de fant ut hva P egentlig tenkte på.

## Eksempel 7, del 4

- 50 P: ((løfter hånden med pekefingeren fremtrukket, og vifter med den på ny))
- 51 H: Handla dere kanskje?
- 52 (1.8)
- 53 P: ((legger hånda tilbake i fanget))
- 54 P: Njaa:
- 55 [Ne:i ]
- 56 [((legger hodet litt på skakke))]
- 57 H: Kjøpte du deg goddis?
- 58 (1.4)
- 59 H: [ne:i! ]
- 60 [((løfter hånden opp til munnen, klør seg på overleppa, blunker))]
- 61 H: Kjøpte du julegaver?
- 62 P: Ja:!
- 63 H: Ja, gjor [du det?]
- 64 P: [ne:i ]
- 65 P: ((slutter å klø seg over munnen, legger hånden ned i fanget))
- 66 P: ((trekker til seg blikket og blunker))

67 H: Nei?

68 P: Ne::i.

69 P: ((ser bort et lite øyeblikk))

70 (1.3)

71 P: Ehh

72 P: ( )

73 H: Men du hadde =du ga a Reidun julegave?

74 (1.5)

75 P: Ja!

76 ((nikker med hodet, smiler))

77 H. Ja. =Det gjør du, for jeg så gava lå her

Vi ser at denne sekvensen ender med en avslutning som de begge ser ut til å være fornøyde med, selv om det ikke resulterte i at de fant ut hva P egentlig mente i linje 38-40. I en normalspråklig samtale ville deltakerne gjerne ha fulgt opp slike uklarheter ved å spesifisere nøyaktig hva som ble ment. Deltakerne ville ikke nødvendigvis ha gått videre i samtalen uten å ha fått fram den opprinnelige meningen.

Neste eksempel er med for å vise et siste eksempel på at P tar eget initiativ, uten andre igangsettere. Vi vil se at kommunikasjonen flyter og er meningsgivende med svært få ord, og at tilgjengelige ressurser benyttes og gir god symmetri i samhandlingen. Initiativet igangsettes non-verbalt, og H forstår umiddelbart hva P mener. De snakker sammen med kroppsspråk og ord uten at det oppstår ordleting, pauser eller misforståelser. De sitter fortsatt i samme posisjon, slik at de har god øyekontakt og muligheter til å følge med på hverandres bevegelser, og de har fortsatt mulighet til berøring, og det er nettopp en kort berøring som innleder denne sekvensen.

#### Eksempel 8 Hårklipp

1 H: ((ser bort fra P, slik at bakhodet til H er det som er nærmest P))

2 H: Jajaja

3 P: ((ser på håret til H))

4 ((tar fort på håret til H))

5 P: Ja og [så ]

6 H: [Ja ]

7 [((ser tilbake på P))]

8 P: Her ja!

9 H: Ja, du ser?

10 P: Ja:!  
11 H: (0.5) Vart det godkjent?  
12 P: Ja!  
13 H: Ja  
14 E: ( ) det ( )  
15 H: ..sånn bortimot?  
16 P: Ja

Denne sekvensen starter med at P legger merke til at noe er annerledes med H sitt hår. I begynnelsen av sekvensen, ser H bort. I linje 3 ser P på Hs hår, og registrerer at det er noe nytt med det. Det legger grunnlaget for et ønske om et nytt samtalebidrag. Med hånden berører hun håret, i linje 4. H svarer ikke direkte etter berøringen, og inviterer dermed P til å utdype de non-verbale bidragene med et verbalt bidrag. Det skjer i linje 5. Med å svare med et kort «ja» og blick-kontakt i linje 6 og 7, inviteres P til å ta ordet igjen. P har ikke ord til å utdype hva hun mener, slik at H følger opp med å spørre det (håret) ble godkjent. Selv om ordene ikke ble sagt, fikk P, med dette sagt at hun syntes H sitt hår var fint.

Med få ord ble dette en sekvens som viser initiering av ny handlingsagenda, og hvor enkelt H fanger opp initiativet. Det at P og H kjenner hverandre, at de treffer hverandre jevnlig og allerede har en relasjon, gjør denne sekvensen mulig.

## 5 Drøfting

Jeg har beskrevet enkeltdetaljer fra materialet, og her vil jeg drøfte eksemplene fra materialet mer overordnet.

Store deler av de fleste menneskers hverdags- og yrkesliv preges av ulike former for kommunikasjon. Vi sørger for å få med oss de siste nyhetene, setter oss nok inn i politikk til at vi kan stemme ved neste valg, vi tar en telefon til en venn vi ikke har sett på lenge og sender bursdagsmeldinger til noen som har bursdag. Trenger vi en ny bil, søker vi banken om lån, og oppstår problemer på jobben, kan vi snakke med kolleger om dem. Er dagen som vanlig, slår vi kanskje av en prat om vær og vind og ferieplanene for neste år. Med familie og venner snakker vi gjerne om smått og stort som skjer oss i hverdagen. Er vi triste eller lei oss, kan vi snakke med en venn, eller det kan til og med hende at vi kan trenge å snakke med en profesjonell, om det triste har satt seg fast hos oss, og vi trenger hjelp til å nøste opp i ting. -Dagligdagse, normale ting som er ganske like for de fleste av oss. Når alt dette blir vanskelig, når ordene ikke vil komme ut eller når vi ikke lengre forstår meningen i det noen sier til oss, når vi sitter med tanker som vi ikke får delt, kan vi ane hvordan virkeligheten til en som rammes av afasi har blitt. Det er enkelt å forstå forskningen som påpeker at livskvalitet påvirkes av mulighetene vi har for kommunikasjon. Det er en av grunnene til at man bør se på afasi med et bredere blikk enn kun ved å beskrive lingvistiske utfordringene er. Som ved annen sykdom eller skade, ønsker man nå, som nevnt, å se utover sykdomstilstand, og inkludere markører for funksjonsevne og deltakelse i dagligliv ved klassifisering av et menneskes helse. Det innebærer et utvidet syn på rehabilitering; ikke bare skal en behandle selve sykdommen, men en skal se på omgivelsene og hvordan de legger til rette for fortsatt deltakelse (WHO, 2001). I mange sammenhenger er verden kommet langt med å legge til rette for ulike funksjonsnedsettelse, men for personer med afasi er det fortsatt mye en kan gjøre med omgivelsene.

Jeg har sett på ulike tilnærminger til afasibehandling, og påpekte to hovedretninger, der en metode tar utgangspunkt i en skadebasert tilnærming, det vil si at man forsøker å rette på de språklige manglene hos den som har afasi. Den andre retningen har fokus på hvordan personen fungerer i sine omgivelser. Å velge en metode betyr ikke nødvendigvis å utelukke den andre, slik at begge kan og bør benyttes i logopedisk behandling for best mulig resultat. P har tidligere hatt logopedhjelp, men denne er avsluttet. Grunnen til at akkurat denne er avsluttet, vites ikke, men en kan tenke seg at man, i lignende tilfeller har hatt vansker med å «utbedre» ordforråd eller generell ekspressiv kommunikasjon. I logopedisk behandling, arbeides det ut fra mål som ikke alltid er de samme for klient og behandler (Rohde et al., 2012). For personer med afasi, er det optimale målet å «bli som før», altså å kommunisere på samme måte som tidligere. Logopeden, med sin kunnskap og erfaring vet at det ikke alltid er mulig å få til. Vi vet at det å kommunisere med afasi er krevende for alle parter, og man kan kanskje bli fristet til å ta snarveier i prosessen med å enes om felles mål og om hvilke veier som skal velges for å komme dit.

Som jeg har vært inne på, er det i mange sammenhenger forutbestemt hvem som skal styre samtaler utfra hvilke roller de ulike deltakerne har i en samtale. En lærer stiller

elevene sine spørsmål for å lede deres oppmerksomhet inn på et tema som han har bestemt på forhånd. Elevene inviteres til å svare, og læreren gir dem ordet, ofte ettersom de tilkjennegir at ordet ønskes. For å invitere alle elevene til å delta, vil han bruke pedagogisk innsikt, kunnskap om den enkelte eleven og tilpassede spørsmål, slik at alle elevene gis muligheter for deltakelse i samtalen. En programleder vil i valgkampen sørge for at politikerne svarer på spørsmål som er viktig for seerne å få svar på, og gir etter beste evne, ordet til hver og en av politikerne. For å oppnå ønsket engasjement eller for å tvinge fram ærlige svar, formulerer han spørsmål som han vet skaper ønsket respons. Tema bestemmes på forhånd, og type respons er mer eller mindre gitt, selv om det for både læreren og programlederen ofte dukker opp uventete reaksjoner. Få kan vel huske å ha sett en politiker svare et klart ja eller nei på ja/nei-spørsmål. Så, selv om spørsmål i utgangspunktet setter føringer for responsen, er det ikke alltid slik.

Typisk for materialet i denne studien, er at behandlerne stiller spørsmål, og PMA svarer, stort sett med ja eller nei. Vi ser fra eksemplene at både ja/nei-spørsmål og HV-spørsmål gir verdifulle bidrag for effektiv kommunikasjon og inkludering i den kontekst de befinner seg i. Som læreren og programlederen tilpasser de spørsmålene, slik at samtalen kan føres på et mest mulig likeverdig grunnlag.

Rehabilitering skal ta utgangspunkt i personens egne ønsker og behov, men i dette tilfellet, som i mange andre tilfeller med utfordringer knyttet til kommunikasjon, er det vanskelig å få tak i hva det egentlig innebærer. Ved å bli kjent med PMA, og finne ut hvilke interesser personen hadde tidligere, kan en i alle fall velge aktiviteter som en kan anta gir en slags motivasjon. Valg av aktivitet kan i seg selv også være en måte å inkludere deltakerne.

I eksempel nummer 1, 3 og 4 er det valgt en aktivitet som en kan anta er av interesse for P. Det synes som om hun har god kjennskap til hva som kreves for å lage denne røra. Om aktiviteten hadde vært utenfor Ps interesseområde, eller om det hadde vært noe hun ikke hadde hatt kjennskap til fra tidligere, kunne det i seg selv ha virket hemmende for samarbeidet i aktiviteten som sådan, og for kommunikasjonen rundt den. I eksempel 4 ser det ut til at det har blitt vanskelig å få røra til å bli som den skal, og det må gjøres noe for at den skal kunne brukes. Det har blitt tungt å røre, og de må finne ut hva som kan gjøre det enklere. E kommer med forslag som P, ut fra sin kunnskap og sine erfaringer, kan ta, og tar stilling til.

For en helhetlig tankegang på rehabilitering, med pasientrettet pleie i fokus, vil første bud være at pasienten får informasjon som han kan forstå, og at han får hjelp til å uttrykke hva han selv ønsker. Mange vil, tross logopedisk behandling som tar sikte på å gjenopprette lingvistiske ferdigheter hos den som er rammet av afasi, uansett bli nødt til å tilpasse seg et liv med utfordringer knyttet til kommunikasjon. Derfor må man også se på alternative metoder som søker å forbedre deres muligheter for å kommunisere, slik at sjansene for økt livskvalitet optimaliseres. SCA er en metode som har vist seg å bedre vilkårene for kommunikasjon både for PMA og behandlere (Isaksen, 2018). Med denne metoden får behandlere blant annet kunnskap om afasi og opplæring i hvordan kommunikasjon er mulig med bruk av alle de ressurser som finnes. Fordi afasi kamouflerer erfaringer og kunnskap, kan en lett lures i å tro at det ikke finnes og at kognitive ferdigheter også er påvirket. Med SCA legges opplæringsbyrden og ansvar for effektiv kommunikasjon hos normalspråklige. I stedet for å se manglende ferdigheter hos PMA, rettes oppmerksomheten mot å utnytte de ferdighetene som finnes til fulle. Metoden innebærer også at man lærer å benytte kommunikasjonsstøttende materiell,

som for eksempel bilder tilpasset kontekst, skriftlige stikkord og verbale forenklinger i muntlige budskap.

Verktøy som SCA bør også kunne benyttes i samtaler som har med mål- og innhold i rehabiliteringen å gjøre. Funnene i denne undersøkelsen tilsier at behandlere, selv uten opplæring i SCA er lydhøre for nyanser i svar, de oppfatter misforståelser og usikkerheter og de benytter multimodal kommunikasjon for å hjelpe forståelsen. Dette burde kunne gi bedre forutsetninger for medbestemmelse og aktiv deltakelse, slik lovverket sier (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Som nevnt, er spørsmål og svar en viktig del i kommunikasjonen i denne studien. P har ingen problem med korrekt bruk av ja og nei, slik at ved å stille de riktige spørsmålene og oppfatte nyanser i Ps svar, skjer effektiv kommunikasjon ofte. I eksempel nummer 7 foregår en lang sekvens med hint og gjett, der H forsøker å finne ut av en tur som P har hatt på byen. Del 3 inneholder en sekvens hvor P tydelig tar initiativ til et nytt og selvstendig bidrag i samtalen. I eksempel 7, linjene 37-47 benyttes en lang rekke non-verbale uttrykk sammen med verbale uttrykk som gjør at H forstår at hun gjerne vil si noe som ikke nødvendigvis har med denne turen og gjøre. Men med få hint å gå etter, ender H med å spørre videre om innholdet i byturen, i stedet for å gå nærmere inn på om P egentlig ville inn på noe annet. Med trening i SCA, kunne spørsmålet i linje 48 enda bedre lagt til rette for å utdype hva P egentlig mente å si. For å finne ut om initiativet handlet om turen eller noe annet, kunne H kanskje ha stilt spørsmål om det var en annen ting P tenkte på. Et bekreftende svar her, kunne ha innledet en ny hint- og gjett-sekvens hvor målet var å finne det nye tema, nye personer eller en annen hendelse som P tenkte på.

Funn viser blant annet at PMA har mange selvstendige bidrag i samtalen, at behandlerne fanger opp nyanser i Ps bidrag og slik legger grunnlag for effektiv kommunikasjon. En kan tenke seg at mye av grunnlaget for det, ligger i den trygge og gode relasjonen som det ser ut til at alle behandlerne har med P. Det at de kjenner henne godt, gjør at de kan velge aktiviteter som ligger innenfor hennes interesseområde, og de kan snakke sammen om hendelser og personer som begge parter kjenner til. Kontinuitet i behandlingen, og i relasjoner virker å være en positiv faktor.

For videre studier, ville det være interessant å se på effekt av implementering av SCA for behandlere på tvers av disipliner. Videre å studere samtaler som tar for seg mål og innhold i behandlingen mer direkte, for å bidra ytterligere til personers lovfestede rett til medbestemmelse og aktiv deltakelse i rehabiliteringen.







# Referanser

- Berg, K. (2017). "Man lærer seg jo å leve dette livet også..." Kan livskvalitet påvirkes gjennom bruk av *Støttet samtale*? In M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, & E. Qvenild (Eds.), *Afasi -et praksisrettet perspektiv* (3 ed., pp. 228-240). Oslo: Novus Forlag.
- Blackstone, S. W., Beukelman, D. R., & Yorkston, K. M. (2015). *Patient-provider communication : roles for speech-language pathologists and other health care professionals*. San Diego, California: Plural Publishing.
- Carragher, M., Steel, G., O'Halloran, R., Torabi, T., Johnson, H., Taylor, N. F., & Rose, M. (2020). Aphasia disrupts usual care: the stroke team's perceptions of delivering healthcare to patients with aphasia. *Disabil Rehabil*, 1-12. doi:10.1080/09638288.2020.1722264
- Davidsen, J., & Kjær, M. (2018). *Videoanalyse af social interaktion*. Danmark: Samfundslitteratur.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Tiltak ved synsfeltutslag etter hjerneslag: en systematisk oversikt* Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2017/tiltak-ved-synsfeltutfall-etter-hjerneslag-en-systematisk-oversikt/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Retrieved from [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Fure, B. (2007). Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskriftet*. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2007/05/tema-hjerneslag/depresjon-angst-og-andre-emosjonelle-symptomer-ved-hjerneslag>
- Gialanella, B., Bertolinelli, M., Lissi, M., & Prometti, P. (2011). Predicting outcome after stroke: the role of aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(2), 122-129. doi:10.3109/09638288.2010.488712
- Helsedirektoratet. (2017, 27.04.2020). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Hilari, K., & Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *Int J Lang Commun Disord*, 44(2), 193-205. doi:10.1080/13682820802008820
- Hilari, K., & Cruice, M. (2017). Quality-of-Life Approach to Aphasia. In I. Papathanasiou & P. Coppens (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 287-310). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A., . . . Forchhammer, H. B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57-80. doi:10.1080/02687038.2014.955708
- Jon Horgen, F. (2019). Tvilsomme informanter, troverdig forskning? *Norsk sosiologisk tidsskrift*(2), 119-136. doi:10.18261/issn.2535-2512-2019-02-02
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830. doi:10.1080/02687039808249575
- Kagan, A. (2011). A-FROM in action at the Aphasia Institute. *Semin Speech Lang*, 32(3), 216-228. doi:10.1055/s-0031-1286176
- Kay, J., Lesser, R., & Coltheart, M. (2009). *PALPA Introduksjon* (L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, E. Qvenild, & I. Røste, Trans.). Oslo: Novus Forlag.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landmark, A. M. D., Ofstad, E. H., & Svennevig, J. (2017). Eliciting patient preferences in shared decision-making (SDM): Comparing conversation analysis and SDM

- measurements. *Patient Educ Couns*, 100(11), 2081-2087.  
doi:10.1016/j.pec.2017.05.018
- Laakso, M., & Klippi, A. N. U. (1999). A closer look at the 'hint and guess' sequences in aphasic conversation. *Aphasiology*, 13(4-5), 345-363.  
doi:10.1080/026870399402136
- Mathisen, T. S. (2017). Synsforstyrrelser etter hjerneslag. Retrieved from <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/aktuelt/synsforstyrrelser-etter-hjerneslag/>
- Miller, N., & Wambaugh, J. (2017). Acquired Apraxia of Speech. In I. Papathanasiou & P. Coppens (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 493 - 526). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Murray, L., & Mayer, J. (2017). Extralinguistic Cognitive Consideration in Aphasia Management. In I. Papathanasiou & P. Coppens (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (2 ed., pp. 129-150). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Norsk hjerneslagregister. (2019) Årsrapport 2019 Med plan for forbedringstiltak. Retrieved from <https://stolav.no/Documents/Norsk%20hjerneslagregister%20%C3%A5rsrapport%202019,%20justert%2021.10.2020.pdf>
- Papathanasiou, I., Coppens, P., & Davidson, B. (2017). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts, Management, and Efficacy. In I. Papathanasiou & P. Coppens (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (2 ed., pp. 3-10). Burlington: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-2020-12-04-134). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov%20om%20pasient%20og%20brukerrettigheter>
- Peräkylä, A. (2004). Reliability and validity in research base done naturally occurring social interaction. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research. Theory, Method and Practice*. London: Sage Publications Ltd.
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., & Lind, M. (2017). Afasi og afasirehabilitering. In M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. N. Knoph, & E. Qvenild (Eds.), *Afasi -et praksisrettet perspektiv* (3 ed., pp. 23-42). Oslo: Novus.
- Reinvang, I., & Engvik, H. (1980). *Norsk grunntest for afasi : handbok*. Oslo: Universitetsforl.
- Rohde, A., Townley-O'Neill, K., Trendall, K., Worrall, L., & Cornwell, P. (2012). A comparison of client and therapist goals for people with aphasia: A qualitative exploratory study. *Aphasiology*, 26(10), 1298-1315.  
doi:10.1080/02687038.2012.706799
- Ross, K., & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364. doi:10.1080/02687030244000716
- Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data : methods for analysing talk, text and interaction* (2nd ed. ed.). London: Sage.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research : a practical handbook* (2nd ed. ed.). London: Sage.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999). Communication strategies used by 'good' versus 'poor' speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13(9-11), 807-820. doi:10.1080/026870399401894
- Skovholt, K., Landmark, A. M. D., Sikveland, R. O., & Solem, M. S. (2021). *Samtaleanalyse -en praktisk innføring*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- St.meld. nr. 21 (1998-1999). *Ansvar og mestrings*. (St.meld. nr. 21 (1998-99)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?ch=1>
- Steensig, J. (2001). *Sprog i virkeligheden Bidrag til interaktionel lingvistik*. Århus: Aarhus universitetsforlag.
- Stivers, T., & Robinson, J. D. (2006). A preference for progressivity in interaction. *Lang. Soc*, 35(3), 367-392. doi:10.1017/S0047404506060179
- ten Have, P. (2007). *Doing conversation analysis: A practical guide* (2 ed.): SAGE

- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1968). *Pragmatics of human communication : a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. London: Faber and Faber.
- WHO. (2001). International classification of functioning, disability and health. Retrieved from <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- Wilkinson, R. (2019). Atypical Interaction: Conversation Analysis and Communicative Impairments. *Research on Language and Social Interaction*, 52, 281-299. doi:10.1080/08351813.2019.1631045
- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322. doi:10.1080/02687038.2010.508530





