



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Enheten för logopedi

201

**Utvärdering av Komm-A, en modell för arbete med
kommunikationsbok för personer med afasi i logopedisk
verksamhet**

Signe Hens
Amanda Nyberg

Examensarbete i logopedi
20 poäng
Vårterminen 2009

Handledare
Anneli Bergström
Gunilla Thunberg

Utvärdering av Komm-A, en modell för arbete med kommunikationsbok för personer med afasi i logopedisk verksamhet

Signe Hens
Amanda Nyberg

Sammanfattning. Studiens syfte var att utvärdera Komm-A modellen, en modell för arbete med kommunikationsbok för personer med afasi i logopedisk verksamhet. Utvärderingen genomfördes genom två gruppstudier samt en fallstudie. Den ena gruppstudien var av slaget ”one group pretest-posttest design” och bestod av nio deltagarpär; en person med afasi och dennes samtalspartner. I gruppstudien med deltagarpären användes instrumenten Quality of communication life scale (QCL), Communicative effectiveness index (CETI), Goal attainment scaling (GAS), samt en anhörigenkät. I den andra gruppstudien ingick sju logopeder som arbetat enligt Komm-A modellen med deltagarpären. Material i denna delstudie bestod av en enkät samt en gruppintervju. Fallstudien utgjordes av intervjuer med ett av deltagarpären och deras logoped. Resultaten visade att modellen är en fungerande intervention för personer med afasi i logopedisk verksamhet, även om vissa förändringar kan behövas. Resultaten visade vidare att deltagande samtalspartners var nöjda med interventionen och att det skedde viss positiv förändring av kommunikationen för personerna med afasi.

Sökord Afasi, AKK, kommunikationsbok, Komm-A modellen, samtalspartner, logopedisk verksamhet

Abstract. The purpose of this study was to evaluate Komm-A, a model for using communication books in clinical practice for people with aphasia. The study consisted of two group studies and one case study. One of the group studies had a pretest-posttest design and consisted of nine couples; a person with aphasia and his/her communication partner. The material used was Quality of communication life scale (QCL), Communicative effectiveness index (CETI), Goal attainment scaling (GAS), and a questionnaire to the communication partner. The other group study consisted of seven speech-language pathologists who worked with the couples according to the Komm-A model. The material used was a questionnaire and a group interview. The case study consisted of two interviews, one with a couple and one with their speech-language pathologist. The results showed that the Komm-A model is a well-functioning intervention in clinical practice for persons with aphasia, even though some change may be needed. It was found that the communication partner was satisfied with the intervention and that some positive change in communication was seen for the persons with aphasia.

Key Words Aphasia, AAC, Communication Book, Komm-A model, Communication Partner, Clinical Practice

Enligt Afasiförbundet (2009) drabbas varje år ca 12 000 personer i Sverige av afasi. Majoriteten av dessa är i behov av logopedisk kontakt under en kortare eller längre period. Traditionell logopedisk afasibehandling följer vanligtvis en modell liknande den vid medicinsk vård, där patienten bedöms, diagnostiseras, behandlas och sedan skrivs ut (Simmons-Mackie, 2000). Behandlingen sker oftast i relativt kontrollerade kontexter som ersätter den naturliga sociala miljö där kommunikation vanligtvis äger rum. Ofta skrivs patienter ut från denna typ av behandling med kvarstående nedsättningar och begränsningar avseende aktivitet och delaktighet (Hersh, 1998). Aktivitet och delaktighet definieras i International classification of functioning, disability and health (ICF). Aktivitet beskrivs där som "...en persons genomförande av en uppgift eller handling" och delaktighet som "...en persons engagemang i en livssituation" (Socialstyrelsen, 2003, s.14). Vid logopedisk bedömning av behov och planering av behandling är ICF ett användbart redskap.

Worrall (1995) föreslår afasibehandling med en funktionell inriktning som ett komplement till andra terapier. Afasibehandling med funktionell syn på kommunikation avser enligt Worrall att minska personens funktionsnedsättning till följd av afasin och innefattar användandet av kompensatoriska strategier. Funktionell kommunikation har enligt Worrall (2000) definierats åtskilliga gånger av olika personer. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) definierade 1990 funktionell kommunikation som: "...ability to receive or convey a message, regardless of the mode, to communicate effectively and independently in a given environment..." (Worrall, 2000, s.4).

Worrall (1995) anser att bedömning av funktionell kommunikation bör innefatta individens förmåga att kommunicera i dennes vardagliga sociala miljö. Worrall skriver vidare att om en patients vardagliga kommunikativa miljö innefattar en annan person som har betydelse för patientens förståelse av budskap så bör denna person inkluderas vid bedömningen.

Med utgångspunkt i den funktionella inriktningen presenterar Simmons-Mackie (2000) en socialt inriktad modell av afasibehandling. I denna sociala modell ligger tonvikten på hälsa istället för på sjukdom, vilket den tenderar att göra i traditionell afasibehandling. Modellen är inriktad på att minska de sociala konsekvenserna av afasi och främja kommunikation i naturliga kontexter. Mål med behandlingen är att öka den afasidrabbades livskvalitet och delaktighet i kommunikativa situationer. Dessa mål är förenliga med målen för utredning och bedömning av Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK). Huvudsakliga mål med en AKK-utredning bör enligt Ferm och Thunberg (2008) vara att möjliggöra social interaktion, kommunikativ aktivitet och delaktighet. Raghavendra, Bornman, Granlund & Björck-Åkesson (2007) redogör för liknande grundsyftet med AKK. Genom fokus på aktivitet och delaktighet är AKK ett område där ICF är ett användbart redskap (Ferm & Thunberg, 2008; Raghavendra et al., 2007).

AKK erbjuder ett sätt att kommunicera när den talade kommunikationen inte är funktionell (Johnson, Hough, King, Vos & Jeffs, 2008). Personer med grav afasi behöver ofta kompensera med AKK-strategier för att kunna fungera som funktionella kommunikatörer (Beukelman, Fager, Ball & Dietz, 2007). Exempel på sådana strategier är enligt Beukelman et al; lågteknologiskt AKK såsom skriva, rita, kommunikationsböcker, gester, samt högteknologiskt AKK såsom datorprogram. AKK har under de senaste årtiondena visat sig vara ett behandlingsalternativ för många personer med grav afasi (Jacobs, Drew, Ogletree & Pierce, 2004). Enligt Koul och Corwin (2003) kan personer med afasi, som har en allvarligt nedsatt förmåga att använda naturligt tal, ha stor nytta av AKK-intervention. Jacobs et al. (2004) menar att vi befinner oss i ett kritiskt läge vad gäller AKK för personer med afasi. Kliniker måste vara öppna för nya idéer och förändringar inom området om det i framtiden ska kunna utvecklas effektiva terapier. Metoder, mål och resultat för terapin måste noga

utvärderas för att avgöra dess sociala validitet¹. Vidare betonar Jacobs et al. (2004) vikten av motivation hos patienten samt stöd från partner och omgivning. Lasker och Bedrosian (2000) anser att anhöriga har en avgörande roll för att användning av AKK ska vara framgångsrik. De kan underlätta genom att ge AKK-användaren stöttning i samtalssituationer, samt bidra med emotionellt och teknologiskt stöd.

Lasker, Garrett och Fox (2007) presenterar en modell där personer med afasi delas in i två huvudkategorier; partner-beroende kommunikatörer och självständiga kommunikatörer. Partner-beroende kommunikatörer har svårigheter att själva initiera kommunikation, påkalla uppmärksamhet samt välja kommunikativa strategier. De flesta personer med grav afasi ingår i denna kategori. Självständiga kommunikatörer klarar däremot att själva välja kommunikationsstrategi samt förmedla information även om deras strategier kan vara oorganiserade och ineffektiva. Samtalspartners får för de partner-beroende kommunikatörerna en helt avgörande roll för kommunikativ framgång och möjlighet till delaktighet. Lasker et al. menar därför att samtalspartners behöver få instruktioner för hur man kan använda AKK-strategier på ett meningsfullt sätt. De menar att AKK ger möjlighet till förbättrad kommunikation för både partner-beroende och självständiga kommunikatörer.

Resultat från ett flertal studier visar att personer med afasi kan tillägna sig grafiska symboler, tecken och gester (Koul & Corwin, 2003). Deras förmåga att använda sig av dessa alternativa kommunikationssätt utanför behandling har dock varit begränsad. Detta kan bero på att man lagt för lite vikt vid träning av samtalspartners samt vid de afasidrabbades kommunikativa behov (Garrett & Beukelman, 1992). I en nyligen gjord studie av Johnson et al. (2008) ingick tre personer med kronisk grav afasi och deras vårdgivare, som i samtliga fall var en person som bodde tillsammans med personen med afasi. Man studerade de afasidrabbades möjligheter att förbättra sin kommunikation med hjälp av ett databaserat hjälpmedel bestående av bilder och talsyntes. Hjälpmedlet anpassades till varje deltagare utifrån intressen och genom att lägga in personliga foton. Både personen med afasi och vårdgivaren fick träning i att använda hjälpmedlet. Resultaten från utvärderingen visade att det databaserade hjälpmedlet bidrog till en viss generell förbättring av kommunikativa förmågor för deltagarna. Instrument som användes för utvärderingen var bland annat Quality of communication life scale (QCL) och Communicative effectiveness index (CETI). Dessa instrument beskrivs nedan under Komm-A material. Artikelförfattarna tar upp betydelsen av vårdgivarens deltagande i interventionen. De anser att vårdgivarens roll var viktig för att nå framgång med AKK-hjälpmedlet.

I en studie av Ho, Weiss, Garrett och Lloyd (2005) jämfördes två kommunikationsböcker som innehöll olika typer av symboler. Deltagarna var två personer med global afasi. Kommunikationsböckerna var identiska vad gäller kategorier, antal sidor och utformning men skiljde sig med avseende på vilken typ av symboler som användes, nämligen ”remnants” eller Picture communication symbols (PCS-bilder). En ”remnant book” består av verkliga föremål, foton, bilder, klipp knutna till personens nyligen och tidigare upplevda erfarenheter (Koul & Corwin, 2003) och bör därför uppdateras regelbundet. Exempel på ”remnants” är biljetter till sportevenemang, menyer från restauranger, rubriker från tidningsartiklar, brev, kartor, fotografier och vykort. Studien syftade till att undersöka i vilken situation deltagarnas kommunikation med en känd samtalspartner var som mest framgångsrik, antingen då de använde någon av de två kommunikationsböckerna eller då ingen bok fanns tillgänglig. Samtalspartnern var för båda deltagarna deras logoped. Resultaten från studien visade att deltagarna kommunicerade mer när de använde kommunikationsbok än när de inte hade tillgång till en. Deltagarnas kommunikation ökade i vissa avseenden mer med boken som innehöll ”remnants” jämfört med boken som innehöll PCS-bilder. Trots detta ville Ho et al.

¹ *Social validitet* innebär den sociala betydelsen av mål, metoder och resultat.

inte dra några större slutsatser om vilken symboltyp som är att föredra för personer med afasi. De skriver att yrkesverksamma logopeder bör bedöma vad som passar bäst för den individuella kommunikationen. I en sammanfattning av resultat från tidigare studier skriver Koul och Corwin (2003) att både låg- och högteknologiska hjälpmedel verkar vara effektiva för personer med afasi.

År 2005 utfördes ett magisterarbete i logopedi vid Göteborgs universitet som utvärderade hur personer med afasi kunde förbättra sin kommunikation med hjälp av en kommunikationsbok (Ellborg & Zechel, 2005). I studien ingick fyra deltagarpar. Ett deltagarpar utgjordes av en person med kronisk afasi och en närstående person som var sammanboende med personen med afasi. Resultaten från studien visade att användandet av kommunikationsbok upplevdes positivt av deltagarparen. Enligt medelvärde på CETI skedde viss förbättring vad gäller funktionell kommunikation för hälften av deltagarna. Vid djupintervjuer med deltagarparen framkom vikten av att boken hade ett personligt innehåll som var anpassat för paret. Samtliga deltagarpar upplevde anhörigs medverkan som positiv.

Med inspiration från de positiva resultaten i examensarbetet formulerade DART (kommunikations- och dataresurscenter för personer med funktionshinder) tillsammans med Afasiföreningen i Göteborg en ansökan om medel för att starta ett projekt för att vidareutveckla och sprida arbetet med kommunikationsbok vid afasi. Projektet, "Komm-A – kommunikation med stöd av kommunikationsbok för personer med afasi", har som övergripande mål att öka möjligheterna för personer med afasi att kommunicera och vara delaktiga i samhället med hjälp av AKK i form av en kommunikationsbok. Specifika mål för projektet är att utveckla olika mallar till kommunikationsbok som finns lättillgängliga på internet, utveckla informations- och kursmaterial om AKK och kommunikationsbok för logopeder, afasiföreningar och studieförbund, samt att utvärdera användning/nyttan av boken i klinisk verksamhet och förenings-/cirkelverksamhet som riktar sig till personer med afasi. Projektet ordnade i april 2008 en två dagar lång utbildning om den kliniska användningen av kommunikationsböcker (kommunikationsboksutbildning) för neurologopeder verksamma inom Västra Götalandsregionen. Under utbildningen tilldelades deltagande logopeder en arbetsmodell att följa för interventionen med kommunikationsbok för personer med afasi, se tabell 1. Denna arbetsmodell refereras fortsättningsvis till som Komm-A modellen. Logopederna ombads att pröva modellen på minst ett par var dvs. en person med afasi och dennes samtalspartner.

Logopeden träffade paret på sin arbetsplats vid fem tillfällen fördelade på 12 veckor (tabell 1). Paret fick varje gång med sig en hemuppgift att jobba med till nästa tillfälle. Hemuppgifterna var relaterade till arbetet med och användningen av kommunikationsboken. Före första tillfället fick personen med afasi och dennes samtalspartner information om projektet, arbetsmodellen samt en medgivandeblankett att ta med vid första tillfället. Material som användes i Komm-A modellen presenteras nedan under rubriken Komm-A material.

Tabell 1

Komm-A modellen

T, v	Moment	Material	Ber. tid
1, v. 0 (före)	Kartläggning av socialt nätverk: huvudsakliga kommunikationspartners. Kartläggning kommunikation. Kartläggning av hur kommunikationen fungerar med olika partners (identifierade med cirklarna i socialt nätverk). Kartläggning av partners uppfattning av kommunikation.	Socialt nätverk, A3-blad med cirklar. QCL (med bildstöd). Samtalsmatta med skala: bra – dålig. CETI - medsändes för ifyllnad hemma tillsammans med Deltagarinfo-blankett.	15 min 30 15 5
	Förevisning av mall/mallar och genomgång av partners hemuppgift att 1) prova boken till personen med afasi 2) ta med foton på personer och flera personliga bilder 3) fundera över egna behov.	Mall/mallar i InPrint/PP beroende på vad som passar klinik och partner/person med afasi.	25
2, v. 1	Återkoppling på hemuppgift. Kartläggning av samtalsmoment. Kartläggning samtalsmoment – partner. Kartläggning samtalsämnen. Avstämning med partnern om kommunikationsbehov förutom det som redan framkommit.	Samtalsmatta skala: bra – dålig. Samtalsmatta skala: viktig – oviktig. Samtalsmatta skala: viktig – oviktig.	15 15 15 5
	Hemuppgift: 1) Fortsätta använda mall – båda parter 2) börja fundera över mål 3) ev. fler personliga bilder.	Skicka med exempel på problemöversikt och måluppfyllelseskala.	10
3, v. 2	Återkoppling hemuppgift och förslag till personlig kommunikationsbok som logopeden påbörjat utifrån kartläggning. Hemuppgift: 1) Börja använda den personliga boken med utgångspunkt från mål 2) ev. komplettera med fler personliga bilder.	Foto + dator + skrivare med programvara InPrint eller PP. GAS	45 5
4, v. 4	Återkoppling på hemuppgiften, själva boken och de formulerade målen. Ev. revidering av mål och vidareutveckling av bok.		30 30
5, v. 12 (efter)	Uppföljning av mål, bok och metod	GAS, CETI, QCL Mattsamtal om moment och partners och själva boken/metoden Anhörigenkät (Utvärderingsenkät till samtalspartnern)	120 inkl. paus

Notering: InPrint är en förkortning av programvaran Communicate InPrint. PP är en förkortning av programvaran PowerPoint. T står för tillfälle och v står för vecka, Ber.tid innebär beräknad tidsåtgång.

Komm-A material

Socialt nätverk. Socialt nätverk är en metod för kartläggning av områden som är av betydelse vid utformning av AKK-insatser för personer som har en funktionsnedsättning.

Metoden är utvecklad av Blackstone och Hunt Berg 2003 (Carlberg, 2007). Kännetecknande för metoden är att individen och dennes omgivning är i fokus för kartläggning och planering av intervention.

Den del som användes i Komm-A modellen består av socialt nätverk eller sociogram och är utformat som fem cirklar, så kallade kommunikationscirklar. I den innersta cirkeln befinner sig livspartners, i den näst innersta cirkeln finns goda vänner, i den tredje cirkeln grannar och bekanta, i den fjärde cirkeln yrkesverksamma (professionella) och i den femte och yttersta cirkeln återfinns obekanta personer i omvärlden. Individen fick sedan placera in personer i de olika cirklarna. Informationen som framkom var avsedd för kartläggningen av den afasidrabbades kommunikativa sociala situation.

Quality of communication life scale (QCL). QCL är ett instrument för att mäta kommunikationsrelaterad livskvalitet (Paul, Frattali, Holland, Thompson, Caperton & Slater, 2004). Målgruppen är vuxna med en neurologisk kommunikationsstörning, däribland afasi. Enligt manualen är QCL användbart för planering av behandling och för dokumentering av resultat i behandling. QCL är utformat så att patienten själv, eller med hjälp av logopeden, ska klara av att besvara det. Instrumentet består av 18 påståenden med tillhörande visuell analog skala (VAS-skala). VAS-skalan består av en linje med fem vertikala streck som går från ”Nej” (1p) till ”Ja” (5p). En glad respektive en ledsen ”gubbe” placerade i varsin ände av skalan användes i modellen som visuellt bildstöd. Skalstegen var inte numrerade för patienten utan poängsättningen gjordes efteråt av logopeden. I de fall skattningen placerats mellan två värden avrundades enligt manualen till det övre värdet. Fråga 18 ”I allmänhet är min livskvalitet god” räknades enligt manualen bort från totalpoängen. Exempel på övriga påståenden är: ”Jag tycker om att prata med andra” och ”Jag tycker om mig själv”. Patienten instruerades att inför varje påstående först tänka ”Även om jag har svårigheter att kommunicera...”

Reliabilitets- och validitetsmätningar har visat att QCL är ett reliabelt och giltigt instrument för att mäta kommunikativ livskvalitet för den aktuella målgruppen oavsett ålder, utbildningsnivå, etnicitet, kommunikationsstörningens svårighetsgrad och tid sedan insjuknande (Paul et al., 2004).

En svensk översättning av påståendena i QCL gjordes hösten 2008 av projektmedarbetarna Anneli Bergström och Ann Ander med tillstånd från American Speech Language and Hearing Association (ASHA). Översättningen prövades av projektmedarbetarna på några patienter för att få en uppfattning om deras möjlighet till att medverka samt tidsåtgången för genomförandet av instrumentet. Ingen formell utprovning gjordes. Bildstöd utformades för varje påstående också inom projektet för att vid behov kunna användas av logopederna. Bildstödet var ej utprovat i denna version tidigare.

Samtalsmatta. Samtalsmatta är en visuell och bildbaserad metod som gör att människor med kommunikationssvårigheter kan kommunicera på ett effektivare sätt. Metoden, på engelska benämnd Talking Mats®, utvecklades av Joan Murphy 1998 (Ferm, 2007). Målgruppen är både barn och vuxna i olika åldrar med olika typer av kognitiva och kommunikativa svårigheter, däribland personer med afasi. Syftet är att hjälpa dessa människor att uttrycka åsikter och känslor. Metoden samtalsmatta har flera olika användningsområden. I föreliggande intervention var huvudsyftet med samtalsmatta att möjliggöra deltagande i individuell planering. Genom att ta reda på vilka samtalsområden, samtalsmoment och samtalspartners som var viktiga för personen med afasi kunde man sedan utforma kommunikationsboken. En visuell skala med tre eller fem skalsteg användes – skalan gick antingen från bra-dålig eller från viktig-oviktig, beroende på frågeställning.

Communicative effectiveness index (CETI). CETI är ett instrument framtaget för att mäta förändring av funktionell kommunikation hos personer med afasi. Framtagningen av den engelska versionen av CETI gjordes genom att ett antal personer med afasi och deras anhöriga

gav förslag på viktiga kommunikativa situationer i vardagen. Efter revidering återstod de 16 situationer som idag utgör CETI. Vid framtagningen testades reliabilitet och validitet (Lomas, Pickard, Bester, Elbard, Finlayson & Zoghaib, 1989). Testningen visade att CETI:s interna reliabilitet var hög, lika så reliabilitet för test-retest. Interbedömarreliabiliteten var acceptabel. Att personer med afasi varit delaktiga i framtagningen av CETI borde göra att indexet har hög *face validity*²(Lomas et. al, 1989). För att mäta *construct validity*³ jämfördes CETI med andra instrument och anhörigas skattningar av språk och kommunikation. Mätningarna visade att korrelationerna var signifikanta.

De 16 situationerna i CETI är formulerade som frågor, t.ex. ”Klarar personen med afasi att förstå skrift” och ”Klarar personen med afasi att få någons uppmärksamhet”. Frågorna skattas av samtalspartnern på en VAS-skala bestående av en 10 cm lång linje där 0 cm står för ”oförmögen” och 10 cm för ”förmåga som före afasin”. Den svenska översättning som användes i föreliggande studie är gjord av logoped Eva Sandin 1996 (reviderad 1997).

Mallar. Som stöd vid tillverkning och för provning av kommunikationsboken fanns två mallar tillgängliga på DARTs hemsida (www.dart-gbg.org). Den ena mallen var anpassad för en person med måttlig afasi och den andra mallen för en person med grav afasi. Skillnaden mellan mallarna var att den för måttlig afasi innehöll fler bilder och ord per sida och kategori och flera sidor totalt än den för grav afasi. Kategorier i mallen för måttlig afasi var; adress och karta, personer, intressen och aktiviteter, minnen, veckoschema och månader, mat och dryck, hushåll och TV-program, kroppsvård och kläder, sjukvård, alfabet och siffror. Syften med mallarna var att få konkreta idéer till innehåll och utformning samt underlätta tillverkan av kommunikationsboken. Deltagarna fick initialt börja prova den av mallarna som man tillsammans uppfattade som mest passande. Under tiden påbörjades utformningen av den personliga kommunikationsboken som sedan vid tredje tillfället ersatte mallen som återlämnades till logoped. Paren fick bland annat i uppgift att bidra med foton och bestämma vilka bilder och kategorier som skulle finnas i boken. Bilderna till boken hämtades av logoped mestadels från bildprogrammet Communicate InPrint (Widgit Software, 2005). Format och storlek, A5, var samma för både mallen och den personligt utformade kommunikationsboken, men möjlighet till individanpassning fanns. För en deltagare tillverkades kommunikationsboken i A4-format.

Goal attainment scaling (GAS). GAS är ett instrument för målformulering och mätning av måluppfyllelse (Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994). Schlosser (2004) skriver att en viktig fördel med GAS är dess möjlighet till utvärdering av individuell förändring för alla typer av intervention och för alla grupper av människor. Vidare skriver Schlosser att GAS är flexibelt och anpassningsbart till alla nivåer i ICF vilket är viktigt för AKK-intervention. Vad gäller validitet och reliabilitet för GAS anser Schlosser att det bäst utvärderas från fall till fall på grund av variationer mellan olika discipliner, typ av funktionsnedsättning och kliniker. Schlosser skriver dock att den sociala validiteten för GAS är hög.

Måluppfyllelseskalan går från -2 till +2; -2 mycket sämre resultat än väntat, -1 sämre resultat än väntat, 0 väntat resultat, +1 bättre resultat än väntat och +2 mycket bättre resultat än väntat. I interventionen utformades minst ett och maximalt tre mål för varje deltagare. Paren skulle själva komma med förslag till mål och logopeden assistera och hjälpa till vid formulering av de olika skalstegen. Efter interventionen (tillfälle 5 i tabell 1) utvärderades målen av logoped och paret gemensamt för att bestämma till vilken grad de hade uppfyllts.

Anhörigenkät. Vid det sista tillfället med logoped fick samtalspartnern fylla i en utvärderingsenkät, se tabell 8. Enkäten utformades av projektmedarbetarna. Den användes för att utvärdera samtalspartnerns uppfattning om interventionen för områdena; 1) Arbetssättet med kommunikationsbok 2) kartläggningen 3) utformningen 4) användningen och 5)

² *Face validity* innebär till vilken grad ett instrument förefaller mäta vad det är utformat för.

³ *Construct validity* innebär i vilken utsträckning instrumentet mäter vad det faktiskt är tänkt att mäta.

övergripande frågor om boken och arbetssättet. Enkäten bestod av 25 påståenden och 4 frågor. Påstående 1-25 skattades på en femgradig skala där skalsteg 1 stod för ”stämmer inte alls” och skalsteg 5 för ”stämmer helt”. Skalsteg 2, 3 och 4 hade ingen beteckning. Det fanns utrymme för kommentarer vid varje påstående. Det fanns även utrymme för övriga kommentarer. Fråga 26-29 hade inga skalsteg utan där angavs svaren i fri text. Redovisning av dessa kommentarer ryms ej inom ramen för denna magisteruppsats. Enkäten avslutades med en uppgift där partnern fick skatta hela ”kommunikationsboks paketet” på en tiogradig skala där 10 var bäst.

Syftet med föreliggande studie var att utvärdera hur Komm-A modellen fungerat att använda i logopedisk verksamhet samt om den är lämplig att använda för personer med afasi. Studien avsåg att göra detta genom att inhämta både deltagarparens och logopedernas uppfattning om interventionen. Ytterligare syfte var att med utgångspunkt från det insamlade materialet från interventionen undersöka om interventionen ledde till någon förändring i deltagarparens kommunikation.

Studiens frågeställningar är följande:

1. Förändras den afasidrabbades kommunikation i och med interventionen?
2. Förändras deltagarparens kommunikation i och med interventionen?
3. Hur uppfattar logopederna att modellen fungerar i logopedisk verksamhet?
4. Hur uppfattar samtalspartnern interventionen?
5. Är Komm-A modellen en fungerande intervention för personer med afasi i logopedisk verksamhet?

Metod

I studien användes både kvantitativa och kvalitativa metoder för att få en heltäckande och mångfasetterad bild av modellen.

Utvärderingen bestod av två gruppstudier och en fallstudie. En översikt över studiens metodik ges i tabell 2. En gruppstudie innefattade deltagarparen i interventionen och var av slaget ”one group pretest-posttest design” och syftade till att undersöka huruvida deltagarparens kommunikation förändrades i och med interventionen. Data i denna studie var kvantitativ och bestod av det redan insamlade utvärderingsmaterialet. Den andra gruppstudien innefattade logopederna som utfört interventionen och innehöll både kvantitativa och kvalitativa data: en semistrukturerad gruppintervju respektive en skriftlig utvärderingsenkät (logopedenkät). Syftet med denna gruppstudie var att undersöka hur modellen fungerat att använda i logopedisk verksamhet. Fallstudien innefattade en semistrukturerad intervju med ett av deltagarparen samt en semistrukturerad intervju med deras logoped. Syftet var att undersöka hur interventionen fungerat i ett specifikt fall.

Tabell 2

Studiens metodik

	Material	Övrigt
Gruppstudie - deltagarpar	Före- och eftermätningar på CETI Före- och eftermätningar på QCL Resultat på GAS Anhörigenkät	Materialet inhämtades av de logopederna som genomfört interventionen med paren enligt Komm-A modellen. Studiens författare sammanställde materialet.
Gruppstudie - logopederna	Logopedenkät Gruppintervju	Båda delarna utfördes av studiens författare.
Fallstudie	Deltagarintervju Logopedintervju	Båda intervjuerna är utförda av studiens författare.

Deltagare

Gruppstudie – deltagarparen. Totalt deltog nio deltagarpar. Ett par bestod av en person med afasi och en närstående samtalspartner. Samtalspartnern var antingen en anhörig eller personal. Paren tillfrågades om deltagande av sin logoped och hade möjlighet att avböja. Personerna med afasi, även refererade till som deltagare, hade alla måttlig till grav afasi. De bedömdes av logopederna i fråga om grad av afasi. Detta skedde antingen genom skattning eller genom testning med instrumentet A-ning, neurolingvistisk afasiundersökning (Lindström & Werner, 1995). I tabell 3 beskrivs deltagarna med avseende på kön, ålder, grad av afasi och tidigare erfarenhet av AKK. Även samtalspartners beskrivs i tabellen avseende kön och ålder samt relation till personen med afasi.

Tabell 3

Beskrivning av deltagarparen

A	Ålder	Grad av afasi	Tidigare erfarenhet av AKK	P	Ålder	Relation till a
1a♀	76 år	Medelsvår	Kommunikationsbok med i huvudsak skrivna fraser. Används nästan aldrig.	1p♂	80 år	Make
2a♂	62 år	A-ning 1,7	Kommunikationsbok under 4 månader.	2p♀	62 år	Maka
3a♂	62 år	Grav A-ning 0,8	Nej.	3p♀	-	Maka
4a♂	71 år	Medelsvår	Nej.	4p♀	69 år	Särbo
5a♂	86 år	Grav	Nej.	5p♀	53 år	Boendepers.
6a♂	58 år	Medelsvår	Gått i kommunikationsgrupp.	6p♀	54 år	Ledsagare
7a♂	52 år	Grav A-ning 0,8	Fått datoriserat kommunikationshjälpmedel som ej fungerat.	7p♀	48 år	Maka
8a♂	58 år	Grav	Fått introduktion till bildsystem (dock ej fungerat väl).	8p♀	56 år	Maka
9a♂	70 år	A-ning 1,8	Gått i kommunikationsgrupp.	9p♀	70 år	Maka

Notering: a står för person med afasi och p för samtalspartner. Symbolen ♀ står för kvinna och ♂ för man.

Gruppstudie – logopederna. Totalt ingick nio logopederna i Komm-A projektet, se tabell 4. Av dessa deltog sju logopederna i gruppstudien. De två projektmedarbetare som hade deltagarpar i interventionen uteslöts från både gruppintervjun och utvärderingsenkäten. Den logoped som inte utfört interventionen med något par deltog endast i gruppintervjun, eftersom hon deltog i den inledande kommunikationsboksutbildningen. En logoped hade inte möjlighet att närvara vid gruppintervjun.

Det finns ingen relation mellan deltagarparens och logopedernas nummer i tabellerna 3 och 4.

Tabell 4

Beskrivning av deltagande logopeder

Logoped	Kön	Verksamhet	Övrigt	Grupp Intervjun	Utvärderings enkät
1	♀	Öppenvård		X	X
2	♀	Öppenvård		X	X
3	♀	Dagrehabilitering		X	X
4	♀	Akutvård/ Rehabilitering		X	X
5	♂	Rehabilitering		X	X
6	♀	Rehabilitering	Genomförde interventionen med två deltagarpar.	-	X
7	♀	Rehabilitering	Projektmedarbetare.	-	-
8	♀	Öppenvård	Projektmedarbetare.	-	-
9	♀	Hemrehabilitering	Genomförde inte interventionen med något deltagarpar.	X	-

Notering: X innebär att logopeden deltog, - innebär att logopeden ej deltog.

Fallstudien. Valet av deltagarpar för fallstudien gick till så att författarna kontaktade den logoped som hade haft två par i intervention (se tabell 4). Ett av dessa par var då precis aktuellt för att genomföra den avslutande uppföljningen enligt Komm-A modellen varför de ansågs lämpligast för intervju. Paret som valdes ut var deltagarpar 6, se tabell 3. Mannen med afasi och hans kvinnliga ledsagare kände varandra redan före mannens insjuknande. I fallstudien ingick även parets logoped (nr 6 i tabell 4).

Material och tillvägagångssätt

Gruppstudie – deltagarparen. För gruppstudien av deltagarparen användes material insamlat från logopederna i projektet, se tabell 1 och tabell 2. Data bestod i före- och eftermätningarna på QCL och CETI, resultat på GAS samt anhörigenkäten. Data sammanställdes för varje instrument och medel- och medianvärden samt standardavvikelse räknades ut i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 15.0 för Windows.

Gruppstudie – logopederna. Gruppstudien med logopederna bestod av en utvärderingsenkät och en semistrukturerad gruppintervju.

Utvärderingsenkäten utformades av författarna tillsammans med projektmedarbetarna. Enkäten skickades till logopederna via e-post en vecka före intervjun med instruktionen att fylla i och ta med till tillfället för intervjun. Enkäten bestod av totalt 37 påståenden och frågor om projektet indelade i olika ämnesområden. Ämnesområdena i enkäten var 1) kommunikationsboksutbildningen 2) kommunikationsboksmetoden (Komm-A modellen) 3) kartläggningen 4) utformningen av kommunikationsboken 5) användningen av boken och 6) övergripande frågor om boken och arbetssättet. Påstående 1-32 kunde skattas på en femgradig skala där 1 stod för ”stämmer inte alls” och 5 för ”stämmer helt”, skalsteg 2, 3 och 4 saknade beteckning. Det fanns möjlighet att kommentera varje påstående i fri text. Det fanns även utrymme för övriga kommentarer. De sista fem frågorna var av kvalitativ karaktär och svar kunde endast anges i fri text. Enkäten avslutades med en uppgift där logopeden skulle skatta hela kommunikationsboks paketet på en tiogradig skala där 10 var bäst. Ämnesområde 1)

kommunikationsboksutbildningen (i enkäten fråga 1-9) uteslöts ur resultatredovisningen då de inte var relevanta med avseende på frågeställningar i denna studie.

Enbart den kvantitativa delen av enkäten användes (skattningarna på fråga 10-32) samt den sista uppgiften med skattningen av hela ”paketet”. Anledningen till att de kvalitativa frågorna uteslöts var att de i stort sett överensstämde med det innehåll som ventilerades i gruppintervjun.

Gruppintervjun ägde rum på DART i samband med ett projektseminarium som ordnades i projektet Komm-A. Logopederna hade meddelats via e-post om att en gruppintervju skulle äga rum. Gruppintervjun var uppdelad i två pass med en mellanliggande kaffepaus. Första intervjuasset varade i ca 40 min och det andra i ca 55 min. Författarna deltog båda i intervjun och hjälptes åt att ställa frågor. Dessa presenterades en i taget utifrån en intervjuguide varefter deltagarna sedan fick svara och diskutera fritt. Intervjuarna förhöll sig mestadels passiva under intervjun, men förde vid behov tillbaka gruppen till ämnet. Intervjuguidens ämnen för gruppintervjun bestämdes fritt utifrån föreliggande studies frågeställningar och var 1) mallarna för boken 2) modellen 3) interventionen i de olika verksamheterna 4) påverkan på parets kommunikation 5) Komm-A materialet och 6) förslag på ändringar av modellen. Resultaten för ämne 1) respektive 6) redovisas ej då dessa ämnen berör vidareutveckling av Komm-A modellen, vilket inte kom att ingå i föreliggande studie.

Fallstudien. I fallstudien ingick två semistrukturerade intervjuer; en deltagarintervju med paret och en logopedintervju. Intervjuerna ägde rum på logopedmottagningen på ett sjukhus i Västra Götalandsregionen. Ämnesindelning för intervjuerna bestämdes fritt utifrån föreliggande studies frågeställningar.

Tidsåtgången för deltagarintervjun var ca 50 min. Båda författarna närvarade vid intervjun. Den ena författaren agerade intervjuare och tog en mer aktiv roll. Den andra författaren förde anteckningar samt fyllde i med följdfrågor vid behov. Anteckningarna fördes som en säkerhetsåtgärd om något skulle falla tekniskt under inspelningen.

Före intervjun startade gavs paret muntlig information om syftet med intervjun och fick ge sitt skriftliga medgivande till att författarna fick använda resultaten. Instruktionerna som gavs för intervjun var att de gemensamt skulle svara på de frågor som ställdes. De instruerades också att fråga om det var något de undrade. Intervjuguiden för deltagarintervjun avsåg att få fram parets tankar och åsikter kring 1) arbetsbelastningen för paret 2) antalet logopedtillfällen 3) utformningen av själva boken 4) målsättningsarbetet och 5) hur boken påverkar deras kommunikation.

Tidsåtgången för logopedintervjun var även den ca 50 min. Innan intervjun började instruerades logopeden att under hela intervjun tänka utifrån deltagarpar 6. Detta för att logopeden i fråga hade haft två par i interventionen. Båda författarna deltog vid intervjun. Liksom vid deltagarintervjun var den ena mera aktiv som intervjuare och den andra förde anteckningar och ställde följdfrågor vid behov. Den mer aktiva intervjuaren byttes mellan deltagarintervjun och logopedintervjun.

Intervjuguiden för logopedintervjun innehöll 1) arbetsbelastningen för paret 2) målsättningsarbetet 3) påverkan på parets kommunikation 4) parets inställning till interventionen och 5) hur interventionen upplevts av logopeden själv.

Audio- och videospelning. För ljudupptagning användes vid samtliga intervjuer en Olympus WS-210S Digital Voice Recorder. Deltagarintervjun i fallstudien videofilmades också med en Panasonic Mini- DV NV-GS10 videokamera, monterad på stativ, som reserv om audioinspelningen inte skulle vara tillfredsställande. Videospelningen behövde dock inte användas då audioinspelningen ansågs vara tillräcklig.

Intervjuer. Både gruppintervjun med logopederna och fallstudiens intervjuer var semistrukturerade. Robson (2002) anser att en intervju är ett flexibelt sätt att ta reda på saker, då möjlighet ges att följa upp intressanta svar och utreda underliggande motiv på ett sätt som

självadministrerande frågeformulär inte kan. En semistrukturerad intervju är ett mellanting mellan strukturerad och ostrukturerad intervju (Pring, 2005). Kvale (1997) benämner denna typ av intervju som halvstrukturerad. Vid en semistrukturerad intervju har intervjuaren en lista med förslag på ämnen som han/hon vill ha respons på (Kvale, 1997; Robson, 2002) men ordningen kan ändras beroende på vad som verkar lämpligast enligt intervjuaren (Robson, 2002). Kvale kallar denna lista med ämnen för intervjuguide. Robson skriver att frågeformuleringar kan ändras och förklaringar kan ges, samt att frågor som känns olämpliga i en viss intervju kan uteslutas eller så kan frågor läggas till.

Intervjuanalys. Samtliga intervjuer transkriberades i sin helhet ortografiskt och kodades i kategorier av bägge författarna var för sig enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Författarna använde sig av respektive intervjuguide för att bestämma kategorier. En kategori utgörs av flera koder (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). En kod är en etikett på en meningsbärande del av texten som kortfattat beskriver dess innehåll. Koder skapas alltid med hänsyn till sitt sammanhang. Lundman och Hällgren Graneheim skriver vidare att innehållet i en kategori skiljer sig från innehållet i en annan kategori och att inga data ska passa in i flera kategorier än en. Data får heller inte uteslutas för att det saknas lämplig kategori. Därför skapades vid analysen nya kategorier vid behov. Pring (2005) menar att det är vanligt att nya kategorier bildas under analysen.

Författarna gick sedan tillsammans igenom transkriptionerna och kodningen i kategorier. Vid skild uppfattning diskuterades en konsensuslösning fram. Därefter sammanfattades intervjuerna, kategori för kategori, så att det centrala innehållet bevarades och inget väsentligt uteslöts. Samstämmigheten mellan författarnas transkriptioner och kategoriseringar uppfattades vara hög då det vid jämförelse fanns få skillnader. Eftersom författarna genomfört delar av analysen gemensamt ökar enligt Lundman och Hällgren Graneheim tillförlitligheten i resultatet.

Resultat

Resultaten presenteras i tre olika delar, se tabell 2. Den första delen, ”Resultat gruppstudie-deltagarpar”, innefattar redovisning av resultaten för QCL, CETI, Anhörigenkät samt GAS. Den andra delen, ”Resultat gruppstudie-logoped” innefattar logopedenkät samt gruppintervju. Den tredje delen, ”Resultat fallstudien”, innehåller intervju med deltagarparet och deras logoped.

Resultat gruppstudie - deltagarpar

Quality of communication life scale (QCL). Skattningen utfördes under kartläggningsfasen (före) och efter interventionens avslut (efter), se tabell 1. Resultat från bägge mätningar (före och efter) för hela gruppen presenteras i tabell 5 för varje fråga. Resultaten presenteras som medelvärden. I tabellen visas även standardavvikelse samt skillnad i poäng mellan skattningen före och skattningen efter. Lägsta poäng 1 innebar ”Nej”, högsta poäng 5 innebar ”Ja”. Av de totalt 17 påståendena var det 14 som alla deltagare (n) svarade på ($n=9$). De påståenden som inte var aktuella för alla var påstående nr. 5 ($n=2$), 15 ($n=8$) och 16 ($n=7$).

Lägsta medelvärdet före interventionen hade påstående nr. 5 ”Jag klarar av de kommunikativa kraven på jobbet/ i skolan” med 1,5p. Påstående nr. 9 ”Jag använder telefonen” hade lågt medelvärde före med 1,89p och lägst av alla efter med 2,56p. Högsta medelvärde före hade påstående nr. 10 ”Jag kan uppskatta det som är roligt i livet” med 4,22p. Högsta medelvärde efter hade påstående nr. 8 ”Jag hänger med i nyheter, sport och filmer på TV/film” med 4,56p.

Medelvärde ökade från före till efter interventionen på totalt 11 påståenden. De påståenden som ökade mest var nr. 5 ”Jag klarar av de kommunikativa kraven på jobbet/i skolan (+1,5p) och nr. 17 ”Jag kan tala för mig själv” (+1p). För fyra påståenden så minskade medelvärdet från före till efter. De påståenden som minskade mest var nr. 11 ”Andra människor förstår vad jag menar när jag pratar” (-0,78p) och nr. 10 ”Jag kan uppskatta det som är roligt i livet” (-0,44p).

Tabell 5

QCL- Sammanställning av de afasidrabbades skattningar av kommunikationsrelaterad livskvalitet före och efter interventionen

Påstående	\bar{x}	\bar{x}	Sd.	Skillnad Före-efter
	Före	Efter		
1. Jag tycker om att prata med andra.	3,55	3,78	1,78	+ 0,23
2. Jag har lätt för att kommunicera.	3,00	3,44	1,13	+ 0,44
3. Min roll i familjen är oförändrad.	3,78	3,67	1,27	- 0,11
4. Jag tycker om mig själv.	3,44	3,22	1,39	- 0,22
5. Jag klarar av de kommunikativa kraven på jobbet/ i skolan.	1,50	3,00	,71	+ 1,50
6. Jag håller kontakten med släkt och vänner.	3,56	3,67	2,09	+ 0,11
7. Andra människor räknar med mig och vänder sig till mig i samtal.	3,22	3,22	1,73	0,00
8. Jag hänger med i nyheter, sport och filmer på TV/film.	4,00	4,56	1,01	+ 0,56
9. Jag använder telefonen.	1,89	2,56	,71	+ 0,67
10. Jag kan uppskatta det som är roligt i livet.	4,22	3,78	1,13	- 0,44
11. Andra människor förstår vad jag menar när jag pratar.	3,78	3,00	1,09	- 0,78
12. Jag försöker om och om igen när andra människor inte förstår vad jag menar.	3,11	3,11	1,22	0,00
13. Jag fattar egna beslut.	3,22	3,44	1,09	+ 0,22
14. Jag känner mig trygg med min kommunikationsförmåga.	3,44	3,78	1,12	+ 0,34
15. Jag gör saker utanför hemmet.	3,25	3,38	1,46	+ 0,13
16. Jag har ansvar för bestämda saker i hushållet	2,57	3,29	1,25	+ 0,72
17. Jag kan tala för mig själv.	2,22	3,22	1,41	+ 1,00
Totalt	3,16	3,42		+ 0,26

Notering: \bar{x} Före= Medelvärde före, \bar{x} Efter= Medelvärde Efter, Sd. = Standardavvikelse.

Communicative effectiveness index (CETI). Skattningen utfördes av deltagande samtalspartners under kartläggningsfasen (före) och efter interventionens avslut (efter), se tabell 1. Resultaten presenteras i tabell 6. Medelvärde och standardavvikelse redovisas på de uppmätta värdena för hela gruppen. 0 på VAS- skalan innebär ”Oförmögen” och 10 innebär ”Förmåga som innan afasin”. I tabellen ingår även skillnad mellan skattningen före och efter.

Alla 16 påståenden skattades av samtliga samtalspartners ($n=9$). Påstående nr. 16 ”Beskriva eller diskutera något på djupet” hade lägst medelvärde både före (1,28p) och efter (1,82p). Högsta medelvärdet före hade påstående nr. 1 ”Få någons uppmärksamhet” (6,99p). Högsta medelvärde efter hade påstående nr. 5 ”Visa att han/hon förstår det som sägs till honom/henne” (7,7p).

Medelvärdet ökade från före till efter för totalt 13 påståenden. De påståenden som i föreliggande studie ökade mest var nr. 9 ”Berätta om fysiska problem som värk och smärta” (+1,66p) och nr. 5 ”Visa att han/hon förstår det som sägs till honom/henne” (+1,19). För tre påståenden minskade medelvärdet. De påståenden som minskade mest var nr. 11 ”Svara på eller själv kommunicera något [inklusive ja eller nej], utan ord” (-0,35p) och nr. 13 ”Förstå skrift” (-0,22p).

Tabell 6

CETI- Sammanställning av samtalspartners skattning av de afasidrabbades kommunikativa förmåga före och efter interventionen

Påstående: Var god uppskatta förmåga att		\bar{x}	\bar{x}	<i>Sd.</i>	Skillnad före - efter
		Före	Efter		
1.	Få någons uppmärksamhet.	6,99	7,38	2,29	+ 0,39
2.	Bli involverad i en gruppkonversation som är om honom/henne.	4,78	5,24	2,64	+ 0,46
3.	Ge ändamålsenliga ja-nejsvar.	5,90	6,32	4,35	+ 0,42
4.	Berätta om sina känslor.	4,80	4,91	1,65	+ 0,11
5.	Visa att han/hon förstår det som sägs till honom/henne.	6,51	7,70	2,79	+ 1,19
6.	Ha fikabesök och samtal med vänner och grannar (runt sängen eller hemma).	5,46	5,52	2,20	+ 0,06
7.	Föra ett enskilt samtal med dig.	5,22	5,53	3,95	+ 0,31
8.	Säga namnet på någon vars ansikte är framför honom/henne.	3,08	3,12	2,90	+ 0,04
9.	Berätta om fysiska problem som värk och smärta.	4,73	6,39	2,19	+ 1,66
10.	Föra ett spontant samtal (som att påbörja ett samtal och/eller byta ämne).	3,15	4,04	2,65	+ 0,89
11.	Svara på eller själv kommunicera något (inklusive ja eller nej), utan ord.	6,14	5,79	2,02	- 0,35
12.	Påbörja ett samtal med personer som inte tillhör den närmsta familjen.	2,23	3,26	1,86	+ 1,03
13.	Förstå skrift.	6,48	6,26	2,44	- 0,22
14.	Vara en del av ett samtal när det är snabbt och ett antal personer är inblandade.	2,67	2,53	1,78	- 0,14
15.	Delta i ett samtal med okända.	2,22	2,63	,78	+ 0,41
16.	Beskriva eller diskutera något på djupet.	1,28	1,82	1,17	+ 0,54
Totalt		4,48	4,90		+ 0,42

Notering: \bar{x} Före= Medelvärde före, \bar{x} Efter= Medelvärde Efter, *Sd.*= Standardavvikelse.

Goal attainment scaling (GAS). Resultat och mål för samtliga deltagare redovisas i tabell 7. Av utrymmesskäl har endast de förväntade målen, dvs. 0-nivån, i måluppfyllelseskalorna redovisats. Totalt för hela gruppen var det 19 mål med skalsteg som utformades. Av dem var det sex mål som fick resultatet 0 dvs. ”väntat resultat”. Fyra mål fick -2 som resultat dvs. ”mycket sämre resultat än väntat” och fyra mål fick resultatet -1 dvs. ”sämre resultat än väntat”. Tre mål fick resultatet +2 dvs. ”mycket bättre resultat än väntat” och två mål fick resultatet +1 dvs. ”bättre resultat än väntat”.

Tabell 7

Sammanställning av måluppfyllelse (GAS) för deltagarna

D.	Mål 1 (0= Väntat resultat)	Mål 2 (0= Väntat resultat)	Mål 3 (0= Väntat resultat)
1a	0: Minst 2-3 ggr/v tar 1a eller 1p fram boken och oftast lyckas man. Resultat: +2	0: Ni tar fram bokens matbilder när 1a förmedlat att något ska köpas samt när ni planerar inköp. Resultat: -2	0: Boken följer med när ni åker till övriga familjen och är med i rummet när ni träffar familjen hemma hos er. Resultat: -1
2a	0: 2a använder kommunikationsboken för träning 2 ggr/v. Resultat: -2	0: 2a använder kommunikationsboken när han är i Orten/ på plats x för att besvara frågor. Resultat: 0	0: När 2a deltar i gruppverksamhet x är han delaktig i samtal med stöd av kommunikationsboken som han själv plockar fram. Resultat: 0
3a	0: I telefon presentera sig och säga ärende (akut eller ej). Resultat: 0	0: Hjälpa till att utforma inköpslista. Resultat: +2	
4a	0: 4p tar fram kommunikationsboken när missförstånd uppstår- mindre irritation. Resultat: +1		
5a	0: Personal och anhöriga tar fram boken när de kommer till 5a för att förstå och underlätta missförstånd (varje dag) minst 1 ggr. Resultat: -1	0: Använda boken till träning minst 5 dagar/v. Resultat: -2	
6a	0: Ta kontakt med och presentera sig för okänd med hjälp av kommunikationsboken 1 ggr/v. Resultat: -1	0: Komma ihåg att använda kommunikationsboken i hemmet. 6p påminner i början. Resultat: +2	
7a	0: Att 7a varje dag tar initiativ till att använda boken. Resultat: -1		
8a	0: Använder kommunikationsboken kring ämne x när andra möjligheter till informationsöverföring är uttömda. Oftast med gott resultat. Resultat: -2	0: 8a är tämligen säker på att bläddra fram och tillbaka i kommunikationspärmen, samt att peka på veckodag och ev. personer alt. aktiviteter. Resultat: 0	0: 8a försöker integrera sitt ritande med sitt veckoschema. 8a är tämligen säker på att rita substantiv både i ritblocket och i veckoschemat. 8a försöker också, när så behövs, att integrera det han har ritat med bilderna i boken. Resultat: 0
9a	0: Reda ut missförstånd med hustru och barn en gång i veckan med hjälp av kommunikationsboken. Resultat: 0	0: Vid möte med vännen x starta ett samtalsämne med hjälp av kommunikationsboken. Resultat: +1	

Notering: D. = Deltagare.

Anhörigenkät. Resultaten från utvärderingsenkäten som anhöriga/samtalspartners har fyllt i presenteras i tabell 8. Samtliga samtalspartners enkätresultat ingår ($n=9$). Alla har dock inte skattat alla påståenden. Resultaten presenteras som medel- och medianvärde på varje påstående för alla enkäter. 1 stod för ”Stämmer inte alls” och 5 för ”Stämmer helt”. Enkäten avslutades med en uppgift där hela ”kommunikationsbokspaketet” skulle skattas på en skala från 1 till 10 där 10 var bäst. Resultat från denna skattning redovisas längst ned i tabellen.

Det totala medelvärdet för enkäten var 3,96p. Högsta medelvärde hade påstående 13 ”Det var viktigt att utforma en egen personlig bok med eget innehåll och foton/bilder” och 25 ”Det har varit betydelsefullt att vi båda varit delaktiga i arbetet med kommunikationsboken” med 4,78p. Lägsta medelvärde med 2,33p hade påstående 18 ”Min partner [personen med afasi] tar själv initiativ till att använda boken när den behövs – utanför hemmet”. Skattningen av paketet som helhet hade ett medelvärde på 8,94p.

Tabell 8

Anhörigenkät- Sammanställning av samtalspartners skattning av Komm-A modellen

Påstående	\bar{x}	M
1. Sammantaget har vi fått tillräcklig hjälp att komma igång med kommunikationsboken.	4,56	5
2. Tillfällena då vi jobbade med kommunikationsboken var lagom långa.	4,22	4
3. Det var lagom lång tid att prova boken innan det sista tillfället.	4,22	5
4. Hemuppgifterna har känts lagom krävande.	4,11	5
5. Jag fick tillräckligt med information om kommunikationsbok innan vi började arbeta tillsammans med den.	4,44	5
6. Socialt nätverk (då din partner sorterade personer i cirklar) fungerade för att ta reda på vilka personer din partner vill/behöver kommunicera med.	4,13	4,5
7. Med QCL kunde min partner svara på frågor om sin kommunikationsförmåga.	3,63	4
8. Samtalsmatta underlättade för min partner att uttrycka sina åsikter.	3,78	4
9. Svaren från mattsamtalen gav bra underlag då vi utformade kommunikationsboken.	4,00	4
10. CETI (det formulär du fyllde i själv) gav en bra bild av min partners kommunikationsförmåga.	4,38	4
11. Att sätta mål i en skala (GAS) gjorde det tydligt för oss vad vi arbetade för och hur det fungerade.	4,11	4
12. Det var värdefullt att få låna en färdig kommunikationsboksmodell och börja prova hemma.	4,33	5
13. Det var viktigt att utforma en egen personlig bok med eget innehåll och foton/bilder.	4,78	5
14. Kommunikationsbokens storlek (A5) är lagom.	4,00	5
15. Kommunikationsbokens omfattning (antal sidor) och innehåll känns lagom och meningsfullt.	4,22	5
16. Vi kan använda kommunikationsboken för att lösa missförstånd och/eller hitta ord som fattas.	3,89	4
17. Min partner tar själv initiativ till att använda boken när den behövs – i hemmet.	3,22	4
18. Min partner tar själv initiativ till att använda boken när den behövs – utanför hemmet.	2,33	2
19. Det verkar som om min partner har lättare att ”hänga med” då vi använder kommunikationsboken som stöd.	3,11	3
20. När min partner har framme boken så verkar det underlätta för andra att påbörja samtal.	3,22	4
21. Jag har fått tillräckligt med utrymme för frågor och diskussion.	4,67	5
22. Det fanns ett behov hos oss att hitta ett redskap för att underlätta vår kommunikation.	4,00	4
23. Kommunikationsboken kom ”rätt i tid” för oss.	3,11	3
24. Det arbete jag fått lägga ner på boken motsvarar de förväntningar jag hade.	3,88	4,5
25. Det har varit betydelsefullt att vi båda varit delaktiga i arbetet med kommunikationsboken.	4,78	5

	Totalt	3,96	4,16
	Skattning av paketet som helhet (1-10)	8,94	9

Notering: \bar{x} = Medel, M = Median

Resultat gruppstudie - logopeders

Logopedenkät. Resultaten från logopedenkäten redovisas nedan i tabell 9, fråga 1-9 redovisas ej då de berör kommunikationsboksutbildningen. I tabellen benämns Komm-A modellen som kommunikationsboksmetoden. Resultaten redovisas för samtliga logopeders ($n=6$) skattning på varje påstående i enkäten. Alla har dock inte skattat varje påstående. 1 stod för ”Stämmer inte alls” och 5 för ”Stämmer helt”. I tabellen redovisas även sammanlagda medel- och medianvärden för varje påstående. Enkäten avslutades med en uppgift där hela ”kommunikationsbokspaketet” skulle skattas på en skala från 1 till 10 där 10 var bäst. Resultat från denna skattning redovisas längst ned i tabellen.

Det totala medelvärdet för enkäten var 3,52p. Skattningen på hela paketet resulterade i ett medelvärde som var 7. Högsta medelvärde hade påstående nr. 20 ”Det var värdefullt att ha tillgång till en färdig kommunikationsboksmall för att visa/låna ut” med 4,66p. Lägsta medelvärde hade påstående nr. 28 ”Mitt intryck är att personen med afasi själv tar initiativ till att använda boken när den behövs – utanför hemmet” med 1,5p.

Tabell 9

Logopedenkät- Sammanställning av logopedernas skattningar av Komm-A modellen

Påstående	L1	L2	L3	L4	L5	L6	\bar{x}	M
10. Förslaget till arbetsgång var bra som utgångspunkt.	5	4	3	5	5	4	4,33	4,5
11. Antal tillfällen i arbetsgången stämde bra.	1	5	4	3	5	2	3,33	3,5
12. Det var lagom lång tid (2 mån) att prova boken innan det sista tillfället.	4	5	4	4	3	3	3,83	4
13. Hemuppgifterna fungerade.	3	4	4	2	1	3	2,83	3
14. Kommunikationsboksmetoden är en genomförbar insats i min verksamhet.	2	4	3	2	5	4	3,33	3,5
15. Socialt nätverk var till nytta i arbetet med kommunikationsboksmetoden.	5	2	3	2	5	5	3,66	4
16. QCL var till nytta i arbetet med kommunikationsboksmetoden.	2	1	5	3	3	3	2,83	3
17. Samtalsmatta var till nytta i arbetet med kommunikationsboksmetoden.	5	4	4	1	4	5	3,83	4
18. CETI var till nytta i arbetet med kommunikationsboksmetoden.	4	1	4	3	5	4	3,5	4
19. Måluppfyllelseskala (GAS) var till nytta i arbetet med kommunikationsboksmetoden.	5	3	3	5	5	5	4,33	5
20. Det var värdefullt att ha tillgång till en färdig kommunikationsboksmall för att visa/låna ut.	5	5	5	3	5	5	4,66	5
21. Tillgång till datormallar underlättar för att tillverka en kommunikationsbok.	3	5	4	4	5	1	3,66	4
22. Det är bra att ha två olika mallar (grav och måttlig) att välja på.	5	5	4	2	5	3	4	4,5
23. Mallens storlek (A5) är lagom.	2	4	4	5	5	3	3,83	4

24. InPrint är ett bra redskap för att tillverka kommunikationsbok.	3	5	5	4	4	1	3,66	4
25. Mitt intryck är att deltagarparet kan använda kommunikationsboken för att lösa missförstånd.	4	4	3	2	3	4	3,33	3,5
26. Mitt intryck är att personen med afasi kan använda kommunikationsboken för att hitta ord som fattas.	3	2	3	2	3	2,5	2,58	2,75
27. Mitt intryck är att personen med afasi själv tar initiativ till att använda boken när den behövs - i hemmet.	1	4	2	1	3	1,5	2,08	1,75
28. Mitt intryck är att personen med afasi själv tar initiativ till att använda boken när den behövs - utanför hemmet.	1	2	1	1	3	1	1,5	1
29. Mitt intryck är att personen med afasi har lättare att "hänga med" då kommunikationsboken används.	4	4	3	2	3	2,5	3,08	3
30. Mitt intryck är att när personen med afasi har boken framme så verkar det underlätta för andra att påbörja samtal.	5	-	-	-	5	3	4,33	5
31. Det arbete jag fått lägga ner på boken motsvarar de förväntningar jag hade.	3	-	3	3	2	2	2	3
32. Det har varit betydelsefullt att alla parter enligt metoden skall vara delaktiga i arbetet med kommunikationsboken.	5	5	5	1	5	5	4,33	5
Totalt	3,59	3,86	3,71	2,97	3,75	3,21	3,52	3,65
Skattning av paketet som helhet (1-10)	7	7	8	5	7	8	7	7

Notering: L innebär "logoped", \bar{x} = Medel, M= Median.

Gruppintervju

De åsikter som logopederna framförde under intervjun presenteras nedan sammanfattat i löpande text. Kategorier som identifierades för gruppintervjun med logopederna var 1) tidsåtgången för logopederna 2) åsikter om kommunikationsboken 3) kartläggningen – QCL, CETI, GAS, samtalsmatta och socialt nätverk 4) Komm-A modellen 5) kommunikationsbok i din verksamhet 6) förändring av patientens kommunikationsförmåga 7) förändring av parternas kommunikation med personen med afasi och 8) förändring av parternas förståelse för den afasidrabbades svårigheter.

Tidsåtgången för logopederna. En gemensam uppfattning var att genomförandet av interventionen tagit mycket tid. Detta gällde framförallt tillverkandet av kommunikationsboken, varför logopederna var positivt inställda till idén att deltagarparen skulle ta över en större del av denna. En åsikt var att det behövdes utvärderingar av hur interventionen fungerar över tid, för att kunna motivera tidsåtgången för genomförandet.

Åsikter om kommunikationsboken. Kommunikationsboken ansågs vara bra att använda i specifika konkreta situationer, exempelvis vid utformandet av en inköpslista. Boken hade dock begränsningar i vissa situationer. En sådan begränsning var att den inte var till så mycket hjälp i situationer då man körde fast i kommunikationen. Detta kunde bland annat bero på att de bilder man behövde just då inte fanns i boken. Förslag fanns på att man skulle börja med endast ett fåtal sidor i boken och sedan bygga ut den efterhand. Detta skulle göra det lättare att lära sig använda boken och även minska risken att mycket arbete lades ner på den utan att den sedan blev använd. En gemensam uppfattning var att Komm-A modellen inte passade för alla och att man behövde individanpassa den. Det ansågs också vara av vikt att man la ner mycket

tid på att tillsammans med deltagarparet träna på användandet av boken och att ge ut hemuppgifter relaterade till bokens användning.

Kartläggningen. Kartläggningen ansågs ha varit värdefull. En åsikt var att QCL och samtalsmatta var intressant på så sätt att det "...är ju liksom det enda sättet upplever jag som man kan komma lite grann under ytan på vad människor egentligen känner och tänker om sina svårigheter...".

QCL. Det råde delade uppfattningar om användandet av QCL. En del personer med afasi hade klarat att fylla i instrumentet, medan andra hade haft svårigheter. En allmän försiktighet fanns kring att använda instrumentet för personer med omfattande hörförståelsenedsättningar. Det ansågs även finnas en obalans i svårighetsgrad mellan en del av påståendena.

CETI. En fördel med CETI var att samtalspartnern blev medveten om andra delar av kommunikationen än den var innan. Partnern blev också mer medveten kring hur man kunde tänka och resonera kring kommunikation. Några samtalspartners hade i efterhand velat sänka sina ursprungliga skattningar. Detta ansågs dock inte vara unikt för CETI, utan kunde förekomma för utvärderingsinstrument i allmänhet. En annan synpunkt var att instrumentet kan fungera bra som underlag för diskussion.

GAS. GAS upplevdes som ett bra instrument. Möjligheten att gradera målen ansågs vara positivt. Dock fanns svårigheter att få deltagarparen att själva formulera målen och de flesta logopederna hade i varierande grad fått sätta målen i samråd med deltagarparen.

Samtalsmatta. Samtalsmattan föreföll ha varit till hjälp i kartläggningsarbetet. Några logopederna hade upplevt att deltagarna haft svårigheter att korrekt uppfatta skalan och svara på de frågor som ställdes. Även här väcktes tanken om försiktighet vid användandet av metoden med personer med omfattande hörförståelsenedsättning.

Komm-A modellen. Samtliga tyckte att det var bra att ha en modell att följa och att den gav struktur. Tidsåtgången för helheten stämde väldigt bra, även om fördelningen kanske såg annorlunda ut "...det stod kanske 25 minuter för samtalsmatta och så tog det bara en kvart men något annat tog tio minuter extra...". Samtliga hade träffat sina patienter fem gånger, enligt modellen. En logoped hade dock önskat lägga till ett eller två tillfällen då hon enbart kunde ha träffat samtalspartnern.

Kommunikationsbok i respektive verksamhet. De som hade erfarenhet av arbete i akutverksamhet ansåg inte att metoden i dess nuvarande form var genomförbar där, då patienterna har mycket korta vårdtider. Det vore därför bättre med en kommunikationsbok som man kan påbörja där för att senare bygga ut om behov finns. Den logoped som arbetar i hemrehabiliteringen upplevde att hennes patienter inte alltid är mogna för att börja fundera över hur kommunikationen fungerar, samt att denna verksamhet var för tidigt i vårdkedjan. Logopeden som arbetar med rehabilitering tyckte att det i hennes verksamhet började bli aktuellt, men att även de som arbetar där har svårt att hinna med interventionen då patienterna behöver en längre period där de verkligen prövar interventionen och får in den i vardagen. En logoped som arbetar i en verksamhet som befinner sig i slutet av vårdkedjan tyckte att interventionen fungerade bra, eftersom anhöriga ofta följer med till logopeden eller på annat sätt är engagerade tillsammans med patienten. Hon tyckte dock att det var svårt med de patienter som till exempel bor på äldreboenden eftersom det då kan vara svårt att hitta en samtalspartner.

Förändring av patientens kommunikationsförmåga. Kommunikationsförmågan förändrades i vissa fall, dock inte i alla. I de fall förändringar uppstod bestod de till exempel i ökad kommunikativ delaktighet, ökad möjlighet till kommunikation genom att man infört ett ritblock i kommunikationsboken, samt ett allmänt ökat självförtroende.

Förändring av partnerns kommunikation med personen med afasi. I de fall förändringar uppstod bestod de exempelvis i användande av boken för att förklara eller förtydliga något för

personen med afasi. Två av paren upplevdes redan före interventionen varit mycket duktiga på att kommunicera och därför hade ingen noterbar förändring skett.

Förändring av partnerns förståelse för den afasidrabbades svårigheter. Förändring skedde även här i vissa fall, inte i alla. I ett fall hade partnern fått en mer realistisk bild av patientens kommunikationsförmåga i och med kartläggningen och de träffar paret haft med logopeden. I ett annat fall hade partnern uttryckt en ökad förståelse, genom att inte längre låtsas förstå vad patienten sa utan istället visade då hon inte förstod.

Resultat fallstudie

Fallstudien består av resultat från intervju med deltagarpar nr 6 (se tabell 3), här benämnda A (personen med afasi) och P (samtalspartnern). Därefter följer resultaten från en intervju med den logoped (nr.6 i tabell 4) som genomförde interventionen med deltagarpar nr 6. Logopeden benämns i intervjun som L. A hade tillgång till sin kommunikationsbok och en samtalsmatta med tillhörande bilder under intervjun.

Intervju med deltagarpar 6

Åsikterna som framfördes kring de aktuella ämnena för intervjun presenteras nedan sammanfattat i löpande text. Kategorier som under analysarbetet identifierades för fallstudiens deltagarintervju var 1) interventionen 2) målsättningsarbetet 3) kommunikationsboken och 4) förändring av parets kommunikation.

Interventionen. P tyckte att de fick tillräckligt med information om interventionen innan den påbörjades. Dock upplevde P att det var svårt att föreställa sig hur det skulle bli i slutändan trots att logopeden förklarade upplägget.

P upplevde att arbetsbördan var lagom stor för henne. A var bortrest en period i första skedet av interventionen och detta upplevde de båda som bra. P trodde att de nog hann med lite mer på grund av det. Att de fick hemuppgifter mellan varje gång kommenterade P som *"...annars hade det nog lätt blivit att den [boken] hade hamnat där..."*. Båda upplevde att de fått träffa logopeden tillräckligt många gånger under interventionen.

Målsättningsarbetet. P tyckte att det var bra att sätta upp mål. A förmedlade med stöd av samtalsmattan att han tyckte att det var sådär. P berättade att logopeden tyckte att de i stort sett hade uppnått målen. På frågan om de själva höll med om detta svarade P följande *"...ja det [målet] var väl att du [A] skulle använda den med personer som du inte kände /.../ och det gjorde du ju när du var bortrest /.../ tre tillfällen eller vad sa du att du hade använt boken..."*. A bekräftade detta.

Kommunikationsboken. Båda ansåg att boken blev anpassad för dem och personlig för A. P trodde att det var bra att de fått mer tid på sig (på grund av att A var borta tre veckor) eftersom de då hade möjlighet att göra boken mer personlig. P berättade att de både lagt till och plockat ur saker ur boken efter hand. De har också varit ute och tagit kort tillsammans som de sedan lagt in i kommunikationsboken. De har själva även lagt till en bokstavstavla med gemener och versaler. Bokstavstavlan är till hjälp för A exempelvis då han ska gå in på en internetadress som anges med gemener eftersom tangentbordets bokstäver är versaler. Förutom bokstavstavlan så används mest de sidor som innehåller yrken, matvaror och kartor.

Deltagarparet använder boken tillsammans 5-10 minuter några gånger i veckan. Om P inte förstår A brukar hon plocka fram den. A har inte haft med sig den när han är och handlar. Han plockar inte heller fram den om någon är på besök. P ansåg att problemet ligger i att komma ihåg den och A höll med om det. Men när A väl kommer ihåg är den bra att ha och han tycker inte att det är något speciellt som saknas i boken. Paret berättade att de försökt att ha med

boken till sjukgymnasten men upplevde att sjukgymnasten inte hade tid utan bara bläddrade igenom boken och sa att den var bra.

A och P berättade att användningen av boken har varit intensiv under interventionens gång. Svårigheten i framtiden anser båda vara att A ska komma ihåg att använda boken när P inte är där. De var överens om att boken har varit till hjälp för att reda ut en del saker. P uttryckte sig som följer ”...ja jag tycker den har varit till nytta /.../ du har pekat och visat...”. Även A uttryckte att han tycker att boken är bra att ha för att kunna visa och peka. P berättade ”...det var någon som hade ringt /.../ då visa han där i [i boken] att det var sjukgymnasten som hade ringt /.../ då var det väldigt lätt helt plötsligt...”.

Förändring av parets kommunikation. På frågan om kommunikationen mellan dem har förändrats på något vis i och med boken sa P ”...ändrats vet jag inte men är det så jag inte förstår vad A [säger], då har jag försökt att ta fram den /.../ en del grejer har vi ju löst väldigt bra med boken /.../ femte semesterveckan till exempel /.../ det hade jag nog aldrig listat ut om vi inte hade haft den /.../ då pekade han [A] på juni, fyra plus en...”. P sa att A är duktig på att rita och försöka förklara men ibland är det stopp och då kanske det kan finnas med i boken.

Deltagarparet tyckte att det var positivt att de båda inkluderats i interventionen. P sa ”...nu vet jag /.../ att vi kan göra den som vi själva vill /.../ så jag tycker det har varit jättebra...”.

Intervju logoped

Kategorier som identifierades för fallstudiens logopedintervju var 1) interventionen 2) målsättningsarbetet 3) parets inställning till interventionen 4) förändring av parets kommunikation och 5) nyttan av interventionen.

Interventionen. L ansåg att arbetsbördan var rimlig både för A och för P men att det kanske var P som fått driva på det hela. ”...men själva arbetsuppgifterna med påminnelse utav P tycker jag har varit rimliga och det är ju mycket för att han [A] är rörlig /.../ att han har kunnat ta sig ut och fotografera och så...”. L upplevde att P var väldigt aktiv under interventionen. L funderade på om det kunde bero på att P arbetar som ledsagare och därför har sett interventionen som en arbetsuppgift.

L upplevde att interventionen för hennes del tagit mycket mer tid än hon förväntat sig. Hon påpekade också att de hade haft datorproblem på hennes arbetsplats, vilket bidrog till den ökade tidsåtgången. Dock tog även utformandet av boken tillsammans med deltagarparet längre tid än hon trodde ”...men det är klart att om man nu ska fortsätta med det här så har man ju en hel del gjort, man blir ju bättre...”. L berättade att interventionen sträckte sig under en längre period än vad som var tänkt, eftersom A varit bortrest. L kommenterade: ”...det tyckte vi alla tre att det var bra, dels så fick de lite längre tid på sig att jobba hemma, och om man tänker att man skulle ha lite mer uppgifter att träna på hemma så skulle det också vara bra /.../ det hinner mogna lite och det hinner uppstå behov...”

Målsättningsarbetet. L upplevde det som att målsättningsarbetet var den svåraste delen i interventionen för deltagarparet. P föreslog mål 1 (se tabell 7), som handlade om att A skulle komma ihåg att använda boken. Det andra målet samtalade alla tre gemensamt fram till utifrån vad A ville och vad han har saknat sedan han fick afasi. Mål 2 handlade om att A skulle försöka ta kontakt och presentera sig för en okänd person. A uttryckte då de formulerade mål 2 att han tyckte att det verkade vara svårt att genomföra. Mål 1 ”att komma ihåg att använda boken utan att P påminner”, fick bästa förväntade utfall (+2), ”använder kommunikationsboken flitigt i hemmet”. Mål 2, ”att ta kontakt med och presentera sig för okänd med kommunikationsboken en gång per vecka”, fick sämre resultat än väntat (-1), ”ta kontakt med vid färre tillfällen än en gång per vecka”. L upplevde att P var väldigt nöjd med att de satte upp mål eftersom de då fick någonting att jobba mot.

Parets inställning till interventionen. L upplevde att A var skeptisk till en början men att han var väldigt aktiv och positiv under kartläggningsfasen. L kommenterade: "...det tror jag nästan är lite av en befrielse för honom att "äntligen får jag det här sagt" /.../ att gradera det var väldigt bra för honom tror jag...". På det stora hela trodde L att A var ganska positivt inställd till interventionen.

Förändring av parets kommunikation. L upplever att A:s kommunikationsförmåga har förändrats under interventionens gång. Eftersom A har gått i kommunikationsgrupper tidigare och där tränat alternativa och kompletterande kommunikationssätt och nu deltar i rytmtterapi, så kunde L inte säga om det har med just den här interventionen att göra. L tycker att A:s initiativ till att kommunicera har förändrats, han tar mer plats och påpekar saker mer än tidigare. P har berättat för L att hon tycker att A har blivit bättre på att rita och skriva ord under den här tidsperioden. P har även berättat att A inte ger upp så lätt, de försöker mycket mer att verkligen reda ut när det blir missförstånd. På frågan om parets kommunikation sinsemellan har förändrats så L att det var svårt att svara på då hon inte träffat dem så mycket tillsammans innan interventionen startade. Hon tror att P alltid har försökt få A att förklara på olika sätt, att det är naturligt för henne.

Nytan av interventionen. L tycker att interventionen har varit till nytta för paret. Hon tyckte också att det har varit bra att träffa båda parter. L ansåg att paret själva har varit duktiga att hitta på saker när det har behövts t ex. att skaffa nya bilder.

Diskussion

Studien syftade till att utvärdera Komm-A modellen för arbete med kommunikationsbok för personer med afasi i logopedisk verksamhet. Detta gjordes genom att utvärdera både deltagarparens och logopedernas uppfattningar av arbetet med interventionen. Ytterligare syfte var att undersöka förändring i kommunikation hos deltagarparen. Resultaten visar att modellen fungerar att använda för personer med afasi i logopedisk verksamhet, att deltagande samtalspartners var nöjda med interventionen, samt att viss förändring av kommunikationen skedde för deltagarparen.

Resultaten från ifyllandet av skattningsinstrumenten CETI och QCL visade på relativt små ökningar från före till efter. Liknande resultat har visats i en studie av Johnson et al. (2008), där CETI och QCL användes för att mäta förändring av kommunikativa förmågor. Faktorer som kan ha haft betydelse för resultaten på QCL i föreliggande studie är ovana att fylla i denna typ av formulär, deltagarens dagsform och det faktum att den svenska översättningen inte är formellt utprovad sedan tidigare. Under gruppintervjun framkom att vissa logopeder var förvånade över hur väl deras patienter klarat att skatta påståendena. Det fanns även vissa tveksamheter inför att använda denna typ av instrument för personer med omfattande hörförståelsenedsättningar då man inte kan vara säker på att de uppfattat uppgiften korrekt. De påståenden som ingår i QCL är både konkreta ("Jag använder telefonen") och abstrakta ("Jag kan uppskatta det som är roligt i livet") vilket kan bidra till att instrumentet blir svårtolkat för personer med afasi. Reliabilitets- och validitetsmätningar som gjordes vid framtagningen av instrumentet, där 71 % av deltagarna hade afasi, talar dock emot detta (Paul et al., 2004). Paul et al. skriver att QCL är användbart för vuxna med neurologisk kommunikationsstörning oavsett kommunikationsstörningens svårighetsgrad och tid sedan insjuknandet.

För CETI kan en orsak till de relativt små ökningarna vara att en del anhöriga tyckte att det var svårt att fylla i instrumentet och var osäkra på sina skattningar. Detta togs upp av flera logopeder under gruppintervjun. Skattningskalan i CETI går mellan "oförmögen" till "förmåga som innan afasin", vilket kan föranleda en del osäkerhet eftersom samtalspartners

bild av förmågan innan afasin kan vara otydlig. En annan orsak skulle kunna vara att de anhöriga fått en ökad insikt i den afasidrabbades svårigheter, vilket även det togs upp under intervjun med logopederna. En sådan eventuellt ökad insikt bör ses som en positiv effekt av användandet av instrumentet, då detta kan leda till förbättrad kommunikation mellan samtalspartnern och personen med afasi.

Oväntat var att påståendet i CETI som handlade om att kunna förmedla saker utan ord hade minskat då boken istället borde ha underlättat härvidlag. Minskningen var dock liten, och den tidigare nämnda osäkerheten över skattningarna kan ha påverkat resultatet.

Arbetet med målsättning med hjälp av GAS upplevdes som positivt, då det gav en tydlig struktur och något att arbeta mot. De mål som sattes för interventionen ökade i majoriteten av fallen. Eftersom flertalet av dessa var relaterade till parens kommunikation vid användning av kommunikationsboken är detta ett glädjande resultat. Det innebär att de flesta deltagarna hade nytta av boken för att underlätta deras kommunikation i något avseende. I de fall negativa utfall uppstått kan det ha flera orsaker. En orsak kan vara att det är svårt för deltagarparen att sätta mål, speciellt då kanske för personen med afasi. Detta styrks både i resultaten från fallstudien och i gruppintervjun. I dessa fall kan det finnas en risk att deltagarna inte upplevde målformuleringarna som sina egna och därför inte strävade efter att uppnå dem på samma sätt. En annan faktor som kan ha spelat in är logopedernas tidigare erfarenhet av att arbeta med målsättningsarbete. Schlosser (2004) poängterar vikten av att man tränas i att använda GAS för att målsättningsarbetet ska bli optimalt. Trots att GAS introducerades för logopederna under den inledande kommunikationsboksutbildningen, krävs sannolikt ytterligare klinisk träning av instrumentet.

En effekt av interventionen var enligt flera av logopederna att samtalspartnern fått en ökad insikt i den afasidrabbades svårigheter. Detta kan bero både på kartläggningsarbetet och på själva användandet av kommunikationsboken. Kartläggningen verkar fylla en viktig funktion i Komm-A modellen och inte enbart som hjälp i tillverkandet av själva boken utan också för att logopeden och samtalspartnern får ökad insikt i den afasidrabbades kommunikationssituation. En annan orsak till varför det är viktigt att patienten själv bidrar med information är enligt Eadie et al. (2006) att det kan underlätta för vårdgivaren att ta beslut gällande behandlingen. I gruppintervjun påpekade en logoped att instrumenten QCL och samtalsmatta var intressanta eftersom hon upplevde att man kunde få inblick i hur personen med afasi tänker och känner kring sina svårigheter. För logopedens del ger kartläggningen en möjlighet att lära känna sin patient och ge honom/henne chans att uttrycka åsikter som är viktiga för honom/henne. Detta är något som författarna anser borde ägnas uppmärksamhet i arbetet med personer med afasi.

Komm-A modellen föreföll fungera olika bra i olika verksamheter. Detta eftersom interventionen upplevdes kräva lång vårdtid, vilket innebär att man måste ha möjlighet att träffa patienten under en längre tidsperiod. Lasker, Garrett och Fox (2007) skriver om AKK för personer med afasi utifrån olika verksamheter i vårdkedjan. De skriver att logopedens roll vad gäller behandling av kommunikation i akutskedet är något oklar men att en primär uppgift kan vara att så snabbt som möjligt försöka återupprätta någon form av kommunikation för personen med afasi. Senare i vårdkedjan, i form av dag- eller hemrehabilitering, kan man tydligare se vilken typ av kommunikator personen kommer att bli och därefter anpassa AKK-insatserna (Lasker et al., 2007). Detta kan anknytas till resultaten för föreliggande studies gruppintervju som tyder på att det är lättare att genomföra Komm-A modellen i en verksamhet som ligger senare i vårdkedjan än i en akutverksamhet.

Logopederna i föreliggande studie ansåg att en viss tid behövde ha förflutit sedan patientens insjuknande innan man påbörjar interventionen. Enligt Beukelman et al. (2007) är det vanligt att kliniker inte introducerar AKK för personer med grav afasi förrän efter den spontana förbättringen av språkförmågan stabiliserats. Beukelman et al. menar att detta kan hindra en framgångsrik inläring av kommunikationsstrategier. I studien av Ellborg och Zechel (2005)

uttryckte samtliga deltagare att de skulle önskat att kommunikationsboken utformats tidigare i rehabiliteringen. Resultat från anhörigenkäten i föreliggande studie visar att de anhöriga skattat påståendet ”Kommunikationsboken kom i rätt tid” relativt lågt. Detta skulle kunna innebära att de anhöriga även i föreliggande studie önskat att boken kommit tidigare.

För att underlätta användandet av Komm-A modellen i verksamheter med kort vårdtid föreslogs i gruppintervjun att man skulle börja med en mindre variant av kommunikationsboken och sedan bygga ut den efter hand. Detta förslag upplevs som positivt av författarna eftersom man då har större möjlighet att tidigt se om boken kommer till användning eller inte och erbjuda deltagarparen en typ av inlärningsperiod. Förslaget skulle också innebära att genomförandet av intervention sker under en längre tidsperiod, vilket med stöd av resultaten från fallstudien bör ses som positivt.

Interventionen ansågs av logopederna vara mycket tidskrävande, främst då tillverkanget av kommunikationsboken. Även om tillhandahållandet av mallar underlättar produktionen av boken så tar den personliga anpassningen mycket tid. Ett syfte med Komm-A projektet är att utveckla studiecirkel för tillverkanget av kommunikationsböcker. Detta har påbörjats i delar av Västra Götalandsregionen. Denna arbetsform innebär att personen med afasi och samtalspartnern tar ett större ansvar för utformandet av boken, vilket logopederna i gruppintervjun tyckte skulle vara positivt då detta skulle minska logopedernas tidsåtgång för genomförandet av interventionen. Författarna anser också att det är bra om deltagarparen själva tar eget ansvar för boken så att de från början upplever den som deras egna, då betydelsen av en personligt utformad bok tidigare påvisats i studien av Ellborg och Zechel (2005).

Logopederna tyckte att det varit bra att ha en modell att jobba efter, eftersom denna gav struktur för de olika momenten. För interventioner som sträcker sig under en längre tidsperiod kan en modell vara värdefull för att få struktur och översikt över insatserna. En färdig modell kan också underlätta för deltagarparen, då de har möjlighet att få en ökad inblick i hur interventionen kommer att genomföras. Det är dock viktigt att möjligheter till anpassning av modellen finns, för att kunna tillgodose deltagarparens behov.

Att båda samtalspartnern och personen med afasi var delaktiga i interventionen upplevdes positivt av både samtalspartners och logopeder. Dessa resultat visar på vikten av att inkludera närstående i interventioner för personer med afasi (Lasker & Bedrosian, 2000; Ellborg & Zechel, 2005; Lasker, Garrett & Fox, 2007).

De anhöriga upplevde att personen med afasi hade svårt att själv ta initiativ till att använda boken. De två påståenden som rörde detta skattade även logopederna lågt i sin enkät. De anhöriga och logopederna var alltså överens om detta. Eftersom de flesta personer med grav afasi är ”partner-beroende kommunikatörer” (Lasker, Garrett & Fox, 2007) så är denna skattning förståelig och i viss mån förväntad. Samtalspartners har som tidigare nämnts en avgörande roll för kommunikativ framgång och möjlighet till delaktighet för de partner-beroende kommunikatörerna. Man kan därför inte lägga initiativansvaret på dessa personer själva.

Validitet och reliabilitet

Intern validitet innebär enligt Svartdal (2001) hur giltiga slutsatserna i en given undersökning är. Ett hot mot den interna validiteten i föreliggande studie är att författarna inte säkert kan veta att logopederna som utförde interventionen höll sig till den föreskrivna modellen. Detta kallar Schlosser (2003) för ”treatment integrity”. I gruppintervjun uppgav deltagande logopeder att de följt Komm-A modellen. Man kan dock inte utesluta att det funnits skillnader i logopedernas förfarande.

Komm-A modellen innebär att deltagarparet träffar logoped vid flera tillfällen. Kartlägningsarbetet fokuserar på deltagarnas kommunikation och egna upplevelser av kommunikation. Detta skulle kunna påverka den interna validiteten genom att deltagarna också svarar på den uppmärksamhet de får och inte bara på interventionen, den så kallade Hawthorne-effekten (Schlosser, 2003). I föreliggande studie skulle detta ha kunnat påverka deltagarparens resultat i positiv riktning, även om inga indikationer på detta framkommit under utvärderingen.

Vid analys av intervjuer finns risk att intervjudeltagarnas svar misstolkas. Författarna har försökt eliminera risken för detta genom att författarna var för sig transkriberat och kodat materialet och sedan jämfört resultaten. Vid skild uppfattning har konsensus uppnåtts genom diskussion.

Extern validitet innebär huruvida resultaten kan generaliseras till en population (Svartdal, 2001). Den externa validiteten i föreliggande studie anses vara låg, då antalet deltagare var få och slumpmässigt urval ej tillämpades. Eftersom flera olika datakällor använts kan dock resultaten ge en indikation på om Komm-A modellen fungerar att använda för gruppen personer med afasi.

Social validitet innebär den sociala betydelsen av mål, metoder och resultat (Schlosser, 2003). I föreliggande studie innebär detta att den sociala validiteten är mycket hög då interventionen utgår från deltagarnas sociala kommunikationssituation. Deltagarparen har själva i olika hög grad formulerat mål för interventionen, utifrån sin egen vardag. De utvärderingsinstrument som används i studien (QCL, CETI, GAS, Anhörigenkät) utgår från deras kommunikativa vardag och kommunikationsböckerna är personligt utformade.

Begreppet reliabilitet är något svårapplicerat på denna studie då det är en mixad design av kvantitativ och kvalitativ metodik. Vad gäller den kvantitativa delen av studien borde den anses ha relativt hög reliabilitet då flera av instrumenten (QCL, CETI) tidigare testats och visat sig vara reliabla.

Reliabilitet inom kvalitativ metodik är inte okomplicerat (Kvale, 1997; Trost, 2005). Begrepp som istället har föreslagits är trovärdighet eller tillförlitlighet. Det är viktigt att kunna visa att data är insamlade på sådant sätt att de är seriösa (t.ex. genom etiska överväganden) och relevanta för den aktuella problemställningen för att påvisa deras trovärdighet (Trost, 2005). I föreliggande studie bestämdes intervjuguiderna utifrån frågeställningar och problemformuleringar. Etiska överväganden togs i beaktande vid intervjuerna, såsom skriftligt medgivande vid fallstudiens deltagarintervju och möjlighet att i efterhand kontakta intervjuerna (författarna) via telefon. Även vid intervjuanalysen gjordes etiska överväganden då sådant som skulle kunna röja någon deltagares identitet uteslöts. Således bör trovärdigheten i studiens kvalitativa resultat vara hög.

Wibeck (2000) skriver om reliabilitet utifrån fokusgruppsstudier, vilket liknar föreliggande studies semistrukturerade gruppintervju. Ett sätt att försäkra sig om reliabilitet i fokusgruppsstudier är att låta flera forskare oberoende av varandra göra översiktsanalyser som sedan jämförs och diskuteras (Wibeck, 2000). Vid föreliggande studiers intervjuanalys gjorde författarna just detta vilket borde höja reliabiliteten för samtliga intervjuer.

Styrkor och begränsningar i föreliggande studie

En styrka med studien är användandet av flera olika källor, så kallad datatriangulering. Triangulering gör att validiteten i en studie ökar (Miles & Huberman, 1994) genom användandet av olika informationskällor. I föreliggande studie intervjuades både ett deltagarpar, deras logoped och en grupp logoped. En annan styrka är att studien inkluderar både kvantitativa och kvalitativa data, vilka kan jämföras med varandra för att bekräfta

upplevelser och synpunkter från deltagarparen och deras logopeders. Det är många gånger en fördel att kombinera kvantitativa och kvalitativa metoder (Eliasson, 2006).

En begränsning i studien är att den däremot inte tar upp den afasidrabbades åsikter om interventionen i lika stor utsträckning som den tar upp samtalspartners och logopeders åsikter. Studien har relativt få deltagare, vilket gör att man inte kan dra några slutsatser för gruppen ”personer med afasi” som helhet. En kontrollgrupp, som till exempel bara genomfört kartläggningsdelen men ej fått en kommunikationsbok, saknas.

Slutsatser och kliniska implikationer

Resultaten för QCL, CETI och GAS visar en viss positiv förändring av den afasidrabbades kommunikation, då medelvärden ökade från före till efter interventionen för QCL och CETI och majoriteten av målen för GAS uppfylldes. Resultaten från anhörigenkäten och fallstudien visar också att samtalspartnern i de flesta fall varit mycket nöjd med interventionen. Logopederna framförde i gruppintervjun och enkäten blandade åsikter, men uppfattade interventionen som övervägande positiv även om den var i behov av vissa förändringar för att fungera tillfredsställande i logopedisk verksamhet. Dessa förändringar kan till exempel bestå i att deltagarparen tar ett större ansvar för tillverkandet av boken. Deltagarparens kommunikation förändrades i vissa fall då de hade boken att tillgå. I några fall förändrades samtalspartners förståelse för de svårigheter som personen med afasi upplevde. Detta beror troligtvis på både kartläggningsprocessen och kommunikationsboken. Vidare uppvisar studien en hög social validitet, vilket bör eftersträvas vid utvärdering av en intervention. Således föreslås, med stöd i ovan redovisade resultat, att Komm-A modellen är en fungerande intervention för personer med afasi.

Förslag till framtida forskning

I framtida studier vore det önskvärt att fokusera mer på den afasidrabbades upplevelse av AKK-intervention. En större studie med fler deltagarpär och en kontrollgrupp skulle utöka kunskaperna på området. En longitudinell studie av användandet av kommunikationsbok för personer med afasi skulle tillföra ytterligare insikter. Framtida studier bör även undersöka betydelsen av bokens upplägg och innehåll. Fortsatt forskning kring betydelsen av partnerinriktad intervention inom AKK-området bör göras för att ytterligare påvisa effekten av och närmare undersöka denna sannolikt mycket viktiga framgångsfaktor.

Referenser

- Afasiförbundet i Sverige. Hämtad 11 januari, 2009 från www.afasi.se/vad.shtml
- Bergström, A., & Ander, A. (2008). Svensk översättning av påståendena i Quality of communication life scale (QCL). Ej publicerat.
- Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L., & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review [elektronisk version]. *Augmentative and Alternative Communication*, 23, 230-242.
- Carlberg, H. (2007). *Socialt nätverk – kartläggning av kommunikationen mellan individer med komplexa kommunikativa behov och deras kommunikationspartners*. Svensk översättning. Umeå: Specialpedagogiska institutet.

- DARTs hemsida, Tips & Material, Kommunikationsbok för personer med afasi. www.dart-gbg.org/index2.html
- Eadie, T. L., Yorkston, K.M., Klasner, E. R., Dudgeon, B. J., Deitz, J. C., Baylor, C. R., Miller, R. M., & Amtmann, D. (2006). Measuring communicative participation: a review of self-report instruments in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology, 15*, 307-320.
- Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Ellborg, H., & Zechel, S. (2005). *Vi skulle haft en så'n från början – Utvärdering av hur personer med afasi kan förbättra sin kommunikation med AKK i form av en kommunikationsbok*. Opublicerad magisteruppsats i logopedi, Göteborgs universitet: Institutionen för neurovetenskap och fysiologi/logopedi.
- Ferm, U. (2007). *Talking Mats en metod som underlättar kommunikation*. Svensk översättning. Göteborg: Frösunda tryckeri daglig verksamhet.
- Ferm, U. & Thunberg, G. (2008). Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK). I L. Hartelius, U. Nettelbladt, & B. Hammarberg (red:er) *Logopedi* (461-470). Lund: Studentlitteratur.
- Garret, K. L., & Beukelman, D. R. (1992). Augmentative Communication Approaches for Persons with Severe Aphasia. I K. M. Yorkston (red.), *Augmentative Communication in the Medical Setting* (ss.245-321). Tucson, Arizona: Communication Skill Builders.
- Ho, K. M., Weiss, S. J., Garrett, K. L., & Lloyd, L. L. (2005). The effect of remnant and pictographic books on the communicative interaction of individuals with global aphasia [elektronisk version]. *Augmentative and Alternative Communication, 21*, 218-232.
- Hersh, D. (1998). Beyond the 'plateau': discharge dilemmas in chronic aphasia [elektronisk version]. *Aphasiology, 12*, 207-243.
- Jacobs, B., Drew, R., Ogletree, B. T., & Pierce, K. (2004). Augmentative and alternative communication (AAC) for adults with severe aphasia: where we stand and how we can go further [elektronisk version]. *Disability and Rehabilitation, 26*, 1231-1240.
- Johnson, R. K., Hough, M. S., King, K. A., Vos, P., & Jeffs, T. (2008). Functional communication in individuals with chronic severe aphasia using augmentative communication [elektronisk version]. *Augmentative and Alternative Communication, 24*, 269-280.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (red:er) (1994). *Goal Attainment Scaling: applications, theory and measurement*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Koul, R., & Corwin, M. (2003). Efficacy of AAC Intervention in Individuals with Chronic Severe Aphasia. I R. W. Schlosser (red.), *The Efficacy of Augmentative and Alternative Communication: Toward Evidence-Based Practice* (ss.449-470). New York: Academic Press.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (S. Torhell, övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Lasker, J. P., & Bedrosian, J. L. (2000). Acceptance of AAC by adults with acquired disorders. I D. R. Beukelman, K. M. Yorkston, & J. Reichle (red:er) *Augmentative and alternative communication for adults with acquired neurologic disorders* (ss.107-136). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Lasker, J. P., Garrett, K. L., & Fox, L. E. (2007). Severe Aphasia. I D. R. Beukelman, K. L. Garrett, & K. M. Yorkston (red:er), *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions* (ss.163-206). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Lindström, E., & Werner, C. (1995). *A-ning neurolingvistisk afasiundersökning*. Stockholm: Ersta utbildningsinstitut.

- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989) The communicative effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 113-124.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Graneskär, & B. Höglund Nielsen (red:er), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss.159-172). Lund: Studentlitteratur AB.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Paul, D. R., Frattali, C. M., Holland, A. L., Thompson, C. K., Caperton, C. J., & Slater, S. C. (2004). *Quality of Communication Life Scale: Manual*. Rockville, MD: American Speech and Hearing Association.
- Pring, T. (2005). *Research Methods in Communication Disorders*. London och Philadelphia: Whurr Publishers Ltd.
- Raghavendra, P., Bornman, J., Granlund, M., & Björck-Åkesson, E. (2007). The world health organization's classification of functioning, disability and health: Implications for clinical and research practice in the field of augmentative and alternative communication [elektronisk version]. *Augmentative and Alternative Communication*, 23, 349-361.
- Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers* (2:a upplagan). Oxford: Blackwell Publishing.
- Sandin, E. (1996, reviderad 1997). Svensk översättning av påståendena i Communicative effectiveness index (CETI). Ej publicerat.
- Schlosser, R. W. (2003). Validity. I R. W. Schlosser (red.), *The Efficacy of Augmentative and Alternative Communication: Toward Evidence-Based Practice* (ss.27-39). New York: Academic Press.
- Schlosser, R. W. (2004). Goal attainment scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: a critical review [elektronisk version]. *Journal of Communication Disorders*, 37, 217-239.
- Simmons-Mackie, N. N. (2000). Social Approaches to the Management of Aphasia. I L. E. Worrall, & C. M. Frattali (red:er), *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach* (ss.162-187). New York: Thieme New York.
- Socialstyrelsen (2003:4:1). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Svensk version av International classification of functioning, disability and health [elektronisk version]. Vällingby: Bjurner och Bruno AB.
- Svartdal, F. (2001). *Psykologins forskningsmetoder – en introduktion* (P. Larson, övers.). Stockholm: Liber AB.
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Widgit Software (2005). *Communicate: InPrint*.
- Worrall, L. E. (1995). The Functional Communication Perspective. I C. Code, & D. Müller (red:er), *The Treatment of Aphasia: From Theory to Practice* (ss.47-69). London: Whurr Publishers.
- Worrall, L. E. (2000). A Conceptual Framework for a Functional Approach to Acquired Neurogenic Disorders of Communication and Swallowing. I L. E. Worrall, & C. M. Frattali (red:er), *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach* (ss.3-18). New York: Thieme New York.