



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för neurovetenskap och fysiologi  
Enheten för logopedi

233

## **Kommunikationsträning till närstående till personer med Parkinsons sjukdom – en pilotstudie**

Malin Antonsson  
Emma Forsgren

Examensarbete i logopedi  
30 högskolepoäng  
Vårterminen 2011

Handledare  
Charlotta Saldert



# **Kommunikationsträning för närstående till personer med Parkinsons sjukdom – en pilotstudie**

Malin Antonsson  
Emma Forsgren

*Sammanfattning.* Studien undersökte hur en kommunikationsträningsmodell för samtalspartners fungerade för närstående till personer med Parkinsons sjukdom. Deltagarna i studien var tre dyader bestående av personer med Parkinsons sjukdom och deras närstående. Studiens syfte bestod dels i att ta reda på om deltagarna upplevde en förändrad kommunikation efter intervention, dels i att ta reda på om denna eventuella förändring kunde observeras i samtalsinteraktionen. Resultatet visade att 4/6 deltagare upplevde en förbättrad kommunikation efter intervention. Denna förbättring gick dock ej att observera i samtalsinteraktionen. Studiens resultat indikerade att den valda kommunikationsträningsmodellen fungerade väl, då majoriteten av deltagarna upplevde en förbättrad kommunikation efter intervention. Dock bör vidare studier göras för att fastställa om en upplevd skillnad tydligare kan ses i samtalsinteraktionen.

Nyckelord: anhörigträning, Parkinsons sjukdom, kommunikation, fallstudie, kognition

*Abstract.* The study explored how a model for conversation partner training worked for family members of people with Parkinson's disease. Participants in the study were three dyads consisting of persons with PD and their carers. The purpose of the study consisted in finding out whether the participants experienced a change in communication after the intervention, and in finding out if this potential change could be observed in the conversation. The results showed that 4/6 participants experienced an improvement in communication after the intervention. This improvement was however not observed in the conversation. The result of the study indicated that the conversation training model worked well, as the majority of participants experienced an improvement in communication after the intervention. However, further studies should be performed to determine if a perceived difference could be more clearly seen in the conversation.

Keywords: conversation partner training, Parkinson's disease, communication, case study, cognition

Parkinsons sjukdom är en neurologisk sjukdom som inverkar negativt på individens kommunikationsförmåga, vilket i förlängningen inte endast har betydelse för den drabbade utan även påverkar de närstående (Whitworth, Lesser & McKeith, 1999). Parkinsonism är en övergripande term och kan i sin tur delas upp i underkategorierna idiopatisk Parkinsons sjukdom där orsaken är okänd, och sekundär Parkinsonism där orsaken är känd. Sekundär Parkinsonism orsakas av infektion, gift, droger, multipla strokes eller upprepade trauman (Yorkston, Beukelman, Strand & Bell, 1999).

Utöver denna uppdelning finns en grupp med så kallade Parkinson plus sjukdomar vilka kännetecknas av att de ej svarar på levodopabehandling, vilken är den vanligaste medicineringen vid Parkinsonism (Fagius, 2006). Parkinsons sjukdom (PS) av idiopatisk typ är en progredierande neurodegenerativ sjukdom som kännetecknas av symtomtriaden; viltremor, hypokinesi och muskelrigiditet. Detta uppstår till följd av en nedbrytning av dopaminerga nervceller i basala ganglierna och i hjärnstammen (Yorkston et al, 1999). Denna sammanlagda degeneration av nervcellerna leder till en brist på signalsubstansen dopamin vilket påverkar signalöverföringen till hela kroppen (Fagius, 2006). Prevalensen i Västeuropa och USA är 1,5 promille (15/10 000) och den vanligaste debutåldern är 55-60 år även om betydligt yngre personer också kan drabbas. Utöver de tre kardinalsymtomen förekommer även associerade symtom såsom balansproblematik, förändrad kroppshållning och affektiva störningar som depression. I en litteraturgenomgång kring prevalensen av depression hos personer med PS fann man att den genomsnittliga prevalensen för grav depression (major depressive disorder) var 17 % (Reijnders, Ehrt, Weber, Aarsland & Leentjens, 2008). Vidare visade studien att prevalensen för lindrig depression (minor depressive disorder) var 22 % och för dystymi, en mindre intensiv form av depression, var prevalensen 13 %. Intellektuella funktioner är i allmänhet länge välbehållna men 15-20 års förlopp medför en betydligt högre risk för demensutveckling (Fagius, 2006). Vid PS är det vanligt med symtomfluktuationer och dessa kopplas oftast till effekt av medicinering. De flesta patienter svarar under de första åren bra på levodopabehandling, men uppvisar så småningom allt fler fluktuationer. Motoriken kan då växla mellan hypokinesi och hyperkinesi, vilket brukar kallas ”on-off-symtom”. Farmakologisk terapi kan utöver symtomfluktuationer ge både fysiska och psykiska biverkningar så som illamående, hallucinationer och förvirring. Orsaken till idiopatisk PS är som nämnts ovan fortfarande okänd, men i sällsynta fall kan en ärftlighet konstateras och då oftast av autosomalt dominant typ (Johnels, 2001). Behandling av PS innefattar symtombehandling med hjälp av farmakologiska preparat så som levodopa eller dopaminagonist, eller DBS (*Deep Brain Stimulation*) som är en elektrisk stimulering av subthalamic nucleus i hjärnan.

Den störning som uppstår i styrningen av muskulatur vid PS drabbar även talmuskulaturen. Denna störning resulterar i dysartri, vilket är ett samlingsnamn för en grupp av talstörningar som uppkommer till följd av en skada i centrala och/eller perifera nervsystemet (Darley, Aronson & Brown, 1975; Yorkston et al., 1999). Av de som drabbats av PS beräknas 70 % ha dysartri av hypokinetisk typ (Hartelius, 2008). Denna dysartrityp karakteriseras främst av en sänkt röststyrka, monoton tonhöjd, odistinkt artikulation av konsonanter och förändringar i talhastighet med talrusher (Trail et al., 2003; Yorkston et al., 1999). Svårigheter att initiera tal är vanligt vilket kan visas genom att en person upprepar initiala ljud eller genom oväntade tystnader mitt i yttranden. Röstkvaliteten är ofta hes och läckande (Yorkston et al., 1999). När det gäller logopedisk intervention har metoden *Lee Silverman Voice Treatment* (LSVT) som

fokuserar på framförallt fonation visat sig vara en av de allra mest effektiva. Denna metod har som huvudsakligt syfte att öka luftflödet till de respiratoriska och laryngeala musklerna genom att träna ökad röststyrka (Fox, Morrison, Olson-Ramig & Sapir, 2002).

Hartelius och Svensson (1994) och Mutch, Strudwick, Roy och Downie (1986) rapporterar att endast 3 – 4,4 % av personerna med PS i Sverige har haft kontakt med en logoped. Miller, Noble, Jones, Deane och Gibb (2010) visar i en ny studie att upp till 57 % av personerna med PS i Storbritannien haft kontakt med logoped även om författarna misstänkte att studien gav en något för hög siffra. Trots att fler individer får hjälp finns fortfarande en stor skillnad mellan den vård individerna får och den vård de efterfrågar och har rätt till menar Miller och medförfattare.

Coates och Bakheit (1997) fann att en tredjedel av dem med gravt nedsatt förståelighet var omedvetna om sina talsvårigheter. De fann även exempel på dem som inte hade en nedsatt förståelighet, men som själva upplevde att de hade kommunikationssvårigheter. Detta överensstämmer med Miller, Noble och Burn (2006) som skriver att förändringar i språk och tal påverkar familjen och livet hos personer med PS och ofta långt innan en nedsatt förståelighet är märkbar. Detta indikerar att det kan vara viktigt att kontakt med logoped etableras tidigt.

De kommunikativa svårigheterna vid PS är komplexa och utöver problem med röst och tal förekommer även språkliga svårigheter (Whitworth et al., 1999). Diagnosen språkstörning kan ha en mängd olika etiologier, inte bara vänstersidiga fokal hjärnskada utan även subkortikala skador som vid PS (Ahlsén, 2008). PS har blivit förbisedd då forskningen om språkstörningar hos vuxna fokuserat på afasi (Bastiaanse & Leenders, 2009). De språkliga svårigheter som beskrivits i samband med PS liknar de som rapporterats hos patienter med Broca afasi. Bastiaanse och Leenders (2009) resonerar kring om dessa svårigheter har liknande etiologi, dvs. om de beror på en specifik underliggande lingvistisk nedsättning eller om de är en följd av de kognitiva nedsättningar som personer med PS har. I samtal kan personer med PS uppvisa svårigheter med initiering, turtagning och hantering av samtalsämnen samt inneha svarslatenser. Andra problem som påverkar samtalsinteraktion är ordfinnandesvårigheter, svårigheter att reparera problem i samtal, nedsatt minne och fluktuationer i beteende (Whitworth et al., 1999). De kognitiva svårigheter som är associerade med PS är nedsättning i såväl arbetsminne som procedurminne samt sekvenseringsproblem. Dessutom ses en nedsättning i exekutiva funktioner som inhibering, byte av fokus (switching) och uppmärksamhet. Bastiaanse och Leenders (2009) skriver vidare att det i studier är svårt att skilja mellan den kognitiva nedsättning och språkprocessandet p.g.a. av att samma symtom kan förklaras både av rent språkliga nedsättningar eller av en kognitiv nedsättning.

Robertson (2006) skriver att forskning kring hur talet drabbats vid PS fokuserat på beskrivning av nedsättningar, och att man med det ensidiga perspektivet riskerar att förbise andra viktiga delar i kommunikationen. Hon förordar att såväl forskning som behandling ska inkludera psykologiska, kognitiva och fysiska aspekter, samt strategier för att underlätta och bibehålla kommunikation. Även Miller, Noble, Jones, Allcock och Burn (2008) tar upp att just den psykosociala delen av kommunikationen vid PS ej studerats ingående. I en kvalitativ studie av Miller och medförfattare (2006) undersöktes personer med PS egna upplevelser av förändringen i sin kommunikation. Fokus i deras upplevelse var inte på hur rösten och talet lät eller fungerade, utan på hur förmågan att kommunicera påverkades. Andra viktiga fynd var att deras syn på sig själva hade

förändrats och att de upplevde en ständig påverkan av de mentala och fysiska begränsningarna. Personerna med PS upplevde att de i samtal begränsades av ett kort uppmärksamhetsspann och var lätt distraherade. Vidare rapporterades svårigheter med initiering av talrörelser, ordfinnandesvårigheter och svårigheter att formulera åsikter. Detta ledde till frustration när man inte kunde klargöra sina behov och nedstämdhet och irritation över att man blev förbisedd av andra. Detta kunde i många fall leda till att man drog sig undan. Personerna med PS uttryckte att många lyssnare inte förstod hur stora problem det innebar för dem att samtala, att de talade förbi dem, ignorerade dem eller inte inväntade svar.

Att en familjemedlem drabbas av PS innebär stora omställningar i vardagen för de närstående. På grund av sjukdomens progredierande karaktär kommer förändringar dessutom att ske kontinuerligt under en lång tid (Dyck, 2009). När den psykosociala belastningen hos anhöriga till personer med PS har studerats har det visat sig att de anhöriga har lägre socialt, psykiskt och fysiskt välbefinnande än en normalgrupp (O'Reilly, Finnan, Allwright, Davey Smith & Ben-Shlomo, 1996). Samma studie visar även på ett samband mellan en reducerad kognitiv funktion hos personen med PS och en högre börda för make/maka. Thommessen och Aarsland (2002) fann i sin tur ett samband mellan depression hos personen med PS och en större börda för den närstående. Forskning som tittat på självuppfattning hos personer med PS med en närstående respektive utan en närstående, fann att en person med PS utan en närstående upplevde det svårare att göra sig förstådd (Miller et al., 2008). Personen var dessutom mer självmedveten, såg sig minde värderad och var tystare. Författarna spekulerar att dessa skillnader kan relateras till att personen ej har en samtalspartner som kan stötta, och ta över en del av den kommunikativa bördan. Whitworth och medförfattare (1999) poängterar vikten av att göra de närstående delaktiga i logopedisk intervention. Den närstående kan då få en djupare insikt i hur kommunikationen förändras till följd av sjukdomen samt att få kunskap i hur samtalsinteraktionen kan underlättas. Robertson (2006) skriver om det behov som personer med PS och dess närstående har på följande sätt:

“Health professionals also have a responsibility to help carers, and patients develop constructive coping strategies based on an understanding of the effects of PD on verbal and non-verbal self-expression” (Robertson, 2006, s.211)

Kagan (1998) uttrycker i likhet med Robertson (2006) att både personen med kommunikationssvårigheter och samtalspartnern behöver ha tillgång till lämpliga resurser som stödjer kommunikationen. I terapimetoden *Supported Conversation for Adults with Aphasia* (SCA), tar Kagan upp olika strategier eller tekniker som gör att samtalspartnern lättare kan tillskriva och lyfta fram kompetens hos personen med kommunikationssvårigheter.

Utöver användandet av olika typer av strategier kan andra förmågor tänkas spela in i hur väl samtalspartnern kan stödja kommunikationen. Forskning visar att exekutiva förmågor såsom förmågan till inhibering dvs. impulshämning kan inverka på samtalsinteraktionen (Brown-Smith, 2009). En nedsatt förmåga till inhibering kan leda till svårigheter att tolka en annan persons perspektiv, då det inte sammanfaller med ens eget (Friedman & Leslie, 2005). Detta på grund av att personen med nedsatt förmåga till inhibering har svårt att hämma en egocentrisk tolkning. En viktig aspekt i social interaktion är således förmågan att ta någon annans perspektiv, vilket i litteraturen

brukar beskrivas som att ha en *Theory of Mind* (ToM) (Premack & Woodruff, 1978). En hel del forskning har gjorts kring vikten av just denna förmåga i mänsklig interaktion (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985; Premack & Woodruff, 1978). Med utgångspunkt i forskningen rörande kognitiva processer (Baron-Cohen et al., 1985; Brown-Smiths, 2009; Friedman & Leslie, 2005; Premack & Woodruffs, 1978) kan det tänkas att en anhörig med en mer utvecklad exekutiv förmåga samt ToM har bättre förutsättningar för att kunna stödja sin närståendes kommunikation, något som ej studerats ingående i tidigare forskning.

Inom afasiområdet finns ett antal kommunikationsträningsprogram som bygger på tanken att det genom direkt arbete med samtalspartnern indirekt går att förbättra kommunikationsförmågan hos personen med kommunikationssvårigheter, exempelvis SCA (Kagan, 1998; 2001) och *Communication partners* (Lyon et al., 1997). Lock och medarbetare (2001a) har utformat en interventionsmetod för personer med afasi och dess närstående, *Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation* (SPPARC), som bygger på denna tanke om indirekt påverkan. SPPARC består dels av ett psykosocialt stödprogram och dels av ett kommunikationsträningsprogram. Det senare ger en struktur för hur man bedömer och arbetar med samtalsinteraktion. I programmet utforskar terapeuten och deltagaren tillsammans hur kommunikationen fungerar och funderar även kring eventuella förändringar eller anpassningar i samtalsinteraktionen som skulle kunna förbättra kommunikationen. Analys och terapi är på så sätt deltagardriven och ett viktigt syfte är att hitta sätt för paret att kommunicera som fungerar för just dem. I SPPARC utformas behandlingen med hjälp av videoinspelad samtalsinteraktion mellan personen med kommunikationssvårigheter och samtalspartnern. Specifika delar som belyses i träning med samtalspartnern är överlappning, turtagning och upplevda svårigheter i interaktionen. Samtalsträningen går från en mer generell kunskap kring kommunikation och interaktionsproblem till att mer och mer beröra deltagarnas egna kommunikationsmönster. Träningen kan utföras i grupp, eller enskilt med en samtalspartner.

Syftet med föreliggande studie är följaktligen att undersöka hur en modifierad form av SPPARC fungerar som ett kommunikationsträningsprogram för närstående till personer med PS. Undersökningsdesignen är en explorativ *multiple case study* med *time-series design*. Studiens frågeställningar är; (1) Upplever någon av deltagarna en förändrad kommunikation efter intervention? (2) Kan en eventuell förändring iakttas i samtalsinteraktionen?

Då symtombilden hos personer med PS är mångfacetterad, sjukdomen är progredierande och symtomen fluktuerar kommer studien även att undersöka andra förmågor som tros påverka samtalsinteraktionen hos både personen med PS och den närstående. Detta innefattar mer specifikt att över tid mäta förmågor såsom ordmobilisering, språkförståelse, förståelighet och välbefinnande hos personen med PS. Ingen formell bedömning av dysartri har gjorts, men då nedsatt förståelighet är karakteristiskt för grad och typ av dysartri (Yorkston & Beukelman, 1978), användes det som ett mått för att bedöma påverkan på talet. Att mäta andra påverkande förmågor innefattar även att mäta olika kognitiva förmågor hos den närstående och se huruvida dessa kan påverka samtalsinteraktionen. Hypoteserna är emellertid att såväl samtalspartnern som personen med kommunikationssvårigheter kommer att uppleva att kommunikationen underlättas efter träning med SPPARC och att det av oberoende bedömare i samtalsinteraktion kan observeras en ökat deltagande i samtalsinteraktionen

hos personen med kommunikationssvårigheter och en ökad förmåga hos den närstående att stödja samspelet.

## Metod

Denna studie var en del av ett större forskningsprojekt, *Communicative interaction in neurogenic speech and language disorders: intervention with focus on conversation partners*, vid Enheten för logopedi vid Göteborgs Universitet. Det större forskningsprojektet har som syfte att studera hur samtalsinteraktionen påverkas av olika typer av kommunikationsstörningar. Det vill även visa på hur den friska samtalspartnern kan underlätta kommunikationen för den hjärnskadade personen och utvärdera ett träningsprogram som utvecklar den friska samtalspartnerns förmåga att använda olika strategier för att stötta kommunikationen.

### Material

*Bedömning av upplevd förändring av kommunikationen.* För bedömning av deltagarnas upplevelse av hur kommunikationen fungerade användes för studien relevanta delar av *Communication Outcome After Stroke scale* (COAST, Long, Hesketh, Paszek, Booth & Bowen, 2008) och *Carer Communication After Stroke scale* (Carer-COAST, Long, Hesketh & Bowen, 2009). COAST och Carer-COAST är funktionella bedömningsinstrument som består av frågor vilka efterfrågar hur kommunikationen fungerar den senaste veckan. I denna studie användes nio frågor vilka kan ses i bilaga 1.

Svarsalternativen är indelade i en femgradig skala som går från när det är *inte alls* fungerar till när *det går mycket bra*. Varje fråga förtydligas med bilder och symboler för de olika svarsalternativen. Innehållet i frågorna och hur de presenteras är utformat för att passa personer med olika typer av kommunikationssvårigheter, inkluderat de med nedsatt förståelse. Testledaren läser frågorna högt och pekar sedan på de olika svarsalternativen samtidigt som dessa läses. Deltagaren ska peka ut det alternativ som passar bäst till hur denne upplever att kommunikationen fungerar. COAST och Carer-COAST består av samma frågor men är ställda utifrån personen med kommunikationssvårigheters respektive den närståendes perspektiv, detta ses i en exempelfråga i tabell 2. Svaren omvandlas till poäng där *inte alls* ger 0 poäng och *det går mycket bra* ger 4 poäng. Dessa poäng omvandlas sedan till en procentsats av totalpoängen. Vid analys av data valdes tre av de nio frågorna bort, då de ej ansågs som relevanta för bedömning av deltagarnas upplevelse av förändring i samtalsinteraktion.

Tabell 2

#### *Exempel på fråga från COAST och Carer-COAST.*

Till personen med PS:

9. I vilken utsträckning tycker du att <b>din närstående</b> kan påverka er kommunikation positivt?	Inte alls	Det går med stor svårighet	Det går med lite svårighet	Det går ganska bra	Det går mycket bra
---	-----------	----------------------------	----------------------------	--------------------	--------------------

Till anhörig:



9. I vilken utsträckning tycker du att du kan påverka er kommunikation positivt?	Inte alls	Det går med stor svårighet	Det går med lite svårighet	Det går ganska bra	Det går mycket bra
--	-----------	----------------------------	----------------------------	--------------------	--------------------

*Förändring i samtalsinteraktion.* För bedömning av en eventuell förändring i samtalsinteraktionen användes adapterade versioner av *Measure of participation in conversation* och *Measure of Skill in Supported in Communication* (MPC och MSC, Kagan et al., 2004). MPC och MSC är validerade på originalspråk. De svenska versionerna är under utveckling.

MPC och MSC är bedömningsskalor som bedömer samtalsinteraktion mellan en person med kommunikationssvårigheter (PKS) och en samtalspartner (SP). Båda instrumenten är uppdelade i två delskalor. Skalorna har övergripande riktlinjer som beskriver ett antal beteenden och tekniker som underlättar kommunikation mellan en person med en kommunikationsstörning och en samtalspartner, se bilaga 3. Poäng i skalorna ges efter i vilken mån de beskrivna beteendena och teknikerna förekommer. Skalorna har nio skalsteg från 0-4, då man även kan använda halva skalsteg.

MPC mäter förmåga till deltagande i samtal hos PKS. Instrumentet är uppdelat i två delar med en delskala för *samspel* (MPC A) och en delskala för *överföring* (MPC B). Delskalan för samspel ger ett värde på personens förmåga att delta i ett samtal för att få del i en gemenskap, oberoende av graden av informationsutbyte. Den andra delskalan som berör överföring ger ett mått på personens förmåga att ta emot och meddela information t.ex. faktainnehåll, åsikter och känslor.

MSC mäter SP:s förmåga att vara ett stöd i samtalsinteraktion. MSC är uppdelad i två delskalor, en som beskriver förmågan att i samspel tillskriva kompetens (MSC A) och en skala som mäter förmåga att i samspel lyfta fram kompetens (MSC B). I värdering av förmåga att tillskriva kompetens tittar bedömaren dels på hur väl SP lyckas föra ett vuxet och naturligt samtal med PKS och dels på till vilken grad SP är lyhörd för kompetens hos sin partner. Förmågan att lyfta fram kompetens bedöms med hänsyn till hur väl SP använder sig av olika tekniker för att försäkra sig om att PKS förstår vad samtalet handlar om eller vad som efterfrågas samt att SP försäkras sig om att partnern kan svara eller ge respons (verbal eller ickeverbal). Dessutom tittar bedömaren på hur SP genom att använda olika tekniker söker en korrekt tolkning av partners yttranden. Här följer ett exempel på riktlinje för skalan som bedömer hur väl SP tillskriver kompetens: *”Undviker att ställa ”testfrågor” som man redan vet svaret på om frågan inte är relevant för att föra samtalet framåt.”*

Analysen gjordes utifrån 15 minuter videoinspelad samtalsinteraktion mellan personen med PS och den närstående. 10 minuter i mitten av varje film låg till grund för bedömning med skalorna. Totalt bedömdes 36 filmer. Den tekniska utrustnings som användes för att filma samtalsinteraktionen var en videokamera, Panasonic HDC-SD60.

*Kartläggning av kommunikationssvårigheter hos personerna med PS.* För att inhämta information om deltagarna till fallbeskrivningarna användes ett frågeformulär bestående av frågor eller påståenden ur *Functional Outcome Questionnaire in Aphasia* (FOQ, Glueckauf et al., 2003) och *Bedömning av Förändring i Samtalsinteraktion* (BFS, Saldert, 2006; Saldert, Eriksson, Petersson & Hartelius, 2010). Den första delen av frågeformuläret med påståenden från FOQ tog upp fyra övergripande områden; uttrycka basala behov, efterfråga vardagliga saker, uttrycka ny information, uppmärksamhet samt andra kommunikativa färdigheter. Denna del bestod av 18 påståenden där den närstående svarade hur väl ett påstående stämde på dess anhörigas kommunikation med

hjälp av en procentsats (0 %, 25 %, 50 %, 75 %, 100 % av tiden) eller alternativet “vet ej”. Till varje påstående tog den närstående också ställning till hur viktig den efterfrågade förmågan var för sin partner i det dagliga livet. För denna fråga användes en sexgradig skala med alternativen; *inte alls, lite, ganska, mycket, extremt* eller *vet ej*. Frågorna i FOQ är adapterade för att passa i studien. Exempel på fråga ses i tabell 3.

Tabell 3

*Exempel på fråga från FOQ.*

Din närstående kan berätta en historia som följer en logisk form (har en början, en mitt och ett slut).	0% av tiden	25%	50%	75%	100% av tiden	Vet ej
Hur viktig är denna förmåga för din närstående i det dagliga livet?	Inte alls	Lite	Ganska	Mycket	Extremt	Vet ej

Den andra delen av frågeformuläret med frågor hämtade från BFS fokuserade på hur en närstående upplever att kommunikationen förändrats sedan insjuknandet och har nio övergripande teman; *grundläggande språkanvändning, turtagning, samtalsämneshantering, reparation, komplex språkförståelse, uppmärksamhet och minne, röst och tal, kroppskommunikation och återkoppling*. Denna del innefattar 36 frågor som ska bedömas utifrån före- och efter insjuknandet med hjälp av en femgradig skala med alternativen; *aldrig, sällan, ibland, ofta* och *mycket ofta*. Exempel på en fråga i BFS ses i tabell 4. Frågeformuläret fylldes i av den närstående vid två tillfällen. I fallbeskrivningarna sammanfattas de svårigheter som framkom i BFS och FOQ.

Tabell 4

*Exempel på fråga från BFS*

Om din närstående försöker rätta sig själv - händer det att han/hon kan göra det helt utan din hjälp?	Före insjuknandet:	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
	Efter:	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta

*Kartläggning av den närståendes kognitiva förmåga.* För att få en uppfattning kring den närståendes exekutiva förmåga i form av, förmåga till planering, inhibering (impulshämning) och förmåga att växla kognitivt fokus, samt förmåga att använda inferens användes tre instrument; *D-KEFS Tornet* (Tornet, Delis, Kaplan & Kramer, 2001) *DKEFS Colour word interference* (CWI, Delis, Kaplan & Kaminer, 2001) och *ToM-texter* (Happé, 1994 ; Kaland, 2003). Både Tornet och CWI är standardiserade test.

Tornet mäter förmåga till planering och problemlösning. Testet ger ett mått på flera exekutiva funktioner såsom spatial planering, förmåga att lära sig och minnas regler och inhibering. Testmaterialet innefattar fem brickor i olika storlek samt en bräda med tre vertikalt ställda pinnar. Testet består av totalt 9 uppgifter där varje uppgift startar med att testledaren placerar två till fem brickor på de tre pinnarna, efter en fastställd förlaga i manualen. Testdeltagaren får se en bild på det torn som ska byggas, dvs. slutpositionen, och skall därefter med minsta möjliga antal förflyttningar bygga tornet på bilden, inom en tidsram.

CWI mäter förmågan till inhibering av automatiska verbala responser och förmågan att skifta kognitivt fokus. Testet delas upp i fyra betingelser där de första två mäter mer grundläggande förmågor medan de sista två mäter högre kognitiva funktioner. De första

två betingelserna är *benämna färger*, där testdeltagaren ska benämna färgade rutor och *läsa färgnamn*, där testdeltagaren ska läsa färgnamn skrivna i svart. Den tredje mäter *inhibering*, färgnamnen är då tryckta med en annan färg, till exempel ordet blått kan vara tryckt med grönt, testdeltagaren ska säga den tryckta färgen och inhibera det skrivna ordet. Den sista mäter *inhibering och växling*, där testdeltagaren ibland ska säga ordet och inte färgen det är tryckt i, men om ordet har en ram kring sig byta strategi och säga den tryckta färgen och inte ordet. Testmaterialet består av fyra laminerade kort, ett för varje betingelse. Testpersonen ska så snabbt som möjligt utföra uppgiften, utan att göra några fel.

ToM-texterna är sammansatta av texter från *Historier från vardagslivet* (Kaland 2003) och *Strange stories* (Happé 1994) i svensk översättning (Brenna-Lund & Nordin, 2007). Materialet består av 8 texter med efterföljande frågor, på vilka testpersonen svarar med skriftliga svar. Dessa svar ger ett mått på förmågan att ta en annan persons perspektiv. Dock kräver inte alla frågor denna förmåga utan materialet innefattar även rena innehållsfrågor som mäter läsförståelse. Svaren bedömdes med hjälp av rättningsguide. Resultaten jämfördes med resultat för en referensgrupp från ett projektarbete vid Enheten för Logopedi vid Göteborgs Universitet användes (Abrahamsson, Bengtsson & Kraft, 2010). ToM-texterna fick endast läsas en gång för att efterlikna ett vardagligt samtal där information endast ges en gång. De administrerades med följande instruktioner: *"Läs igenom texterna och försök svara på frågorna på sidan efter. Ibland står svaret i texten, men oftast behöver du gissa dig tills svaret utifrån textinnehållet. Det är viktigt att det framgår av ditt svar vilken slutsats du har dragit. Texterna får bara läsas igenom en gång."*

*Kartläggning av andra påverkande faktorer hos personen med PS.* De instrument som användes för att undersöka andra förmågor som tänktes kunna påverka samtalsinteraktionen hos personerna med PS var *Geriatric Depression Scale* (GDS, Yesavage, Brink, Rose & Lum, 1983 modifierad av Gottfries, Noltorp, Nörsgaard, Holmén, & Högstedt, 1997), *Token test* (de Renzi & Vignolo, 1962 i svensk bearbetning av Apt, 2008) *FAS-ordflödestest*, *djur- och verbflödestest* samt en förståelighetsbedömning.

GDS är ett självvarsformulär som identifierar depression bland äldre. Formuläret består av två sidor med frågor om allmän hälsa och välbefinnande. Den ena sidan består av 20 ja- och nej-frågor som rör personen med PS välbefinnande som de själv ska fylla i, vid behov med hjälp av den närstående. Den andra sidan består av samma 20 frågor men ställda så att den närstående ska fylla i hur den uppfattar att personen med PS upplever det. Exempel på fråga från GDS är; *"Har du gett upp många aktiviteter och intressen?"* respektive *"Har din närstående gett upp många aktiviteter och intressen?"*. Varje svar som indikerar depression ger 1 poäng. 0-5 poäng innebär att depression är osannolik, 6-20 poäng innebär att det finns misstanke om depression.

Token test bedömer testpersonens förmåga att förstå och följa instruktioner. Testmaterialet består av 20 plastbrickor i olika färger, former och storlekar. Testpersonen ombeds göra olika förflyttningar med plastbrickorna och måste utföra dessa förflyttningar i samma ordning som testledaren säger dem. Vid rättning användes testmanualen som vägledning.

Ordflödestest för både fonologiskt och semantiskt ordflöde användes för att mäta ordmobiliseringsförmåga vilket innefattar både språkliga förmågor samt exekutiv funktion. Det fonologiska ordflödet mättes med FAS ordflödestest som mäter antal ord

som deltagaren kan mobilisera under en minut som börjar med bokstäverna F, A respektive S. Det semantiska ordflödet mättes med djurflödestest och verbflödestest. På dessa test ska deltagaren under en minut säga så många djur respektive verb som möjligt. För rättning och bedömning användes rättningsprocedur och normer från Tallberg och medarbetare (2008).

Förståeligheten för personen med PS bedömdes genom att två logopedstudenter fick bedöma en sekvens av filmat spontantal vilket motsvarar ca 100 ord. Lyssnarna fick se och höra talmaterialet två gånger, men fick pausa så många gånger de ville. Anledningen till att de fick lyssna två gånger var för att de skulle hinna transkribera alla ord de uppfattade. De transkriberade det de hörde ortografiskt. Sen räknades andelen korrekt uppfattade ord ut baserat på ett facit som författarna gjort och resultatet blev ett mått på förståelighet beräknat i procent uppfattade ord. Detta med stöd i Schiavetti (1992) som förordar förståelighetsbedömning på ratio level, dvs. procent uppfattade ord.

### *Deltagare och fallbeskrivningar*

Deltagarna i studien var tre dyader bestående av personer med PS och deras närstående. Deltagarna rekryterades via Parkinsonföreningen i Göteborg. Inklusionskriterier för deltagarna med PS var att de bodde i hemmet eller på ett kommunalt boende och hade en diagnostiserad PS. Exklusionskriterier för alla deltagare var att det inte skulle ha någon syn- eller hörselnedsättning som ej kunde kompenseras för med hjälpmedel. Alla namn och yrken i beskrivning av deltagarna är fingerade.

*Dyad 1.* Dyad 1 bestod av Per-Olof 76 år, som har haft PS i 13 år, och hans hustru Alice 73 år. Båda är högskoleutbildade och arbetade tidigare som läkare respektive audionom. Paret har levt ihop sedan 49 år tillbaka. Per-Olof har ingen syn eller hörselnedsättning. Alice har ingen hörselnedsättning, men använder glasögon.

Alice rapporterade i ett frågeformulär hur kommunikationen mellan henne och Per-Olof fungerade i olika situationer respektive hur kommunikationen hade förändrats i och med sjukdomen. Alice uppgav att Per-Olofs förmåga att uttrycka basala behov och efterfråga vardagliga saker fungerade väl samt att dessa förmågor var mycket viktiga. Att uttrycka ny information uppgavs vara något svårare och då speciellt att verbalt uttrycka ny information i fullständiga meningar. Vad gäller uppmärksamhet och andra kommunikativa förmågor förmedlade Alice att det var svårt för Per-Olof att berätta en historia som följde en logisk form samt att det kunde vara svårt att uttrycka sin åsikt för andra. Det kunde också vara besvärligt att följa enkla instruktioner. I medel skattades de olika förmågorna vara ganska viktiga i vardagen. Alice uppgav att Per-Olof i samtal ofta letade efter ord eller sa fel ord. Han använde även ord som "det", "han", och "här" utan att Alice visste vad han avsåg att referera till. I samtal begränsade han sina inlägg till korta svar och tog långa pauser eller stannade upp mitt i en mening, vilket kunde göra att han tappade tråden. Det förekom även att han avbröt andra i samtal. När Per-Olof förde in ett nytt samtalsämne kunde bytet komma plötsligt vilket gjorde att det var svårt att se hur det hängde ihop med tidigare samtalsämne. Per-Olof hade svårt att uttala ord tydligt och talet var tyst och monotont. Hon uppgav även att förmågan att kommunicera fluktuerade. Alice skrev i en öppen fråga kring vad som påverkade kommunikationen, att Per-Olof hade vissa koncentrationssvårigheter, var orolig, hade svårt att sitta stilla en längre stund och att hans intresse ofta "svalnade" i en samtalsinteraktion.

*Dyad 2.* Dyad 2 bestod av Sture 76 år, som har haft PS i 5 år, och hans hustru Anna 75 år. Sture har en utbildning motsvarande gymnasium, sammanlagd skoltid 9 år, och arbetade tidigare som konsulent. Även Anna har en utbildning som motsvarar gymnasium med en sammanlagd skoltid på 9 år och arbetade tidigare som undersköterska. Paret är gifta och har levt ihop sedan många år tillbaka. Sture har en lätt hörselnedsättning men använder ej hörhjälpmedel. Anna har ingen hörselnedsättning. Både Sture och Anna använder glasögon.

Anna uppgav i frågeformuläret, som efterfrågade Stures kommunikativa förmåga, att hans förmåga att uttrycka basala behov, efterfråga vardagliga saker och uttrycka ny information fungerade utmärkt. Stures uppmärksamhet och andra kommunikativa färdigheter fungerade även de utmärkt och Anna skattade alla dessa förmågor som extremt viktiga. Anna meddelade att de svårigheter hon såg, låg i att Sture i samtal kunde ge respons som ej var adekvat, fortsatte prata om ett ämne en längre tid eller ibland glömde vad man pratade om. Vidare uppgav hon att han hade svårt att uttala orden klart och tydligt, talade tystare och mer monotont, samt att återkoppling i form av huvudrörelser och korta yttranden hade minskat. Hon uppgav dessutom att han hade svårare att läsa mellan raderna. I en öppen fråga om vad som har haft mest negativ inverkan på Stures förmåga att kommunicera, uppgav hon de flesta av de svårigheterna som hon tidigare uppgivit, men lade även till andra saker som påverkade kommunikationen. Hon uppgav att Stures humör, och trötthet kunde ha en negativ inverkan samt att han var mer rastlös än tidigare. Hon trodde även att åldersrelaterade nedsättningar, såsom nedsatt hörsel kunde påverka kommunikationen negativt.

*Dyad 3.* Dyad 3 bestod av Lars 79 år, som har haft PS sedan 18 år tillbaka, och hans hustru Gudrun 73 år. Lars har en utbildning motsvarande gymnasium och arbetade tidigare som arbetsledare vid byggarbeten. Gudrun har en grundskoleutbildning och arbetade tidigare som receptionist. Paret är gifta och har levt ihop sedan 49 år tillbaka. Lars har en lätt hörselnedsättning men använder ej hörhjälpmedel. Både Lars och Gudrun använder glasögon.

Gudrun uppgav att Lars förmåga att uttrycka basala behov, efterfråga vardagliga saker samt att uttrycka ny information fungerade utan problem och skattade dessa förmågor som mycket viktiga. Lars uppmärksamhet och andra kommunikativa färdigheter fungerade något sämre och huvudsakliga svårigheter kunde sägas vara att berätta en historia som följer en logisk form, att korrekt besvara frågor samt att följa enkla instruktioner. Dessa färdigheter skattades också som mycket viktiga. Gudrun uppgav vidare att Lars i samtal letade efter ord, säger fel ord, hade svårt att förstå vad Gudrun sa och gav inadekvat respons på frågor. Vidare fanns problem med initiering av tal och svarslatenser. Han gav korta eller enstaviga svar och utelämnade viktiga detaljer i en berättelse. Andra svårigheter hon meddelade var problem med självkorrektion, att förstå poängen med ett skämt, att han tappade tråden, upprepade sig och glömde bort vad de pratade om. Gudrun tog även upp att han talade tyst och hade mindre huvudrörelser för att uttrycka något. Hon beskrev till sist att förmågan att kommunicera fluktuerade.

### *Tillvägagångssätt*

*Datainsamling.* Datainsamlingen bestod i att författarna åkte hem till varje dyad tolv gånger för att genomföra testning, videoinspelning av vardaglig samtalsinteraktion samt att ge samtalsträning till den närstående. Varje träff varade i ca 1,5 – 2 h.

Datainsamlingen skedde i fyra faser; *datainsamling innan intervention* (fas 1), *intervention* (fas 2), *datainsamling efter intervention* (fas 3) och *uppföljning* (fas 4).

Fas 1 pågick under två veckor. Efter denna första datainsamling tittade författarna under en vecka på den inspelade samtalsinteraktionen mellan personen med PS och den närstående och plockade ut exempel som senare skulle komma att belysas i kommunikationsträningen. Fas 2, interventionen, sträckte sig över tre veckor där författarna träffade dyaderna en gång per vecka. Fas 3 sträckte sig över tre veckor direkt efter interventionsfasen, och Fas 4 över två veckor, nio veckor efter intervention. En översikt vilka bedömningsinstrument som användes i respektive fas ses i tabell 5. Med undantag av ToM-texterna administrerades alla test på ett standardiserat sätt enligt testmanualerna. Bedömning med Token-test och ordflödestestningen videofilmades för bedömning av interbedömareliabilitet. Vid inspelning av vardaglig samtalsinteraktion fick deltagarna instruktionerna att prata om vad de ville under ca 15 minuter. En av författarna startade filmkameran och lämnade sedan paret ensamma.

Tabell 5.

*Översikt datainsamling - instrument som användes vid respektive tillfälle i de fyra faserna, inklusive intervention och videoinspelning.*

Fas	1			2			3			4			
Tillfälle	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
	X			X									<b>Instrument</b>
		X											<i>FOQ<sup>1</sup> + BSF<sup>2</sup></i>
		X											<i>CWF<sup>3</sup></i>
		X											<i>ToM-texter</i>
			X										<i>Tornet</i>
	X						X			X			<i>COAST<sup>4</sup>/carerCOAST</i>
		X						X			X		<i>GDS<sup>5</sup></i>
			X						X			X	<i>Ordflöde</i>
		X						X			X		<i>Token test</i>
													<b>Intervention</b>
				X	X	X							<i>SPPARC<sup>6</sup></i>
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<b>Videoinspelning</b>

<sup>1</sup>Functional Outcome Questionnaire in Aphasia, <sup>2</sup>Bedömning av Förändring i Samtalsinteraktion, <sup>3</sup>Color Word Interference, <sup>4</sup>Communication After Stroke scale, <sup>5</sup>Geriatric Depression Scale, <sup>6</sup>Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation

*Intervention.* Interventionen med SPPARC innefattade att författarna och de närstående samtalade, spelade rollspel och tittade på videofilmad samtalsinteraktion mellan den närstående och personen med PS samt med för deltagarna okända personer. Detta med syfte att dels hitta de svårigheter paret upplevde påverkade deras samtalsinteraktion, dels för att hitta och pröva strategier för att överbygga de upplevda svårigheterna. Under interventionens gång fick deltagarna skrivna stenciler med samma

information som togs upp muntligt, samt gavs hemuppgifter. Vad som togs upp vid varje interventionstillfälle kan ses i bilaga 2.

Målet med intervention för dyad 1 var att medvetandegöra och diskutera kring hur sjukdomen hade kommit att påverka parets samtalsinteraktion. De huvudsakliga problemen i interaktionen var att Per-Olof har en odistinkt artikulation, tyst tal, ordfinnadesvårigheter samt minnesproblematik. Strategier som förstärktes i träningen var i första hand att ta sig tid att lyssna, att be Per-Olof prata med en starkare röst, att försöka hjälpa honom att inte tappa tråden genom att styra tillbaka till ämnet. Träningen belyste även vikten av att ge tid till den närstående att lösa ett problem självständigt och att inte ställa testfrågor.

Målet med intervention för dyad 2 var att se på kommunikation utifrån de svårigheter som kan inträffa när man har PS och hur man kan undvika dessa. Då de i studiens dagsläge inte upplevde så stora svårigheter lades även fokus på eventuella problem som skulle kunna uppstå i framtiden. De problemkällor som förekom var svårigheter att tala i miljöer med bakgrundsljud, svårt att tala med varandra från olika rum, Stures ibland tysta tal och svårigheter när Anna pratade för fort. De strategier som belystes var att påverka miljöfaktorer så som att inte ha buller och brus i bakgrunden som TV och radio när man pratar, vara i samma rum när man samtalar och att tala långsamt.

Målet med intervention för dyad 3 var till en början att samtala kring kommunikation och PS i stort för att medvetandegöra hur sjukdomen påverkat parets kommunikation. De huvudproblem som tog upp var att Lars hade ett tyst tal, ett snabbt taltempo och odistinkt artikulation. Ytterligare försvårande faktorer var att Lars ej aktivt försökte reparera problem som uppstod utan gick vidare i samtalet. I träning belystes strategier såsom att ge mycket tid, att ställa frågor och att styra tillbaka till det aktuella samtalsämnet. Vidare behandlade träningen strategier så som att försöka uppmuntra Lars att ställa frågor när han ej hänger med i samtalet.

### *Databearbetning och statistisk analys*

Tio minuter av varje inspelad samtalsinteraktion analyserades med MPC och MCS av externa bedömare. Bedömarna var tränade i att använda analysmetoden, men visste inte om i vilken fas, eller vid vilket tillfälle under faserna, inspelningarna var hämtade. Alla filmerna från fas 1 och fas 3, samt en film per dyad från fas 2 bedömdes av två logopedstudenter på termin 6 på logopedprogrammet i Göteborg. Filmerna från fas 2 och fas 4 bedömdes av en tredje bedömare, en erfaren neurologoped. Logopedstudenterna och neurologopeden hade innan bedömning samtränat i 11 timmar. Logopedstudenterna bedömde filmerna var för sig och gjorde sedan en konsensusbedömning. De tre filmerna från fas 2, som både logopedstudenterna och neurologopeden bedömt låg till grund för beräkning av interbedömareliabilitet dem emellan. Inter- och intrabedömareliabilitet beräknades med Intraclass Correlation Coefficient (ICC) anpassat till single measure two-way mixed model. Interbedömareliabiliteten var genomgående mycket god, om än något sämre för skalan som bedömer SP än den som bedömer PKS. Interbedömareliabiliteten mellan konsensusbedömningen och neurologopeden var 0.91 för MPC och 0.86 för MSC. Interbedömareliabiliteten mellan de två logopedstudenterna var 0.92 för MPC och 0.91 för MSC. Intrabedömareliabilitet bedömdes endast för neurologopeden som bedömde ca 17 % av filmerna från fas 2 och fas 4 två gånger. Denna var 0.99 för MPC och 0.96

för MSC. För beräkning av interbedömarreliabilitet för Token test och ordflöde bedömdes en tredjedel av materialet av två externa bedömare. För Token test var interbedömarreliabiliteten 0.98 mellan testledaren och båda bedömarna. För ordflöde var interbedömarreliabiliteten 0.97 mellan testledarna och den ena bedömaren och 0.98 mellan testledarna och den andra bedömaren. För förståelighetsbedömningen beräknades interbedömareliabilitet, mellan de två bedömarna, på allt analyserat material, denna var 0.97. Samtliga uträkningar gjordes i SPSS 19.

MPC och MSC har inga riktlinjer för hur många skalsteg som motsvarar en betydelsefull förändring. I denna studie har ett halvt skalsteg tolkats som en viss indikation men ej som en betydelsefull förändring. Ett skalstegs skillnad eller mer värderas som att förändring skett.

Då skillnaden mellan MPC/MS A och MPC/MS B vid samma tillfälle aldrig skiljde sig mer än ett skalsteg räknades ett medelvärde för varje tillfälle ut för att tydligt visuellt kunna redovisa resultatet i ett linjediagram.

### *Forskningsetiska överväganden*

Studiens upplägg har granskats och fått godkänt av en etisk granskningskommitté. Vid det första tillfället i fas 1 informerades deltagarna muntligt och skriftligt om studien, och lämnade skriftligt medgivande. Deltagarna informerades om att deras deltagande var frivilligt, att de fick avbryta sitt deltagande och att de är anonyma. Anonymitet innebar vidare att namn och yrke i uppsatsen är fingerade.

## Resultat

### *Dyad 1. Per-Olof och Alice*

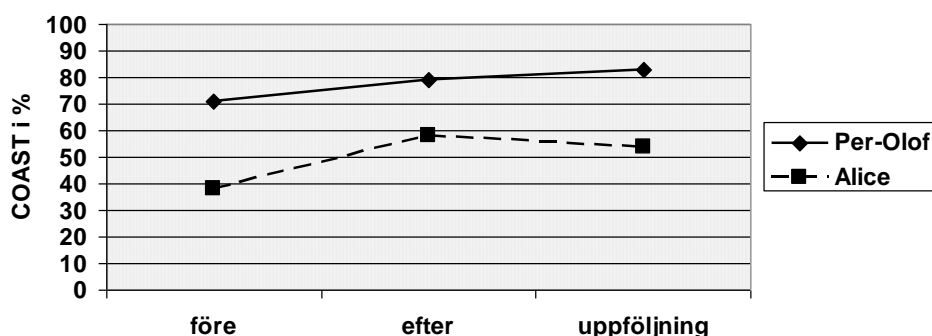
*Upplevd förändring i kommunikationen.* Mellan Per-Olof och Alice sågs en diskrepans i resultatet mellan hur de upplevde att kommunikationen fungerade vilket kan avläsas i figur 4. Alice skattade innan intervention i COAST genomgående minst ett skalsteg lägre än Per-Olof på frågorna. Den fråga där parets svar skiljde sig åt mest rörde hur bra det gick för Per-Olof att följa med när Alice byter samtalsämne. Per-Olof tyckte att det gick ganska bra medan Alice ansåg att det gick med stor svårighet.

Efter intervention skattade både Per-Olof och Alice kommunikationen till ett högre värde än innan intervention. Per-Olof uppfattade att det då gick lättare att förstå information från Alice och att det var ännu lättare att följa med när Alice bytte samtalsämne. Per-Olof tyckte dessutom att Alice i högre grad kunde påverka kommunikationen positivt efter intervention. Alice upplevde i likhet med Per-Olof att det var lättare för honom att följa med när hon bytte samtalsämne efter intervention. Dessutom ansåg Alice att Per-Olofs kommunikation fungerade bättre efter intervention och att hans nedsatta kommunikationsförmåga hade en mindre negativ inverkan i vardagen.

Vid uppföljning tyckte Per-Olof att hans kommunikation hade gått från att fungera med lite svårighet till att fungera ganska bra samt att hans nedsatta kommunikationsförmåga inte hade lika stor negativ inverkan som tidigare. Vid uppföljning uppfattade dock Alice en nedgång i jämförelse med direkt efter



intervention. Hon ansåg att Per-Olof under den senaste veckan har haft svårare att småprata med henne samt att hans kommunikation den senaste tiden fungerat något sämre.



Figur 4. Per-Olof och Alice resultat i COAST och Carer-COAST i respektive fas.

*Observerad förändring hos Alice och Per-Olof.* Alice förmåga att tillskriva kompetens (MSC A) till Per-Olof, och på så sätt stödja samspelet, bedömdes innan och under intervention ske på ett tillräckligt adekvat sätt, medelvärde 2, vilket kan ses i tabell 6. Efter intervention gick denna förmåga ner ett halvt skalsteg till 1,5 i medelvärde. Alice förmåga att tillskriva Per-Olof kompetens bedömdes dock vid uppföljning ha gått upp ett och ett halvt skalsteg vilket gav ett medel på 3. Detta betydde att Alice då tillskrev Per-Olof kompetens på ett bra sätt. När det kommer till Alice förmåga att lyfta fram kompetens (MCS B) hos Per-Olof bedömdes att Alice innan intervention ibland använde tekniker för att lyfta fram kompetens vad gäller förståelse eller uttrycksförmåga, medelvärde 2. Detta gällde även under interventionsfasen. Efter intervention gick denna förmåga upp ett halvt skalsteg till medel 2,5, och fortsatte att gå upp ännu ett halvt skalsteg till 3 vid uppföljning. Alice använde då ofta tekniker för att lyfta fram kompetens vad gäller förståelse eller uttrycksförmåga.

För Per-Olof urskiljdes ingen skillnad i *sampel* (MPC A) efter intervention i jämförelse med innan. I båda faserna bedömdes han göra tydliga försök att vara delaktig i samtalen, med ett medelvärde på 2. Vid uppföljningen skattades samspelet fungera bättre, medelvärde 3, vilket innebär att han ofta tar ansvar för sitt eget deltagande i samtalsinteraktionen. Vad gäller *överföring* (MPC B) sågs en nedgång från medelvärde 2,5 innan intervention till 2 efter intervention och vid uppföljning vilket innebär att han ibland använder verbala eller icke-verbala medel eller hjälpmedel för att interagera.

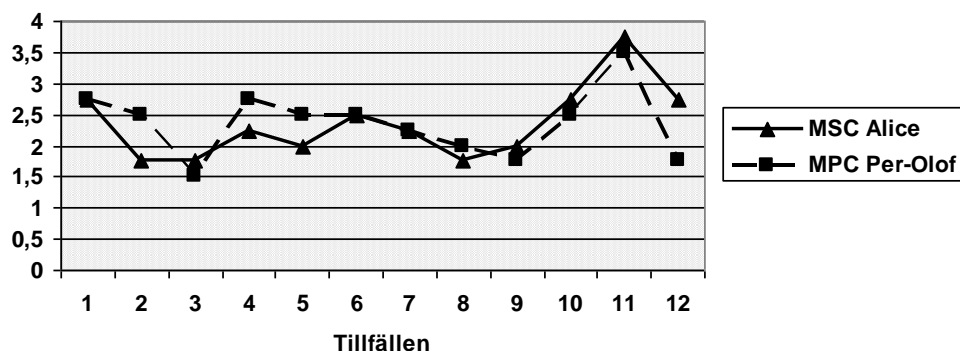
Figur 5 visar den fluktuation som kunde iaktas i resultatet.

Tabell 6.

*Per-Olofs och Alice resultat för MSC A & B och MPC A & B för varje tillfälle och medelvärde (M) för varje fas.*

Dyad 1. Per-Olof & Alice	Fas 1			Fas 2			Fas 3			Fas 4		
	Tillfälle			Tillfälle			Tillfälle			Tillfälle		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<i>MSC A Tillskriva kompetens</i>	3	1,5	2	2	2	2,5	2	1,5	1,5	3	3,5	3
	<b>M 2</b>			<b>M 2</b>			<b>M 1,5</b>			<b>M 3</b>		
<i>MSC B Lyfta fram kompetens</i>	2,5	2	1,5	2,5	2	2,5	2,5	2	2,5	2,5	4	2,5
	<b>M 2</b>			<b>M 2</b>			<b>M 2,5</b>			<b>M 3</b>		
<i>MPC A Samspel</i>	2,5	2,5	1,5	3	3	2,5	2,5	2	2	3	4	2

	<i>M 2</i>			<i>M 3</i>			<i>M 2</i>			<i>M 3</i>		
<i>MPC B Överföring</i>	3	2,5	1,5	2,5	2	2,5	2	2	1,5	2	3	1,5
	<i>M 2,5</i>			<i>M 2,5</i>			<i>M 2</i>			<i>M 2</i>		



Figur 5. Medelvärde för MSC (A+B) och MPC (A+B) för Alice och Per-Olof vid varje tillfälle.

*Andra påverkande faktorer för Alice och Per-Olof.* På det kognitiva testet Tornet låg Alice inom normalvariation för *antal korrekt genomförda uppgifter* (9/19 skalpoäng), *förflyttningsprecision* (11/19 skalpoäng) och för *regelbrott* (10/19 skalpoäng). På *genomsnittlig tidsåtgång per förflyttning* låg hon tre standarddeviationer (SD) under medel (2/19 skalpoäng), men inom normalvariation för *genomsnittlig tidsåtgång för första förflyttningen* (9/19 skalpoäng). På CWI låg Alice inom normalvariation på den del som mäter *inhibering och växling* (13/19 skalpoäng), men tre SD över medel på den del som mäter *inhibering* (17/19 skalpoäng). Att ligga över normalvariation på *inhibering* i CWI är en indikation på nedsättning. Antal fel på dessa delar var inom normalvariation. Alice fick 10/17 poäng på den del som testade förmågan att ta en annan persons perspektiv i ToM-texterna, vilket är en SD under medel.

I Per-Olofs resultat på Token test sågs en ojämn prestation med värden som varierar mellan 26-175/261. Dock bör noteras att testledaren avbröt testningen vid det första tillfället p.g.a. trötthet hos PKS. Resultat för Token test, ordflödesmätningarna och förståelighetsbedömningen ses i tabell 7. Vad gäller FAS-ordflödestest sågs även här en ojämn prestation med värden mellan 14-28 ord. Gällande Djurflöde- och Verbflödestest låg värdena mellan 3-6 ord. Samtliga mätvärden ligger under normalvariation för Per-Olofs ålders- och utbildningsgrupp. Per-Olofs förståelighet sågs variera mellan 53-76 %.

Tabell 7.

*Per-Olof resultat för Token test, ordflödesmätningar och förståelighet.*

<b>Per-Olof</b>	<i>Före</i>	<i>Efter</i>	<i>Uppföljning</i>
Token-test	<b>26/261 (avbröt)</b>	<b>175/261</b>	<b>137/261</b>
<i>Cut-offpoäng: 253/261</i>			
FAS-ordflöde	<b>28 ord</b>	<b>14 ord</b>	<b>16 ord</b>
<i>Norm: 42,3 ± 10,6</i>			
Djurflöde	<b>6 ord</b>	<b>4 ord</b>	<b>5 ord</b>
<i>Norm: 20,9 ± 7,1</i>			
Verbflöde	<b>3 ord</b>	<b>4 ord</b>	<b>4 ord</b>
<i>Norm: 18,1 ± 6,0</i>			
Förståelighet	75 %	53 %	76%

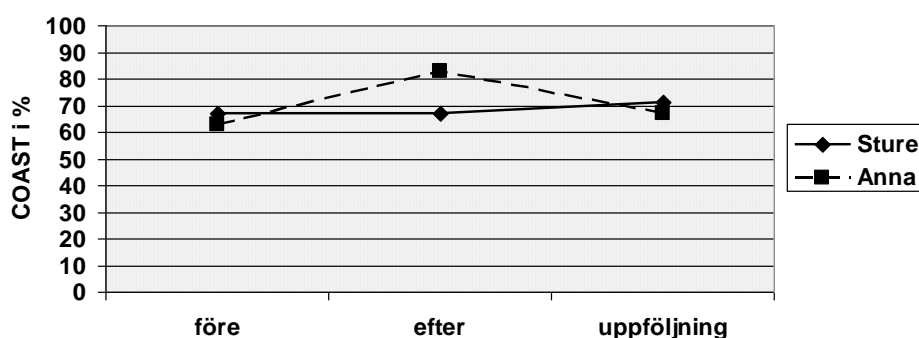
De mätvärden som är **fetmarkerade** för Token test och ordflödesmätningar ligger under normalvariation baserat på kön, ålder och utbildning.

I skattning av Per-Olofs välbefinnande sågs en diskrepans i uppfattning inte endast mellan Per-Olof och Alice, utan även inom Per-Olofs egna skattningar. Per-Olof skattade i *Geriatric Depression Scale* (GDS) innan intervention sitt välbefinnande till 3/20, medan Alice skattade hans välbefinnande till 11/20. Denna skillnad i uppfattning sågs dock ej i de resterande skattningarna på GDS då paret efter intervention och vid uppföljning båda skattade värden mellan 4-5/20.

## Dyad 2. Sture och Anna

*Upplagd förändring i kommunikationen.* Sture och Anna skattade innan intervention kommunikationen till värden som endast skiljde sig åt några procent vilket tyder på en samstämmighet kring hur kommunikationen fungerade, vilket kan ses i figur 6.

Efter intervention tyckte Anna att det gick lättare för Sture att förstå information från henne och att han lättare kunde följa med när hon bytte samtalsämne. Dessutom såg hon en förbättring i Stures kommunikation samt att hans nedsatta kommunikationsförmåga hade en mindre negativ inverkan på deras vardag än tidigare. Anna ansåg också att hon kunde påverka kommunikationen positivt i högre grad efter intervention. Sture upplevde ingen märkbar förändring i kommunikationen efter intervention men tyckte att det vid uppföljning gick lättare att kommunicera med Anna och förstå information från henne. Anna upplevde vid uppföljning att det under den senaste tiden varit svårare för Sture att förstå information från henne, att följa med när hon byter samtalsämne samt att hans nedsatta kommunikationsförmåga hade en mer negativ inverkan i vardagen. Anna upplevde det även svårare för henne att påverka kommunikationen positivt i jämförelse med efter intervention.



Figur 6. Stures och Annas resultat i COAST och Carer-COAST i respektive fas.

*Observerad förändring hos Anna och Sture.* Annas förmåga att stödja samspelet med Sture genom att *tillskriva* (MSC A) och *lyfta fram kompetens* (MSC B) bedömdes i alla faser konstant ligga i medel ett halv skalpoäng från maxvärde 3,5 eller på maxvärde 4 vilket ses i tabell 8 och illustreras visuellt i figur 7. Detta betyder att Anna tillskriver Sture kompetens på ett bra sätt genomgående. Hon använder ofta eller mycket ofta tekniker för att lyfta fram hans kompetens och är tekniskt skicklig.

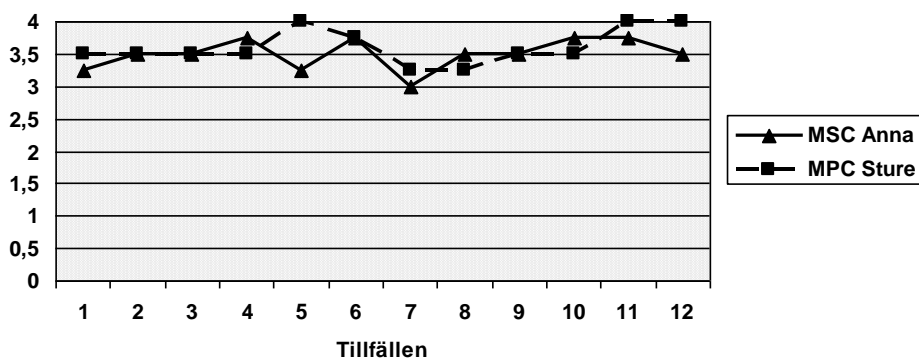
För Sture skedde endast en liten förändring i MPC efter intervention. Medelvärdet för *överföring* (MPC B) skattades i båda faserna i medel till 3,5 medan *samspel* (MPC A)

förändrades från 3 till 3,5. Detta innebär att han både innan och efter intervention ofta tog ansvar för sitt eget deltagande i interaktion och ofta visade förmåga att förstå och överföra innehåll. Vid uppföljning bedömdes Stures samspel ha ett medelvärde på 4 vilket innebär att han var fullständig och adekvat i samtal. Medelvärdet för överföring är konstant på skalsteg 3,5 även vid uppföljning. Alla tillfällena för båda delskalorna skattades mellan skalsteg 3 och 4.

Tabell 8.

Anna och Stures resultat för MSC A och B och MPC A och B för varje tillfälle.

Dyad 2. Sture & Anna	Fas 1			Fas 2			Fas 3			Fas 4		
	Tillfälle			Tillfälle			Tillfälle			Tillfälle		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<i>MSC A Tillskriva kompetens</i>	3	3,5	3,5	4	3	4	3	3,5	3,5	4	3,5	3
	<b>M 3,5</b>			<b>M 3,5</b>			<b>M 3,5</b>			<b>M 3,5</b>		
<i>MSC B Lyfta fram kompetens</i>	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3	3,5	3,5	3,5	4	4
	<b>M 3,5</b>			<b>M 3,5</b>			<b>M 3,5</b>			<b>M 4</b>		
<i>MPC A Samspel</i>	3,5	3,5	3,5	4	4	4	3	3	3,5	4	4	4
	<b>M 3,5</b>			<b>M 4</b>			<b>M 3</b>			<b>M 4</b>		
<i>MPC B Överföring</i>	3,5	3,5	3,5	3	4	3,5	3,5	3,5	3,5	3	4	4
	<b>M 3,5</b>			<b>M 3,5</b>			<b>M 3,5</b>			<b>M 3,5</b>		



Figur 7. Medelvärdet för MSC (A+B) och MPC (A+B) för Anna och Sture vid varje tillfälle.

*Andra påverkande förmågor hos Anna och Sture.* På det kognitiva testet Torner låg Anna inom normalvariation för *antal korrekt genomförda uppgifter* (12/19 skalpoäng), *regelbrott* (11/19 skalpoäng), *genomsnittlig tidsåtgång per förflyttning* (11/19 skalpoäng) och *förflyttningsprecision* (10/19 skalpoäng). På *genomsnittlig tidsåtgång för första förflyttningen* låg hon en SD över medel (14/19 skalpoäng). På de delar i CWI som mäter *inhibering* och *inhibering och växling* låg Anna på skalpoäng 1 på båda vilket motsvarar tre SD under medel. Dock hade Anna svårt att urskilja grönt och blått vilket gör att tidsåtgången ökar och ger en lägre poäng. Antal fel på dessa betingelser är inom normalvariation. För delen *läsa färgnamn*, där inga färger förekommer, låg Anna en SD över medel. Anna fick 11/17 poäng på den del som testade inferens i ToM texterna, vilket är inom normalvariation.

I Stures resultat sågs för Token test en prestation med värden mellan 250-256/261. Den första mätningen låg precis under cut-offvärdet medan de övriga två låg strax över. Resultat för Token test, ordflödesmätningarna och förståelighetsbedömningen ses i tabell 9. Vad gäller FAS-ordflödestest sågs resultaten variera mellan 16-20 ord, vilket

ligger just i gränslandet för normalvariation. Två av tre mätningar faller under gränsen för normalvariation. Gällande Djurflöde- och Verbflödestest var alla värden inom normalvariation. Stures förståelighet uppskattades ligga mellan 79-80 % genomgående. Tabell 9.

*Stures resultat för Token-test, ordflödesmätningar och förståelighet.*

<b>Sture</b>	<i>Före</i>	<i>Efter</i>	<i>Uppföljning</i>
Token-test	<b>250/261</b>	253/261	256/261
<i>Cut-offpoäng:253/261</i>			
FAS-ordflöde	20 ord	<b>17 ord</b>	<b>16 ord</b>
<i>Norm: 29,1 ± 11,0</i>			
Djurflöde	16 ord	15 ord	25 ord
<i>Norm: 16,3 ± 5,8</i>			
Verbflöde	14 ord	11 ord	11 ord
<i>Norm: 10,6 ± 4,7</i>			
Förståelighet	80 %	79 %	80 %

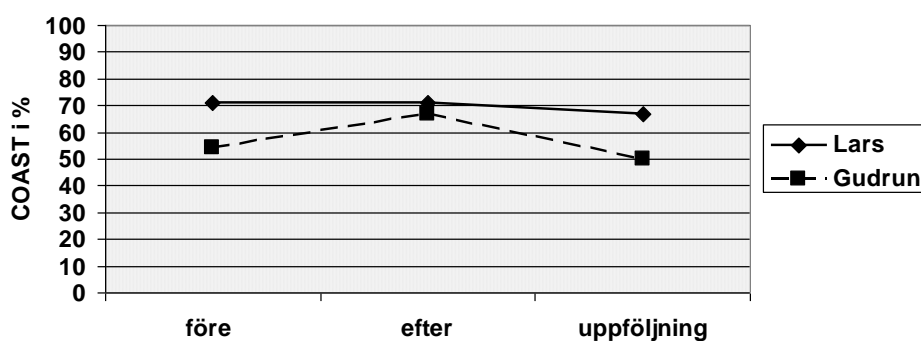
De mätvärden som är **fetmarkerade** för Token test och ordflödesmätningar ligger under normalvariation baserat på kön, ålder och utbildning.

Paret var relativt eniga i uppskattning av Stures välbefinnande. Sture skattade sitt välbefinnande till värden (5-6/20) precis i gränslandet för vad som tolkas som en indikation på depression under alla faser. Anna skattade Stures välbefinnande innan intervention till 3/20, efter till 6/20, och vid uppföljning till 8/20.

*Dyad 3. Lars och Gudrun*

*Upplevd förändring i kommunikationen.* Lars och Gudruns uppfattning kring hur kommunikationen fungerade innan intervention skiljde sig åt vilket kan ses i figur 8. Det som föranledde denna diskrepans var att Lars uppfattade att han kunde hänga med ganska bra när Gudrun bytte samtalsämne, medan Gudrun ansåg att detta gick med stor svårighet.

Gudrun tyckte dock att det efter intervention gick mycket lättare för Lars att följa med när hon bytte samtalsämne i jämförelse med innan intervention. Lars uppfattade ingen förändring i kommunikationen efter intervention, men upplevde vid uppföljning att det var svårare att följa med när Gudrun bytte samtalsämne samt att hans nedsatta kommunikationsförmåga påverkade vardagen något mer under den senaste tiden. Gudrun ansåg att det vid uppföljning var svårare att småprata med Lars. Hon uppfattade att hans kommunikation hade försämrats och liksom Lars såg hon att den nedsatta kommunikationsförmågan påverkade deras vardag i högre grad än tidigare. Hon tyckte dessutom att hennes förmåga att positivt påverka kommunikationen hade gått från att vara ganska bra till att vid uppföljning fungera med lite svårighet.



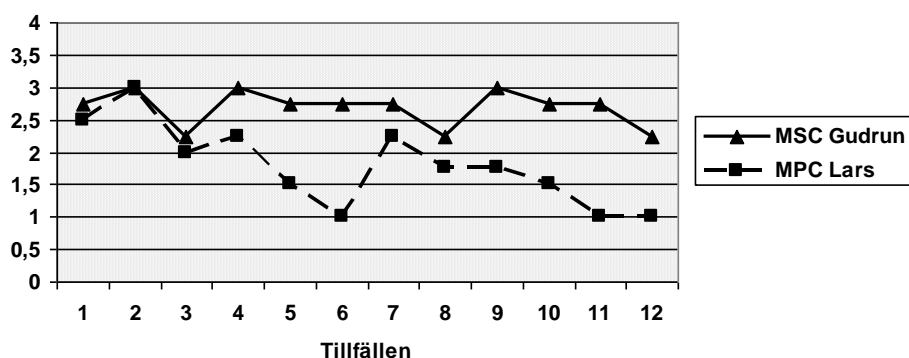
Figur 8. Resultat för Lars och Gudrun i COAST.

Observerad förändring hos Gudrun och Lars. Gudruns förmåga att stödja samspelet genom att *tillskriva* (MSC A) och *lyfta fram kompetens* (MSC B) fungerade genomgående ganska bra vilket ses i tabell 10. Gudrun tillskriver ofta kompetens till Lars innan och under intervention, medelvärde 3. Denna förmåga sjönk dock i medel ett halvt skalsteg till 2,5 efter intervention vilket höll i sig vid uppföljning. Gudruns förmåga att använda tekniker för att lyfta fram kompetens vad gäller förståelse eller uttrycksförmåga bedömdes genomgående ligga mellan skalsteg 2 och 3. Det högre värdet betecknar då att hon ofta kan lyfta fram kompetens hos Lars, och det lägre värdet betyder att det fungerar ibland.

Tabell 10.

Lars och Gudruns resultat för MSC A och B och MPC A och B för varje tillfälle.

Dyad 3. Lars och Gudrun	Fas 1			Fas 2			Fas 3			Fas 4		
MSC A Tillskriva kompetens	3	3	2,5	3,5	3	3	3	2	3	3	3	2
	M 3			M 3			M 2,5			M 2,5		
MSC B Lyfta fram kompetens	2,5	3	2	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	3	2,5	2,5	2,5
	M 2,5			M 2,5			M 2,5			M 2,5		
MPC A Samspel	2	3	2	2,5	2	1	2	2	1,5	2	1	1
	M 2,5			M 2			M 2			M 1,5		
MPC B Överföring	3	3	2	2	1	1	2,5	1,5	2	1	1	1
	M 2,5			M 1,5			M 2			M 1		



Figur 9. Medelvärdet för MSC A och B och medelvärdet för MPC A och B för Gudrun och Lars för varje tillfälle.

För Lars syntes ingen större förändring i *samspel* (MPC A) eller *överföring* (MPC B) efter intervention vilket ses i tabell 10. Båda förmågorna skattades i medel ett halvt skalsteg lägre efter intervention till ett medel på skalsteg 2. Detta innebär att han gör tydliga försök att vara delaktig i samtalet och Lars förmåga till samspel bedömdes vid flera tillfällen ligga på skalsteg 1 vilket innebär att han visar försök att ta ett visst ansvar för sitt eget deltagande i interaktionen men att han sällan använder det stöd som Gudrun erbjuder. Detta skedde vid två av tre tillfällen under uppföljningen vilket sänkte medelvärdet för den fasen till 1,5. Gällande överföring bedömdes denna förmåga sänkas från medelvärdet 2,5 innan interventionen till 2 efter interventionen och ett medelvärde på 1 vid uppföljning. Skalsteg 2 innebär att han ibland använder verbala eller icke-verbala medel eller hjälpmedel för att interagera och skalsteg 1 innebär att han visar viss förmåga att kunna förstå och överföra innehåll, verbalt, icke-verbalt eller med hjälpmedel.

Vid visuell inspektion av Gudrun och Lars resultat på MSC respektive MPC i figur 9, ses att kurvorna initialt följs åt. Från och med utbildningsfasen ses Lars resultat på MPC sjunka medan Gudruns resultat på MSC ligger kvar mellan skalsteg 2 och 3.

*Andra påverkande faktorer hos Gudrun och Lars.* På det kognitiva testet Tornet, låg Gudrun inom normalvariation för *antal korrekt genomförda uppgifter* (9/19 skalpoäng), *regelbrott* (11/19 skalpoäng) och *förflyttningsprecision* (11/19 skalpoäng). För *genomsnittlig tidsåtgång för förflyttning* (5/19 skalpoäng) och *genomsnittlig tidsåtgången per första förflyttningen* (3/19 skalpoäng) låg Gudrun två respektive tre SD under medelvärdet. På CWI låg Gudrun inom normalvariation på den del som mäter *inhibering och växling* (10/19 skalpoäng), men två SD över medelvärdet på den del som mäter *inhibering* (15/19 skalpoäng). Att ligga över normalvariation på *inhibering* i CWI är en indikation på nedsättning. Antal fel på dessa delar var inom normalvariation. Gudrun fick 10/17 poäng på den del som testade inferens i ToM texterna, vilket är en SD under medel. För Lars ses i Token test en försämring på den sista mätningen då han i de tidigare två fått ett resultat mellan 240-241/261 och i den sista fick 220/261. Alla dessa värden ligger under cut-offpoängen. Resultat för Token test, ordflödesmätningarna och förståelighetsbedömningen ses i tabell 11. I FAS-ordflödestest samt i Verbflödestest presterar Lars inom normalvariation på samtliga mätningar. I Djurflödestest ses dock två värden ligga utanför normalvariation. Lars förståelighet bedöms ligga mellan 33-43 %.

Tabell 11.

*Lars resultat för Token-test, ordflödesmätningar och förståelighet.*

Lars	Före	Efter	Uppföljning
Token-test	<b>240/261</b>	<b>241/261</b>	<b>220/261</b>
<i>Cut-offpoäng:253/261</i>			
FAS-ordflöde	26 ord	26 ord	25 ord
<i>Norm: 29,1 ± 11,0</i>			
Djurflöde	<b>8 ord</b>	11 ord	<b>7 ord</b>
<i>Norm: 16,3 ± 5,8</i>			
Verbflöde	11 ord	8 ord	7 ord
<i>Norm: 10,6 ± 4,7</i>			
Förståelighet	37 %	43 %	33 %

De mätvärden som är **fetmarkerade** för Token test och ordflödesmätningar ligger under normalvariation baserat på kön, ålder och utbildning.

I skattning av Lars välbefinnande sågs en diskrepans inte endast mellan Lars och Gudrun, utan också inom Lars egna resultat. Lars skattade sitt välbefinnande till 13/20 innan intervention, till 4/20 efter intervention och till 5/20 vid uppföljning. Gudrun skattade i sin tur Lars välbefinnande till 18/20 innan interventionen, till 17/20 efter intervention, och till 15/20 vid uppföljning.

## Diskussion

Studiens syfte var att undersöka hur en modifierad form av SPPARC fungerar som ett kommunikationsträningsprogram för närstående till personer med Parkinsons sjukdom. Studiens huvudsakliga resultat visade att 4 av 6 deltagare upplevde att kommunikationen fungerade bättre efter intervention. De övriga två, Sture och Lars, skattade kommunikationen som oförändrad efter interventionen. Den förbättring som deltagarna upplevde kunde dock ej avläsas i bedömningen av dyadernas samtalsinteraktion, där resultatet ej visade någon tydlig tendens i varken positiv eller negativ riktning.

Vid uppföljning nio veckor efter intervention uppfattade fortfarande Alice, Per-Olof och Anna att kommunikationen fungerade bättre än innan intervention. Dessutom upplevde även Sture vid uppföljning en förbättrad kommunikation i jämförelse med innan. Dock upplevde då Gudrun och Lars kommunikationen som sämre än innan intervention. För Alice kunde den upplevda förbättringen ses i samtalsinteraktionen. I MSC A och B sågs en ökning på ett skalsteg vid uppföljning i jämförelse med innan intervention. Dock kunde ej den upplevda förbättringen ses för Per-Olof, Anna och Sture. Gudrun och Lars uppfattade båda att kommunikationen vid uppföljning fungerade sämre än innan intervention, vilket visas i skattning med MPC. För Lars ses i MPC A vid uppföljning en sänkning på 1 skalsteg och i MPC B en sänkning på 1,5 skalsteg vilket tyder på en försämring på båda dessa parametrar i jämförelse med innan intervention.

Bryan och medarbetare använde SPPARCs kommunikationsträningsprogram i en studie där dyader med personer med afasi och deras närstående tränades i sina hem (Lock, Wilkinson & Bryan, 2001b). De fann att personerna med afasi efter samtalsträningen upplevde sig mindre påverkade av funktionsnedsättningen och att de närstående upplevde att de hade ökade kunskaper om afasi. De närstående upplevde även att förmågan att kommunicera hade ökat hos personen med afasi. När dyadernas samtal analyserades med samtalsanalys (Conversation Analysis, Heritage & Atkinson, 1984) sågs dock endast en förändring hos en tredjedel av dyaderna i den studien. Detta tyder på att det antingen framförallt är upplevelsen av hur kommunikationen fungerar som SPPARC påverkar eller att det är svårt att utläsa förändring i samtalsmönster med samtalsanalys eller med de skattningsskalor som använts i föreliggande studie.

Utöver svaren på studiens frågeställningar har andra noterbara fynd framkommit. Ett noterbart fynd som sågs i resultatet var en diskrepans mellan hur de närstående uppfattade hur kommunikationen fungerade i jämförelse med hur personerna med PS uppfattade det. Både Alice och Gudrun skattade att kommunikationen fungerade sämre



än vad deras män angett. En parallell kan här dras till en studie av Coates och Bakheit (1997) som såg att personer med PS kan undervärdera eller vara omedvetna om sina svårigheter. Det är dock osäkert om det är samma bakomliggande förklaring till den skillnad i uppfattning som ses i denna studie, då den omnämnda studien fokuserar på tal och inte hela kommunikationsförmågan. Det har även visats att den pragmatiska förmågan hos personer med PD skattas lägre av den närstående än hos personerna med PD själva (McNamara & Durso, 2003). I den studien tolkades dessa resultat bero på en bristande insikt hos personerna med PD i sina egna pragmatiska svårigheter.

En diskrepans i uppfattning mellan deltagarna sågs även i GDS där de närstående oftast skattade att personerna med PS mådde sämre än vad personerna med PS själva skattade. Detta resultat ligger i linje med en studie som påvisade att närstående ofta bedömer den drabbade personens livskvalitet som sämre än patienten själv gör (Novella et al., 2001). Samma studie visade även att samstämmigheten sjönk i och med demensutveckling. Att deltagarna i denna studie har en demensutveckling är ej formellt bedömd. Men både Alice och Gudrun rapporterar att Per-Olof och Lars har svårigheter med minne och uppmärksamhet. Det kan tänkas att en demensutveckling kan bidra till en bristande sjukdomsinsikt och att personen med PS då inte uppfattar sina svårigheter i lika stor utsträckning som den närstående. Ett fynd som var mer förväntat var fluktuation i prestation hos personen med PS. Fluktuation sågs i Per-Olofs resultat på ordflödesmätning, Token test och förståelighetsbedömning. Denna fluktuation sågs även i Per-Olofs resultat på MPC. När Alice och Per-Olofs resultat på MSC och MPC jämfördes sågs en liknande fluktuation i förmågorna hos båda dvs. när Per-Olofs förmåga till deltagande sjönk, sjönk även Alice förmåga att stödja samtalet. Från detta samband kan en parallell dras till Kagan (1998) som pratar om *conversational partnership*, dvs. ett gemensamt ansvar för kommunikationen. När den enes förmåga minskar ökar således kraven på den andre att stödja upp samtalsinteraktionen. Att Alice och Per-Olof följer varandra så väl i MSC och MPC kan med utgångspunkt i denna forskning tyda på att Alice och Per-Olof båda fluktuerar i förmågan att upprätthålla detta gemensamma ansvar. En lika tydlig fluktuation sågs inte hos de andra dyaderna. För Lars sågs däremot tecken på försämring. Både Lars och Gudrun berättade för författarna att Lars under perioden de deltagit i studien blivit fysiskt sämre, vilket även påverkade kommunikationen negativt. Denna försämring kan avläsas i svaren på COAST i hur kommunikationen fungerar och Lars presterar även sämre på Token test, förståelighet och ordflöde. Detta sågs även i observation av samtalsinteraktion där hans deltagande bedömdes vara lägre efter intervention och vid uppföljning. Dock ses Gudruns förmåga att stödja Lars, ej följa Lars förmåga till deltagande i samtal, vilket sågs hos Alice och Per-Olof. Gudrun stödjer genomgående Lars väl och kan på så sätt sägas ta ett stort ansvar för att upprätthålla parets interaktion. En mer stabil prestation sågs däremot hos Anna och Sture. Detta par karaktäriserades av samstämmighet och stabilitet i testprestationer. Annas förmåga att i samtalsinteraktion stödja Sture genom att tillskriva och lyfta fram kompetens bedömdes genomgående fungera mycket bra. På samma sätt bedömdes även Stures förmåga till deltagande genom samspel och överföring vara hög och stabil. Dock bör nämnas att Sture var tidigare i sjukdomsförloppet och ännu inte hade så stora svårigheter. Sammanfattningsvis uppvisar de tre dyaderna tre olika profiler.

Då studien var en explorativ *multiple case study* har den avsett att titta på hur den omnämnda interventionsmodellen fungerar för tre dyader. Detta beskrivs av Robey och Shultz (1998) som forskning tillhörande fas 2 i den ”standardmodell” som hälso- och

sjukvård använt den senaste trettio åren kring metoder för intervention. Denna modell delar upp forskningen i fem faser vilka beskriver hur, och i vilken ordning forskningen bör fortskrida. Fas 2 består av fallstudier och små gruppexperiment, där ingen yttre kontrollgrupp krävs. En av uppgifterna i denna fas är att finslipa forskningshypotesen och utarbeta varför behandlingen fungerar. En styrka i denna studie är att den utöver att ha prövat hypotesen även undersökt andra påverkande faktorer. Detta är ett sätt att kontrollera för eventuella alternativa förklaringar till studiens resultat, vilket ökar den interna validiteten (Yin 2009).

MSC och MPC som använts vid bedömning av samtalsinteraktion har i studier visat sig vara bra bedömningsinstrument att använda på afasi och traumatisk hjärnskada (Kagan 2001; Kagan et al. 2004; Togher, Power, Tate, McDonald & Rietdijk, 2010). Föreliggande studie visade mycket goda siffror för både intra- och interbedömarreliabilitet som varierade på ICC mellan 0.86 - 0.92, vilket tyder på att de även är fungerande instrument att använda för bedömning av samtalsinteraktionen mellan en person med PS och en samtalspartner. Dock bör nämnas att ICC bör vara minst 30 jämförelser för att det ska användas tillförlitligt (Peat, 2002), vilket denna studie ej når upp till i alla analyser.

En annan brist i dataanalysen av samtalsinteraktionen var att ingen av bedömarna, på grund av begränsade resurser kunde bedöma all inspelad samtalsinteraktion. Men då interbedömarreliabiliteten mellan logopedstudenterna och neurologopeden var hög är risken att en eventuell diskrepans i bedömningarna skulle vara missvisande mycket liten. En annan aspekt av bedömningen med MPC och MSC är att de skattar mer övergripande förmågor som används i samtal. Om man vill se små förändringar eller se om en specifik parameter förändras kan en annan typ av samtalsanalys som är mer fokuserad på det specifika området vara att föredra.

Ett annat problem kan vara att det videomaterial som analyserats inte alltid varit helt representativt för parets svårigheter utan blivit för tillrättalagt. Ett exempel för detta ses i dyad 2. Anna uppgav i COAST att den största förbättringen efter intervention var, att hon kunde påverka kommunikationen mer positivt än innan. Denna förändring sågs dock inte i observation av samtalsinteraktion. Denna skillnad kan bero på att de beteenden Anna ändrat för att påverka kommunikationen positivt inte ingick i den samtalsinteraktion som filmades. Exempel på problem som Anna tog upp under interventionen var att samtala i bullriga miljöer och prata med varandra när de inte var i samma rum, som de kunnat tidigare. När Anna och Sture filmades satt de nära varandra vilket var en optimal situation för denna dyad, men kanske inte så representativ för deras aktiva vardagsliv. Dessa problematiska situationer fångades inte filmsekvenserna. Huruvida en förändring skett inom dessa områden kan således ej mätas med den data som analyserats.

En annan potentiell orsak till varför den förändring deltagarna upplevde inte sågs i samtalsinteraktionen kan vara att de strategier och tekniker deltagarna lärde sig under utbildningen ej hann befästa i det vardagliga samtalet. Att nya strategier är svåra att implementera i vardagen kan bero på att de redan etablerade samtalsmönstren är svåra att bryta. Det kan tänkas att ett långt äktenskap har befäst vissa mönster i kommunikationen som kan vara svåra ändra på kort tid. I denna studie kunde en tydlig förändring i observerad samtalsinteraktion först ses hos en av deltagarna (Alice) vid uppföljning nio veckor efter intervention. Detta kan indikera att interventionen med SPPARC bör vara mer omfattande och sträcka sig över längre tid, så att mer tid ges till att ändra de mönster paren har i sin vardagliga samtalsinteraktion. I grundversionen av

SPPARC och i studien av Bryan och medarbetare (Lock, Wilkinson & Bryan, 2001b) som nämnts ovan sträckte sig interventionen över åtta veckor, medan interventionen i föreliggande studie genomfördes under tre veckor. Tanken bakom att koncentrera interventionen var för att pröva en metod som är kliniskt genomförbar trots allt kortare vårdtider.

Något som undersöktes i studien, men som ej visade några tydliga resultat, var kopplingen mellan kognitiva förmågor och hur väl den närstående kunde stödja samtalsinteraktionen. Alla närstående i studien presterar inom normalvariation på majoriteten av testresultaten, med några få undantag. Alice och Gudrun låg två respektive tre standarddeviationer över normalvariation på den del i CWI som mäter inhibering vilket i detta sammanhang kan indikera en nedsättning. En svårighet att inhibera automatiska reaktioner i samtalsinteraktion kan tänkas påverka samtalet och förmåga att stödja negativt vilket forskningen av Brown-Smith (2009) diskuterar. Ett annat mått som både Alice och Gudrun faller ut på är *genomsnittlig tidsåtgång per förflyttning* på Tornet där de låg tre respektive två SD under medelvärdet. Alice och Gudrun som faller ut på fler test än vad Anna gör har även ett lägre resultat på MSC. Att det finns ett samband mellan dessa fynd ska dock tolkas med försiktighet då Per-Olof och Lars har större svårigheter än Sture och skattas lägre på MPC. För att urskilja eventuella tydliga samband mellan de kognitiva förmågor och samtalsinteraktionen behöver forskning på större grupper göras.

Sammanfattningsvis kan sägas att resultaten i föreliggande studie tyder på att kommunikationsträningsprogrammet i SPPARC är en fungerande interventionsmetod för närstående till personer med PS, men att det i denna studie framförallt ses i deltagarnas subjektiva upplevelse av hur kommunikationen fungerar. För att utröna om detta kan ses tydligare i samtalsinteraktionen bör detta studeras vidare, vilket vid dags dato redan görs inom ramen för det större forskningsprojekt föreliggande studie är en del av.

## Referenser

- Abramhamsson, M., Bengtsson, L., & Kraft, S. (2010). *Tolkning av underförstådd information i text: betydelse av ålder, utbildning, läsvanor och kön*. Opublicerat projektarbete i Logopedi, Göteborgs universitet: Enheten för Logopedi, Göteborg.
- Ahlsén, E. (2008). Språkstörningar hos vuxna (förvärvade språkstörningar) – allmän del. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (red:er.), *Logopedi* (ss. 187-206). Lund: studentlitteratur.
- Apt, P. (2008) Token test, Malmö: MAS (Ursprungsversionen: De Renzi & Vignolo, 1962)
- Bastiaanse, R., & Leenders, K. L. (2009). Language and parkinson's disease. *Cortex*, 45, 912-914.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind. *Cognition*, 21, 37-46.
- Brenna-Lund, P., & Nordin, E. (2007). *"Märkliga berättelser" barns mentaliseringsförmåga i åldrarna 7,9 och 12 år*. Examensarbete P610 i Psykologi, Umeå universitet: Institutionen för psykologi, Umeå.
- Brown-Schmidt, S. (2009). The role of executive function in perspective taking during online language comprehension. *Psychonomic Bulletin & Review*, 16, 893-

900.

- Coates, C., & Bakheit, A. M. (1997). The prevalence of verbal communication disability in patients with parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*, *19*, 104-107.
- Darley, F. L., Aronson, A. E., & Brown, J. E. (1975). *Motor Speech Disorders*. W. B. Saunders Company: Philadelphia, London, Toronto.
- Delis, D. C., Kaplan, E., & Kramer, J. H. (2001). *Delis – Kaplan Executive Function System (D-KEFS)*. NCS Pearson, Inc.
- De Renzi, E., & Vignolo, L. A. (1962). The Token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasia. *Brain*, *85*, 665-678.
- Dyck, C. (2009). Who cares for the caregiver. *Parkinsonism and related disorders*, *15*, 118-121.
- Fagius, J., & Aquilonius, S. M. (red.), (2006). *Neurologi* (4:e upplagan). Stockholm: Liber.
- Fox, C. M., Morrison, C. E., Olson Ramig, L., & Sapir, S. (2002). Current perspectives on the lee silverman voice treatment (lsvt) for individuals with idiopathic Parkinson's disease. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *11*, 111-123.
- Friedman, O., & Leslie, A. M. (2005). Processing demands in belief-desire reasoning: inhibition or general difficulty. *Developmental Science*, *8*, 218-225.
- Glueckauf, R. L., Blonder, L. X., Ecklund-Johnson, E., Maher, L., Crosson, B., & Gonzalez-Rothi, L. (2003). Functional outcome questionnaire for aphasia: overview and preliminary psychometric evaluation. *NeuroRehabilitation*, *18*, 281-290.
- Gottfries, C. G., Noltorp, S., Nörsgaard, N., Holmén, A., & Högstedt, B. (1997) Kvalitetssäkringsinstrument på vårdcentral: skala identifierar depression bland äldre. *Läkartidningen*, *94*, 1099-1102.
- Happé, F. G. E. (1994). An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *24*, 129-154.
- Hartelius, L. (2008). Neurologiskt betingade talstörningar hos vuxna. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (red:er), *Logopedi* (ss. 401-411). Lund: studentlitteratur.
- Hartelius, L., & Svensson, P. (1994). Speech and swallowing symptoms associated with parkinson's disease and multiple sclerosis: a survey. *Folia Phoniatica*, *46*, 9-17.
- Heritage, J. C., & Atkinson, J. M. (1984) *Structures of social action: studies in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge university press.
- Johnels, B. (2001). Parkinsons sjukdom drabbar både gammal och ung: celltransplantation till hjärnan ger hopp om bot. *Läkartidningen*, *13*, 1500-1501.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, *12*, 816-830.
- Kagan, A., Black, S. E., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using supported conversation for adults with aphasia (sca): a controlled trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, *44*, 624-638.
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2004). A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics of*

- Stroke rehabilitation, 11*, 67-83.
- Kaland, N. (2003). *Aspergers syndrom; Historier från vardagslivet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C., & Moir, D. (2001a) Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (spparc). *International Journal of Language & Communication Disorders, 36*, 25-30.
- Lock, S., Wilkinson, R., & Bryan, K. (2001b) *Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships & Conversation (SPPARC)*. Milton Keynes: Speechmark Publishing Ltd.
- Long, A. F., Hesketh, A., Paszek, G., Booth, M. & Bowen, A. (2008). Development of a reliable, self-report outcome measure for pragmatic trials of communication therapy following stroke: the communication outcome after stroke (coast) scale. *Clinical Rehabilitation, 22*, 1083-1094.
- Long, A. F., Hesketh, A., & Bowen, A. (2009). Communication outcome after stroke: a new measure of the carers perspective. *Clinical Rehabilitation, 23*, 846-856.
- Lyon, J. G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., Ryff, C., Coyne, S., & Blanc, M. (1997). Communication partners: enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology, 11*, 693-708.
- McNamara, P., & Durso, R. (2003) Pragmatic communication skills in patients with parkinsons disease. *Brain and Language, 84*, 414-423.
- Miller, N., Noble, D., & Burn, D. (2006) Life with communication changes in parkinson's disease. *Age and aging, 35*, 235-239.
- Miller, N., Noble, E., Jones, D., Allcock, L. & Burn, D. J. (2008) How do I sound to me: perceived changes in communication in parkinson's disease. *Clinical rehabilitation, 22*, 14-22.
- Miller, N., Deane, K. H. O., Jones, D., Noble, E., & Gibb, C. (2010). National survey of speech and language therapy provision for people with parkinson's disease in the united kingdom: therapists' practices. *International Journal of Language and Communication Disorders, 46*, 179-188.
- Mutch, W. J., Strudwick, A., Roy, S. K., & Downie, A.W. (1986). Parkinson's disease: disability, review, and management. *British Medical Journal, 13*, 675-657.
- Novella, J. L., Jochum, C., Jolly, D., Morrone, I., Ankri, J., Bureau, F., & Blanchard, F. (2001). Agreement between patients' and proxies' reports of quality of life in alzheimers disease. *Quality of life research, 10*, 443-452.
- O'Reilly, F., Finnan, F., Allwright S., Davey Smith, G., & Ben-Shlomo, Y. (1996). The effects of caring for a spouse with parkinson's disease on social, psychological and physical well-being. *British Journal of General Practice, 46*, 507-512.
- Peat, J. (2002). *Health Science Research: a handbook of quantitative methods*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind. *The behavioural and brain sciences, 4*, 515-526.
- Reijnders, J. S. A. M., Ehrt, U., Weber, W. E. J., Aarsland, D., & Leentjens, A. F. G. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in parkinson's disease. *Movement Disorders, 23*, 183-9.
- Robertson, D. (2006). Maintaining the art of conversation in parkinson's disease. *Age and Ageing, 35*, 211.

- Robey, R. R., & Schultz, M. C. (1998). A model for conducting clinical-outcome research: an adaptation of the standard protocol for use in aphasiology. *Aphasiology*, *12*, 787-810.
- Saldert, C. (2006). Inference and conversational interaction: pragmatic language disturbances related to stroke. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet: Institutionen för lingvistik.
- Saldert C, Eriksson E, Petersson K, Hartelius L. (2010) Interaction in conversation in Huntington's disease: An activity-based analysis and the conversation partner's view of change. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, *1*, 169-197.
- Schiavetti, N. (1992). Scaling procedures for the measurement of speech intelligibility. I R. D. Kent (red.), *Intelligibility in Speech Disorders*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins publishing company
- Tallberg, IM., Ivachova, E., Jones Tinghag, K. & Östberg, P. (2008). Swedish norms for word fluency tests: fas, animals and verbs. *Scandinavian Journal of Psychology*, *49*, 479-485.
- Thommessen, D., & Aarsland, D. (2002). The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. *International Journal of geriatric Psychiatry*, *17*, 78-84.
- Togher, L., Power, E., Tate, R., McDonald, S., & Rietdijk, R. (2010) Measuring the social interaction of people with traumatic brain injury and their communication partner: the adapted kagan scales. *Aphasiologi*, *24*, 914-927.
- Trail, M., Fox, C., Olson Ramig, L., Sapis, S., Howard, J., & Lai, E. C. (2003). Speech treatment for parkinson's disease. *Neurorehabilitation*, *20*, 205- 221.
- Whitworth, A., Lesser, R., & McKeith, I., (1999). Profiling conversation in parkinson's disease with cognitive impairment. *Aphasiology*, *13*, 407-423.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression rating scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37-49.
- Yin, R. Y. (2009). *Case Study Research: design and methods* (fourth edition). Thousand Oaks, New Delhi, London, Singapore: SAGE publications
- Yorkston, K. M., & Beukelman, D. R. (1978). A comparison of techniques for measuring intelligibility of dysarthric speech. *Journal of Communication Disorders*. *11*, 499-512.
- Yorkston, K. M., Beukelman, D. R., Strand, E. A., & Bell, K. R. (1999). *Management of motor speech disorders in children and adults* (second edition). Austin Texas: PRO-ED, inc

## Bilaga 1

### *Frågor från COAST och carer-COAST*

<i>COAST</i>	<i>Carer-COAST</i>
<del>1. Tänk på den senaste veckan: Hur bra kunde du visa att du menar JA eller NEJ?</del>	<del>1. Tänk på den senaste veckan: Hur bra kunde din närstående visa när hon menade JA eller NEJ?</del>
<del>2. Nu för tiden, hur bra kan du använda andra sätt som hjälper dig att kommunicera (t ex. peka eller skriva)?</del>	<del>2. Nu för tiden, hur bra kan din närstående använda andra sätt som hjälper honom att kommunicera (t ex. peka eller skriva)?</del>
<del>3. Tänk på den senaste veckan eller så, hur bra har det gått att kommunicera med din närstående?</del>	<del>3. Tänk på den senaste veckan eller så, hur bra har det gått att småprata med din närstående?</del>
<del>4. Tänk på den senaste veckan eller så, hur bra har du kunnat prata med en främling?</del>	<del>4. Tänk på den senaste veckan eller så, hur bra har din närstående kunnat prata med en främling?</del>
<del>5. Under den senaste veckan eller så, hur bra har du kunnat förstå information från din närstående?</del>	<del>5. Under den senaste veckan eller så, hur bra har din närstående kunnat förstå information från dig?</del>
<del>6. Tänk på den senaste veckan eller så, hur bra har du kunnat följa med när din närstående byter samtalsämne?</del>	<del>6. Tänk på den senaste veckan eller så, hur bra har din närstående kunnat följa med när du byter samtalsämne?</del>
<del>7. Vad tycker du om din kommunikation nu?</del>	<del>7. Vad tycker du om din närståendes kommunikation nu?</del>
<del>8. Hur påverkar din nedsatta kommunikationsförmåga er vardag?</del>	<del>8. Hur påverkar din närståendes nedsatta kommunikationsförmåga er vardag?</del>
<del>9. I vilken utsträckning tycker du att din närstående kan påverka er kommunikation positivt?</del>	<del>9. I vilken utsträckning tycker du att du kan påverka er kommunikation positivt?</del>

## Bilaga 2

### *Sammanfattning av vad utbildningstillfällena med SPPARC innefattade*

---

#### *Första utbildningstillfället*

---

- Presentera träningen och dess mål.
- Diskutera Parkinsons sjukdom och dess konsekvenser.
- Utforska kommunikationssvårigheterna och dess effekt på förståelse och uttrycksförmåga.
- Prata kring samtalets betydelse – koppling relationer och samarbete i samtal.
- Diskutera hur samtalet påverkas av PKS kommunikationssvårigheter.
- Uppmärksamma SP på hur förekomsten av problem och reparation påverkar samtalet.

#### *Andra utbildningstillfället*

---

- Uppmärksamma deltagaren på sitt eget mönster av problem.
- Medvetandegöra reparationsstrategier i allmänhet.
- Medvetandegöra deltagarens egna reparationsstrategier och utforska hur man kan förändra sitt reparationsmönster.
- Uppmärksamma deltagaren på hur problem i samtal kan påverkas av reparationssekvenser.
- Uppmärksamma deltagaren på hur deras egna samtal kan påverkas av reparationssekvenser.
- Att lära om goda vanor.

#### *Tredje utbildningstillfället*

---

- Att öka deltagarnas förståelse för hur ett samtal är uppbyggt av turer.
- Medvetandegöra deltagarna om vilken effekt olika typer av samtalsmönster har på samtal i allmänhet.
- Medvetandegöra deltagarna om vilken effekt olika typer av samtalsmönster i deras samtal.
- Att stötta och underlätta för deltagarna att göra ett aktivt val mellan att behålla samtalsmönstret de har idag eller förändra det för att underlätta samtalet.
- Medvetandegöra deltagarna om hur samtalsämnen och balans i samtalet vanligtvis hanteras.
- Medvetandegöra deltagarna om hur de i sina samtal hanterar samtalsämne och balans mellan samtalsdeltagarna.
- Att utforska strategier som underlättar för PKS att introducera samtalsämnen och bidra till samtalet.
- Sammanfattning och utvärdering.



## Bilaga 3

### *Riktlinjer för MSC*

#### ***Measure of skill in supported conversation (MSC)***

##### ***Skattingskala för samtalspartner***

Nio skalsteg från 0-4, med möjlighet att använda halvsteg:

0 = fullständigt inadekvat i interaktionen; 2= adekvat; 4 = påfallande kompetent  
(0 och 4 motsvarar mindre vanliga ytterligheter)

<b>Tillskriva kompetens</b>	<b>Lyfta fram kompetens</b>
0 Tillskriver inte PKS kompetens: Nedlåtande attityd och/eller olämplig ton. Till största delen ouppmärksam på PKS försök att uttrycka sig eller delta i samtal. Uppmuntrar inte PKS att delta.	Använder sig ej av några tekniker* för att visa på kompetens vad gäller förståelse och/eller genom att se till att PKS har medel att uttryck sig på. Söker aldrig bekräftelse på att budskapet uppfattats korrekt.
1 Tillskriver PKS viss kompetens: Nedlåtande eller olämplig ton eller anpassning kan förekomma. Är någon gång uppmärksam på PKS försök att delta och/eller kan någon gång uppmuntra PKS att försöka uttrycka sig men missar de flesta tillfällena.	Använder sig av enstaka tekniker* vid enstaka tillfällen för att visa på kompetens vad gäller förståelse eller uttrycksförmåga. men på bristfälligt sätt eller inte anpassat till PKS behov och med varierande framgång. Söker sällan bekräftelse på att budskapet uppfattats korrekt.
2 Tillskriver PKS kompetens på ett tillräckligt adekvat sätt, både explicit och underförstått. Tonen och interaktionen är vuxen och väl anpassad till PKS behov. Kan ändå förekomma flera tillfällen där SP ej uppmärksammar PKS försök att uttrycka sig och/eller missar tillfällena att uppmuntra PKS att delta i interaktionen.	Använder ibland tekniker* för att lyfta fram kompetens vad gäller förståelse eller uttrycksförmåga, och gör det på ett adekvat sätt. Lyckas vid åtminstone 50% av tillfällena att få fram lite information. Söker ibland bekräftelse på att budskapet har uppfattats korrekt.
3 Tillskriver PKS kompetens på ett bra sätt: Tonen och interaktionen är vuxen och väl anpassad till PKS behov. Uppmuntrar så gott som genomgående PKS att ta del i interaktionen. Missar endast enstaka tillfällen då PKS försöker uttrycka sig.	Använder ofta tekniker* för att lyfta fram kompetens vad gäller förståelse eller uttrycksförmåga och gör det på ett adekvat sätt. Lyckas ofta överföra innehåll. Söker på ett adekvat sätt bekräftelse på att budskapet har uppfattats korrekt.
4 Påfallande framstående i att tillskriva PKS	Tekniskt mycket skicklig. Använder mycket

kompetens. Mycket bra i interaktionen. Lyckas genomgående hålla en vuxen ton väl anpassad till situationen. Uppmuntrar genom sin interaktion hela tiden PKS att delta. Genomgående uppmärksam på PKS försök att uttrycka sig.

ofta tekniker\* på ett adekvat sätt för att lyfta fram kompetens vad gäller förståelse eller uttrycksförmåga. Lyckas kanske inte alltid men mycket ofta. Söker genomgående på ett adekvat sätt bekräftelse på att budskapet har uppfattas korrekt.

Notera: *PKS = Person med kommunikationsstörning, SP = Samtalspartner*

\* Olika tekniker är beskrivna i riktlinjerna för att tillskriva och lyfta fram kompetens

### Riktlinjer för MPC

#### *Measure of Participation in Conversation (MPC)*

#### *Skattningskala för person med kommunikationsstörning*

Nio skalsteg från 0-4, med möjlighet att använda halvsteg:

0=ingen delaktighet; 2= adekvat delaktighet; 4 = påfallande hög delaktighet

	<b>Samspel</b>	<b>Överföring</b>
0	Inget deltagande. Inga försök, vare sig verbalt eller icke verbalt att inleda samtal med SP eller att svara på försök till interaktion.	Visar inga tecken på att ha förmåga att förstå eller kunna överföra ett budskap.
1	PKS visar försök att ta ett visst ansvar för sin egen delaktighet i interaktionen men använder sig sällan av det stöd SP erbjuder. Tar aldrig eller sällan eget initiativ och försöker sällan upprätthålla kommunikationen med SP*.	PKS visar viss förmåga att kunna förstå och överföra innehåll, verbalt, icke-verbalt eller med hjälpmedel.
2	Tydliga försök att vara delaktig i samtalet. Tar några gånger eget initiativ och försöker ibland upprätthålla kommunikationen med SP.	Använder ibland verbala eller icke verbala medel eller hjälpmedel för att interagera. Visar förmåga att kunna förstå och överföra innehåll på något sätt åtminstone vid 50% av tillfällena.
3	PKS tar ofta ansvar för sin egen delaktighet i interaktionen. Tar ibland eget initiativ och försöker ofta upprätthålla kommunikationen med SP.	Använder ofta verbala eller icke verbala medel eller hjälpmedel för att interagera. Visar ofta förmåga att förstå och överföra innehåll.
4	Fullständig och adekvat delaktighet i samtal. Tar mycket ofta ansvar för interaktionen. Tar ofta eget initiativ och försöker mycket ofta upprätthålla kommunikationen med SP.	Använder mycket ofta verbala och/eller icke verbala medel eller hjälpmedel för att interagera. Visar mycket ofta eller genomgående förmåga att förstå och överföra budskap.

*PKS= Person med kommunikationsstörning, SP= Samtalspartner. \*Observera att det ställer större krav på kommunikativ förmåga att ta egna initiativ än att upprätthålla kommunikation.*

