



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Sektionen för hälsa och rehabilitering
Enheten för logopedi

344

**Implementering av AKK för barn och ungdomar med
flerfunktionsnedsättning
- en studie av habiliteringslogopeders erfarenhet.**

Cecilia Lybing
Louise Törngren

Examensarbete i logopedi,
30 högskolepoäng
Vårterminen 2020

Handledare
Anna Rensfeldt Flink
Jakob Åsberg Johnels

Implementering av AKK för barn och ungdomar som har flerfunktionsnedsättning - en studie av habiliteringslogopeders erfarenhet.

Cecilia Lybing
Louise Törngren

Sammanfattning. Studiens syfte var att inhämta habiliteringslogopedernas kliniska erfarenhet och kunskap om implementering av alternativ och kompletterande kommunikation till barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning. Studien genomfördes med halvstrukturerade intervjuer med fem habiliteringslogopeder. Data transkriberades och en tematisk analys genomfördes, som utmynnade i tre huvudteman: *Logopedens expertis, Samverkan i nätverket och Villkor för implementering.* Resultatet visar att logopederna arbetar multimodalt gällande alternativa kommunikationsmetoder och belyser vikten av att sätta små mål. Resultatet visade även att tid, avsaknad av baskunskap om kommunikation och barnets hälsotillstånd påverkar implementeringen. Tidsaspekten berör logopedens organisatoriska resurser och föräldrars möjlighet att avsätta tid. Tid ur ett barnperspektiv berör långsam utveckling, andra vårdkontakter och medicinska faktorer som påverkar implementeringen. Ofta erbjuds det begränsade antal behandlingstillfällen över kortare tid som kan påverka implementeringen negativt. Resultat i studien visar att insatser kring målgruppen behöver ske över tid och att logopeden tillsammans med nätverket behöver ha ett långsiktigt perspektiv.

Nyckelord: flerfunktionsnedsättning, alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), logoped, barn- och ungdomshabilitering, tematisk analys.

Implementing AAC with children and adolescents with multiple disabilities - a study of speech and language pathologist experiences.

Abstract. This study aimed to investigate speech and language pathologist's (SLPs) experiences when implementing augmentative and alternative communication (AAC) with children and adolescents with profound intellectual and multiple disabilities. Five SLPs participated in individual, semi-structured interviews. A thematic analysis was conducted which resulted in three main themes: *SLPs expertise, Collaboration in the network and Conditions for implementation.* The results show that SLPs apply multimodal alternatives methods for communication and the importance of setting small goals. It also appeared that time, lack of knowledge about communication in the network and the child's health status are obstacles during implementation of AAC. The time aspect relates to the organizational resource of the SLPs and the parents' ability to set aside time. Time from a child's perspective is related to slow development, other health contacts and medical factors that influence implementation. The result of the study indicate that intervention need to have a long-term perspective.

Key words: profound intellectual and multiple disabilities, augmentative alternative communication (AAC), speech and language pathologist (SLP), child and youth habilitation, thematic analysis.

Kommunikation handlar om att uttrycka sig och att förstå andra. Det är inte endast talat språk som står i fokus när kommunikation ska beskrivas: människor kommunicerar även med hjälp av personliga rörelser, tecken och ljud (Harding, Lindsay, O'Brien, Dipper & Wright, 2011). Kommunikation är en mänsklig rättighet för barn och ungdomar med eller utan funktionshinder. Enligt barnkonventionen bygger denna rättighet på fyra grundprinciper: barnet har rätt att inte diskrimineras, barnets bästa ska beaktas i alla beslut, barnet har rätt till liv och utveckling samt att barnet har rätt att säga sin mening och få den respekterad. Alltför ofta betraktas mänskliga rättigheter för barn med funktionshinder som förhandlingsbara, sociala förmåner. Mänskliga rättigheter handlar om den enskilda människans möjligheter att hävda sin rätt på alla nivåer (Unicef, 2019). Den första januari 2020 antogs Förenta Nationernas *barnkonvention* till svensk lag (Unicef, 2018). Denna konvention omfattar alla barn, även de med omfattande funktionsnedsättningar. Barn med flerfunktionsnedsättning har laglig rätt till särskild anpassning för att på så sätt kunna tillgodogöra sig dessa rättigheter. Det innebär bland annat en laglig rättighet att få uttrycka sin åsikt, och även att inkluderas i alla livsområden så väl i familjen som i samhället i stort (Socialdepartementet, 2008).

Barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättningar innefattar barn och ungdomar mellan 0–18 år som har kombinationen av flera omfattande funktionsnedsättningar och omfattande medicinska behov (Wilder, 2014). Det betyder att personen har grav intellektuell funktionsnedsättning, rörelsehinder och medicinska behov på grund av till exempel epilepsi. Denna studies definition av flerfunktionsnedsättning grav-till-svår intellektuell funktionsnedsättning, omfattande rörelsehinder samt att det även är vanligt förekommande med funktionsnedsättningar som rör syn- och hörselnedsättningar (Wilder, 2014). Barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättningar är en heterogen grupp, där den enskilda individen har en särskild komplexitet med samtidigt kombinerade underliggande diagnoser Rensfeldt Flink, Åsberg Johnels, Broberg & Thunberg, 2020). Till följd av flerfunktionsnedsättningar har dessa personer komplexa kommunikationsbehov och är mycket beroende av stöd i sitt vardagliga liv (De Bortoli, Arthur-Kelly, Mathisen och Balandin, 2014; Granlund, Wilder, & Almqvist, 2013). All kommunikation är multimodal, vilket betyder att människan använder olika förmågor som blick, mimik, gester och kroppsspråk. Det gäller även barn och ungdomar med kommunikationssvårigheter. Deras flerfunktionsnedsättningar gör det svårt att förstå andra och att själva använda enskilda eller kombinerade kommunikativa beteenden (Grove, Bunning, Porter, & Olsson, 1999; Wilder, 2014;). Kommunikationen består oftast enbart av spontana handlingar och kommunikation ligger på en tidig utvecklingsnivå. Tidig utvecklingsnivå medför att de har svårt att samspela och rikta en gemensam uppmärksamhet i kommunikation (Wilder, 2014). De har också mycket begränsad (eller avsaknad av) förmåga att använda tal- eller symbolspråk i någon form (Rensfeldt Flink et al., 2020;). Eftersom barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning har begränsad interaktionsförmåga är det enligt många forskare och praktiker i synnerhet viktigt att samtalspartners är känsliga och väl medvetna om hur viktigt det är att interaktionen blir kvalitativ och framgångsrik (Wilder & Granlund, 2003). Barnet eller ungdomens

kommunikationsutveckling är beroende av att samtalspartnern är responsiv och tolkar de spontana signalerna och ger återkoppling (Rensfeldt Flink et al., 2020). Barnen har ofta även begränsade riktade signaler i sin kommunikation vilket kan göra kommunikationsinitiativ svåra att förstå; detta ställer ytterligare krav på samtalspartnern (De Bortoli et al., 2014). Alla har ett behov av att kunna kommunicera sina önskningar och behov. Att hjälpa ett barn eller ungdom med flerfunktionsnedsättning och uppfylla rätten till kommunikation är således att hitta en lämplig metod för alternativ och kompletterande kommunikation, AKK (Wilder, 2014).

AKK är generellt ett område inom klinisk praxis, som kan behövas för individer som har betydande eller komplexa kommunikationsstörningar (Harding et al., 2011). ASHA (2019) definierar kommunikationsstörning som svårigheter med tal-/språkproduktion och/ eller språkförståelse, och kan även inkludera skriftliga kommunikationssätt. AKK är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder, som stödjer kommunikation mellan människor (Harding et al., 2011). Det finns en mängd olika tekniker, strategier och verktyg, exempelvis bildstöd, taktila tecken, talsyntes eller andra talgenererande enheter och tecken som AKK (Rensfeldt Flink et al., 2020). Dessa metoder ökar möjligheten för individen att förstå sin omgivning och uttrycka sina behov, idéer, känslor, tankar och önskemål. Individen kan vara i tillfälligt behov av AKK eller varaktigt behov under hela livstiden (Harding et al., 2011).

För barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning är AKK-behovet något som är varaktigt hela livet. Det yttersta målet med AKK-insatser för barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättningar är att ge dem en möjlighet att så effektivt som möjligt kunna engagera sig i olika samspelssituationer och delta i aktiviteter (Wilder, 2014). Att få möjlighet att interagera med andra och erövra kommunikativ kompetens, är avgörande för att individer med komplexa kommunikationsbehov ska känna livskvalitet. Kommunikativ kompetens i kombination med AKK ökar möjligheterna att erövra kommunikativa mål och delta fullt ut i samhället (Light & McNaughton, 2014).

AKK för barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning handlar om att få göra val, säga nej, ställa frågor, få veta vad som händer, få bekräftelse och svar, få ett värdigt tilltal och få delta i samtal på ett meningsfullt sätt (Wilder, 2014). Då barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning har en begränsad förmåga att forma ord, använder de istället ljud, kroppsspråk, tecken eller bilder för att göra sina behov uppmärksammade, det finns även talande samtalshjälpmiddel (Rensfeldt Flink et al., 2020). Pratapparater kan hjälpa dem påkalla uppmärksamhet eller visa vad de vill ha, eller inte. Ofta används flera olika AKK-metoder i olika situationer så kallat multimodalt för att möta de kommunikativa behoven målgruppen har (Harding et al., 2011; Wandin, Lindberg, Sonnander, 2015; Wilder, 2014). Att kunna kommunicera är en förutsättning till delaktighet och innebär en stor och viktig skillnad mellan att bli hanterad och få en god omsorg (Wilder, 2014).

Samtalspartnern är viktig eftersom barnet eller ungdomen med flerfunktionsnedsättning inte alltid själv tar initiativ till att kommunicera. Samtalspartnern använder tecken och konkreta föremål för att signalera vad som ska hända och därmed förbereda barnet (Wilder, 2014). Kommunikationen förutsätter ömsesidigt utbyte med andra människor, och innebär att samtalspartnern tolkar signalerna och ger återkoppling (Wilder, 2014). Samtalspartners är också grundläggande för att barn och ungdomar med

flerfunktionsnedsättningar ska kunna använda AKK-metoder. Därför behöver omgivningen ha baskunskaper om interaktion i allmänhet (Hostyn & Maes, 2009) men också specifik kunskap om *varför* och *hur* AKK ska användas i samspel med personer som har kommunikationssvårigheter (Wilder, 2015). Vidare beskriver Wilder (2014) att anhöriga eftersträvar mer kunskap om AKK och fungerande kommunikation i vardagen, och att det är en av de mest angelägna frågorna inom FUB (föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning). För att bli en kompetent samtalspartner behövs djupgående kunskap

Goldbart och Marshall (2004) beskriver i sin studie att föräldrar är mycket viktiga genom hela implementeringsprocessen för att öka chanserna att barn med kommunikationsproblem tillgodogör sig AKK. Och menar att det är viktigt att föräldrarna involveras i beslutsfattande, vid val av metod/material samt vid implementering av AKK. Det har även visat sig att det finns en tendens att AKK används mer sällan om kommunikationspartners i personens närmiljö inte förstår fördelarna med att använda AKK (Goldbart & Marshall, 2004). Barn med flerfunktionsnedsättningar utsätts då för en stor risk att bli socialt och pedagogiskt isolerade, vilket i sin tur kan leda till frustration och beteendeproblematik (Harding, Lindsay, O'Brien, Dipper och Wright, 2011).

I det svenska sjukvårdssystemet inom habiliteringen ansvarar logopeden för kartläggning, bedömning, genomförande och utvärdering av kommunikationshjälpmedel (Wandin et al., 2015). Vid introduktion och implementering av AKK är logopedens färdigheter och kunskap om AKK viktiga. Medvetenhet om familjens uppbyggnad och sociala struktur är också viktiga för att försäkra sig om en framgångsrik implementering av AKK (Goldbart & Marshall, 2004). Logopeden behöver även ta ställning till familjens språkliga och kulturella faktorer. Då det kan behövas en anpassning av AKK-interventionen för att familjerna ska kunna ta till sig metoderna i sitt vardagliga liv (Marshall & Goldbart, 2008). Moorcroft, Scarinci och Meyer (2019) lyfter vikten av att logopeder använder familjecentrerade metoder, ger föräldrar rätt stöd och hittar kompromisser vid implementering av AKK. Då otillräckligt stöd kan leda till ineffektiva kommunikationsstrategier och medföra att föräldrar överger AKK-metoder.

I en studie där De Bortoli et al. (2014) undersökte logopeder i New South Wales, Australien och deras upplevelser av AKK-implementering med skolelever som har flerfunktionsnedsättning, visade det sig att familj och lärare förväntade sig att logopeden skulle vara "fixaren" av barnets kommunikationsproblem. Det finns också en spridd föreställning om att en-till-en-övning är primär intervention, men inte att det stora arbetet med kommunikationsträning sker i vardagen på skolan och i hemmet (De Bortoli et al., 2014). Idealt arbetar logopeden tillsammans med vårdnadshavare och förskola/ skola, det så kallade nätverket kring barnet eller ungdomen, för att hitta lämpliga strategier, där det gemensamt beslutas vilka kommunikationshjälpmedel och vilken AKK-metod som blir bäst utefter individens förutsättningar (Nationellt kompetenscentrum anhöriga, 2014). Logopeden tar hjälp av andra i teamet såsom arbetsterapeut och utomstående tekniker på hjälpmedelscentralen för att hitta rätt hjälpmedel som passar individen (Edin, Gunnarsdotter, Tegnevik, Broqvist, 2011).

Logopeden ingår i ett multiprofessionellt team: olika yrkesgrupper som jobbar parallellt med varandra eller efter varandra och alla bidrar självständigt med sin kompetens. Inom habiliteringen ingår i regel dessa yrkesgrupper som medlemmar eller som resurs i teamet:

arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, läkare, sjuksköterska, specialpedagog och psykolog (Edin et al., 2011). Flera yrkesgrupper tillsammans med logopeder är involverade vid implementering av AKK och barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning. Inom svensk sjukvård bär logopeden det primära ansvaret i nära samarbete framförallt tillsammans med arbetsterapeut (Wandin et al., 2014). Även De Bortoli et al. (2014) uttrycker i sin studie om multiprofessionella team att också nätverkande med lärare i skolan är viktigt för att se behoven från ett bredare perspektiv. De menar även att det är av vikt att dessa team träffas regelbundet. De Bortoli et al. (2014) beskriver i sin studie att logopedens yrkeserfarenhet spelar stor roll och vikten av att ha gedigen kunskap inom AKK då det gäller AKK-implementering med barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning. För lite erfarenhet kan utgöra ett hinder i interventionen för barn med flerfunktionsnedsättning. De lyfter fram att stor erfarenhet krävs för att kunna möta dessa barns behov.

Eftersom omgivningen runt barnet eller ungdomen är ett så viktigt stöd, behöver samarbete med personer i omgivningen stå i fokus under implementering av AKK-system (De Bortoli et al., 2011). I en studie som genomfördes för att jämföra sociala nätverk och skoldeltagande mellan en grupp barn, 10–15 år, med typisk utveckling och barn med komplexa kommunikationsbehov (på grund av flerfunktionsnedsättning) så framgick det tydligt att barnen som använde AKK fick färre kommunikationsmöjligheter och begränsad kontakt med vänner. Detta påverkade dem både inom och utanför skolmiljön (Chung, Carter, & Sisco, 2012; Raghavendra, Olsson, Sampson, Mcinerney och Connell, 2012). Även De Bortoli et al. (2014) har visat att AKK-hjälpmiddel kan ”hamna på hyllan” för barn med flerfunktionsnedsättning om logopederna inte hade en överenskommelse (uppsatta mål) med föräldrar och lärare om användningens syfte, underhåll och uppföljning. Vidare menar De Bortoli et al. (2014) att logopeden ofta behöver tänka brett och holistiskt, med fokus på just funktion i vardagen.

När det kommer till uppföljning och utvärdering av AKK-metoder, beskriver Wandin et al. (2015) i studien där 77 logopeder deltog genom att fylla i ett webbaserat frågeformulär SPEAC-GR (Speech Language Pathologists’ Experience of Aided Communication Generally and in Rett Syndrome), att logopeder oftast inte använder systematiska verktyg för bedömning och utvärdering. Systematiskt verktyg kan vara till exempel *The Communication Matrix*, ett verktyg för anhöriga och personal till barn med funktionsnedsättningar som ligger på en tidig utvecklingsnivå, för att kartlägga kommunikationsutvecklingen (Rowland & Fried-Oken, 2010). Logopederna i studien av Wandin et al. (2015) svarade att information och utvärdering om AKK-interventionen oftast kommer från vårdnadshavare och omgivning (94%) och genom logopeders observationer av personen i olika miljöer (hemmet, skolan) och även utvärdering genom direkt interaktion mellan logoped och barn eller ungdom (58%). Det var 64 av 77 deltagare i studien som svarade att de inte använde utvärderingsinstrument under AKK-intervention. Därför anser de att verktyg för utvärderingsrutiner och kliniska riktlinjer är nödvändiga för att stötta logopeder i användandet av AKK till grupper med flerfunktionsnedsättning.

De Bortoli et al. (2014) menar att vidare forskning inom området behövs i andra geografiska områden, för att undersöka om faktorer förknippade med ett geografiskt läge påverkar implementeringen av AKK. Deras studie utfördes i New South Wales,

Australien. AKK för barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning är ett litet forskningsområde i framför allt Sverige enligt författarnas kännedom. Wandin et al. (2015) ger som förslag att vidare forskningsområde skulle kunna vara att undersöka logopeders erfarenheter och nivå av specialisering gällande AKK. I linje med detta har denna studie valt att fokusera på logopeder inom barn och ungdomshabiliteringen för att kunna kartlägga implementeringsprocessen och vilka hinder och möjligheter det finns enligt de verksamma logopederna. Den svenska studien av Wandin et al. (2015) rapporterar att systematiska verktyg vid bedömning och utvärdering och kliniska riktlinjer är nödvändiga för att stötta logopeder i användandet av AKK till grupper med flerfunktionsnedsättning. Denna studie vill skapa en djupare förståelse och undersöka villkoren för AKK-implementering. Studiens syfte är därmed att inhämta habiliteringslogopedernas kliniska erfarenhet och kunskap om AKK-implementering till barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning. Logopedernas upplevelser förväntas kunna besvara frågeställningarna, då alla logopederna har mer än nio års erfarenhet av att arbeta med personer som har, och kommer fortsätta ha mycket stora begränsningar i språkanvändning och språkförståelse på grund av de mest komplexa kombinationerna av funktionsnedsättning.

Frågeställningar

Vilka erfarenheter har habiliteringslogopeder av AKK-implementering med barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning?

- a) Vilka AKK-metoder uppfattas som relevanta för målgruppen och varför?
- b) Hur resonerar logopederna då de sätter mål för AKK-intervention med målgruppen?
- c) Vad finns det för hinder och möjligheter när det gäller AKK-intervention med målgruppen?

Metod

Studien genomfördes med kvalitativ forskningsansats. Genom intervjuer samlades empiriska data in vilket kunde belysa och beskriva fem logopeders upplevelser och uppfattningar kring ett visst fenomen. Denna metod lämpar sig väl då författarna undersökte habiliteringslogopeders erfarenhet kring implementering av AKK med barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2014).

Deltagare

Intervjurespondenter. Deltagarna valdes enligt ett strategiskt urval. Inklusionskriterierna innefattade; arbetat aktivt med minst fem patienter som har flerfunktionsnedsättning under de senaste fem åren. Logopeden skulle vara verksam inom habiliteringen i Västra Götaland och ha en tjänst som omfattar att vara en del av ett team där barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning ingår och möta att dessa patienter regelbundet (se tabell 1). Författarna, i samråd med huvudhandledaren, handplockade deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna och författarna jobbade aktivt för att fråga logopeder med lång erfarenhet (>fem år) från olika mottagningar i hela regionen (VGR)

för att få en så bred erfarenhet som möjligt. Logopederna tog examen under åren 2005–2009. Initial kontakt med potentiella deltagare som uppfyllde inklusionskraven togs av huvudhandledaren i sin roll som forsknings- och utvecklingshandläggare på Habilitering & Hälsa. Sju deltagare kontaktades personligen via mejl, och fem tackade ja till att delta i studien. En logoped återkom aldrig med svar och en tackade nej med hänvisning till att erfarenheten med målgruppen var för liten. Studien strävade efter att få en bredd i frågan gällande logopedernas erfarenhet av att arbeta inom barn- och ungdomshabiliteringen med AKK-intervention och målgruppen flerfunktionsnedsättning. Verksamhetschef inom Habilitering & Hälsa i Västra Götalandsregionen godkände deltagarnas medverkan på arbetstid och rekryteringen av logopederna kunde ske i samverkan med forsknings- och utvecklingsavdelningen inom Habilitering & Hälsa, Västra Götalandsregionen.

Tabell 1. *Deltagare bakgrund. Tabellen visar ett åldersspann på 35–55 år och en erfarenhet spanns på 9–15 år.*

Deltagare*	Ålder	Antal år inom habiliteringen**
A	50–55	>10
B	35–40	≤10
C	35–40	<10
D	35–40	>10
E	40–45	>10

* Alla deltagare var kvinnor. **M=12,2 år

Material

I denna intervjustudie användes en digital diktafon av modellen Olympus WS-853, för att spara och lagra empiriska data inför transkribering och analysarbete. Diktafonen gjorde även att fullt fokus kunde riktas på deltagarnas berättande under samtalet. På så sätt kunde allt talmaterial transkriberas av båda författarna.

Intervjuguide

En intervjuguide upprättades som bestod av frågor som täckte de olika områdena som forskningsfrågorna berörde: yrkeserfarenhet, intervention, hinder och möjligheter samt tillämpning (se bilaga 1). Intervjumallen utarbetades för att säkerställa att intervjuerna skulle beröra frågeställningarna, samt skapa en hanterbar struktur av materialet då undersökningen hade olika ämnesområden att förhålla sig till (Kvale, et al., 2014). Intervjuguiden bestod av nio övergripande frågor som var av olika karaktär. Majoriteten var öppna frågor så att deltagarna kunde utveckla och uttrycka sina upplevelser och egna uppfattningar. Några frågor var slutna (till exempel ja/nej frågor) med öppna följdfrågor för att få så utförliga svar från deltagarna som möjligt. På ett sådant sätt möjliggjordes att empirisk data kunde leda till att besvara frågeställningarna.

Tillvägagångssätt

Med kvalitativa forskningsintervjuer ville författarna undersöka intervjurespondenternas verklighet och samla data utifrån deltagarnas perspektiv. Författarna hade för avsikt att ge deltagarna möjlighet att utveckla mening kring sina erfarenheter och beskriva sin synvinkel innan analys och tolkning. Kvale, Brinkmann och Torhell (2014) definierar en sådan intervju som halvstrukturerad livsvärldsintervju och den ska likna ett vardagssamtal, men med ett syfte. Intervjun benämns som halvstrukturerad då den inte är helt som ett öppet vardagssamtal, inte heller som ett helt slutet frågeformulär (Kvale et al., 2014). De halvstrukturerade intervjuerna utfördes på de olika habiliteringsmottagningarna (två genomfördes via Skype), under januari och februari 2020. Intervjuerna genomfördes med en deltagare i taget och pågick under 50–75 minuter. Båda författarna närvarade under alla intervjuerna och turades om att ställa frågor, och var aktiva med frågor under samtliga intervjuerna

Transkribering

Författarna skapade en transkriberingsnyckel, formateringar och tecken för att ge en detaljerad beskrivning av intervjuinnehållet. Detta gjordes för att nå överensstämmelse mellan transkriptionerna samt inhämta relevant empiriska data från deltagarnas intervju. Upprepade ord och ljudande under fundering ("eh") uteslöts. Paralingvistiska drag under tal som till exempel skratt *kursiverades*. Pauser som var längre än tre sekunder mellan ord markerades med tre punkter ... och annans eller eget uttalande markerades som "citatt". Egna kommentarer på något som sas, markerades med hakparentes [svarade jag på frågan nu] och samtidigt tal ströks under. Transkriberingarna är skapade så ordagrant efter det talade ordet som möjligt. Alla intervjuer transkriberades av författarna och den transkriberade datan jämfördes efteråt av författarna för att försäkra oss om ett samstämmigt slutresultat. Transkriberingen utfördes efter och mellan intervjuerna med deltagarna. Författarna samläste allt material för att lyfta ut det betydelsefulla i transkriptionerna som sedan fördes över i en tabell. Detta effektiviserade analysprocessen och möjliggjorde identifiering av viktigt innehåll relevant för frågeställningarna och tidigare forskning.

Analys

Tematisk analys med en kontextuell inriktning enligt Braun och Clarke (2006) valdes som analysmetod, då det är en väletablerad metod inom kvalitativ forskning. Analysen drevs av den empiriska datan som genererades av deltagarnas beskrivning av upplevelser och synpunkter. Transkriberingen utfördes efter och mellan intervjuerna med deltagarna. Detta effektiviserade analysprocessen och möjliggjorde identifiering av viktigt innehåll relevant för frågeställningarna samt synliggjorde framträdande teman och tydliga resultat. I fem steg låg fokus på att finna intressanta mönster i den detaljerade datan från transkriptionerna, relatera koderna med varandra och generera teman som kunde kopplas till frågeställningarna (Braun & Clarke, 2006).

Steg ett handlar om att bekanta sig med materialet, de ordagrant transkriberade intervjuerna från de fem informanterna. Transkriptionerna lästes upprepade gånger

noggrant och gemensamt av författarna för att nå samstämmighet. Steg två var kodningen då författarna tog fram betydelsebärande meningar, så kallade dataextrakt ur transkriptionerna och på så sätt identifierades viktigt innehåll. Författarna skapade en tabell och förde in data. Därefter gavs dataextraktet ett kärnfullt särdrag, det vill säga kodades och totalt blev det 300 koder. Koderna kategoriseras under frågeställningarna och på så sätt fick författarna struktur på datamaterialet. Vid steg tre granskades och sorterades koderna. Författarna undersökte vilka koder som var relaterade till varandra, kunde slås ihop och vilka som inte längre tillförde relevans. Därefter i steg fyra identifierades och bildades tre övergripande teman som granskades och utvärderades utifrån relevans till data och frågeställningarna. De fick färgkoder för att tydligt särskiljas och ge struktur för författarna. I steg fem förfinades teman och underteman ytterligare, 23 underteman blev 8 efter en granskning med författarnas handledare och därefter styrktes teman och underteman. Datan uppvisade validitet, utifrån att flera av informanterna nämner och belyser samma sak som genereras i teman och underteman och svarade på frågeställningarna. Granskningsprocessen av teman avslutades därefter med att slutliga teman och underteman namngavs. Slutligen gjordes en sista granskning av de utvalda dataextrakten, för att se att de var tydliga och trovärdiga och relaterade till frågeställningarna samt litteraturen som valts ut. Hela processen utgick från Braun och Clarkes (2006) fem utvalda steg i tematisk analys. Nedan (se tabell 2) presenteras tre exempel av stegen i den tematiska analysen.

Tabell 2. Tre exempel av stegen i den tematiska analysen

Data extrakt	Kod	Undertema	Huvudtema
D4: "Det är också en framgångsfaktor att inte utesluta något, utan att man förväntar sig att något kommer att funka".	Tänka multimodalt	Val av AKK	Logopedens expertis
D3: "... om de inte tränat är det jätteviktigt att inte skuldbelägga. För då får man, inga rättvisa svar, för då orkar de inte med en om man börjar gnälla på dem".	Aldrig skuldbelägga ifall de inte tränat	Förtroende	Samverkan i nätverket
D5: "...de har ofta också väldigt mycket tider att passa i sjukvården, de har många olika kontakter. Det kan vara assistenter, det kan vara skola och förskola och vården överlag. Så att göra	Andra stora behov kommer "I vägen" för att kunna prioritera kommunikation	Barnets hälsotillstånd	Villkor för implementeringen

en större insats,
kräver att man får
tänka till när är det
läge? och vilka är
med på detta?”

D= deltagare

Trovärdighet

Författarna har transkriberat all insamlad data och jämförde varje transkribering för ortografisk samstämmighet. Samstämmigheten mellan författarnas transkriptioner var mycket hög och att båda författarna transkriberat alla intervjuer styrker trovärdigheten. Koder och teman har genererats under en gemensam reflexiv, analytisk process. Något som ytterligare stärker validiteten är att båda handledarna har varit delaktiga under analysprocessen då koder och teman har genererats, en så kallad forskartrianglering (Langemar, 2008). Då intervjustudien inte genererar siffror att skatta tillförlitligheten med, handlar det om att studien ska beskriva insamling och bearbetnings förfarandet på ett systematiskt och pålitligt sätt (Kvale, et al., 2014). Författarna har under hela intervjustudien skrivit på den vetenskapliga rapporten vilket har gett struktur i författarnas arbete och utvecklat tankegångarna. Strukturen i studiens presentation underlättar för läsaren att förstå och ger inblick i metoderna och resultaten som ligger till grund för diskussionen, som också stärker kvalitet och validiteten. De utförliga beskrivningarna av studien kan även möjliggöra replikerbarhet vilket stärker reliabiliteten (Kvale, et al., 2014).

Etiska aspekter

Studier som utförs av studerande i grundläggande eller avancerad universitetsutbildning utgör inte forskning i Etikprövningslagens mening (Görman, 2013) och det insamlades här heller inga känsliga personuppgifter som hade krävt etikprövning. De deltagande logopederna informerades om studiens syfte och lämnade skriftligt samtycke och garanterades anonymitet. Detta medför att deltagartabellen är anpassad så att logopedernas anonymitet bevaras. Genom att deltagartabellen med information om varje deltagare går från A-E, citaten och informant tabellen är från D1-D5, ordningen på intervjuerna och deltagartabellen hänger därmed inte ihop för att bevara deltagarnas anonymitet. Författarna har fokuserat på logopedernas erfarenheter som uppkommit i samtal, för att värna om de familjer som logopederna tar upp i samtal har lättare omskrivningar och uteslutning av detaljer i några citat förekommit för att bevara familjens anonymitet, då målgruppen är liten och familjerna lätt kan kännas igen. Rådata lagras på Institutionen för Neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs Universitet. Studien är förankrad hos ledningen för Forskning- och Utvecklingsavdelningen inom Habilitering & Hälsa. Verksamhetschef inom Habilitering & Hälsa i Västra Götalandsregionen godkände datainsamlingen.

Resultat

Utifrån respondenternas svar och med stöd av frågeställningarna kunde tre huvudteman konstrueras. De tre temana var följande: *Logopedens expertis*, *Samverkan i nätverket* samt *Villkor för implementering*. Totalt åtta underteman konstruerades också. De underteman som skapades kunde kopplas till alla respondenter. Dessa huvudteman och underteman presenteras i resultatbeskrivningen samt i tabell 6. Resultatbeskrivningen innehåller citat från transkriptioner för verifiering, och varje citat presenteras med deltagarnas nummer "D1" till "D5" (se tabell 1).

Tabell 3. *Huvudteman och underteman i tematisk analys av intervjurespondenter*

Huvudteman	Underteman	Informanter
Logopedens expertis	Val av AKK	D1-D5
	Anpassad implementeringsprocess	
Samverkan i nätverket	Gemensamma förväntningar	D1-D5
	Förtroende	
	Kunskap	
Villkor för implementering	Tid	D1-D5
	Habiliteringens organisation och prioriteringar	
	Barnets hälsotillstånd	

Logopedens expertis

Val av AKK handlar om relevanta metoder för målgruppen och resonemang kring kroppskommunikation och kognitiva hjälpmedel (som kan handla om till exempel bildschema) som AKK-metod. Alla logopederna nämnde att de oftast jobbar multimodalt, då målgruppens komplexitet gör att logopederna inte utesluter någon metod utan använder sig av fler metoder utifrån olika situationer. Metoder och redskap med AKK-relevans som nämndes i intervjuerna var; bildstöd, BIGmack, högteknologiska hjälpmedel, TaSSels, TAKK, PODD, pekprat, auditiv scanning, synfrämjande bilder, stAKK samt föräldrautbildningen AKKtiv. En logoped (D4) menade att arbeta multimodalt är en framgångsfaktor. Logoped D3 berättade att det inte finns något facit vad som fungerar för dessa barn och ungdomarna utan det skapas genom processens gång.

"Det är också en framgångsfaktor att inte utesluta något, utan att man förväntar sig att något kommer att funka."(D4)

Benämningen AKK menade en logoped (D3) vara ett vedertaget och användbart begrepp. Logopederna som grupp betraktad föreföll dock inte vara helt överens om hur och huruvida de uppfattar kognitiva hjälpmedel och kroppskommunikation som AKK. Samtliga logopeder beskrev det som svårare att dra gränser gällande AKK för målgruppen. Logoped D4 menade att det är många vaga gränser generellt med målgruppen. En logoped (D5) berättade att gränsdragning är en aktuell diskussion som är värd att lyfta och menar att kognitiva hjälpmedel kan bli AKK om syftet är att öppna upp för kommunikation.

"...och då brukar jag ändå förklara det här med att, schema är något som vi alla använder, men det kan också bli kommunikation. Dels så gör jag någonting till barnet, jag förtydligar och barnet kan reagera på det. Men om man tänker på barnets kommunikation utåt, så skulle det ju kunna bli det i förlängningen." (D5)

Logoped D2 beskrev att när en kartläggning sker som medför att kroppskommunikationen systematiseras då blir det AKK, en beskrivning som bekräftades av de andra logopederna.

"För att kroppskommunikation ska bli AKK, så ska man ha kommit överens om i omgivningen att en viss typ av kroppskommunikation alltid ska tolkas på samma sätt, och ge det en betydelse." (D2)

Anpassad implementeringsprocess handlar om att anpassa informationen och upplägget till nätverkets förmågor och en anpassning till barnets resurser. Logoped D5 beskrev att det behöver göras ett motivationsarbete innan en större insats. Samma logoped beskrev även att logopeder behöver vara lyhörda för familjens situation. Det är viktigt hur information läggs fram, för att bli bra mottaget av föräldrarna och göra interventionen genomförbar överhuvudtaget. Vidare beskriver samma logoped att en AKK-tv-utbildning kan behöva skraddarsys för vissa familjer, eftersom det kan vara svårt att motivera för föräldrarna hur viktig en föräldrautbildning är, med tanke på deras livssituation.

En annan logoped (D4) beskriver att familjer som inte är svensktalande behöver anpassad information, en extrem tydlighet så att de verkligen förstår sitt barns kommunikationssvårigheter och hur det påverkar deras barn över tid. Samma logoped beskrev att barnet eller ungdomen kan ha medicinska faktorer som kan påverka möjligheten att fokusera på kommunikationsträning, vilket ger ett behov av långsiktighet för mål och uppföljning.

"...allting ska klaffa, det är en utmaning. Man får ha ett väldigt långt perspektiv på AKK när det gäller nästan alla barn i vår målgrupp, men framförallt de med flerfunktionsnedsättning." (D1)

Flera logopeder beskriver vikten att sätta upp små mål och delmål på lång sikt med målgruppen. Målen ska ingå i vardagslivet så att utveckling och framgång och även motgångar blir synliggjorda. Små mål kan även leda till samsyn kring förväntningar. En logoped (D3) tyckte att små mål är något man behöver prata mycket med föräldrarna om, förklara att de små målen på sikt leder fram till de stora. Samma logoped beskrev att täta uppföljningar av de små målen är viktiga för att få svar på hur det går. Om det sätts för stora mål synliggörs inte utveckling eller framgång. D3 poängterade vikten av att ta ett

steg tillbaka om det visar sig att det uppsatta målet var för svårt. En logoped (D2) beskrev att man sätter upp små mål som är förankrat i vardagens aktiviteter. Målet formuleras av föräldrarna, ”nu skal vi pekprata och vi ska använda det i den här situationen”. Alla kommunikationspartners kan sedan utföra ”pekprat” som möjliggör måluppfyllelse. D4 beskrev att ett litet mål kan vara att barnet ”reagerar” på en taktil signal som en kommunikationspartner ger. D1 beskrev att små mål kan leda till samsyn kring vad som kan vara rimligt att förvänta sig.

”Jag försöker att sätta mål, just för att det kan ju leda till en samsyn. Man vet vad som är rimligt, vad kan vi förvänta oss och kunna se om det vi har gjort har haft någon effekt, om vi är inne på rätt spår.” (D1)

En logoped (D2) belyser vikten att sätta upp delmål och genomföra uppföljning, för att det kan vara svårt att hitta rätt nivå på målen. En logoped (D1) menade att man behöver följa upp mål efter specifik tid och inte vänta tills att de är uppnådda, då det ofta handlar om en långsam utveckling. Vidare beskrev D5 att många gånger behöver man sätta upp en samling med uppföljningstider från början, och på slutet planera in ytterligare uppföljning längre fram. Det varierar mycket i tid när det kommer till uppföljning för denna målgrupp. Logoped D1 förklarade att de oftast använder sig av observationer för att utvärdera hur implementeringen går och vanligtvis baseras det på närståendes skildringar av hur det går med kommunikationsträning och användning av AKK-metoderna.

”Mycket observationer. Det är sällan jag använder ett bedömningsinstrument generellt, både innan och efter vid målsättning och utvärdering. Mycket blir baserat på närstående och deras beskrivningar.” (D1)

Samverkan i nätverket

Gemensamma förväntningar är en faktor som alla logopederna lyfter. Om barnet eller ungdomen ska tillägna sig AKK-metoder, behöver berörda parter involverade i implementeringen vara enade om barnets förmågor och rimliga förväntningar. Alla logopederna nämnde vikten av att alla inblandade har gemensamma förväntningar vid AKK-implementeringen. Vidare beskrev alla logopederna att nätverk kring barn eller ungdomar kan se olika ut. Viktiga samarbetspartners är: föräldrar, skola, förskola, assistenter och syskon. Vidare så berättade logoped D1 att hon ofta tidigt på något sätt försöker samla omgivningen. Logoped D5 beskrev att gemensam kartläggning med hela nätverket är viktigt för att underlätta, samla nätverket och få en gemensam bild av barnets förmågor. En logoped (D4) berättade att syskon kan lyftas som en resurs vid implementering. Syskonen är ofta intresserade och kan bli bra modeller i användningen av barnets AKK.

”Man kan lyfta syskon, de är ofta intresserade och duktiga (skrattar), ofta är de duktigare än föräldrarna, för de inte är så himla prestationsfyllda.” (D4)

Logoped D3 beskrev ett implementeringstillfälle då hela nätverket från start jobbade aktivt och på egen hand med att utveckla barnets AKK-metod. Alla inblandade drog åt samma håll gällande barnets kommunikationsutveckling och med hjälp av AKK-metoden kunde utbrott hos barnet reduceras. Vidare beskrev D3 ett annat tillfälle då hon mötte en familj som föredrog att använda en viss AKK-metod (TAKK). Logopeden beskriver att hon själv hade svårt att få dem att förstå vikten av att använda flera AKK-metoder, trots att hon förklarade att barnets kommunikation inte kunde utvecklas med endast en metod.

Förtroende är en viktig faktor, föräldrarnas och logopedens förtroende till varandra måste finnas för att kunna uppnå bästa förutsättningarna för en god implementering. D1 beskrev att logopederna på habiliteringen inte finns med i vardagen. Därför är det viktigt att agera modell för nätverket för att förtydliga och illustrera råd. Samma logoped berättade att det är ett samspel och ett ömsesidigt förtroende man behöver få till. Och en nyckelfaktor är om det finns intresserade och driftiga personer i nätverket som är den viktiga länken. En logoped (D3) uttryckte vikten av att aldrig skuldbelägga nätverket, eftersom det kan göra att de inte är helt ärliga om hur kommunikationsträningen går vid uppföljningen. Samma logoped berättade att det etableras en relation om långsiktigt arbete med uppföljning sker vid jämna mellanrum. När en metod som de jobbat med länge sedan visar bra resultat, har det skapats ett förtroende.

”Om de inte tränat är det jätteviktigt att inte skuldbelägga. För då får man, inga rättvisa svar, då orkar de inte med en, om man börjar gnälla på dem”.
(D3)

Det beskrevs av D3 att till en början ansvarar logopeden för att ordna med ”startkitet” för bildstöd eller göra anpassningar av kommunikationshjälpmedlet. Logopeden ser till att det finns material till föräldrar så de kan fokusera på användandet till att börja med. Efterhand lämnas mer ansvar över till föräldrarna, till exempel genom att det är föräldrarna själva som får lägga till och uppdatera materialet med tillgång till ett bildprogram.

”I början så ser jag till att det finns material så att föräldrarna kan fokusera på använda PODB-boken till att börja med. Men sedan när det är dags att justera den efter hand, då är det föräldrarna själva som får lägga till.” (D3)

En logoped (D1) uttryckte att det är viktigt att föräldrar känner förtroende och känner att de kan hantera ett hjälpmedel. Assistenten byts ofta ut och då är det viktigt att även skola eller förskola har en ansvarig pedagog som har kunskap om AKK-metoden. En annan logoped (D2) beskrev att om deltagarna i nätverket är intresserade och får till ett bra samarbete så blir de mer säkra i att utveckla metoder på egen hand.

”Men de var också lite självgående med att våga prova även om inte logopeden hade varit där på ett tag.” (D2)

Kunskap är en viktig faktor vid implementering av AKK, och måste finnas i hela nätverket. Det här undertemat belyser även problematiken när kunskapen inte bedöms finnas och vems ansvar det egentligen är att utbilda nätverket. En logoped (D1) beskrev att det är viktigt att nätverket förstår att AKK-metoder kan vara tidskrävande, att det inte finns några enkla lösningar. En logoped (D2) berättade att de jobbar nära föräldrar, skola och förskolepersonal. Det är viktigt att nå ut även till assistansgruppen, som de behöver träffa, utbilda och samverka med. Logoped D1 menade att vid möten med skolan är det viktigt att få med rektorn, för att påtala vikten av planeringstid. Vid förskrivning av hjälpmedel behöver skolans personal ansvara för att lära sig metoden och stötta användningen. Alla logopederna återgav en bild av en kunskapsbas som varierar både i skola, förskola, särskola och assistentgruppen, och att kunskapen om kommunikation ofta är låg. Det blir en fråga om vem som ska utbilda framför allt assistentgrupperna som oftast består av utbildad personal. Logoped D2 berättar att det ordnas möten med föräldrarna hemma där även assistenter är med i syfte att också utbilda assistentgruppen. Logoped D3 menade att i deras verksamhet utbildas assistenter och har strukturerade möten för nyanställda assistenter. Strukturerade möten sparar tid i längden och medför effektivare implementeringsarbete för logopeden.

”Funkar assistansgrupp, skola och all personal då blir ju mitt arbete enklare. En sådan sittning på 90 min kanske sparar mig många timmar med föräldrarna.”(D3)

Det beskrevs av logoped D1 hur viktigt det är att vara lyhörd för att föräldrarna sitter inne med en enorm kompetens om sitt barn. Logopedens kompetens är ett komplement. Samma logoped (D1) uttrycker att implementeringen av AKK underlättas om skolan eller förskolan har grundkunskap om AKK. En annan logoped (D2) beskrev på liknande sätt, att då personalen på träningskolan hade kunskap om tidig kommunikation och kunde läsa av barnets kroppsspråk så vågade de prova sig fram på egen hand gällande AKK implementering. Det underlättade även att de var öppna för feedback och nya förslag.

”När han var ny på förskolan så märkte man ju att de [personalen] hade kunskap om tidig kommunikation, de vågade liksom prova sig fram själva. De var duktiga på att försöka läsa av hans kroppsspråk. När man väl kom med nya förslag, var de väldigt öppna för att få feedback och få hjälp med hur de skulle tänka.” (D2)

”Jag möter ju träningskolor där det finns en grundkunskap om AKK, det underlättar ju jättemycket. Jag har ändå en förhoppning om att samhället utvecklas och att logopeder finns mer ute i kommunerna, så att man kan bygga upp en slags baskunskap hos personal.”(D1)

Villkor för implementeringen

Tid är en faktor som ofta utgör ett hinder vid AKK-implementeringen, det handlar om både logopedens och föräldrarnas begränsade tid. Det lyfts också den goda effekten mer tid kan ge vid AKK-implementering. En logoped (D5) berättar att de jobbar utifrån väntelistor och ”logopedpaketet”, med ett visst antal behandlings eller utredningstillfällen, och D5 antydde att arbetet med logopedpaketets insatser kunde se olika ut i andra delar av regionen. D4 beskrev att logopedpaketet kan vara en fördel, men även en stor nackdel då målgruppen behöver många insatser över tid och det är logopedpaketet inte anpassat för.

”Vi har ju något som heter logopedpaketet nuförtiden. På regionnivå försöker de styra upp hur olika insatser ges. T. ex hur många tillfällen eller vad det ska innehålla ungefär.” (D4)

Logoped D2 menar att intensiva behandlingsperioder ger god effekt. Hon kunde då lättare se framsteg och guida men också höja förväntningarna som gav effekt på implementeringen.

”Ofta kan man ju hamna i att man träffar de ganska sällan, och så ska man ändå ge mycket råd till omgivningen. Men då kan det kännas positivt att själv ha sett flera gånger så man kan uttala sig lite mer om vad man tror.” (D2)

En av deltagarna (D4) beskriver att det kräver kreativitet att få till insatser med de här familjerna då de ofta är upptagna med andra typer av vårdbesök. D1 beskrev mer generellt att tid är en utmaning och att frekventa sjukdomar leder till att besök avbokas. Likaså beskrev D2 att det sällan är att familjer inte vill jobba med kommunikation, men omständigheter runtomkring gör det svårt att hitta tiden att göra det på.

”...då var det ofta att det hände något, operation eller hon inte mådde bra. Eller jättesvårt att hitta tider med mamma och assistenterna. Alltså just det här som ofta är kring barnen med flerfunktionshinder, att det är sällan så att familjen inte vill jobba med kommunikation, men det är svårt att hitta tiden att göra det på.” (D2)

D5 nämnde att det är svårt att motivera föräldrar till målgruppen att gå en AKKtiv-kurs. De har redan mycket sjukhusbesök och andra vårdkontakter inbokade, det inte finns mer tid på dygnet för föräldrarna att ta av.

”...de har ofta också väldigt mycket tider att passa i sjukvården, de har många olika kontakter. Det kan vara assistenter, det kan vara skola, förskola och vården överlag. Så att göra en större insats, kräver att man får tänka till när är det läge och vilka är med på detta?” (D5)

Habiliteringens organisation och prioriteringar handlar om den enskilda logopedens möjlighet till kompetenshöjning och vilken kompetens logopederna bedömer som viktig hos teammedlemmar. En logoped (D1) beskrev att målgruppen ofta har behov av hela teamet, samarbete mellan yrkesprofessionerna ingår alltid. Alla logopeder beskrev att oftast är det arbetsterapeut som är närmast kollega i arbetet, men att även specialpedagog och fysioterapeut kan vara nära samarbetspartners. Det beskrevs även av D2 att det generellt är den som har störst kännedom kring barnet som man samarbetar med som logoped. Samma logoped uttryckte att om det finns en specialpedagog på skolan/förskolan så är det inte alltid att en specialpedagog från habiliteringen finns med. En annan logoped (D5) beskrev att samarbete med andra yrkeskategorier förutsätter att personen har en grundkunskap om AKK och tidig kommunikation. Förutom erfarenhet av den här målgruppen, är det ofta personligt intresse som spelar en avgörande roll. Även D4 beskrev att vid samarbete kring de här barnen behöver personerna vara kreativa och ödmjuka. Det är personer olika bra på och är olika intresserade av. Om intresset inte finns så blir samarbetet svårare.

"Vilken yrkeskategori som helst som ändå har [...] en grundkunskap om AKK, och kommunikation. Så att man inte behöver börja med att utbilda den personen, för så kan det ju vara ibland." (D5)

Logoped D1, D2, D3, D5 nämnde att möjligheten till kompetenshöjning har sett olika ut genom åren. Till exempel uttryckte Logoped D2 att hon fått gå en del utbildningar. Universitetskursur som är gratis för arbetsgivaren är lättare att motivera till mycket handlar om det ekonomiska läget. Logoped D3 menade att det underlättade att tidigt få gå metodkursen stAKK. Det stärkte hennes kompetens och har varit användbart i den kliniska vardagen. En logoped (D4) upplevde att det är svårt att få gå utbildningar men framför allt fortsättningskurser. Hon menade att det rent organisatorisk inom habiliteringen inte ansetts att fortsättningskurser är nödvändiga för logopederna.

"Jag har svårt att se varför man inte vill utbilda oss. Ibland så är det 'det här behöver ni inte kunna', så var det med PODD-fortsättningskursen. PODD-grundkursen var lätt att få gå, men inte fortsättningskursen. Där fick vi backning med 'vi tycker inte att ni behöver kunna så här mycket'. Känns som habiliteringens ledning ofta tycker 'vadå, ska ni kunna metod?'" (D4)

Alla logopederna beskrev att de har kompetens att möta målgruppen idag. Den kompetensen kommer ifrån klinisk erfarenhet, erfarna kollegor och lite fortbildningar, men att det alltid finns färdigheter och kunskaper att utveckla. Något som var återkommande i majoriteten bland logopedernas svar, var önskan om kompetenshöjning gällande syn. En logoped (D4) menade att fortbildning i syn hade varit önskvärt då det är ett stort hål i hennes kompetens. Vidare berättade D5 att hon vidareutbildar sig inom syn på egen hand.

Barnets hälsotillstånd påverkar villkoren vid implementering av AKK. En logoped (D2) berättade om vikten att ha ett långsiktigt perspektiv när det gäller AKK, nästan alla barn i målgruppen har medicinska hälsotillstånd som kan hindra en planerad intensiv kommunikationsträning. Logoped D4 nämnde hur barnets epilepsi, ett vanligt samtidigt tillstånd, kan påverka livet, dagsformen och styra om insatsen går att genomföra vid planerad tid. Vidare menar en logoped (D5) att kommunikationen ofta nedprioriteras då de fysiska bekymren är stora.

”Mycket fysiska bekymmer och mycket annat som kommer till. När de kommer till vårt team så är det inte det första de frågar efter ’hur ska vi kommunicera med vårt barn’ eller ’hur ska vi förbereda vad som ska hända’ eller ’hur ska vi locka till förväntan’.”(D5)

Diskussion

Studiens syfte var att inhämta habiliteringslogopeders kliniska erfarenhet och kunskap om implementering av alternativ och kompletterande kommunikation till barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning. Delar av resultatet har kunnat bekräftas av tidigare forskning, däremot finns det fynd och framträdande resultat som tillfört forskningsområdet något nytt då det enligt vår kännedom inte lyfts i tidigare forskning. Bland annat visar studien att flera av logopederna har extra handledning med familjer och assistenter, samarbetar på olika sätt i nätverk där det många gånger saknas kunskap. Det framgår att målgruppen ofta erbjuds begränsade antal behandlingstillfällen över kortare tid utefter den lokala rutinen logopedpaketet. Resultat i studien pekar på att insatser kring målgruppen behöver ske under lång tid, insatser med begränsade antal behandlingstillfällen kan påverka AKK-implementeringen negativt. Resultaten visar även att det finns en gränsdragningsproblematik när det kommer till kroppskommunikation och kognitiva hjälpmedel. Det här är ett perspektiv på AKK som vi inte har funnit beskrivet i tidigare studier eller i litteraturen. Nedan fortsätter diskussionen och svar på frågeställningarna.

Frågeställningen: *Vilka AKK-metoder uppfattas som relevanta för målgruppen och varför?* Besvaras och diskuteras här nedan. Studiens resultat visade att AKK-metoder utformas efter den enskilda individens specifika komplexitet i underliggande diagnoser. Logopeders val av relevanta metoder påverkas av begränsningar i individens rörelse-, syn- och hörsselförmåga samt intellektuella förmåga. Logopederna arbetar multimodalt då målgruppen behöver olika metoder för olika situationer, därför används flera AKK-metoder ofta med en och samma individ. Det är något som överensstämmer med tidigare forskning (Harding et al., 2011; Wandin et al., 2014; Wilder, 2014). Det framgår att implementeringen är en långsam process där logopederna kan behöva pröva olika AKK-metoder utifrån den tidiga kommunikativa utvecklingsnivån, hinder och resurser hos barnet eller ungdomen liksom i omgivningen. I resultaten har det även framgått att det finns en gränsdragningsproblematik när det kommer till kognitiva hjälpmedel och

kroppskommunikation. Det har visat sig vara svårdefinierat vad som gör att kroppskommunikation och kognitiva hjälpmedel blir AKK. Logopederna är i huvudsak överens om att det krävs en systematiserad kartläggning och beskrivning av det kommunikativa syftet, för att det ska bli aktuellt att tala om AKK. Det handlar om att det kognitiva hjälpmedlet till exempel bildschema inte enbart är en envägskommunikation där bara syftet är att förklara vad som ska ske utan att barnet/ ungdomen har möjlighet att svara så det blir en tvåvägskommunikation. Det här är ett perspektiv på AKK som vi inte har funnit beskrivet i tidigare studier eller i litteraturen.

Utformningen av implementeringen har visat sig behöva vara speciellt anpassad efter familjen och deras unika situation. Logopederna uttrycker vikten av lyhördhet för de olika förutsättningarna som närstående och viktiga samtalspartners har. De anpassar allt från information om AKK och beskrivning av dess betydelse, till speciell utformning av en AKK-utbildning. Familjerna får möjligheten att tillägna sig kunskap om *hur* och *varför* AKK ska användas i samspel med barnen. Anpassad implementering efter familjens förutsättningar ökar chansen att barn och ungdomar med kommunikationssvårigheter tillgodogör sig AKK-metoderna, något som flera forskare lyfter i sina studier (Goldbart & Marshall, 2004; Marshall & Goldbart, 2008; Moorcroft, Scarinci och Meyer, 2019; Wilder, 2014).

Ytterligare ett expertisområde för logopederna är att resonera kring mål för AKK-intervention för målgruppen som svarar på frågeställningen: *Hur resonerar logopederna då de sätter mål för AKK-intervention med målgruppen?* Det beskrevs finnas många faktorer som påverkar utformningen av målen och hur de sedan följs upp. Det är små konkreta mål och en långsiktighet som behövs vid målsättning för målgruppen. Det framgår att det krävs frekventa och relativt täta uppföljningar, så logopeden får en möjlighet att se potentiell respons och eventuell utveckling. Det framgår att det kan vara svårt att hitta rätt nivå på målen, och täta uppföljningar ger logopeden möjlighet att uppmärksamma ifall målet var för stort. Resultaten visade även att logopederna behöver tydliggöra för föräldrar och nätverk att AKK-metoder är tidskrävande och att det inte finns några enkla lösningar. I enlighet med tidigare forskning (De Bortoli et al., 2014) visar resultatet även på vikten av att uppsätta mål är förankrade hos föräldrar för att AKK-metoderna faktiskt ska användas. Logopederna upplevde att det underlättade för nätverket att vara delaktiga samtalspartners om målen var konkreta och förankrade i det vardagliga livets aktiviteter, men långt ifrån alla logopeder har möjlighet att göra täta uppföljningar. Det som orsakar svårigheter att göra täta uppföljningar är (förutom logopedernas egen tidsbrist) den långsamma utvecklingen och det faktum att medicinska faktorer kan påverka kommunikationsträningen. Wandin et al. (2015) beskriver att utvärdering oftast inte sker med systematiska verktyg för bedömning och utvärdering av AKK-intervention, utan enbart utgörs av observationer och information från föräldrar och nätverk. Detta kan bekräftas av resultaten i denna studie.

Frågeställningen: *Vad finns det för hinder och möjligheter när det gäller AKK-intervention med målgruppen?* Frågan besvaras då resultatet visar på vikten av ett samlat nätverk, med en gemensam bild av barnets förmågor. Om inte alla i nätverket har samma mål riskerar AKK att bli oanvänt och implementeringen blir inte framgångsrik. Resultatet har även visat att då logoped och nätverk arbetade mot ett gemensamt mål, kunde implementering ge god effekt på beteendeproblematik och reducera utbrott. Enligt

Harding et al. (2011) minskar risken att barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning blir socialt och pedagogiskt isolerade om AKK-metoderna används i vardagen. Något som tydligt framgick i deltagarna svar var att miljön och samtalspartners i nätverket är viktiga vid implementeringen. Det framgår i resultatet att logopederna är beroende av att det finns ett bra samarbete med nyckelpersoner i nätverket som har ett intresse för kommunikation, driver och utvecklar AKK-metoderna för personer med flerfunktionsnedsättning. Nyckelpersoner kan vara personer inom skola och förskola som har kunskap om tidig kommunikation och dess betydelse vid användning av AKK-metoder samt har ett stort ansvar och delar ansvaret med föräldrarna. Implementeringen är beroende av familj, skola och assistansbolag för att det ska förankras i vardagen för barnen. Tidigare forskning där Wilder (2015) studerade föräldrar, skolpersonal och deras kunskaper om AKK, lyfter att brist på ansvarsfördelning kring AKK påverkar kommunikationsmöjligheterna negativt för barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning. Även i en studie av Raghavendra et al. (2012) framgick det tydligt att barnen som använde AKK fick färre kommunikationsmöjligheter och begränsad kontakt med vänner, vilket påverkade både inom och utanför skolmiljön. Detta förstärker resonemanget att samarbete med nätverk är viktigt.

Det framgår i resultatet att logopederna på ett tidigt stadium skapar relation med familjerna och att det har visat sig vara en framgångsfaktor. Harding et al. (2011) betonar också att det är av stor vikt att samtalspartners i barnet eller ungdomens närmiljö förstår fördelarna med att använda AKK. De lyfter även att det är logopedens jobb att ge förutsättningar så att omgivningen kan stödja och utveckla kommunikationen för personer med flerfunktionsnedsättning. Det framgick tydligt i resultatet att logopederna arbetar mycket med relations- och förtroendeskapande, genom att bland annat anpassa interventionen till familjens unika situation och förmåga. Att ta hänsyn till familjens situation vid introduktion och implementering är viktigt för att försäkra sig om en framgångsrik implementering av AKK; det här beskrivs även av Goldbart och Marshall (2004).

Resultatet visar även att logopederna lyfter fram familjens och nätverkets unika kompetens. Detta beskrivs vara en framgångsfaktor om samtalspartnerna i närmiljön blir förtrodda med AKK-metoder och material. Känner de tillit till sin egen förmåga, minskar risken att AKK-metoderna inte används. Det går i linje med Wilders (2014) beskrivningar av hur betydelsefulla omgivningens baskunskaper är för en framgångsrik implementering.

Något som är framträdande i resultatet är att baskunskaper om interaktion i allmänhet (Hostyn & Maes, 2009) men även inom tidig kommunikation och *hur* och *varför* AKK-metoder ska användas är varierad inom assistansgrupper. Logopederna menade att oftast saknas dessa baskunskaper hos assistenter vilket påverkar implementeringen. Enligt studien av Wilder (2014) är baskunskaper hos samtalspartners och människorna i deras omgivningen förutsättning för att barnet ska kunna använda AKK. Wilder (2014) menar att det krävs grundläggande kunskaper om *varför* och *hur* AKK ska användas i samspel med personer som har kommunikationssvårigheter. Logopedernas beskrivningar tyder även på att det ser olika ut när det kommer till kunskap hos skolpersonal mer generellt baskunskaperna inom tidig kommunikation beskrivs variera väldigt mycket. Det går i linje med studien av Wandin et al. (2014), där logopederna uppfattade att mer AKK-kompetens behövs i omgivningen runt målgruppen. Implementeringen underlättas om

baskunskapen finns i hela nätverket, som då blir mer trygga i att pröva sig fram och blir mer självgående i att utveckla AKK-metoderna. Studien visar att det snarare är ett undantag att baskunskaper finns och inte något som logopederna kan förvänta sig.

Det har inte framkommit i tidigare forskning, enligt författarnas kännedom, hur logopederna löser frågan att samarbeta med nätverk där baskunskaper om kommunikation saknas. Det framgår att vissa logopeder ordnar möten med föräldrarna hemma där även assistenter är med i syfte att också utbilda assistentgruppen. Någon utbildar assistentgrupper och har strukturerade möten för nyanställda assistenter. Strukturerade möten sparar tid i längden och medför effektivare implementeringsarbete för logopeden. Sammantaget visar resultaten att samverkan i nätverket uppfattas som nyckelfaktorer för en god implementering. Förutsättningarna för att uppnå detta ser olika ut för logopederna, då resurser och rutiner ser olika ut på de olika habiliteringarna och inom Västra Götalandsregionen.

Temat ”villkor för implementeringen” besvarar ytterligare frågeställningen: *Vad finns det för hinder och möjligheter när det gäller AKK-intervention med målgruppen?* Resultatet visar att det finns flera villkor som påverkar implementeringen såsom logopedpaketet, tidsfaktorn, kunskap och intresse hos samarbetspartners samt barnets hälsotillstånd. Logopedpaketet är ett verktyg för att tydliggöra, planera och avgränsa logopediska insatser och används inom barn- och ungdomshabiliteringen för att minska arbetsbelastningen för logopederna och öka likvärdigheten i de insatser som individer får (Habilitering & Hälsa, 2018). Resultatet visar att logopedpaketet kan vara begränsande då logopederna ska boka in behandlingstillfällen över tid. Utmaningen vid implementeringen är att avsätta tid och samordna med övriga insatser samt att barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning ofta är sjuka och har många andra, samtidiga vårdkontakter. Ofta erbjuds det begränsade antal behandlingstillfällen över kortare tid som kan påverka implementeringen negativt. Resultat i studien visar att insatser kring målgruppen behöver ske över tid och att logopeden tillsammans med nätverket behöver ha ett långsiktigt perspektiv. I resultatet framgick samtidigt att intensiv behandlingsperiod kan möjliggöra god effekt på implementeringen. Det kan motivera att arbeta aktivt med logopedpaketet som Habilitering & Hälsa inom VGR har arbetat fram. Författarna hade ingen kännedom om logopedpaketet innan intervjuerna genomfördes, vilket bidrar till en liten inblick om vad logopedpaketet är för insats i detalj. Hur det verkligen påverkar logopeders arbete och AKK-implementering inom VGR, är något som ligger på framtida studier att utforska.

Tidsfaktorn har visat sig kunna bli ett hinder om resurserna är begränsade, då barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning ofta behöver anpassad implementering över tid. Tidsfaktor i samband med långsam utveckling eller andra vårdkontakter och medicinska faktorer, som därmed har en stor påverkan på implementeringen, är något som inte har lyfts i tidigare forskning till författarnas kännedom. Det har dock beskrivits av De Bortoli et al. (2014) att det finns organisatoriska faktorer som påverkar AKK-intervention för barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning. Där framgick det att kommunikationsintervention prioriteras lågt och att elever med flerfunktionsnedsättning ofta får en begränsad tid för konsultation med logoped.

En förutsättning för framgångsrik implementering är att teammedlemmar som är samarbetspartners vid implementering av AKK, har intresse för och kunskap om tidig kommunikation. Därför kan det tänkas att alla i teamet runt barn med flerfunktionsnedsättning behöver ha en grundläggande kunskap om tidig kommunikation. Det framgår i resultatet att logopeden bär huvudansvaret för AKK-implementeringen och att logopeder ofta arbetat med arbetsterapeut som närmast samarbetspartners, något Wandin et al. (2014) även lyfter. Specialpedagog och fysioterapeut kan också vara involverade vid AKK-implementering. Det framgår också att samarbetspartners inte är baserat på yrkesrollen utan att den ofta är den i teamet som har mest kännedom om målgruppen som arbetar nära logopeden. Resultatet visade även att arbetsbelastning ökar för logopederna om samarbetspartners i det multiprofessionella teamet saknar kompetens och intresset för kommunikation. Det är i enlighet med studien av De Bortoli et al. (2014) som menade att för lite erfarenhet kan utgöra ett hinder i interventionen för barn med flerfunktionsnedsättning, och att lång erfarenhet krävs för att kunna möta dessa barns behov.

Ett annat villkor är barnets hälsotillstånd, en faktor som utgör ett hinder gällande implementeringen. Många av barnen har omfattande medicinska behov som kan orsaka att implementeringen inte blir som planerat, faktorer i barnets hälsotillstånd påverkar möjligheten att kommunikationsträna. Detta leder även ofta till svårigheter att genomföra planerade besök, då familjerna kan lämna återbud upprepade gånger.

Studiens styrkor och begränsningar

En styrka med studien är urvalet av deltagare där författarna eftersträfvade stor spridning av logopeder inom regionen med olika lång men ändå omfattande erfarenhet. Logopederna som deltog hade arbetat med målgruppen mellan nio och femton år och hade därmed stor erfarenhet av att träffa målgruppen. De rekryterades från fem mottagningar i regionen. Det faktum att deltagarna kunde få genomföra intervjun på arbetstid öppnade upp för att alla som uppfyllde inklusionskriterierna kunde delta. En annan styrka är att författarna transkriberade all insamlad data mellan intervjuerna och sedan jämförde materialet för att nå samstämmighet. Detta medförde att författarna var väl bekanta med materialet.

Studiens författare har begränsade förkunskaper och ytterst lite kliniska erfarenheter av målgruppen när det gäller AKK-implementering. De teoretiska kunskaperna har inhämtats men den kliniska erfarenheten är begränsad. Kvale och Brinkman (2009) menar att en bra intervjuare har kunskap om ämnet och det skulle kunna diskuteras om författarna besitter fullständig kunskap utan klinisk erfarenhet. Deltagarna visade stor förståelse för att författarna hade ytterst lite erfarenhet och kliniska erfarenheter av målgruppen när det gäller AKK-implementering samt intervjuteknik. De visade förståelse för att författarna ställde frågorna lite oklart eller förklarade lite för mycket och det var ett fint samarbete för att nå målet att genomföra intervjuerna framgångsrikt.

En logoped i studien menade att erfarenhet med målgruppen är inget som går att läsa sig till utan sker genom den kliniska erfarenheten. Detta har tagits i åtanke till viss del då

huvudhandledaren som har stor klinisk erfarenhet med målgruppen och har arbetat inom habiliteringen länge, har kunnat stötta och vara ett extra bollplank.

Möjligen kan det till viss del ha varit en fördel att författarna inte hade den kliniska erfarenheten, vilket gjorde det lättare för författarna att vara objektiva och därmed inte påverka intervjuerna med förutfattade meningar.

En begränsning är att det inte var möjligt att genomföra en pilotstudie i brist på testpersoner som kunde genomföra en sådan intervju. Författarna hade inga tidigare erfarenheter av att intervjua och en eller flera pilotintervjuer hade gett författarna en bättre förberedelse där exempelvis intervjuguiden hade kunnat testats och utvecklats. En mer erfaren intervjuare hade kanske kunnat få fram ytterligare information från logopederna vilket hade bidragit till större fördjupningen i ämnet. Vid genomlysningen av intervjuerna kunde det noteras att författarna inte tog alla möjligheterna till att ställa följdfrågor, vilket en erfaren intervjuare kanske hade gjort. Det som är en styrka under intervjuerna är att båda författarna var med på alla intervjuerna; en av författarna hade huvudansvaret och den andra kunde då i huvudsak fokusera på att ställa följdfrågor och lyssna in och fråga om något var otydligt i respondenternas svar.

Tematisk analys används ofta vid förstagångsforskning och kvalitativ analys vid undersökning av människors upplevelser och i kvalitativ forskning där människors ord används för att finna mönster som genererar teman (Braun, Clarke & Rance, 2015). Författarna valde en tematisk analys med kontextuell inriktning, där koderna kopplades till frågeställningarna som hela tiden var i åtanke och sedan genererade huvudteman och underteman (Braun & Clarke, 2006). Att generera teman i relation till koder och data var en långsam process. Författarna upplevde det svårt att förfina teman och skapa underteman, flera försök gjordes för att få temana distinkta. Resultatet blev till slut tre huvudteman och åtta underteman som skulle ge läsaren en övergripande bild över innehållet. Validitet i huvudteman och underteman kan styrkas genom uppvisande koppling till data (citater) och frågeställningar. Ett av problemen med tematisk analys är att det kan vara överväldigande och frustrerande att ta sig an datamaterialet, i synnerhet för nybörjare. Författarna arbetade aktivt med analysen över lång tid för att ta fram koder, mönster och generera teman i den insamlade datan. En analys endast utifrån författares perspektiv, kan påverka processen (Braun, Clarke & Rance, 2015). Det är en styrka att författarna hade möjlighet till forskartrianglering med hjälp av handledarna. Det hade dock stärkt validiteten ytterligare om en person med kompletterande kompetens var med i hela den analytiska och reflexiva processen, för att få ytterligare perspektiv och fördjupning i analysprocessen.

Författarna har reflekterat över transferabiliteten av studiens huvudteman, och har en hypotes om att överförbarheten av resultatens huvudtema till den specifika yrkesgruppen logopeder är hög. När det kommer till överförbarheten på andra yrkesroller, anser vi att *yrkesexperis, samverkan med nätverk och villkor för genomförande* kan överföras både inom andra vårdyrken och övriga yrkesroller i samhället. Genom resonemanget att yrkesexperis (kunskap och färdigheter) påverkar hur väl ett utförande av ett arbete blir. I de flesta yrkesroller sker även någon form av samarbete med kollegor eller kontakter som påverkar arbetssituationen. Villkor för genomförande, har de flesta företag, kommuner och landsting, så kallade organisatoriska villkor för hur arbetsuppgifter ska genomföras med rådande resurser.

Det styrker transferabiliteten av studiens huvudtema enligt oss, då likheter inom våra fynd kan överföras till andra yrkesroller (Nadim, 2015).

Kliniska implikationer och framtida forskning

Till författarnas kännedom finns det inte några studier där habiliteringslogopederna har fått berätta om sina upplevelser av AKK-intervention med barn och ungdomar som har flerfunktionsnedsättningar. Denna studie har därför öppnat upp för forskning kring logopedernas kliniska erfarenheter inom fältet. Det är önskvärt att studier görs på fler grupper och i fler regioner. Även vidare forskning med assistent-, föräldra-, förskole och särskoleperspektiv hade kunnat tillföra mycket för att kartlägga området AKK och flerfunktionsnedsättning ytterligare. Det hade varit intressant att komplettera intervjuer med enkätundersökning för att kunna nå ut till fler i hela landet.

I framtida forskning hade det sannolikt även varit viktigt att undersöka syskons betydelse i AKK-implementeringen. I studien nämns syskon kunna tillföra mycket positiva effekter genom att vara bland annat modeller. Detta har inte heller uppmärksammats i tidigare forskning.

Sammantaget kan man se att brist på tid och saknad av baskunskaper i nätverket utgör ett hinder. Habiliteringslogopederna har idag inte möjlighet att utbilda nätverk i den utsträckning som behövs. Det finns villkor för implementeringen som ligger utanför logopedens kontroll. Ändå upplever sig logopeden ha ansvar för implementering, då metoderna ska förankras och användas konsekvent i nätverk med barn och ungdomar som har flerfunktionsnedsättning. Sammanfattningsvis vore det rimligt att hävda att det finns ett behov av att det finns logopederna ute i verksamheter nära målgruppen. I elevhälsoteam inom särskolan eller inom grundskoleförvaltningen, för att stödja implementeringen, upprätthålla och utbilda personal om kommunikation och arbeta i nära samarbete med nätverk. Detta motiveras av att studien pekar på att baskunskaperna är bristfälliga i nätverk runt målgruppen, samt att habiliteringslogopedernas resurser att utbilda nätverk inte räcker till. Det skulle öka möjligheten för barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning att använda AKK-metoderna med samtalspartners, få god omsorg och inkluderas i alla livsområden så väl i familjen som i samhället i stort. Det behövs ytterligare forskning hur målgruppens rätt till kommunikation upprätthålls. Den tidigare forskningen om målgruppen och deras möjlighet till kommunikation är begränsad, och området behöver kartläggas ytterligare för att ge barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning den röst de annars inte har.

Referenser

- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2019). *Augmentative and Alternative Communication*. Hämtad 19-11-25 från <https://www.asha.org/public/speech/disorders/AAC/>
- Braun, V., Clarke, V., & Rance, N. (2015). How to use thematic analysis with interview data in Vossler, A. Moller, N. (ed). *The Counselling and Psychotherapy Research Handbook* (s.183-197). [Elektronisk resurs]. Hämtad från <https://play.google.com/books/reader?id=IPeICwAAQBAJ&hl=sv&lr=&printsec=frontcover&pg=GBS.PR3#v=onepage&q=The%20counselling%20and%20psychotherapy%20research%20>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Qualitative Research in psychology. *Using thematic analysis in psychology*, 3(2), 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Chung, Y., Carter, E., & Sisco, L. (2012). Social Interactions of Students with Disabilities Who Use Augmentative and Alternative Communication in Inclusive Classrooms. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(5), 349-67.
- De Bortoli, T., Arthur-Kelly, M., Mathisen, B., & Balandin, S. (2014). *Speech-Language Pathologists' Perceptions of Implementing Communication Intervention with Students with Multiple and Severe Disabilities*. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), 55–70. DOI: 10.3109/07434618.2014.
- Edin, U., Gunnarsdotter, A., Tegnevik., Broqvist M.(red). (2011) *Att prioritera i team i tvärprofessionell verksamhet Ett exempel från habiliteringen*. (Prioriteringscentrum-2011:6). hämtad 20-01-14 från Linköping universitets webbplats: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:759768/FULLTEXT01.pdf>
- Goldbart, J., & Marshall, J. (2004). "Pushes and Pulls" on the Parents of Children who use AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 20(4), 194–208. DOI: 10.1080/07434610400010960
- Granlund, M., Wilder, J., & Almqvist, L. (2013). "Persons with Severe Disabilities." In *Handbook of positive Psychology and Disability*, editet by Wehmeyer, M, 452-437. New York: Oxford University Press.
- Grove, N., Bunning, K., Porter, J., & Olsson, C. (1999). See What I Mean: Interpreting the Meaning of Communication by People with Severe and Profound Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12(3), 190–203.
- Görman, U. (2013). Regionala Etikprövningsnämnden i Lund. *Frågor om behovet av etikprövning för forskningsförberedande arbeten som utförs av studenter*. Hämtad 20-01-14 från https://www.forskningsetik.lu.se/sites/forskningsetik.lu.se/files/gorman_130302.pdf
- Habilitering & Hälsa. (2018). *Logopedpaketen - ett verktyg för ökad likvärdighet*. Hämtad 20-04-20 från <https://www.vgregion.se/f/habilitering-och-halsa/om-habilitering-halsa/forskning-utveckling/nobelkonferensen/presentationer-2018/utvecklingsprojekt/logopedpaketen/>
- Harding, C., Lindsay, G., O'Brien, A., Dipper, L., & Wright, J. (2011). Implementing AAC with children with profound and multiple learning disabilities: A study in rationale underpinning intervention. (Report). *Journal of Research in Special Educational Needs*, 11(2), 120–129. DOI:10.1111/j.1471-3802.2010.01184.x

- Hostyn, I., & Maes, B. (2009). Interaction between persons with profound intellectual and multiple disabilities and their partners: A literature review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(4), 296-312. DOI:10.3109/136682509003285648
- Janice Light & David McNaughton (2014) Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? *Augmentative and Alternative Communication*, 30:1, 1-18, DOI: 10.3109/07434618.2014.885080
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: Att låta en värld öppna sig* (1. uppl. ed.).
- Marshall, J. & Goldbart, J. (2008) 'Communication is everything I think' Parenting a child who needs Augmentative and Alternative Communication (AAC), *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43:1, 77-98, DOI: 10.1080/13682820701267444
- Light, J., & Mcnaughton, D. (2014). Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), 1-18.
- Moorcroft, A. Scarinci, N. Meyer, C. (2019). 'We were just kind of handed it and then it was smoke bombed by everyone': How do external stakeholders contribute to parent rejection and the abandonment of AAC systems? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 55(1), pp. 59-69. DOI: 10.1111/1460-6984.12502
- Nadim, M. (2015). Generalisering og bruken av analytiske kategorier i kvalitativ forskning. *Sosiologisk Tidskrift*, 23(3), 129–148.
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA). (2014). *Logopeden på habiliteringen*. Hämtad 19-12-02 från <https://www.anhoriga.se/anhorigomraden/flerfunktionsnedsattning/kommunikation/logopeden>
- Raghavendra, P., Olsson, C., Sampson, J., Mcinerney, R., & Connell, T. (2012). School Participation and Social Networks of Children with Complex Communication Needs, Physical Disabilities, and Typically Developing Peers. *Augmentative and Alternative Communication: Special Issue: AAC and ICF: A Good Fit to Emphasize Outcomes*, 28(1), 33-43. DOI:10.3109/07434618.2011.653604
- Rensfeldt Flink, A., Åsberg Johnels, J., Broberg M., & Thunberg, T. (2020). Examining perceptions of a communication course for parents of children with profound intellectual and multiple disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*. DOI: 10.1080/20473869.2020.1721160
- Rowland, C., & Fried-Oken, M. (2010). Communication Matrix: A clinical and research assessment tool targeting children with severe communication disorders. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 3(4), 319–329.
- Socialdepartementet. (2008). *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* (Ds 2008:23). Hämtad 2020-01-08 från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2008/04/ds-200823/>
- Unicef. (2019). *Barnkonventionen*. Hämtad 2019-11-09 från <https://unicef.se/barnkonventionen>

- Unicef. (2018). *Barnkonventionen blir svensk lag*. Hämtad 20-05-06 från <https://blog.unicef.se/2018/06/13/barnkonventionen-blir-lag/>
- Wandin, H., Lindberg, P., & Sonnander, K. (2015). Communication intervention in Rett syndrome: A survey of speech language pathologists in Swedish health services. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1324–1333. DOI: 10.3109/09638288.2014.962109
- Wilder, J./Nationellt kompetenscentrum anhöriga-för ett anhörigvänligt samhälle. (2014). Kommunikationen hos och med barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättningar: En systematisk kunskapsöversikt. Hämtad 2019-11-09 från <http://www.anhoriga.se/anhorigomraden/flerfunktionsnedsattning/kunskapsoversikter/kommunikation-hos-och-med-barn-och-ungdomar-med-flerfunktionsnedsattningar/>
- Wilder, J., Magnusson, L., & Hanson, E. (2015). Professionals' and parents' shared learning in blended learning networks related to communication and augmentative and alternative communication for people with severe disabilities. *European Journal of Special Needs Education*, 30(3), 367–383. DOI: 10.1080/08856257.2015.1023002
- Wilder, J., & Granlund, M. (2003). Behaviour style and interaction between seven children with multiple disabilities and their caregivers. *Child: Care, Health and Development*, 29(6), 559–56. DOI:10.1046/j.1365-2214.2003.00377.x

Bilaga 1

Intervjuguide

- 1. Berätta om din logopediska yrkeslivserfarenhet.**
 - Inom habiliteringen
 - Berätta om det teamet du arbetar med kopplat till målgruppen
 - Nuvarande ålder
 - Examensår

 - 2. Använder du begreppet AKK i relation till barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning?**
 - Är det självklart vad som är AKK med ett barn på tidig utvecklingsnivå?
 - Berätta om ett fall du jobbat med, gärna en konkret beskrivning där interventionen fungerat bra och vilka faktorer som påverkade.
 - Berätta om ett fall där det fungerat sämre och vilka faktorer som påverkade.

 - 3. Kan du beskriva relevanta metoder för målgruppen.**
 - Finns det AKK-metoder som du aldrig skulle överväga att använda till den här målgruppen?
 - Var går gränsen mellan AKK och kroppskommunikation, enligt dig?
 - Vad skulle du säga är gränslandet mellan AKK och kognitivt stöd

 - 4. Resonemang kring mål, uppföljning och utvärdering.**
 - Vem/vilka är med och sätter målen?
 - Hur brukar målen se ut?

 - 5. Vilka kompetenser anser du vara viktiga för logopederna i mötet och för att stödja barnen med flerfunktionsnedsättning och deras nätverk vid införande och användande av AKK?**
 - Hur ser du på din egen kompetens i att möta och stödja den här målgruppen?

 - 6. Anser du att din erfarenhet och kompetens är tillräcklig för att möta barn och ungdomar med flerfunktionsnedsättning?**
 - Ja, vad har du för resurser, hur har du byggt upp den kunskapen?
 - Nej, vad anser du behöva för kompetenshöjning?
 - Vilka möjligheter har ni inom habiliteringen att få kompetenshöjning vid behov?

 - 7. Vilka personer i nätverket tycker du är viktiga att samverka med kring AKK?**
 - Vilka förutsättningar har nätverket (pedagoger, personliga assistenter, föräldrar, syskon, etcetera) i allmänhet att lära sig om och stödja barnet i AKK-användandet?
 - Vilka roller har du och de olika personerna i nätverket i AKK-interventionen?
 - Vem gör vad, vem /vilka har ansvar/uppgifter?
 - Hur kommer ni fram till den ansvarsfördelningen?

 - 8. Är det någon av de andra professionerna i habiliteringsteamet som brukar vara aktiva i arbetet med AKK med den här målgruppen?**
 - Hur ser det samarbetet ut? Är rollfördelningen er emellan tydlig? Brukar samarbetet fungera bra?
 - Vilka faktorer påverkar om samarbetet fungerar bättre eller sämre?

 - 9. Vart och till vem vänder du dig när det uppstår svårigheter och hinder?**
 - Lyfts det till en högre nivå?
-