



SAHLGRENSKA AKADEMIN

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

295

**Samtalsinteraktionen vid förvärvade
kommunikationssvårigheter: likheter och skillnader i tränade
bedömares och närståendes uppfattning**

Evelyn Jons
Anna Lundqvist

Examensarbete i logopedi
30 högskolepoäng
Vårterminen 2016

Handledare
Karin Eriksson
Charlotta Saldert

Samtalsinteraktionen vid förvärvade kommunikationssvårigheter: likheter och skillnader i tränade bedömares och närståendes uppfattning

Evelyn Jons
Anna Lundqvist

Sammanfattning. I samband med förekomst av förvärvade kommunikationsstörningar finns behov av effektiva sätt att bedöma patientens vardagliga kommunikation för att kunna anpassa interventionen efter individen. Ett sätt är att fråga en närstående. I den aktuella studien undersöktes relationen mellan tränade bedömares och närståendes uppfattning om svårigheter i samtalsinteraktion med en individ som har en förvärvad kommunikationsstörning. Deltagarna bestod av 15 dyader där en person hade Parkinsons sjukdom eller afasi efter stroke. Materialet var insamlat med hjälp av bedömningsinstrumentet CAPPPI. Överensstämmelsen var hög vid bedömning på ett av åtta undersökta områden (artikulation/prosodi). På övriga sju kommunikationsområden var överensstämmelsen låg. Ett starkt, signifikant samband påvisades vid bedömning av två av områdena (artikulation/prosodi, lingvistiska förmågor). På övriga sex kommunikationsområden visades endast svaga, icke signifikanta samband. Resultatet antyder att logopedier bör ta hänsyn till anhörigas upplevelser vid planering av behandling.

Nyckelord: Afasi, Parkinsons sjukdom, kommunikationsstörningar, samtalsanalys, CAPPPI

Conversational interaction in acquired communication disorders: similarities and differences in professional assessments and spouses' experience

Abstract. Along with the presence of acquired communication disorders there's a need of effective ways to assess the everyday communication of patients in order to individualize the intervention. This can be done by asking a common conversation partner. This study explored the relation between experienced judges' and spouses' perceptions of problems in conversational interaction with an individual with an acquired communication disorder. Participants were 15 dyads where one person had Parkinson disease or aphasia following stroke. The assessment instrument CAPPPI was used to collect the material. The results showed high agreement in one area out of eight (articulation/prosody). In the other seven areas low agreement was found. A high correlation was found in two areas (articulation/prosody, linguistic abilities). In the other six communication areas no correlation was found. The result suggests that speech-language pathologists should take the spouses experiences into account when planning treatment.

Key words: Aphasia, Parkinson's disease, communication disorders, conversation analysis, CAPPPI

Samtalsinteraktion vid kommunikationssvårigheter. Stroke och Parkinsons sjukdom (PS) är två vanliga orsaker till förvärvade tal- och språkstörningar som påverkar kommunikationen i samtal negativt.

För individer som drabbats av afasi krävs ofta stor ansträngning vid tal och bristande flyt i samtal är vanligt (Potagas, Kasselimis & Evdokimidis, 2013; Webb & Adler, 2008). Den grammatiska strukturen förenklas och meningsbyggnaden förkortas. Vid viss typ av afasi kvarstår flyt i talet, men förståelsen försämras. Vid flytande afasi präglas talet ofta av parafasier i form av utbyte av ord eller delar av ord och neologismer. Individer med så omfattande skador att både förståelsen och uttrycksförmågan är gravt nedsatt är ofta nästan helt tysta och behöver mycket stöd för att delta i samtal (Potagas et al., 2013; Webb & Adler, 2008).

Traditionellt har kommunikationssvårigheterna till följd av PS betraktats ha enbart talmotoriska orsaker. Dock har studier som presenterats på senare år visat att det även finns en språklig komponent i de kommunikativa svårigheterna hos personer med PS (Altmann & Troche, 2011; Miller, Noble, Jones & Burn, 2006; Murray, 2000). Till exempel har svårigheter med högre lingvistiska förmågor som att göra inferens, förstå metaforer och meningar med komplex grammatik uppmärksammas (Berg, Björnram, Hartelius, Laakso & Johnels, 2003; Lewis, LaPointe, Murdoch & Chenery, 1998; McNamara, Krueger, O'Quin, Clark & Durso, 1996). Studier av samtalsinteraktion med personer med PS har visat att ordfinnandesvårigheter förekommer vilket leder till pragmatiska problem (Saldert, Ferm, & Bloch, 2014). Även återkoppling, användande av gester och ansiktsuttryck, ögonkontakt, initiering av samtal, turtagning, pauser mellan fraser och svarslängd påverkas av PS (Hartelius, Lindberg, Petersson & Saldert, 2011; McNamara & Durso, 2003).

Både PS och afasi efter stroke förknippas vissa gemensamma symptom som kan ses i samtalsinteraktion. Bland annat har man sett ordfinnandesvårigheter som exempelvis kan resultera i förändrad turtagning (Helasvuo, Laakso & Sorjonen, 2004; Laakso & Klippi, 1999; Oelschlaeger & Damico, 2000; Saldert et al., 2014) samt påverka förmågan att initiera samtal (Barnes, Candlin & Ferguson, 2013). I samtalsinteraktion verkar individuella faktorer hos deltagarna spela större roll för samtalets utveckling än de underliggande diagnosernas symptom (Bloch & Beeke, 2008). Samtalspartnern tycks använda ungefär samma strategier för att hantera problem som uppstår i samtalet oavsett om det handlar om afasi efter stroke eller Parkinsons sjukdom (Saldert et al., 2014).

Ett antal studier visar hur individer med afasi och deras närstående upplever att samtalsinteraktionen påverkas av ovanstående nämnda svårigheter (Blom Johansson, Carlsson & Sonnander, 2012; Rautakoski, 2014). Många drabbade av afasi föredrar att tala med personer de känner riktigt väl och undviker ofta situationer där fler än två personer samtalar (Blom Johansson et al., 2012). Dessutom påverkas kommunikationen negativt om samtalspartnern inte orkar fortsätta lyssna och samtala, något som personen med afasi i hög grad kan känna av (Blom Johansson et al., 2012). Vanligt är att närstående uppfattar förändringar hos personer som har drabbats av afasi. Förändringarna rapporteras av de närstående vara att personen med afasi pratar mindre, initierar färre samtal och visar mindre intresse av att delta i sociala sammanhang

(Rautakoski, 2014). Många närstående upplever däremot att individen efter insjuknandet har en oförändrad förmåga att lyssna. När samtalet handlar om mer abstrakta ämnen upplever många par att det är svårt att diskutera och förstå varandra. Även valet av samtalsämnen kan påverkas. Exempel på samtalsämnen som blir mer sällsynta efter insjuknandet är nyheter, arbete, fritidsintressen och framtidsplaner. Hälsa, TV-program och saker relaterade till hemmet diskuteras lika frekvent som tidigare (Rautakoski, 2014).

Det finns endast ett fåtal studier som undersökt hur personer med PS och deras närstående upplever kommunikationssvårigheterna. Miller et al. (2006) fann att personer med PS upplever att de i samtal främst påverkas av förkortat uppmärksamhetsspann, att de lätt blir distraherade, att de har svårigheter att hitta ord, och att de har problem med att initiera talrörelser och formulera idéer. Personerna med PS rapporterade att ovan beskrivna svårigheter skapar sämre möjlighet att delta i samtal, ger känslor av frustration över att inte kunna göra sin röst hörd och nedstämdhet över att bli ignorerad av andra (Miller et al., 2006).

Eftersom afasi efter stroke och Parkinsons sjukdom delvis orsakar liknande problem i samtal är det troligt att flera av de resultat som tagits fram i studier av personer med afasi efter stroke också är giltiga för personer med PS. Likheterna motiverar varför man i studier av samtalsinteraktion kan inkludera deltagargrupper med olika diagnoser (Bloch & Beeke, 2008; Saldert et al., 2014).

Kommunikationssvårigheter och livskvalitet. Hur kommunikationssvårigheter vid afasi och traumatiska hjärnskador påverkar livskvalitet har undersökts i flera studier (se exempelvis Cranfill & Wright, 2010; Davidson, Worrall & Hickson, 2003; Grawburg, Howe, Worrall & Scarini, 2013). Även hur personer med degenerativa tillstånd upplever livet efter insjuknandet har undersökts (Read et al., 2013; Yorkston, Klasner & Swanson, 2001). Dock har få studier specifikt fokuserat på Parkinsons sjukdom.

För många som har drabbats av afasi kan förändringar i språkförmågan påverka vardagen i stor utsträckning. Nedsatt talförmåga kan påverka både kvaliteten på och antalet interaktioner i vardagen och resultera i förändrade mänskliga relationer (Caporali & Basso, 2003; Davidson et al., 2003; Zemva, 1999). Möjligheten att fortsätta sitt yrkesliv efter insjuknande är viktigt för upplevd livskvalitet (Penn & Jones, 2000). Sammantaget påverkas en individs generella psykiska välbefinnande negativt (Cruice, Worrall, Hickson & Murison, 2003; Ross & Wertz, 2002).

Aktivitet, betydelsefulla relationer, en fortsatt strävan mot en positiv livssyn samt god kommunikation framstår som fyra särskilt viktiga områden som ger individer drabbade av afasi en upplevd hög livskvalitet (Brown, Worrall & Davidson, 2010). För att ett liv med afasi ska upplevas positivt är bestående och fortsatt betydelsefulla relationer till andra människor nödvändiga. Vikten av social kamratskap, anknytning och att interagera positivt med andra uppges av personer med afasi som själva kärnan i ett liv med hög livskvalitet. Stödet från människor i den närmaste omgivningen utmärker sig som en särskilt viktig komponent för att kunna hantera livssituationer (Brown et al., 2010).

Studier visar att även närstående till personer med afasi drabbas vid ett insjuknande, i synnerhet om den närstående är den drabbades livspartner (Cranfill & Wright, 2010; Kniepmann & Cupler, 2014). Livspartners hälsa kan påverkas negativt som en konsekvens av den drabbades insjuknande. Relaterade hälsoförsämringar som depression, yrsel, högt blodtryck och magsår har påvisats. En generell försämring av mental hälsa har uppmärksamats (Grawburg et al., 2013).

Bland personer med PS är depression en vanlig konsekvens av sjukdomen, vilket påverkar livskvaliteten för både individen och de närstående (Burn, 2002; Rickards, 2006). Personer med PS upplever sig som mindre självsäkra, mer frustrerade och otillräckliga, samt känner sig mer beroende av andra än tidigare (Miller, Noble, Jones Allcock & Burn, 2008). Konsekvensen kan bli att personen drar sig undan kommunikativa situationer och lägger över ansvaret för kommunikationen på närstående (Miller et al., 2008).

God livskvalitet för personer med PS innebär att kunna ta hand om sig själv, vara fysiskt aktiv, ha en meningsfull sysselsättning och att delta i sociala aktiviteter (Murdock, Courins & Kernohan, 2015). Stöd från vänner och familj anses också vara mycket viktigt för upprätthållandet av en god livskvalitet (Miller et al., 2008). Drabbade utan närstående upplever generellt sett större svårigheter med att förmedla budskap än vad personer med PS som har närstående gör. Drabbade utan närstående känner sig även mer självmedvetna på ett negativt sätt vid kommunikation med andra, mindre värdesatta av andra och upplever sig själva som tystare. Sjukdomens påverkan på vardagen upplevs som mindre påtaglig för närstående till individer med PS än för de drabbade individerna. Däremot upplever de närstående problem med att de blivit för självmedvetna och mer otåliga efter insjuknandet, något som personerna med PS upplever i mindre grad (Miller et al., 2008).

Personcentrerad vård. Sedan 90-talet har man studerat patientbemötande och sjukvårdens syn på patienten (Buchanan, 2000). Studierna visar att man inom sjukvården tenderar att se det som patientens uppgift att anpassa sig till den befintliga vården. Sjukvårdspersonal menar att en av de viktigaste faktorerna vid effektiv intervention är patientens följsamhet, det vill säga patientens förmåga till att följa ordinationer och råd från behandlaren. Förmågan att påverka sina patienter och guida dem till följsamhet är en utmaning för all sjukvårdspersonal (Cameron, 1996; Hallett, Austin, Caress & Luker, 2000). Begreppet personcentrerad vård innebär motsatsen, nämligen att vården anpassas efter individens behov i det sammanhang som hen lever i. Trots att studier resulterat i upprepade rekommendationer om ett mer holistiskt perspektiv inom vården har det i praktiken skett mycket lite. Ett ramverk baserat på behandling av akuta infektionssjukdomar och inte på långvariga livsstilssjukdomar råder ännu inom vården (Buchanan, 2000).

Funktionellt perspektiv på kommunikation. Inom området för kommunikationsstörningar kan personcentrerad vård bland annat innebära att utgå från ett funktionellt perspektiv på kommunikation eftersom det funktionella perspektivet fokuserar på individen i sitt naturliga sammanhang (Worrall, 2000). Det finns flera definitioner av funktionell kommunikation och en av de tidigaste gjordes av Holland (1982). Holland beskrev fenomenet som den variation av olika sätt att effektivt överföra

budskap på som finns, inkluderande såväl grammatiskt korrekta meningar som gester eller andra uttrycksätt. Under senare år har intresset för det funktionella perspektivet ökat inom vården och forskningen (Worrall, 2000). Worrall menar att det finns samstämmighet inom litteraturen om att funktionell kommunikation kan kopplas till aktivitets- och delaktighetskomponenten inom WHO:s klassifikationssystem *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF; WHO, 2001). Man har konstaterat att behandling av vad som i ICF-termer kan beskrivas som en specifik, avgränsad, språklig funktion inte alltid medför en förbättrad livssituation eller ökad känsla av delaktighet för patienten (Parr, Byng, Gilpin & Ireland, 1997; Penn, 1998). Samtidigt har kraven ökat på att logopederna ska visa att behandling även ger resultat på funktionell kommunikation i patientens vardag (Togher, 2001). Att uppnå och påvisa funktionella resultat kan vara svårt, särskilt om logopederna vid kartläggningen av patientens förmåga förlitar sig på traditionellt använda, standardiserade tester, som till exempel *A-ning* (Lindström & Werner, 1995). Detta på grund av att test som traditionellt används för att diagnosticera afasi sällan är inriktade på att bedöma patientens kommunikativa förmåga i vardagliga situationer (Togher, 2001).

Bedömning av funktionell kommunikation i samtalsinteraktion. Studier av resultat vid standardiserade tester har visat att personer med afasi ofta kommunicerar bättre, eller åtminstone kommunicerar annorlunda, i ett naturligt samtal jämfört med hur de presterar vid traditionell testning av språkliga förmågor (Beeke, Maxim & Wilkinson 2008; Beeke, Wilkinson & Maxim, 2009; Heeschen & Schegloff 1999). Ett sätt att försöka göra en bedömning av de kommunikativa situationer som patienten till vardags deltar i, är att som logoped studera just dessa situationer, antingen på plats eller med hjälp av inspelat material. Det finns olika metoder med vilka man sedan kan analysera materialet. En metod är Conversation Analysis (CA) som är en datadriven och kvalitativ metod. CA syftar till att beskriva hur deltagarna i samtalsinteraktion förstår och svarar varandra, med fokus på hur deltagarna producerar serier av kommunikativa handlingar (Hutchby & Wooffitt, 2008). En annan metod som används för att analysera samtal är Aktivitetsbaserad kommunikationsanalys (ACA; Allwood, 2000). Med ACA undersöks bland annat hur individuella faktorer och bakgrundsfaktorer i den kommunikativa aktiviteten påverkar samtalet. Vidare används skattningsskalor som exempelvis Measure of Participation in Conversation och Measure of Skill in Supported Conversation vid bedömning av samtal (MPC, MSC; Kagan et al., 2004). MPC används för att gradera personen med kommunikationssvårigheters förmåga att delta i samtal och MSC används för att gradera samtalspartnerns förmåga att stödja kommunikationen.

Närståendes bedömning. Ytterligare ett sätt att få information om hur den funktionella kommunikationen fungerar i vardagen är att fråga en närstående, exempelvis en partner, vän eller vårdgivare. En närstående spenderar avsevärt mer tid med patienten än vad logopederna gör och har i och med detta mer kunskap om hur patienten klarar sig i och upplever olika vardagliga situationer.

Studier som jämfört närståendes och logopeders bedömningar av kommunikationsförmågan hos personer med afasi har visat varierande resultat. Aftonomos, Steele, Appelbaum och Harris (2000) undersökte logopeders och närståendes bedömning före och efter behandling med hjälp av Western Aphasia

Battery (WAB; Kertesz, 1982) och Communicative Effectiveness Index (CETI; Lomas et al., 1989). Resultaten visade hur individerna förbättrats på alla mått och beskrev hur logopeders och närståendes bedömningar av huruvida en förändring har skett kan överensstämma. Bedömningarna kan överensstämma trots att man använt olika bedömningsinstrument som mäter olika aspekter av språk- och kommunikationsförmågan.

Oxenham, Sheard och Adams (1995) visade istället resultat som pekade på en skillnad mellan den professionella bedömningen och den bedömning som gjorts av närstående. I studien undersöktes logopeders och närståendes uppfattning om individens kommunikation med både kvantitativ och kvalitativ metod. Både logoped och närstående fick ta ställning till samma påståenden som exempelvis "Individen förstår sociala hälsningar och kommentarer" och "Individen kan hålla sig till samtalsämnet". Resultatet visade på hög överensstämmelse mellan logopedens bedömning och den närståendes bedömning på parametern förståelse. Parametrarna tal och konversation hade lägre överensstämmelse. Underlaget för logopedernas bedömning var resultat på standardiserade tester, ett samtal mellan personen med afasi och logoped och en filmad sekvens med bildbeskrivning. De närstående baserade sin bedömning på sina erfarenheter ur vardagen.

Andra studier som funnit en skillnad mellan närståendes och logopeders bedömning varierar i hur skillnaden ser ut. Helmick, Watamori och Palmer (1976) jämförde närståendes och logopeders uppfattning genom att båda grupper skattade den kommunikativa förmågan i förhållande till hur den var före insjuknandet. Skattningen gjordes med hjälp av instrumentet The Functional Communication Profile (FCP; Taylor, 1965) som bland annat innehåller frågor om förmågan att använda och förstå gester, ge och ta emot instruktioner, att tala i telefon och att läsa och skriva. De närståendes skattning visade sig ligga högre än logopedernas, vilket antyder att de upplevde den kommunikativa förmågan som bättre än vad logopederna bedömde. De Jong-Hagelstein et al. (2012) uppgav liknande resultat i en studie där man jämförde logopeders och närståendes bedömning av den funktionella, verbala kommunikationen. Jämförelsen gjordes med Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT; Blomert, Koster & Kean, 1995) som undersöker kommunikationsförmågan i rollspel. Utöver ANELT användes ett frågeformulär utformat för närstående till personer med kommunikationssvårigheter som innehöll frågor om individens förmåga att uttrycka sig verbalt i olika situationer. Exempel på frågor som ingick i formuläret var "Kan din partner tala om för dig om något är fel?" och "Kan din partner fråga en okänd person om vägen om hen inte hittar själv?".

I motsats till dessa två studier har även andra resultat rapporterats, det vill säga att den närstående underskattar patientens förmåga i jämförelse med den professionella bedömningen (Hesketh, Long & Bowen, 2011). Hesketh et al. (2011) jämförde logopeders och närståendes bedömningar med två instrument. Therapy Outcome Measures (TOM; Enderby, John & Petheram 2006) som ger en översiktlig bild av grad av kommunikationsförmåga, och Carer Communication Outcomes after Stroke scale (Carer COAST; Long, Hesketh & Bowen, 2009) som utvärderar vardaglig funktionell kommunikationsförmåga. Logopedens bedömning baserades i denna studie på ett 10

minuter inspelat samtal mellan individen och en forskningsassistent som fått träning i att använda stödjande tekniker i samtal med en person med kommunikationssvårigheter.

Flera av dessa studier har vissa metodologiska brister som kan ha påverkat både tillförlitligheten av de enskilda resultaten och att resultaten varierar. För att en tränad bedömare ska kunna göra en bedömning av den funktionella kommunikationen kan man använda analys av samtal. I de två studier där man använt mer naturliga samtal (Oxenham et al., 1995 och Hesketh et al., 2011) som grund för logopedens bedömning har man använt volontärer eller logopeden själv som samtalspartner. Volontärerna var okända för deltagarna i studien och var också, precis som logopederna, tränade i att stödja kommunikationen. Detta gör att man kan ifrågasätta om man lyckats fånga den funktionella, *vardagliga* kommunikationen som den närstående baserar sin skattning på. I flera av de ovanstående studierna har också logopeders och närståendes bedömningar gjorts med hjälp av olika instrument som delvis tar upp olika aspekter av kommunikation, något som komplicerar jämförelsen.

Ett bedömningsinstrument som ger en möjlighet att med både patient, närstående och logoped utforska samma kommunikativa aspekter är Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPP: Whitworth, Perkins & Lesser, 1997). CAPP bygger i sin tur på Conversation Analysis Profile for People with Cognitive Impairment (CAPPCI; Perkins, Whitworth & Lesser, 1997). CAPPCI används för att kartlägga hur samtalsinteraktionen påverkas för en dyad där den ena parten har drabbats av en kommunikationsstörning och kognitiva svårigheter. Metoden baseras på CA och består av en strukturerad intervju med en samtalspartner (SP) till en person med kommunikationsstörning (PKS) och en strukturerad analys av ett tio minuter långt videospelat vardagligt samtal mellan PKS och den som intervjuats. I bedömningen av samtalsinteraktionen undersöker man samma 35 påståenden som tagits upp i den första delen av intervjun. Bedömningen baseras på en tio minuter lång filminspelning av ett vardagligt samtal. Skillnaden mellan CAPP och CAPPCI är att CAPP är konstruerat för att undersöka enbart afasi och har en version som är utformad för att personen med afasi ska ges möjlighet att själv besvara frågorna medan CAPPCI enbart riktar sig till den huvudsakliga samtalspartnern. Slutresultatet av både CAPP och CAPPCI i sin helhet ger en sammanfattande profil av dyadens kommunikation som ger underlag för behandling. Med CAPPCI fångar man upp individens, samtalspartnerns och kontextens påverkan på kommunikationen samt annat hos individen som kan tänkas påverka kommunikationen, som minne och andra kognitiva förmågor (Perkins et al., 1997). Instrumentet är till för att kvalitativt undersöka samtalsinteraktion snarare än att försöka kvantifiera eller slå fast grad av kommunikationsförmåga. CAPPCI utvecklades för att kunna användas i två forskningsprojekt som berörde Alzheimers sjukdom, Lewy Body demens och Parkinsons sjukdom (Perkins et al., 1997). CAPPCI har inte använts som bedömningsinstrument i tidigare studier, och ingen formell bedömning av instrumentets validitet och reliabilitet har gjorts. CAPP har dock använts i tidigare studier (Booth & Swabey, 1999; Booth & Perkins, 2010). Dessa rapporterar hur instrumentets styrka ligger i att man använt CA som grund för att karaktärisera och jämföra en närståendes upplevelse och en professionell bedömning av samtal (Booth & Swabey, 1999). Vidare nämns fördelar som att CAPP erbjuder en bra struktur för att fånga individens egna upplevelser och att närstående relativt lätt kan ta till sig instrumentet för att bedöma sin partners kommunikativa förmåga (Booth & Swabey, 1999; Booth & Perkins, 2010).

Med ett funktionellt och personcentrerat perspektiv på kommunikationssvårigheter är målet med behandling att uppnå resultat som har betydelse i individens vardag. Huruvida logopeden lyckas med att göra behandlingen personcentrerad är beroende av hur individen, de närstående och logopeden kan mötas i en gemensam uppfattning om de svårigheter som existerar. Det är därför viktigt att undersöka i vilken mån närståendes och logopeders uppfattning stämmer överens om hur individens vardagliga kommunikativa förmåga fungerar.

Syftet med den aktuella studien är därför att undersöka relationen mellan tränade bedömares och närståendes uppfattning om hur vardaglig och naturlig samtalsinteraktion fungerar med en metod som tillåter en jämförelse av de två perspektiven på samma kommunikativa aspekter. Studien avser att besvara följande frågeställningar:

- (1) Hur stor är överensstämmelsen mellan närståendes rapporterade upplevelser av svårigheter i samtal med en individ med en förvärvad kommunikationsstörning och tränade bedömares uppfattning om individens kommunikativa förmågor i samtalsinteraktion?
- (2) Finns det vissa aspekter av kommunikation där överensstämmelsen mellan närståendes upplevelse och tränade bedömares uppfattning är större respektive mindre?
- (3) Hur ser sambandet ut mellan närståendes rapporterade upplevelser av svårigheter i samtal med en individ med en förvärvad kommunikationsstörning och tränade bedömares uppfattning om individens kommunikativa förmågor i samtalsinteraktion?
- (4) Finns det vissa aspekter av kommunikation där sambandet mellan närståendes upplevelse och tränade bedömares uppfattning är starkare respektive svagare?

Metod

Deltagare

Deltagarna rekryterades från logopedmottagningar, Afasiföreningen och Parkinsonförbundet i Västra Götalandsregionen. Deltagarna i studien bestod av fyra dyader där en person hade Parkinsons sjukdom och 12 dyader där en person hade afasi efter stroke (se Tabell 1). Ålder hos PKS varierade mellan 45 och 80 år, medelåldern var 66 år, ålder hos SP varierade mellan 47 och 73 år, medelåldern var 62 år.

Tabell 1

Information om personerna med kommunikationsstörning (PKS) och deras livspartner (SP). A = afasi efter stroke, PS = Parkinsons sjukdom.

Dyad	PKS Kön /ålder	SP Kön /ålder	Tid som par (år)	Månader sedan PKS insjuknande	Afasi F=flytande I=Icke- flytande	PS Stadium (Hoehn & Yahr, 1967)	Procent Förståelig- het i spontan- tal	Token Test max 261
A1	M/73	K/54	8	19	I, Måttlig/ grav	-	-	155
A2	M/75	K/72	54	8	F, Grav	-	-	102
A3	K/63	M/61	37	12	I, Grav	-	-	108
A4	K/45	M/47	4,5	18,5	I, Måttlig	-	-	169
A5	K/65	M/64	46	97	I	-	-	183
A6	M/57	K/57	23	31	I, Grav	-	-	18
A7	M/80	K/69	25	3	F, Grav	-	-	14
A8	M/65	K/65	42	27	I, Grav	-	-	117
A9	K/57	M/58	37	14	I, Grav	-	-	54
A10	M/58	K/58	8	15	I, Grav	-	-	75
A11	K/70	M/66	44	6	I, Måttlig/ grav	-	-	129
A12	M/51	K/49	32	6	I, Grav	-	-	113
PS1	M/67	K/61	42	60	-	IV	31%	259
PS2	M/76	K/73	49	408	-	IV	75%	175
PS3	M/79	K/73	49	216	-	IV	37%	240
PS4	M/72	K/72	49,5	216	-	III	87%	237

Dyad PS1 plockades ut ur analysen då inspelningen bedömdes ge för lite information om dyadens samtalsinteraktion eftersom paret var tysta under större delen av inspelningen.

Material

Materialet till den aktuella studien kom från Samtalsinteraktionsprojektet som bedrivs på Enheten för logopedi, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi på Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. I detta projekt studeras samtalsinteraktionen vid neurogena tal- och språkstörningar som uppstår vid olika typer av sjukdomar såsom vid stroke och Parkinsons sjukdom (Samtalsinteraktion vid stroke och progredierande neurologiska sjukdomar, 2016). Materialet bestod av insamlad data från 16 dyader där en person har afasi efter stroke eller kommunikationssvårigheter i samband med Parkinsons sjukdom samt personens livspartner. För varje dyad fanns del A och del B av ett CAPPIC-formulär som en logoped fyllt i under intervju med make eller maka till PKS. Del A är indelad i åtta olika kategorier med totalt 35 frågor om förekomst av svårigheter som eventuellt påverkar kommunikationen efter PKS insjuknande (se Tabell 2). Svaren skattas av SP på en tregradig skala med skalstegen *opåverkad förmåga*, *något påverkad förmåga* och *helt och hållet påverkad förmåga*. För

Samtalsinteraktionsprojektet gjordes en svensk översättning av CAPPICI och då lades en kategori med sju frågor till. Dessa frågor gällde mimik, kroppsspråk, verbal och icke-verbal återkoppling, berättande, ögonkontakt och respons på frågor. I del B av CAPPICI behandlas frågor om PKS kommunikativa förmåga före insjuknandet.

Tabell 2

Kategoriernas rubrik, antal frågor/påståenden och exempel på påståenden i varje kategori.

Nummer (Fråga)	Rubrik	Exempel på påstående
1 (1-7)	Initiering och turtagning	Oförmåga att svara när man ska vara nästa talare
2 (8-12)	Ämneshantering	Misslyckas med att etablera nya samtalsämnen
3 (13-16)	Reparation	Förmåga att initiera reparation av egna fel
4 (17-20)	Minne och uppmärksamhet	Förekomst av övergiven tur
5 (21-25)	Lingvistiska förmågor	Produktion av omskrivningar
6 (26-29)	Högre lingvistiska förmågor	Förmåga att förstå figurativ mening
7 (30-33)	Artikulation och prosodi	Nedsatt förmåga att kontrollera volym
8 (34-35)	Variationer (ingår inte i del C)	Kommunikationsförmågan fluktuerar över dagen
9 (36-42)	Återkoppling (Tillagd i svensk övers.)	Oförmåga att genom kroppshållning visa känslotillstånd

För varje dyad fanns också ett minst tio minuter långt inspelat naturligt samtal mellan PKS och SP. Samtalen spelades in dyadernas gemensamma bostad. Målet med inspelningen var att fånga en så naturlig samtalsinteraktion som möjligt och deltagarna har därför fått instruktioner om att spela in ett samtal där de betar sig och pratar som de gör i vanliga fall. De fick själva välja samtalsämne och fick instruktioner om att de inte behövde prata hela tiden. Videokamera och eventuell mikrofon placerades ut av en logoped som sedan lämnade rummet och återkom efter 15 minuters inspelning. Intervjun med samtalspartnern gjordes också i hemmet, efter att samtalet mellan SP och PKS spelats in för att undvika att SP skulle påverkas av de frågeställningar som väcktes i intervjun.

Del C i CAPPICI består av en bedömning av samtalsinteraktion mellan PKS och SP där man utgår från samma 35 påståenden som tagits upp i del A. Bedömningen baseras på en tio minuter lång inspelning av ett vardagligt samtal. För varje påstående observeras eventuella bevis i samtalet som kodas enligt alternativen *avsaknad av bevis för den bristande förmåga som beskrivs* respektive *bevis för den bristande förmåga som beskrivs* och kompletteras med en hänvisning till var beviset noterats i samtalet. Kategori 8 som behandlar variationer i förmåga under dagen och veckan och fråga 1 i kategori 1 (Förmåga att initiera samtal) utelämnas i samtalsbedömningen. Detta eftersom dessa enligt manualen inte går att bedöma utifrån 10 minuters videospelning.

Tillvägagångssätt

Författarna till studien, som är logopedstudenter på sista terminen, gjorde samtalsbedömningen (del C) i den aktuella studien. För att undvika att bedömarna skulle påverkas av SP:s uppfattning om kommunikationen gjordes samtalsbedömningen före författarna tog del av intervjusvaren.

För att besvara studiens frågeställning gjordes en jämförelse mellan del A och del C i CAPPIC. Del B i CAPPIC utelämnades då den berörde frågor som inte behandlades i studien.

Eftersom det existerande kodningsformatet inte gav möjlighet att markera när en viss förmåga inte var möjlig att uttala sig om, som exempelvis vid grav dysartri, kompletterades formatet med ytterligare ett alternativ som indikerade att påståendet ej varit möjligt att bedöma.

Interbedömarreliabilitet. Innan samtalsanalysen (del C) genomfördes samtränade författarna på förfarandet. Fem dyader valdes ut av en logoped som hade kännedom om materialet för att få en så bra spridning på olika typer av samtalsinteraktion som möjligt. Dessa fem bedömdes gemensamt. Ytterligare fem dyader valdes slumpmässigt ut ur Samtalsinteraktionsprojektets insamlade material och användes till träning, men bedömdes enskilt och resultaten jämfördes. Sammanlagd tid för träningen var ca 20 arbetstimmar. Inga av dessa tio dyader inkluderades i den aktuella studien.

Beräkningen av interbedömarreliabilitet gjordes på de 16 dyader som ingick i studien och som författarna bedömt separat. En vanlig metod för beräkning av överensstämmelse är med hjälp av Cohens Kappa. Brist på variation i svaren gjorde att inget Kappa-värde kunde beräknas, istället valde man att beräkna överensstämmelsen med hjälp av punkt för punkt-samstämmighet.

Överensstämmelsen mellan bedömare 1 och 2 per dyad låg på mellan 69-87 %, medel 76.2 %, median 74 %. Överensstämmelsen mellan bedömare 1 och 2 per påstående varierade mellan 47-100 %, medel 75.4%, median 66 %. Med tanke på storleken på materialet och att en beräkning med punkt för punkt-överensstämmelse inte tar hänsyn till slumpen ansåg författarna att en överensstämmelse under 80 % inte var tillräcklig (McHugh, 2012). Istället gjordes därför konsensusbedömningar av hela materialet.

Beräkning av överensstämmelse mellan del A och del C. Jämförelse gjordes på varje kategori mellan intervjun (del A) och samtalsbedömningen (del C). Eftersom samtalsanalysen endast hade två alternativ som motsvarade opåverkad förmåga/påverkad förmåga, kodades även intervjusvaren enligt detta, se Tabell 3.

Tabell 3

Beskrivning av kodningsalternativen i del A och del C.

Kod	Kodningsalternativ i samtalsbedömningen (Del C)	Kodningsalternativ i intervjun (Del A)
0	Avsaknad av bevis för den bristande förmåga som beskrivs	Opåverkad förmåga
1	Bevis för den bristande förmåga som beskrivs	Något påverkad förmåga Helt och hållet påverkad förmåga

I intervjun hade vissa frågor inte besvarats med en tydlig skattning. I vissa av dessa fall fanns svaret istället formulerat i text och i andra fall saknades svar helt och hållet. Detta berodde ibland på att logopeden som gjort intervjun hoppat över dessa frågor eller att SP inte svarat på frågan. I både intervjun och vid samtalsbedömningen förekom frågor/påståenden som inte varit möjliga att skatta av antingen SP eller logoped, exempelvis på grund av grav dysartri hos PKS. Frågor/påståenden där svar saknades eller som inte varit möjliga att bedöma utslöts ur beräkningen.

Påstående 13, 20, 26 och 29 hade författarna mycket svårt att bedöma utifrån inspelningen (se Tabell 4). Dessa påståenden kunde inte bedömas på mellan 7-13 dyader av totalt femton. Detta bedömdes vara ett för stort bortfall för att dessa påståenden skulle kunna ingå i analysen och de utslöts därför.

Tabell 4

Påståenden som plockades ut ur analysen och antal gånger påståendena inte gått att bedöma.

(Kategori) Nr	Påstående	Antal ggr bedömd som Ej Tillämpbar
(3)13	Förmåga att initiera reparation under samtalspartnerns tur	10/15
(4)20	Svårighet att följa instruktioner	8/15
(6)26	Förmåga att förstå figurativ mening	13/15
(6)29	Förmåga att använda humor	7/15

Etiska hänsynstaganden

Etiskt godkännande var inhämtat för Samtalsinteraktionsprojektet som den aktuella studien ingick i. Informerat samtycke tillämpades under insamlingen av allt material. Alla deltagares namn var kodade för att bevara anonymiteten. Materialet förvarades inlåst på Institutionen för neurovetenskap och fysiologi och fick inte lämna fastigheten även under arbetet. För att förhindra att obehöriga fick ta del av materialet satt bedömnarna avskilt och använde hörlurar när bedömningarna gjordes.

Databearbetning

Vid analys av alla värden från intervjuerna och samtalsbedömningarna användes programvaran för statistiska beräkningar IBM SPSS Statistics (Version 22).

För att få ett mått på överensstämmelsen mellan del A och del C beräknades punkt för punkt-samstämmighet för varje kategori. Antal tillfällen SP och bedömarna bedömt en fråga/påstående likadant dividerades med det totala antalet bedömda påståenden inom varje kategori.

För att få ett mått på sambandet mellan del A och del C gjordes korrelationsanalyser på antalet observerade förekomster av påverkad förmåga inom varje kategori. Korrelationsanalysen gjordes med hjälp av Spearmans rangkorrelation för att passa det icke normalfördelade materialet. Korrelationsvärden över 0.5 tolkades som starka samband (Cohen, 1988). Signifikansnivån sattes till $p=.05$. Diagram över sambanden togs fram för varje kategori.

Resultat

Analysen av det totala antalet rapporterade/observerade förekomster av svårigheter resulterade i en överensstämmelse på 61 %. På kategorinivå varierade överensstämmelsen mellan 53-72 %, medel 61 %, median 63 % (se Tabell 5).

Kategori 7 (Artikulation och prosodi) visade högst överensstämmelse (72 %). På övriga kategorier var överensstämmelsen lägre (53-64 %).

Tabell 5

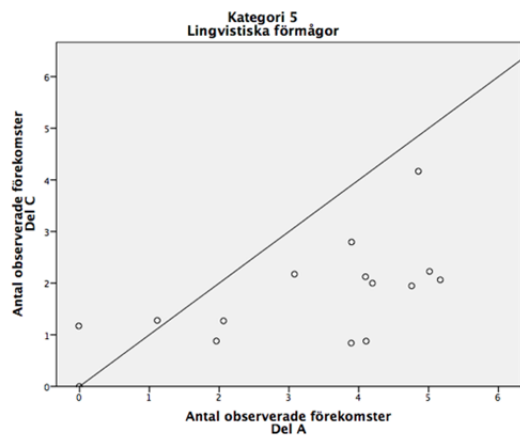
Överensstämmelse och samband mellan del A och del C.

Kat.	Totalt antal bedömningar	Antal förekomster		Antal överens	Procent överensstämmelse	Spearman's Rho	n
		del A	del C				
1-9	486	253	135	299	61%	,306	15
1	88	49	24	55	63%	,294	15
2	70	35	11	42	60%	,296	15
3	38	26	17	22	58%	,179	15
4	43	21	3	23	53%	-,202	15
5	65	48	25	36	55%	,743*	15
6	24	11	2	15	63%	,163	14
7	60	26	27	43	72%	,727*	15
9	98	37	26	63	64%	-,009	15

*= ($p < .05$)

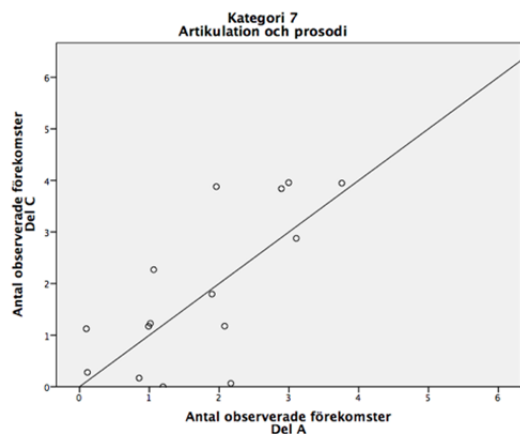
På det totala antalet rapporterade/observerade förekomster av svårigheter visade korrelationsanalysen ett svagt, icke signifikant samband ($r_s=.306$, $p=.268$) mellan del A och del C, se Tabell 5.

På kategorinivå visade korrelationsanalysen ett starkt, signifikant samband mellan del A och del C på kategori 5, "Lingvistiska förmågor", ($r_s=.743$, $p=.001$) och kategori 7, "Artikulation och prosodi", ($r_s=.727$, $p=.002$). På övriga kategorier fanns endast svaga, icke signifikanta samband.



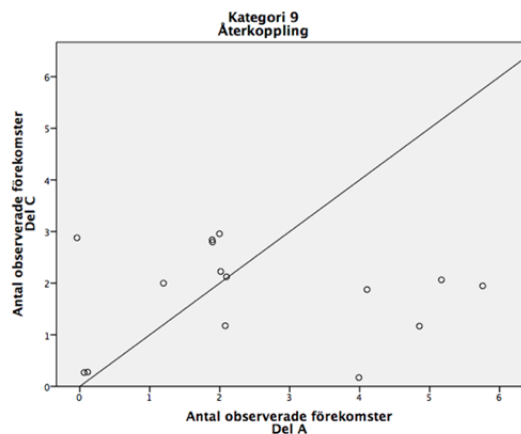
Figur 1. Diagram över sambandet mellan del A och del C för kategori 5. Linjen visar exakt överensstämmelse.

På kategori 5 (Lingvistiska förmågor) fanns ett tydligt positivt samband mellan del A och del C (se Figur 1). Ju fler förekomster av svårigheter som rapporterats i del A desto fler förekomster noterades i del C. Enbart en bedömning ligger på linjen som visar exakt överensstämmelse eftersom de närstående generellt rapporterat fler förekomster av svårigheter än vad som observerats av de tränade bedömarna.



Figur 2. Diagram över sambandet mellan del A och del C för kategori 7. Linjen visar exakt överensstämmelse.

På kategori 7 (Artikulation och prosodi) fanns ett starkt positivt samband mellan del A och del C (se Figur 2). Ju fler förekomster av svårigheter som rapporterats i del A desto fler förekomster observerades i del C. Att överensstämmelsen var hög blir tydligt genom att flera bedömningar ligger på linjen som visar exakt överensstämmelse.



Figur 3. Diagram över sambandet mellan del A och del C på kategori 9. Linjen visar exakt överensstämmelse.

På de övriga kategorierna var överensstämmelsen lägre (53-64 %) med endast svaga, ej signifikanta samband. Diagrammet över sambandet på kategori 9 (Återkoppling) ger ett exempel på detta (se Figur 3). Få bedömningar ligger på linjen som visar på exakt överensstämmelse. I diagrammet syns också hur det saknas ett tydligt samband mellan del A och del C eftersom bedömningarna ligger utspridda på ett stort område utan tydlig trend åt något håll.

Övriga resultat som noterades var att majoriteten av de närstående i den aktuella studien framstod som mycket kompetenta kommunikatörer och att de generellt hade goda strategier för att kompensera för kommunikationssvårigheterna inom dyaden.

Ett annat resultat som också var tydligt var att SP skattade fler förekomster av svårigheter än vad de tränade bedömarna observerade i alla kategorier utom en, se Tabell 5. Detta innebär att det inte fanns några svårigheter som de tränade bedömarna observerat som inte också SP hade upplevt. Däremot upplevde SP svårigheter som inte observerats av de tränade bedömarna.

Diskussion

Överensstämmelsen mellan närståendes rapporterade upplevelser av svårigheter i samtal med en individ med en förvärvad kommunikationsstörning och tränade bedömares uppfattning om individens kommunikativa förmågor i samtalsinteraktion var generellt relativt låg. Det vill säga att de närstående rapporterade fler kommunikativa aspekter som negativt påverkade än vad de tränade bedömarna kunde observera i videospelningarna. Överensstämmelsen låg genom beräkning med procent samstämmighet på medelvärde 61 %, vilket inte är mycket högre än ett resultat som orsakats av slumpmässiga skattningar. Kategori 7, "Artikulation och prosodi" hade högre överensstämmelse (72 %) än övriga kategorier. Korrelationsanalyserna som gjordes mellan närståendes rapporterade upplevelser av svårigheter i samtal med en person med förvärvad kommunikationsstörning och tränade bedömares uppfattning om individens kommunikativa förmågor visade två starka, signifikanta samband på kategori 5, "Lingvistiska förmågor", och kategori 7, "Artikulation och prosodi". På det

sammanlagda antalet kategorier och på de övriga kategorierna separat fanns endast svaga, icke signifikanta samband. Diskrepansen i resultaten kan förklaras både av egenskaper hos de fenomen som studerats och av de metoder som använts i studien, vilket diskuteras mer nedan.

Ett starkt, signifikant samband visades på kategori fem, samtidigt som överensstämmelsen inte var högre än på någon av de andra kategorierna. På kategori 7 var både överensstämmelsen hög och korrelationsanalysen gav ett starkt samband. Att det finns en skillnad mellan dessa två kategorier skulle kunna bero på hur avgränsade och tydliga fenomenen inom kategorin är. Kanske är de lingvistiska förmågorna i kategori 5, såsom "överanvändning av pronomen" eller "produktion av semantiska parafasier" något svårare att upptäcka utifrån 10 minuters inspelat samtal då dessa fenomen ibland är synliga mycket kort. Detta i jämförelse med de talmotoriska aspekter som behandlas i kategori 7 såsom "monoton intonation" och "nedsatt artikulationsförmåga", som i större utsträckning är generella fenomen som är synliga under ett helt samtal.

Inom de övriga kategorierna var överensstämmelsen låg och endast svaga samband fanns. Detta är utifrån diskussionen ovan inte så överraskande, då alla övriga kategorier i större utsträckning behandlar förmågor som är ännu mindre tydliga och svårare att upptäcka än de förmågor som tas upp i kategori 5 och 7. I exempelvis kategori 9, "Återkoppling", ingår bland annat bedömning av förmågan att ge adekvat respons på en fråga, förmågan att genom kroppsställning visa känslotillstånd, huruvida PKS ger rimlig förekomst av ögonkontakt och förmågan att uttrycka känslor med mimik. Flera påstående har upplevts som svåra att definiera av författarna, bland annat på grund av att förmågorna varierat mycket mellan de olika individerna. Utifrån att påståendena varit svåra att definiera och utifrån studiens resultat skulle man därför kunna dra slutsatsen att förmågor som exempelvis att uttrycka känslor med mimik, är mer svårbedömda än till exempel artikulationsförmåga, som ingår i kategori 7.

Ett mönster som dock är tydligt i nästan alla kategorier, är att SP rapporterade fler förekomster av svårigheter än vad som observerades i samtalsanalysen. Detta skulle kunna ha flera orsaker. En orsak skulle kunna vara längden på det inspelade samtalet. Tio minuter anses oftast vara tillräckligt för olika typer av samtalsanalys (Kagan et al., 2004; Perkins et al., 1997). Andra studier har diskuterat att längre tid behövs för att ge en reliabel bild av verkligheten (McNamara & Durso, 2003). Den aktuella studiens resultat indikerar att tio minuters inspelning kan vara tillräckligt för att kunna observera vissa aspekter av kommunikation medan andra aspekter är svårare att observera.

Att de tränade bedömarna uppfattar PKS förmåga som bättre än vad de närstående rapporterar, stämmer överens med resultatet i en av de tidigare studierna som jämfört logopeders och närståendes bedömning (Hesketh, et al., 2011). Materialet för den professionella bedömningen i den aktuella studien bestod, som i ovanstående studie, av inspelade samtal. Övriga studier som också jämfört närståendes och logopeders bedömning har inte använt sig av inspelade samtal utan istället bedömt individens kommunikativa förmåga med hjälp av standardiserade tester (Helmick et al., 1976; de Jong-Hagelstein et al., 2012; Aftonomos et al. 2001). Därför är det heller inte

förvånande att den aktuella studiens resultat inte ligger i linje med dessa studiers resultat.

Att man använt sig av olika bedömningsinstrument, både inom varje studie och studierna emellan i tidigare studier, kan vara anledningen till att resultaten i studierna skiljer sig åt. I de flesta studier har anhöriga och logopederna använt sig av olika instrument för att skatta den drabbade individens kommunikativa förmåga. Det finns heller inte något instrument som använts i fler än en studie. Att kontexten och erfarenheten som anhöriga respektive logopederna baserar sin bedömning på skiljer sig åt är också något som kan ha påverkat att studierna givit olika resultat. De närstående baserar sin skattning på hur hen upplever att PKS förmåga ser ut i vardagen. Logopederna i de olika studierna har däremot baserat sina bedömningar på testresultat eller inspelade samtal med volontärer, eller logopederna själv som samtalspartner till PKS. Förhoppningen i den aktuella studien har varit att kunna närma sig den vardagliga, funktionella kommunikationen så mycket som möjligt, genom användandet av inspelade samtal mellan PKS och anhörig i en för deltagarna vanligt förekommande miljö. Trots detta är det oundvikligt att den närståendes upplevelse och de tränade bedömnarnas skattning/bedömning baseras på delvis olika erfarenheter.

De olika resultat som tidigare studier visar skulle också kunna bero på att graden av kommunikationssvårigheter som PKS har skiljer sig åt studierna emellan. Kommunikativ förmåga som är antingen mycket välfungerande alternativt gravt nedsatt, är lättare för bedömare att bli överens om (Hesketh, Long, Patchick, Lee & Bowen, 2008). Endast en av de tidigare studierna har undersökt hur grad av kommunikationssvårigheter påverkat överensstämmelsen, där man kunde visa att högre grad av kommunikationssvårigheter hos PKS kunde kopplas till bättre överensstämmelse mellan närstående och logoped (De Jong-Hagelstein et al., 2012). I alla de tidigare studierna och även i den aktuella studien saknas en gemensam standard för att beskriva svårighetsgraden av varje individs kommunikationsstörning, vilket gör en jämförelse mellan studierna i detta avseende komplicerad. I den aktuella studien förekom dessutom två grupper av deltagare med olika diagnoser vilket ytterligare försvårar jämförelsen. En sådan jämförelse mellan olika diagnosgrupper skulle kräva en generell gradering av hur samtalsinteraktionen fungerar, oberoende av underliggande orsak till kommunikationssvårigheterna. I nuläget saknas sådan möjlighet till gradering.

De närstående i den aktuella studien framstod genomgående som mycket kompetenta kommunikatörer. En stöttande samtalspartner avstår ibland från att fokusera på huruvida information i samtalet uppfattas korrekt (Simmons-Mackie & Kagan, 1999). Detta för att hjälpa PKS att rädda ansiktet och upprätthålla en god stämning. Är SP bra på att stötta kommunikationen förbättras även PKS kommunikativa förmågor (Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland & Cherney, 2010). De anhörigas stöd gör det dock svårare för en tränad bedömare att uppskatta svårighetsgraden av ett observerat beteende, vilket skulle kunna vara fallet även i den aktuella studien.

Ytterligare en faktor som kan ha påverkat resultatet är att de tränade bedömnarna i den aktuella studien fortfarande är studenter. Möjligtvis hade bedömare med större erfarenhet av att bedöma samtal och/eller de diagnoser som berörs i studien observerat fler påverkade beteenden. Något som dock talar emot att detta skulle ge ett annat

resultat, är att ålder och livserfarenhet visat sig spela större roll för hur en bedömare skattar kommunikation än just utbildning och erfarenhet av kommunikationsstörningar (Hickey & Rondeau, 2005).

Ett syfte med ICF-modellen (WHO, 2001) är att stödja sjukvårdspersonal i att i högre grad arbeta utifrån delaktighetsperspektivet (Socialstyrelsen, 2003). Inom området för kommunikationssvårigheter kan detta innebära att fokusera på individens vardagliga, funktionella kommunikation i såväl bedömning som behandling. Dock visar en enkätundersökning med 758 svenska logopeder att det man lägger mest tid på är språkträning på en funktionsnivå enligt ICF-modellen (41 % av tiden) vid behandling av patienter med förvärvad kommunikationsstörning (Blom Johansson, 2012). Tjugosju procent av tiden ägnas åt funktionell kommunikationsträning, 21 % åt närstående och andra personer i patientens omgivning samt 11 % åt samtal om hur patienten själv upplever sin situation. De allra flesta uppger att när de träffar närstående handlar mötena oftast om rent utbyte av information. Möjligen ingår här att logopeden tar del av information från de närstående om hur samtalsinteraktionen fungerar i vardagen. Logopeder som har längre klinisk erfarenhet har närmare till att integrera anhöriga i behandlingen, än de logopeder som har mindre klinisk erfarenhet (Blom Johansson, 2012). Kliniker har ofta möjlighet att själva planera och lägga upp behandling utefter det behov de upplever att varje enskild patient har. Enligt Blom-Johanssons studie är en av de främsta anledningarna till att anhörighetsperspektivet inte får mer tid vid behandling dels rådande rutiner och dels logopeders traditionella anställningsuppgifter. Den aktuella studiens resultat tyder på att logopeder kan ha svårt att enbart utifrån en analys av en tio minuter lång videoinspelning skaffa sig en bild av hur samtalsinteraktionen fungerar i vardagen, som överensstämmer med den bild som den närstående har. Den aktuella studiens resultat visar också att de tränade bedömarna inte noterade något som de närstående inte hade rapporterat. Man kan därför tänka sig att närstående ofta kan ha en god förmåga att observera kommunikativa problemområden. Resultaten talar därför för vikten av att integrera närstående i utredningen av konsekvenser av kommunikationsstörningar, eftersom de kan tillföra information som är viktig för bedömningen av kommunikationen. Möjligtvis kan studiens resultat även inspirera till att i högre grad integrera anhöriga vid behandling riktad mot en dyads gemensamma kommunikation. Resultaten kan också påverka logopeder till att i högre grad ta hänsyn till anhörigas upplevelser av dyadens kommunikation vid planering av behandling. De närstående är av betydande vikt i en rehabiliteringsprocess, eftersom de känner den drabbade och därmed kan erbjuda viktig bakgrundsinformation (Worrall et al., 2010). Logopedens uppfattning är enbart giltig för en mer begränsad situation eftersom bedömningen ofta är gjord på ett utdrag ur ett samtal (Hesketh et al. 2011). En logopeds bedömning bör därför kompletteras av patientens eller den närståendes uppfattning om den vardagliga kommunikationen.

När det gäller patientens följsamhet och personcentrerad vård bör sjukvården sträva efter att i så hög grad som möjligt anpassa sig efter de behov och resurser som patienten har i sin vardag (Kyngäs, Duffy & Kroll, 2000). Man vet att kärnan i livskvalitet för många personer med afasi är att ha en närvarande familj i form av en partner eller någon annan, men att de svårigheter som dessa familjemedlemmar upplever gällande kommunikation skapar problem i relationerna (Brown et al., 2010). Utifrån detta perspektiv kan kartläggningen av de kommunikativa aspekter som ingår i CAPPICI vara

till hjälp i klinikers vardag. Många traditionella bedömningsmetoder fokuserar uteslutande på den drabbades nedsatta förmågor och mäter enbart tal- och språkförmåga. Personer som själva har kommunikativa svårigheter kan göra en reliabel bedömning av sin egen situation (Long, Hesketh, Paszek, Booth, & Bowen, 2008; Rautakoski, Korpijaakko-Huuhka, & Klippi, 2008) och ibland kan de ge en mer valid bedömning än närstående (Hilari, Owen, & Farrelly, 2007). Samtidigt kan andra bedömare, både kända och okända för patienten, ur sina perspektiv, ha en lika valid uppfattning om hur kommunikationen fungerar (Aftonomos et al., 2001; Hilari et al., 2007). CAPPICI skulle kunna vara ett komplement till traditionella bedömningsmetoder. Förutom att utforska flera funktionella, kommunikativa aspekter, fokuserar instrumentet också på dyadens gemensamma kommunikation samt den närståendes perspektiv.

En brist i studien är det begränsade urvalet av deltagare. Det verkar rimligt att anta att intresset för kommunikation troligtvis ligger något över genomsnittet hos de personer som medverkat i studien. De samtalspartners som gärna lägger tid på att delta i en studie som denna och är intresserade av kommunikation har troligtvis redan vid det tillfälle de blir filmade för detta projekt utvecklat en god förmåga att stötta den gemensamma kommunikationen. Som tidigare nämnts påverkar samtalspartners förmåga att stötta kommunikationen även PKS kommunikativa förmågor (Simmons-Mackie et al., 2010). Det är därför rimligt att förvänta sig att deltagarna i denna studie har färre kommunikativa svårigheter inom dyaden än vissa andra dyader. Svårigheterna är troligtvis svårare att upptäcka för en observatör, jämfört med vad som hade kunnat studeras i dyader där SP är mindre stöttande som samtalspartner. De tränade bedömarna har heller inte någon gång uppmärksammat svårigheter som inte SP också har sett. På grund av dessa brister i urvalet påverkas generaliserbarheten av resultatet. Gruppen av deltagare med PS är mycket mindre än gruppen med afasi efter stroke och man kan även ifrågasätta huruvida resultatet är giltigt för populationen människor med Parkinsons sjukdom.

Ytterligare en brist i studien är författarnas svårighet att med den använda metoden uppnå en god samstämmighet. Trots flera timmars träning misslyckades man med detta. Man kan därför ifrågasätta i vilken mån den formaliserade analysen av videoinspelningarna verkligen kan fånga upp förekomster av kommunikationssvårigheter och därmed studiens validitet. Svårigheter med att uppnå samstämmighet är dock ett vanligt problem när det gäller perceptuella bedömningsmetoder (Eriksson et al., 2013). Eftersom interbedömarreliabiliteten inte var tillräckligt god i den aktuella studien gick man istället vidare genom att göra konsensusbedömningar. Fördelen med konsensusbedömningar är att oenigheterna bedömarna emellan blir mer tydliga och oenigheterna kan därmed få en förklaring, eller till och med en lösning. En risk med konsensusbedömning är dock att "konsensus" uppnås genom att skattningen sätts enligt den bedömare som skattat högst eller den som är den mest övertygade och kraftfulla bedömaren (Cordes, 1994). En konsensusbedömning ansågs trots detta vara den bästa metoden att få fram en bedömning att jämföra mot de närståendes bedömning.

Att man inte kunnat uppnå god samstämmighet är dock inte så överraskande eftersom CAPPICI inte är avsett för bedömning och utvärdering efter behandling, utan för att kartlägga kommunikation. Instrumentet utvecklades för att kunna användas inom

forskning på olika progressiva sjukdomar och är inte standardiserat. Reliabiliteten och validiteten för instrumentet är därmed inte heller fastställt. Att man i den aktuella studien trots detta inledningsvis önskade uppnå tillräcklig reliabilitet mellan de två bedömarna hade rent praktiska orsaker då man avsåg att fördela bedömningarna mellan sig. Formuleringarna i formuläret är ofta av öppen och undersökande karaktär och de lämpar sig troligen väl som underlag för diskussion mellan patient, närstående och behandlande logoped. Under studiens gång har författarna även ställt sig frågan om huruvida exempelvis förmågan att göra inferens och förstå och använda figurativ mening, bibehållen humor, minne och uppmärksamhet alls är möjliga att fånga upp med hjälp analys av inspelade samtal, om det inte handlar om väldigt stora och frekventa problem. Kommunikation som fenomen utmanar genom sin komplexitet och nyansrikedom vid mätning och strävan efter överensstämmelse.

I framtida studier vore det intressant att studera dyader där SP har svårare att hantera den nya kommunikativa situationen som uppstått i och med PKS insjuknande och där SP i större grad är omedveten om sina egna kommunikativa mönster. I den aktuella studien har ingen korrelation mellan grad av kommunikationsstörning och överensstämmelse mellan logopedstudent och närstående undersökts, detta på grund av att deltagare med två olika typer av kommunikationsstörning har ingått i studien och att materialet har varit för litet. Huruvida grad av kommunikationssvårigheter påverkar graden av överensstämmelse skulle också kunna vara intressant att undersöka i framtida studier där deltagare med olika typer av kommunikationssvårigheter ingår.

Sammanfattningsvis visar studiens resultat att överensstämmelsen och sambandet mellan SP:s upplevelse av svårigheter och den förekomst av problem som tränade bedömare kan observera i tio minuters inspelad samtalsinteraktion generellt är låg. Överensstämmelsen är dock högre och sambandet starkare inom områdena artikulation, prosodi och lingvistiska förmågor. Kombinerat med tidigare studiers resultat som pekar på behovet av en mer personcentrerad vård som är förankrad i vardagen, talar den aktuella studiens resultat för att de närståendes perspektiv bör tillvaratas vid bedömning och planering av intervention.

Referenser

- Aftonomos, L. B., Steele, R. D., Appelbaum, J. S., & Harris, V. M. (2001). Relationships between impairment-level assessments and functional-level assessments in aphasia: Findings from LCC treatment programmes. *Aphasiology*, *15*, 951-964. doi:10.1080/02687040143000311
- Allwood, J. (2000). An activity based approach to pragmatics. I H. Bunt & B. Black (red:er), *Abduction, belief and context in dialogue: studies in computational pragmatics*, (ss.47–80). Amsterdam: John Benjamins.
- Altmann, L. J. P., & Troche, M. S. (2011). High-level Language Production in Parkinson's Disease: A Review. *Parkinson's Disease*, *2011*, 1-12. doi:10.4061/2011/238956
- Barnes, S. E., Candlin, C. N., & Ferguson, A. (2013). Aphasia and topic initiation in conversation: a case study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, *48*, 102-114. doi:10.1111/j.1460-6984.2012.00186.x
- Beeke, S., Maxim, J., & Wilkinson, R. (2008). Rethinking agrammatism: Factors affecting the form of language elicited via clinical test procedures. *Clinical Linguistics and Phonetics*, *22*, 317-323. doi:10.1080/02699200801918911
- Beeke, S., Wilkinson, R., & Maxim, J. (2009). Exploring aphasic grammar 2: do language testing and conversation tell a similar story? *Clinical Linguistics and Phonetics*, *17*, 109-134. doi:10.1080/0269920031000061786
- Berg, E., Björnram, C., Hartelius, L., Laakso, K., & Johnels, B. (2003). High-level language difficulties in Parkinson's disease. *Clinical Linguistics and Phonetics*, *17*, 63-80. doi:10.1080/0269920021000055540
- Bloch, S., & Beeke, S. (2008). Co-constructed talk in conversations of people with dysarthria and aphasia. *Clinical Linguistics and Phonetics*, *22*, 974-990. doi:10.1080/02699200802394831
- Blom Johansson, M., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, *47*, 2, 144-155. doi:10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x
- Blom Johansson, M. (2012). *Aphasia and Communication in Everyday Life: Experiences of persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists* (Doktorsavhandling, Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 776). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Tillgänglig: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:516701/FULLTEXT01.pdf>
- Blomert, L., Kean, M. L., & Koster, C. (1995). *Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheden*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Booth, S., & Perkins, L. (2010). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: a case study. *Aphasiology*, *13*, 283-303. doi:10.1080/026870399402109
- Booth, S., & Swabey, D. (1999). Group training in communication skills for carers of adults with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *34*, 291-309. doi:10.1080/136828299247423
- Brown, K., Worrall, L., & Davidson, B. (2010). Snapshots of success: An insider perspective on living successfully with aphasia. *Aphasiology*, *24*, 1267-1295. doi:10.1080/02687031003755429
- Buchanan, D. (2000). *An ethic for health promotion: Rethinking the sources of human well-being*. New York: University Press.

- Burn, D.J., (2002). Depression in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 9, 44-54. doi:10.1046/j.1468-1331.9.s3.6.x
- Caporali, A., & Basso, A. (2003). A survey of long-term outcome of aphasia and of chances of gainful employment. *Aphasiology*, 17, 815-834. doi:10.1080/02687030344000247
- Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 244-250. doi:10.1046/j.1365-2648.1996.01993.x
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2:a upplagan). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordes, A. K. (1994). The reliability of observational data: I. Theories and methods for speech-language pathology. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 264-278.
- Cranfill, T., & Wright, H. H. (2010). Importance of health-related quality of life for persons with aphasia, their significant others, and SLPs: Who do we ask? *Aphasiology*, 24, 6-8. doi:10.1080/02687030903452624
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17, 333-353. doi:10.1080/02687030244000707
- Davidson, B., Worrall, L., & Hickson, L. (2003). Identifying the communication activities of older people with aphasia: evidence from naturalistic observation. *Aphasiology*, 17, 243-264. doi: 10.1080/729255457
- De Jong-Hagelstein, M., Kros, L., Lingsma, H. F., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J., & Visch-Brink, E. G. (2012). Expert versus proxy rating of verbal communicative ability of people with aphasia after stroke. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18, 1064-1070. doi:10.1017/S1355617712000811
- Eriksson, K., Bergström, S., Carlsson, E., Hartelius, L., Johansson, C., Schwarz, A., & Saldert, C. (2014). Aspects of rating communicative interaction: Effects on reliability and agreement. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 5, 245-267. doi:10.1558/jired.v5i2.245
- Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L., & Scarinci, N. (2013). Describing the impact of aphasia on close family members using the ICF framework. *Disability and Rehabilitation*, 1-12. doi:10.3109/09638288.2013.834984
- Hallett, C. E., Austin, L., Caress, A. & Luker, K. A. (2000). Community nurses' perceptions of patients' compliance in wound care: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing* 32, 115-123. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01407.x
- Hartelius, L., Lindberg, J., Petersson, L., & Saldert, C. (2011). Perceived changes in communicative interaction in atypical Parkinsonism. *ISRN Neurology*, 2011, 256-406. doi:10.5402/2011/256406
- Heeschen, C., & Schegloff, E. A. (1999). Agrammatism, adaptation theory, conversation analysis: on the role of so-called telegraphic style in talk-in-interaction. *Aphasiology*, 13, 365-405. doi:10.1080/026870399402145
- Helasvuo, M-L., Laakso, M., & Sorjonen, M-L. (2004). Searching for words: syntactic and sequential construction of word search in conversations of Finnish speakers with aphasia. *Research on Language and Social Interaction*, 37, 1-37. doi:10.1207/s15327973rlsi3701_1
- Helmick, J. W., Watamori, T. S., & Palmer, J. M. (1976). Spouses' understanding of the communication disabilities of aphasic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 41, 238-243.

- Hesketh, A., Long, A., & Bowen, A. (2011). Agreement on outcome: speaker, carer, and therapist perspectives on functional communication after stroke. *Aphasiology*, *25*, 291-308. doi:10.1080/02687038.2010.507818
- Hesketh, A., Long, A., Patchick, E., Lee, J., & Bowen, A., (2008). The reliability of rating conversation as a measure of functional communication following stroke. *Aphasiology*, *22*, 970-984. doi:10.1080/02687030801952709
- Hickey, E., & Rondeau, G. (2010). Social validation in aphasiology: Does judges' knowledge of aphasiology matter?. *Aphasiology*, *19*, 389-398. doi:10.1080/02687030444000831
- Hilari, K., Owen, S., & Farrelly, S. J. (2007). Proxy and self-report agreement on the stroke and aphasia quality of life scale-39. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *78*, 1072-1075. doi:10.1136/jnnp.2006.111476
- Hoehn, M. M., & Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology*, *17*, 427-442.
- Holland, A. L. (1982). Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, *47*, 50-56.
- Hutchby, I., & Wooffitt, R. (2008). *Conversation Analysis* (2:a upplagan). Cambridge: Polity.
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S. E., Duchan, J. F., 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 in Stroke Rehabilitation*, *11*, 67-83. doi:10.1310/CL3V-A94A-DE5C-CVBE
- Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kniepmann, K., & Cupler, M. H. (2014). Occupational changes in caregivers for spouses with stroke and aphasia. *British Journal of Occupational Therapy*, *77*, 10-18. doi:10.4276/030802214X13887685335463
- Kyngäs, H., Duffy, M. E., & Kroll, T. (2000). Conceptual analysis of compliance. *Journal of clinical nursing*, *9*, 5-12. doi:10.1046/j.1365-2702.2000.00309.x
- Laakso, M., & Klippi, A. (1999). A closer look at the 'hint and guess' sequences in aphasic conversation. *Aphasiology*, *13*, 345-363. doi:10.1080/026870399402136
- Lewis, F. M., LaPointe, L. L., Murdoch, B. E., & Chenery, H. J. (1998). Language impairment in Parkinson's disease. *Aphasiology*, *12*, 193-206. doi:10.1080/02687039808249446
- Lindström, E., & Werner, C., (1995), *A-ning, Neurolingvistisk Afasiundersökning. Standardisering*. Stockholm: Ersta sjukhus, Neurologiska kliniken, Erstagårdskliniken.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The communicative effectiveness index: Development and psychometric evaluation of a functional measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, *54*, 113-124.
- Long, A. F., Hesketh, A., & Bowen, A. (2009). Communication outcome after stroke: A new measure of the carer's perspective. *Clinical Rehabilitation*, *23*, 846-856. doi:10.1177/0269215509336055
- Long, A., 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. doi:10.1177/0269215508090091
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemica Medica*, *22*, 276-282. doi:10.11613/BM.2012.031

- McNamara, P., & Durso, R., (2003). Pragmatic communication skills in patients with Parkinson's disease. *Brain and Language*, 84, 414-423. doi:10.1016/S0093-934X(02)00558-8
- McNamara, P., Krueger, M., O'quin, K., Clark, J., & Durso, R. (1996). Grammaticality judgments and sentence comprehension in Parkinson's disease: a comparison with broca's aphasia. *International Journal of Neuroscience*, 86, 151-166. doi:10.3109/00207459608986706
- Miller, N., Noble, E., Jones, D. E., Allcock, L., & Burn, D. (2008). How do I sound to me? Perceived changes in communication in Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*, 22, 14–22. doi:10.1177/0269215507079096
- Miller, N., Noble, E., Jones, D., & Burn, D. (2006). Life with communication changes in Parkinson's disease. *Age and Ageing*, 35, 235-239. doi:10.1093/ageing/afj053
- Murdock, C., Courins, W., & Kernohan, W. G. (2015). "Running water won't freeze": How people with advanced Parkinson's disease experience occupation. *Palliative and Supportive Care*, 13, 1363–1372. doi:10.1017/S1478951514001357
- Murray, L. (2000). Spoken language Production in Huntington's and Parkinson's Disease. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 43, 1350-1366.
- Oelschlaeger, M. L., & Damico, J. S. (2000). Partnership in conversation: A study of word search strategies. *Journal of Communication Disorders*, 33, 205–225. doi:10.1016/S0021-9924(00)00019-8
- Oxenham, D., Sheard, C., & Adams, R. (1995). Comparison of clinician and spouse perceptions of the handicap of aphasia: everybody understands 'understanding'. *Aphasiology*, 41, 238-493.
- Parr, S., Byng, S., Gilpin, S., & Ireland, C. (1997). *Talking about aphasia*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Penn, C. (1998). Clinician-researcher dilemmas: Comment on 'Supported conversation for adults with aphasia', *Aphasiology*, 12, 839-844. doi:10.1080/02687039808249577
- Penn, C., & Jones, D. (2000). Functional communication and the workplace: A neglected domain. I L. Worrall, & C. Frattali (red:er.), *Neurogenic communication disorders: A functional approach* (ss. 103–124). New York: Thieme.
- Perkins, L., Whitworth, A., & Lesser, R., (1997). *Conversation analysis profile for people with cognitive impairment*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Potagas, C., Kasselimis, S. D., & Evdokimidis, I. (2013). Elements of neurology essential for understanding aphasias. I I. Papathanasiou, P. Coppens, & C. Potagas (red:er), *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (ss. 23-46). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Rautakoski, P. (2014). Communication style before and after aphasia: a study among Finnish population. *Aphasiology*, 28, 359-376. doi:10.1080/02687038.2013.866211
- Rautakoski, P., Korpijaakko-Huuhka, A-M., & Klippi, A. (2008). People with severe and moderate aphasia and their partners as estimators of communicative skills: a client-centered evaluation. *Aphasiology*, 22, 1269-1293. doi:10.1080/02687030802374788
- Read, J., Jones, R., Owena, G., Leavitt, B. R., Coleman, A., Roos, R. A. C., Dumas, E. M., Durr, A., Justo, D., Say, M., Stout, J. C., Tabrizi, S. J., & Craufurd, D. (2013). Quality of Life in Huntington's Disease: A Comparative Study Investigating the Impact for those with Pre-Manifest and Early Manifest Disease, and their Partners. *Journal of Huntington's Disease*, 2, 159–175. doi:10.3233/JHD-130051
- Rickards, H., (2006). Depression in neurological disorders: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 294–298. doi:10.1097/01.yco.0000218601.17722.5b

- Ross, K. B., & Wertz, R. T. (2002). Relationships between language-based disability and quality of life in chronically aphasic adults. *Aphasiology*, *16*, 791–800. doi:10.1080/02687030802593189
- Saldert, C., Ferm, U., & Bloch, S. (2014). Semantic trouble sources and their repair in conversations affected by Parkinson's disease. *International Journal of Language and Communication Disorders*, *49*, 710-721. doi:10.1111/1460.6984.12105
- Samtalsinteraktion vid stroke och progredierande neurologiska sjukdomar. (2016, 7:e mars). Hämtad från: http://neurophys.gu.se/sektioner/klinisk_neurovetenskap_och_rehabilitering/logopedi/fo_rskning/Charlottas_forskning
- Simmons-Mackie, N. & Kagan, A. (1999). Communication strategies used by 'good' versus 'poor' speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, *13*, 807–820. doi:10.1080/026870399401894
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L.R. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *91*, 1814–1837. doi:10.1016/j.apmr.2010.08.026
- Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - kortversion*. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10547/2003-4-2.pdf>
- Taylor, M. L. (1965). A measurement of functional communication in aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *46*, 101-107.
- Togher, L. (2001). Discourse sampling in the 21st century. *Journal of Communication Disorders*, *34*, 131-150. doi:10.1016/S0021-9924(00)00045-9
- Webb, W. G., & Adler, R. K. (2008). *Neurology for the speech-language pathologist* (5:e upplagan). St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier.
- Whitworth, A., Perkins, L., & Lesser, R. (1997). *Conversation analysis profile for people with aphasia*. London: Whurr Publishers Ltd.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Switzerland: World Health Organization.
- Worrall, L. E. (2000). A conceptual framework for a functional approach to acquired neurogenic disorders of communication and swallowing. I Worall, L. E. & Frattali, C. M. (red:er), *Neurogenic communication disorders: a functional approach* (s. 3-18). New York: Thieme Medical Publishers.
- Worrall, L., Brown, K., Cruice, M., Davidson, B., Hersh, D., Howe, T., & Sherratt, S. (2010). The evidence for a life-coaching approach to aphasia. *Aphasiology*, *24*, 497–514. doi:10.1080/02687030802698152
- Yorkston, K., Klasner, E., & Swanson, K. (2001). Communication in context: a qualitative study of the experiences in individuals with multiple sclerosis. *American Journal Of Speech-Language Pathology*, *10*, 126-137. doi:10.1044/1058-0360(2001/013)
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: Wishes and limits. *Aphasiology*, *13*, 219–224. doi:10.1080/026870399402190