



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet
Institutionen för logopedi och foniatri

Hur gör logoped?

Kommunikativ anpassning till habiliteringspatienter

Anna Knollenburg
Anna Rensfeldt

Logopedutbildningen, 2001
Vetenskapligt arbete, 20 poäng

Handledare: Ulrika Nettelblatt

VI VILL GÄRNA TACKA:

- Logopederna i undersökningen för att ni har ställt upp på våra närgångna studier.
- Ulrika Nettelbladt för din kunskap, ditt engagemang och genuina intresse.
- Pernille Holck och Kristina Hansson för värdefull hjälp.
- Ungdomarna som delat med sig av sina framtidsplaner.
- Alla som har visat intresse för vårt arbete med uppsatsen.
- Varandra för ett gott samarbete och en rolig höst.

SAMMANFATTNING

Syftet med vår uppsats är att belysa de kommunikativa strategier som logopederna använder i sitt samspel med ungdomar inom habilitering. Vi har också undersökt hur medvetna logopederna själva är om de strategier de använder, samt hur deras kommunikativa anpassning skiljer sig när de samtalar med talande respektive AKK-användande ungdomar.

Logopederna inom habilitering arbetar i hög grad konsultativt. Detta innebär bland annat att utbilda personer i patientens närhet i ett bra sätt att kommunicera med patienten. För att kunna göra detta är det viktigt att logopederna själva är medvetna om hur han/hon kommunicerar med personer med handikapp.

Fyra logopederna videofilmades i vardera två samtal, ett med en talande patient och ett med en AKK-användande patient. Samtalen transkriberades och analyserades sedan med hjälp av SALT (Systematic Analysis of Language Transcripts) och IR-analys (Initiativ- och Responsanalys). Varje logoped svarade dessutom på frågor gällande de inspelade samtalen.

Patienterna i undersökningen är samtliga i högstadies- eller gymnasieåldern. De kommunikationshandikapp som förekommer är dysartri respektive anartri, förlångsamt tal, pragmatiska svårigheter och allmänna språkliga problem. AKK-patienterna använder samtliga bliss som kommunikationssätt, i vissa fall med inslag av bokstavering.

Resultaten visar att logopederna använder sig av ett antal identifierbara kommunikativa strategier i sitt samspel med patienterna. AKK-användarna krävde oftast en högre grad av kommunikativ anpassning från logopedens sida, och logopederna var mer drivande i dessa samtal jämfört med i de talade samtalen. Vanliga strategier var att ställa mycket frågor, att ge lång svarstid samt att anpassa språklig nivå och samtalsämne. Metakommunikativa strategier, som till exempel att hjälpa patienten att hitta på sin blisskarta förekom också. Vi har studerat strategier för att lösa missförstånd i samtalen och konstaterat att logopederna har en god förmåga dels att undvika missförstånd och dels att reda ut dem. Logopederna är i många fall själva medvetna om, och kan beskriva de kommunikativa strategier de använder.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION.....	1
2. BAKGRUND.....	1
2.1 Habilitering och habiliteringslogopedi.....	1
2.1.1 Habiliteringspatienten.....	2
2.2 AKK - Alternativ och Kompletterande Kommunikation.....	4
2.2.1 Bliss - bakgrund och uppbyggnad.....	5
2.3 Kommunikativa strategier med personer med tal-, språk- och kommunikationsstörningar.....	5
2.4 Samtalsanalys.....	7
2.5 Transkription.....	8
3. SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH HYPOTESER.....	9
4. METOD.....	9
4.1 Försökspersoner.....	9
4.2 Material.....	10
4.2.1 Inspelningssituationen.....	10
4.2.2 Transkription.....	11
4.2.3 Frågeformulär.....	11
4.3 Analyser.....	12
4.3.1 IR-analys.....	12
4.3.2 SALT-analys.....	13
4.4 Reliabilitet av transkription och IR-kodning.....	13
5. RESULTAT.....	14
5.1 Logoped A.....	14
5.2 Logoped B.....	15
5.3 Logoped C.....	16
5.4 Logoped D.....	17
5.5 AKK-samtalen och talsamtalen – en jämförelse av resultat..	18
6. DISKUSSION.....	21
6.1 Metoddiskussion.....	21
6.2 Kommunikativa strategier.....	23
6.3 Brott i kommunikationen.....	25
6.4 Kliniska implikationer och fortsatt forskning.....	26
REFERENSER.....	28
Bilaga 1: Sammanställning av IR-koder.	
Bilaga 2: Förfrågan om att ingå i undersökningen	
Bilaga 3: Tillstånd om att medverka	

1. INTRODUKTION

Syftet med undersökningen är att studera hur habiliteringslogopeder anpassar sin kommunikation till patienter med skilda kommunikativa förutsättningar. De kommunikationshandikapp en logoped inom habiliteringen stöter på hos sina patienter är mycket varierande. Ofta förekommer olika typer av svårigheter hos samma patient. Kommunikationshandikappen skapar speciella betingelser för kommunikationen, och gör denna till en än mer komplex process än kommunikation mellan vuxna talare utan kommunikativa svårigheter.

En habiliteringslogoped arbetar i hög grad med indirekt patientarbete, vilket bland annat innebär att man handleder anhöriga, pedagogisk personal och andra yrkesgrupper runt patienten. En av logopedens viktigaste uppgifter är alltså att förmedla kunskap om hur kommunikationen mellan patienten och hans/hennes omgivning kan optimeras. För att kunna göra detta på ett bra sätt så tror vi att det är nödvändigt att logopeden är medveten om hur han/hon själv anpassar sin kommunikation till patienten. Logopeder besitter sedan länge stor praktisk kunskap och "fingertoppskänsla" inom detta område, och vi anser att detta behöver belysas vetenskapligt. Genom att konkretisera och belysa de kommunikativa strategier logopeder använder för att optimera kommunikationen med habiliteringspatienter hoppas vi kunna hjälpa logopeder att bli ännu mer effektiva och målinriktade i arbetet med patienterna, samt ge logopedens kunskap på området högre status.

2. BAKGRUND

2.1 Habilitering och habiliteringslogopedi

Ordet habilitering kommer från latinets *habilis* vilket betyder duglig. Grundtanken med habiliteringsverksamheten var alltså från början att göra någon duglig. Personer som drabbats av medfödd eller tidigt förvärvad sjukdom eller trauma kan ha kvarstående funktionsnedsättningar. Målsättningen för en habiliteringsverksamhet är att minska funktionshindret eller verka för att det inte blir större, samt bidra med kompenserande åtgärder. Insatserna som ges är oftast av såväl medicinsk och psykologisk som pedagogisk och social karaktär (Sanner, 1999). För att kunna tillgodose de behov som funktionshindrade patienter och deras anhöriga kan ha, så jobbar ett flertal olika yrkeskategorier (till exempel logopeder, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och psykologer) med habilitering. Dessa yrkeskategorier bildar tillsammans det team som utgör grunden för en habiliteringsverksamhet. Barnhabiliteringen var en av de specialiteter som på ett tidigt stadium jobbade utifrån en helhetssyn på det funktionshindrade barnet och dess omgivande miljö. Olika yrkesgrupper samverkar och sätter upp gemensamma medicinska och terapeutiska målsättningar tillsammans med patienten och/eller eventuella anhöriga (Sanner, 1999).

Logopeden är den person i habiliteringsteamet som ansvarar för diagnostik och behandling av tal-, språk- och kommunikationsstörningar samt åt- och sväljsvårigheter. Ett viktigt mål som habiliteringslogoped är därför att hjälpa den enskilda patienten att utveckla en aktiv kommunikation som är anpassad till individens behov, förutsättningar och den miljö som patienten lever i. Många av patienterna inom habilitering behöver ett alternativt och/eller kompletterande kommunikationssätt (AKK). Logopeden är en viktig person när det gäller att prova ut AKK och träna patienten i användandet av AKK-systemet. En viktig och

övergripande princip när det gäller patienter med tal-, språk- och kommunikationsstörningar är att se över patientens "kommunikativa klimat", det vill säga vilka möjligheter individen i sin vardag har att kommunicera och utveckla sin kommunikation. (Bergh & Bergsten, 1999). Åtgärderna är inte enbart riktade mot den aktuella patienten utan även mot människor i dess närhet. Habiliteringslogopeden är alltså i allra högsta grad en konsult, och habiliteringsverksamhet handlar till stor del om kunskapsöverförande till föräldrar, assistenter, lärare och andra viktiga personer i den funktionshindrade patientens vardag. Det är viktigt att insatserna integreras i patientens dagliga liv (Sanner, 1999). Behovet av grundlig föräldrautbildning med avseende på kommunikativa mönster har påvisats av till exempel von Tetzchner och Martinsen (1996). De har studerat hur föräldrar kommunicerar med sina barn som använder grafiska AKK. Studien visade att föräldrarna i många fall använde kommunikativa strategier som utvecklade en passivitet hos barnen, och ett beroende av den talande parten som styrande i samtal. Marková (1991) har gjort en studie på gruppsamtal mellan utvecklingsstörda vuxna och en gruppleddare. Undersökningen visade att ledarna var betydligt mer styrande och kontrollerande i samtalen än de själva var medvetna om. Marková betonar vikten av att jobba med båda parterna i kommunikationsträning, i stället för att endast fokusera på den funktionshindrade parten. Även Holck (2001) har drivit denna linje, då med fokus på pedagoger som jobbar med funktionshindrade barn. Hon anser att man bör medvetandegöra pedagogerna om de mönster som finns i kommunikation, exempelvis med hjälp av videodokumentation och professionell rådgivning. Björck-Åkesson (1993) hävdar till och med att föräldrarna skall vara den primära gruppen för logopedens insatser. På så sätt förbättras barnets kommunikativa närmiljö, vilket i längden gynnar det funktionshindrade barnet.

Alm och Newell (1996) betonar vikten av att icketalande AKK-användare får hjälp att bli skickliga användare av pragmatiska strategier. De anser detta vara viktigt på grund av att AKK-användarnas krävande kommunikationssätt annars utlämnar dem endast till människor som är villiga att anpassa sig till deras speciella kommunikativa mönster. Habiliteringslogopeden har alltså en stor uppgift i att undervisa och träna såväl den funktionshindrade individen som personer i hans/hennes omedelbara omgivning i samtalsteknik, samtalsstrategier och om hur viktiga dessa är.

2.1.1 Habiliteringspatienten

Nära en procent av Sveriges befolkning mellan noll och 19 år uppskattas ha neurologiska handikapp (DAMP/MBD inte inräknat), utvecklingsstörning, synskador eller hörselskador. Dessa barn och ungdomar har ett varierande habiliteringsbehov beroende på handikappets art, grad och barnets ålder. Cirka 40-50% av de aktuella grupperna har flerhandikapp, och dessa individer har oftast störst behov av habiliterande insatser (Dahl, 1994).

Psykisk utvecklingsförsening, utvecklingsstörning eller begåvningshandikapp, är den vanligaste orsaken till handikapp. Cirka 0,8% av barn och ungdomar i Sverige har $IQ < 70$ och kan därför sägas ha ett begåvningshandikapp (Dahl, 1994). Enligt handikapplagen definieras utvecklingsstörning som en intellektuell funktionsnedsättning av sådan grad att individen i många fall behöver stöd och hjälp i sin livsföring. Funktionsnedsättningen ska hänga samman med en brist eller skada som inträffat under individens utvecklingsperiod (Brockstedt, 1993). Tilläggshandikapp är vanligt, särskilt hos individer med svår utvecklingsförsening ($IQ < 50$) (Dahl, 1994). Beroende av graden av utvecklingsstörning kan tal- och språkförmågorna variera. Personer med lindrig utvecklingsstörning kan ha vissa svårigheter med att sätta sig in

i andras situation, vilket kan leda till missförstånd i kommunikationen. Hos personer med grav utvecklingsstörning kan förståelse av talat språk saknas helt (Ek, 1993).

Diagnosen cerebral pares (CP) betecknar motoriska funktionsnedsättningar till följd av hjärnskada som har uppkommit under fostertiden eller under de tre första levnadsåren. (Dahl, 1994) Detta är den vanligaste orsaken till rörelsehinder hos barn och ungdomar (Sanner, 1999). Eftersom tillståndet är orsakat av hjärnskada, är det vanligt att även andra funktioner än de rent motoriska har drabbats. Man räknar exempelvis med att 35% av barn med CP har en utvecklingsförsening (Dahl, 1994). Även kramper, synnedsättningar och perceptionsstörningar är vanliga tilläggshandikapp. Ofta kan dessa adderade funktionsstörningar vara mer invalidiserande för individen än själva rörelsehindret (Sanner, 1999). Så många som 75% av barn med CP lider av talrubbningar (Dahl, 1994) och cirka 25% av dessa anses sakna tal helt och hållet. För dessa personer är det viktigt med ett fungerande alternativt kommunikationssätt (Sanner, 1999).

Utöver de funktionshinder som nämnts ovan ingår även personer med DAMP i den grupp som kan behöva habiliteringsinsatser. DAMP står för Dysfunktion vad gäller Aktivitetskontroll, Motorisk planering och Perception. En grupp i Göteborg har studerat barn med svår DAMP och funnit att drygt hälften av dessa uppvisar autistiska drag, det vill säga ritualiserade beteenden, avvikande språk och svårigheter med socialt samspel. Enligt Kadesjö (1999) definieras "svår DAMP" som det tillstånd där hela spektrat av problem med grov- och finmotorik, perception och koncentration finns med. Tal- och språkproblem är också en del av detta tillstånd (Kadesjö, 1999).

Autism är den största så kallade barndomspsykosen. Autism debuterar under de första levnadsåren och innebär bland annat svåra kontakt-, språk- och beteendestörningar. Hälften av alla barn med autism utvecklar aldrig tal. Hos den resterande hälften kan exempelvis ekotali (ekotal), brist på förståelse av gester och språk, samt en allmänt försenad och avvikande språklig utveckling förekomma. Autism är ofta kombinerat med ett begåvningshandikapp. Förutom individer med diagnosen autism finns också individer som uppvisar autistiska drag. Dessa har i många fall liknande behov av behandling (Gillberg & Steffenburg, 1990).

Språkstörning i kombination med annan funktionsnedsättning är vanligt. Denna är då per definition sekundär till exempelvis rörelsehindret eller utvecklingsförseningen. Ofta är dock språkstörningen omfattande och mer uttalad än utvecklingsförseningen. I de fall där språkstörningen är kombinerad med ett motoriskt talhandikapp kan det senare kamouflera språkhandikapp som då löper risk att underskattas (Heister Trygg, Andersson, Hardenstedt, Sigurd Pilesjö, 1998).

Avvikande kroppsspråk kan förekomma vid flera funktionshinder. Vid rörelsehinder kan exempelvis spasticitet eller låg muskelspänning i hög grad försvåra ögonkontakt. Motoriska handikapp förlångsammare ibland också individens kroppsliga reaktioner. Detta gör att "timingen" i det kommunikativa spelet störs (Heister Trygg m fl, 1998).

2.2 AKK- alternativ och kompletterande kommunikation

En definition av AKK ges av Heister Trygg m fl (1998, s 8):

”AKK är kommunikation mellan människor som ersätter eller kompletterar ett bristande tal/ språk. AKK innefattar:

Brukaren- personen som har funktionsnedsättning för kommunikation.

Redskapen- kommunikationssätt och hjälpmedel för dessa.

Omgivningen- människor, samtalspartners och miljö.”

Kommunikation är mer än bara tal. Vi använder oss också av ögonkontakt, gester och mimik när vi kommunicerar med andra. Hos människor med olika typer av funktionshinder är det vanligt att inte bara talet utan också dessa andra vägar till kommunikation är påverkade vilket ger ett kommunikationshandikapp i vid bemärkelse. För alla dessa människor är alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, en nödvändighet och en rättighet.

De olika AKK-sätten brukar delas in i två huvudgrupper, manuella och grafiska. Till manuella AKK räknas naturliga reaktioner (exempelvis skratt, gråt och liknande), gester och teckenkommunikation. Manuella AKK-sätt bygger på att brukaren och/eller samtalspartnern använder den egna kroppen i kommunikationen. Grafiska AKK kräver olika former av yttre hjälpmedel och hit räknas konkreta föremål, bilder, symbolsystem och bokstäver. Målet när man ger någon form av AKK till en individ bör vara att individen ska kunna klara sin kommunikation på ett så bra sätt som möjligt i så många situationer som möjligt. För att uppnå detta kan det ofta vara nödvändigt att kombinera olika typer av AKK. Allteftersom en individ utvecklar sin kommunikativa förmåga kan det också vara aktuellt att till exempel byta enklare AKK mot mer avancerade (Heister Trygg m fl 1998).

Det finns stora skillnader i samtal mellan personer som använder någon form av AKK och samtal mellan talande personer. Mycket beror naturligtvis på den enskilde brukaren och den speciella typen av AKK, men vissa skillnader gäller allmänt. En normal vuxen talare behöver oftast inte tänka på hur han/hon gör för att tala, det sker automatiskt. För en AKK-användare krävs det däremot ofta medvetna fysiska ansträngningar för att säga något, vilket gör att mindre energi finns kvar till att tänka över och formulera vad man vill få sagt. Eventuell nedsatt motorik och ofrivilliga rörelser kan också leda till fel och missförstånd (von Tetzchner & Martinsen, 1991).

En AKK- användare har svårare för att ge normal återkoppling och följa turtagningsregler än en talande vilket ställer andra krav på samtalspartnern. Det tar också längre tid att samtala via AKK än med tal. En talare yttrar ca 100 ord/min, vilket är mycket mer än någon som använder AKK (Heister Trygg m fl, 1998). Den låga talhastigheten och ansträngningarna som krävs för att säga något gör att det blir svårt för AKK-användaren att visa sin personlighet och sin sociala förmåga. Det begränsade ordförrådet som följer med de flesta typer av AKK begränsar också antalet möjliga samtalsämnen. Dessutom är en AKK-användare mycket beroende av sitt kommunikationshjälpmedel, och trasiga och otillgängliga hjälpmedel kan vara förödande för en jämlik kommunikation. Ovanstående gör att AKK- användaren ofta får en passiv roll i samtalet, genom att mest svara på samtalspartnerns frågor med korta yttranden (Heister Trygg m fl 1998). Von Tetzchner och Martinsen (1996) skriver också om att samtal mellan talande vuxna och barn som använder AKK tenderar att bli mer ojämlika än samtal mellan talande vuxna och talande barn. Det har visat sig att om den ena parten i ett samtal både för sin egen talan och tolkar åt den andre, leder detta till assymetri i dialogen/samspelet.

Linell och Gustavsson (1987) talar om olika typer av dominans, där kvantitativ dominans är en form. Den kvantitativa dominansen innebär just dominans i fråga om talmängd.

2.2.1 Bliss - bakgrund och uppbyggnad

Bliss är ett symbolsystem som vanligen används av icketalande personer med CP- skador och grava rörelsehinder. Det används också av personer med olika grader av utvecklingsstörning. Bliss introducerades i Kanada 1971 av Shirley McNaughton som ett kommunikationssätt för rörelsehindrade barn och 1976 nådde det Sverige (Heister Trygg m fl, 1998).

Bliss utformades av Charles Bliss som levde i slutet av 1800-talet. Syftet var att främja kommunikation och kontakt mellan människor från olika länder. Charles Bliss var kemist och man kan se tydliga drag av det periodiska systemet i hur han byggde upp blisssystemet (Heister Trygg m fl 1998). Blissymbolerna är uppbyggda av 100 grundsymboler, som kan kombineras för att bilda ord med olika betydelser. Systemet innehåller också ”operatorer” som kombineras med symbolerna för att markera ordklass (Millikin, 1997). Blissymbolerna finns ofta placerade på en karta och brukaren använder någon form av peksätt för att visa vilken symbol som avses. På en karta finns symbolerna uppdelade efter ordklass och skiljs åt både till färg och placering på kartan. Placeringen bygger på ordföljden subjekt, verb, objekt (Heister Trygg m fl, 1998). En blissymbol kan ha olika betydelse i olika länder, precis som översättning av ett ord från ett språk till ett annat ibland ger ordet ny betydelse. För många ord i talat språk finns heller ingen vedertagen blissymbol. Det är upp till varje blissanvändare att själv kombinera sina symboler till de ord han/hon vill uttrycka (VonTetzchner & Hygum Jensen, 1996).

2.3 Kommunikativa strategier med personer med tal-, språk- och kommunikationsstörningar

AKK-kommunikation har som tidigare nämnts vissa speciella drag, där de två främsta är tidsaspekten (kommunikationen går avsevärt mycket långsammare) och (vid grafiskt AKK) att AKK-användarens expressiva vokabulär begränsas av antalet tillgängliga symboler (Von Tetzchner & Martinsen, 1996).

Hjelmquist och Dahlgren Sandberg (1996) har studerat kommunikationen mellan blissande tonåringar och deras föräldrar. De fann bland annat att en talare i kommunikation med en icketalande blissanvändare i hög grad tvingas använda sig av metakommunikativa strategier. Detta görs för att avgöra när budskapet från den icketalande parten är rätt tolkat, och för att kontrollera att det talade budskapet har nått fram. De metakommunikativa strategierna i form av klargöranden, förklaringar och bekräftelser av kommunikationen blir nödvändiga inte bara på grund av den ena partens avsaknad av tal, utan också på grund av att motoriska nedsättningar ofta försvårar den ickeverbala kommunikationen (Hjelmquist & Dahlgren Sandberg, 1996).

En strategi där den talande personen kan vara en språklig modell för AKK-användaren är att själv använda AKK-systemet i kommunikation med AKK-användaren. Von Tetzchner och Martinsen (1996) hittade endast begränsat stöd för att detta var en vanlig strategi i föräldrars kommunikation med sina barn. I de fall där föräldrar själva pekade på grafiskt AKK så var symbolerna snarare själva samtalsämnet än ett uttrycksmedel. I samma studie hittade

författarna också tendenser att kringgå AKK-kommunikationen och i stället använda frågestrategier för att få en smidigare och snabbare kommunikation. Ofta användes retoriska slutna frågor, vilket visade sig vara ett medvetet val från föräldrarnas sida. Även lärare har uttryckt att de kommunicerar på detta sätt med AKK-barnen. Överhuvudtaget visade studien att föräldrarna använde strategier som i första hand befrämjade en trygg situation av social samvaro snarare än en konversation där barnet delgav den vuxne talaren information som denne inte tidigare kände till. Föräldrarna i studien talade till barnen som om de hade en god språkförståelse (vilket de också hade). Trots detta föreföll de inte förvänta sig att barnen hade något (eller särskilt mycket) att säga.

Konversationspartnern till en AKK-användare måste använda maximalt av kontextuell kunskap för att kunna tolka AKK-personen. Strategier som är vanligt använda är att gissa ord utifrån initial bokstav och att gissa och formulera meningar utifrån enstaka ord (Alm & Newell, 1996).

Light m fl (1992) gjorde en studie där de studerade nyttan av att utbilda konversationspartners till AKK-användare i konkreta strategier. Målsättningen var att uppnå mer jämlika dialoger. Kortfattat innebar strategierna att man gav AKK-användaren betydligt mer tid än vad som är brukligt, både till att initiera egna samtalsämnen och att svara på frågor. Dessutom var frågorna som ställdes av den talande parten så öppna som möjligt, och talaren var maximalt lyhörd för AKK-användarens kommunikativa initiativ och gav respons på dessa. Studien slog mycket väl ut, och resulterade i att AKK-användarens turer var språkligt mer komplexa, att denna tog fler initiativ och att antalet enkla ja-/nejresponser minskade drastiskt.

Influerad av Light har Björck-Åkesson (1993) presenterat en lista på strategier som interaktionspartnern till en ung AKK-användare kan använda sig av för att stimulera kommunikativ interaktion. Bland annat betonas vikten av att strukturera den fysiska miljön så att barnet både har god tillgång till sitt kommunikationshjälpmedel och samtidigt kan se kommunikationspartnern. Vidare pekar Björck-Åkesson på att samtalspartnern skall svara på alla barnets initiativ till social kontakt, visa att han/hon förväntar sig kommunikation från barnet och att (vid behov) markera barnets tur i samtalet med hjälp av verbala och/eller ickeverbala ledtrådar. Dessa ledtrådar bör vara så minimala som möjligt och kan rent konkret bestå i att se förväntansfull ut, beröra barnet eller göra en frågande gest. Om barnet behöver en konkretare ledtråd föreslås att man visar hur barnet kan svara, exempelvis med hjälp av kommunikationshjälpmedlet. Naturligtvis är det viktigt att anpassa språkets form och innehåll till barnets nivå och att man försäkras om att barnet förstår samtalsämnet. En språklig anpassning är viktig både för att barnet skall hänga med och för att han/hon skall få en kommunikativ modell. Gällande anpassning till det långsammare tempot i AKK-samtal så föreslås den konkreta strategin att man som samtalspartner tar en paus och räknar till tio innan man tar en tur där barnets reaktion uteblivit. Vidare rekommenderas att man ignorerar avbrott i omgivningen om inte barnet direkt påverkas.

Holck (2001) har studerat hur förskolepedagoger kommunicerar med tre CP-skadade pojkar med språkstörning och jämfört detta med hur samma pedagoger kommunicerade med barn med normal utveckling. Hon fann att pedagogerna i undersökningen tenderade att minska talmängden och sänka taltempot och på så sätt anpassa sig till de funktionshindrade barnens kognitiva och språkliga färdigheter. I en undersökning av Ingelstedt och Lundberg (1995) sade sig logopederna anpassa sin kommunikation till barn med språkförståelseproblem på just samma sätt. Dessutom upplevde de själva att de upprepade och förtydligade, att de samtalade om kontextbundet material, samt att de var extra tydliga med ickeverbala kommunikation

såsom gester och ögonkontakt. Angående de ickeverbala uttrycken så fann dock Ingelstedt och Lundberg att logopedernas uppfattningar om sig själva inte stämde. Snarare använde logopeden avsevärt mycket mindre gester, känslouttryck och liknande i kommunikation med barnen med språkförståelseproblem. Nettelbladt (1989) har funnit att logopeder i samtal med språkstörda personer sammanfattar och/eller upprepar patienternas repliker när de tror att de har förstått, samt att de ofta ställer motfrågor eller ber om klargöranden för att försäkra sig om att de förstått patienten rätt.

2.4 Samtalsanalys

Att studera språket i tal och skrift är ingen ny företeelse. Retorik var en stor konst redan under antiken och under senare delen av 1800-talet växte dialektologin fram. Skriftspråket har dock alltid setts som språklig standard och är det som varit i fokus. En stor del av språkvetenskapen har handlat om språket som ett regelsystem och man har intresserat sig för regler på språkliga nivåer som fonologi, syntax och morfologi (Norrby 1996).

I och med att sociolingvistik växte fram på 1960-talet började man dock att istället studera hur olika grupper i verkligheten kommunicerade med varandra och hur denna kommunikation skilde sig från standardspråket och idealnormen. Numera är samtalsforskning och samtalsanalys ett växande område med flera olika forskningsinriktningar, till exempel sociologisk, lingvistisk och psykologisk (Norrby, 1996).

Inom sociologisk inriktning finns en gren som kallas CA (Conversation Analysis). I denna modell utgår forskarna ifrån sitt inspelade material, utan att ta hänsyn till yttre faktorer, som till exempel sociala eller kulturella, vid analyserandet av ett samtal. Transkriptionsarbetet är mycket tidskrävande och man tar hänsyn inte bara till vad som sägs utan också hur det sägs (Norrby, 1996). Grundantaganden är att all interaktion är strukturerad, att alla bidrag i ett samtal både är kontextberoende och kontextförnyande och att alla detaljer i interaktionen är av värde. CA har haft stort inflytande inom samtalsanalysens område (Nettelbladt, 2001).

Ett exempel på en modell med lingvistisk inriktning är Exchange Structure Model av Sinclair och Coulthard. Författarna menar att många samtal följer en förutsägbar struktur. Utifrån denna struktur byggs en modell upp. Sedan studerar man sitt material utifrån denna redan givna modell för att testa modellens giltighet (Norrby, 1996).

I Sverige bedrivs forskning med anknytning till kommunikation exempelvis av Linell och medarbetare vid Tema Kommunikation, Linköpings universitet. Deras forskning benämns dialogism och kan betraktas som en syntes av ovan beskrivna perspektiv (Norrby, 1996).

Dialogismen ser samtal som en gemensam aktivitet där all interaktion är både kontextberoende och kontextskapande. Centrala begrepp inom dialogismen är:

Sekventialitet, mening och betydelse uppstår i en process i tiden.

Samkonstruktion, talarna i en dialog lånar eller återanvänder betydelser av varandra.

Ömsesidighet, det finns ett beroendeförhållande i ett samtal mellan det som sägs och själva samtalssituationen (Nettelbladt, 2001).

En metod inom dialogismen är Initiativ Respons-analysen (IR-analys), utarbetad av Linell och Gustavsson. IR-analysen är tänkt att användas på dialogiskt material. Den bygger på grundantagandet att replikerna i en dialog är drag i ett kommunikativt spel och att detta spel är en social aktivitet där de deltagande parterna påverkar varandra (Linell & Gustavsson, 1987).

IR-analysen utgår ifrån att replikerna i en dialog har drag av initiativ och respons i olika hög grad. IR-analysen kan användas på alla slags dialoger, men utvecklades ursprungligen med tanke på dialoger mellan vuxna. Enligt Linell och Gustavsson (1987) karakteriseras en "idealdialog" av att båda parterna är lika mycket styrande respektive styrda. Med hjälp av IR-analysen kan man bestämma hur den dialog man studerar avviker från detta.

I analyserandet av en dialog utgår man i IR-analysen ifrån samtalets mikronivå (Norrby, 1996). Centralt är enheten "en tur". En tur är den sammanhängande period då en person har ordet, vilket innebär att en tur kan innehålla flera yttranden (Fredin, 1993). För att en tur ska räknas som ett initiativ ska den peka framåt mot nästa tur genom att till exempel vara en fråga eller genom att tillföra nytt innehåll till dialogen. En respons knyter istället an bakåt till tidigare turer. Många yttranden i en dialog har drag av både initiativ och respons. Exempelvis kan man svara utförligt på en fråga. Detta ger då en naturlig koppling bakåt till den föregående frågan och tillför samtidigt något nytt. Om en av talarna i en dialog har avsevärt mycket högre andel initiativ än den andra talaren är dialogen asymmetrisk ur interaktionell synvinkel. De allra flesta dialoger är mer eller mindre asymmetriska på grund av till exempel auktoritet, kompetens eller personlighet (Linell & Gustavsson, 1987).

Turerna tilldelas poängvärden på en skala mellan noll och sex beroende på sin initiativ- och/eller responskaraktär. Resultaten är därför kvantifierbara. Beroende på vilka drag i dialogen man vill studera närmare, kan man få konkreta värden som är jämförbara mellan olika samtal (Linell & Gustavsson, 1987). Som bilaga 1 medföljer en tabell utformad av Holck (2001) med utgångspunkt från Bankeström och Hulterstam (1996) som visar de 21 IR-koderna med kortfattad förklaring och tillhörande poäng.

2.5 Transkription

Vid transkription är målet att så exakt som möjligt återge ett samtal. Beroende på vilket som är det teoretiska målet med transkriptionen väljer man ut särskilda drag i samtalet som man antingen fokuserar på eller väljer att inte illustrera. En fonetiker kan till exempel vilja markera prosodiska drag som inte beaktas av en forskare som primärt intresserar sig för dialogens syntaktiska variationer (Nettelbladt, 1994). Förutom de medvetna val man gör inför en transkription påverkas resultatet också av vem som transkriberar. De tidigare erfarenheter man har av transkription, såväl som vad man har för förväntningar på de medverkande i samtalet styr "transkriptionslyssnandet". En transkription kan alltså aldrig betraktas som en hundra procentig återgivning av det aktuella samtalet. Av denna anledning är det viktigt att man i ett vetenskapligt arbete som innefattar transkription prövar reliabiliteten på sitt transkriptionsarbete. Detta kan ske genom att två (eller fler) personer transkriberar samma textmaterial för att nå konsensus, att samma person vid flera tillfällen transkriberar om samma textpassage, eller genom auditiv utvärdering av en grupp professionella lyssnare (Nettelbladt, 1994).

Det finns ett antal datorprogram som är skapade för att underlätta utvärderingen av transkriptioner. Ett av dessa är SALT (Systematic Analysis of Language Transcripts), som är skapat av Miller och Chapman (1982-1993) för klinisk analys av barnspråk. En transkription enligt SALT-formeln är lätt att läsa, och tack vare en uppsättning grafiska symboler kan till exempel oförståeligt tal, samtidigt tal och tvekljud markeras (Nettelbladt, 1994).

Samtal där kommunikationssättet inte är (enbart) tal går inte utan vidare att transkribera enligt gängse modeller. Då den ena parten i en dialog använder exempelvis bliss eller tecken får den talande parten förutom sina egna talturer även tolkningsturer där han/hon tolkar AKK-användarens replik. Hur en sådan dialog skall transkriberas är inte självklart. Enligt Von Tetzchner och Hygum Jensen (1996) så finns det inget internationellt accepterat transkriptionssystem för AKK. Dessa författare har därför presenterat en transkriptionsmodell som täcker in de vanligaste AKK-systemen. Deras förslag innebär bland annat att vanligt tal skrivs *kursivt*, manuella tecken skrivs med *VERSALER*, och grafiska symboler eller bilder skrivs med *KURSIVA VERSALER*. Enligt detta transkriptionssystem skrivs tolkning av exempelvis kroppsspråk inom 'apostrofer' och samtidigt tal och AKK-användande sätts {inom klamrar}. På detta sätt skall det bli lättare att på ett överskådligt sätt transkribera företeelser som är typiska för AKK-samtal.

Börjesson och Ferreira (1998) har transkriberat en ansenlig mängd blisskommunikation, och då använt sig av ett särskilt transkriptionsformulär som är uppbyggt som ett rutsystem där det finns en ruta för varje blissad tur, en ruta för varje talad tur (där även tolkningsturer skrivs), samt rutor för kommentarer och klassifikation av turerna. Transkriptionssystemet förefaller vara utformat specifikt för blisskommunikation och är relativt överskådligt och lätt att följa.

3. SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH HYPOTESER

Syftet med föreliggande uppsats är att göra en kvalitativ studie av ett antal samtal mellan logoped och patient inom ungdomshabilitering. Frågeställningarna som ligger till grund för undersökningen är:

- Vilka kommunikativa strategier använder logopeden för att optimera kommunikationen med patienter inom habiliteringen?
- Skiljer sig den kommunikativa anpassningen beroende på om patienten är talande eller i huvudsak använder AKK?
- I hur hög grad är logopeden själv medveten om på vilket sätt och i vilken omfattning han/hon anpassar sin kommunikation till patienten?

Vår hypotes är att logopeden har ett antal identifierbara kommunikativa strategier som han/hon använder i samspel med patienten. Vi antar vidare att det finns skillnader i anpassning beroende på patientens kommunikationssätt och att logopeden inte fullt ut är medveten om dessa anpassningar.

4. METOD

4.1 Försökspersoner

De försökspersoner som är i fokus i denna undersökning är fyra logopeder. Samtliga är legitimerade logopeder och arbetar i en verksamhet som är inriktad på barn- och/eller ungdomshabilitering. En förfrågan om att ingå i undersökningen skickades ut till alla habiliteringslogopeder i Skåne och ett flertal habiliteringslogopeder i Småland, Halland, Västergötland och Bohuslän. Några av dem som ställde upp kontaktades först per telefon, men fick efter visat intresse samma skriftliga information som de andra fått (se bilaga 2). Totalt fyra logopeder ansåg sig ha möjlighet att ställa upp i vår undersökning.

Logopederna valde själva ut patienter att samtala med i undersökningssituationen. De krav vi ställde på patienterna var att de skulle vara över 12 år, att den ena i huvudsak skulle kommunicera via tal och den andra i huvudsak med hjälp av någon form av AKK. Vi önskade vidare att de två patienterna i möjligaste mån skulle hållas jämförbara i förhållande till kön och ålder. När logopederna hade valt ut och tillfrågat lämpliga patienter, fick patienten själv eller målsman lämna sitt skriftliga tillstånd till att ställa upp i undersökningen (se bilaga 3). Alla åtta patienter som ingick i undersökningen kan kategoriseras som "ungdomar" då de alla gick på högstadiet eller gymnasiet. Alla AKK-användare använde bliss som huvudsaklig kommunikationsväg, i flera fall med inslag av bokstavering.

De patienter som medverkade hade olika typer av funktionsnedsättningar, ett flertal av dem hade CP-skador vilka hade resulterat i alltifrån lätt dysartri till anartri. Flera av patienterna hade kognitiva och/eller pragmatiska funktionsnedsättningar.

Patienterna presenteras nedan i tabell 1. Uppgifterna om dem kommer från logopedernas svar på frågeformulärens fråga ett (se 4.2.3).

Tabell 1. Logopedernas beskrivning av patienterna

Logoped	Talande samtalspartner	AKK-användande samtalspartner.
<i>Logoped A</i>	<i>Annikas</i> tal hakar upp sig och hon ger bristande ögonkontakt. Hon går på gymnasiet.	<i>Anders</i> använder bliss som AKK. Han har svårt att peka med precision på sin karta och är mycket beroende av sin AKK-utrustning. Anders engagerar sig inte gärna i ett samtalsämne han inte själv initierat och har svårigheter att utvidga samtal. Han går på gymnasiet.
<i>Logoped B</i>	<i>Bodil</i> har svårt att hålla den röda tråden i samtal. Hon går på gymnasiet.	<i>Björn</i> använder bliss som AKK. Han använder vissa blissymboler på ett felaktigt sätt och har svårigheter med meningsbyggnad. Han går på gymnasiet.
<i>Logoped C</i>	<i>Calle</i> har pragmatiska svårigheter med semantiska inslag samt en lätt dysartri. Han går på högstadiet.	<i>Carin</i> använder bliss som AKK. Hon väljer ofta att tala, trots att hon är mycket svårförståelig. Carin talar och blissar mest i ettordssatser och är kommunikativt passiv. Hon går på högstadiet.
<i>Logoped D</i>	<i>Daniel</i> har ett kraftigt förlångsamt tal och nedsatt minneskapacitet. Dessutom har han pragmatiska svårigheter. Han går på högstadiet.	<i>Dag</i> använder bliss och bokstavspekning som AKK. Sedan han hamnade i målbrottet har hans tal blivit svårförståeligt och han är mer än tidigare hänvisad till sitt AKK-sätt. Detta gör honom långsammare i kommunikationen. Han går på högstadiet.

4.2 Material

4.2.1 Inspelningssituationen

Samtalen spelades in i lokaler som var väl bekanta för såväl patienter som logopeder och där det var naturligt för ett sådant möte att äga rum. Samtalen spelades in på både ljud- och videoband. Vid AKK-samtalen användes två videokameror, en som filmade logopeden och patienten, och en som filmade kommunikationskartan. En av försöksledarna närvarade i rummet vid inspelningarna för att övervaka den tekniska utrustningen.

Vid samtalets början presenterade försöksledaren två samtalsämnen. Patienten och logopeden instruerades att i första hand samtala om framtidsdrömmar och framtidsplaner, och att om detta ämne efter en stund skulle kännas uttömt fortsätta med att samtala om TV-program. Samtalsämnet framtidsdrömmar och framtidsplaner valdes med tanke på att det är aktuellt för alla, och särskilt ungdomar i högstadie- och gymnasieåldern. Det är dessutom ett brett samtalsämne där det går att ha många infallsvinklar. Samtalsämnet TV-program valdes därför att det är något som de allra flesta har erfarenhet av, oberoende av eventuella kognitiva eller motoriska funktionsnedsättningar.

Logopeden och patienten fick i uppgift att samtala i 15-20 minuter. Försöksledaren höll tiden och bröt samtalet efter tjugo minuter om det inte redan avbrutits av försökspersonerna.

4.2.2 Transkription

Av det inspelade materialet har ett inledande avsnitt från varje dialog transkriberats ortografiskt. Transkriptionerna har brutits där den talare som har lägst antal turer har uppnått 50 turer. Detta är det lägsta antal turer en dialog får innehålla för att IR-analysen ska bli reliabel (Linell & Gustavsson, 1987). De transkriberade delarna av dialogerna har varit mellan 6:00 och 18:57 minuter långa. Transkriptionerna har i möjligaste mån följt normerna i SALT (Miller & Chapman, 1982-93; Hansson, 1999). Dock har anpassningar fått göras på grund av att delar av vårt material innefattar dialoger där den ena av talarna använder sig av ett grafiskt AKK, och där logopeden förutom sina egna turer även har tolkningsturer för AKK-användaren. De turer som i våra transkriptioner är AKK-turer har konsekvent skrivits med kursiva versaler. AKK-användaren har fått turen "BLISSAR" och logopedens tolkning har även den skrivits med kursiva versaler enligt exemplet nedan där L står för logopeden och P står för den AKK-användande patienten:

L Vad vill du göra i framtiden?
P BLISSAR.
L JAG VILL BLI FILM TEATER.

Detta sätt att transkribera samtal med AKK-inslag liknar det som föreslagits av Von Tetzchner och Hygum Jensen (1996). I litteraturen har vi även funnit ett transkriptionssätt anpassat för AKK som har beskrivits av Börjesson och Ferreira (1998). Detta valdes dock bort då det inte gick att kombinera med SALT.

För att undvika att logopeder eller patienter som ingått i undersökningen skall gå att identifiera har vi vidtagit följande åtgärder. Alla namn är fingerade. Vid transkribering av samtalen ändrades orsnamn, och specifika habiliteringsverksamheter maskerades. I redovisningen av logopedernas svar på frågeformulären har ändringar eller förkortningar gjorts i de fall där vi har ansett att logopedens eller patientens identitet skulle kunna röjas.

4.2.3 Frågeformulär

Frågeformulärens syfte är att fånga in logopedens medvetenhet om olika aspekter på samtalen. Vid utformandet av frågeformuläret utgick vi från Ingelstedt och Lundberg (1995). Det första formuläret delades ut i två exemplar, ett för varje patient. Frågorna följer nedan.

1. Vad anser du vara patientens största kommunikativa problem i nuläget.

2. Upplevde du att du i samtalet anpassade din kommunikation till patienten, och i så fall hur?
3. Kan du ge exempel på när samtalet i dag fungerade bra respektive mindre bra?
4. Förekom det några missförstånd? Vem tog i sådana fall initiativ till att reparera dessa och på vilket sätt?
5. Använde du någon form av ickeverbal kommunikation, och i så fall av vilken typ?
6. Vem var mest drivande i samtalet? Förklara gärna.
7. Vem introducerade flest nya samtalsämnen? Förklara gärna.
8. Vem pratade mest?
9. Övriga kommentarer.

Ytterligare ett formulär delades ut, där logopeden jämförde de två patientsamtalen. Frågorna följer nedan.

10. Tycker du att du anpassade din kommunikation mer till någon av patienterna?
11. Upplevde du att du var mer kommunikativt drivande med någon av patienterna?
12. Vilket av de två samtalen tycker du var mest jämlikt? Förklara gärna.
13. Övriga kommentarer.

4.3 Analyser

4.3.1 IR-analys

Vid utförande av IR-analys ges varje tur en kod. Det finns en uppsättning på 21 koder, vilka i sin tur har ett poängvärde beroende på sina initiativ- och responsegenskaper (se bilaga 1). Det högsta poängvärdet är sex, och ges till turer med maximal grad av initiativ. Det lägsta poängvärdet är noll vilket exempelvis ges till ohörbara yttranden och uppbackning. Poängvärdena kan användas för att förtydliga olika generella drag i interaktionen (Linell & Gustavsson, 1987). Nedan följer en presentation av de analysenheter vi använt oss av.

- *IR-index* (Dominans) är ett mått på hur starkt drivande talarna är i dialogen. Det erhålls genom att räkna ut medianmedelvärdevärdet av poängen på talarnas turer. Ett IR-index på tre visar att talarna styrs och driver dialogen i lika hög grad.
- *IR-differens* är skillnaden mellan talarnas IR-index. En låg IR-differens är ett mått på en jämlik dialog.
- *R-koefficienten* (Reparation) visar på i hur hög grad talarna ber om förtydligande eller bekräftelse.
- *B-koefficienten* (Balans) anger hur stor del av replikerna som knyter an bakåt respektive framåt utan att direkt begära respons från motparten. Ett högt värde för båda parter visar på en balanserad och jämlik dialog.
- *S-koefficienten* (Starka initiativ) anger andelen repliker som är starka initiativ, vilket visar på interaktionell dominans.

Koefficientvärdena beräknas i procent. Man lyfter fram en eller flera repliktyper i förhållande till det totala antalet repliker (Davidsson & Elgström, 1999).

Förutom analysenheterna ovan, så har vi använt oss av en analysenhet som vi kallar för *IF-koefficient*. Den är en anpassning av den befintliga *O-koefficienten*. *O-koefficienten* är ett mått på "oblikhet", det vill säga störning i dialogen, till exempel när talarna av olika

anledningar ignorerar varandra. I vår IF-koefficient analyseras endast ickefokala inslag (vilket är en form av oblikhet), det vill säga repliker som går utanför det normala samtalsämnet. På detta sätt kan vi spåra exempelvis metakommunikativa drag.

Eftersom de medverkande i vår undersökning har samtalat kring givna samtalsämnen, har vi valt att inte använda oss av F-koefficienten. Denna fångar endast upp abrupta ämnesbyten och lämpar sig för samtal som saknar övergripande mål och där nya ämnen tas upp oplanerat (Linell & Gustavsson, 1987).

4.3.2 SALT-analys

Vi använde oss av datorprogrammet SALT vid analys av transkriptionerna. Vi valde att lyfta fram följande parametrar:

- Total tid
- Antal pauser mellan yttranden.
- Andel ettordsyttranden.
- Genomsnittligt antal ord per tur.

För att få tillförlitliga och korrekta resultat i SALT gjorde vi en del ändringar i våra transkriptioner innan vi utförde analysen. Vi tog bort turerna "P BLISSAR" i AKK-samtalen och gav patienten logopedernas tolkningsturer. Denna modifiering gjordes för att patienterna inte skulle få ett alltför högt antal ettordssatser eller logopederna för många turer.

4.4 Reliabilitet av transkription och IR-kodning

För att pröva reliabiliteten av våra transkriptioner transkriberade vi (författarna) 25% av varandras material. Den ena av oss transkriberade ett AKK-samtal och den andra ett talsamtal. Reliabiliteten har räknats på antalet överensstämmande ord mellan de två transkriptionerna. Uteblivna, tillagda och ouppfattade ord har räknats som icke-överensstämmande. Tvekljud och icke-verbala yttranden har inte räknats med. Resultatet av reliabiliteten på transkriptionen ses i tabell 2.

Tabell 2. Reliabilitet transkription

	Antal ord	Icke-överensstämmande ord	Reliabilitet
Talsamtal	758	51	94%
AKK-samtal	477	43	91%

Reliabiliteten gällande IR-koderna utfördes genom att handledaren kontrollerade 650 turer ur olika transkriptioner (tabell 3), vilket motsvarar 74% av det totala antalet turer. Dessutom IR-kodade vi (författarna) samma 25% av varandras material som vid transkriptionsreliabiliteten. Resultatet av författarnas inbördes reliabilitet på IR-kodningen finns i tabell 4. Beräkningarna gjordes på de turer som var gemensamma i de båda transkriptionerna. Vid de tillfällen då turindelningen av någon anledning skilde sig åt mellan de två transkriptionerna uteslöts alltså dessa ur beräkningen. Linell och Gustavsson (1987) menar att tränade kodare bör uppnå en överensstämmelse på 75%, och att detta är en tillräcklig reliabilitet.

Tabell 3. Reliabilitet IR-kodning (handledarens)

Antal turer	Icke-överensstämmande	Reliabilitet
650	59	91%

Tabell 4. Reliabilitet IR-kodning

	Antal turer	Icke-överensstämmande	Reliabilitet
Talsamtal	82	14	83%
AKK-samtal	84	19	77%

5. RESULTAT

Nedan följer en presentation av resultat av IR-analys, SALT-analys och logopedernas svar på frågeformulären (frågorna finns att läsa under stycke 4.8). Resultaten redovisas logoped för logoped. På slutet finns också ett avsnitt där AKK-samtalen ställs mot talsamtalen.

5.1 Logoped A

Tabell 5. Resultat av IR-analys

IR	Logoped A i samtal med Annika (talare).	Annika (talare)	Dialogen med Annika	Logoped A i samtal med Anders (AKK)	Anders (AKK)	Dialogen med Anders
Totalt antal turer	51	50		59	50	
IR-index	3,3	2,6		3,9	2,1	
IR-differens			0,7			1,8
IF-koefficient	0	0		15	0	
R-koefficient	2	0		12	0	
B-koefficient	37	44		9	16	
S-koefficient	39	0		73	0	

Tabell 5 visar att dialogen mellan logoped A och Annika är relativt jämlig med avseende på IR-differens och B-koefficient. Annika är den patient i undersökningen som har högst B-koefficient. Det värde som visar störst dominansskillnad mellan dessa talare är S-koefficienten, Annika har inga starka initiativ alls. Detta innebär att hon exempelvis inte ställer några frågor. R-koefficienten för detta samtal visar att det endast finns något enstaka inslag av reparation.

Tabell 5 visar vidare att logoped A har en hög andel starka initiativ och en låg B-koefficient i samtalet med Anders.

Tabell 6. Resultat av SALT-analys

SALT	Logoped A i samtal med Annika (tal).	Annika (tal)	Samtalet som helhet	Logoped A i samtal med Anders (AKK)	Anders (AKK)	Samtalet som helhet
Samtalets längd			07:36 minuter			13:26 minuter
Antal pauser mellan yttranden			15			45
Antal ord/tur	7,7	7,1		20,8	1,2	
Ettordsyttranden (% av antal yttranden)	49	65		25	17	

Tabell 6 visar att talarna i dialogen mellan logoped A och Annika är relativt jämlika vad gäller antal ord per tur.

Tabell 6 visar vidare att logoped A har betydligt fler ord per tur än Anders.

Nedan följer en sammanfattningar av svaren logoped A gav i frågeformulären gällande samtalen med Annika (tal) respektive Anders (AKK):

Logoped A uppfattade samtalet med Annika som relativt jämlikt. De kommunikativa anpassningar hon gjorde var att ta hänsyn till Annikas mognadsnivå, samt att inte låta sig störas av hennes upphakningar. Logoped A upplevde att hon använde ickeverbal kommunikation i form av mimik, hummanden och kroppsspråk.

Logoped A upplevde samtalet med Anders som icke välfungerande. Hon upplevde sig själv som mest drivande. Hennes kommunikativa strategier var till exempel att ge lång svarstid, att använda sin kunskap om honom för att underlätta förståelsen av hans kommunikation samt att ställa mycket frågor. Efter samtalet mindes logoped A inga större missförstånd. Hon upplevde att ickeverbal kommunikation förekom i form av mimik och svarshummanden. Logoped A tyckte att samtalet kändes något krystat på grund av videoinspelningen, men att det ändå var verklighetstroget.

5.2 Logoped B

Tabell 7. Resultat av IR-analys

IR	Logoped B i samtal med Bodil (talare).	Bodil (talare)	Dialogen med Bodil	Logoped B i samtal med Björn (AKK)	Björn (AKK)	Dialogen med Björn
Totalt antal turer	50	54		50	56	
IR-index	3,3	2,7		3,7	2,1	
IR-differens			0,6			1,6
IF-koefficient	2	0		0	0	
R-koefficient	0	0		8	0	
B-koefficient	34	37		24	1	
S-koefficient	42	11		62	0	

Tabell 7 visar att samtalet med Bodil är relativt jämlikt med avseende på IR-differens och B-koefficient. Bodil är den patient som har näst högst B-koefficient. Det förekommer inget inslag av reparation.

Tabell 8. Resultat av SALT-analys

SALT	Logoped B i samtal med Bodil (tal).	Bodil (tal)	Samtalet som helhet	Logoped B i samtal med Björn (AKK).	Björn (AKK)	Samtalet som helhet
Samtalets längd			7:14min			6:00 minuter
Antal pauser mellan yttranden			5			3
Antal ord/tur	10,6	5,2		8,5	2,2	
Ettordsyttranden (% av antal yttranden)	25	45		19	72	

Tabell 8 visar att det förekommer ett lågt antal pauser mellan yttranden i samtalet mellan logoped B och Bodil.

Tabell 8 visar vidare att samtalstiden i dialogen med Björn är kort med tanke på att det är ett AKK-samtal. I dialogen förekommer ett lågt antal pauser mellan yttranden.

Nedan följer en sammanfattning av svaren logoped B gav i frågeformulären gällande samtalen med Bodil (tal) respektive Björn (AKK):

Logoped B upplevde att Bodil var den som talade mest, men att hon själv fick driva samtalet i rätt riktning och hålla tråden. En kommunikativ strategi var att använda sig av sin kunskap om Bodil i samtalet. Logoped B är osäker på i hur hög grad hon använde ickeverbal kommunikation.

Logoped B anser att Björn kräver ganska mycket kommunikativ anpassning. Kommunikativa strategier är till exempel att förenkla sitt språk, vara övertydlig och kontrollera den ömsesidiga förståelsen. Hon tror att Björn hade tagit fler kommunikativa initiativ om hon givit honom mer tid, men valde att inte göra detta för att skapa en "naturligare" samtalsituation. Hon upplever dock att hon anpassar sitt tempo till viss del. Logoped B nämner i formuläret två missförstånd som beror på felanvändning av bliss-symboler från Björns sida.

5.3 Logoped C

Tabell 9. Resultat av IR-analys

IR	Logoped C i samtal med Calle (tal)	Calle (tal)	Dialogen med Calle	Logoped C i samtal med Carin (AKK).	Carin (AKK)	Dialogen med Carin
Totalt antal turer	50	50		66	50	
IR-index	3,7	2,6		4,2	2,1	
IR-differens			1,1			2,1
IF-koefficient	2	0		32	2	
R-koefficient	4	0		5	0	
B-koefficient	26	32		5	18	
S-koefficient	58	10		83	0	

Notera i tabell 9 att logoped C och Calle har samma antal turer.

Tabell 9 visar vidare att logopeden har betydligt fler turer än Carin. I detta samtal är IR-differensen samt logopedens IF-koefficient och S-koefficient höga och B-koefficienten är låg, vilket visar på ett ojämnt och icke välfungerande samtal.

Tabell 10. Resultat av SALT-analys

SALT	Logoped C i samtal med Calle (tal).	Calle (tal)	Samtalet som helhet	Logoped C i samtal med Carin (AKK).	Carin (AKK)	Samtalet som helhet
Samtalets längd			6:58 min			18:57min
Antal pauser mellan yttranden			23			65
Antal ord/tur	8,2	5,9		14,1	1,0	
Ettordsyttranden (% av antal yttranden)	32	33		21	90	

Tabell 10 visar vidare att samtalstiden är lång i dialogen mellan logoped C och Carin, och att antalet pauser mellan yttranden är högt. Carin har en anmärkningsvärt hög andel ettordsyttranden

Nedan följer sammanfattningar av svaren logoped C gav i frågeformulären gällande samtalen med Calle (tal) respektive Carin (AKK):

Logoped C tyckte att samtalet med Calle fick något av "intervjukuraktär", logopeden var den mest drivande och ansvarig för föra samtalet vidare. Anpassningen i övrigt bestod främst i att hålla den röda tråden. Logoped C upplevde att Calle var den som talade mest. Gällande kroppsspråket så anser logoped C att hon använder sig av ansiktsmimik, huvudnickning, handgester och genomtänkt kroppsställning.

Logoped C tycker att hon tvingades bära hela ansvaret för samtalet med Carin. Hon anpassade sin kommunikation till Carin på många sätt, till exempel genom att sakta ner tempot, kontrollera att hon förstått och genom att be Carin utveckla sina svar. Den vanligaste källan till missförstånd var när Carin försökte använda sitt svårförståeliga tal i stället för att blissa och logoped C inte förstod. Logoped C upplever att hon i samtalet använde kroppsspråk i form av anpassad kroppshållning, ansiktsmimik och huvudgester.

5.4 Logoped D

Tabell 11. Resultat av IR-analys

IR	Logoped D i samtal med Daniel (tal)	Daniel (tal)	Dialogen med Daniel	Logoped D i samtal med Dag (AKK).	Dag (AKK)	Dialogen med Dag
Totalt antal turer	56	50		50	63	
IR-index	3,5	2,4		3,6	2,4	
IR-differens			1,1			1,2
IF-koefficient	7	2		4	2	
R-koefficient	13	0		14	0	
B-koefficient	29	28		28	32	
S-koefficient	50	18		56	5	

Tabell 11 visar att Daniel har en hög andel starka initiativ. Han är den patient i undersökningen som har högst S-koefficient.

Tabell 11 visar vidare att dialogen mellan Dag och logoped D har en relativt låg IR-differens. Det är det AKK-samtal i vår undersökning med lägst IR-differens.

Tabell 12. Resultat av SALT-analys

SALT	Logoped D i samtal med Daniel (tal).	Daniel (tal)	Samtalet som helhet	Logoped D i samtal med Dag (tal).	Dag (tal)	Samtalet som helhet
Samtalets längd			15:00min			13:03 min
Antal pauser mellan yttranden			30			17
Antal ord/tur	9,0	3,2		5,5	3,0	
Ettordsyttranden (% av antal yttranden)	10	43		36	55	

Tabell 12 visar att samtalstiden mellan logoped D och Daniel är lång för att vara ett talat samtal. Man ser också att logopedens andel ettordsyttranden är lågt.

Tabell 12 visar vidare att Dag har ett högt antal ord per tur. Han har högst antal ord/tur av AKK-användarna och logoped D har det lägsta antalet ord/tur av logopederna.

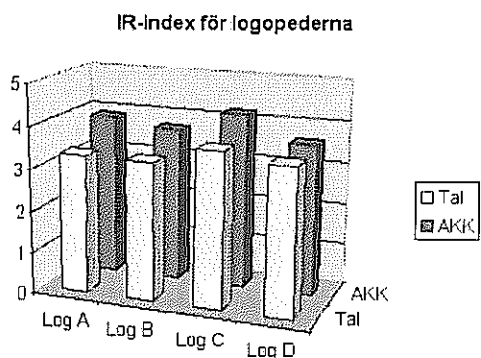
Nedan följer sammanfattningar av svaren logoped D gav i frågeformulären gällande samtalen med Daniel (tal) respektive Dag (AKK):

Logoped D upplevde samtalet med Daniel som något komplicerat på grund av Daniels låga talhastighet och minnessvårigheter. Hon anpassade sin kommunikation till detta genom att upprepa hans repliker och ställa frågor. På grund av det låga tempot tappade båda parter "tråden" vid några tillfällen. Logoped D upplevde att samtalet var annorlunda mot de samtal hon brukar ha med Daniel, eftersom han normalt sett ställer fler frågor.

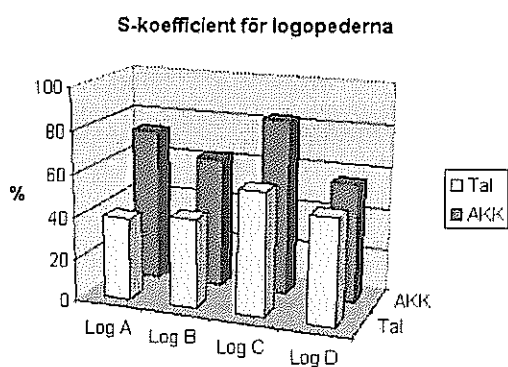
Både logoped D och Dag uttryckte att situationen kändes något konstruerad. Logoped D upplever att hon frågar mest, men att Dag tar mest talutrymme. Hon anpassar sig till Dag på flera sätt, till exempel genom att fråga mycket och be om förtydliganden och göra snabbtolkningar när han ber om det. Logoped D upplever att hon och Dag har en ansvarsfördelning vid missförstånd. Hon ber om förtydliganden när hon inte förstår, och han säger till när hon tolkar honom fel. Logoped D anser inte att hon använder anpassat kroppsspråk.

5.5 AKK-samtalen och talsamtalen – en jämförelse av resultat

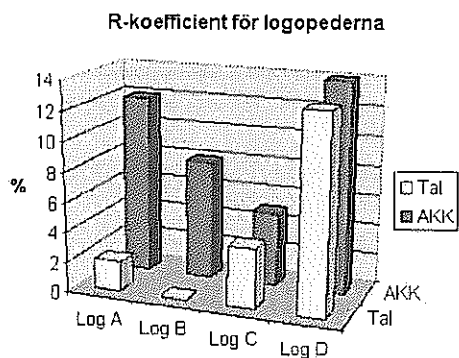
Nedan ställs logopedernas samtal med de talande patienterna mot samtalen med AKK-användarna. På detta sätt blir vissa tendenser tydliga. Logopedernas IR-index, S-koefficienter och R-koefficienter är i samtliga fall högre i AKK-samtalen (se figur 1-3), vilket innebär att logopederna styr mer och reparerar mer i dessa samtal. IR-differensen är också högre i AKK-samtalen än i de talade samtalen.



Figur 1. Logopedernas IR-index.

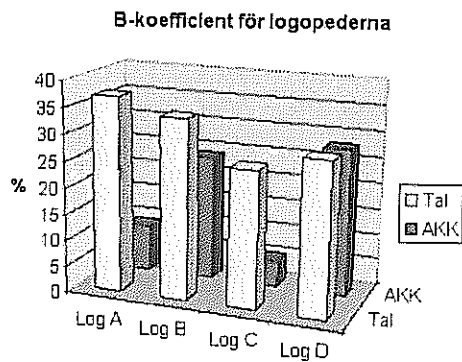


Figur 2. Logopedernas S-koefficient.



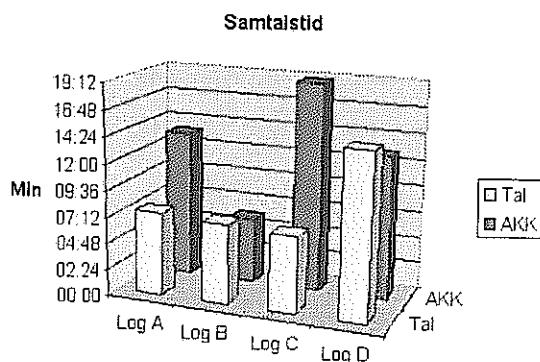
Figur 3. Logopedernas R-koefficient.

Logopedernas B-koefficienter är däremot högre i samtalen med de talande patienterna (se figur 4). Enligt Linell och Gustavsson (1987) är en hög B-koefficient ett bra mått på ett välfungerande samtal.

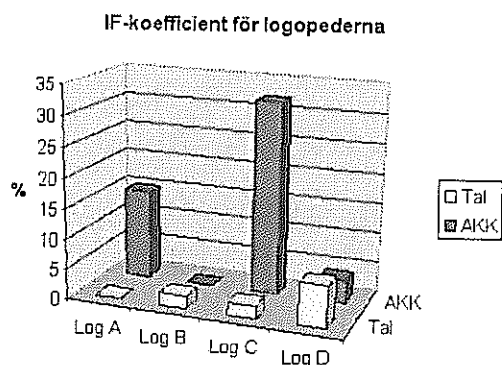


Figur 4. Logopedernas B-koefficient.

Vid analys av total samtalstid och IF-koefficient har vi inte kunnat se att AKK-samtalen eller talsamtalen har haft några inbördes likheter (se figur 5 och 6).



Figur 5. Samtalstid i de olika dialogerna.



Figur 6. Logopedernas IF-koefficient.

Fråga 10-14 i frågeformuläret som delades ut till logopederna efter patientsamtalen behandlade likheter och olikheter mellan de båda samtalen. Logoped A, C och D svarade på dessa frågor. Samtliga tyckte att de anpassade sin kommunikation mer till den AKK-användande patienten. Logoped A och C upplevde också att de var mest drivande i dessa samtal. Logoped D däremot ansåg sig vara mer drivande i samtalet med den talande patienten. Till skillnad från logoped A och C upplevde hon också att samtalet med AKK-patienten var det som var mest jämligt.

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Det visade sig tidigt vara mycket svårt att hitta logopederna som ansåg sig ha möjlighet att medverka som försökspersoner i vår uppsats. Vi tror att detta till stor del kan ha sin grund i en stor arbetsbelastning för logopederna i habiliteringsverksamheter. Troligen påverkades rekryteringsmöjligheterna även av vårt val av patientgrupp. Ungdomar och vuxna är sällan en prioriterad grupp i fråga om direkt logopedterapi, varför flera logopederna uttryckte att det var svårt att finna två lämpliga patienter som passade in på våra önskemål i fråga om kommunikationssätt och som logopederna dessutom kände tillräckligt väl. De svårigheter vi hade att rekrytera logopederna till uppsatsen kan jämföras med Bankeström och Hulterstam (1996) som i en undersökning av barnlogopediska behandlingsmetoder kontaktade ett 30-tal logopederna, men endast fick nio positiva svar. Förutom de ovan nämnda skälen till att logopederna inte kunde medverka kan det alltså eventuellt också föreligga en motvilja eller rädsla för att medverka i en undersökning som så ingående granskar patientarbetet. Vi har upplevt det som ett problem under arbetets gång att det kan vara svårt att ge de medverkande logopederna och patienterna en fullständig anonymitet, särskilt i de fall då den aktuella habiliteringsverksamheten har varit av mer specialiserad art. Eventuellt kan vetenskapen om detta ha bidragit till en tveksamhet hos logopederna att ställa upp i den här typen av undersökning.

I frågeformulären kunde det ha varit värdefullt att fråga om logopederna upplevde det inspelade samtalet som representativt. I de flesta fall har detta dock framkommit av logopedernas kommentarer på de andra frågorna.

Det har varit komplicerat att transkribera material som delvis består av blissad och/eller bokstaverad kommunikation. Detta beror på att själva transkriptionen i första hand skall vara lättläst och begriplig, och samtidigt passa in i våra analysystem (IR och SALT), vilka i sig ställde krav på transkriptionsmodellerna. Där logopederna tolkat en blissande samtalspartner faller det sig naturligt att ge det kommunikativa värdet i form av IR-koden till patienten. Svårigheter uppkommer dock i samband med de fall där logopederna misstolkat blissaren. Inte heller i dessa fall har logopederna fått någon IR-kod, vilket egentligen är lite missvisande med tanke på att logopederna med denna tur i allra högsta grad påverkar samtalet. Vi har dock inte hittat någon bättre fungerande lösning på dessa situationer. Nedan följer ett exempel ur dialogen mellan logoped A och Anders:

? P BLISSAR.
L U.
:^ L Nä.
< P BLISSAR
L V.

Även SALT-analysen var svår att kombinera med det transkriberade AKK-materialet. Vi fick göra om transkriptionerna inför denna analys för att de av logopederna tolkade blissturerna skulle räknas som patientturer. Vidare blev SALT-analysen missvisande vid analysen av samtalet mellan logoped D och Dag. Dag bokstaverar ett stort antal turer, vilka logopederna tolkar genom att stava sig fram högt. Varje enskilt ljudad bokstav i dessa turer räknas i SALT som ett ord, varför parametrarna gällande ettordsyttrandet och antal ord per tur i dessa fall

inte blir korrekta. Vi har också upplevt det som missvisande att SALT inte fångar upp de ickeverbala yttrandena. Det är vanligt att AKK-användarna använder sig av nickningar och huvudskakningar i stället för verbala jakanden och nekanden. Också detta påverkar den reella tillförlitligheten i parametrarna "andel ettordsyttranden" och "antal ord per tur".

Vi hade på förhand väntat oss att AKK-användarna och de talande patienterna med stora talhandikapp skulle vara de som fick den högsta andelen ettordsyttranden. Detta visade sig inte stämma. Till exempel har Annika (tal) 65% ettordsyttranden och Anders (AKK) endast 17%. Samtalet med Annika är ett av de samtal i undersökningen som är mest jämlikt och välfungerande. I samtalet med Carin (AKK) är andelen ettordsyttranden 90%, vilket alltså stämmer med det vi först hade förväntat oss. Vi tror att en möjlig förklaring kan vara att Annikas ettordsyttranden till stor del består av uppbackning, medan Carins ettordsyttranden snarare består av en hög andel minimala responser. Endast andelen ettordsyttranden i ett samtal säger alltså inget om hur kommunikativt välfungerande ett samtal är.

Reliabiliteten på IR-kodningen (83% för taldialogen och 77% för AKK-dialogen) blev betydligt lägre än reliabiliteten på transkriptionerna (94% respektive 91%). Detta beror troligen på vissa skillnader i våra (författarnas) sätt att IR-koda. I AKK-samtalet beror till exempel fyra av skillnaderna på att koderna <^ och <^ använts olika och i talsamtalet finns tre sådana fall (för förklaring av koderna se bilaga 1). Den relativt låga reliabiliteten för AKK-samtalet kan kanske också bero på att detta kodades tidigt under arbetets gång av oss båda. Efter diskussioner om IR under uppsatsarbetet har troligen vår samstämmighet i hur koderna ska användas växt och reliabiliteten hade kanske blivit en annan. Våra resultat är jämförbara med Davidsson och Elgström (1999) som hade en reliabilitet på 96,9% på transkriberingen, och vad gäller IR-kodning en reliabilitet på 89% på teckendialog och 85% på talad dialog. Även Davidsson och Elgström (1999) hade alltså en lägre samstämmighet gällande IR-kodningen.

Vid beräkning av reliabiliteten på AKK-samtalet framkom också att det vid tre tillfällen har varit svårt att avgöra när logopeden tolkar och när hon har en egen tur. Anledningen är att logopeden är den enda talaren, och de ickeverbala signalerna från patienterna inte alltid är så tydliga. Nedan följer exempel på fall där vi transkriberat situationen olika.

Exempel 1

<^ P *BLISSAR*
L *FÖRSÖKER FORTSÄTTA FÖRSÖKA NÄSTAN SAMMA SOM FÖRSÖKA.*
→ L Testa?
< P **Mm.**
<^ L **Testa dom spelen?**
< P **Mm.**

Exempel 2

<^ P *BLISSAR*
L *FÖRSÖKER FORTSÄTTA FÖRSÖKA NÄSTAN SAMMA SOM FÖRSÖKA.*
→ L Testa?
< P **Mm.**
<^ P *BLISSAR*
L *TESTA DOM.*
<^ L **Spelen?**
< P **Mm.**

6.2 Kommunikativa strategier

Vi har funnit ett antal kommunikativa strategier hos logopederna i undersökningen, och i de allra flesta fall är logopederna själva medvetna om dessa.

Hjelmquist och Dahlgren Sandberg (1996) nämner att *metakommunikativa strategier* är extra viktiga för att skapa välfungerande samtal med kommunikationshandikappade personer. Metaspråkliga kommentarer har i våra transkriptioner kodats som ickefokala. I figur 6 kan man se vilka dialoger som har högst andel ickefokala inslag. Exemplet nedan kommer från dialogen mellan logoped C och Carin, och är ett representativt utdrag ur denna dialog. Carin blissar otydligt, och logopeden får fråga om vilket färgfält Carin siktar på. När detta blivit tydligt får logopeden ställa ytterligare en fråga för att klargöra vilken symbol Carin avser.

- <> L Va tror du du gör när du blir vuxen? 00:06 (Ska vi fråga) Ja! Va tror du att du BOR nånstans? 00:02
Mm, när du blir vuxen.
? P BLISSAR
> L E de nåt gult?
:00:04
L Mm, e de HEM eller LÄGENHET? {Pekar på blisskartan}.
< P BLISSAR.
L LÄGENHET.

I tre av frågeformulären nämner logopederna att de kontinuerligt kontrollerar att de förstått patienten rätt; i logoped Cs båda samtal, samt i logoped Ds samtal med den talande patienten. Denna strategi nämns i litteraturen av Nettefbladt (1989). Exempel ur den senare dialogen följer nedan:

- <^ P Dyka med riktig tub och riktig overall.
→ L Att du vill DYKA?
< P Ja. {Nickar}.
→ L {Nickar}.
L Med RIKTIG overall och allting.
<^ P Ja.

En anpassning som samtliga logopeder nämnt i samband med AKK-dialogerna och som logoped D dessutom nämnt i samband med dialogen med den talande patienten är *anpassning av tempo*. Logoped A säger exempelvis att "Jag väntade länge vid hans turer", och logoped C menar att hon "saktar ned tempot i kommunikationen betydligt". von Tetzchner och Martinsen (1996) menar att tidsaspekten är ett av de mest utpräglade särdragen vid kommunikation med grafiskt AKK. Av de samtal vi transkriberat sticker särskilt dialogen mellan logoped C och Carin ut. Carin behöver här nästan 19 minuter för att uppnå femtio turer, vilket är betydligt mer än någon annan av patienterna (se figur 5). Vid ett tillfälle väntar logoped C in en tur från Carin i 23 sekunder. Logoped B uttrycker tvekan mellan att ge mycket tid och acceptera många pauser gentemot att försöka skapa ett så normalt kommunikationstempo som möjligt. Angående introduktion av nya samtalsämnen så säger hon följande: "Om jag hade varit tyst och väntat in ännu längre kanske patienten hade introducerat mer (jag vet att han behöver mycket tid på sig), men samtalet blir ju inte "naturligt" om det blir för långa pauser". Logoped B är också den i vars samtal det förekommer minst antal pauser mellan yttranden. Detta gäller både i det talade samtalet och i

samtalet med AKK-användaren. Von Tetzchner och Martinsen (1996) tar upp att om målsättningen med kommunikationen med en AKK-användare är att ha en trygg och social samvaro, så kan det begränsa AKK-användarens möjlighet att uttrycka egna tankar och funderingar. Exempelvis kan det innebära att den talande parten inte accepterar pauser som känns onaturligt långa. Noteras bör dock att vi inte har någon tydlig skillnad i tidsåtgång mellan AKK-samtalen och de talade samtalen. Både det längsta (knappt 19 minuter) och det kortaste (sex minuter) samtalet är dialoger med AKK-användare. Det verkar alltså något förenklat att säga att AKK alltid är mer tidskrävande. Anledningen till att vi inte får någon tydlig skillnad mellan grupperna i det här avseendet är troligen att antalet patienter i vår undersökning är litet och att individuella skillnader därför får stor betydelse. En av de talande patienterna (Daniel) har förlängsammat tal som sitt primära kommunikativa funktionshinder och har därför en lång samtalstid på 15 minuter. I övrigt så varierar samtalstiden för de talande patienterna mellan 6:58 och 7:36 minuter. Variationen i samtalstid mellan AKK-användarna är alltså större.

Logoped A och logoped B nämner båda att de använder sig av sin *kunskap om patienterna* i samtalet och att det hjälper dem i förståelsen av samtalspartnern. Alm och Newell (1996) menar att den talande parten i samtal med en AKK-användare kontinuerligt använder kontextuell kunskap för att tolka AKK-användarens turer. Logoped A nämner detta gällande samtalet med Anders (AKK) och logoped B nämner det angående båda sina dialoger. Logoped A berättar också att det var en källa till missförstånd när Anders försökte berätta om en person som hon inte kände till. Även logoped B beskriver ett liknande missförstånd i dialogen med Björn (AKK). Nedan följer ett exempel på en situation där logopedens bakgrundkunskap om patienten hjälper henne i tolkningen. Exemplet är hämtat från dialogen mellan logoped A och Anders.

- L Och var och när du har slutat gymnasiet (va*) vad har du tänkt då?
 < P BLISSAR
 L F U.
 ◇ L Då har du tänkt å gå på FURUBODA 00:02
 L (De e s*) det är det du fortfarande TÄNKER?

Björck-Åkesson (1993) talar om vikten av att *anpassa kommunikationen till patientens nivå*. Denna anpassning bör innefatta såväl språklig svårighetsgrad som samtalsämne. Logoped A nämner gällande sin dialog med Annika (tal) att hon anpassar sig till Annikas ålder och mognadsnivå. Logoped B upplever att hon i samtalet med Björn (AKK) anpassar sin egen språkliga nivå. Troligen anpassar även de andra logopederna språket till patienterna utan att tänka på det som en strategi. Vi upplever att logopederna över lag använder ett tydligt och ibland förenklat språk när de samtalar med patienterna.

Björck-Åkesson (1993) menar vidare att det är viktigt att hjälpa patienten att ta sin tur i samtalet. Den dialog där det är tydligast att logopeden *på ett aktivt sätt lämnar över turen* till patienten är i samtalet mellan logoped C och Carin (AKK). Nedan följer ett exempel ur transkriptionen av det samtalet.

- L När som du känner NU som du tror att du kommer träffa när du blir vuxen?
 < P {Mimar} ja.
 => L Mm, vilka DÅ tror du, eller vem?
 :00:19
 L Mm 00:02 du får berätta!
 b P Mm.

:00:03
L E de TJEJER eller killar?
? P X X.
<> L Både och? Mm.

Ingelstedt och Lundberg (1995) fann i ett uppsatsarbete som handlade om barnlogopedisk terapi att logopederna hade bristande medvetenhet om i hur hög grad de använde *ickeverbal kommunikation* i terapisisituationen. Vad gäller logopederna i vår undersökning upplevde vi också att fråga 5 (gällande ickeverbal kommunikation) var den som gav vagast svar och var den fråga där medvetenheten om den egna kommunikationen överensstämde sämst med vår uppfattning av det inspelade materialet. Till exempel uttryckte logoped B osäkerhet, men trodde att hon i dialogen med AKK-användaren, Björn, förstärkte sitt tal med gester och mimik. I samtalssituationen har logopederna hela tiden sina händer under Björns blisstavla och använde alltså inga handgester. Detta berodde på att hon satt placerad mitt emot Björn och var tvungen att sitta nära för att kunna läsa blissymbolerna. Att sitta placerad mitt emot varandra i en samtalssituation underlättar ögonkontakt och annan ickeverbal kommunikation. Björck-Åkesson (1993) påpekar vikten av att AKK-användaren både kan använda sitt AKK-hjälpmiddel och samtidigt se samtalspartnern. *Placering* mitt emot varandra är i de flesta situationer att föredra. I vår undersökning sitter två av logopederna mitt emot sina AKK-användande samtalspartners. I de resterande två AKK-samtalen är logopederna placerade bredvid patienten. Däremot sitter alla logopederna mitt emot de talande patienterna.

Logopederna använder strategier för att reparera missförstånd och brott i kommunikationen. Dessa *reparationsstrategier* kommer att diskuteras i stycket om brott i kommunikationen.

Tre av logopederna i undersökningen har själva tyckt att de anpassar sin kommunikation mer till de AKK-användande patienterna och att de är mer kommunikativt drivande i dessa samtal. Den fjärde logopederna (logoped D) är mer osäker. I figur 1 och 2 kan man se att alla logopederna har ett högre IR-index och en högre S-koefficient i AKK-samtalen, vilket kan tyda på en mer styrande strategi med mycket frågor. Logoped D har dock en mindre skillnad mellan tal- och AKK-samtalet i dessa avseenden än de andra logopederna. Att logopederna i vår undersökning verkar vara mer styrande i samtal med AKK-användarna stämmer överens med vad von Tetzchner och Martinsen (1996) skriver om att samtal mellan talande vuxna och barn som använder AKK tenderar att bli mer asymmetriska än samtal mellan talande vuxna och talande barn.

Sammanfattningsvis använder logopederna en hög grad av identifierbara kommunikativa strategier, som de i många fall själva är medvetna om och kan beskriva. Anpassningen är i de flesta fall större i samtalen med de AKK-användande patienterna, vilket logopederna också ger uttryck för.

6.3 Brott i kommunikationen

Kommunikation är en produkt av minst två personer, detsamma gäller för brott i kommunikation. Sammanbrott och missförstånd förekommer i de flesta samtal, men i samtal där en av parterna har någon form av kommunikationshandikapp blir missförstånden eller brotten i samtalen oftast fler och svårare att reparera. I samtliga av våra transkriberade dialoger utom en förekommer reparationsstrategier (se figur 3). Logopedernas R-koefficient är alltid högre i AKK-samtalen. Förståelse är inte ett absolut begrepp, utan det finns olika grader av förståelse i olika typer av samtal (Linell, 1991). Det är värt att notera att det i våra

transkriberade AKK-samtal upprepade gånger förekommer att logopeden misstolkar patientens blissing, dysartriska tal eller missuppfattar motorisk eller vokal aktivitet som kommunikativa initiativ. Nedan följer ett exempel ur dialogen mellan logoped A och Anders (AKK).

:> L Bra. Va de det?
< P {Skakar på huvudet}.
<^ L Nä. Du sa inget, nä.

Vid misstolkningar tvingas logopeden ibland själv be om bekräftelse på att tolkningen är rätt. Ibland tas initiativ till reparation av patienten, som protesterar mot logopedens tolkning. Exempel på ett fall när patienten inte själv tar initiativ till reparation följer nedan ur dialogen mellan logoped C och Carin.

? P *BLISSAR*
L *SVÄRT*.
:00:03
> L Va de det du pekade på? {Osäker gällande blisstolkningen}.
L Nä.
< P *BLISSAR*
L *NY*.

Det finns också exempel på missförstånd som rör innehållet i samtalen. Dessa förekommer både i dialogerna med de talande och de blissande patienterna. Dock förekommer de något oftare i AKK-samtalen, kanske för att formuleringarna där är mer komprimerade och ofta något mer oprecisa. Vi tror att anledningen till att det inte blir fler missförstånd av den här typen beror på att logopederna är duktiga på att följa patienterna och på att ställa följdfrågor som maskerar missförstånden. Exempel följer ur dialogen mellan logoped C och Calle (tal). Calle ger en kommentar där innebörden inte är självklar. Logopeden ger honom utrymme att vidareutveckla sin kommentar. På detta sätt klargörs Calles tankegång utan att samtalet stoppas upp.

<^ P Ja. De kostar ju HIMLA mycke pengar där.
<> L Ja? Tror du de?
<^ P Mm, <de tror ja>.
b L <{Nickar}>.
: 00:03
P FÖRST så måste man säga till kommunen att de e bra å säga bla bla bla.
→ L Innan man får STARTA den?
< P Mm.

6.4 Kliniska implikationer och fortsatt forskning

Som nämns ovan så kan man som samtalspartner till en AKK-användare ha olika målsättning med kommunikationen. Antingen befrämjar man en trevlig och kommunikativ stund, eller så prioriterar man i första hand att AKK-personen lyckas delge det han eller hon vill berätta om (Von Tetzchner & Martinsen, 1996). Vi tycker att det är intressant att logoped B uttryckte ett dilemma gällande just detta anående samtalet med Björn (AKK). Hon kände att samtalet blev "onaturligt" om hon gav allför lång svarstid till Björn, samtidigt som hon var medveten om att han troligen skulle ha bidragit med mer kommunikativa initiativ om han hade fått mer tid. Vi tror att det är viktigt att logopeder för den här typen av resonemang, och att han/hon får klart

för sig vilken målsättning man vill ha i olika samtalssituationer, och med vilka kommunikativa strategier denna målsättning kan befrämjas.

Vår undersökning pekar på att logopedier utför ett viktigt arbete för personer med handikapp som drabbar kommunikationen, och att det är av största vikt att man fortsätter att satsa resurser på logopedier inom rehabiliteringsverksamheter runt om i Sverige. Heister Trygg m fl (1998) presenterar en översatt version av American Speech-Language-Hearing Associations kommunikativa rättigheter. Detta är en lista med grundläggande rättigheter i tolv punkter, vars inledning säger att:

”Alla individer, oavsett grad och art av funktionsnedsättningar, har en grundläggande mänsklig rättighet att genom kommunikation påverka sina egna livsvillkor. Bakom denna allmänna rättighet ligger ett antal specifika kommunikativa rättigheter som bör garanteras i alla dagliga interaktioner och i alla behandlingsinsatser som rör personer med funktionsnedsättningar.”

I samtalet mellan logoped C och Carin ges Carin vid ett tillfälle en svarstid på 23 sekunder, varefter hon ger ett adekvat svar på logopedens fråga. En samtalspartner som inte är särskilt medveten om kommunikation och kommunikationshandikapp skulle troligen inte givit Carin de tidsramar som hon får av logoped C. Det är därför en rättighet för Carin och alla andra kommunikationshandikappade att få samtala med kommunikativt medvetna samtalspartners. Detta kan uppnås dels genom att man som patient samtalar direkt med sin logoped, men också genom att logopeden utbildar de personer som patienten har i sin omgivning. Logopeden är alltså viktig både som samtalspartner och som kommunikationskonsult.

Gällande metoden, och då speciellt IR-analysen, så tror vi att denna kan göras mer användarvänlig, till exempel med hjälp av ett datorprogram som gör alla uträkningar. Det hade också varit intressant att se mer enhetliga former för transkription av AKK-material. Vi tror att det hade kunnat bädda för mer undersökningar och forskning inom AKK-området, eftersom det hade givit mer jämförelsematerial och underlättat arbetet rent allmänt.

Habilitering är ett spännande logopediskt arbetsområde, eftersom man inom rehabilitering möter patienter med många olika svårigheter. Detta innebär dock att det är ett svårundersökt område, då man i forskningssammanhang gärna ser att undersökningsgrupperna är homogena. Det hade varit lättare att dra slutsatser av vår undersökning om patienterna hade haft mer lika funktionshinder och eventuellt varit lika gamla och av samma kön. Särskilt kan vi uppleva att gruppen med talande patienter uppvisade stora olikheter gällande sina kommunikativa svårigheter. Trots detta har vår undersökning givit intressanta resultat och vi önskar i framtiden se liknande forskning på ett större material.

REFERENSER

- Alm, N & Newell, A. (1996). Being an interesting conversation partner. Von Tetzchner, S & Hygum Jensen, M. (eds) *Augmentative and Alternative Communication: European Perspectives*. Whurr Publishers, 171-181.
- Bankeström, K & Hulterstam, I. (1996). *Behandling av barn med uttalssvårigheter*. Vetenskapligt arbete. Tema Barn, Linköpings universitet.
- Bergh, M & Bergsten, C. (1999). Logopedi: Kommunikation. Bille, B & Olow I. (eds) *Barnhabilitering vid rörelsehinder och andra neurologiskt betingade funktionshinder*. Liber, 251-262.
- Björck-Åkesson, E. (1993). *Interaktionsmönster mellan barn med kommunikationssvårigheter och vuxna*. Kompendium för workshop för logopedier inom omsorgerna på Bräcke Östergård.
- Brockstedt, H. (1993). Utvecklingsstördas begåvningshandikapp. Bakk, A & Grunewald, K. *Omsorgsboken*. Liber utbildning.
- Börjesson, M & Ferreira, J. (1998). *Blissningar och gissningar. En studie av normaltalandes samtalsstrategier i samtal med blissanvändare*. Vetenskapligt arbete, 20 p. Avdelningen för logopedi och foniatri, Göteborgs universitet.
- Dahl, M. (1994). Barn med neurologiska funktionshinder. *Små & Stora Nyheter*. 3-4/94: 5-7.
- Davidsson, S & Elgström, A. (1999). *Utveckling av interaktion och språkförståelse hos tre barn med hörselskada*. Vetenskapligt arbete, 20 p. Institutionen för logopedi och foniatri, Lunds universitet.
- Ek, I. (1993). Tal- och språkstörningar. Bakk, A & Grunewald, K. *Omsorgsboken*. Liber utbildning.
- Fredin, E. (1993). *Dialogen i socialt arbete*. SIC 36. Universitetet i Linköping: Tema kommunikation.
- Gillberg, C & Steffenburg, S. (1990). Autism, Aspergers syndrom och andra autismliknande tillstånd. Gillberg, C & Hellgren, L. (red) *Barn- och ungdomspsykiatri*. Natur och kultur.
- Hansson, K. (1999). *SALT, Systematic Analysis of Language Transcripts (Miller & Chapman). Förkortad manual på svenska*. Institutionen för logopedi och foniatri, Lunds universitet.
- Heister Trygg, B. & Andersson, I. & Hardenstedt, L. & Sigurd Pilesjö, M. (1998). *Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i teori och praktik*. Handikappinstitutet.
- Hjelmquist, E & Dahlgren Sandberg, A. (1996). Sounds and silence: Interaction in aided language use. von Tetzchner, S & Hygum Jensen, M. (eds) *Augmentative and Alternative Communication: European Perspectives*. Whurr Publishers, 137-152.

- Holck, P. (2001). *Samtal mellan förskolepersonal och barn med funktionshinder ur ett dominansperspektiv*. Vetenskapligt arbete, 20 p. Institutionen för logopedi och foniatry, Lunds universitet.
- Ingelstedt, C & Lundberg, P. (1995) *Logopedens terapeutiska anpassning. Betydelsen av barnets språkförståelse i samspelet mellan barn och logoped i terapisisituationen*. Vetenskapligt arbete, 20 p. Institutionen för logopedi och foniatry, Lunds universitet.
- Kadesjö, B. (1999). MBD/DAMP. Bille, B & Olow I. (eds) *Barnhabilitering vid rörelsehinder och andra neurologiskt betingade funktionshinder*. Liber, 106-119.
- Light, J., Dattilo, J., English, J., Gutierrez L. & Hartz, J. (1992). Instructing facilitators to support the communication of people who use augmentative communication systems. *Journal of speech and hearing research*, 35: 865-875.
- Linell, P. & Gustavsson L. (1987). *Initiativ och Respons. Om dialogens dynamik, dominans och koherens*. SIC 15. Universitetet i Linköping: Tema kommunikation.
- Linell, P. (1991). Dialogism and the orderliness of conversation disorders. Brodin, J. & Björck-Åkesson, E. (Eds) *Methodological Issues in Research in Augmentative and Alternative Communication*. Proceedings from the first ISAAC Research Symposium in Augmentative and Alternative Communication, Stockholm Aug. 16-17, 1990. Stockholm: The Swedish Handicap Institute. 9-21.
- Marková, I. (1991). Asymmetries in group conversations between a tutor and people with learning difficulties. Marková, I & Foppa, K. (eds) *Asymmetries in dialogue*. Harvester Wheatsheaf. Hemel Hempstead, 221-240.
- Miller, J & Chapman, R (1982-93). Systematic Analysis of Language Transcript (SALT) [Computer software, IBM, Apple Macintosh, VAX/VMS]. Madison, WI.: Language analysis Laboratory, University of Wisconsin-Madison.
- Millikin, C. (1997) Symbol Systems and Vocabulary Selection Strategies. Glennen, S L & De Coste, D C. *Handbook of Augmentative and Alternative Communication*. Singular Publishing Group, Inc.
- Nettelbladt, U. (1989). *Analys av logoped-patientsamtal*. Specialarbeten inom påbyggnadsutbildning för logopeder. RILFHUS 1/89. Institutionen för logopedi och foniatry, Karolinska institutet.
- Nettelbladt, U. (1994). Some reflections on transcribing. In: Allwood, J & Gregersen. (eds) Workshop on spoken Interaction, Proceedings of the XIVth Scandinavian Conference of Linguistics and the VIIth Conference of Nordic and General Linguistics 1993: Four Special Sessions. *Gothenburg Papers of Theoretical Linguistics* 72: 47-61.
- Nettelbladt U. (2001). *Handout om pragmatik*. Institutionen för logopedi och foniatry, Lunds universitet.
- Norrby, C. (1996). *Samtalsanalys – Så gör vi när vi pratar med varandra*. Lund: Studentlitteratur.

Sanner, G. (1999). Cerebral Pares. Bille, B & Olow, I. (eds) *Barnhabilitering vid rörelsehinder och andra neurologiskt betingade funktionshinder*. Liber, 73-105.

von Tetzchner, S & Hygum Jensen, M. (1996). *Augmentative and alternative communication. European perspectives*. Whurr Publishers Ltd, London.

von Tetzchner, S. & Martinsen, H. (1991). *Språk og funksjonshemming*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

von Tetzchner, S & Martinsen, H. (1996). Words and strategies: Conversations with young children who use aided language. von Tetzchner, S & Hygum Jensen, M. (eds) *Augmentative and Alternative Communication: European Perspectives*. Whurr Publishers, 65-88.

Bilaga 1

Kodningskategorier och poängindelning (efter Linell & Gustavsson 1987).
(Holck, 2001 fritt efter Bankeström & Hulterstam 1996)

KOD	DEFINITION	POÄNG
>	Initiativ som är fritt begärande. Replik med karaktär av självständigt, nytt och starkt interaktivt initiativ	6
..>	Begärande initiativ som är icke-lokalt bakåtknutet. Replik med övervägande initiativkaraktär men med icke-lokal (och medelbar) anknytning till något specifikt i den föregående dialogen. T ex en följdfråga, en replik som tar upp en tråd från en tidigare replik ("Du sa för en stund sedan att...") Ett ämne som tidigare varit aktuellt men avslutats eller övergivits tas upp igen.	5
:>	Begärande initiativ som är icke-fokalt bakåtknutet. Replik med tydliga inslag av både respons och initiativ, varvid responsen är medelbart (icke-fokalt) anknuten till motpartens näraliggande replik. Anknyter till en perifer betydelseaspekt hos motpartens replik (perifera associationer) eller uttalar sig om dess form. Markeras ofta genom "Förresten", "Det får mig att tänka på".	5
<=>	Egenanknutet, begärande initiativ som ignorerar motpartens initiativ. Replik med tydliga inslag av både respons och initiativ, varvid anknytningen bakåt sker till <i>egen</i> näraliggande replik och motpartens mellanliggande initiativ tydligt ignoreras.	5
^	Fritt hävdande/underställande initiativ. Replik med karaktär av självständigt och nytt men svagare initiativ.	5
..^	Hävdande/underställande initiativ som är icke-lokalt bakåtknutet. Se ..>	4
:^	Hävdande/underställande initiativ som är icke-fokalt bakåtknutet. Se :>	4
<=^	Hävdande/underställande initiativ som är egenanknutet. Se <=>	4
=>	Egenanknutet begärande initiativ. Upprepning eller omformulering av tidigare taget initiativ (i ens egen föregående replik) eller (om motparten enbart gett eller försökt ge minimal respons) fortsättning på egen föregående replik.	4
<>	Lokalt, fokalt och motpartsanknutet begärande initiativ. Replik med tydliga inslag av både respons och initiativ, varvid anknytningen bakåt sker till (huvudinnehållet i) motpartens näraliggande replik. Kan också anknyta bakåt till egna repliker.	4
..<	Respons som inte är lokalt anknuten. Replik med övervägande responsegenskaper som icke-lokalt och medelbart anknyter till ett tidigare initiativ och uppfyller kraven i detta utan att tillföra något extra. Används för att markera vissa fall av den andra osv. responsen på ett initiativ som kräver/möjliggör flera responser (t ex en begäran att räkna	3

	upp något).	
=^	Egenanknutet hävdande/underställande initiativ. Se => OBS! Specialfall: När en aktör själv besvarar en fråga han tidigare ställt, t ex vid oäkta frågor (kontrollfrågor där frågaren redan vet svaret)	3
<^	Lokalt, fokalt och motpartsanknutet hävdande/underställande initiativ. Se <> Är den prototypiska expanderande responsen.	3
<)	Delspelsavslutande replik. Talaren markerar att han inte förväntar någon respons på denna del av repliken. Initiativ till avslutning. Är ofta bekräftande, summerande eller innehåller en värdering av tidigare repliker. Kan betraktas som en enhetlig symbol.	3
(>	"Varse!", pre-initiativ. Replik som innebär initiativ till ett nytt delspel (och underställer detta initiativ motpartens godkännande) och som saknar referentiellt innehåll. Kan betraktas som en enhetlig symbol och betecknar en speciell metod att initiera nya delspel.	3
<	Minimal adekvat respons. Replik med övervägande responsegenskaper som uppfyller kraven i motpartens omedelbart föregående initiativ och som inte innehåller något utöver detta.	2
→	Uppskjutande fråga. Partiell respons som också innebär ett eget initiativ till ett underordnat delspel, t ex en fråga som skjuter upp den slutgiltiga, eventuellt adekvata responsen. T ex då talaren är oförmögen att ge en respons som tillfredsställer initiativtagaren eller då han är ovillig att ge adekvat respons. Även fall då talaren genom sin replik antingen visar att han inte uppfattat vad motparten sagt eller genom att upprepa (delar av) motpartens replik frågar om han uppfattat den riktigt.	2
-	Minimal inadekvat respons. Replik utan initiativegenskaper som inte heller tas upp som en adekvat respons på ett föregående initiativ.	1
?	Ohörbara yttranden.	0
X	Replikmissfall som avbryts innan de hunnit tillföra dialogen något. Kan också betraktas av talaren själv och/eller motparten som stående utanför dialogen. Motparten kan också helt ignorera ett friskt initiativ som därigenom kommer att sakna anknytning såväl bakåt som framåt.	0
b	Uppbackning (back-channeling).	0

Bilaga 2

Hej,

Vi heter Anna Rensfeldt och Anna Knollenburg och går termin sju på logopedutbildningen i Lund. För oss börjar det bli dags att sätta igång med uppsatsskrivandet och det är med anledning av detta vi skriver till Dig.

Vi skulle vilja undersöka interaktionen mellan logoped och patient/brukare, i synnerhet logopedens kommunikativa anpassning till patienten. Liknande undersökningar har gjorts med förskolebarn som patientgrupp. Vi tycker nu att det vore intressant att titta lite närmare på logoped – patientinteraktionen inom habiliteringen. Om Du vill hjälpa oss med detta blir vi mycket glada.

Idén till uppsatsen har vi utvecklat tillsammans med Ulrika Nettelblatt och Pernille Holck. Ulrika kommer också att vara vår handledare.

Det här är vår idé:

Vi behöver fem logopeder till vår undersökning. Varje logoped videofilmas totalt två gånger. En gång tillsammans med en talande patient och en gång med en icketalande patient, som använder någon form av AKK. Patienterna får som yngst vara 12 år. Helst skulle vi vilja att de två patienterna är av samma kön och i ungefär samma ålder. Det viktigaste är dock att samtalsituationerna är jämförbara.

Varje inspelning kommer att ta minst 15 och max 30 minuter. Vi båda kommer att närvara, ha med oss videokamera och sköta inspelningen. Vi vill helst att inspelningarna sker under maj månad. Inspelningarna kommer att analyseras med IR- analys och eventuellt med någon form av analys av ickeverbal kommunikation.

Du kommer också att få besvara frågor om hur Du upplever att Du anpassar din kommunikation till de båda patienterna.

Om Du kan tänka dig att hjälpa oss med detta eller har några frågor, var vänlig och kontakta

Anna Rensfeldt, telnr 046 15 09 18, email annarensfeldt@hotmail.com eller
Anna Knollenburg, telnr 046 12 69 93, email annaknollenburg@hotmail.com .

Hör gärna av dig innan 17/4.

Med vänliga hälsningar,

Anna Rensfeldt

Anna Knollenburg

Bilaga 3

Hej,

Vi heter Anna Knollenburg och Anna Rensfeldt och läser på logopedutbildningen i Lund. En logoped arbetar med kommunikation i olika former. Vi håller nu på att skriva vår magisteruppsats och vill närmare studera hur logopeder inom habiliteringen kommunicerar med och anpassar sin kommunikation till personer med olika typer av funktionshinder.

Logoped N N har anmält sitt intresse att medverka i vår undersökning och vi undrar nu om Du/ Ditt barn kan ställa upp som hennes samtalspartner. Samtalet dem emellan kommer att ta max 30 min och vi kommer båda att närvara för att videofilma och spela in på kassetband. Materialet kommer sedan att gås igenom och analyseras med inriktning på logopedens kommunikation. Det är alltså logopeden vi i första hand kommer att studera. Allt inspelat material kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga som journalmaterial. De enda som kommer att ta del av materialet av vi, vår handledare och eventuellt logopeden. Inga namn registreras, utan de inblandade ges ett kodnamn.

Om Du/ Ditt barn kan ställa upp på detta så blir vi tacksamma.

Vid frågor hör gärna av Er till:

Anna Knollenburg, telnr 046 12 69 93, email annaknollenburg@hotmail.com eller
Anna Rensfeldt, telnr 046 15 09 18, email annarensfeldt@hotmail.com.

Var vänlig att lämna nästa sida som svar *snarast*.

Tack,

Anna Knollenburg & Anna Rensfeldt

Handledare:
Professor Ulrika Nettelbladt,
Institutionen för logopedi och foniatri
Universitetssjukhuset i Lund
221 85 Lund
046-172725

Jag/ Mitt barn kan ställa upp som samtalspartner i undersökningen.

namnunderskrift