

Veera Tiainen

**Förverkligandet av Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis
för afasirehabiliteringen i Finland**

Veera Tiainen, 40004

Handledare: Pirkko Rautakoski

Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi

Utbildningslinjen för logopedi

Åbo Akademi

2019

Veera Tiainen

**ÅBO AKADEMI –
FAKULTETEN FÖR HUMANIORA PSYKOLOGI OCH TEOLOGI**

Sammanfattning av avhandling pro gradu

Ämne: Logopedi	
Författare: Veera Tiainen	
Arbetstitel: Förverkligandet av Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen i Finland	
Handledare: Pirkko Rautakoski	
<p>Sammanfattning: Aphasia United är en internationell samarbetsorganisation vars syfte är att förena det globala afasisamhället. Organisationen har skapat tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen. Rekommendationerna grundar sig på forskningsresultat och expertis och de inkluderar hur afasibedömning och afasibehandling samt handledning av personer i afasiklienters näromgivning borde förverkligas. Rekommendationerna inkluderar även hur personer med afasi ska bli bemötta i samhället. I Finland har det genomförts en kartläggning om hur rekommendationerna förverkligas, men endast bland talterapeuter som arbetar på sjukhus.</p> <p>Syftet med avhandlingen var att undersöka hur Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen förverkligas av talterapeuter i Finland. Avhandlingen inkluderade både talterapeuter som arbetar inom den kommunala sektorn och talterapeuter som arbetar inom den privata sektorn. Frågeställningen var (1) förverkligas Aphasia Uniteds rekommendationer inom afasirehabiliteringen i Finland, (2) finns det skillnader i förverkligandet mellan den kommunala och privata sektorn och (3) finns det skillnader i förverkligandet inom kommunala arbetsplatser (sjukhus och hälsovårdscentraler) och inom privata arbetsplatser (privatmottagningar och rehabiliteringscenter).</p> <p>All data till studien samlades in med hjälp av ett elektroniskt frågeformulär. Frågeformuläret skickades via Finlands Talterapeutförbund rf till 1 255 talterapeuter. Målgruppen var legitimerade talterapeuter som arbetar med personer med afasi. Svarsprocenten blev 5,0 % och sammanlagt svarade 63 talterapeuter.</p> <p>De flesta av deltagarna hade inte hört om Aphasia Uniteds rekommendationer tidigare, men trots det kom det fram att afasirehabiliteringen förverkligas antingen helt eller delvis i enlighet med rekommendationerna. Tre av rekommendationerna förverkligades i sin helhet av majoriteten av deltagarna och sju av rekommendationerna förverkligades delvis av majoriteten av deltagarna. Signifikanta skillnader fanns i förverkligandet av rekommendationerna mellan den kommunala och privata sektorn samt inom kommunala arbetsplatser.</p> <p>Aphasia Uniteds alla rekommendationer verkar inte förverkligas helt inom afasirehabiliteringen i Finland. Vissa rekommendationer verkar förverkligas olika beroende på arbetsplatsart. Skillnaderna kan delvis bero på arbetsplatsomständigheter eller rehabiliteringsprocessens gång.</p>	
Nyckelord: Afasi, afasirehabilitering, Aphasia United, kliniska rekommendationer, talterapi	
Datum: 16.4.2019	Sidantal: 37

Förord

Jag vill ge ett stort tack till medlemmarna i Finlands Talterapeutförbund rf som svarat på mitt frågeformulär och således möjliggjort mitt avhandlingsarbete. Jag vill även ge ett varmt tack till min handledare Pirkko Rautakoski som gett värdefull och stödjande handledning under avhandlingsprocessen. Därtill vill jag tacka Daniel Fellman som hjälpt mig med statistiken i avhandlingen och Jane Wingren som hjälpt mig med språket i avhandlingen.

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.1 Afasi	1
1.2 Afasins påverkan på livskvaliteten	2
1.3 Den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa	3
1.4 Afasirehabilitering	3
1.5 Aphasia United	6
1.5.1 Utvecklingen av Aphasia Uniteds rekommendationer	6
1.5.2 Tidigare kunskap om Aphasia Uniteds rekommendationer inom afasirehabiliteringen	8
2 Syfte.....	10
3 Metod.....	10
3.1 Inklusions- och exklusionskriterier	10
3.2 Datainsamling.....	11
3.3 Det elektroniska frågeformuläret.....	11
3.4 Statistiska analyser	12
4 Resultat	13
4.1 Deltagare.....	13
4.2 Deltagarnas arbetssituation.....	13
4.3 Kunskap om Aphasia Uniteds rekommendationer	15
4.4 Förverkligandet av Aphasia Uniteds rekommendationer	16
4.5 Skillnader i förverkligandet av Aphasia Uniteds rekommendationer mellan den kommunala sektorn och den privata sektorn	18
4.6 Skillnader i förverkligandet av Aphasia Uniteds rekommendationer mellan olika arbetsplatser	22
5 Diskussion	25
5.1 Aphasia Uniteds rekommendationer inom afasirehabiliteringen i Finland.....	25
5.2 Styrkor och begränsningar i studien samt förslag till framtida forskning	31
5.3 Sammanfattning.....	32
Referenser	
Bilaga A	
Bilaga B	

1 Inledning

1.1 Afasi

Afasi är en förvärvad språkstörning orsakad av en hjärnskada som oftast är lokaliserad i vänster hemisfär. Den vanligaste orsaken till afasi är en stroke, men även andra faktorer så som traumatiska hjärnskador, hjärntumörer eller progredierande hjärnsjukdomar kan leda till denna typ av språkstörning (Laine & Marttila, 1992). Enligt Jehkonen, Nurmi och Nurmi (2015) drabbas ungefär 25 000 personer i Finland årligen av en stroke. En stroke orsakar syrebrist i hjärnan antingen p.g.a. en hjärnblödning eller en hjärninfarkt och beroende på skadans lokalisering och omfattning kan symtomen variera (Jehkonen m.fl., 2015). I Finland är prevalensen för afasi ungefär 16 000–17 000 och årligen insjuknar cirka 4 000 personer (Laine, 2015). Vid afasi kan språkförmågan påverkas i olika grad. Svårigheter kan förekomma med talproduktionen, språkförståelsen, benämningsförmågan, upprepningsförmågan, läsförmågan och skrivförmågan (Laine & Marttila, 1992). När afasin orsakats av en stroke sker i viss mån en spontan återhämtning av språkförmågan under de första månaderna (Basso, 2003). Enligt Basso (2003) avslutas den spontana återhämtningen efter cirka 6 månader och då är afasin kronisk.

Beroende på afasins symtombild delas afasin in i olika typer. Afasiindelning enligt den neoklassiska modellen är kliniskt populär och modellen delar in afasin i flytande och icke-flytande afasi (Basso, 2003). I flytande afasi är artikulationen tydlig men talet innehåller parafasier. Talet i icke-flytande afasi är knappt och ansträngt. Afasityper enligt den neoklassiska modellen är Wernickes afasi, Brocas afasi, konduktionsafasi, anomisk afasi, transkortikal-sensorisk afasi, transkortikal-motorisk afasi och global afasi (Basso, 2003). Se Tabell 1 för de olika afasitypernas symtombilder.

Tabell 1. Afasitypers symtombild enligt den neoklassiska modellen (Basso, 2003)

Afasityp	Talflyt	Förståelse	Upprepning	Benämning
Wernickes afasi	+	-	-	-
Brocas afasi	-	+	-	-
Konduktionsafasi	+	+	-	-
Anomisk afasi	+	+	+	-
TSA	+	-	+	-
TMA	-	+	+	-
Global afasi	-	-	-	-

Anteckningar. TSA = transkortikal-sensorisk afasi; TMA = transkortikal-motorisk afasi; + = förmågan finns; - = förmågan är nedsatt.

1.2 Afasins påverkan på livskvaliteten

Att insjukna i afasi påverkar livskvaliteten både hos personen med afasi och personer i dess näromgivning. Välbefinnande, relationer, vardagen och sociala möjligheter kan drabbas negativt (Intercollegiate Stroke Working Party, 2012). Enligt Dalemans, de Witte, Wade och van den Heuvel (2010) påverkar afasin personers delaktighet i samhället. Personer med afasi kan ha svårigheter att förstå samtal (Dalemans m.fl., 2010) och de känner sig isolerade (Dalemans m.fl., 2010; Vickers, 2010), stigmatiserade och beroende av andra (Dalemans m.fl., 2010). De är även ofta oförmögna till att återgå till arbetslivet (Dalemans m.fl., 2010; Intercollegiate Stroke Working Party, 2012). Sociala nätverk minskar (Vickers, 2010) där t.ex. kontakten till vänner blir betydligt mindre (Brown, Davidson, Worrall & Howe, 2013; Davidson, Howe, Worrall, Hickson & Togher, 2008; Vickers, 2010). Afasin påverkar även familjemedlemmar för personen med afasi (Grawburg, Howe, Worrall & Scarinci, 2013).

Enligt Brown, Worrall, Davidson och Howe (2010) är det komplext och individuellt att leva framgångsrikt med afasi. Personer med afasi vill sträva efter ett positivt liv trots afasin och de vill vara aktiva, ha meningsfulla relationer och kunna kommunicera. Kommunikationens komplexitet och varaktighet, yttrandets tydlighet samt möjligheterna för engagemang är faktorer som påverkar deltagandet hos personer med afasi (Howe, Worrall & Hickson, 2008). Dessutom påverkas delaktigheten av hur medveten omgivningen är om afasin (Howe m.fl., 2008) och enligt Code m.fl. (2016) är allmänhetens kunskap om afasin låg. Tillgängligheten av kommunikativa stöd i omgivningen påverkar även delaktigheten i samhället (Howe m.fl., 2008). Personer med afasi förstår t.ex. bättre skrivet material ifall de finns tillgängliga i afasivänligt format (Brennan, Worrall & McKenna, 2005; Rose, Worrall, Hickson & Hoffman, 2011; Rose, Worrall, & McKenna, 2003).

1.3 Den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (eng. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) tar i beaktande biologiska, individuella och sociala perspektiv i individens hälsotillstånd (Stakes, 2004). ICF-modellen inkluderar två delar där den första delen hänvisar till funktionstillstånd och funktionsnedsättning och den andra delen till kontextuella faktorer. Funktionsförmågan och funktionsnedsättningen inkluderar två komponenter: (1) kroppsfunktion- och struktur och (2) aktivitet och delaktighet, och kontextuella faktorer inkluderar komponenterna (1) omgivningsfaktorer och (2) personliga faktorer. Med hjälp av ICF:s ramverk kan man förklara hur en funktionsnedsättning påverkar en persons funktionsförmåga (Stakes, 2004).

Komponenten kroppsfunktion och struktur hänvisar till förändringar i anatomiska, fysiologiska, psykologiska och mentala funktioner, medan komponenten aktivitet och delaktighet hänvisar till personens förmåga att delta och sysselsättas i olika handlingar i sitt liv och sociala situationer (Stakes, 2004). En stroke orsakar enligt ICF:s ramverk anatomiska förändringar i kroppen då hjärnvävnad skadas. Afasi, som ofta orsakas av en stroke, begränsar personens språkliga aktivitet och därmed även personens delaktighet. De kontextuella faktorerna kan inkludera den fysiska omgivningen, sociala omgivningen eller attityder i omgivningen och dessa kan antingen befrämja eller hindra en persons funktionsförmåga. Personliga faktorer kan t.ex. vara ålder, kön och livsstil (Stakes, 2004).

1.4 Afasirehabilitering

Återhämtningen av afasin påverkas av flera faktorer och afasins etiologi och behandlingsmöjligheter är två centrala punkter i återhämtningsprocessen (Laine, 2015). Logopedisk behandling har bevisats vara effektivt för att förbättra språkförmågan vid afasi och intensiteten av behandlingen är betydande för att uppnå dessa positiva behandlingsresultat (Bhagal, Teasell & Speechley, 2003; Brady, Kelly, Godwin, Enderby & Campbell, 2016). Behandlingen ska starta så tidigt som möjligt (Laine, 2015), men resultat kan även uppnås i en kronisk fas (Allen, Mehta, McClure & Teasell, 2012; Laine, 2015; Zhang m.fl., 2017). Huvudmålsättningen i afasibehandlingen är att förbättra individens kommunikativa möjligheter och färdigheter (Laine, 2015).

Bedömningen av afasins symtombild och svårighetsgrad är viktiga utgångspunkter för afasirehabiliteringen (Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017). Dessutom ska funktionsförmågan hos personen med afasi kartläggas, dvs. hur afasin påverkar personens kommunikativa aktiviteter och därmed även personens delaktighet (Korpijaakko-Huuhka & Rautakoski, 2017). Enligt Laine (2015) ska afasibedömningen och afasibehandlingen utföras av en talterapeut.

En funktionsförmåga eller en funktionsnedsättning kan granskas utifrån en medicinsk eller social modell (Stakes, 2004). Den medicinska modellen utgår ifrån att en funktionsnedsättning orsakar problem för den enskilda individen. Rehabiliteringen av funktionsnedsättningen kräver vård, anpassning och beteendeförändring. Den sociala modellen ser en funktionsnedsättning som ett socialt problem och rehabiliteringen ska sträva efter att befrämja delaktigheten. ICF:s ramverk tar hänsyn till både den medicinska och sociala modellen och således erbjuder ICF en sammanhållen syn på hälsa ur ett biologiskt, individuellt och socialt perspektiv. Detta kallas för en biopsykosocial inriktning (Stakes, 2004). Enligt LaPointe (2011) är ICF ett allmänt använt ramverk inom rehabiliteringen för personer med afasi.

Inom afasirehabiliteringen kan man se inriktningar som utgår ifrån den medicinska och sociala modellen. Enligt Thompson och Worrall (2008) kan afasibehandlingen vara symptom- eller konsekvensbaserad. Fokuset i symtombaserad behandling är att förbättra språk- och talförmågan genom att rehabilitera de skadade funktionerna. I konsekvensbaserad behandling är syftet att minska konsekvenserna som afasin orsakar i personens liv. Målsättningen är att förbättra delaktigheten samt kommunikations- och interaktionsmöjligheterna t.ex. genom att inrikta behandlingen till kommunikationspartnern. Symtom- och konsekvensbaserade behandlingsmodeller formar gemensamt en optimal intervention och därför är båda tillvägagångssätten viktiga i afasirehabiliteringen (Thompson & Worrall, 2008).

Afasin påverkar även familjemedlemmar till personen med afasi (Grawburg m.fl., 2013) och det är viktigt att involvera anhöriga i rehabiliteringsprocessen och ge dem stöd (Manders, Mariën & Janssen, 2011). Anhöriga önskar att de tas med i rehabiliteringen (Howe m.fl., 2012) och de vill få information om afasin samt bli handledda i hur de kan förbättra kommunikationen med sin familjemedlem som har afasi (Manders m.fl., 2011). Kommunikationspartnerträning har bevisats vara effektivt för att förbättra den

kommunikativa aktiviteten och delaktigheten hos personer med afasi och deras anhöriga (Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland & Cherney, 2010). I familjecentrerad afasibehandling är det även viktigt att identifiera och ta i beaktande familjemedlemmars mål och önskningar (Howe m.fl., 2012).

Att leva framgångsrikt med afasi är dock komplext och individuellt (Brown m.fl., 2010). Personer med afasi vill kunna kommunicera och vara aktiva trots afasin. De vill även ha meningsfulla relationer och sträva efter ett positivt liv. Detta är i linje med ICF:s ramverk och i behandlingen måste det breda spektrumet tas i beaktande (Brown m.fl., 2010). Personer med afasi har även själva målsättningar i deras rehabilitering (Worrall m.fl., 2011). Dessa kan relateras till hela ICF-modellen men majoriteten av målen är dock ihopkopplade med komponenterna aktivitet och delaktighet. Specifika önskningar som personer med afasi har i rehabiliteringen är att (1) återgå till ett liv som de hade innan afasin, (2) kunna kommunicera både åsikter och behov, (3) känna kontroll och självständighet, (4) få information om afasi, stroke och behandlingsmöjligheter, (5) bli respekterade, (6) få talterapi som möter deras individuella behov, (7) vara engagerade i ett socialt liv, (8) få tillbaka den fysiska funktionsförmågan och (9) kunna hjälpa andra personer som befinner sig i samma situation som de själva befinner sig i. Majoriteten av målsättningarna kan reflekteras till ICF:s aktivitet och delaktighet och därmed till det vardagliga livet och detta borde tas i beaktande i afasirehabiliteringen (Worrall m.fl., 2011).

I vissa länder, som t.ex. Kanada och Australien, finns det nationella rekommendationer specifikt för afasirehabiliteringen, men enligt Simmons-Mackie m.fl. (2017) är dessa inte internationellt användbara. I Finland har rekommendationer specifikt för afasi inte utvecklats. Finska läkarförbundet Duodecim har publicerat rekommendationer om god medicinsk praxis för t.ex. stroke och dessa inkluderar några generella riktlinjer för afasirehabiliteringen (Duodecim, 2016). Aphasia United har skapat tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen och de är avsedda att vara internationellt användbara (Simmons-Mackie m.fl., 2017). Rekommendationerna finns tillgängliga på flera språk, bl.a. på finska (Aphasia United, u.å., b).

1.5 Aphasia United

Aphasia United är en internationell samarbetsorganisation med avsikten att förena det globala afasismhället (Aphasia United, u.å., a). Organisationen grundades på grund av brister i väsentliga internationella strategier för afasiforskning och afasiserice och den är avsedd för internationella forskare, kliniker och personer drabbade av afasi. Aphasia Uniteds mål är att (1) öka synligheten av personer med afasi samt kliniker och forskare, (2) representera afasismhället globalt, (3) skapa globala nätverk som förenar personer med afasi, (4) stöda global afasiforskning och (5) främja god praxis (Aphasia United, u.å., a).

Med evidens från olika vetenskapliga källor och expertis av sakkunniga inom ämnet har Aphasia United skapat tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen (eng. Best practice recommendations) (se Tabell 2). Dessa är menade för forskare och kliniker samt personer drabbade av afasi (Simmons-Mackie m.fl., 2017). I rekommendationerna ingår hur bedömningen och behandlingen av personer med afasi samt handledningen av personer i näromgivningen ska förverkligas. Hur personer med afasi ska bli bemötta i samhället ingår även i rekommendationerna (Aphasia United, u.å., c). För varje enskild rekommendation presenteras dess evidensnivå (Simmons-Mackie m.fl., 2017).

1.5.1 Utvecklingen av Aphasia Uniteds rekommendationer

Kliniska resultat och mål verkar uppnås bättre ifall riktlinjer för klinisk praxis följs (Grimshaw & Russell, 1993; Hubbard m.fl., 2012; Reker m.fl., 2002). Under Aphasia Uniteds toppmöte år 2012 påpekade Simmons-Mackie brister i kliniska riktlinjer specifikt för afasi, trots att det fanns litteratur och evidens för varierande afasiinterventioner (citerad i Simmons-Mackie m.fl., 2017). Behovet av ett projekt som skulle utveckla rekommendationer specifikt för afasi dokumenterades i en systematisk litteraturöversikt av Rohde, Worrall och Le Dorze (2013). Efter toppmötet grundades en grupp som hade som uppgift att skapa kliniska rekommendationer för afasi och dessa var avsedda att vara internationellt användbara (Simmons-Mackie m.fl., 2017). Rekommendationerna skapades med hjälp av grundlig genomgång av vetenskapliga källor och expertis. Forskningsevidens, webbsidor och kliniska riktlinjer för afasi eller stroke granskades. Därefter införskaffades konsensus av experter och personer med afasi för de skisserade rekommendationerna. Utifrån projektet skapades tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen (Simmons-Mackie m.fl., 2017).

Tabell 2. *Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen och dess evidensnivåer. Rekommendationerna är fritt översatta till svenska från de finska rekommendationerna av Aphasia United (u.å., c)*

Rek	
1	”Kommunikationsförmågan hos varje person som drabbats av en stroke eller som har en progredierande neurologisk sjukdom måste kartläggas.” Evidensnivå: C
2	”En talterapeut ska undersöka en person som misstänks ha en kommunikationsstörning. Bedömningen måste vara helhetsmässig så att man kan kartlägga den möjliga störningens typ, svårighetsgrad och påverkan på den drabbades liv.” Evidensnivå: B, C
3	”En person med afasi ska få information om kommunikationsstörningen, vad kommunikationsstörningen beror på (t.ex. en stroke) och kommunikationsstörningens behandlingsmöjligheter. Denna praxis ska anpassas i hälso- och sjukvårdens olika nivåer, både i en akut och kronisk fas.” Evidensnivå A–C
4	”En person med afasi ska inte skickas hem från vården innan hen fått en användbar och accepterad kommunikationsmetod eller ett kommunikationsmedel (t.ex. alternativ och kompletterande kommunikation, stöd eller handledning av näromgivningen) eller en dokumenterad plan av när och hur en sådan kan tas i bruk.” Evidensnivå: Expertis
5	”Intensiv och individualiserad afasiterapi ska erbjudas till en person med afasi. Afasiterapin ska planeras så att den förbättrar kommunikationsförmågan hos personen med afasi och därmed även livskvaliteten. En talterapeut ska planera och förverkliga interventionen. - Behandlingen kan innehålla störningsspecifika övningar, kompensatoriska övningar, diskussionsövningar, funktionella och deltagande övningar, handledning av omgivningen och/eller kommunikationsövningar med alternativ och kompletterande kommunikation -Behandlingen kan utföras individuellt, i grupp, med distansterapi och/eller med datorstödd terapi. -Talterapi ska erbjudas både till en person som drabbats av en stroke och till en person som har en progredierande neurologisk sjukdom. -En person som drabbats av en stroke eller en annan kronisk hjärnskada kan dra nytta av talterapi både i en akut och kronisk fas.” Evidensnivå: A–Expertis
6	”Handledning om hur man kan förbättra kommunikationen med en person med afasi ska erbjudas till personer i näromgivningen.” Evidensnivå: A, B
7	”Familjen eller assistenten till en person med afasi ska tas med i rehabiliteringsprocessen. -Familjemedlemmar eller assistenten för en person med afasi ska få handledning och stöd oberoende av afasins orsak eller följderna som afasin orsakar. -Familjemedlemmar eller assistenten ska lära sig att kommunicera med en person med afasi.” Evidensnivå: A–C
8	”Service för en person med afasi ska vara kulturellt anpassad och individuellt relevant.” Evidensnivå: Expertis
9	”Personal inom hälso- och socialvård som arbetar med personer med afasi (från akut- till terminalvård) ska få utbildning om vad afasi är och om hur man stöder kommunikationen hos en person med afasi.” Evidensnivå: C
10	”Information riktad till en person med afasi ska vara så lättförståelig som möjligt.” Evidensnivå: C

Anteckningar. Rek = rekommendation; Evidensnivå A: Rekommendationen stöds av forskningsresultat; Evidensnivå B: Rekommendationen stöds oftast av forskningsresultat; Evidensnivå C: Rekommendationen stöds aningen av forskningsresultat; Expertis: Evidens som grundar sig på experters åsikter och experters samsyn.

Enligt Simmons-Mackie m.fl. (2017) kommer Aphasia Uniteds rekommendationer att utvecklas och omarbetas då afasiforskning blir mer omfattande. Författarna påpekar även att ytterligare expertis och personer i olika länder måste engageras för att skapa så verkliga internationella rekommendationer som möjligt. Rekommendationerna representerar inte mindre utvecklade länder eller icke-engelsktalande experter, vilket anses bristfälligt. Dessutom borde en större global representation av personer med afasi involveras. För tillfället pågår dock översättning av de tio rekommendationerna till olika språk och även till afasivänligt format. Detta leder till ytterligare konsensus och möjliga förändringar av rekommendationerna då fler experter, länder och regioner samt personer med afasi engageras (Simmons-Mackie m.fl., 2017). I dag finns rekommendationerna översatta till 13 språk och de finns även tillgängliga i afasivänligt format på 4 språk. Rekommendationerna finns på finska, men inte på svenska (Aphasia United, u.å., c).

Simmons-Mackie m.fl. (2017) påpekar att realiserandet av rekommendationerna kommer att vara en utmaning. De hoppas på att dessa preliminära rekommendationer kommer att skapa internationell diskussion och forskning. De nämner bland annat att studier med syftet att undersöka hur de tio rekommendationerna om god praxis för afasirehabiliteringen förverkligas borde genomföras för att identifiera brister och uppfinna strategier för att förbättra användbarheten (Simmons-Mackie m.fl. 2017).

1.5.2 Tidigare kunskap om Aphasia Uniteds rekommendationer inom afasirehabiliteringen

Författarna Korpijaakko-Huuhka, Manninen och Kilppi (2017) har undersökt hur afasirehabiliteringen i Finland stämmer överens med de internationella rekommendationerna av Aphasia United. Våren 2015 skickade Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) en enkät till 50 talterapeuter i Finland. Enkäten (kevään 2015 verkkokysely) innehöll frågor kring Aphasia Uniteds rekommendationer och den skickades till talterapeuter som arbetade på universitetssjukhus och centralsjukhus samt till talterapeuter som arbetade med vuxenneurologiska patienter i större städers stadssjukhus. På enkätundersökningen svarade sammanlagt 17 talterapeuter och majoriteten av dem arbetade antingen i Helsingfors eller Tammerfors universitetssjukhus (Korpijaakko-Huuhka m.fl., 2017). Med både resultaten från enkätundersökningen och från tidigare kunskap om afasipraxis i Finland (Laine, 2008; Sellmann, Heikkinen & Kilppi, 2009; Sunervo, 2015) drog författarna slutsatser om hur inhemsk afasirehabilitering motsvarar

rekommendationerna av Aphasia United (Korpijaakko-Huuhka m.fl., 2017). Slutsatserna av Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) antyder att Aphasia Uniteds alla rekommendationer inte förverkligas tillräckligt heltäckande (se Tabell 3).

Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) påpekar att samplet för undersökningen var otillräckligt. Alla sjukhusets talterapeuter nåddes inte och enkätundersökningen skickades inte till hälsovårdscentraler, till privata företag eller privata företagare. Dessutom nämner författarna att det inte fanns talterapeuter tillgängliga på två av stadssjukhusen som enkäten skickades till.

Tabell 3. *Korpijaakko-Huuhka med fleras (2017) slutsatser om afasipraxis i Finland*

Rek	
1	Alla patienter som fått en stroke eller har en minnessjukdom vägleds inte till en talterapeutisk bedömning.
2	Talterapeuter bedömer kommunikationsstörningen heltäckande i den akuta fasen, men i den kroniska fasen är bedömningsmetoderna inte lika strukturerade när kommunikationsstörningens följder bedöms.
3	Information om afasin och om afasins orsaker ges av talterapeuter både till personen med afasi och hans anhöriga.
4	Talterapeuter strävar efter att erbjuda en fungerande kommunikationsmetod till personen med afasi innan hen skickas hem från vården men detta är inte alltid möjligt, vilket kan bero på klientens hälsotillstånd eller rehabiliteringsprocessen.Handledning av omgivningen är den viktigaste metoden men oftast blir det oklart ifall metoderna används i praktiken.
5	Med hjälp av bedömningsresultat och intervjuer med personen med afasi och hans anhöriga planerar en talterapeut en individualiserad rehabilitering för varje enskild klient. Individuell talterapi är den vanligaste terapiformen, men även andra terapiformer används. Talterapiens intensitet varierar beroende på arbetsplats och det är inte alltid möjligt att erbjuda tillräckligt med talterapi. Personer med minnessjukdomar får sällan talterapi.
6	Näromgivningen för personen med afasi deltar otillräckligt i kommunikationsträning.
7	I den akuta fasen får anhöriga mycket handledning och de deltar i rehabiliteringsplaneringen. Deltagandet minskar senare i rehabiliteringsprocessen. Det är oklart hur annan vårdpersonal deltar i rehabiliteringsprocessen.
8	Individuella behov och intressen tas i beaktande i rehabiliteringen, och även afasiklientens kulturella bakgrund kan oftast beaktas.
9	Utbildning erbjuds till afasiklientens näromgivning och till enhetens personal, men undervisning för en mer omfattande population borde ökas.
10	Afasivänligt informationsmaterial finns tillgängligt. Vid behov skapar talterapeuter mer material.

Anteckningar. Rek = rekommendation; se Tabell 2 för Aphasia Uniteds rekommendationer.

2 Syfte

Personer med afasi ska bemötas med respekt och de har rätt till liknande vård som klienter utan afasi (Aphasia United, u.å., c). Både personen med afasi och hans anhöriga är berättigade till individualiserad rehabilitering som är avsedd att förbättra kommunikationen och stöda det vardagliga livet. Aphasia Uniteds rekommendationer är utvecklade för att skapa globaliserad afaservice och med hjälp av detta förbättra livskvaliteten hos personer med afasi (Aphasia United, u.å., c). I Finland har endast en studie undersökt hur Aphasia Uniteds rekommendationer förverkligas. Studien hade ett litet sampel med talterapeuter som endast arbetade på sjukhus. Syftet med denna avhandling var att undersöka hur Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen förverkligas av talterapeuter i Finland. Avhandlingen inkluderade både talterapeuter som arbetar inom den kommunala sektorn och talterapeuter som arbetar inom den privata sektorn. Frågeställningen i avhandlingen var (1) förverkligas Aphasia Uniteds rekommendationer inom afasirehabiliteringen i Finland, (2) finns det skillnader i förverkligandet mellan den kommunala och privata sektorn och (3) finns det skillnader i förverkligandet inom kommunala arbetsplatser (sjukhus och hälsovårdscentraler) och inom privata arbetsplatser (privatmottagningar och rehabiliteringscenter).

3 Metod

3.1 Inklusions- och exklusionskriterier

Målgruppen i studien var finländska legitimerade talterapeuter som arbetar med personer med afasi. Inklusionskriterierna för deltagandet var att deltagarna är legitimerade talterapeuter, att de arbetar i Finland och att de arbetar med personer med afasi. Exklusionskriterierna var talterapeutstuderanden och legitimerade talterapeuter som inte arbetar med personer med afasi. Deltagarna i studien rekryterades via Finlands Talterapeutförbund rf som skickade ut en länk till ett elektroniskt frågeformulär till förbundets medlemmar.

3.2 Datainsamling

Datainsamlingen påbörjades den 6 november 2018 efter att det etiska tillståndet från den forskningsetiska nämnden vid psykologi och logopedi vid Åbo Akademi beviljats. Med hjälp av ett elektroniskt frågeformulär, som fanns tillgängligt både på finska och svenska, samlades data in till studien. Finlands Talterapeutförbund rf skickade länken till det elektroniska frågeformuläret via e-post till förbundets medlemmar ($N = 1\,255$). I e-postmeddelandet framkom även (1) kort information om Aphasia United, (2) syfte och målgrupp för studien samt (3) information om talterapeuternas samtycke till att delta i studien (se Bilaga A). I informationen om samtycket informerades talterapeuterna om att deltagandet i studien var fullständigt frivilligt och anonymt och genom att svara och återsända frågeformuläret gav de sitt samtycke till att hens svar får användas inom ramen av denna avhandling och möjligtvis i en nationell eller internationell publikation. Deltagarna hade två veckor på sig att svara på frågeformuläret. Den 20.11.2018 avslutades datainsamlingen och därefter överfördes data till Excel och IBM SPSS Statistics för analysering.

3.3 Det elektroniska frågeformuläret

Med hjälp av programmet E-lomake av Eduix Oy skapades ett elektroniskt frågeformulär både på finska och svenska. Det elektroniska frågeformuläret (se Bilaga B) var indelat i två delar, där den första delen innehöll frågor om deltagarnas bakgrundsuppgifter så som kön, ålder, examinationsår, examinationsuniversitet, arbetsgivare, arbetsplats, klientel osv. Del 2 innehöll frågor kring Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen. Innan varje fråga i den andra delen presenterades rekommendationen för den gällande frågan eller de gällande frågorna. Efter varje fråga i del 2 hade deltagarna även möjlighet att tillägga eventuella korta kommentarer. Rekommendationerna i det svenska frågeformuläret var fritt översatta från de finska rekommendationerna av Aphasia United, eftersom rekommendationerna ännu inte finns på svenska.

I Bilaga B är rekommendationerna och de tillhörande frågorna numrerade från 1 till 10. Några av Aphasia Uniteds rekommendationer innehåller flera delmoment och då en rekommendation innehåller flera delmoment ställdes flera frågor kring den gällande rekommendationen. I de fallen är de specifika frågorna märkta med bokstäver, där t.ex. 2a

betyder att det är den första frågan för rekommendation 2 och 2b betyder att det är den andra frågan för rekommendation 2 o.s.v.

3.4 Statistiska analyser

IBM SPSS Statistics användes för dataanalyseringen. Deltagarnas bakgrundsuppgifter analyserades deskriptivt. Deskriptivanalys användes även till analyseringen av hur deltagarna förverkligade de olika rekommendationerna, dvs. hur deltagarna svarade på frågorna om Aphasia Uniteds rekommendationer.

Chi-kvadrat-test användes för att statistiskt jämföra ifall förverkligandet av rekommendationerna skiljde sig mellan deltagare som arbetade inom den kommunala sektorn och den privata sektorn. Därefter jämfördes ifall förverkligandet av rekommendationerna skiljde sig inom kommunala arbetsplatser (hälsovårdscentraler och sjukhus) samt inom privata arbetsplatser (privatmottagningar och rehabiliteringscenter). Antagandena för Chi-kvadrat-test är att alla cellers förväntade värde ska vara större än 5 i 2x2 tabeller och i större tabeller får högst 20 % av cellerna ha förväntade värdet under 5 och ingen cell får ha förväntade värdet under 1 (Field, 2013). Ifall de ovanstående kriterierna för en given analys inte uppnåddes användes Fisher's exakta test.

Efter analyserna (Chi-kvadrat eller Fisher's exakta test) användes Post hoc-test med bonferronikorrigerigering av p -värdet för att se ifall de eventuella effekterna kom ifrån svarsalternativet ja, delvis eller nej. Bonferronikorrigerigeringen av p -värdet utfördes för att undvika typ 1 fel. Det bonferronikorrigerade p -värdet var 0,008. Effektstorlekarna räknades med Cramer's V , där 0,1 illustrerar en liten effekt, 0,3 en medeleffekt och 0,5 en stor effekt.

4 Resultat

4.1 Deltagare

Frågeformuläret skickades via Finlands Talterapeutförbund rf till 1 255 talterapeuter och sammanlagt svarade 63 talterapeuter. Svartsprocenten var 5,0 %. Samtliga deltagare var kvinnor och 54 (85,7 %) av dem svarade på det finska frågeformuläret och 9 (14,3 %) på det svenska. Deltagarnas åldrar var relativt jämnt fördelade mellan 20 och 69 år, men mest frekvent förekom åldrarna i tioårsspannet 30–39 ($n = 14$; 22,2 %) och 50–59 ($n = 14$; 22,2 %). De flesta av deltagarna hade utexaminerats från Uleåborgs universitet ($n = 24$; 38,1 %) eller Helsingfors universitet ($n = 17$; 27,0 %) och största delen hade tagit sin examen år 2010 eller senare ($n = 25$; 39,7 %). Se Tabell 4 för deltagarnas bakgrundsuppgifter.

4.2 Deltagarnas arbetssituation

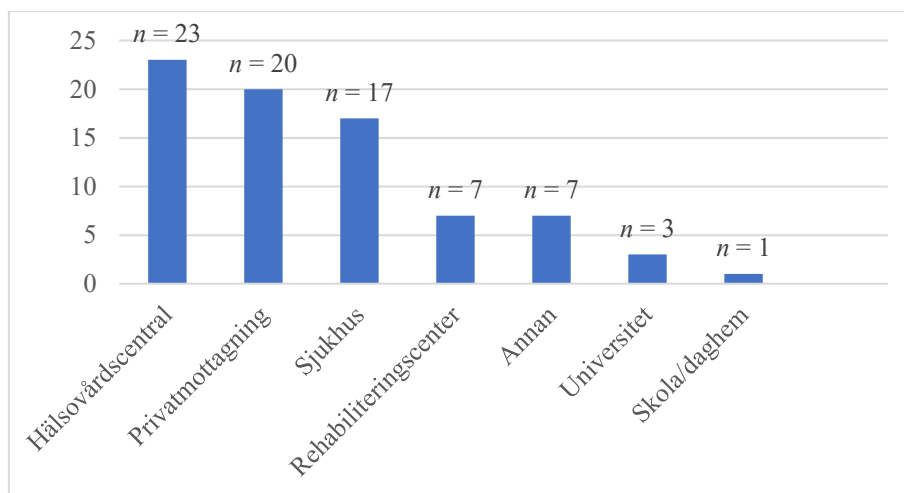
De flesta av deltagarna arbetade i södra Finlands regionsförvaltningsverk ($n = 16$; 25,4 %), i sydvästra Finlands regionsförvaltningsverk ($n = 15$; 23,8 %) eller i västra och inre Finlands regionsförvaltningsverk ($n = 14$; 22,2 %). I norra Finland arbetade 8 av deltagarna (12,7 %), i östra Finland 7 av deltagarna (11,1 %) och i Lappland 3 av deltagarna (4,8 %).

Tabell 4. *Deltagarnas bakgrundsuppgifter: ålder enligt tioårsspann, examinationsuniversitet och examinationsår*

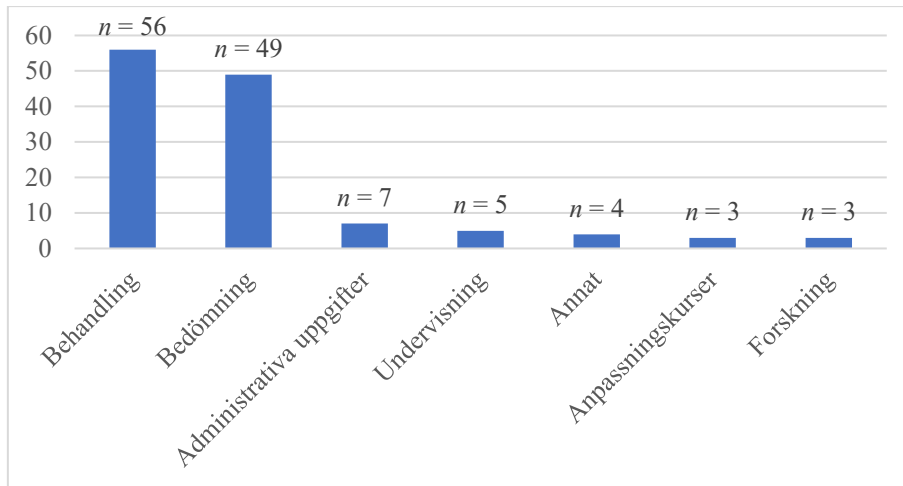
		<i>n</i>	%
Ålder	20–29	13	20,6
	30–39	14	22,2
	40–49	12	19,0
	50–59	14	22,2
	60–69	10	15,9
Examinationsuniversitet	Helsingfors Universitet	17	27,0
	Uleåborgs Universitet	24	38,1
	Tammerfors Universitet	3	4,8
	Åbo Universitet	4	6,4
	Åbo Akademi	9	14,3
	Annan	6	9,5
Examinationsår	2010–2018	25	39,7
	2000–2009	12	19,0
	1990–1999	14	22,2
	1980–1989	10	15,9
	1970–1979	2	3,2

Majoriteten av deltagarna arbetade på heltid ($n = 56$; 88,9 %), men deltidsarbete förekom även i gruppen ($n = 6$; 9,5 %) och 1 av deltagarna (1,6 %) arbetade endast med enstaka klienter. De flesta av deltagarna arbetade både med personer med afasi i en kronisk och akut fas ($n = 35$; 55,6 %), men vissa arbetade endast med kroniska afasiklienter ($n = 19$; 30,2 %) eller med afasiklienter i en akut fas ($n = 9$; 14,3 %).

I frågorna om deltagarnas arbetsgivare, arbetsplats och arbetsbild hade deltagarna möjlighet att välja flera alternativ, vilket förklarar varför procenten överstiger 100 %. Majoriteten av deltagarna var anställda av kommunen eller samkommunen ($n = 38$; 60,3 %) och 27 deltagare (42,9 %) var anställda inom den privata sektorn, varav 17 deltagare (27,0 %) hade en tjänst under ett privatföretag och 10 deltagare (15,9 %) var privatföretagare. Fyra av deltagarna hade flera arbetsgivare. Hälsovårdscentralen var den mest förekommande arbetsplatsen bland deltagarna ($n = 23$; 36,5 %) och därefter privatmottagning ($n = 20$; 31,7 %) och sjukhus ($n = 17$; 27,0 %). Se Figur 1 för de resterande arbetsplatserna. Av deltagarna hade 14 meddelat att de hade fler arbetsplatser. De mest förekommande arbetsuppgifterna bland deltagarna var behandling ($n = 56$, 88,9 %) och bedömning ($n = 49$; 77,8 %). Se Figur 2 för deltagarnas arbetsuppgifter.



Figur 1. Deltagarnas arbetsplatser. Antalet deltagare överskrider 63 eftersom deltagarna hade möjligheten att välja flera alternativ ifall de hade flera arbetsplatser.

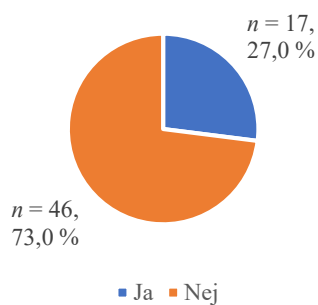


Figur 2. Deltagarnas arbetsuppgifter. Antalet deltagare överskrider 63 eftersom deltagarna hade möjligheten att välja flera alternativ ifall de hade flera arbetsuppgifter.

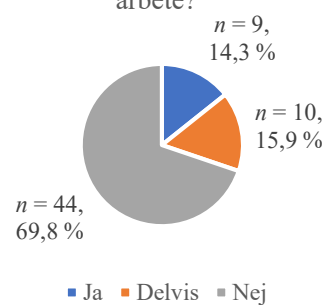
4.3 Kunskap om Aphasia Uniteds rekommendationer

Aphasia Uniteds rekommendationer var obekanta för majoriteten av deltagarna ($n = 46$; 73,0 %). Endast 17 deltagare (27,0 %) hade hört om dessa tidigare. De flesta av deltagarna rapporterade även att de inte använt sig av Aphasia Uniteds rekommendationer som riktlinjer i sitt kliniska arbete (se Figur 3). Endast 9 deltagare (14,3 %) rapporterade att de använt sig av Aphasia Uniteds rekommendationer och 10 deltagare (15,9 %) rapporterade att de hade delvis använt dessa. Tillägga kommentarer antydde att Aphasia Uniteds rekommendationer har använts i praktiken trots att de varit obekanta.

"Har du hört om Aphasia Uniteds rekommendationer tidigare?"



"Har du använt dig av Aphasia Uniteds rekommendationer som riktlinjer i ditt arbete?"



Figur 3. Deltagarnas svar på frågorna "Har du hört om Aphasia Uniteds rekommendationer tidigare?" och "Har du använt dig av Aphasia Uniteds rekommendationer som riktlinjer i ditt arbete?"

4.4 Förverkligandet av Aphasia Uniteds rekommendationer

Aphasia Uniteds första rekommendation, om att kommunikationsförmågan måste kartläggas hos varje person som fått en stroke eller som har en progredierande neurologisk sjukdom, förverkligades på 26 deltagares arbetsplatser (41,3 %) och delvis på 26 deltagares arbetsplatser (41,3 %). Elva deltagare (17,7 %) rapporterade att denna rekommendation inte förverkligas på deras arbetsplatser. I frågorna om den andra rekommendationen svarade majoriteten av deltagarna att de kartlägger kommunikationsstörningens karaktär ($n = 48$; 76,2 %), svårighetsgrad ($n = 44$; 69,8 %) och påverkan på den drabbades liv ($n = 42$; 66,7 %). Den tredje rekommendationen, om att en person med afasi ska få information om kommunikationsstörningen, dess orsaker och behandlingsmöjligheter, förverkligades även av de flesta deltagarna. Deltagarna svarade att de ger information om kommunikationsstörningen ($n = 61$; 96,8 %), kommunikationsstörningens orsaker ($n = 45$; 71,4 %) och kommunikationsstörningens behandlingsmöjligheter ($n = 45$; 71,4 %) till personer med afasi.

Den fjärde rekommendationen, om att en person med afasi ska få en användbar kommunikationsmetod innan hen skickas hem från vården eller en dokumenterad plan om när och hur en sådan kan tas i bruk, förverkligades delvis av de flesta deltagarna ($n = 32$; 50,8 %). Av deltagarna svarade 18 (28,6 %) att en person med afasi har en användbar kommunikationsmetod innan hen skickas hem från vården eller en plan om när och hur en sådan kan tas i bruk, medan 13 deltagare (20,6 %) svarade att en person med afasi inte alltid har detta.

Den femte rekommendationen inkluderade flera frågor (5a–5p). Deltagarnas svar på ifall de kan erbjuda personer med afasi intensiv talterapi (fråga 5a) var relativt jämnt fördelade mellan svarsalternativen ja ($n = 22$; 34,9 %), delvis ($n = 21$; 33,3 %) och nej ($n = 20$, 31,7 %). Majoriteten av deltagarna ($n = 51$; 81,0 %) rapporterade däremot att de kan erbjuda individualiserad talterapi till personer med afasi (fråga 5b).

Över hälften av deltagarna rapporterade att de använder sig av störningsspecifika övningar, kompensatoriska övningar, diskussionsövningar, funktionella och deltagande övningar samt handledning av omgivningen och kommunikationsövningar med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i sitt arbete (fråga 5c–5h). Individuell talterapi var den mest använda terapiformen ($n = 60$; 95,2 %) (fråga 5i), men andra terapiformer användes också (se Tabell 5).

Tabell 5. Deltagarnas ($N = 63$) svar på frågorna om förverkligandet av Aphasia Uniteds rekommendationer

Rek	Ja		Delvis		Nej	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	26	41,3	26	41,3	11	17,5
2a	48	76,2	11	17,5	4	6,4
2b	44	69,8	14	22,2	5	7,9
2c	42	66,7	21	33,3	0	0,0
3a	61	96,8	2	3,2	0	0,0
3b	45	71,4	16	25,4	2	3,2
3c	45	71,4	18	28,6	0	0,0
4	18	28,6	32	50,8	13	20,6
5a	22	34,9	21	33,3	20	31,7
5b	51	81,0	9	14,3	3	4,8
5c	56	88,9	5	7,9	2	3,2
5d	55	87,3	7	11,1	1	1,6
5e	51	81,0	10	15,9	2	3,2
5f	33	52,4	24	38,1	6	9,5
5g	42	66,7	20	31,7	1	1,6
5h	43	68,3	18	28,6	2	3,2
5i	60	95,2	1	1,6	2	3,2
5j	5	7,9	14	22,2	44	69,8
5k	3	4,8	4	6,4	56	88,9
5l	18	28,6	22	34,9	23	36,5
5m	58	92,1	3	4,8	2	3,2
5n	36	57,1	10	15,9	17	27,0
5o	37	58,7	14	22,2	12	19,0
5p	35	55,6	19	30,2	9	14,3
6	24	38,1	35	55,6	4	6,4
7	19	30,2	39	61,9	5	7,9
8a	38	60,3	20	31,7	5	7,9
8b	53	84,1	10	15,9	0	0,0
9	13	20,6	39	61,9	11	17,5
10	22	34,9	28	44,4	13	20,6

Anteckningar. Rek = rekommendation; Rekommendationerna är numrerade från 1 till 10 och då en rekommendation inkluderade flera frågor är de specifika frågorna märkta med bokstäver; Se Bilaga B för varje specifik fråga.

Det var mer vanligt att deltagarna svarade att de ger talterapi till personer som fått afasi efter en stroke ($n = 58$; 92,1 %) än till personer som fått afasi i samband med en progredierande neurologisk sjukdom ($n = 36$; 57,1 %) (fråga 5m och 5n). Cirka hälften av deltagarna rapporterade att de ger talterapi till personer med afasi i en akut fas ($n = 37$;

58,7 %) (fråga 5o). Likaså rapporterade ungefär hälften att de ger talterapi till personer med afasi i en kronisk fas ($n = 35$; 55,6 %) (fråga 5p).

Enligt 24 deltagare (38,1 %) innefattar talterapi för en person med afasi kommunikationsträning till personer i hans näromgivning. Cirka hälften ($n = 35$; 55,6 %) svarade ändå att kommunikationsträning till näromgivningen förverkligas endast delvis i deras arbete och 4 deltagare (6,4 %) svarade att detta inte förverkligas (fråga 6). På frågan om den sjunde rekommendationen rapporterade majoriteten av deltagarna ($n = 39$; 61,9 %) att familjen eller assistenten inkluderas i rehabiliteringsprocessen endast delvis. Av deltagarna svarade 19 (30,2 %) att familjen eller assistenten deltar i rehabiliteringsprocessen tills de lärt sig att kommunicera med personen med afasi och 5 deltagare (7,9 %) svarade att denna rekommendation inte förverkligas.

Över hälften av deltagarna ($n = 38$; 60,3 %) rapporterade att de anpassar arbetet med personer med afasi enligt de drabbades kultur (fråga 8a). Endast 5 deltagare (7,9 %) svarade att arbetet med personer med afasi inte är kulturellt anpassat. Afasiklientens individuella behov och intressen beaktas även i deltagarnas arbete ($n = 53$; 84,1 %) (fråga 8b).

Utbildning om afasi för personal inom hälso- och socialvård förverkligades delvis av de flesta deltagarna ($n = 39$; 61,9 %). Några få deltagare ($n = 13$; 20,6 %) rapporterade att denna rekommendation (rekommendation 9) förverkligas på deras arbetsplatser. Den tionde rekommendationen om att personer med afasi borde få material i afasivänligt format förverkligades även delvis av de flesta deltagarna ($n = 28$; 44,4 %). Tjugotvå deltagare (34,9 %) rapporterade att denna rekommendation förverkligas i sin helhet och 13 deltagare (20,6 %) rapporterade att den inte förverkligas.

4.5 Skillnader i förverkligandet av Aphasia Uniteds rekommendationer mellan den kommunala sektorn och den privata sektorn

Resultaten av hur deltagarna inom den kommunala sektorn (KS) ($n = 38$) och den privata sektorn (PS) ($n = 27$) har svarat på frågorna om Aphasia Uniteds rekommendationer och de eventuella skillnaderna i förverkligandet presenteras i Tabell 6. Nedan rapporteras de signifikanta skillnaderna från Chi-kvadrat eller Fisher's exakta test, och efterföljs av resultaten från Post hoc-test för att närmare demonstrera varifrån effekterna härstammar.

Den första rekommendationen, om att kommunikationsförmågan måste kartläggas hos varje person som fått en stroke eller som har en progredierande neurologisk sjukdom, förverkligades signifikant olika beroende på ifall deltagarna arbetade inom KS eller PS ($\chi^2(2, N = 65) = 12,0, p = 0,003$; Cramer's $V = 0,4$). Deltagarna i PS-gruppen svarade signifikant oftare att den första rekommendationen förverkligas på deras arbetsplats (66,7 %) än deltagarna i KS-gruppen (26,3 %), $p = 0,001$. Däremot tenderade deltagarna i PS-gruppen svara mer frekvent att den första rekommendationen inte förverkligas på deras arbetsplats (26,3 %) i jämförelse med deltagarna i KS-gruppen (3,7 %), $p = 0,016$.

En signifikant skillnad fanns även i hur deltagarna svarade på frågan om kartläggningen av kommunikationsstörningens svårighetsgrad (fråga 2b) hos personer med afasi ($p = 0,037$, Fisher's exakta test; Cramer's $V = 0,3$). Deltagarna som arbetade inom KS svarade antingen att detta förverkligas helt (78,9 %) eller delvis (21,1 %). Med andra ord rapporterade ingen i KS-gruppen att de inte kartlägger kommunikationsstörningens svårighetsgrad. Däremot rapporterade 14,8 % av deltagarna som arbetade inom PS att detta inte förverkligas inom deras arbete, $p = 0,016$.

Fem av svaren på frågorna om den femte rekommendationen skiljde sig signifikant mellan KS-gruppen och PS-gruppen. En signifikant skillnad fanns i hur grupperna svarade på fråga 5a, om hur talterapeuterna kan erbjuda intensiv talterapi till personer med afasi ($\chi^2(2, N = 65) = 7,4, p = 0,025$; Cramer's $V = 0,3$). Deltagarna som arbetade inom KS tenderade svara mer frekvent att de inte kan erbjuda intensiv talterapi till personer med afasi (42,1 %) i jämförelse med deltagarna som arbetade inom PS (14,8 %), $p = 0,021$. Deltagarna som arbetade inom PS tenderade svara mer frekvent att de kan delvis erbjuda intensiv talterapi (48,1 %) i jämförelse med deltagarna som arbetade inom KS (21,1 %), $p = 0,021$. En signifikant skillnad fanns även i hur deltagarna i KS-gruppen och PS-gruppen svarade på fråga 5b, om hur talterapeuterna kan erbjuda individualiserad talterapi till personer med afasi ($p = 0,032$, Fisher's exakta test; Cramer's $V = 0,3$). Nästan alla deltagare i PS-gruppen svarade att de kan erbjuda individualiserad talterapi till personer med afasi (96,3 %), medan färre deltagare i KS-gruppen svarade detta (71,1 %), $p = 0,009$. KS-gruppen tenderade svara mer frekvent att individualiserad talterapi förverkligas delvis (21,1 %) än PS-gruppen (3,7 %), $p = 0,045$. Svaren på fråga 5h skiljde sig även mellan grupperna ($p = 0,043$, Fisher's exakta test; Cramer's $V = 0,3$). PS-gruppen använde sig mer frekvent av AKK i afasiterapin (85,2 %) än KS-gruppen (57,9 %), $p = 0,021$, medan KS-gruppen använde AKK i afasiterapin mer delvis (36,8 %) än PS-gruppen (14,8 %), $p = 0,045$.

Tabell 6. Skillnader i hur deltagare som arbetar inom den kommunala sektorn ($n = 38$) och den privata sektorn ($n = 27$) svarade på frågorna om Aphasia Uniteds tio rekommendationer

Rek	Kommunala sektorn			Privata sektorn			p -värde
	% ja	% delvis	% nej	% ja	% delvis	% nej	
1	26,3	47,4	26,3	66,7*	29,6	3,7	0,003 ^a
2a	84,2	15,8	0,0	66,7	22,2	11,1	0,079 ^b
2b	78,9	21,1	0,0	59,3	25,9	14,8	0,037 ^b
2c	60,5	39,5	0,0	70,4	29,6	0,0	0,413 ^a
3a	100,0	0,0	0,0	92,6	7,4	0,0	0,169 ^b
3b	71,1	28,9	0,0	74,1	18,5	7,4	0,180 ^b
3c	71,1	28,9	0,0	77,8	22,2	0,0	0,543 ^a
4	28,9	52,6	18,4	25,9	51,9	22,2	0,919 ^a
5a	36,8	21,1	42,1	37,0	48,1	14,8	0,025 ^a
5b	71,1	21,1	7,9	96,3	3,7	0,0	0,032 ^b
5c	84,2	10,5	5,3	96,3	3,7	0,0	0,372 ^b
5d	81,6	15,8	2,6	96,3	3,7	0,0	0,224 ^b
5e	73,7	21,1	5,3	92,6	7,4	0,0	0,144 ^b
5f	42,1	44,7	13,2	66,7	29,6	3,7	0,138 ^b
5g	57,9	39,5	2,6	77,8	22,2	0,0	0,220 ^b
5h	57,9	36,8	5,3	85,2	14,8	0,0	0,043 ^b
5i	92,1	2,6	5,3	100,0	0,0	0,0	0,507 ^b
5j	10,5	28,9	60,5	7,4	14,8	77,8	0,355 ^b
5k	2,6	5,3	92,1	7,4	7,4	85,2	0,696 ^b
5l	28,9	34,2	36,8	29,6	40,7	29,6	0,808 ^a
5m	86,8	7,9	5,3	100,0	0,0	0,0	0,212 ^b
5n	57,9	21,1	21,1	63,0	7,4	29,6	0,294 ^a
5o	71,1	21,1	7,9	40,7	22,2	37,0*	0,010 ^a
5p	31,6	44,7	23,7*	85,2*	14,8	0,0	<0,001 ^a
6	23,7	68,4	7,9	55,6	40,7	3,7	0,028 ^b
7	23,7	65,8	10,5	40,7	55,6	3,7	0,291 ^b
8a	47,4	42,1	10,5	81,5	14,8	3,7	0,018 ^b
8b	78,9	21,1	0,0	96,3	3,7	0,0	0,069 ^b
9	10,5	76,3	13,2	29,6	44,4	25,9	0,040 ^b
10	34,2	52,6	13,2	37,0	37,0	25,9	0,323 ^a

Anteckningar. Rek = rekommendation; ^a p -värden från Chi-kvadrat-test; ^b p -värden från Fisher's exakta test som användes ifall antagandena för Chi-kvadrat-test inte uppnåddes; Värden med fetstil visar var de största svarsskillnaderna bland svarsalternativen ja, delvis och nej mellan grupperna finns när Chi-kvadrat eller Fisher's exakta test är signifikant. Ifall värdet med fetstil har en * ovanför är skillnaden signifikant även efter bonferronikorrigeringen av p -värdet ($p < 0,008$); Rekommendationerna är numrerade från 1 till 10 och då en rekommendation inkluderade flera frågor är de specifika frågorna märkta med bokstäver; Se Bilaga B för varje specifik fråga.

Det fanns en signifikant skillnad i hur deltagarna i KS-gruppen och PS-gruppen förverkligade talterapi för personer med afasi i en akut fas (fråga 5o) ($\chi^2 (2, N = 65) = 9,2$, $p = 0,010$; Cramer's $V = 0,4$). PS-gruppen svarade signifikant oftare att de inte ger talterapi till personer med afasi i en akut fas (37,0 %) i jämförelse med KS-gruppen (7,9 %), $p = 0,004$. KS-gruppen tenderade svara mer frekvent att de ger talterapi till personer med afasi i en akut fas (71,1 %) i jämförelse med PS-gruppen (40,7 %), $p = 0,016$. En signifikant skillnad fanns även i hur deltagarna i de olika grupperna gav talterapi till personer med afasi i en kronisk fas (fråga 5p) ($\chi^2 (2, N = 65) = 19,2$, $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,5$). Deltagarna som arbetade inom PS svarade signifikant oftare att de ger talterapi till personer med afasi i en kronisk fas (85,2 %) än deltagarna som arbetade inom KS (31,6 %), $p < 0,001$. Deltagarna som arbetade inom KS svarade däremot signifikant mer frekvent att de inte ger talterapi till kroniska afasiklienter. Deltagarna som arbetade inom KS tenderade även svara oftare att talterapi för personer med kronisk afasi förverkligas endast delvis (44,7 %), $p = 0,012$.

Kommunikationsträning för afasiklientens näromgivning förverkligades signifikant olika av KS-gruppen och PS-gruppen (fråga 6) ($p = 0,028$, Fisher's exakta test; Cramer's $V = 0,3$). Deltagarna i PS-gruppen tenderade förverkliga denna rekommendation mer frekvent (55,6 %) än deltagarna i KS-gruppen (23,7 %), $p = 0,009$, medan deltagarna i KS-gruppen svarade mer frekvent att kommunikationsträning för personer i näromgivningen förverkligas endast delvis (68,4 %), $p = 0,028$.

Det fanns en signifikant skillnad i hur KS-gruppen och PS-gruppen tog i beaktande kulturen (fråga 8a) i talterapi för personer med afasi ($p = 0,018$, Fisher's exakta test; Cramer's $V = 0,4$). Deltagarna som arbetade inom PS svarade oftare att de anpassar sitt arbete enligt afasiklientens kultur (81,5 %) än deltagarna som arbetade inom KS (47,4 %), $p = 0,009$, medan deltagarna som arbetade inom KS svarade mer frekvent att de anpassar sitt arbete delvis enligt afasiklientens kultur (42,1 %), $p = 0,021$.

En signifikant skillnad fanns även i hur deltagarna svarade på fråga 9 om hur talterapeuterna kan erbjuda utbildning om afasi till personal inom hälso- och socialvård ($p = 0,040$, Fisher's exakta test; Cramer's $V = 0,3$). KS-gruppen svarade oftare att denna rekommendation förverkligas delvis (76,3 %) än PS-gruppen (44,4 %), $p = 0,009$, medan PS-gruppen svarade mer frekvent att rekommendationen förverkligas i sin helhet (29,6 %) än KS-gruppen (10,5 %), $p = 0,045$.

4.6 Skillnader i förverkligandet av Aphasia Uniteds rekommendationer mellan olika arbetsplatser

Resultaten av hur deltagarna inom kommunala arbetsplatser: sjukhus ($n = 17$) och hälsovårdscentraler ($n = 23$) och privata arbetsplatser: privatmottagningar ($n = 20$) och rehabiliteringscenter ($n = 7$) har svarat på frågorna om Aphasia Uniteds rekommendationer och de eventuella skillnaderna i förverkligandet presenteras i Tabell 7 och Tabell 8. Inga signifikanta skillnader fanns i hur deltagarna inom de privata arbetsplatserna svarade på frågorna om hur de förverkligar Aphasia Uniteds rekommendationer (alla p -värden $\geq 0,070$), och därför redogörs resultaten inte närmare. Däremot hittades signifikanta skillnader inom de kommunala arbetsplatserna. Nedan rapporteras de signifikanta skillnaderna från Chi-kvadrat eller Fisher's exakta test, och efterföljs av resultaten från Post hoc-test för att närmare demonstrera varifrån effekterna härstammar.

Svaren på fråga 4, om hur deltagarna kan erbjuda en användbar kommunikationsmetod till en person med afasi innan hen skickas hem från vården eller en dokumenterad plan om när och hur en sådan kan tas i bruk, skiljde sig signifikant mellan deltagarna som arbetade på sjukhus och hälsovårdscentraler ($p = 0,037$, Fisher's exakta test; Cramer's $V = 0,4$).

Deltagarna som arbetade på sjukhus svarade i större utsträckning att en person med afasi har en användbar kommunikationsmetod innan hen skickas hem från vården eller en dokumenterad plan om när och hur en sådan kan tas i bruk (47,1 %) än deltagarna som arbetade på hälsovårdscentraler (13,0 %), $p = 0,016$.

Svaren på fråga 51 skiljde sig även signifikant inom de kommunala arbetsplatserna ($\chi^2 (2, N = 40) = 9,0$, $p = 0,011$; Cramer's $V = 0,5$). Deltagarna som arbetade på hälsovårdscentraler svarade signifikant mer frekvent att de använder datorstödd terapi endast delvis i deras arbete (47,8 %) i jämförelse med deltagarna som arbetade på sjukhus (5,9 %), $p = 0,004$. Deltagarna som arbetade på sjukhus svarade mer frekvent att de använder sig av datorstödd terapi i deras arbete (47,1 %) än deltagarna som arbetade på hälsovårdscentraler (17,4 %), $p = 0,046$.

En signifikant skillnad fanns även i hur deltagarna inom de kommunala arbetsplatserna svarade på fråga 5p ($\chi^2 (2, N = 40) = 6,1$, $p = 0,048$; Cramer's $V = 0,4$). Deltagarna som arbetade på sjukhus tenderade svara mer frekvent att de inte ger talterapi till personer med

afasi i en kronisk fas (41,2 %) än deltagarna som arbetade på hälsovårdscentraler (8,7 %),
 $p = 0,016$.

Tabell 7. Skillnader i hur deltagare som arbetar på privatmottagningar ($n = 20$) och rehabiliteringscenter ($n = 7$) svarade på frågorna om Aphasia Uniteds tio rekommendationer

Rek	Privatmottagning			Rehabiliteringscenter			p -värde
	% ja	% delvis	% nej	% ja	% delvis	% nej	
1	65,0	30,0	5,0	42,9	57,1	0,0	0,533 ^b
2a	65,0	20,0	15,0	71,4	14,3	14,3	1,000 ^b
2b	55,0	25,0	20,0	71,4	14,3	14,3	0,846 ^b
2c	65,0	35,0	0,0	85,7	14,3	0,0	0,633 ^b
3a	90,0	10,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1,000 ^b
3b	65,0	25,0	10,0	100,0	0,0	0,0	0,323 ^b
3c	80,0	20,0	0,0	57,1	42,9	0,0	0,328 ^b
4	30,0	45,0	25,0	28,6	57,1	14,3	1,000 ^b
5a	45,0	35,0	20,0	14,3	85,7	0,0	0,119 ^b
5b	95,0	5,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1,000 ^b
5c	100,0	0,0	0,0	85,7	14,3	0,0	0,259 ^b
5d	95,0	5,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1,000 ^b
5e	90,0	10,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1,000 ^b
5f	70,0	25,0	5,0	71,4	28,6	0,0	1,000 ^b
5g	80,0	20,0	0,0	71,4	28,6	0,0	0,633 ^b
5h	85,0	15,0	0,0	71,4	28,6	0,0	0,580 ^b
5i	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	-
5j	10,0	15,0	75,0	0,0	14,3	85,7	1,000 ^b
5k	10,0	5,0	85,0	14,3	14,3	71,4	0,556 ^b
5l	35,0	35,0	30,0	28,6	28,6	42,9	1,000 ^b
5m	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	-
5n	60,0	5,0	35,0	71,4	0,0	28,6	1,000 ^b
5o	40,0	20,0	40,0	42,9	42,9	14,3	0,399 ^b
5p	80,0	20,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,545 ^b
6	60,0	35,0	5,0	57,1	42,9	0,0	1,000 ^b
7	45,0	50,0	5,0	42,9	57,1	0,0	1,000 ^b
8a	80,0	15,0	5,0	85,7	14,3	0,0	1,000 ^b
8b	95,0	5,0	0,0	85,7	14,3	0,0	0,459 ^b
9	30,0	40,0	30,0	42,9	57,1	0,0	0,294 ^b
10	25,0	40,0	35,0	71,4	0,0	28,6	0,070 ^b

Anteckningar. Rek = rekommendation; ^a p -värden från Chi-kvadrat-test; ^b p -värden från Fisher's exakta test som användes ifall antagandena för Chi-kvadrat-test inte uppnåddes; Rekommendationerna är numrerade från 1 till 10 och då en rekommendation inkluderade flera frågor är de specifika frågorna märkta med bokstäver; Se Bilaga B för varje specifik fråga.

Tabell 8. Skillnader i hur deltagare som arbetar på sjukhus ($n = 17$) och hälsovårdscentraler ($n = 23$) svarade på frågorna om Aphasia Uniteds tio rekommendationer

Rek	Sjukhus			Hälsovårdscentral			p -värde
	% ja	% delvis	% nej	% ja	% delvis	% nej	
1	47,1	41,2	11,8	17,4	47,8	34,8	0,081 ^a
2a	94,1	5,9	0,0	78,3	21,7	0,0	0,216 ^b
2b	94,1	5,9	0,0	69,6	30,4	0,0	0,107 ^b
2c	70,6	29,4	0,0	52,2	47,8	0,0	0,240 ^a
3a	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	-
3b	76,5	23,5	0,0	65,2	34,8	0,0	0,443 ^a
3c	76,5	23,5	0,0	65,2	34,8	0,0	0,443 ^a
4	47,1	47,1	5,9	13,0	56,5	30,4	0,037 ^b
5a	52,9	17,6	29,4	26,1	17,4	56,5	0,160 ^b
5b	64,7	17,6	17,6	69,6	30,4	0,0	0,101 ^b
5c	82,4	5,9	11,8	87,0	13,0	0,0	0,336 ^b
5d	70,6	23,5	5,9	87,0	13,0	0,0	0,295 ^b
5e	70,6	17,6	11,8	78,3	21,7	0,0	0,365 ^b
5f	58,8	29,4	11,8	30,4	52,2	17,4	0,214 ^b
5g	58,8	35,3	5,9	56,5	43,5	0,0	0,507 ^b
5h	58,8	35,3	5,9	60,9	34,8	4,4	1,000 ^b
5i	82,4	5,9	11,8	100,0	0,0	0,0	0,069 ^b
5j	11,8	35,3	52,9	8,7	26,1	65,2	0,722 ^b
5k	5,9	5,9	88,2	0,0	4,4	95,7	0,710 ^b
5l	47,1	5,9	47,1	17,4	47,8 *	34,8	0,011 ^a
5m	82,4	5,9	11,8	91,3	8,7	0,0	0,285 ^b
5n	41,2	29,4	29,4	69,6	17,4	13,0	0,206 ^b
5o	76,5	11,8	11,8	60,9	30,4	8,7	0,420 ^b
5p	23,5	35,3	41,2	43,5	47,8	8,7	0,048 ^a
6	29,4	58,8	11,8	26,1	65,2	8,7	1,000 ^b
7	23,5	64,7	11,8	30,4	60,9	8,7	0,898 ^b
8a	52,9	35,3	11,8	52,2	39,1	8,7	1,000 ^b
8b	82,4	17,6	0,0	73,9	26,1	0,0	0,707 ^b
9	17,6	70,6	11,8	8,7	73,9	17,4	0,768 ^b
10	47,1	41,2	11,8	26,1	60,9	13,0	0,326 ^b

Anteckningar. Rek = rekommendation; ^a p -värden från Chi-kvadrat-test; ^b p -värden från Fisher's exakta test som användes ifall antagandena för Chi-kvadrat-test inte uppnåddes; Värden med fetstil visar var de största svarsskillnaderna bland svarsalternativen ja, delvis och nej mellan grupperna finns när Chi-kvadrat eller Fisher's exakta test är signifikant. Ifall värdet med fetstil har en * ovanför är skillnaden signifikant även efter bonferronikorrigeringen av p -värdet ($p < 0,008$); Rekommendationerna är numrerade från 1 till 10 och då en rekommendation inkluderade flera frågor är de specifika frågorna märkta med bokstäver; Se Bilaga B för varje specifik fråga.

5 Diskussion

Syftet med avhandlingen var att undersöka hur Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen förverkligas av talterapeuter i Finland.

Frågeställningen var (1) förverkligas Aphasia Uniteds rekommendationer inom afasirehabiliteringen i Finland, (2) finns det skillnader i förverkligandet mellan den kommunala sektorn och den privata sektorn och (3) finns det skillnader i förverkligandet inom kommunala arbetsplatser (sjukhus och hälsovårdscentraler) och inom privata arbetsplatser (privatmottagningar och rehabiliteringscenter).

5.1 Aphasia Uniteds rekommendationer inom afasirehabiliteringen i Finland

Resultaten i avhandlingen antyder att Aphasia Uniteds rekommendationer förverkligas helt eller delvis av talterapeuter i Finland, beroende på vilken rekommendation det är frågan om. Det finns även vissa skillnader i förverkligandet mellan den kommunala och privata sektorn samt inom kommunala arbetsplatser. Vissa av skillnaderna är signifikanta både efter Chi-kvadrat eller Fisher's exakta test och efter Post hoc-test med bonferronikorrigeringen av p -värdet. Vissa av skillnaderna har ändå inte uppnått signifikans efter bonferronikorrigeringen och då talas endast om tendens för skillnader. Inga signifikanta skillnader i förverkligandet av rekommendationerna hittades inom privata arbetsplatser.

Majoriteten av deltagarna i studien kände inte till Aphasia Uniteds rekommendationer, men flera av de deltagarna påpekade ändå att de arbetat i enlighet med rekommendationerna. Aphasia Uniteds rekommendationer är nära sammankopplade med traditionell logopedisk behandling, vilket kan förklara varför talterapeuterna arbetat i enlighet med rekommendationerna trots att de varit obekanta från tidigare. Därtill grundar sig rekommendationerna på expertis samt existerande afasilitteratur och vetenskapliga artiklar (Simmons-Mackie m.fl., 2017), som talterapeuter i Finland troligtvis är bekanta med.

Aphasia Uniteds första rekommendation, om att kommunikationsförmågan måste kartläggas hos varje person som fått en stroke eller som har en progredierande neurologisk sjukdom, förverkligades helt eller delvis på de flesta deltagarnas arbetsplatser. Deltagarna som arbetade inom PS rapporterade signifikant oftare att den första rekommendationen förverkligas i sin helhet i jämförelse med deltagarna som arbetade inom KS. Klienter som

skickas till PS har troligtvis redan konstaterats ha en kommunikationsstörning på KS och ifall en kartläggning av kommunikationsförmågan inte utförts så förverkligas den inom PS. Talterapeuter som arbetar inom KS får klienter enligt remiss från läkare. Alla klienter som fått en stroke eller som har en progredierande neurologisk sjukdom vägleds inte till en talterapeut. Deltagarnas tillagda kommentarer antydde att lindriga kommunikationsstörningar kan bli osedda i läkarnas bedömning, vilket även Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) påpekar. Detta kan orsaka att alla patienter med kommunikationsstörningar inte vägleds till en talterapeutisk bedömning. Resultaten i denna avhandling är i enlighet med Korpjaakko-Huuhka med fleras (2017) slutsatser om att alla som fått en stroke eller som har en progredierande neurologisk sjukdom inte vägleds till en talterapeutisk bedömning.

Den andra rekommendationen av Aphasia United förverkligades av majoriteten av deltagarna där kommunikationsstörningens karaktär, svårighetsgrad och påverkan på den drabbades liv kartlades av de flesta talterapeuterna. En helhetsmässig bedömning av kommunikationsförmågan hör till talterapeuters grundläggande arbetsuppgifter och talterapeuters bedömning som arbetsuppgift finns även dokumenterad i Kommunförbundets nomenklaturer (Savolainen, 2017). Minoriteten av deltagarna svarade att en kartläggning av kommunikationsstörningens karaktär, svårighetsgrad och påverkan på den drabbades liv förverkligas endast delvis och några få deltagare svarade att de inte kartlägger kommunikationsstörningens karaktär eller svårighetsgrad. Det kan bero på att talterapeutisk bedömning inte tillhör alla talterapeuters arbetsbild på grund av att en bedömning redan utförts tidigare i rehabiliteringsprocessen. Deltagarna som arbetade inom PS tenderade svara mer frekvent att de inte kartlägger kommunikationsstörningens svårighetsgrad i jämförelse med deltagarna som arbetade inom KS. Skillnaden kan bero på att det är vanligt att en bedömning av kommunikationsstörningens svårighetsgrad har utförts redan på KS och därefter skickas klienten vidare till PS för att få talterapi. Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) drog liknande slutsatser om att talterapeuter bedömer kommunikationsstörningen tillräckligt heltäckande, speciellt i den akuta fasen, men författarna påpekar även att bedömningen av kommunikationsstörningens påverkan på den drabbades liv inte bedöms med lika strukturerade metoder i den kroniska fasen.

Aphasia Uniteds tredje rekommendation förverkligades även av majoriteten av deltagarna. Personer med afasi verkar således få information om kommunikationsstörningen, kommunikationsstörningens orsaker och kommunikationsstörningens

behandlingsmöjligheter av talterapeuter. Att förmedla information om kommunikationsstörningen och teman kring den är en viktig del inom logopedisk behandling (ShIPLEY & Roseberry-McKibbin, 2006). Både anhöriga (Howe m.fl., 2012) och personer med afasi (Worrall m.fl., 2011) vill få information om kommunikationsstörningen. Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) drog liknande slutsatser i deras studie om att talterapeuter ger information om kommunikationsstörningen till personer med afasi. Troligtvis får personer med afasi information om kommunikationsstörningen redan i akutvården, vilket kan förklara varför vissa av deltagarna svarade att den tredje rekommendationen förverkligas endast delvis. Trots detta påpekar Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) att klienter ofta kan ha svårt att förstå den förmedlade informationen i sjukdomsförloppets akuta tillstånd och således har talterapeuter en viktig roll i att förtydliga informationen i en senare fas.

Enligt Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) strävar talterapeuter efter att personer med afasi skulle ha en användbar kommunikationsmetod innan de skickas hem från vården. Detta är dock inte alltid möjligt, vilket kan t.ex. bero på externa faktorer så som klientens hälsotillstånd eller rehabiliteringsprocessens gång. Resultaten i denna avhandling var i enlighet med slutsatserna av Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017), eftersom Aphasia Uniteds fjärde rekommendation förverkligades delvis av de flesta deltagarna. Den fjärde rekommendationen förverkligades liknande av KS och PS, men en skillnad i förverkligandet fanns inom kommunala arbetsplatser. Deltagarna som arbetade på sjukhus tenderade svara mer frekvent att denna rekommendation förverkligas i jämförelse med deltagarna som arbetade på hälsovårdscentraler och skillnaden kan bero på att talterapeuter i hälsovårdscentraler oftast bara konsulterar klienter och gör undersökningar.

Möjligheten att erbjuda intensiv talterapi till personer med afasi, som var ett delmoment i rekommendation 5, verkar variera bland deltagarna. Intensiv talterapi för personer med afasi har visats vara effektivt för att uppnå positiva behandlingsresultat (Bhogal m.fl., 2003; Brady m.fl., 2016). Resultaten i denna avhandling antyder att deltagarna som arbetade inom KS tenderade svara mer frekvent att de inte kan erbjuda intensiv talterapi till personer med afasi, medan deltagarna som arbetade inom PS tenderade svara mer frekvent att intensiv talterapi förverkligas delvis. Skillnaden kan bero på att antalet klienter är stort inom KS och det är möjligt att resurserna inte räcker till att ge intensiv talterapi till alla afasiklienter. Inom PS är situationen annorlunda, då klienterna kan skickas från KS till PS med betalningsförbindelser eller med stöd från Folkpensionsanstalten för att få intensiv

talterapi. Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) påpekade även att mängden och längden av talterapi varierar beroende på talterapeutens arbetsplats.

Majoriteten av deltagarna i denna avhandling rapporterade att talterapi för personer med afasi är individualiserad (delmoment i rekommendation 5). Deltagarna som arbetade inom PS tenderade förverkliga individualiserad talterapi i större utsträckning än deltagarna som arbetade inom KS. Enligt Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) planerar talterapeuter en individualiserad rehabilitering för varje enskild klient.

Resultaten i denna avhandling antyder att talterapi för personer med afasi vanligen utförs som individuell talterapi, vilket även Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) påpekar. Andra terapiformer så som gruppterapi och distansterapi förverkligades sällan. Otillräckliga kunskaper om distansterapi (Svärd, 2018) kan vara orsaken till att denna terapiform sällan används. Svårigheter i att hitta en homogen grupp av personer med afasi (Kilppi, Sellman & Laine, 2012) och brister i resurser kan vara orsaken till att gruppterapi sällan används. Talterapiens innehåll verkar vara mångsidigt och innehålla störningsspecifika övningar, kompensatoriska övningar, diskussionsövningar, funktionella och deltagande övningar samt kommunikationsövningar med AKK och handledning av personer i näromgivningen. Det verkar som att talterapeuterna väljer innehållet enligt klienternas behov.

Kommunikationsövningar med AKK verkar vara mer använt inom PS i jämförelse med KS och datorstödd terapi verkar vara signifikant mer använt på sjukhus än på hälsovårdscentraler. De ovanstående terapiformerna och terapiövningarna är delmoment från Aphasia Uniteds rekommendation 5.

Både personer som fått afasi efter en stroke och personer som fått afasi i samband med en progredierande neurologisk sjukdom (delmoment i rekommendation 5) verkar erbjudas talterapi, men resultaten i denna avhandling antyder att det är mer vanligt att personer som fått afasi orsakat av en stroke får talterapi. Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) påpekade liknande att personer med minnessjukdomar mer sällan erbjuds talterapi i jämförelse med strokeklienter eller klienter som fått en traumatisk hjärnskada.

Talterapi för personer med afasi ska starta så tidigt som möjligt i den akuta fasen (Laine, 2015), men positiva behandlingsresultat kan även uppnås i en kronisk fas (Allen m.fl., 2012; Laine, 2015; Zhang m.fl., 2017). Cirka hälften av deltagarna i denna avhandling svarade att de ger talterapi både till personer med afasi i en akut fas och till personer med afasi i en kronisk fas (delmoment i rekommendation 5). En skillnad i förverkligandet fanns

mellan KS och PS. Deltagarna som arbetade inom KS förverkligade mer frekvent talterapi till personer med afasi i en akut fas i jämförelse med deltagarna som arbetade inom PS. Deltagarna som arbetade inom PS förverkligade däremot signifikant mer frekvent talterapi till personer med afasi i en kronisk fas i jämförelse med deltagarna som arbetade inom KS. En skillnad i förverkligandet fanns även inom kommunala arbetsplatser. Deltagarna som arbetade på sjukhus tenderade svara mer frekvent att de inte ger talterapi till personer med afasi i en kronisk fas i jämförelse med deltagarna som arbetade på hälsovårdscentraler. De ovannämnda skillnaderna kan bero på rehabiliteringsprocessens gång. Resultaten antyder att sjukhuset erbjuder oftast talterapi till personer med afasi i en akut fas, men senare i den kroniska fasen verkar talterapi mestadels erbjudas av privata företag och hälsovårdscentraler.

Aphasia Uniteds sjätte rekommendation, om att personer i näromgivningen för afasiklienten borde få handledning i hur de kan förbättra kommunikationen med personen med afasi, förverkligades delvis av de flesta deltagarna. Resultaten var i enlighet med slutsatserna av Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017). Författarna (Korpijaakko-Huuhka m.fl., 2017) nämnde att majoriteten av talterapeuterna ansåg att kommunikationsträning med näromgivningen förverkligas endast delvis och några ansåg att det sker för sällan. Kommunikationsträning med näromgivningen har bevisats vara effektivt för att förbättra den kommunikativa aktiviteten och delaktigheten hos personer med afasi och deras anhöriga (Simmons-Mackie m.fl., 2010) och därför är det viktigt att handleda anhöriga om hur de kan förbättra kommunikationen med personen med afasi. Att den sjätte rekommendationen förverkligas delvis av de flesta deltagarna kan bero på att näromgivningen för personer med afasi inte alltid tar emot handledning, vilket även några av deltagarna i denna avhandling poängterade. Anhöriga kan t.ex. känna att de inte hinner, då kommunikationsträning kräver både mycket tid och övning. Deltagarna som arbetade inom PS tenderade svara mer frekvent att kommunikationsträning för näromgivningen förverkligas i jämförelse med deltagarna som arbetade inom KS. Skillnaden kan bero på att klienterna inom PS befinner sig oftast i en kronisk fas och det har realiserats att språkförmågan inte genomgår en spontan återhämtning. Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) nämner att i den akuta fasen kan motivationen för nya alternativa kommunikationssätt vara bristfälligt, då personen med afasi och anhöriga hoppas att språkförmågan återhämtar sig (Korpijaakko-Huuhka m.fl., 2017).

Liksom den sjätte rekommendationen förverkligades även Aphasia Uniteds sjunde rekommendation delvis av de flesta deltagarna. Den sjunde rekommendationen inkluderar att familjen eller assistenten för personen med afasi ska involveras i rehabiliteringsprocessen, tills de har lärt sig att kommunicera med personen med afasi. Det är viktigt att involvera anhöriga eftersom afasin även påverkar dem (Grawburg m.fl., 2013; Manders m.fl., 2011). Orsakerna till att den sjunde rekommendationen förverkligas endast delvis av de flesta deltagarna kan vara liknande som för rekommendation sex, där deltagandet är troligtvis beroende av familjen eller assistenten. Enligt Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) ansåg talterapeuterna i deras enkätundersökning att anhöriga deltar i rehabiliteringsprocessen i den akuta fasen, men senare i processen minskar deltagandet.

Aphasia Uniteds åttonde rekommendation, om att servicen för personer med afasi ska vara kulturellt anpassad och individuellt relevant, verkade förverkligas av deltagarna.

Majoriteten av deltagarna svarade att talterapi för personer med afasi är anpassad enligt afasiklientens kultur, behov och intressen. Svaren antydde ändå att individuella behov och intressen är vanligare att ta i beaktande i jämförelse med kulturen, vilket kan grunda sig i otillräckliga kunskaper om olika kulturer. Liknande slutsatser drog Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) om att talterapeuter tar i beaktande individuella behov och intressen i rehabiliteringen. Afasiklientens kulturella bakgrund kan även oftast beaktas i rehabiliteringen (Korpijaakko-Huuhka m.fl., 2017). Deltagarna som arbetade inom PS tenderade anpassa talterapi för personer med afasi mer enligt kultur i jämförelse med deltagarna som arbetade inom KS.

Den nionde rekommendationen av Aphasia United, om att personal inom hälso- och socialvård ska få utbildning om afasi, förverkligades delvis av de flesta deltagarna.

Deltagarna som arbetade inom PS förverkligade denna rekommendation i större utsträckning i jämförelse med deltagarna som arbetade inom KS. Enligt Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) erbjuder talterapeuter utbildning om afasi till enhetens personal och afasiklientens näromgivning. Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) nämner att handledning för kollegor och studerande verkar höra till talterapeuters arbetsbild, men alla talterapeuter i deras studie ansåg att de inte kan handleda tillräckligt. Enligt Korpijaakko-Huuhka m.fl. (2017) borde utbildning riktad mot en bredare population ökas.

Aphasia Uniteds tionde rekommendation, som inkluderar att personer med afasi ska få material i afasivänligt format, förverkligades även delvis av de flesta deltagarna. Kommunikativa stöd i omgivningen främjar deltagandet i samhället (Howe m.fl., 2008) och skrivet material blir t.ex. mer förståeligt ifall de finns tillgängliga på afasivänligt format (Brennan m.fl., 2005; Rose m.fl., 2011; Rose m.fl., 2005). Enligt Korpjaakko-Huuhka m.fl. (2017) strävar talterapeuter efter att förmedla materialet till personer med afasi i ett afasivänligt format. Talterapeuter använder t.ex. Hjärnförbundets broschyrer, skapar material själv eller använder AKK (Korpjaakko-Huuhka m.fl., 2017).

5.2 Styrkor och begränsningar i studien samt förslag till framtida forskning

Studien har omfattat ett relativt litet sampel, vilket medför att resultaten i avhandlingen är riktgivande. Å andra sidan finns det inte information om hur många talterapeuter som arbetar med personer med afasi och Kilppi m.fl. (2012) uppskattade att andelen är liten. Samplet i denna studie är stort i jämförelse med den tidigare studien som utförts inom ämnet och dessutom inkluderade samplet både talterapeuter som arbetar inom den kommunala sektorn och talterapeuter som arbetar inom den privata sektorn, vilket kan ses som en styrka.

Frågeformuläret skickades till alla medlemmar i Finlands Talterapeutförbund rf trots att den endast var riktad till legitimerade talterapeuter som arbetar med personer med afasi och detta kan förklara varför svarsprocenten var så liten. Det relativt lilla samplet orsakade att grupperna för Chi-kvadrat och Fisher's exakta test jämförelsen blev små. Gruppen rehabiliteringscenter i jämförelsen privatmottagning versus rehabiliteringscenter var speciellt liten med endast sju deltagare. I de här jämförelserna hittades inga signifikanta skillnader, men resultaten bör granskas med försiktighet.

Frågeformuläret kunde ha inkluderat följdfrågor om varför vissa rekommendationer inte förverkligades eller förverkligades endast delvis av somliga deltagare. För att ytterligare förbättra afasirehabiliteringen kunde framtida forskning fokusera på varför vissa rekommendationer inte förverkligas i sin helhet av talterapeuter i Finland.

5.3 Sammanfattning

Resultaten i avhandlingen antyder att Aphasia Uniteds rekommendationer förverkligas i viss mån inom afasirehabiliteringen i Finland, trots att rekommendationerna verkar vara obekanta för flera talterapeuter. Rekommendation två, tre och åtta verkar förverkligas i sin helhet, medan de resterande rekommendationerna verkar förverkligas delvis. Resultaten var i enlighet med en tidigare studie inom samma ämne (Korpijaakko-Huuhka m.fl., 2017). Till skillnad från Korpijaakko-Huuhka med fleras (2017) studie inkluderade föreliggande avhandling även talterapeuter som arbetar på hälsovårdscentraler och talterapeuter som arbetar inom privata arbetsplatser. Signifikanta skillnader fanns i förverkligandet av vissa rekommendationer mellan den kommunala sektorn och den privata sektorn samt inom kommunala arbetsplatser. Skillnaderna kan delvis bero på arbetsplatsomständigheter eller rehabiliteringsprocessens gång.

Referenser

- Allen, L., Mehta, S., McClure, J. A., & Teasell, R. (2012). Therapeutic interventions for aphasia initiated more than six months post stroke: A review of the evidence. *Topics in Stroke Rehabilitation, 19*(6), 523–535. doi:10.1310/tsr1906-523
- Aphasia United. (u.å., a). About Aphasia United. Hämtad 2019-03-19 från <http://www.aphasiaunited.org>
- Aphasia United. (u.å., b). Best practice recommendations. Hämtad 2019-03-19 från <http://www.aphasiaunited.org/best-practice-recommendations/>
- Aphasia United. (u.å., c). Kansainvälisen asiantuntijaverkoston Aphasia United laatimat afasiaan liittyvät hyvät käytänteet. Hämtad 2019-03-19 från <http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/Finnish-Aphasia-United-Best-Practice-Recommendations.pdf>
- Basso, A. (2003). *Aphasia and its therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bhogal, S. K., Teasell, R., & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke, 34*(4), 987–993. doi:10.1161/01.STR.0000062343.64383.D0
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*, 1–68. doi:10.1002/14651858.CD000425.pub4
- Brennan, A. D., Worrall, L. E., & McKenna, K. T. (2005). The relationship between specific features of aphasia-friendly written material and comprehension of written material for people with aphasia: An exploratory study. *Aphasiology, 19*(8), 693–711. doi:10.1080/02687030444000958
- Brown, K., Davidson, B., Worrall, L. E., & Howe, T. (2013). ”Making a good time”: The role of friendship in living successfully with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology, 15*(2), 165–175. doi:10.3109/17549507.2012.692814

Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2010). Snapshots of success: An insider perspective on living successfully with aphasia. *Aphasiology*, *24*(10), 1267–1295. doi:10.1080/02687031003755429

Code, C., Papathanasiou, I., Rubio-Bruno, S., de la Paz Cabana, M., Villanueva, M. M., Haaland-Johansen, L., ... & Robert, A. (2016). International patterns of the public awareness of aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *51*(3), 276–284. doi:10.1111/1460-6984.12204

Dalemans, R. J., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *45*(5), 537–550. doi:10.3109/13682820903223633

Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: The impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *15*(4), 325–340. doi:10.1310/tsr1504-325

Duodecim. (2016). Aivoinfarkti ja TIA. Hämtad 2019-03-19 från <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50051.pdf>

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS*. London: SAGE Publications.

Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L., & Scarinci, N. (2013). A qualitative investigation into third-party functioning and third-party disability in aphasia: Positive and negative experiences of family members of people with aphasia. *Aphasiology*, *27*(7), 828–848. doi:10.1080/02687038.2013.768330

Grimshaw, J. M., & Russell, I. T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*, *342*, 1317–1322.

Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S., & Gilbert, J. (2012). ‘You needed to rehab... families as well’: family members’ own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *47*(5), 511–521. doi:10.1111/j.1460-6984.2012.00159.x

Howe, T. J., Worrall, L. E., & Hickson, L. M. (2008). Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, *22*(10), 1092–1120. doi:10.1080/02687030701640941

Hubbard, I. J., Harris, D., Kilkenny, M. F., Faux, S. G., Pollack, M. R., & Cadilhac, D. A. (2012). Adherence to clinical guidelines improves patient outcomes in Australian audit of stroke rehabilitation practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *93*, 965–971. doi:10.1016/j.apmr.2012.01.011

Intercollegiate Stroke Working Party. (2012). *National clinical guideline for stroke*. London: Royal College of Physicians.

Jehkonen, M., Nurmi, N., & Nurmi, M. (2015). Aivoverenkiertohäiriöt. I M. Jehkonen, T. Saunamäki, L. Paavola & J. Vilkki (Red.), *Klininen neuropsykologia* (s. 182–203). Helsinki: Duodecim.

Kilppi, A., Sellman, J., Heikkinen, P., & Laine, M. (2012). Current clinical practice in aphasia therapy in Finland: Challenges in moving towards national best practice. *Folia Phoniatrica et logopedica*. *64*, 169–178. doi:10.1159/000341106

Korpijaakko-Huuhka, A., Manninen, R., & Kilppi, A. (2017). Aikuisten kielihäiriöiden kuntoutus Suomessa. I Kilppi, A., Korpijaakko-Huuhka, A., Lehtihalmes, M., & Rautakoski, P. (Red.). *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 335–346). Helsinki: Gaudeamus.

Korpijaakko-Huuhka, A., & Rautakoski, P. (2017). ICF-luokitus afasian moniulotteisuuden kuvaajana. I Kilppi, A., Korpijaakko-Huuhka, A., Lehtihalmes, M., & Rautakoski, P. (Red.). *Afasia: Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus* (s. 119–135). Helsinki: Gaudeamus.

LaPointe, L.L. (2011). *Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders* (4). New York. Thieme medical publishers, Inc.

Laine, M. (2008). *Afasian akuutti- ja subakuuttivaiheen kuntoutuksen käytännöt ja resurssit kuntoutusta tekevien puheterapeuttien näkökulmasta. Kyselytutkimus*. (Pro gradu-avhandling). Helsingin yliopisto, Puhetieteiden laitos, Helsingfors.

Laine, M. (2015). Kielelliset häiriöt. I M. Jehkonen, T. Saunamäki, L. Paavola & J. Vilkki (Red.), *Kliininen neuropsykologia* (s. 128–143). Helsinki: Duodecim.

Laine, M., & Marttila, R. (1992). *Aikuisen afasia*. Duodecim, 108, 1039–1047. Hämtad 2019-03-07 från <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/3670/laine1039-1047.pdf?sequence=2>

Manders, E., Mariën, A., & Janssen, V. (2011). Informing and supporting partners and children of persons with aphasia: a comparison of supply and demand. *Logopedics Phoniatics Vocology*, 36(4), 139–144. doi:10.3109/14015439.2011.562534

Reker, D. M., Duncan, P. W., Horner, R. D., Hoenig, H., Samsa, G. P., Hamilton, B. B., & Dudley, T. K. (2002). Postacute stroke guideline compliance is associated with greater patient satisfaction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 750–756. doi:10.1053/apmr.2002.32736

Rohde, A., Worrall, L., & Le Dorze, G. (2013). Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 994–1003. doi:10.1111/jep.12023

Rose, T. A., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2011). Aphasia friendly written health information: Content and design characteristics. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 335–347. doi:10.3109/17549507.2011.560396

Rose, T. A., Worrall, L. E., & McKenna, K. T. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), 947–963. doi:10.1080/02687030344000319

Savolainen, T. (2017). *Puheterapianimikkeistö. Nomenklatur för talterapi*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Sellmann, J., Heikkinen, P., & Kilppi, A. (2009). Vaikeavammaisten AVH-, MS- ja CP-kuntoutujien puheterapia – VAKE-hankkeen alustavia tuloksia. *Puheterapeutti*, 2009(4), 25–27.

Shipley, K. G., & Roseberry-McKibbin, C. (2006). *Interviewing and counseling in communicative disorders: Principles and procedures*. Austin: Pro-Ed.

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 91*, 1814–1837. doi:10.1016/j.apmr.2010.08.026

Simmons-Mackie, N., Worrall, L., Murray, L. L., Enderby, P., Rose, M. L., Paek, E. J., & Klippi, A. (2017). The top ten: best practice recommendations for aphasia. *Aphasiology, 31*(2), 131–151. doi:10.1080/02687038.2016.1180662

Stakes. (2004). *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sunervo, I. (2015). *Läheiset osana afasiakuntoutusta – kyselytutkimus puheterapeuteille* (Pro gradu-avhandling). Helsingin yliopisto, Käyttäytymistieteiden laitos, Helsinki.

Svärd, A. (2018). *Användning av distanstalterapi i Finland* (Pro gradu-avhandling). Åbo Akademi, Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi, Åbo.

Thompson, C. K. & Worrall, L. (2008). Approaches to aphasia treatment. In N. Martin, C.K. Thompson & L. Worrall (Red.), *Aphasia rehabilitation. The impairment and its consequences* (s. 3–24). San Diego, CA: Plural Publishing.

Vickers, C. P. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology, 24*(6–8), 902–913. doi:10.1080/02687030903438532

Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology, 25*(3), 309–322. doi:10.1080/02687038.2010.508530

Zhang, J., Yu, J., Bao, Y., Xie, Q., Xu, Y., Zhang, J., & Wang, P. (2017). Constraint-induced aphasia therapy in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos One, 12*(8).

Bilaga A

Bästa talterapeut,

Jag studerar logopedi vid Åbo Akademi och samlar in data till min pro gradu-avhandling gällande Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis inom afasi.

Aphasia United är en internationell expertsnätverksorganisation för forskare, kliniker och drabbade med avsikten att bland annat skapa bättre service till personer med afasi (<http://www.aphasiaunited.org/>). Aphasia United har publicerat tio rekommendationer om god praxis inom afasi (<http://www.aphasiaunited.org/best-practice-recommendations/>).

Avsikten med min avhandling är att undersöka hur Aphasia Uniteds rekommendationer om god praxis inom afasi förverkligas i Finland.

Målgruppen är kliniskt verksamma legitimerade talterapeuter i Finland som arbetar med personer med afasi.

Nedan finns en länk till ett elektroniskt frågeformulär. Deltagandet är frivilligt och fullständigt anonymt. Svaren kommer att raderas från nätblanketten efter att de har överförts till ett statistikprogram. Data kommer därefter att sparas i elektronisk form bakom lösenord vid Åbo Akademi. Genom att svara och återsända frågeformuläret ger du ditt samtycke till att den information du fyllt i används inom ramen för avhandlingen och eventuellt i en inhemsk eller en internationell publikation.

Att fylla i frågeformuläret tar ca 15 minuter. Du kan välja mellan ett finskt och ett svenskt frågeformulär.

Jag hoppas att Du har tid att fylla i frågeformuläret inom två veckor, senast 20.11.2018. Alla svar är högst uppskattade och betydelsefulla för att kunna skapa en så realistisk bild av situationen som möjligt.

Länk till det svenska frågeformuläret: <https://survey.abo.fi/lomakkeet/10674/lomake.html>

Länk till det finska frågeformuläret:

<https://survey.abo.fi/lomakkeet/10674/lomake.html?rinnakkaislomake=Kyselylomake>

Med vänlig hälsning och tack på förhand,

Veera Tiainen

Vid frågor eller för mer information, kontakta gärna:

Logopedistuderande Veera Tiainen

Tfn. 040 840 1103

e-post veera.tiainen@abo.fi

Handledare Pirkko Rautakoski, legitimerad talterapeut

Professor i logopedi

Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi

Åbo Akademi

e-post pirkko.rautakoski@abo.fi

Bilaga B

Tack för att Du tagit Dig tid att fylla i detta frågeformulär. Tyvärr gäller detta formulär inte studeranden. **Målgruppen är legitimerade yrkesverksamma talterapeuter som arbetar med personer med afasi i Finland.** Frågeformuläret är indelat i två delar.

Del 1 innehåller bakgrundsfrågor och Du svarar på varje fråga genom att kryssa i det/de alternativ som Du upplever att stämmer. **Del 2** innehåller frågor gällande Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis inom afasi. Före frågorna ser Du en rekommendation som är ihopkopplad med den/de efterföljande frågan/frågorna. Rekommendationerna är fritt översatta från de finskspråkiga rekommendationerna av Aphasia United, hämtad från <http://www.aphasiaunited.org/best-practice-recommendations/>. Svara på varje fråga genom att kryssa i det/de alternativ som Du anser stämma bäst. Efter varje fråga har Du även möjlighet att tillägga eventuella korta kommentarer. För att få instruktioner om hur en viss fråga ska fyllas i, både i del 1 och 2, kan Du föra pilen över det orangefärgade frågetecknet.

Del 1: Bakgrundsfrågor

- Kön
 - Kvinna
 - Man
 - Annan
- Ålder
 - 20–29
 - 30–39
 - 40–49
 - 50–59
 - 60–69
 - 70+
- Vilket år tog Du examen?
 - 2010–2018
 - 2000–2009
 - 1990–1999
 - 1980–1989

- 1970–1979
- Från vilket universitet har Du fått Din examen?
 - Helsingfors Universitet
 - Uleåborgs Universitet
 - Tammerfors Universitet
 - Åbo Universitet
 - Åbo Akademi
 - Universitet i Sverige
 - Annat universitet
 - Om du svarade ”Annat universitet”, vilket? _____
- I vilken regionsförvaltningsverk arbetar Du i?
 - Södra Finland
 - Östra Finland
 - Lappland
 - Sydvästra Finland
 - Västra och Inre Finland
 - Norra Finland
 - Regionsförvaltningsmyndigheten på Åland
- Nuvarande arbetsgivare? (Möjligt att välja fler alternativ, ifall Du har flera arbetsgivare)
 - Kommun eller samkommun
 - Staten
 - Jag är privatföretagare
 - Tjänst under privatföretagare
 - Annan
 - Om du svarade ”Annan”, vem? _____
- Nuvarande arbetsplats? (Möjligt att välja fler alternativ, ifall Du har flera arbetsplatser)
 - Sjukhus
 - Hälsovårdscentral
 - Rehabiliteringscenter
 - Skola eller daghem
 - Privatmottagning

- Universitet
- Annan
 - Om du svarade ”Annan” var? _____
- Arbetar Du som talterapeut
 - på heltid
 - på deltid
 - med endast enstaka talterapeutklienter
- Vad består Ditt arbete mest av? (Möjligt att välja fler alternativ)
 - Undersökning/bedömning av klienter
 - Logopedisk behandling av klienter
 - Anpassningskurser
 - Administrativa uppgifter
 - Undervisning
 - Forskning
 - Annat, vad (t.ex. utbildning av olika arbetsgrupper)
 - Om Du svarade ”Annat”, vad? _____
- Arbetar Du med personer med afasi som är i en (möjligt att välja flera alternativ)
 - akut fas
 - kronisk fas
- Aphasia United har utvecklat tio rekommendationer om god praxis inom afasi. Har du hört om dessa rekommendationer tidigare?
 - Ja
 - Nej
 - Om du svarade ”Ja” varifrån har du hört om dessa? _____

Del 2: Frågor kring Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis inom afasi

Rekommendation 1: ”Kommunikationsförmågan hos varje person som drabbats av en stroke eller som har en progredierande neurologisk sjukdom måste kartläggas.”

1: Förverkligas den första rekommendationen på Din arbetsplats för alla ovannämnda patienter?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer (speciellt om du svarade ”delvis”):

Rekommendation 2: ”En talterapeut ska undersöka en person som misstänks ha en kommunikationsstörning. Bedömningen måste vara helhetsmässig så att man kan kartlägga den möjliga störningens typ, svårighetsgrad och påverkan på den drabbades liv.”

2a: Innehåller den talterapeutiska bedömningen i Ditt arbete kartläggning av kommunikationsstörningens karaktär?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

2b: Innehåller den talterapeutiska bedömningen i Ditt arbete kartläggning av kommunikationsstörningens svårighetsgrad?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

2c: Innehåller den talterapeutiska bedömningen i Ditt arbete kartläggning av kommunikationsstörningens påverkan på den drabbades liv?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 3: ”En person med afasi ska få information om kommunikationsstörningen, vad kommunikationsstörningen beror på (t.ex. en stroke) och kommunikationsstörningens behandlingsmöjligheter. Denna praxis ska anpassas i hälso- och sjukvårdens olika nivåer, både i en akut och kronisk fas.”

3a: Får en person med afasi information från Dig om sin kommunikationsstörning?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

3b: Får en person med afasi information från Dig om orsaken till sin kommunikationsstörning?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

3c: Får en person med afasi information från Dig om vilka behandlingsmöjligheter det finns för att rehabilitera kommunikationsstörningen?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 4: ”En person med afasi ska inte skickas hem från vården innan hen fått en användbar och accepterad kommunikationsmetod eller ett kommunikationsmedel (t.ex. alternativ och kompletterande kommunikation, stöd eller handledning av näromgivningen) eller en dokumenterad plan av när och hur en sådan kan tas i bruk.”

4: Har en person med afasi på Din arbetsplats en användbar och accepterad kommunikationsmetod eller ett kommunikationsmedel innan hen skickas hem från vården ELLER en dokumenterad plan om när och hur en sådan kan arrangeras?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

OBS! Rekommendation 5 är indelad i flera delar.

Rekommendation 5: ”Intensiv och individualiserad afasiterapi ska erbjudas till en person med afasi. Afasiterapin ska planeras så att den förbättrar kommunikationsförmågan hos personen med afasi och därmed även livskvaliteten. En talterapeut ska planera och förverkliga interventionen.”

5a: Kan Du erbjuda intensiv talterapi till personer med afasi i Ditt arbete?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5b: Kan Du erbjuda individualiserad talterapi till personer med afasi i Ditt arbete?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 5: ”Behandlingen kan innehålla störningsspecifika övningar, kompensatoriska övningar, diskussionsövningar, funktionella och deltagande övningar, handledning av omgivningen och/eller kommunikationsövningar med alternativ och kompletterande kommunikation.”

5c: Inkluderar afasiterapin i Ditt arbete störningsspecifika övningar?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5d: Inkluderar afasiterapin i Ditt arbete kompensatoriska övningar?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5e: Inkluderar afasiterapin i Ditt arbete diskussionsövningar?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5f: Inkluderar afasiterapin i Ditt arbete funktionella och deltagande övningar?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5g: Inkluderar afasiterapin i Ditt arbete handledning av omgivningen?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5h: Inkluderar afasiterapin i Ditt arbete kommunikationsövningar med AKK?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 5: ”Behandlingen kan utföras individuellt, i grupp, med distansterapi och/eller med datorstödd terapi. ”

5i: Innehåller afasiterapin som Du ger individuell talterapi?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5j: Innehåller afasiterapin som Du ger gruppterapi?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5k: Innehåller afasiterapin som Du ger distansterapi?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5l: Innehåller afasiterapin som Du ger datorstödd terapi?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 5: ”Talterapi ska erbjudas både till en person som drabbats av en stroke och till en person som har en progredierande neurologisk sjukdom.”

5m: Innehåller Ditt arbete talterapi för personer som drabbats av en stroke?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5n: Innehåller Ditt arbete talterapi för personer som har en progredierande neurologisk sjukdom?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 5: ”En person som drabbats av en stroke eller en annan kronisk hjärnskada kan dra nytta av talterapi både i en akut och kronisk fas.”

5o: Är det möjligt på Din arbetsplats att ge talterapi till en person med afasi som är i en akut fas?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

5p: Är det möjligt på Din arbetsplats att ge talterapi till en person med afasi som är i en kronisk fas?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 6: ”Handledning om hur man kan förbättra kommunikationen med en person med afasi ska erbjudas till personer i näromgivningen.”

6: Innehåller afasiterapin i Ditt arbete kommunikationsträning till personer i näromgivningen?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 7: ”Familjen eller assistenten till en person med afasi ska tas med i rehabiliteringsprocessen.

- Familjemedlemmar eller assistenten för en person med afasi ska få handledning och stöd oberoende av afasins orsak eller följderna som afasin orsakar.
- Familjemedlemmar eller assistenten ska lära sig att kommunicera med en person med afasi.”

7: Är det möjligt i Ditt arbete att inkludera familjen/assistenten till personen med afasi i rehabiliteringsprocessen tills hen lärt sig att kommunicera med personen med afasi?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 8: ”Service för en person med afasi ska vara kulturellt anpassad och individuellt relevant.”

8a: Är Ditt arbete med en person med afasi kulturellt anpassad?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

8b: Beaktar Du i Ditt arbete individuella behov och intressen som en person med afasi har?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 9: ”Personal inom hälso- och socialvård som arbetar med personer med afasi (från akut- till terminalvård) ska få utbildning om vad afasi är och om hur man stöder kommunikationen hos en person med afasi.”

9: Har man på Din arbetsplats utbildat personal inom hälso- och socialvård som arbetar med personer med afasi om afasi och om hur de kan stöda kommunikationen hos en person med afasi?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Rekommendation 10: ”Information riktad till personer med afasi ska vara så lättförståelig som möjligt.”

10: Finns det afasivänlig informationsmaterial på Din arbetsplats?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Har Du använt Dig av Aphasia Uniteds rekommendationer som riktlinjer för Ditt arbete?

Ja / Delvis / Nej

Eventuella kommentarer:

Tack för Dina svar!

Veera Tiainen

PRESSMEDDELANDE

Internationella rekommendationer för afasirehabiliteringen förverkligas i viss mån av talterapeuter i Finland

Pro gradu-avhandling i logopedi

Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi, Åbo Akademi

Resultaten från en nyligen gjord pro gradu-avhandling vid Åbo Akademi indikerar att internationella kliniska rekommendationer för afasirehabiliteringen förverkligas i viss mån av talterapeuter i Finland. Veera Tiainen har undersökt hur Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen förverkligas av talterapeuter i Finland. Aphasia Uniteds rekommendationer inkluderar bl.a. hur afasibedömning och afasibehandling borde förverkligas.

Resultaten i pro gradu-avhandlingen visade att tre av rekommendationerna förverkligades i sin helhet av de flesta deltagarna och sju av rekommendationerna förverkligades delvis av de flesta deltagarna. Vissa av rekommendationerna förverkligades olika beroende på deltagarnas arbetsplatsart.

Studien inkluderade sammanlagt 63 talterapeuter som arbetade med personer med afasi. Materialet till studien samlades in med hjälp av ett elektroniskt frågeformulär som innehöll frågor om deltagarnas bakgrundsuppgifter och frågor kring Aphasia Uniteds tio rekommendationer om god praxis för afasirehabiliteringen.

Ytterligare information fås av:

Veera Tiainen

Magisterstuderande i logopedi

Logopedi/Åbo Akademi

veera.tiainen@abo.fi

Pirkko Rautakoski

Professor i logopedi

Logopedi/Åbo Akademi

pirkko.rautakoski@abo.fi