Personer med afasi och deras anhöriga – erfarenheter av distanstalterapi

Anna-Carolina Ylimäki, 34312
Handledare: Pirkko Rautakoski
Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi
Utbildningslinjen för logopedi
Åbo Akademi
2019

Anna-Carolina Ylimäki

ÅBO AKADEMI –
FAKULTETEN FÖR HUMANIORA, PSYKOLOGI OCH TEOLOGI

Sammanfattning av avhandling pro gradu

Ämne: Logopedi	
Författare: Anna-Carolina Ylimäki	
Arbetets titel: Personer med afasi och deras anhöriga - erfarenheter av distanstalterapi	
Handledare: Pirkko Rautakoski	
Sammanfattning: Afasi efter stroke kan bidra till större nedsättningar i funktionen och delaktigheten i jämförelse med andra funktionsnedsättningar men personer med afasi (PMA) får inte alltid den rehabilitering de behöver. PMA är i behov av och drar nytta av långvarig rehabilitering. Ändå misslyckas man förse PMA med detta på grund av praktiska och ekonomiska begränsningar. Tillgången till talterapi kan förbättras med distanstalterapi. Fördelen med distanstalterapi jämfört med talterapi vid mottagning är att den möjliggör talterapeutisk behandling åt fler klienter och på ett mer jämlikt sätt oberoende av var man bor. Behovet att göra vården och rehabiliteringen mer tillgänglig har tvingat de verkställande parterna att leta efter nya sätt att erbjuda tjänster även i Finland. Syftet med den här pro gradu -avhandlingen var att utreda hur personer med afasi och deras anhöriga har upplevt distanstalterapi och hurdana åsikter de har om den. Därtill var syftet att utreda hur de anhöriga ansåg att näromgivningen gjorts delaktig i rehabiliteringsprocessen och hur man lyckats med att handleda de anhöriga under distanstalterapin. Samplet bestod av 6 finskspråkiga PMA och 4 anhöriga till dessa. Data samlades in med tre frågeformulär. Ett skilt formulär besvarades av PMA och ett av de anhöriga, dessutom besvarade de tillsammans ett gemensamt formulär. Formulären innehöll frågor som besvarades på en femgradig skala och öppna frågor. Resultaten visar att de PMA och deras anhöriga som besvarat frågeformulären är mycket nöjda med kontakten med talterapeuten under distansterapin och den tekniska miljön i terapin samt med effekten av distanstalterapin. PMA rapporterade visst missnöje med att det inte var alltid enkelt för talterapeuten att förstå klienten i distanstalterapin. De anhöriga var minst nöjda med hur det var möjligt att kontakta talterapeuten utanför distanstalterapitillfällen. Några anhöriga hade inte deltagit i distanstalterapin eftersom de såg någon nytta av att delta i den. Afasin påverkar familjemedlemmar till PMA och all kommunikation mellan dessa, således skulle det vara viktigt att den anhöriga också görs delaktig i rehabiliteringen. PMA och de anhöriga rapporterade positiva erfarenheter och åsikter om distanstalterapi. Distanstalterapi kunde således vara en lösning på problematiken med bristen på talterapeuter och långa distanser till mottagning. Distanstalterapi kunde möjliggöra talterapi åt fler PMA och anhöriga i Finland.	
Nyckelord: afasi, anhöriga, delaktighet, distanstalterapi, handledning, upplevelser, åsikter	
Datum: 1.6.2019	Sidantal: 39 + 33

Innehållsförteckning

1 Inledning ... 1
1.1 Distanstalterapi ... 1
1.1.1 Distanstalterapins historia ... 5
1.1.2 Distanstalterapi utomlands och i Finland ... 5
1.2 Afasisymtom och afasirehabilitering ... 8
1.3 Bedömning och behandling av personer med afasi med distanstalterapi ... 10
2 Syfte ... 13
3 Metod ... 14
3.1 Frågeformulären ... 15
3.2 Deltagare ... 16
3.3 Bearbetning och analysering av data ... 16
4 Resultat ... 17
4.1 De gemensamma upplevelserna om distanstalterapin ... 17
4.1.1 Tidigare talterapi på mottagning och val mellan terapiform ... 17
4.1.2 Distanstalterapiperioden ... 18
4.1.3 Praktiska arrangemang ... 19
4.1.4 Hemövning och övriga kommentarer ... 20
4.2 Upplevelser om distanstalterapi bland personer med afasi ... 20
4.2.1 Förväntningar inför distanstalterapin bland personer med afasi ... 20
4.2.2 Kontakt, effekt och rekommendationer ... 21
4.3 Upplevelser om distanstalterapi bland de anhöriga ... 21
4.3.1 Förväntningar inför distanstalterapin bland de anhöriga ... 21
4.3.2 Deltagande och delaktighet ... 21
4.3.3 Kontakt och handledning ... 22
4.3.4 Effekt och rekommendationer ... 22
4.4 Utvärdering av distanstalterapin ... 23
5 Diskussion ... 28
5.1 Distanstalterapi ... 28
5.2 Deltagarnas åsikter om distanstalterapins förverkligande ... 29
5.3 Innehållet i distanstalterapin ... 31
5.4 Deltagarnas erfarenheter om distanstalterapi ... 33

5.5 Begränsningar i undersökningen och förslag för fortsatt forskning 34
5.6 Slutsatser 35
Referenser
Bilaga A
Brev åt talterapeuterna/Kirje puheterapeuteille
Bilaga B
Informationsblad/Turkimustiedote
Bilaga C
Informerat samtycke/Suostumus osallistumisesta
Bilaga D
Gemensamt frågeformulär/Yhteinen kyselylomake
Bilaga E
Frågeformulär för personen med afasi/Afaattisen henkilön kyselylomake
Bilaga F
Frågeformulär för den anhöriga/Läheisen kyselylomake

Anna-Carolina Ylimäki

Skribentens tack

Ett stort tack till Talterapeutförbundet ry, Tutoris oy, Coronaria och Sanapolku som hjälpt med datainsamlingen. Ett stort tack även till de talterapeuter som deltog i datainsamlingen genom att skicka frågeformulären åt deltagarna och alla deltagare som svarade på frågeformulären.
Ett enormt tack till Pirkko Rautakoski som fungerat som handledare

1 Inledning

Valvira (2017) definierar *distanstjänster* inom hälso- och sjukvården som undersökning, diagnostik, observation, uppföljning, vård och behandling av patienten via distansteknologiska medel, såsom videoförbindelse på nätet. Till distanstjänster hör även att förmedla vårdbeslut eller -rekommendationer på distans (Valvira, 2017). Folkpensionsanstalten (Fpa) definierar *distansservice* eller *distanstjänster* som intervention inom hälso- och sjukvården som verkställs helt eller delvis via distansteknologiska medel som t.ex. smarttelefon, dator eller pekplatta (Salminen, Hiekkala & Stenberg, 2016). En professionell yrkesutövare erbjuder och ansvarar för tjänsten som förverkligas på distans. Fpa finansierar distanstjänster inom specialområden tal-, ergo- och fysioterapi samt neuropsykologi (Salminen m.fl., 2016).

Enligt talterapeutförbundet i Amerika (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2005) kan talterapi förverkligas via distansteknologiska medel och kan användas för talterapeutisk screening, bedömning, behandling och handledning samt uppföljning och konsultation (ASHA 2005 & 2017; Tucker 2012). Talterapi via distansteknologiska medel kan ske individuellt eller i grupp. En legitimerad talterapeut planerar, förverkligar, handleder och följer upp behandlingen. För behandlingsperioden ställs tydliga målsättningar och upplägget ska vara tydligt, precis som traditionell talterapi vid mottagning. Internationellt har talterapi via distansteknologiska medel använts redan i flera årtionden men först under senare år har denna behandlingsform etablerats (Kelchner, 2013). Talterapi via distansteknologiska medel är ännu inte en vanlig metod i Finland (Salminen m.fl., 2016). Behandlingsformen verkar dock bli vanligare och fler talterapeuter har börjat erbjuda den typ av behandling (Salminen m.fl., 2016; Svärd, 2018). Det finns forskning där talterapi via distansteknologiska medel använts med klienter med afasi, men deras egna och de anhörigas erfarenheter och åsikter om behandlingsformen har inte kartlagts i stor utsträckning (Hall, Boisvert & Steele, 2013).

1.1 Distanstalterapi

I den engelskspråkiga litteraturen används olika termer för distanstalterapi. ASHA använder termen *telepractice*. I litteraturen hittas även termerna *online speech therapy*

(Theodoros, Russell, Hill, Cahill & Clark, 2003), *speech teletherapy* (Scheideman-Miller m.fl., 2002) och s*peech therapy via videoconferencing* (Constantinescu m.fl., 2010). Terminologin har inte etablerats än eftersom området är relativt nytt. På finska används termerna *etäkuntoutus* och *etäpuheterapia* (Salminen m.fl., 2016). Svärd (2018) har i sin pro gradu avhandling använt den svenska termen distanstalterapi.

I denna avhandling används termen distanstjänster för intervention inom hälso- och sjukvården som verkställs på distans (Valvira, 2017; Salminen m.fl., 2016). Termen distanstalterapi används för talterapeutisk intervention som verkställs på distans (Salminen m.fl., 2016). Termen distanstalterapi syftar till en behandlingsform där man på ett målinriktat och ändamålsenligt sätt förverkligar talterapeutisk intervention via distansteknologiska medel såsom telefon, smarttelefon, dator, pekplatta och televisionsapplikationer (ASHA, 2017; Salminen m.fl., 2016; Valvira, 2017).

Distanstalterapi kan förverkligas i realtid eller den kan vara tidsoberoende (ASHA, 2005; Keck & Doarn, 2014). I distanstalterapi i realtid är klienten och talterapeuten i direkt kontakt med varandra via distansteknologiska medel. Den audiovisuella överföringen i realtid möjliggör motsvarande talterapeutisk behandling som utförs vid mottagning. Under distansterapi i realtid kan talterapeuten och klienten använda samma applikation på sina datorer och dela sin skärm. Distanstalterapi i realtid möjliggör för talterapeuten att på den egna skärmen följa med då klienten utför uppgiften i hemmiljö. Distansterapi i realtid kan erbjudas både individuellt och i grupp beroende på behandlingens syfte och den använda teknologin (ASHA, 2005; Keck & Doarn, 2014).

Tidsoberoende distanstalterapi är ett alternativ då talterapeuten rekommenderat klienten att utföra självständiga hemövningar med distansteknologiska medel, t.ex. mobila övningsprogram, epost, ljud- eller videoinspelning (ASHA, 2005; Keck & Doarn, 2014). Hemövningen i tidsoberoende distanstalterapi kan ske med olika behandlingsstödande nätmaterial såsom datorprogram och applikationer. Materialet kan bestå av spel, uppgifter och program. En virtualcoach som automatisk påminner om och uppmuntrar till att öva kan användas, likaså program som är automatiserade till att erbjuda uppgifter utifrån användarens tidigare val. Olika tilläggsapparater möjliggör för talterapeuten att få information om klientens framsteg i övningarna. De använda teknologiska tilläggsapparaterna samlar in data som sedan överförs via internetuppkoppling till talterapeuten i ett format som är ändamålsenligt eller till och med färdiganalyserat (ASHA, 2005; Keck & Doarn, 2014). Tidsoberoende

informationsöverföring kan minska på behovet av behandling och uppföljning på mottagningen (Peterson & Watzlaf, 2014).

Keck och Doarn (2014) har utfört en jämförelse av förverkligandet av distanstjänster inom nom tal-, ergo- och fysioterapi samt neuropsykologisk rehabilitering i Australien. Utgående ifrån resultat i studien anser talterapeuter att distanstalterapi i realtid lämpar sig väl för överföring av den auditiva och visuella information som talterapeutisk intervention grundar sig på men att det används sällan enbart tidsoberoende distanstalterapi. I studien framkom att talterapeuterna även använder en blandform där intervention i realtid och tidsoberoende distanstalterapi varvas för att stöda varandra. Distanstalterapi i blandform kan till exempel bestå av att sända klienten de inspelade övningarna för fortsatt hemövning efter ett videosamtal. I blandformen kan även talterapi vid mottagning varvas med distanstalterapi. I det material som Keck och Doarn (2014) analyserade i sin studie bestod upp till 77 % av den vedertagna talterapeutiska behandlingen av blandformen (Keck & Doarn, 2014).

För att behandlingen ska vara evidensbaserad ska den grundas i den bästa vetenskapliga evidensen och erfarenheter från den kliniska praktiken samt upplysning från välinformerade klienter och deras preferenser (ASHA, 2017; Dollaghan, 2007). För att distanstalterapins kvalitet ska förbli enhetlig med talterapi vid mottagningen är det viktigt att vara medveten om kännetecken i distantalterapi (ASHA, 2005 & 2017). Såväl den använda tekniska apparaturen och omgivningen där klienten och talterapeuten befinner sig i har en påverkan på behandlingen. Specifika egenskaper krävs hos deltagarna, tekniken och omgivningen för att behandlingen skall vara möjlig att verkställa via distansmetoder. Lämplig teknologisk utrustning i form av apparater, program, tilläggsapparater och anslutningsmöjlighet till internetuppkoppling behövs för att verkställa distanstalterapi (ASHA, 2005 & 2017). Utrymmet där distanstalterapin förverkligas bör granskas med tanke på ljudomgivning, akustik, nära belägna ljudkällor, belysning och möblering samt möjlighet till att justera dessa. Utrymmet bör vara lättillgängligt för deltagarna och vara tillgängligt under de bestämda tidpunkterna (ASHA, 2005 & 2017). I distanstalterapi behöver bedömnings-, behandlings- och utvärderingsmaterial samt normeringar och testresultat finnas i elektronisk form. I jämförelse med talterapi vid mottagning kräver distanstalterapi längre tid att förverkligas i praktiken. Lämpligt behandlingsmaterial bör planeras och utarbetas på förhand. Tiden för aktiv övning blir kortare under distanstalterapi jämfört med talterapi vid mottagning på grund av det tekniska som kräver sin tid (ASHA, 2005 & 2017).

Innan distanstalterapin kan sättas igång bör lagliga och etiska frågor tas i beaktande. I synnerhet bör frågor om sekretess adresseras. Dessa frågorna har konstaterats väcka oro om distanstalterapins pålitlighet hos talterapeuter (Hall m.fl., 2013). Programmen som används i distanstalterapi över internet bör vara krypterade och rekommendationer baserade på lagar om att bevara samma grad av sekretess som i talterapi på mottagning ska följas (ASHA, 2019). Till rekommendationerna hör även att utrymmet där talterapeuten befinner sig i under distanstalterapin och bevarar klientuppgifter är säkert. Klienten i distanstalterapi ska göras medveten om var talterapeuten befinner sig och hur klientuppgifterna hanteras (ASHA, 2019).

Talterapeuten bör kritiskt överväga om distanstalterapi är en lämplig behandlingsform för varje enskild klient (ASHA, 2005). Den största skillnaden mellan distanstalterapi och talterapi vid mottagning är avsaknaden av fysisk kontakt, vilket kan påverka huruvida distanstalterapi är ett lämpligt alternativ för klienten (ASHA, 2017). Avsaknaden av fysisk kontakt påverkar även hur talterapeuten bedömer och behandlar klienten. Med nutidens tekniska medel lämpar sig distanstalterapi inte för utredning av t.ex. muskelfunktion och muskelstyrka (ASHA, 2017). För att distanstalterapi ska lämpa sig som behandlingsform för en klient bör man ta hänsyn till eventuella stora nedsättningar, brister eller hinder på följande områden hos klienten: syn och/eller hörsel, kognition och/eller uppmärksamhet, förmåga att sitta vid dator och använda den, talförståelse och förmåga att följa muntligt presenterade instruktioner samt motivation för deltagande i distanstalterapi (ASHA, 2005 & 2017).

Av talterapeuten krävs baskunskaper i att hantera den tekniska apparaturen och förmåga att lösa möjliga tekniska problemsituationer. Talterapeuten bör likaså ha kunskap om behandlingsformen och vara motiverad till att använda den (ASHA, 2005 & 2017). En assistent som kan vara en anhörig eller någon från klientens sjukvårdskrets rekommenderas starkt att ta del av distanstalterapin (Coronaria, 2019; Tutoris, 2019). Assistenten kan stöda klienten under distanstalterapin i realtid och hjälpa klienten med tidsoberoende hemövning. För att på bästa sätt stöda klienten i den distanstalterapeutiska behandlingen bör assistenten ha baskunskap om distanstalterapi som behandlingsform. Dessutom bör assistenten känna till hur det praktiska arrangemanget sker och vara motiverad till att delta i distanstalterapi (ASHA, 2005 & 2017). Det är viktigt att assistenten handleds i distanstalterapin om hur hen kan stöda kommunikation hos PMA även i vardagen (Coronaria, 2019; Tutoris, 2019).

1.1.1 Distanstalterapins historia

Den första studien om distanstalterapi utfördes och publicerades av Wertz m.fl. (1987) med personer med afasi (PMA). Hill & Theodoros (2002) skriver om hur det redan tidigare, i mitten på 1970-talet, användes trådtelefon i den talterapeutiska behandlingen av PMA på ett amerikanskt veteransjukhus men i studien av Wertz med flera (1987) användes för första gången både ljud- och videokontakt. Wertz med flera (1987) jämförde talterapeutisk bedömning av klienter med neurologiska kommunikationsstörningar på mottagning med bedömning på distans. I studien konstaterades att bedömning på mottagning och bedömning på distans har många likheter och att de kan anses likvärdiga (Wertz m.fl., 1987). Efter studien utförd av Wertz med flera (1897) började Mayo-kliniken i Minnesota USA förverkliga talterapeutisk utredning och konsultation på distans enligt Hill och Theodoros (2002). Distanstalterapi förverkligades kliniskt av talterapeuterna vid Mayo-kliniken men ingen undersökning med uppföljning om distanstalterapins effekt gjordes.

Först på 2000-talet började studier om distansterapi förverkligas och publiceras. Enligt Stam (2014) behandlade de första studierna bland annat talterapeutisk bedömning av stamning, artikulationsfel och sväljningsproblem. I nuläge har internet etablerat sig i samhället och fungerar som en central informationskälla. Eichenberg, Wolters och Brähler (2013) konstaterade i sin studie om mentalhälsa att en fjärdedel av patienter inom sjukvården hämtar information om sitt tillstånd på internet. Forskarna kunde även dra slutsatsen att den allmänna åsikten om internet som en plattform för information och behandling är positiv (Eichenberg m.fl., 2013).

1.1.2 Distanstalterapi utomlands och i Finland

ASHA godkände användningen av distanstalterapi i USA år 2005 (ASHA, 2019). Förbundet sammanställde då instruktioner för talterapeuter som bör tas i beaktande då distanstalterapi förverkligas. Enligt ASHA ansvarar talterapeuten för att avgöra om en klient lämpar sig för distanstalterapi. Talterapeuten ansvarar även för att anpassa de tekniska medlen och de använda programmen i distanstalterapin för olika klienter med tanke på kulturella och språkliga faktorer. All intervention som sker på distans ska dokumenteras. Samma etiska principer samt krav för säkerhet och sekretess ska uppfyllas i distanstalterapi som i talterapi vid mottagning (ASHA, 2019).

Distanstalterapi har i synnerhet använts i länder med långa avstånd och glest bebodda områden med svag tillgång till tjänster. I Australien vid Queensland universitet har forskning om distanstalterapi förverkligats under en längre tid (Theodoros m.fl., 2003). Likaså i Skottland har kliniskt distanstalterapi använts aktivt (Hill, 2010). I Västerbottens län i Sverige studeras och nyttjas distanstalterapi kliniskt bland annat i bedömning av barns tal (Wellenius & Wikström, 2006) och behandling av PMA (Lindholm & Strömberg, 2008).

Simberg skrev om ”telematisk distansterapi” (egen översättning från finska ”*telemaattinen kaukoterapia*”) i *Puheterapeutti lehti* år 2000. Simberg (2000) hade gjort en prövning där distanstalterapi användes i skärgården med klienter som hade långa avstånd till talterapimottagningen. Simberg (2000) beskrev behandlingsformen, i den form som den då var tillgänglig, som ett kognitivt belastande och tekniskt osäkert nytt medel. Simberg (2000) ansåg att de videosamtal som då var tillgängliga närmast lämpade sig för talterapeutisk konsultation och handledning p.g.a. teknikens och kopplingens låga funktionalitet. Efter det har distanstalterapi nämnts i förbifarten i ett par finska källor på 2000-talet (Karppi, 2011; Vesterinen, 2010). I *Puheterapeutti lehti* publicerades år 2011 en artikel om Norra-Österbottens sjukvårdsdistrikts och EU:s gemensamma distanstalterapiprojekt med namnet *Competitive Healt Services* (Ahonen, 2011). I det projektet förverkligades distanstalterapi i Finland i Pudasjärvi men distanstalterapin fortsatte inte efter projektet på grund av att de distansteknologiska medel som behövdes för interventionen ansågs vara för dyra.

I takt med teknologins utveckling har en ändring mot ett positivare håll konstaterats i de tidigare misstänksamma attityderna mot distanstalterapi (Ahonen, 2011). För närvarande erbjuds distanstalterapi både av privata och kommunala talterapeuter i Finland (Svärd, 2018). De flesta finländska talterapeuter som erbjuder distanstalterapi arbetar på en privat mottagning eller på en hälsocentral men också en del talterapeuter som arbetar på sjukhus, skola, daghem, universitet eller rehabiliteringscenter erbjuder distanstalterapi (Svärd, 2018). I nuläget finns ingen information om hur många talterapeuter som erbjuder distanstalterapi inom den kommunala sektorn medan information om motsvarande situation inom den privata sektorn finns.

Inom den privata sektorn i Finland är Tutoris Oy och Coronaria de två största privata företag som erbjuder tjänster av distanstalterapi. Även Sanapolku, Verve, Terapeija och enskilda privata talterapeuter erbjuder distanstalterapi. Distanstalterapin

förverkligas i en trygg videokontakt med klienter som befinner sig i Finland eller utomlands i alla åldrar och med olika språkliga nedsättningar. Det rekommenderas att en assistent (fin.: *eAvustaja: etäavustaja)* ur klientens näromgivning deltar i distanstalterapin. Med stödet av en assistent kan distanstalterapi erbjudas åt klienter med specialbehov. I distanstalterapin handleder talterapeuten assistenten i hur hen kan stöda klienten både under distanstalterapin och utanför interventionssituationen (Coronaria, 2019; Tutoris 2019).

I Finland erbjuder Valvira och Fpa anvisningar för yrkesutövare inom social- och hälsovården som erbjuder distanstjänster (Salminen m.fl., 2016; Valvira, 2017). Valviras och Fpa:s anvisningar stämmer i hög grad överens med varandra och med de rekommendationer som ASHA publicerat (ASHA, 2019). Fpa har publicerat en handbok, med namnet Etäkuntoutus, som ska fungera som vägledning i distanstjänster för yrkesutövare inom social- och hälsovården (Salminen m.fl., 2016). Handboken är baserade på internationella vetenskapliga artiklar samt artiklar, rapporter och avhandlingar publicerade i de nordiska länderna (Salminen m.fl., 2016). Även Valvira (2017) presenterar rekommendationer om distanstjänster för yrkesutövare på sin webbplats.

Enligt det som står i Fpa och Valviras rekommendationer ska den yrkesutövare som verkställer distanstjänsten utöver kunskap om det egna specialområdet även ha kunskap om distansmetoder och hur de används (Salminen m.fl., 2016; Valvira, 2017). Distanstjänster kan erbjudas på ett adekvat sätt genom att yrkesutövarna får fortbildning om distanstjänster. Yrkesutövarna ska erbjudas möjlighet att öva på användningen av distansmetoder och att uppdatera sina kunskaper inom området. Utrymmen där yrkesutövaren och mottagaren med anhöriga befinner sig då distanstjänsten förverkligas ska lämpa sig för ändamålet. De tekniska medlen och internetuppkopplingen ska vara fungerande. I distanstjänster ska patientsäkerheten tas i beaktande och behandlingen ska vara medicinskt adekvat. De tekniska medel som används ska uppfylla bestämmelserna om sekretess, dataskydd och informationssäkerhet, vilket den verkställande parten ansvarar för. Mottagaren ska ge sitt samtycke till att behandlingen ges på distans. En individuell bedömning utförd av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska föregå inledningen av distanstjänsten. Mottagaren ska identifieras på ett tillförlitligt sätt, dessutom ska intervention på distans dokumenteras och patientregister ska upprätthållas (Salminen m.fl., 2016; Valvira, 2017). För att förverkliga vårdtjänster på distans ska serviceproducenten eller den självständiga yrkesutövaren ha ett tillstånd till

eller en registrering av mottagningsverksamhet som beviljats av tillståndsmyndigheten (Valvira och regionförvaltningsverken) (Valvira, 2017).

1.2 Afasisymtom och afasirehabilitering

Afasi definieras av Laine och Marttila (1992) som en språklig störning som följd av hjärnskada. Afasi orsakas oftast av störningar i hjärnblodcirkulationen, det vill säga hjärninfarkt (blodpropp) eller hjärnblödning. Andra skador som kan leda till afasi är övergående störning i hjärnans blodcirkulation (TIA) och sjukdomar som påverkar områden i hjärnan som ansvarar för språkliga funktioner, t.ex. demens. Laine och Marttila (1992) nämner störningar i talproduktion, talförståelse, läsning och skrivning som språkspecifika symtom vid afasi. Störningarna kan leda till nedsättningar i kommunikationsförmågan och begränsningar i det sociala livet (Laine & Marttila, 1992).

Den mest märkbara och frekvent förekommande nedsättningen i det expressiva språket är benämningssvårigheter (LaPointe, 2011). Problemet med att hitta rätt ord, trots idé om vad som önskas meddela, påverkar både PMA och kommunikationspartnern. Enligt LaPointe (2011) finns en koppling mellan talproduktionssvårigheter och hjärnskada i de främre delarna av vänster hemisfär (vid Brocas område) med nära intill belägna motor kortex som ansvarar för styrning av talapparaten. LaPointe (2011) beskriver nedsättningen i talförståelse som svårighet med bearbetning av komplexa grammatikaliska strukturer, abstrakt språk och snabbt tal. Svårigheter med talförståelsen kan ha en negativ inverkan på känslan av delaktighet och självständighet hos PMA. En koppling mellan talförståelsesvårigheter och skador i de bakre delarna av den vänstra hjärnhemisfären (Wernickes område) har konstaterats. Området samlar ihop talsignalerna från bägge hemisfärerna för sammanställning av dessa. Nedsatt läs- och skrivförmåga kan ha en negativ inverkan på förutsättningarna för att klara sig självständigt i vardagen samt att delta i och följa aktuella händelser. Läsning, i synnerhet tyst för sig själv, anses vara en mindre krävande förmåga än skrivning och läsförmågan är oftare intakt (LaPointe, 2011). De intakta förmågorna kan fungera som viktiga medel i rehabiliteringen.

Afasin påverkar även familjemedlemmar till PMA (Simmons-Mackie m.fl., 2016). Det är viktigt att stöda anhöriga till PMA och göra dem delaktiga i rehabiliteringsprocessen. De anhöriga önskar själva att få delta i rehabiliteringen, bli

informerade om afasi och få handledning i hur de kan stöda PMA i deras kommunikation (Howe m.fl., 2012). Det är viktigt att reda ut och lyssna på de anhörigas åsikter och önskningar i familjecentrerad afasibehandling (Howe m.fl., 2012).

Flera faktorer påverkar hur PMA återhämtar sig efter insjuknandet i afasi (Laine, 2015). De två centrala punkterna i återhämtningsprocessen är afasins etiologi och dess behandlingsmöjligheter. Det centrala målet i afasirehabilitering är att förbättra de kommunikativa möjligheterna och färdigheterna hos PMA. I rehabiliteringen kan fokus inriktas direkt på språk- och talförmågorna hos PMA eller på den funktionella kommunikationen, alltså den kommunikation som sker mellan PMA och andra personer. Alternativa kommunikationssätt kan inkluderas i rehabiliteringen (Laine, 2015). Afasirehabiliteringen kan vara symtom- eller konsekvensbaserad (Thompson, 2008). Målet i symtombaserad behandling är att förbättra språkliga förmågor genom att rehabilitera de skadade funktionerna. Målet med konsekvensbaserad behandling är att förbättra delaktighet och minska på de konsekvenser som afasin medför, t.ex. genom kommunikationspartner-träning (Thompson, 2008). Enligt Simmons-Mackie med flera (2016) kan PMA erbjudas fler möjligheter att kommunicera i vardagen genom träning av en kommunikationspartner. I kommunikationspartner-träning riktar sig interventionen mot personer i omgivningen till PMA med syftet att förbättra språket, kommunikationen, delaktigheten och välmående hos PMA. Kommunikationspartnern kan vara en familjemedlem, en vän till PMA, en person ur PMA:s vårdkrets eller en frivillig. I kommunikationspartner-träning byggs "kommunikationsramper" upp med syftet att skapa kommunikationsmöjligheter och minimera kommunikationshandikappet (Simmons-Mackie m.fl., 2010).

Enligt insamling av åsikter hos PMA är de viktigaste målen i afasirehabiliteringen att uppnå en fungerande kommunikationsförmåga, få information om afasi och rehabiliteringsmöjligheter samt att klientens egna behov tas i beaktande (Worrall m.fl., 2011). PMA har även rapporterat att en bidragande faktor till ett lyckat liv med afasi är att anhöriga görs delaktiga i rehabiliteringen. Efter rehabiliteringsprocessen hoppas PMA att de kan återgå till arbetslivet eller studierna samt att de kan delta i fritidssysselsättningar och olika samhälleliga evenemang. En lyckad rehabiliteringsprocess bygger på att stöda PMA i att kunna fungera självständigt i sitt liv (Parr, Byng, Gilpin & Ireland, 1997; Worrall m.fl., 2011).

Afasi efter stroke kan bidra till större nedsättningar i funktionen och delaktigheten i jämförelse med andra funktionsnedsättningar men PMA får inte alltid

den rehabilitering de behöver (Lam & Wodchis, 2010). PMA är i behov av och drar nytta av långvarig rehabilitering (Des Roches & Kiran, 2017). Ändå misslyckas man förse PMA med detta på grund av praktiska och ekonomiska skäl. En begränsning med traditionell talterapi vid mottagningen är att tjänsten endats kan erbjudas ett begränsat antal klienter under ett visst tidsspann. Systemet brister i effektivitet och kostnadseffektivitet (Palmer m.fl., 2015). Tillgången till talterapi kan förbättras med distanstalterapi i länder med avlägsna områden och brist på talterapeuter (Kelchner, 2013; Theodoros, 2012).

Fördelen med distanstalterapi jämfört med talterapi vid mottagning är att den möjliggör talterapeutisk behandling åt fler klienter och på ett mer jämlikt sätt oberoende av plats (ASHA, 2017; Theodoros, 2011). Med distanstalterapi kan behandlingen erbjudas klienten när tidpunkten är lämplig och med rätt intensitet (Theodoros, 2011). I utredningar gjorda i Finland har varierande resultat konstaterats angående sambandet mellan tillgång till talterapi för PMA och var de bor. I Huttus (2014) utredning kunde inget samband konstaterats mellan lokalisering och rekommendation av och deltagande i talterapi. Takala med flera (2010) kom fram till att PMA har olika möjligheter att delta i talterapeutisk intervention beroende på var de bor eftersom det i vissa kommuner inte finns några eller tillräckligt av talterapeuter. I Norra-Österbottens sjukvårdsdistrikt har man uppskattat att under en fjärdedel av personer med störning i hjärnblodcirkulationen kommer i kontakt med ett mångprofessionellt rehabiliteringsteam (Takala m.fl., 2010). Enligt Takala med flera (2010) förverkligas afasirehabilitering i Finland i den mest intensiva formen på rehabiliteringsavdelningar med cirka tre talterapitillfällen, som varar i en timme, per vecka, då rekommendationen är minst fem timmar per vecka (Verna, Davidson & Rose, 2009).

1.3 Bedömning och behandling av personer med afasi med distanstalterapi

Distanstalterapins effekt har utretts bland olika klientgrupper, varav mestadels med barn. Bedömning av språk och tal har förverkligats med distanstalterapi för vuxna med neurologisk störning. Bedömning av PMA har gjorts med standardiserade test både på distans och på mottagning och resultaten har jämförts med varandra (Theodoros, 2011). Enligt resultaten konstaterades inga signifikanta skillnader mellan bedömningssätten. Enligt Theodoros, Hill, Russel, Ward och Wootton (2008) kan bedömning på distans och på mottagning således ses som likvärdiga former. PMA är en klientgrupp som

enligt Isaki och Farrell (2015) samt Woolf med flera (2015) lämpar sig väl för distanstalterapi.

Studier om distanstalterapins effekt har utförts med u personer med varierande svårighetsgrader av afasi, allt från lindrig till grav (Hall m.fl., 2013). I synnerhet specifika benämningssvårigheter har behandlats i distanstalterapi med goda resultat (Isaki & Farrell, 2015; Woolf m.fl., 2015). Woolf med flera (2015) konstaterade att PMA som övat på benämning endera i distanstalterapi eller i talterapi på mottagning hade gjort liknande framsteg. Framstegen överfördes dock inte till diskussionssituationer under den korta behandlingsperioden (Woolf m.fl., 2015). Framsteg har även konstaterats i behandling av språklig färdighet på flera områden samtidigt, vilket var fallet i studien av Isaki och Farrell (2015) där PMA övade på benämning, berättande och hörförståelse i distanstalterapi. I distanstalterapi i realtid används vanligen telefon eller videokontakt (Theodoros m.fl., 2008; Woolf m.fl., 2015). Tidsoberoende talterapi, som hemövning med datorprogram, har främst använts för att öka på behandlingens intensitet (Cherney, Halper, Holland & Cole, 2008).

I de studier där man samlat information om klientens åsikter om distanstalterapi har man kunnat konstatera att klienterna innan interventionen möjligen haft misstankar om behandlingsformen men att de i efterhand oftast varit mycket nöjda med distanstalterapin (Theodoros, 2012). Fördomar och oro på förhand kan bero på brist på kunskap om distanstalterapi och ovana att använda de tekniska medlen (Theodoros, 2012). I de få studier där de anhörigas åsikter om distanstalterapi utretts har det konstaterats att föräldrar till barn som fått distanstalterapi varit positiva till behandlingsformen efter behandlingsperioden. De negativa åsikterna hos anhöriga har främst berott på tekniken (Pulkkanen, 2017).

Åsikter av talterapeuter och vuxna klienter som deltagit i distanstalterapi har kartlagts i några studier (Dunkley, Pattie & Wilson, 2010; Lasker, Stier walt, Spence & Calvin-Root, 2010; Steele, Baird, McCall & Hayness; 2014). I insamling av åsikter hos PMA av Lasker med flera (2010) framkom det att de flesta PMA som deltagit i om bedömning och intervention på distans i undersökningen var mycket nöjda med distanstalterapin bland annat för att de inte behövt förflytta sig till mottagningen. Flera av dem rapporterade även att de i fortsättningen skulle föredra distanstalterapi framom talterapi på mottagning (Lasker m.fl, 2010).

Dunkley med flera (2010) undersökte åsikter om distanstalterapi hos talterapeuter och vuxna klienter på landsbygden i Australien. Mer specifikt var de

intresserade av huruvida deltagarna ansåg att de hade tillräckliga tekniska färdigheter för att delta i distanstalterapi, och om den subjektiva bedömningen av de tekniska färdigheterna påverkade deltagarnas benägenhet att delta i distanstalterapi. Samplets talterapeuter rapporterade den egna bristfälliga tekniska färdigheten och klienternas svaga tillgång till distansteknologi som hinder för distanstalterapi. Klienterna rapporterade god tillgång till distansteknologi men osäkerhet i dess användning. Talterapeuternas uppfattning om klienternas tillgänglighet till distansteknologi stämde inte överens med vad klienterna själva rapporterade. Bättre kommunikation mellan talterapeuterna och klienterna kunde minimera risken av denna typ av missförstånd. Både talterapeuterna och klienterna nämnde distansteknologins höga pris som ett hinder för distanstalterapi. Likaså förekom felaktiga antaganden om att talterapi vid mottagning är mer effektivt än distanstalterapi både hos talterapeuter och klienter. Forskarna drog slutsatsen att mer forskning om distanstalterapins effekt behövs (Dunkley m.fl., 2010).

Steele med flera (2014) utförde en 12 veckors distastalterapiperiod i Baltimore, USA, med nio PMA med en kronisk afasi. Under tolv veckor tog PMA del av distanstalterapi i realtid både individuellt och i grupp samt tidsobunden distanstalterapi som bestod av på egenhand utförda hemövningar. Framstegen hos PMA mättes utgående ifrån standardiserade afasitest genom att jämföra resultaten före och efter perioden, dessutom utfördes insamling av åsikter hos PMA om distanstalterapi efter perioden. Enligt resultaten hade PMA gjort framsteg i bl.a. benämning, social språkanvändning och turtagning i diskussionssituationer under distanstalterapiperioden. För de flesta PMA var skillnaden i testresultaten signifikant mellan de två bedömningstillfällena. I insamlingen av åsikter rapporterade PMA hög förnöjsamhet med distanstalterapin. På en skala från 1–5 var medelvärdet av de rapporterade värden 4.3. PMA föredrog distanstalterapi i realtid över tidsobunden på egenhand utförd distanstalterapi. Forskarna kunde även märka en ökning i mängden gjorda hemövningar hos PMA mot slutet av perioden (Steele m.fl., 2014).

Talterapeutisk bedömning med PMA på distans och på mottagning har jämförts i två studier (Georgeadis, Brenna, Barker & Baron, 2004; Theodoros m.fl., 2008). Samplet i studien av Georgeadis med flera (2004) bestod av 40 deltagare med nyligen inträffad hjärnskada. 12 av deltagarna hade haft en traumatisk hjärnskada, 14 hade haft hjärnblödning i vänstra hjärnhemisfären och 14 i högra hjärnhemisfären. Samplet i studien av Theodoros med flera (2008) bestod av 32 deltagare med

diagnostiserad afasi efter hjärninfarkt eller hjärnblödning. Då resultaten som uppmätts i bedömningen på mottagning och på distans jämfördes konstaterades ingen signifikant skillnad. Resultaten tyder alltså på att PMA kan prestera på samma nivå oberoende av om bedömningen sker på mottagning eller på distans (Georgeadis m.fl., 2004; Theodoros m.fl., 2008). I studierna av Georgeadis med flera (2004) och Theodoros med flera (2008) deltog PMA även i insamling av åsikter om de två bedömningssätten. Ur insamlingen av åsikter kunde forskarna dra slutsatsen att PMA varit mycket nöjda med bedömningen på distans (Georgeadis m.fl., 2004; Theodoros m.fl., 2008). PMA rapporterade att bedömningen på distans var bekväm, och de PMA som haft en hjärnblödning rapporterade även att de skulle delta i distanstalterapi igen (Georgeadis m.fl., 2004). Deltagarna i studien av Georgeadis med flera (2004) som fått en traumatisk hjärnskada var signifikant mindre benägna att delta i bedömning på distans igen jämfört med deltagarna som haft en hjärnblödning. En förklaring till detta kan enligt forskarna vara att personer som fått en hjärnskada ofta uppvisar svag förmåga att initiera och upprätthålla egen verksamhet, vilket krävs av klienten i distanstalterapi (Georgeadis m.fl., 2004). Forskarna drog slutsatsen att distanstalterapi definitivt kan vara ett effektivt medel att använda med PMA (Georgeadis m.fl., 2004; Theodoros m.fl., 2008).

2 Syfte

I Finland har det inte gjorts undersökningar om hur personer med afasi och deras anhöriga, eller personer som har fungerat som assistenter i distanstalterapin, har upplevt behandlingen och hur den fungerat. Undersökning om de anhörigas åsikter om distanstalterapi vore ytterst viktig att samla in med tanke på de allmänna rekommendationerna för evidensbaserad afasirehabilitering där vikten av att inkludera anhöriga i behandlingsprocessen poängteras. I talterapeutisk intervention med PMA är handledning av de anhöriga mycket viktigt.

Syftet med avhandlingen var att utreda hur personer med afasi och deras anhöriga har upplevt distanstalterapi och hurdana åsikter de har om behandlingsformen. Därtill var syftet att utreda hur de anhöriga ansett att närmgivningen gjorts delaktig i rehabiliteringsprocessen och hur man har lyckats med att handleda de anhöriga under distanstalterapin.

3 Metod

Etiskt tillstånd för den här avhandlingen beviljades av den etiska nämnden vid psykologi och logopedi vid Åbo Akademi den 13.12.2018. Då det etiska tillståndet beviljats kunde datainsamlingen påbörja. Data till undersökningen samlades in med frågeformulär som skickades åt PMA och deras anhöriga via den rehabiliterande talterapeuten. Först kontaktades privata företag som annonserar att de erbjuder distanstalterapi med förfrågan om PMA och deras anhöriga kunde nås via dem. Förfrågan skickades åt Tutoris oy, Coronaria och Sanapolku som vidarebefordrade förfrågan internt åt alla sina talterapeuter som erbjuder distanstalterapi. Eftersom det inte var möjligt att nå tillräckligt många klienter på det sättet skickades en förfrågan ut via Talterapeutförbund ry till alla förbundets 1260 legitimerade medlemmar för att nå talterapeuter som för tillfället har eller tidigare har haft PMA i distanstalterapi.

I förfrågan beskrevs undersökningen och vem den var riktad till (bilaga A). Talterapeuter med lämpliga klienter ombads kontakta skribenten. Då talterapeuten kontaktade skribenten utreddes det om klienten ville ta del av och besvara datainsamlingsmaterialet på finska eller svenska. Datainsamlingsmaterialet på det önskade språket skickades åt talterapeuten som vidarebefordrade det åt klienten. Datainsamlingsmaterialet bestod av information om undersökningen, en samtyckesblankett och frågeformulär. Till datainsamlingsmaterialet hörde även ett kuvert som talterapeuten kunde skicka blanketterna och frågeformulären åt klienten i, samt ett färdigt betalt returneringskuvert med adressen till Logopedin vid Åbo Akademi som deltagarna kunde returnera sina svar i.

I det informationsbladet (bilaga B) förklarades det att undersökningen är fullständigt anonym, frivillig och att genom att besvara och returnera formulären ger deltagaren sitt samtycke till att hens svar får användas inom ramen av undersökningen och möjligtvis en nationell publikation. I samtyckesblanketten (bilaga C) bekräftade deltagaren att hen förstått vad deltagande i insamling av åsikter innefattar, vad hens svar kan användas till och att hen är villig att delta i insamling av åsikter. Texten i blanketterna strävades göra lättläst och förståelig för PMA och texten förtydligades ytterligare med bildstöd.

Förfrågan skickades åt Tutoris oy och Coronaria den 21.12.2018. Förfrågan skickades åt Sanapolku den 18.2.2019. Förfrågan om deltagande skickades åt Talterapeutförbund ry:s medlemmar den 28.2.2019 och en påminnelse den 8.4.2019.

Datainsamlingsmaterialet skickades åt talterapeuterna mellan 8.2.2019 och 9.4.2019. Svaren returnerades mellan 19.3.2.2019 och 22.4.2019. Efter att datainsamlingen hade avslutats hade sex PMA och fyra anhöriga skickat in sina svar. Frågeformulären skickades åt sju PMA och deras anhöriga. Det insamlade datat överfördes först till Excel (2013) för bearbetning, varefter det överfördes till statistikprogrammet SPSS (IBM SPSS Statistics version 24) för vidare analyser.

3.1 Frågeformulären

Frågeformulären utarbetades enligt rekommendationer om klarspråk. Inspiration och modell togs från formulär som tidigare använts i insamling av åsikter med PMA och klienter som deltagit i distanstalterapi (Georgeadis m.fl., 2004; Stam, 2014). Datainsamlingsmaterialet bestod av ett gemensamt frågeformulär för PMA och den anhöriga (bilaga D), ett frågeformulär för PMA som deltagit i distanstalterapi som klient (bilaga E) och ett frågeformulär för den anhöriga som deltagit i distanstalterapi som assistent (bilaga F). Det gemensamma frågeformuläret innehöll 16 öppna frågor och en fråga (17.) med tre svarsalternativ. Frågorna handlade om huruvida PMA och den anhöriga tidigare deltagit i talterapi vid mottagning, vilken behandlingsform de föredrar och om de innan distanstalterapin hade möjligheten att välja mellan distanstalterapi och talterapi vid mottagning. Formuläret innehöll även frågor om praktiska arrangemang, t.ex. hur länge distanstalterapiperioden och tillfällena varat samt hur många tillfällen deltagarna haft per vecka, var distanstalterapin förverkligats, hur mycket förberedande det krävts för att ställa fram inför distanstalterapin, hemövningar samt tekniken och möjlig problematik med den. Sist i formuläret hade deltagarna möjlighet att tillägga övriga kommentarer.

Frågeformuläret för PMA innehöll tre bakgrundsinformationsfrågor, en del (del 1) med 20 frågor om hur nöjd deltagaren var med distanstalterapin och del 2 som innehöll öppna frågor. Frågorna i del 1 berörde materialet som använts i distanstalterapin, deltagarna i distanstalterapin (klient, anhörig, talterapeut) samt teknologin och apparaturen. Frågorna besvarades på en femgradig skala bestående av ansikten som motsvarade åsikterna väldigt missnöjd, missnöjd, vet inte, nöjd och väldigt nöjd. Del 2 i formuläret för PMA innehöll fyra frågor angående deras tankar om distanstalterapi innan interventionen, om kontakten med talterapeuten, om de ansåg att

distanstalterapi är ett effektivt behandlingssätt och om de skulle rekommendera distanstalterapi åt någon annan.

Frågeformuläret för den anhöriga var uppbyggd på samma sätt med tre bakgrundsinformationsfrågor, del 1 med frågor om hur nöjd deltagaren var med distanstalterapin och del 2 som innehöll öppna frågor. Del 1 i formuläret för den anhöriga innehöll 19 frågor. I formuläret för den anhöriga innehöll del 2 tio frågor av vilka fyra var de samma som i formuläret för PMA. Av den anhöriga frågades utöver de ovannämnda frågorna även i hur många distanstalterapigånger hen deltagit, huruvida hen anser att hen gjorts delaktiga i distanstalterapin, huruvida hen ansåg att hen fått tillräckligt med handledning i hur de kan stöda PMA:s kommunikation och om hen var nöjd med handledningen. Sist i de båda formulären hade deltagarna möjlighet att tillägga övriga kommentarer.

3.2 Deltagare

Sammanlagt besvarade sex PMA frågeformuläret för klienten i distanstalterapin. Av PMA var fyra män och två kvinnor. De hörde till olika åldersgrupper: en till åldersgruppen 40–49, en till åldersgruppen 50–59, tre till åldersgruppen 60–69 och en till åldersgruppen 70–79. Fyra anhöriga besvarade assistentens frågeformulär. Av de anhöriga var tre män och en kvinna. Tre anhöriga hörde till åldersgruppen 60–69 och en till åldersgruppen 70–79. Fem gemensamma frågeformulär för PMA och den anhöriga besvarades.

3.3 Bearbetning och analysering av data

Datat från frågeformulären omkodades och analyserades deskriptivt i Excel. Från Excel förflyttades en del av datat till statistikprogrammet SPSS för vidare statistiska analyser. Datat bestod av de slutna frågorna som besvarats på en femgradig skala i klientens och den anhörigas frågeformulär. För varje fråga ur de två frågeformulären räknades medeltal, median, minimum- och maximumvärde samt standardavvikelse ut. Frågorna indelades även i tre kategorier med tanke på innehåll och ett medeltal räknades ut för varje kategori. De öppna frågorna analyserades deskriptivt.

4 Resultat

I resultaten kommer de deltagare som besvarat klientens frågeformulär att kallas för PMA. De deltagare som besvarat assistentens frågeformulär kommer att kallas för anhöriga. De deltagare som besvarat det gemensamma formuläret för klienten och assistenten kommer att kallas för par. Alla deltagare besvarade frågeformulären på finska. Deltagarna har skrivit in sina skriftliga svar på finska och därför kommer exemplen till svaren på de öppna frågorna i den här avhandlingen vara skribentens egna översättningar till svenska.

4.1 De gemensamma upplevelserna om distanstalterapin

Sammanlagt fem par besvarade det gemensamma frågeformuläret. Den information som frågats efter i det gemensamma formuläret saknades av en PMA som inte hade någon anhörig som skulle ha svarat med henom. Trots att hen hade afasi hade hen besvarat enbart besvarade frågeformuläret för assistenten. Formuläret innehåller delvis överlappande information med det gemensamma formuläret och den informationen har behandlats i detta kapitel i stycke 4.1.2

4.1.1 Tidigare talterapi på mottagning och val mellan terapiform

Utgående ifrån det som kommer fram i svaren hade två av paren deltagit i talterapi på mottagning tidigare. Den anhöriga i ett av dessa par hade deltagit i tre talterapitillfällen och den anhöriga i det andra paret hade deltagit i första och sista talterapitillfället under terapiperiod som förverkligats på mottagning. Paren med erfarenhet av båda behandlingsformerna ansåg att distanstalterapi lämpat sig väl för dem vid den tidpunkt då distanstalterapin förverkligades. Ett av paren som tagit del av båda behandlingsformerna ansåg att talterapi på mottagning i akutfasen varit nödvändig medan distanstalterapi lämpat sig i den kroniska fasen. Det andra paret med erfarenhet av båda behandlingsformerna ansåg att ”båda (rehabiliteringsformer) går så länge rehabiliteringen fortsätter”.

Tre av paren hade inte deltagit i talterapi på mottagning innan distanstalterapin. Ett av dessa par hade dock tidigare fått talterapi på sjukhuset. Även de par som enbart hade erfarenhet av distanstalterapi angav att de föredrar distanstalterapi över talterapi på mottagning. Det ena paret motiverade svaret med att ”det

(distanstalterapi) är lätt och smidigt” och det andra paret med att de befann sig cirka 300 kilometer från mottagningen.

Två par hade haft möjlighet att välja mellan talterapi på mottagning och distanstalterapi. Ett av dessa par hade tillsatt kommentaren ”som tur förverkligades (interventionen) på distans”. Tre par hade inte haft möjlighet att välja mellan behandlingsmetoderna. Orsaken till att talterapi vid mottagning inte erbjudits var få talterapeuter på området och att de hade lång väg till mottagningen. Ett av paren som inte erbjudits möjlighet att välja mellan behandlingsformerna hade tillsatt kommentaren ”men på så sätt (distanstalterapi) fick vi kontakt flera gånger per vecka”.

4.1.2 Distanstalterapiperioden

Svaren om distanstalterapiperioden gällande frågor i det gemensamma formuläret har för ena PMAs del tagits från frågeformuläret för assistenten eftersom motsvarande information angivits i det i stället av det gemensamma formuläret. I detta stycke behandlas således distanstalterapiperioden för sex personer med afasi och fem anhöriga. Målen i distanstalterapin som förverkligats kunde kategoriseras i tre huvudmål: att förbättra talflytet, stöda benämningen och öva på skriv- och läsförmågan. Olika kombinationer av dessa mål rapporterades av paren. Variation fanns i huruvida paren träffat den rehabiliterande talterapeuten på mottagning innan distanstalterapin inletts. Två av paren hade inte träffat talterapeuten på mottagning innan distanstalterapin. Ett av paren hade träffat talterapeuten på mottagning medan talterapeuten kommit på hembesök till ett annat par. Ett av paren hade träffat en talterapeut på sjukhuset innan distanstalterapin men det förblev oklart om samma talterapeut även varit den rehabiliterande talterapeuten i distanstalterapin. Information saknades av ett av paren huruvida de träffat talterapeuten på mottagning innan distanstalterapin.

Distanstalterapiperioderna varierade angående antal distanstalterapitillfällen. Periodernas längd angavs vara 10 gånger (n=2), 18 gånger (n=1), 20 gånger (n=1) och 50 gånger (n=1). Ett av paren hade inte besvarat frågan om antal distanstalterapitillfällen. Distanstalterapin hade förverkligats en gång per vecka för fyra av paren och två gånger per vecka för ett av paren. Information saknas om tillfällen per vecka för ett av paren. För fyra av paren hade distastalterapin inletts under året 2018. Dessa par angav att terapiperioden inletts i april (n=1), augusti (n=2) och oktober (n=1). Distanstalterapin hade förverkligats under februari och mars år 2019 för ett av paren,

vilket betyder att terapiperioden fortfarande varit i gång då frågeformulären besvarades. Information saknades om när terapiperioden inletts för ett av paren.

Två av paren rapporterade att distanstalterapiperioden varat i cirka 2 månader. Då den rapporterade frekvensen (terapitillfällen i perioden) och intensiteten (tillfällen per vecka) av distanstalterapiperioden för de övriga paren uppmärksammades kom det fram att distanstalterapiperioden varat i cirka två månader för ytterligare ett tredje par och i cirka fyra månader för ett av paren. För det par som enbart angivit att distanstalterapiperioden innehöll femtio tillfällen kan perioden uppskattas ha varat i cirka ett år med ett tillfälle per vecka eller i cirka sex månader med två tillfällen per vecka. För det par som enbart avgivit att distanstalterapin förverkligats en gång per vecka är det inte omöjligt att uppskatta hur länge den totala perioden varat. Distanstalterapin hade förverkligats i hemmiljö för fyra av paren medan ett par tagit del av distanstalterapin på en rehabiliteringspoliklinik. Information saknades om var distanstalterapin förverkligats för ett av paren.

4.1.3 Praktiska arrangemang

Inget av paren ansåg att det hade varit mödosamt att ställa i ordning inför distanstalterapin. Ett av paren rapporterade att de fått hjälp av en person ur näromgivningen med det praktiska arrangemanget. Alla par ansåg att det varit lätt att komma överens om tidtabellen i distanstalterapin och att informationsöverföringen om möjliga förändringar i tidtabellen fungerat bra. Paren var belåtna med mängden tekniskt stöd som varit tillgänglig i distanstalterapin. Tre av paren hade inte behövt stöd med tekniken. Av dem hade ett par utvidgat svaret med kommentaren ”det (tekniskt stöd) skulle troligen ha erbjudits, men inget behov fanns”. Ett av paren svarade att de var nöjda med mängden tekniskt stöd som varit tillgänglig i distanstalterapin och att en stöd-person från den verkställande partens sida konstant varit tillgänglig under distanstalterapin. Ett av paren svarade att de fått hjälp med tekniken av en person ur näromgivningen. Inget av paren hade stött på tekniska problem under talterapiperioden varken gällande parets egna eller talterapeutens tekniska apparatur.

4.1.4 Hemövning och övriga kommentarer

Alla par avgav att klienten tilldelats och utfört hemövningar under distanstalterapiperioden. Två av paren angav att den anhöriga tagit del av hemövningen, ett av paren angav att den anhöriga hjälpt till med hemövningen vid behov, medan två av paren angav att den anhöriga inte tagit del av hemövningen.

I fältet för övriga kommentarer hade ett av paren lämnat ett tack åt den rehabiliterande talterapeuten och den verkställande parten. Ett annat av paren angav att de kommit överens om 1–2 timmars uppföljning efter cirka ett år. Ingen mer ingående information fanns om hur, på distans eller på mottagning, uppföljningen kommer att förverkligas. Ett av paren angav att de rekommenderar distanstalterapi åt andra.

4.2 Upplevelser om distanstalterapi bland personer med afasi

Frågeformuläret för klienten i distantalterapin besvarades av totalt fem PMA medan en PMA felaktigt besvarat frågeformuläret för assistenten. En del frågor i de här två formulären var lika och därför har den överlappande informationen i frågeformulären flyttats över från frågeformuläret för assistenten till frågeformuläret för klienten och behandlas i detta kapitel. En del av informationen som endast frågades efter i frågeformuläret för klienten saknas för den här ena personen med afasi.

4.2.1 Förväntningar inför distanstalterapin bland personer med afasi

Ur frågeformuläret kom det fram att PMA hade neutrala eller positiva förväntningar inför distanstalterapin. Två av PMA angav att de inte hade några förväntningar inför distanstalterapin, en av PMA besvarade frågan med ett nöjt ansikte (likert-skala 4) och en av PMA angav att hen önskade att lära sig ”talkunskap”. En av PMA svarade att hen förväntade sig att ”talterapins kvalitet inte lider i distanstalterapin, vilket den inte heller gjorde”, hen utvidgade sitt svar med kommentaren ”distanstalterapi lämpar sig väl för mig på grund av den långa bilfärden till mottagningen”. En av PMA besvarade frågan med kommentaren ”bra att teknologi används i talterapi - möjliggör terapitillfällen åt fler”.

4.2.2 Kontakt, effekt och rekommendationer

Ingen av PMA ansåg att kontakten med talterapeuten led i distanstalterapin. Alla PMA ansåg att distanstalterapin var en effektiv behandlingsform. Fem av PMA rapporterade definitiva jakande svar medan en av PMA besvarade frågan med “jag antar det”. Fyra av PMA skulle rekommendera distanstalterapi åt andra. En av dessa utvidgade svaret med kommentaren “om de självständigt klarar av de nödvändiga funktionerna”. En av PMA tog inte direkt ställning till om hen skulle rekommendera distanstalterapi till andra utan hen svarade med att distanstalterapi åtminstone lämpat sig i hens fall. En av PMA hade möjligen missförstått frågan eftersom hens svar löd “nej, de ger inte distanstalterapi”.

4.3 Upplevelser om distanstalterapi bland de anhöriga

Frågeformuläret för assistenten besvarades av sammanlagt fyra anhöriga. En PMA hade felaktigt fyllt i formuläret för assistenten men detta resultat tas inte upp i detta kapitel, eftersom hens svar redan behandlades i tidigare kapitel.

4.3.1 Förväntningar inför distanstalterapin bland de anhöriga

De anhöriga angav att de varit förväntansfulla, tillitsfulla och något nervösa inför distanstalterapin. De anhörigas attityder var mer försiktiga jämfört med det som angavs av PMA. En av de anhöriga besvarade frågan om förväntningar inför distanstalterapin med kommentaren “eftersom vi bor på vårt sommarställe var det till stor fördel att bilfärden till mottagningen uteblev”. En annan anhörig angav att hen varit “skeptiskt till en början men efter det gick allt mycket bra”. En av de anhöriga rapporterade att hen varit förväntansfull inför distanstalterapin medan en annan anhörig svarade “inga förväntningar eftersom vi inte tidigare deltagit (i distanstalterapi) - men positivt överraskad över hur teknologin möjliggör talterapi åt fler…”.

4.3.2 Deltagande och delaktighet

Variation förekom gällande mängden distanstalterapitillfällen de anhöriga deltagit i. En anhörig hade inte deltagit alls medan en annan anhörig tagit del av periodens alla 20 tillfällen. En anhörig hade varit med på tio tillfällen men enbart följt med “…väldigt

lösaktigt” eftersom partnern med afasi ”fungerade helt självständigt i distanstalterapin”. En anhörig hade tagit del av det första och det sista tillfället samt en gång i mitten av perioden.

Två av de anhöriga som inte aktivt deltagit i distanstalterapin såg inget behov av att göras delaktiga i den eftersom deras partners fungerade självständigt utan den anhörigas stöd i distanstalterapin. Av dessa två anhöriga hade den ena inte deltagit i några distanstalterapitillfällen medan den andra varit nära till hands ifall hen skulle ha behövts. Två av de anhöriga ansåg att de gjorts delaktiga i distanstalterapin och ansåg att det varit givande att delta i den. Dessa anhöriga hade även rapporterat att de tagit del av flera distanstalterapitillfällen jämfört med de anhöriga som inte såg behovet av att göras delaktiga i distanstalterapin. De anhöriga som ansett att det varit givande att delta i distanstalterapin motiverade sina svar med kommentarerna ”även jag lärde mig mer om det finska språket (konsonant, vokal, substantiv och så vidare)” och ”jag fick se hur distanstalterapi fungerar via videokontakt”.

4.3.3 Kontakt och handledning

Ingen av de anhöriga ansåg att kontakten med talterapeuten led i distanstalterapin. De fyra anhöriga som angav att de fått någon sorts handledning under distanstalterapin var nöjda med mängden och kvaliteten av handledningen. Positiva kommentarer angavs om att handledningen varit ”tillräcklig för att förstå min roll i att stöda min man i hemövningen”. Två av fyra anhöriga fick handledning under distanstalterapin i hur de kan stöda kommunikationen hos partnern med afasi medan två anhöriga inte fick ta del av den typens handledning.

4.3.4 Effekt och rekommendationer

Alla fyra anhöriga var ense om att distanstalterapi är en effektiv rehabiliteringsform. Tre av de anhöriga skulle rekommendera distanstalterapi åt andra med motiveringarna ”distanstalterapi är en smidig rehabiliteringsform” och ”fler kan erbjudas talterapeutisk intervention med distanstalterapi”. En av de anhöriga var mer försiktig med att rekommendera distanstalterapi åt andra med motiveringen ”beror säkert på personligheten” med en följdkommentar om att den typ av distanstalterapi paret fått ta del av ”kan understödas”.

4.4 Utvärdering av distanstalterapin

Både de anhöriga och PMA utvärderade sin förnöjsamhet om distanstalterapin samt hur både interaktionen och de tekniska omständigheterna fungerade på en femgradig skala. Skalan var i bildformat på bådas blanketter och skalstegen var väldigt missnöjd, missnöjd, vet inte, nöjd och väldigt nöjd. Frågorna grupperades i tre kategorier enligt innehållet i frågorna och resultaten presenteras i tre tabeller.

I överlag skattade deltagarna de olika punkterna ganska högt med tanke på att den högsta värden var 5. Också variationen var liten. PMA var mest nöjda med hemövningsmaterialet (medelvärde *M*= 4,67) och minst nöjda med mängden terapi per vecka (*M*= 4,17), vilket framkommer i tabell 1. De största skillnaderna i åsikterna hos PMA förekom i hur nöjda PMA var med distanstalterapiperiodens längd, distanstalterapitillfällets längd och resultatet av distanstalterapin (*SD*= 0,84, variationsvidd, *vv*= 3–5 i varje punkt). En PMA hade inte besvarat fråga 1.

De anhöriga var mest nöjda med terapigångens längd (*M*= 5) och minst nöjda med resultatet av behandlingen (*M*= 4,50), vilket framkommer i tabell 1. De största skillnaderna i åsikterna hos de anhöriga förekom i hur nöjda de var med resultatet av distanstalterapin (*SD*= 0,58, *vv*= 4–5). Då PMA och de anhörigas åsikter jämfördes sinsemellan kom det fram att den största skillnaden förekom i förnöjsamhet om terapigångens längd som skattats högre av de anhöriga. Både PMA och de anhöriga var minst nöjda med mängden terapi per vecka. Frågeformuläret för den anhöriga innehöll inte fråga 1.

Tabell 1.

Utvärdering av förnöjsamhet om distanstalterapiperioden

	Personer med afasi					Anhöriga				
Fråga	*n*	*M*	*Mdn*	*SD*	*vv*	*n*	*M*	*Mdn*	*SD*	*vv*
Hur nöjd var du med										
1. Hur övningarna var anpassade för dig?	5	4,40	4	0,55	4–5	-	-	-	-	-
2. Hemövningsmaterial?	6	4,67	5	0,52	3–5	4	4,75	5	0,50	4–5
3. Terapigångens längd?	6	4,50	5	0,84	3–5	4	5,00	5	0,00	5–5
4. Terapiperiodens längd?	5	4,50	5	0,84	3–5	4	4,75	5	0,50	4–5
5.Mängden terapi per vecka?	6	4,17	4	0,41	4–5	4	4,75	5	0,50	4–5

6. Resultatet av behandlingen?	6	4,50	5	0,84	3–5	4	4,50	4,5	0,58	4–5

Anteckningar. M = medeltal, *Mdn* = median, *SD* = standardavvikelse, *Vv* = variationsvidd.

PMA var mest nöjda med hur naturlig kontakten kändes med talterapeuten (*M*= 4,83), likaså den egna motivationen för distanstalterapin skattades högt (*M*= 4,83), vilket framkommer i tabell 2. PMA var minst nöjda med hur lätt det var för talterapeuten att förstå PMA i distanstalterapin, mängden handledning för hemövningen och den egna motivationen för hemövning (*M*= 4,17). De största skillnaderna i åsikterna hos PMA förekom i hur nöjda de var med mängden handledning för hemövningen (*SD*= 1,17, *vv*= 2–5) och hur goda möjligheterna var att kontakta talterapeuten vid behov (*SD*= 1,06, *vv*= 3–5). En PMA hade inte besvarat fråga 10.

De anhöriga var mycket nöjda med hur naturlig kontakten med talterapeuten var, hur lätt det var att förstå talterapeutens instruktioner och hur lätt talterapeuten förstod den anhöriga samt med mängden handledning för hemövning (*M*= 4,75), vilket framkommer i tabell 2. De anhöriga var minst nöjda med hur goda möjligheterna var att nå talterapeuten vid behov (*M*= 4,25). De största skillnaderna i åsikterna hos de anhöriga förekom i hur nöjda de var med möjligheterna att nå talterapeuten vid behov (*SD*= 0,96, *vv*= 3–5). Då PMA och de anhörigas åsikter jämfördes sinsemellan kom det fram att de största skillnaderna förekom i förnöjsamhet om hur lätt det var för talterapeuten att förstå PMA/den anhöriga i distanstalterapin och i förnöjsamhet med mängden handledning för hemövningen, som båda skattades högre av de anhöriga.

Tabell 2.

Utvärdering av interaktion och egen motivation under distanstalterapin

	Personer med afasi					Anhöriga				
Fråga	*n*	*M*	*Mdn*	*SD*	*vv*	*n*	*M*	*Mdn*	*SD*	*vv*
7. Hur naturlig kändes kontakten med talterapeut?	6	4,83	5	0,41	4–5	4	4,75	5	0,50	4–5
8. Hur lätt var det att förstå talterapeutens instruktioner?	6	4,50	5	0,84	3–5	4	4,75	4,5	0,50	4–5
9. Hur lätt var det för talterapeuten att förstå dig?	6	4,17	4	0,75	3–5	4	4,75	5	0,50	4–5
10. Hur goda var möjligheterna att	5	4,20	5	1,06	3–5	4	4,25	5	0,96	3–5

nå talterapeuten vid behov?										
11. Fick du tillräckligt med handledning med hemövningarna?	6	4,17	4,5	1,17	2–5	4	4,75	5	0,50	4–5
12. Hur motiverad var du för distanstalterapin?	6	4,83	5	0,41	4–5	4	4,75	4,5	0,50	4–5
13. Hur motiverad var du för hemövningen?	6	4,17	4	0,76	3–5	4	4,50	5	5,78	4–5

Anteckningar. M = medeltal, *Mdn* = median, *SD* = standardavvikelse, *Vv* = variationsvidd

PMA var mest nöjda med hur väl talterapeutens instruktioner och handledning överfördes i distanstalterapin samt hur tryggt det kändes med tanke på information- och patientskyddet i distanstalterapin (*M*= 4,67), vilket framkommer i tabell 3. PMA var minst nöjda med hur pålitliga de tekniska verktygen och internetuppkopplingen i distanstalterapin var samt med bildkvaliteten i videosamtalet (*M*= 4,17). De största skillnaderna i åsikterna hos PMA förekom i hur nöjda PMA var med mängden handledning i hur de tekniska verktygen bör användas (*SD*= 0,84, *vv*= 3–5).

De anhöriga var mycket nöjda med bildkvaliteten i videosamtalet, ljudkvaliteten i videosamtalet, hur väl talterapeutens instruktioner och handledning överfördes i distanstalterapin, mängden handledning i hur de tekniska verktygen bör användas samt med hur tryggt det kändes med tanke på information- och patientskyddet i distanstalterapin (*M*= 4,75), vilket framkommer i tabell 3. De anhöriga var mindre nöjda med hur pålitlig internetuppkopplingen i distanstalterapin var (*M*= 4,50). De största skillnaderna i åsikterna hos de anhöriga förekom i hur nöjda de anhöriga var med pålitligheten av internetuppkopplingen i distanstalterapin (*SD*= 0,58, *vv*= 4–5). Då PMA och de anhörigas åsikter jämfördes sinsemellan kom det fram att den största skillnaden förekom i förnöjsamhet om bildkvaliteten i videosamtalet, som skattades högre av de anhöriga. Frågeformuläret för den anhöriga innehöll inte fråga 14.

Tabell 3.

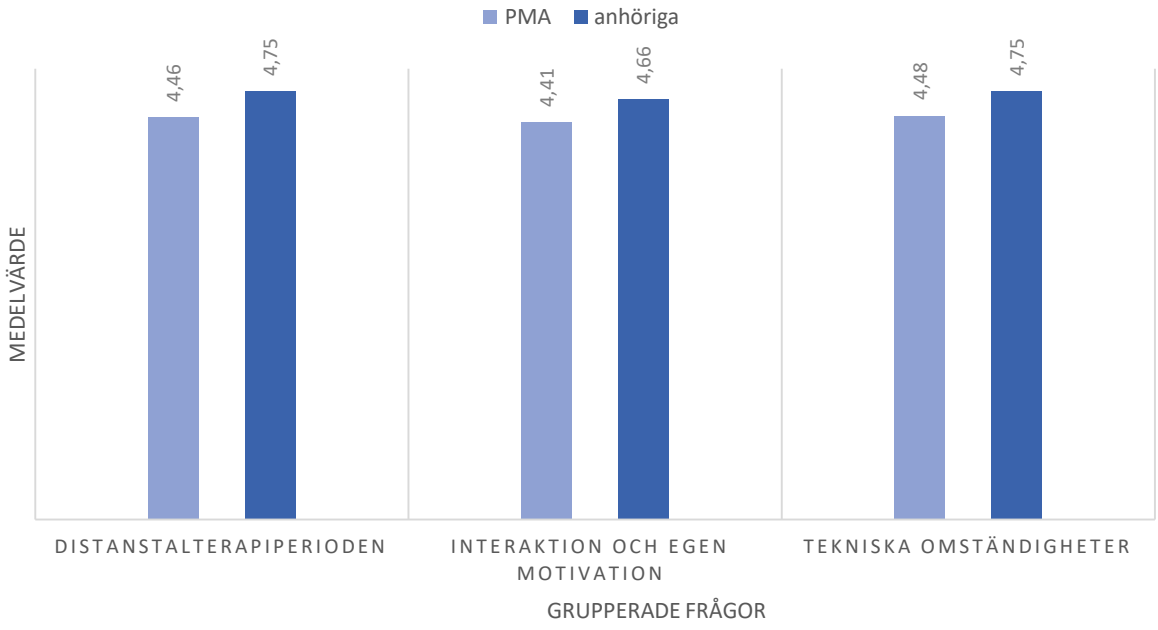
Utvärdering av tekniska omständigheter under distanstalterapin

	Personer med afasi					Anhöriga				
Fråga	*n*	*M*	*Mdn*	*SD*	*vv*	*n*	*M*	*Mdn*	*SD*	*vv*

14. Hur pålitliga var de tekniska verktygen?	6	4,33	4,5	0,82	3–5	4	-	-	-	-
15. Hur pålitlig var internetuppkopplingen?	6	4,33	4,5	0,82	3–5	4	4,50	5	0,58	4–5
16. Hur bra var bildkvaliteten i videosamtalet?	6	4,33	4,5	0,82	3–5	4	4,75	5	0,50	4–5
17. Hur bra var ljudkvaliteten i videosamtalet?	6	4,50	4,5	0,55	4–5	4	4,75	5	0,50	4–5
18. Hur väl överfördes talterapeutens instruktioner och handledning?	6	4,67	5	0,52	4–5	4	4,75	5	0,50	4–5
19. Var mängden handledning för hur de tekniska verktygen bör användas tillräcklig?	6	4,50	5	0,84	3–5	4	4,75	5	0,50	4–5
20. Hur tryggt kändes det med tanke på information- och patientskyddet i distanstalterapin?	6	4,67	5	0,52	3–5	4	4,75	5	0,50	4–5

Anteckningar. M = medeltal, *Mdn* = median, *SD* = standardavvikelse, *Vv* = variationsvidd

När resultat i de tre kategorierna, som beskrev hur nöjda deltagarna var i distanstalterapiperioden, interaktion och egen motivation samt de tekniska omständigheterna sammanställdes och ett medeltal räknades för varje kategori kom det fram att bedömning av personer med afasi och de anhöriga var mycket lika och i båda grupperna mycket höga (Figur 1). De anhörigas bedömningar var lite högre än PMAs bedömningar i varje kategori men skillnaderna var mycket små. I Figur 1 framkommer att PMA var mest nöjda med de tekniska omständigheterna under distanstalterapin (*M*= 4,48) då svaren jämförs mellan de grupperade frågorna och att PMA var minst nöjda med interaktion och den egna motivationen under distanstalterapin (*M*= 4,41). Skillnaderna var mycket små. I Figur 1. framkommer att
de anhöriga var mycket nöjda med distanstalterapiperioden och de tekniska omständigheterna under distanstalterapin (*M*= 4,75). Interaktionen och den egna motivationen under distanstalterapin skattades lite lägre (*M*= 4,66) än de andra kategorierna av de anhöriga på samma sätt som PMA.



Figur 1. Förnöjsamhet om distanstalterapi

Då svaren ur frågeformuläret för PMA granskades som en helhet kom det fram att PMA var mycket nöjda med distanstalterapin. Ur resultaten framkom det att i jämförelse kan konstateras att de anhöriga skattade distanstalterapin med lite högre värden än PMA.

5 Diskussion

Syftet med avhandlingen var att utreda hur personer med afasi och deras anhöriga har upplevt distanstalterapi och hurdana åsikter de har om den. Därtill var syftet att utreda hur de anhöriga ansett att näromgivningen gjorts delaktig i rehabiliteringsprocessen och hur man lyckats med att handleda de anhöriga under distanstalterapin.

5.1 Distanstalterapi

Distanstalterapin med alla PMA som deltog i denna undersökning och besvarade frågeformuläret hade förverkligats av en talterapeut som är verksam inom den privata sektorn. Även i tidigare undersökningar har det kommit fram att det finns många privatpraktiserande talterapeuter som använder distanstalterapi (Svärd, 2018). De flesta paren som besvarat frågeformulären i den här undersökningen hade inte haft möjlighet att välja mellan distantalterapi och talterapi på mottagning. Det kan bero på att serviceproducenten inte hade talterapi på mottagningen att erbjuda. Deltagarna hade också rapporterat att distanstalterapi på mottagning inte varit ett alternativ för dem p.g.a. för få talterapeuter i området eller för att de bott på landsbygden. Av samma anledningar har distanstalterapi erbjudits åt klienter även i tidigare undersökningar (Pulkkanen, 2017; Kelchner, 2013; Theodoros, 2012). Möjligheten att välja mellan behandlingsformerna kunde ha varit en annan ifall deltagaren bott på ett annat ställe i Finland. I en studier gjort i Finland har inget samband konstaterats mellan lokalisering och deltagande i talterapi (Huttu, 2014) medan det i Takalas med fleras (2010) utredning kom fram att PMA har olika möjligheter att delta i talterapeutisk intervention beroende på var de bor, eftersom det i vissa kommuner inte finns några eller tillräckligt av talterapeuter.

Alla distanstalterapiperioder i denna undersökning hade förverkligats som en blandform med distanstalterapi i realtid och tidsoberoende hemövningar. Största delen av distanstalterapin som undersöktes av Keck och Doarn (2014) i Australien förverkligades även som blandform. I föreliggande studie hade deltagarna skattat den egna motivationen för distanstalterapitillfällen i realtid med högre värden i jämförelse med motivationen till den tidsoberoende hemövningen. Liknande resultat konstaterades i studien av Steele med flera (2014) då PMA rapporterade att de föredrog distanstalterapi i realtid över tidsoberoende på egenhand utförd distanstalterapi. Det kan vara svårt för PMA att finna motivation till på egenhand utförd hemövning eftersom

afasin kan ha en påverkan på individens initiativtagande, och det kan vara svårt för PMA att komma ihåg instruktionerna som givits för hemövningen. Den språkliga övningen kan således upplevas betungande av PMA utan handledning. Motivationen till övning i distanstalterapi i realtid höjs möjligen även av att språkliga färdigheter lämpar sig väl att öva på i interaktion med en annan person. PMA och de anhöriga i föreliggande studie ansåg att talterapeutens instruktioner och anvisningar överförts mycket väl i distanstalterapin. Distanstalterapi i realtid har även i annan undersökning konstaterats lämpa sig väl för överföring av den auditiva och visuella information som talterapeutisk intervention grundar sig på (Keck & Doarn, 2014) medan tidsoberoende distanstalterapi, som hemövning med datorprogram, använts främst för att öka på behandlingens intensitet (Cherney m.fl., 2008).

Distanstalterapiperioderna för de flesta PMA i föreliggande studie varade mellan cirka två och fyra månader medan perioden för en PMA sannolikt varat i 6–12 månader. Distanstalterapin förverkligades med 1–2 tillfällen per vecka. Distanstalterapiperioderna som PMA i denna undersökning tagit del av motsvarade de rehabiliteringsperioder som erbjuds PMA i Finland idag (Takala m.fl., 2010). Distanstalterapin hade således inte förverkligats mer intensivt än talterapi på mottagning eller på en rehabiliteringsavdelning. Enligt tidigare forskning gynnas PMA mest av cirka 5 timmar språklig övning per vecka (Verna m.fl., 2009). Alla PMA som besvarat frågeformuläret hade utfört hemövningar utanför distanstalterapitillfällen, vilket ökar på den sammanlagda mängden språklig övning per vecka. Information om hur mycket hemövning PMA utfört saknas dock.

5.2 Deltagarnas åsikter om distanstalterapins förverkligande

Innan distanstalterapin hade börjat var den allmänna attityden mot behandlingsformen hos PMA och de anhöriga neutral eller positiv. En del misstankar om distantalterapin förekom bland de anhöriga men efter att distanstalterapin hade förverkligats hade åsikterna ändrat mot det positiva hållet. Liknande attityder före distanstalterapin konstaterades även i studien av Stam (2014). Fördomar och oro på förhand kan bero på brist på kunskap om distanstalterapi och ovana att använda de tekniska medlen (Theodoros, 2012). I nuläget har internet etablerat sig i samhället och den allmänna åsikten om internet som en plattform för information och behandling har blivit mer positiv (Eichenberg m.fl., 2013). Bland de anhöriga förekom förväntningar om att

interventionens kvalitet inte skulle lida i distanstalterapin och dessa förväntningar möttes efter interventionens slut. För att distanstalterapins kvalitet ska förbli enhetlig med talterapi vid mottagningen är det viktigt att talterapeuten är medveten om kännetecken i distantalterapi och tar dessa i beaktande i planeringsskedet och under förverkligandet (ASHA, 2005; 2017).

Distanstalterapin förverkligades i hemmiljö för de flesta deltagarna. Ett par hade förflyttat sig till en annan lokal för distanstalterapin, vilken kan ha berott på att hemmiljön varit olämplig för deltagandet i distanstalterapi. Bristerna i hemmiljön kan ha varit otillräcklig teknisk apparatur och/eller internetuppkoppling eller på andra sätt bristande omständigheter med tanke på audiovisuell överföring. De utrymmen där yrkesutövaren och mottagarna befinner sig då distanstjänsten förverkligas ska lämpa sig för ändamålet (ASHA, 2005; 2017). PMA och de anhöriga som besvarat frågeformulären hade inte ansett att det var mödosamt att ställa i ordning för distanstalterapin. Inte heller det paren som förflyttat sig till en annan lokal för distanstalterapin hade ansett att det varit besvärligt.

PMA och de anhöriga var mycket nöjda med den tekniska apparaturen i distanstalterapin. Inga kommentarer förekom bland deltagarna om att den tekniska apparaturen skulle ha orsakat problem under distanstalterapin. De positiva erfarenheterna med den tekniska apparaturen kan bero på att tekniken utvecklats sedan de första distanstalterapiförsöken (Ahonen, 2011). PMA och de anhöriga i föreliggande studie var belåtna med den audiovisuella kvaliteten och virtuella omgivningen i distanstalterapin. Liknande åsikter har rapporterats i tidigare insamling av åsikter med samma klientgrupp (Theodoros m.fl., 2008). De positiva erfarenheterna angående den tekniska apparaturen har möjligen haft en inverkan på att PMA och de anhöriga som helhet varit mycket nöjda med distanstalterapin. Den använda tekniska apparaturen har i tidigare forskning konstaterats påverka hur nöjda deltagarna varit med distanstalterapin (Pulkkanen, 2017). PMA och de anhöriga som besvarat frågeformulären ansåg att distanstalterapin varit trygg och pålitlig med tanke på patientskydd och sekretess. I rekommendationer för yrkesutövare som erbjuder distanstjänster poängteras vikten av att samma etiska principer samt krav för säkerhet och sekretess uppfylls i distanstalterapi som i talterapi vid mottagning (ASHA, 2019; Salminen m.fl., 2016; Valvira, 2017).

5.3 Innehållet i distanstalterapin

De mål i distanstalterapin som PMA och de anhöriga angivit frågeformulären motsvarade den målsättning som kan ses i traditionell afasirehabilitering (LaPointe, 2011). Rehabiliteringen i distanstalterapin i föreliggande studie har främst varit symtombaserad, fokus har alltså varit på att rehabilitera de skadade språkliga funktionerna hos PMA. I frågeformulären i föreliggande studie nämndes olika kombinationer av målen att förbättra talflytet, stöda benämningen och öva på skriv- och läskunskapen. Den mest märkbara och frekvent förekommande nedsättningen i det expressiva språket är benämningssvårigheter (LaPointe, 2011). Problemet med att hitta rätt ord, trots idé om vad som önskas meddela, påverkar både PMA och kommunikationspartnern, medan nedsatt läs- och skrivförmåga kan ha en negativ inverkan på förutsättningen att klara sig självständigt i vardagen samt delta i och följa aktuella händelser (LaPointe, 2011).

Det som PMA i föreliggande studie angav sig vara minst nöjda med var hur väl talterapeuten förstått dem i distanstalterapin. Svårigheter med språkförståelse och -produktion kan ha en negativ inverkan på känslan av delaktighet och självständighet hos PMA (LaPointe, 2011). De brister i kommunikationsfärdigheterna som förekommer hos PMA kan leda till känslan av att inte kunna uttrycka sig och bli förstådda. I kontakt på distans kan det vara svårt att överföra det stöd som talterapeuten kan erbjuda personer med mycket svår afasi i form av alternativ och kompletterande kommunikation som t.ex. visuellt stöd. Utan stödet kan PMA få känslan av att kommunikationen är bristfällig. I intervention på distans kan den tekniska apparaturen även orsaka problem, vilket kan försvåra kommunikationsmöjligheterna. Inga åsikter om bristfällig audiovisuell förbindelse förekom dock bland PMA, vilket tyder på att känslan av att bli missförstådd inte direkt berodde på att interventionen förverkligades på distans. Samma känslor kunde ha förekommit även i intervention på mottagning.

De anhöriga hade möjligheten att delta i distanstalterapin enligt det som rapporterades i frågeformulären. Det rekommenderas att en assistent ur klientens näromgivning deltar i distanstalterapin (Coronaria, 2019; Tutoris, 2019). Faktumet att de anhöriga har möjlighet att delta i distanstalterapi som assistenter kan enligt Pulkkanen (2017) ses som en specifik styrka med distanstalterapin. Tre av de anhöriga i föreliggande studie hade deltagit i distanstalterapin. Dessa var nöjda med hur de gjorts delaktiga i distanstalterapin och med den handledning de fått i distanstalterapin. Två

anhöriga som inte aktivt deltagit i distanstalterapin ansåg inte att de skulle ha gynnats av att delta i eller göras delaktiga i rehabiliteringsprocessen, med motiveringen att deras partners fungerade självständigt i distanstalterapin och hemövningen. De anhöriga som deltagit i distanstalterapin ansåg att de haft nytta av deltagandet. De anhöriga hade själva lärt sig mer om det finska språket i distanstalterapin och de var nöjda med att de fått se hur distanstalterapi förverkligas i praktiken. De anhöriga ansåg även att det hade varit nyttigt att delta i distanstalterapin för att de bättre skulle kunna stöda PMA i hemövningen. I de fall där de anhöriga inte tagit del av distanstalterapin kan det diskuteras om talterapeuten aktivare kunde ha strävat mot att göra den anhöriga delaktig.

En möjlighet till att den anhöriga inte deltar i distanstalterapin är att PMA inte önskar att inkludera den anhöriga i interventionen. PMA står i fokus i interventionen och hens önskningar bör tas i beaktande då rehabiliteringen planeras och förverkligas. Ur frågeformulären framkom det inte ifall det varit PMA:s önskan att deras anhöriga inte skulle delta i distanstalterapin. PMA har dock i tidigare undersökningar rapporterat att en bidragande faktor till ett lyckat liv med afasi är att de anhöriga görs delaktiga i rehabiliteringen (Howe m.fl., 2012). De anhöriga i denna studie var minst nöjda med hur tillgänglig talterapeuten varit utanför distanstalterapitillfällen. I undersökningen av Howe med flera (2012) förekom det liknande åsikter hos de anhöriga. Enligt Howe med flera (2012) önskar de anhöriga att få delta i rehabiliteringen, bli informerade om afasi och få handledning i hur de kan stöda PMA i hens kommunikation (Howe m.fl, 2012), vilket stämmer överens med vad majoriteten av de anhöriga angivit i frågeformulären i denna studie.

Hälften av de anhöriga i denna undersökning hade fått handledning i distanstalterapin om hur de kan stöda PMA:s kommunikation medan andra hälften inte fått den typen av handledning. Ett viktigt mål i distanstalterapin anses vara att handleda assistenten i distanstalterapin om hur hen kan stöda kommunikationen hos klienten även i vardagen (Coronaria, 2019; Tutoris, 2019). Med den symtombaserade rehabiliteringen och genom att göra den anhörig delaktig i rehabiliteringsprocessen verkar fokus i distanstalterapin ha legat på att stöda PMA i att kunna fungera självständigt i sitt liv. Parr med flera (1997) och Worrall med flera (2011) har tagit upp samma faktorer för en lyckad rehabiliteringsprocess med PMA. Det är talterapeutens ansvar att aktivt sträva mot att göra de anhöriga delaktiga i distanstalterapin och motivera deltagandets nödvändighet för de anhöriga med att afasin påverkar all kommunikation med och hos

PMA och har således en oundviklig effekt även på näromgivningen (Simmons-Mackie m.fl., 2016; Simmons-Mackie m.fl., 2010).

De par som deltagit i talterapi på mottagning tidigare rapporterade att den anhöriga då deltagit i 2–3 tillfällen. De anhöriga hade tagit del av i medeltal 8 tillfällen i distanstalterapin. Då dessa tal jämfördes kunde slutsatsen dras att de anhöriga deltagit påtagligt mer aktivt i distanstalterapin. Även i tidigare forskning har det konstaterats att det är lättare att göra de anhöriga delaktiga i distanstalterapi jämfört med talterapi på mottagning (Howe m.fl., 2012; Pulkkanen, 2017).

5.4 Deltagarnas erfarenheter om distanstalterapi

Både PMA och de anhöriga som i föreliggande studie var ense om att distanstalterapin var en effektiv behandlingsform i deras fall. Studier om distanstalterapins effektivitet har utförts med personer som haft en afasi som varierat från lindrig till grav afasi (Hall m.fl., 2013). Speciellt specifika benämningssvårigheter har behandlats via distanstalterapi med goda resultat (Isaki & Farrell, 2015; Woolf m.fl., 2015), vilket även varit ett av huvudmålen i flera av distanstalterapiperioderna för PMA som deltog i denna studie. Framsteg har även konstaterats i behandling av språklig färdighet på flera områden samtidigt (Isaki & Farrell, 2015). Framstegen har dock inte direkt överförts till diskussionssituationer under den korta behandlingsperioden i tidigare undersökning (Woolf m.fl., 2015), vilket kan ha varit fallet även för PMA som besvarade frågeformulären eftersom flera PMA kommenterade att de gärna skulle ha tagit emot mer rehabilitering. I tidigare undersökningar har slutsatsen dragits att distanstalterapi definitivt kan vara ett effektivt medel att använda med PMA (Georgeadis m.fl., 2004; Theodoros m.fl., 2008).

De PMA och anhöriga som deltog i undersökningen rapporterade mycket positiva åsikter om distanstalterapi, vilket stämmer överens med tidigare forskning (Lasker m.fl., 2010; Steele m.fl., 2014). Slumpen kan ha avgjort att just de sex PMA och fyra anhöriga som har positiv inställning till distanstalterapi besvarade frågeformulären. Eftersom deltagarna var så få representerar deras åsikter inte alla personer med afasi i Finland som tagit del av distanstalterapi. Kommentarer om att deltagarna var mycket nöjda med att inte behöva förflytta sig till mottagningen förekom även i denna studie i likhet med vad som rapporterats i studien av Lasker med flera (2010). Flera av den här undersökningens deltagare rapporterade även att de i

fortsättningen skulle föredra distanstalterapi framom talterapi vid mottagning eller att de inte har en preferens mellan de två behandlingsformerna, vilket stämmer överens med det som kommit fram i andra undersökningar (Lasker m.fl, 2010).

De flesta av PMA och de anhöriga som besvarade frågeformulären skulle rekommendera distanstalterapi åt andra. Deras motivering är att distanstalterapin lämpat sig för dem. Bland deltagarna förekom kommentarer om att distanstalterapi varit en lämplig rehabiliteringsform i deras fall men att den möjligen inte passar för alla. Kommentarer förekom även om att distanstalterapin lämpar sig bra i senare skeden av afasin men inte i akut-fasen, och att klienten bör klara av att fungera relativt självständigt för att distanstalterapi ska lämpa sig för hen. Det som deltagarna tagit upp stämmer väl överens med det som talterapeuten bör ta i beaktande då hen reflekterar över om distanstalterapi är en lämplig behandlingsmetod för varje enskild klient (ASHA, 2019; Salminen m.fl., 2016; Valvira, 2017).

5.5 Begränsningar i undersökningen och förslag för fortsatt forskning

Frågeformulären skickades åt sju PMA och deras anhöriga. Frågeformuläret returnerades av sex PMA, fyra anhöriga och fem par. Samplet i undersökningen var snävt, vilket kan bero på att antalet PMA som deltagit i distanstalterapi i Finland fortfarande är litet. Antagandet understöds av att en talterapeut från fältet kontaktade skribenten under datainsamlingen med en kommentar om att det troligen vore enklare att få in data för undersökningen om ämnet utvidgades även till barnklienter som deltagit i distanstalterapi. En annan förklaring till att samplet var litet kan vara att formuläret var svårt för personer med afasi att fylla i trots att det delvis innehöll bildstöd. Om data hade samlats in med intervjuer skulle det kanske ha varit möjligt att få flera deltagare. De resultat som konstaterades i denna studie gäller deltagarna i denna studie och kan inte generaliseras. Resultaten ur undersökningen stämmer dock överens med tidigare forskning inom ämnet. Trots att tanken var den att PMA och den anhöriga skulle fylla i frågeformulären var för sig kan det hända att deras åsikter påverkat varann, i synnerhet om den anhöriga hjälpte PMA med att besvara frågeformuläret.

Frågeformuläret hade vissa brister. Öppna frågor kan vara svåra att besvara av PMA eftersom de kan ha svårigheter med att skriva. De öppna frågorna valdes för att en del information skulle ha varit svår att få fram på andra sätt. PMA hade möjligheten att rita in ansikten från den femgradiga skalan för att beskriva sin förnöjsamhet om det

som frågan handlade om. PMA kunde även be om hjälp av de anhöriga med att besvara frågorna. Frågorna i frågeformuläret kunde ha varit mer detaljerade. Det skulle t.ex. ha varit intressant att få veta mer om de språkliga övningarna som hade förverkligats i distanstalterapin samt vilken typ av och hur mycket hemövning deltagarna hade utfört. Undersökningen fokuserade dock främst på deltagarnas åsikter om distanstalterapi, således var målet inte att utreda hur själva rehabiliteringen sett ut. Frågeformuläret kunde ha innehållit en fråga om deltagarna hade haft den tekniska apparatur tillgänglig redan innan distanstalterapin eller om den tekniska apparaturen skaffades inför distanstalterapin. Det skulle även ha varit intressant att veta om deltagarna själva ansåg att deras tekniska färdigheter varit tillräckliga för att delta i distanstalterapi. Svaret på detta kan dock indirekt tolkas av att deltagarna inte angivit att det förekommit problem med den tekniska apparaturen eller med att ställa i ordning inför distanstalterapin. Frågeformuläret kunde ha innehållit en fråga om talterapeuten motiverat deltagandet i distanstalterapin för den anhöriga på något sätt.

Fortsatt forskning kunde fokusera på att utreda hur lättillgänglig den tekniska apparaturen är för personer i de äldre åldersgrupperna och om deras tekniska färdigheter är tillräckliga för deltagande i distanstalterapi. I nästa fas av undersökningen kunde det i detalj undersökas hur det konkreta innehållet i distanstalterapin ser ut. Angående de anhörigas deltagande kunde fortsatt forskning riktas på att utreda vad som påverkar ifall den anhöriga deltar i distanstalterapin eller inte. Även anhöriga till PMA som fungerar självständigt i distanstalterapin har nytta av att delta i distanstalterapin för att få förståelse om afasin och veta hur de kan underlätta kommunikationen i vardagen. Detta är viktigt att lyfta fram eftersom afasin påverkar både PMA själv och hens familjemedlemmar.

5.6 Slutsatser

PMA rapporterade visst missnöje med hur det varit för talterapeuten att förstå dem i distanstalterapin. De anhöriga var minst nöjda med hur talterapeuten var tillgänglig utanför distanstalterapitillfällen. Bland de anhöriga förekom även åsikten att de inte behövs i distanstalterapin och att de inte gynnas av att delta i distanstalterapin. Överlag var PMA och de anhöriga ändå nöjda med distanstalterapin, de ansåg att distanstalterapi var en effektiv behandlingsmetod och de skulle gärna själva delta i behandlingsformen igen samt rekommendera den åt andra.

Referenser

Ahonen, M. (2011). Videovälitteisen puheterapian pilottihanke Pudasjärvellä. *Puheterapeutti lehti*, 1, 14–15.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2005). Speech-language pathologists providing clinical services via telepractice. Technical Report. Rockville. Hämtad 2018-10-23 från http://www.asha.org/policy

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2017). Telepractice: Key issues. Hämtad 2019-03-02 från https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956&section=Key_Issues

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2019). Telepractice. Hämtad 2019-02-18 från https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956 HYPERLINK

Cherney, L.R., Halper, A.S., Holland, A.L. & Cole, R. (2008). Computerized script training for aphasia: Preliminary results. *American Journal of Speech-Language Pathology, 17*, 19–34.

Constantinescu, G., Theodoros, D., Russell, T., Ward, E., Wilson, S., & Wootton, R. (2010). Assessing disordered speech and voice in Parkinson's disease: A telerehabilitation application. *International Journal of Language and Communication Disorders, 45*(6), 630–644.

Coronaria (2019). Etäkuntoutus. Hämtad 2019-02-18 från https://www.coronaria.fi/kuntoutus-ja-terapiapalvelut/etakuntoutus/

Des Roches, C.A. & Kiran, S. (2017). Technology-based rehabilitation to improve communication after acquired brain injury. *Frontiers in Neuroscience 11*, 1–17.

Dollaghan, C. A. (2007). The handbook for evidence-based practice in communication disorders. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Dunkley, C., Pattie, L. & Wilson, L. (2010). A comparison of rural speech-language pathologists' and residents' access to and attitudes towards the use of technology for speech-language pathology service delivery. *International Journal of Speech-Language Pathology, 12*(4), 333–343.

Eichenberg, C., Wolters, C. & Brähler, E. (2013). The internet as a mental health advisor in Germany. Results of a national survey. *Plos One, 8*(11). Hämtad 2019-02-18 från https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079206

Georgeadis, A. C., Brenna, D. M., Barker, L. M., & Baron, C. R. (2004) Telerehabilitation and its effect on story retelling by adults with neurogenic communication disorders. *Aphasiology, 18*, 639–652.

Hall, N., Boisvert, M. & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia. A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation, 5*(1), 27–38.

Hill, A., & Theodoros, D. (2002). Research into telehealth applications in speech-language pathology. *Journal of Telemedicine and Telecare, 8*, 187–196.

Hill, A. (2010). Telerehabilitation in scotland: current initiatives and recommendations for future development. *International Journal of Telerehabilitation, 2*, 7–13.

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.

Huttu, H. (2014). Afasian saaneiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan ja puheterapian toteutuminen. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, humanistinen tiedekunta, logopedia.

Isaki, E. & Fangman Farrell, C. (2014). Provision of speech-language pathology telepractice services using Apple iPads. *Telemedicine Journal and E-Health, 21*(7), 538–549.

Karppi, M. (2011). Interaktiivinen etäkuntoutus ikääntyneen toipilasajan tukena. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Hämtad 2019-03-02 från https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83002/gradu05437.pdf?sequence=1

Keck C.S. & Doarn, C.R. (2014) Telehealth technology applications in speech-language pathology. *Telemedicine and e-Health, 20*(7), 653–659.

Kelchner, L. (2013). Telehealth and the treatment of voice disorders. A discussion regarding evidence. *SIG 3 Perspectives on Voice and Voice Disorders, 23*(3), 88–94.

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

Laine, M., & Marttila, R. (1992). Aikuisen afasia. *Duodecim, 108*, 1039–1047. Hämtad 2018-10-23 från https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/3670/laine1039-1047.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Lam, J. & Wodchis, W. P. (2010). The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Medical Care, 48*, 380–387.

LaPointe, L. L. (2011). *Aphasia and related neurogenic language disorders* 4th edition. The thieme medical publishing group.

Lasker, J.P., Stier walt, A.G.J., Spence. M. & Calvin-Root, C. (2010) Using webcam interactive technology to implement treatment for severe apraxia. A case example (Report). *Journal of Medical Speech-Language Pathology, 18*(4), 71–76.

Lindholm, C., & Strömberg, L. (2008). Utvärdering av constraint-induced aphasia therapy (CIAT) vid kronisk afasi under svenska förhållanden. Umeå universitet, Umeå.

Palmer, R., Cooper, C., Enderby, P., Brady, M., Julious, S., Bowen, A. & Latimer, N. (2015). Clinical and cost effectiveness of computer treatment for aphasia post stroke (Big CACTUS): Study protocol for a randomized controlled trial. School of Health and Related Research, University of Sheffield.

Parr, S., Byng, S., Gilpin, S. & Ireland, C. (1997). Talking about aphasia: Living with loss of language after stroke. Maidenhead: Open University Press.

Peterson, C. & Watzlaf, V. (2014). Telerehabilitation store and forward applications. A review of applications and privacy considerations in physical and occupational therapy practice. *International Journal of Telerehabilitation, 6*(2), 75–84.

Pulkkanen, S. (2017). "Semmonen into kokeilla, sitä kai se vaatii". Puheterapeuttien ajatuksia ja kokemuksia alle kouluikäisten lasten etäpuheterapiasta. Oulun yliopisto, humanistinen tiedekunta, logopedia. Hämtad 2019-02-18 från http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201709142891.pdf

Salminen, A-L., Heiskanen, T., Hiekkala, S., Naamanka, J., Stenberg, J-H. & Vuononvirta, T. (2016). Etäkuntoutuksen ja siihen läheisesti liittyvien termien määrittelyä. I A-L. Salminen, S. Hiekkala & J-H. Stenberg (eds.), *Etäkuntoutus* (s.11–17). Helsinki: Kela. Hämtad 2019-02-18 från https://www.kela.fi/documents/10180/0/Etäkuntoutus/4a50ddb8-560c-47b4-94ed-09561f6981df

Scheideman-Miller, C., Clark, P., Smeltzer, S. S., Carpenter, J., Hodge, B., & Prouty, D. (2002). Proceedings of the 35th Hawaii international conference on system sciences: Two year results of a pilot study delivering speech therapy to students in a rural Oklahoma school via telemedicine.

Simberg, S. (2000). Kaukoterapiaa? *Puheterapeutti lehti, 1*, 19–20.

Simmons-Mackie, N., Worrall, L., Murray, L. L., Enderby, P., Rose, M. L., Paek, E. J. & Klippion, A. (2016). On behalf of the aphasia united best practices working group and advisory committee: The top ten: Best practice recommendations for aphasia. *Aphasiology*. Hämtad 2018-10-23 från http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2016.1180662Published

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.

Stam, E. (2014). Etäpuheterapiaa vai puhuvia päitä? – lasten äännevirheiden videovälitteinen arviointi- ja kuntoutuskokeilu. Oulun yliopisto, humanistinen tiedekunta, logopedia. Hämtad 2019-02-18 från http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201404101259.pdf

Steele, R.D., Baird, A., McCall, D. & Hayness, L. (2014). Combining teletherapy and online language exercises in the treatment of cronic aphasia: An outcome study. *International Journal of Telerehabilitation, 6*(2), 3–20.

Svärd, A. (2018). Användning av distanstalterapi i Finland. Åbo Akademi, fakulteten för humaniora, psykologi och teologi, logopedi.

Takala, T., Peurala, S., Erilä, T., Huusko, T., Viljanen, T., Ylinen, A. & Sivenius, J. (2010). Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluja: Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista suomessa. *Suomen Lääkärilehti, 65,* 399–405.

Theodoros, D. (2012). A new era in speech-language pathology practice: Innovation and diversification. *International Journal of Speech-Language Pathology, 14*, 189–199.

Theodoros, D. (2011). Telepractice in speech-language pathology. The evidence, the challenges, and the future. *Perspectives on Telepractice, 1*(1), 10–21.

Theodoros, D, Hill, A., Russell, T., Ward, E. & Wootton, R. (2008). Assessing acquired language disorders in adults via the Internet. *Telemedicine and E-Health, 14*(6), 552–559.

Theodoros, D., Russell, T., Hill, A., Cahill, L., & Clark, K. (2003). Assessment of motor speech disorders online: A pilot study. *Journal of Telemedicine and Telecare, 9*, 66–68.

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

Tucker, J. (2012). Perspectives of speech-language pathologists on the use of telepractice in schools: The qualitative view. *International Journal of Telerehabilitation, 4*, 47–59.

Tutoris. (2019). Etäkuntoutus. Hämtad 2019-02-18 från https://www.tutoris.fi/palvelut/etutoris/etakuntoutus/

Valvira. (2017). Tjänster inom hälso- och sjukvården som ges på distans. Hämtad 2019-02-18 från https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/privata_halso-_och_sjukvardtjanster/tjanster-inom-halso-och-sjukvarden-som-ges-pa-distans

Verna, A., Davidson, B. & Rose, T. (2009). Speech pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in australia. *International Journal of Speech-Language Pathology, 11,* 191–205.

Vesterinen, R. (2010). Etäkuntoutus – mahdollisuus kuntoutua kotona kaksisuuntaisen videoyhteyden avulla. Käytettävyystutkimus Innokusti – hankkeessa. Hämtad 2019-03-2 från https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/25732/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201012223215.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wellenius, E., & Wikström, E. (2006). Språkbedömning av 3- och 4-åringar via telemedicin. Umeå Universitet, Umeå.

Wertz, R.T., Dronkers, N.F., Bernstein-Ellis, E., Shubitowski, Y., Elman, R. & Shenaut, G.K. (1987). Appraisal and diagnosis of neurogenic communication disorders in remote settings. *Aphasiology*, 117–123. Hämtad 2019-02-18 från http://aphasiology.pitt.edu/925/1/17-12.pdf

Woolf, C., Caute, A., Haigh, Z., Galliers, J., Wilson, S., Kessie, A., Hirani, S., Hegarty, B., Marshall, J. (2015). A comparison of remote therapy, face to face therapy and an attention control intervention for people with aphasia: A quasi-randomized controlled feasibility study. *Clinical Rehabilitation, 30*, 4, 359–373.

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.

Bilaga A

Brev åt talterapeuterna

Hej,

Hälsningar från Åbo.

Jag hör av mig till er eftersom jag vet att ni är experter på distanstalterapi.

Saken berör min pro gradu -avhandling.

Jag är intresserad av att utreda erfarenheter av distanstalterapi hos personer med afasi och deras anhöriga som tagit del av distanstalterapin. Jag använder ett frågeformulär med bildstöd för personen med afasi och ett skilt frågeformulär för den anhöriga. Vid behov intervjuar jag klienterna ifall de så önskar (på finska med finska klienter och på svenska med svenska klienter).

Problemet är det att jag och min handledare Pirkko Rautakoski inte vet vem dessa klienter är och hur vi kunde kontakta dem.

Därför frågar jag er om ni har personer med afasi som klienter i distanstalterapi? Ifall ni har, skulle jag be er om hjälp, med att fråga dessa klienter om de är villiga att delta i undersökningen. Ifall de ger sitt samtycke skickar vi er datainsamlingsmaterialet i ett färdigt kuvert som ni sedan kunde vidarebefordra till klienterna. Kuvertet innehåller frågeformulären och ett färdig betalt returneringskuvert.

Vad anser ni om detta, skulle ni vara villiga att hjälpa till med datainsamlingen?

Ha en trevlig början på våren!

Med vänliga hälsningar,

Anna-Carolina Ylimäki

aylimaki@abo.fi

tel.: 0503200522

Kirje puheterapeuteille

Hei,

Tervehdys Åbosta.

Koska tiedän teidät etäpuheterapian asiantuntijoiksi, lähestyn teitä asiani kanssa.

Asia koskee pro gradu -tutkielmaani.

Olen kiinnostunut tutkimaan etäpuheterapiaa saaneiden afaattisten henkilöiden ja heidän avustajansa kokemuksia etäpuheterapiasta. Käytän kuvallista lomaketta afaattisille henkilöille ja omaa lomaketta avustavalle läheiselle. Tarvittaessa suoritan lisähaastattelun, jos osallistuja niin haluaisi. (suomeksi tietenkin suomenkielisille asiakkaille ja ruotsiksi ruotsinkielisille)

Ongelmana on, että minä ja ohjaajani Pirkko Rautakoski emme tiedä keitä nämä asiakkaat ovat.

Kysyisin, onko teillä afaattisia henkilöitä, jotka ovat saaneet etäpuheterapiaa? Jos teillä on, joutuisimme käytännössä pyytämään teiltä apua siinä, että kysyisitte näiltä henkilöiltä, haluaisivatko he osallistua tutkimukseen. TAI lähettäisimme teille heille menevät valmiit kirjeet, mutta te kirjoittaisitte niihin vastaanottajan nimen. Kirje sisältäisi lomakkeet ja valmiiksi maksetun palautuskuoren.

Mitä luulet, olisikohan jokin tällainen menettely mahdollista?

Hyvää kevään alkua!

Ystävällisin terveisin,

Anna-Carolina Ylimäki

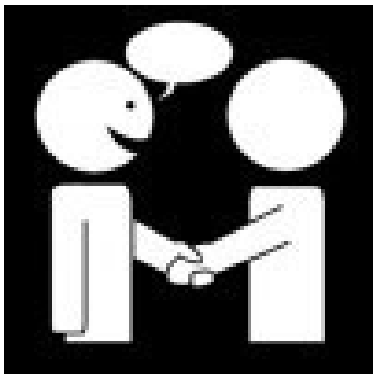
aylimaki@abo.fi

puh.nro.: 050320052

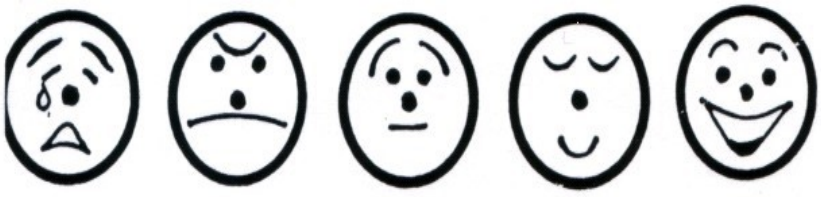
Bilaga B

Informationsblad

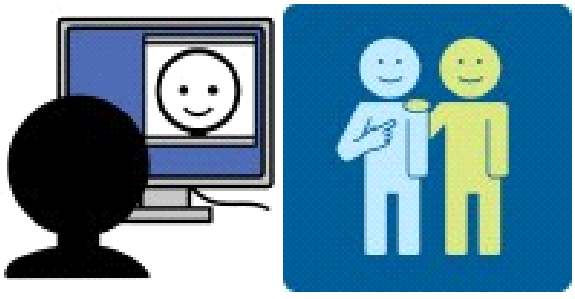
Tack för att Ni vill delta i den här undersökningen! Ert svar är viktigt!



Frågorna handlar om Er åsikt om distanstalterapi. Ni bes skatta er åsikt på en Likert-skala gällande hur nöjd Ni var med behandlingen, tekniken, handledningen och kontakten. Dessutom kommer vi be Er besvara hur väl den anhörige gjorts delaktig i behandlingen.

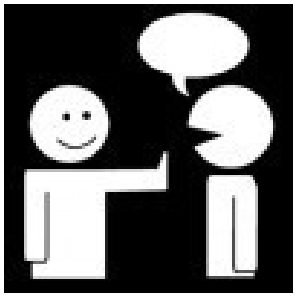


Syftet med den här undersökningen är att undersöka vilka åsikter personer med afasi och deras anhöriga har om distanstalterapi. Samt att utreda hur deltagarna anser att näromgivningen gjorts delaktig i rehabiliteringsprocessen, och hur man lyckats med att handleda de anhöriga under distanstalterapin.



Etiskt tillstånd för studien har beviljats av den forskningsetiska nämnden vid Åbo Akademi.

Ert deltagande frivilligt och ni har rätt att dra bort ert bidrag i vilket skede som helst utan att ange orsak.



All information som samlas in är endast till för denna studie och informationen kommer att behandlas konfidentiellt. Det kommer inte att vara möjligt att urskilja några specifika kopplingar till er i de resultat som presenteras efter att studien genomförts eller i eventuella framtida publiceringar av studien.

Om ni har frågor kan ni bra kontakta forskaren

Forskarens namn: Anna-Carolina Ylimäki

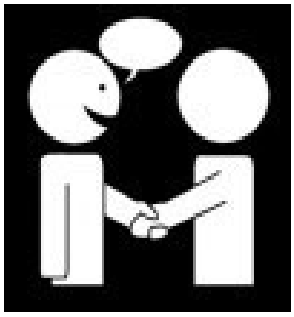
Telefon: 0503200522

E-post: aylimaki@abo.fi

Tutkimustiedote

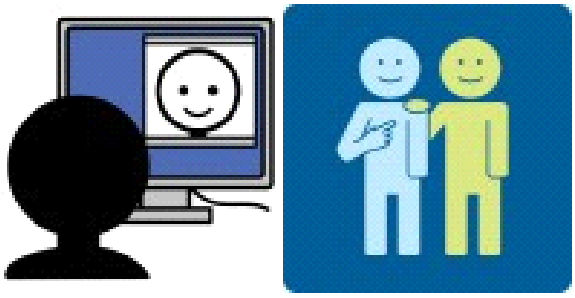
TUTKIMUS: Etäpuheterapiaan osallistuneiden afaattisten henkilöiden ja heidän läheistensä mielipiteet kuntoutusmuodosta.

Kiitos Teille osallistumisesta tähän tutkimukseen! Teidän vastauksenne on tärkeä!



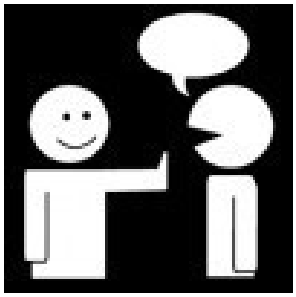
Kysymykset koskevat Teidän mielipiteitänne etäpuheterapiasta. Teitä pyydetään arvioimaan kokemuksianne etäpuheterapiasta, siihen liittyvän tekniikan käytöstä sekä etäkuntoutuksessa toteutuneesta ohjauksesta ja kontaktista puheterapeuttiin viisiportaisella asteikolla. Lisäksi pyydämme Teitä arvioimaan, kuinka hyvin läheinen tehtiin osalliseksi etäkuntoutusta.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää afaattisten henkilöiden ja heidän läheistensä mielipiteitä etäpuheterapiasta sekä siitä, kuinka osallistujat kokivat, että lähiympäristö tehtiin osalliseksi kuntoutukseen ja kuinka läheisten ohjaus onnistui etäpuheterapiassa.



Åbo Akademin tutkimuseettinen neuvottelukunta on myöntänyt tutkimukselle eettisen luvan.

Osallistumisenne on vapaaehtoista ja teillä on oikeus vetäytyä tutkimuksesta, missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta.



Kaikki kerätty tieto on tarkoitettu ainoastaan tätä tutkimusta varten ja kaikki tieto tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Suoritetun tutkimuksen jälkeen tulokset esitetään pro gradu –tutkielmassa ja mahdollisesti tieteellisessä artikkelissa. Antamanne tiedot eivät ole tunnistettavissa tutkimuksen tuloksista.

Jos teillä on kysymyksiä, voitte hyvin olla yhteydessä tutkijaan,

Tutkijan, puheterapeuttiopiskelija: Anna-Carolina Ylimäki
Puhelin: 0503200522
sähköposti: aylimaki@abo.fi

Bilaga C Samtyckesblankett

Samtyckesblankett för personer med afasi och deras anhöriga

FORSKNING: Åsikter om distanstalterapi hos personer med afasi och deras anhöriga som deltagit i rehabiliteringen.

Forskare: Anna-Carolina Ylimäki
Kontaktuppgifter:
tel. 0503200522
aylimaki@abo.fi

Handledare: Pirkko Rautakoski, professor, talterapeut
Kontaktuppgifter: Åbo Akademi, Fabriksgatan 2, 20500 Åbo
tel. 02-215 3631
pirkko.rautakoski@abo.fi

Besvara påstående nedan med att ringa in JA om du är av samma åsikt eller NEJ om du är av annan åsikt.

Jag har tagit del av informationen om undersökningen och är medveten om hur den kommer att gå till.

JA

NEJ

Jag har läst informationsbladet och jag har fått tillfälle att kontakta forskaren med möjliga frågor angående undersökningen.

JA **NEJ**

Jag har haft tid att bestämma om jag vill delta i undersökningen eller inte.

JA **NEJ**

Jag vet att jag inte är tvungen att delta i undersökningen om jag inte vill.

JA **NEJ**

Jag är medveten om att jag när som helst under undersökningens gång kan avbryta mitt deltagande utan att jag behöver förklara varför.

JA **NEJ**

Jag är medveten om att ifall jag väljer att dra mig ur undersökningen kommer det inte att påverka mina rättigheter.

JA **NEJ**

Jag ger mitt medgivande till att det material som insamlas används för en pro gradu-avhandling och eventuellt en internationell artikel.

JA **NEJ**

Genom att skriva under blanketten ger jag mitt medgivande till deltagande i undersökningen.

Datum _____

Klientens underskrift _____

Den anhörigas underskrift _____

Afaattisen henkilön ja läheisen suostumus tutkimukseen osallistumisesta

TUTKIMUS: Etäpuheterapiaan osallistuneiden afaattisten asiakkaiden ja heidän läheistensä mielipiteet kuntoutuksesta.

Tutkija: Anna-Carolina Ylimäki
Yhteystiedot:
puh. 0503200522
aylimaki@abo.fi

Ohjaaja: Pirkko Rautakoski, professor, talterapeut
Yhteystiedot: Åbo Akademi, Fabriksgatan 2, 20500 Åbo
puh. 02-215 3631
pirkko.rautakoski@abo.fi

Vastaa alla oleviin väittämiin, ympyröimällä KYLLÄ jos olet samaa mieltä tai EI jos olet eri mieltä.

Olen lukenut informointi tutkimuksesta -lomakkeen ja olen tietoinen siitä, kuinka tutkimus tullaan toteuttamaan.

KYLLÄ **EI**

Olen lukenut informointi tutkimuksesta -lomakkeen ja olen saanut mahdollisuuden olla yhteydessä tutkijaan mahdollisten tutkimusta koskevien kysymysten kanssa.

KYLLÄ EI

Olen saanut aikaa päättää, haluanko osallistua tutkimukseen vai en.

KYLLÄ EI

Olen tietoinen siitä, että minun ei ole pakko osallistua tutkimukseen, jos en halua.

KYLLÄ EI

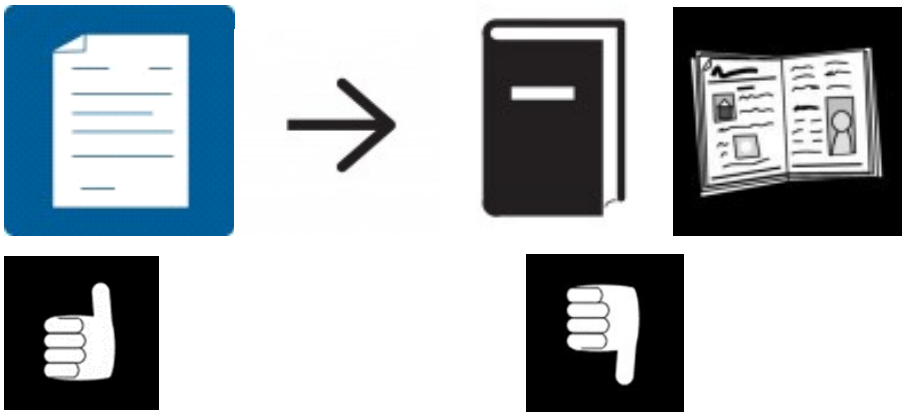
Olen tietoinen siitä, että voin milloin tahansa vetäytyä tutkimuksesta ilman, että minun tarvitsisi kertoa syytä perumiselle.

KYLLÄ EI

Olen tietoinen siitä, että jos vetäydyn tutkimuksesta se ei vaikuta minuun oikeuksiini.

KYLLÄ EI

Annan suostumukseni sille, että kerätty tieto voidaan käyttää tutkimusta käsittelevässä pro gradu -tutkielmassa ja mahdollisessa tieteellisessä artikkelissa.



KYLLÄ **EI**

Allekirjoittamalla lomakkeen annan suostumukseni tutkimukseen osallistumisesta

Päivämäärä _____

Asiakkaan allekirjoitus _____

Läheisen allekirjoitus _____

Bilaga D

Gemensamt frågeformulär

Gemensamt frågeformulär för <u>personen med afasi och den anhöriga</u> som deltagit i disanstalterapi. Fyll gärna i formuläret tillsammans.

Tack för att du tar dig tid att fylla i detta frågeformulär.

<u>Frågorna</u>

1. Har klienten fått talterapi på mottagning någon gång tidigare?

2. Om hen har fått, deltog den anhöriga i den terapin? Hur många gånger var den anhöriga med?

3. Om ni har deltagit i talterapi på mottagning, vilken behandlingsform (distanstalterapi eller talterapi vid mottagning) föredrar ni? Varför?

4. När distanstalterapi föreslogs fick ni välja mellan talterapi på mottagning eller distanstalterapi? Eller var distanstalterapi det ända alternativet?

5. Hade ni ett mål under distanstalterapin? Vad var målet?

6. Träffade ni talterapeut på mottagning innan distanstalterapin började?

7. Hur många distanstalterapi gånger innehöll behandlingsperioden?

8. Hur många distanstalterapigånger hade ni per vecka?

9. Var ägde distanstalterapin rum?
10. Hur ansåg ni att det var att ställa iordning inför distanstalterapi (hitta ställe, installera och ta i bruk utrustning)?

11. Hur ansåg ni att det gick att komma överens om tidtabeller för distanstalterapin?

12. Hur ansåg ni att informering om möjliga förändringar i arrangemanget, tider osv. fungerade?

13. Kunde ni få tekniskt stöd vid behov?

14. Utdelades klienten hemövningar?

15. Gjorde klienten hemövningar?

16. Om klienten fick hemövningar, deltog den anhöriga i hemövningen?

17. Om ni stötte på tekniska problem, vems apparatur var det som orsakade problemen

(ringa in det mest lämplig alternativet)

Talterapeutens / Vår / Bådas i samma mängd

<u>Övriga kommentarer</u>

Yhteinen kyselylomake

Yhteinen kyselylomake afaattiselle henkilölle ja hänen läheiselleen, jotka ovat osallistuneet etäpuheterapiaan. Täyttäkää lomake mielellään yhdessä.

Kiitos Teille ajastanne, jonka käytätte tämän kyselylomakkeen täyttämiseen.

Kysymykset

1. Onko asiakas saanut puheterapiaa vastaanotolla joskus aiemmin?

2. Jos asiakas on saanut puheterapiaa vastaanotolla, osallistuiko läheinen silloin kuntoutukseen? Kuinka monta kertaa läheinen oli mukana?

3. Jos olette osallistuneet puheterapiaan vastaanotolla, kumpaa kuntoutusmuotoa (etäpuheterapia vai puheterapia vastaanotolla) suositte? Miksi?

4. Kun etäpuheterapiaa ehdotettiin, saitteko valita vastaanotolla toteutetun puheterapian ja etäpuheterapian välillä? Vai oliko etäpuheterapia ainoa vaihtoehto?

5. Mikä oli etäpuheterapiajakson tavoite?

6. Tapasitteko puheterapeutin vastaanotolla ennen etäpuheterapian alkua?

7. Kuinka monta etäpuheterapiakertaa jakso sisälsi?

8. Kuinka monta etäpuheterapiakertaa teillä oli viikossa?

9. Missä etäpuheterapia toteutui?

10. Kuinka koitte etäpuheterapiaa edeltävät valmistelut (paikan löytäminen, koneiden asentaminen ja käyttöönotto)?

11. Kuinka koitte, että etäpuheterapia-ajankohtien sopiminen onnistui?

12. Kuinka koitte, että informaatio mahdollisista muutoksista (koskien esim. ajankohtaa tai käytännön järjestelyjä) sujui?

13. Oliko teillä mahdollisuus saada teknistä tukea tarvittaessa?

14. Saiko asiakas kotiharjoitteita?

15. Tekikö asiakas kotiharjoitteita?

16. Jos asiakas sai kotiharjoitteita, osallistuiko läheinen kotiharjoitteluun?

17. Jos törmäsitte teknisiin ongelmiin etäpuheterapian aikana, kenen laitteisto aiheutti ongelmat? (ympyröi sopivin vaihtoehto)

Puheterapeutin / Meidän / Molempien yhtä paljon

<u>Muuta lisättävää:</u>

Bilaga E

Frågeformulär för personen med afasi

Detta frågeformulär är för <u>personen med afasi</u> som fungerat som <u>klient</u> i distanstalterapin.

Tack för att du tar dig tid att fylla i detta frågeformulär.

Börja med att fylla i frågorna om bakgrundsinformation (3 frågor).
Fyll sedan i Del 1 som består av 20 frågor om distanstalterapi, vilka besvaras på en femgradig skala med bildstöd (ansikten). Del 2 består av 4 öppna frågor. Med frågeformuläret önskar vi nå åsikter och erfarenheter hos personen med afasi.

Bakgrundsinformation:

Ringa in det alternativ som passar bäst eller specificera skriftligen
1. Kön: Man / Kvinna / Annan
2. Ålder: 18-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60-69 / 70-79 / 80-89 / 90+
3. När förverkligades distanstalterapin (datum/år):_____

Del 1. Din åsikt om hur nöjd du var med distanstalterapin.

Anvisningar till användningen av skattningsskalan: Ringa in det ansikte som bäst motsvarar din åsikt i frågorna nedan.

Väldigt missnöjd missnöjd vet inte nöjd väldigt nöjd

<u>Övningsmaterialet i distanstalterapi</u>

Hur väl var de uppgifter som användes i distanstalterapin anpassade för dig?

Hur nöjd var du med hemövningsmaterialet?

Hur nöjd var du med terapigångens längd?

Hur nöjd var du med terapiperiodens längd?

Hur nöjd var du med mängden distansterapi per vecka?

Hur nöjd var du med resultat av behandlingen?

<u>Deltagarna i distansterapin</u>

Hur naturlig kändes kontakten med talterapeuten?

Hur lätt var det att förstå talterapeutens instruktioner?

Hur lätt var det för talterapeuten att förstå dig?

Hur goda var möjligheterna att nå talterapeuten vid behov (utanför distanstalterapitillfällen)?

Fick du tillräckligt med handledning med hemövningarna?

Hur motiverad var du för distanstalterapin?

Hur motiverad var du för hemövningen?

Tekniken i distanstalterapin

Hur pålitliga var de tekniska verktygen?

Hur pålitlig var internetuppkopplingen?

Hur väl överfördes talterapeutens instruktioner och handledning?

Hur bra var bildkvaliteten i videosamtalet?

Hur väl överfördes talterapeutens instruktioner och handledning?

Hur bra var ljudkvaliteten i videosamtalet?

Var mängden handledning för hur de tekniska verktygen bör användas tillräcklig?

Hur tryggt kändes det med tanke på information- och patientskyddet i distansterapin?

Del 2. Besvara frågorna nedan gällande distanstalterapi. Du kan även rita in ansikten från skattningsskalan om du vill.

Hurudana förväntningar hade du inför distanstalterapin?

Ansåg du att kontakten med talterapeuten led p.g.a. distanstalterapin?

Ansåg du att distanstalterapi är en effektiv behandlingsform?

Skulle du rekommendera distanstalterapi åt andra? Varför/Varför inte?

Övriga kommentarer:

Afaattisen henkilön kyselylomake

Tämä lomake on tarkoitettu afaattiselle henkilölle, joka on toiminut asiakkaana etäpuheterapiassa.

Kiitos sinulle ajastasi, jonka käytät tämän kyselylomakkeen täyttämiseen.
Aloita täyttämällä taustatietoa-osio (3 kysymystä).
Täytä sen jälkeen Osa 1, joka koostuu 20 etäpuheterapiaa koskevasta kysymyksestä, joihin vastataan viisiportaisella kuvitetulla asteikolla (kasvokuvat). Osa 2 koostuu 4 avoimesta kysymyksestä. Lomakkeella tavoitellaan nimenomaan afaattisen henkilön omaa mielipidettä.
Taustatietoja:
Ympyröi se vaihtoehto, joka sopii sinulle parhaiten tai tarkenna kirjallisesti

1. Sukupuoli: Mies / Nainen / Muu
2. Ikä: 18-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60-69 / 70-79 / 80-89 / 90+
3. Milloin etäpuheterapia toteutettiin (päivämäärä/vuosi)_____

OSA 1. Mielipiteesi siitä, kuinka tyytyväinen olit etäpuheterapiaan.
Ohjeet arviointiasteikon käyttöön: Ympyröi alla olevissa kysymyksissä ne kasvot, jotka parhaiten vastaavat mielipidettäsi.

Erittäin tyytymätön Tyytymätön Neutraali/En tiedä Tyytyväinen Erittäin tyytyväinen

Harjoittelumateriaali etäpuheterapiassa
Kuinka hyvin etäpuheterapiassa käytetyt harjoitustehtävät oli sopeutettu sinulle?

Kuinka tyytyväinen olit kotiharjoitteisiin?

Kuinka tyytyväinen olit etäpuheterapiakerran pituuteen?

Kuinka tyytyväinen olit etäpuheterapiajakson pituuteen?

Kuinka tyytyväinen olit viikoittaiseen määrään puheterapiakertoja?

Kuinka tyytyväinen olit etäpuheterapian lopputulokseen?

<u>Etäpuheterapiaan osallistuneet henkilöt</u>

Kuinka luontevalta kontakti puheterapeuttiin tuntui?

Kuinka helppoa oli ymmärtää puheterapeutin ohjeita?

Kuinka helppoa puheterapeutin oli ymmärtää sinua?

Kuinka helppoa oli olla yhteydessä puheterapeuttiin tarvittaessa (terapiakertojen ulkopuolella)?

Saitko tarpeeksi ohjausta kotiharjoitteluun?

Kuinka motivoitunut olit etäpuheterapiaan?

Kuinka motivoitunut olit kotiharjoitteluun?

Teknologia ja laitteisto

Kuinka luotettavia tekniset laitteet olivat?

Kuinka luotettava internetyhteys oli?

Kuinka tarkka videopuhelun välittämä kuva oli?

Kuinka selkeä videopuhelun välittämä ääni oli?

Kuinka hyvin puheterapeutin ohjaus ja ohjeistus välittyi?

Saitko tarpeeksi ohjausta teknisten laitteiden käyttöön?

Kuinka turvallisena koit etäpuheterapian tieto- ja asiakassuojaa ajatellen?

OSA 2. Vastaa alla oleviin kysymyksiin etäpuheterapiasta. Voit myös piirtää kasvoja kuvaamaan mielipidettäsi.

Millaisia ennakko-odotuksia sinulla oli etäpuheterapiasta?

Koitko, että yhteys/kontakti puheterapeuttiin kärsi etäpuheterapiassa?

Koitko, että etäpuheterapia on tehokas kuntoutusmuoto?

Suosittelisitko etäpuheterapiaa toisille? Miksi/Miksi et?

Muuta lisättävää:

Bilaga F

Frågeformulär för den anhöriga

Detta frågeformulär är för <u>den anhöriga</u> som fungerat som <u>assisten</u> i distanstalterapin.

Tack för att du tar dig tid att fylla i detta frågeformulär.

Börja med att fylla i frågorna om bakgrundsinformation(3 frågor).
Fyll sedan i Del 1 som består av 19 frågor om distanstalterapi, vilka besvaras på en femgradig skala med bildstöd (ansikten). Del 2 består av 10 öppna frågor. Med frågeformuläret önskar vi nå åsikter och erfarenheter hos den anhöriga till personen med afasi.

Bakgrundsinformation:
Ringa in det alternativ som passar bäst eller specificera skriftligen
1. Kön: Man / Kvinna / Annan
2. Ålder: 18-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60-69 / 70-79 / 80-89 / 90+
3. När förverkligades distanstalterapin (datum/år):_____

Del 1. Din åsikt om hur nöjd du var med distanstalterapin.

Anvisningar till användningen av skattningsskalan: Ringa in det ansikte som bäst motsvarar din åsikt i frågorna nedan.

Väldigt missnöjd missnöjd vet inte nöjd väldigt nöjd

<u>Övningsmaterialet i distanstalterapi</u>

Hur nöjd var du med hemövningsmaterialet?

Hur nöjd var du med terapigångens längd?

Hur nöjd var du med terapiperiodens längd?

Hur nöjd var du med mängden distansterapi per vecka?

Hur nöjd var du med resultat av behandlingen?

<u>Deltagarna i distansterapin</u>

Hur naturlig kändes kontakten med talterapeuten?

Hur lätt var det att förstå talterapeutens instruktioner?

Hur lätt var det för talterapeuten att förstå dig?

Hur goda var möjligheterna att nå talterapeuten vid behov (utanför distanstalterapitillfällen)?

Fick du tillräckligt med handledning med hemövningarna?

Hur motiverad var du för distanstalterapin?

Hur motiverad var du för hemövningen?

Tekniken i distanstalterapin

Hur pålitlig var internetuppkopplingen?

Hur bra var bildkvaliteten i videosamtalet?

Hur bra var ljudkvaliteten i videosamtalet?

Hur väl överfördes talterapeutens instruktioner och handledning?

Var mängden handledning för hur de tekniska verktygen bör användas tillräcklig?

Hur tryggt kändes det med tanke på information- och patientskyddet i distansterapin?

Del 2. Besvara frågorna nedan gällande distanstalterapi. Du kan även rita in ansikten från skattningsskalan om du vill.

Hurudana förväntningar hade du inför distanstalterapin?

I hur många distanstalterapitillfällen deltog du?

Ansåg du att du gjordes delaktig i distanstalterapin?

Ansåg du att du hade nytta av att delta i distanstalterapin? Varför/Varför inte?`

Ansåg du att kontakten med talterapeuten led i distanstalterapin?

Ansåg du att distanstalterapi är en effektiv behandlingsform?

Ansåg du att mängden handledning för dig som anhörig var tillräcklig?

Fick du handledning i distanstalterapin om hur man stöder kommunikationen av en person med afasi?

Vilka är dina åsikter om handledningen i distanstalterapin?

Skulle du rekommendera distanstalterapi åt andra? Varför/Varför inte?

Övriga kommentarer:

Tämä lomake on afasiaa sairastavan henkilön läheiselle, joka on toiminut tukihenkilönä etäpuheterapiassa.

Kiitos sinulle ajastasi, jonka käytät tämän kyselylomakkeen täyttämiseen.

Aloita täyttämällä taustatietoa-osio (3 kysymystä).

Täytä sen jälkeen kyselylomake-osio (sama lomake). Kyselylomake on jaettu kahteen osaan. Osa 1 koostuu 19 etäpuheterapiaa koskevasta kysymyksestä, joihin vastataan viisiportaisella kuvitetulla asteikolla (kasvokuvat). Osa 2 koostuu 10 avoimesta kysymyksestä. Täytä mielellään lomake itsenäisesti mahdollisuuksien mukaan.

Taustatietoa:

Ympyröi se vaihtoehto, joka sopii parhaiten tai tarkenna kirjallisesti

1. Sukupuoli: Mies / Nainen / Muu

2. Ikä: 18-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60-69 / 70-79 / 80-89 / 90+

3. Milloin etäpuheterapia toteutettiin (päivämäärä/vuosi)_____

OSA 1. Mielipiteesi siitä, kuinka tyytyväinen olet etäpuheterapiaan.

Ohjeet arviointiasteikon käyttöön: Ympyröi alla olevissa kysymyksissä ne kasvot, jotka parhaiten vastaavat mielipidettäsi.

Erittäin tyytymätön Tyytymätön Neutraali/En tiedä Tyytyväinen Erittäin tyytyväinen

Harjoittelumateriaali etäpuheterapiassa

Kuinka tyytyväinen olit kotiharjoitteisiin

Kuinka tyytyväinen olit etäpuheterapiakerran pituuteen

Kuinka tyytyväinen olit etäpuheterapiajakson pituuteen

Kuinka tyytyväinen olit viikoittaiseen määrään puheterapiakertoja

Kuinka tyytyväinen olit etäpuheterapian lopputulokseen

<u>Etäpuheterapiaan osallistuneet henkilöt</u>

Kuinka luontevalta kontakti puheterapeuttiin tuntui

Kuinka helppoa oli ymmärtää puheterapeutin ohjeet

Kuinka helppoa puheterapeutin oli ymmärtää sinua

Kuinka helppoa oli olla yhteydessä puheterapeuttiin tarvittaessa (kuntoutuskertojen ulkopuolella)

Saitteko tarpeeksi ohjausta kotiharjoitteluun

Kuinka motivoitunut olit etäpuheterapiaan

Kuinka motivoitunut olit kotiharjoitteluun

Teknologia ja laitteisto

Kuinka luotettavia tekniset laitteet olivat

Kuinka luotettava internetyhteys oli

Kuinka tarkka videopuhelun välittämä kuva oli

Kuinka selkeä videopuhelun välittämä ääni oli

Kuinka hyvin puheterapeutin ohjaus ja ohjeistus välittyi

Saitteko tarpeeksi ohjausta teknisten laitteiden käyttöön

Kuinka turvallisena koit etäpuheterapian tieto- ja asiakassuojaa ajatellen

OSA 2. Vastaa alla oleviin kysymyksiin etäpuheterapiasta. Voit myös piirtää kasvoja Likert-asteikolta kuvaamaan mielipidettäsi.

Millaisia ennakko-odotuksia sinulla oli etäpuheterapiasta?

Kuinka moneen etäpuheterapiakertaan osallistuit?

Koitko, että sinut tehtiin osalliseksi etäpuheterapiaa?

Koitko, että sinun oli hyödyllistä osallistua etäpuheterapiaan? Miksi/Miksi et?

Koitko, että yhteys/kontakti puheterapeuttiin kärsi etäpuheterapiassa?

Koitko, että ohjauksen määrä sinulle läheisenä oli riittävä?

Oletko saanut ohjausta etäpuheterapiassa siihen, kuinka tukea afasiaa sairastavan henkilön kommunikointia?

Kuinka koit etäpuheterapiassa toteutetun ohjauksen?

Koitko, että etäpuheterapia on tehokas kuntoutusmuoto?

Suosittelisitko etäpuheterapiaa toisille? Miksi/Miksi et?

Muuta lisättävää:

PRESSMEDDELANDE

Personer med afasi och deras anhöriga är mycket nöjda med distanstalterapi

Pro gradu-avhandling i logopedi
Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi, Åbo Akademi

Resultaten från en pro gradu-avhandling i logopedi vid Åbo Akademi visar att personer med afasi och deras anhöriga är mycket nöjda med distanstalterapi, dessutom är de anhöriga som tagit del av distanstalterapin nöjda med hur de gjorts delaktiga i rehabiliteringen.

Anna-Carolina Ylimäki har undersökt personer med afasis och deras anhörigas åsikter om och erfarenheter av distanstalterapi. Överlag var personer med afasi och de anhöriga mycket nöjda med distanstalterapin. De ansåg att distanstalterapi var en effektiv behandlingsform och de skulle gärna själva delta i distanstalterapi på nytt samt att rekommendera behandlingsformen åt andra. Personer med afasi rapporterade visst missnöje med att det inte alltid var enkelt för talterapeuten att förstå klienten i distanstalterapin. De anhöriga var minst nöjda med hur det var möjligt att kontakta talterapeuten utanför distanstalterapitillfällen. En del av de anhöriga uppgav att de inte behövde delta i distanstalterapin på grund av att personen med afasi klarade av distanstalterapin ensam och de tänkte att de själv inte gynnas av att delta i distanstalterapin.

Resultaten indikerar enligt Ylimäki att distanstalterapi kan fungera som ett bra alternativ för talterapeutisk intervention med personer med afasi och deras anhöriga. Distanstalterapi kan erbjudas personer med afasi och deras anhöriga på områden med brist på talterapeuter eller för de personer som befinner sig långt ifrån mottagningen. Det är ytterst viktigt att höra till personer med afasi och deras anhöriga då distanstalterapi planeras och erbjuds av talterapeuter.

Sammanlagt deltog sex personer med afasi och fyra anhöriga i insamlingen av åsikter. Materialet samlades in med hjälp av tre frågeformulär varav en var riktat till personer med afasi, en till anhöriga och en som besvarades tillsammans. Formulären bestod av slutna frågor som besvarades på en femgradig skala och öppna frågor.

Ytterligare information fås av:

Anna-Carolina Ylimäki
Logopedistuderande, Åbo Akademi Akademi
0503200522
aylimaki@abo.fi

Pirkko Rautakoski
Professor i logopedi, Åbo

02 215 3631
pirkko.rautakoski@abo.fi