



Linköpings universitet
HÄLSOUNIVERSITETET

Institutionen för klinisk och experimentell medicin

Kandidatuppsats i logopedi, 15 hp

Vårterminen 2012

ISRN LIU-IKE/BSLP-G--12/002--SE

**Kommunikativa utmaningar och strategier vid
utskrivningssamtal mellan läkare och patienter med afasi**

Mats Fredrikson

Johanna Hengen



Linköpings universitet
HÄLSOUNIVERSITETET

Institutionen för klinisk och experimentell medicin

Kandidatuppsats i logopedi, 15 hp

Vårterminen 2012

ISRN LIU-IKE/BSLP-G--12/002--SE

**Kommunikativa utmaningar och strategier vid
utskrivningssamtal mellan läkare och patienter med afasi**

Mats Fredrikson

Johanna Hengen

Handledare:

Niklas Norén

Inger Gillholm

Sammanfattning

Utskrivningssamtalet är den sista kontakten mellan läkare och patient innan patienten åker hem ifrån avdelningen. Syftet med den föreliggande studien är att undersöka ifall det förligger kommunikativa utmaningar i ett utskrivningssamtal mellan en läkare och en patient med afasi. Den konkreta frågeställningen för studien var hur de potentiella problem som uppkom i samtalet hanterades och vilket utrymme som skapades för patientens deltagande i samtalet samt hur samtalsdeltagarna använde sig av icke-verbal kommunikation för att uppnå förståelse. Den valda metoden för att undersöka detta var Conversation Analysis, CA.

I studien deltog två läkare, två patienter med afasi, samt två närstående till patienterna. Patienterna som deltog hade mild till måttlig afasi, svenska som modersmål och var 50 år och 70 år gamla. Läkarna som deltog hade varit anställda på avdelningen och arbetat med patienter med afasi i 2.5 år respektive 3.5 år och hade svenska som andraspråk.

Resultatet av analysen var en identifiering av kommunikativa handlingar som ledde till sekvenser i samtalet som deltagarna orienterade mot som problematiska. Dessa var bland annat när läkaren inte följde upp på patientens förfrågan för mer information eller patient-initierade ämnen och inte redde ut missförstånd som uppkom. I resultatet identifierades även sekvenser där samtalsdeltagarna använde sin kommunikativa kompetens för att hantera kommunikativa utmaningar, samt sekvenser där samtalsdeltagarna använde sig av icke-verbal kommunikation för att underlätta den gemensamma förståelsen. Resultatet stämde överens med tidigare forskning om hur patienter med afasi och vårdpersonal organiserar interaktion i samtal.

Nyckelord: Afasi, läkare-patientsamtal, utskrivningssamtal, kommunikation, conversation analysis.

Upphovsrätt

Detta dokument hålls tillgängligt på Internet – eller dess framtida ersättare – under en längre tid från publiceringsdatum under förutsättning att inga extraordinära omständigheter uppstår.

Tillgång till dokumentet innebär tillstånd för var och en att läsa, ladda ner, skriva ut enstaka kopior för enskilt bruk och att använda det oförändrat för icke kommersiell forskning och för undervisning. Överföring av upphovsrätten vid en senare tidpunkt kan inte upphäva detta tillstånd. All annan användning av dokumentet kräver upphovsmannens medgivande. För att garantera äktheten, säkerheten och tillgängligheten finns det lösningar av teknisk och administrativ art.

Upphovsmannens ideella rätt innefattar rätt att bli nämnd som upphovsman i den omfattning som god sed kräver vid användning av dokumentet på ovan beskrivna sätt samt skydd mot att dokumentet ändras eller presenteras i sådan form eller i sådant sammanhang som är kränkande för upphovsmannens litterära eller konstnärliga anseende eller egenart.

För ytterligare information om Linköping University Electronic Press se förlagets hemsida <http://www.ep.liu.se/>

Copyright

The publishers will keep this document online on the Internet - or its possible replacement - for a considerable time from the date of publication barring exceptional circumstances.

The online availability of the document implies a permanent permission for anyone to read, to download, to print out single copies for your own use and to use it unchanged for any non-commercial research and educational purpose. Subsequent transfers of copyright cannot revoke this permission. All other uses of the document are conditional on the consent of the copyright owner. The publisher has taken technical and administrative measures to assure authenticity, security and accessibility.

According to intellectual property law the author has the right to be mentioned when his/her work is accessed as described above and to be protected against infringement.

For additional information about the Linköping University Electronic Press and its procedures for publication and for assurance of document integrity, please refer to its WWW home page: <http://www.ep.liu.se/>

© [Mats Fredrikson och Johanna Hengen]

Innehåll

1. Introduktion.....	1
1.1 Inledning.....	1
1.2 Afasi.....	1
1.2.1 Vårdpersonalens bemötande av patienter med afasi.....	2
1.3 Conversation Analysis.....	3
1.3.1 CA i praktiken.....	4
1.3.2 Kommunikativa fenomen inom CA.....	5
1.3.3 Conversation Analysis och afasi.....	9
1.4 Syfte och frågeställningar.....	10
2. Material och metod.....	12
2.1 Deltagare.....	12
2.2 Datainsamling.....	12
2.3 Analysmetod.....	13
2.4 Etiska överväganden.....	13
3. Analys och resultat.....	15
3.1 Att be om information.....	15
3.2 Tid för samtal.....	18
3.3 Gester och blickar.....	20
3.4 Ämneshantering.....	23
3.5 Reparationer.....	26
3.6 Hantering av missförstånd.....	28
4. Diskussion.....	33
4.1 Metoddiskussion.....	34
4.2 Diskussion av studiens resultat.....	35
4.2.1 Att be om mera information.....	36
4.2.2 Ämneshantering och tidsaspekten.....	37
4.2.3 Det institutionella sammanhanget och fördelning av turer.....	38
4.2.4 Gester och blickar.....	39
4.2.5 Missförstånd.....	41
4.2.6 Reparationer.....	43

4.3 Generell diskussion.....	44
4.3.1 Hanteringen av kommunikativa utmaningar.....	44
4.3.2 Utrymmet för patientens deltagande i samtalet	45
4.3.3 Användandet av icke-verbala resurser	47
4.4 Kliniska implikationer	47
4.4.1 Framtida forskning	48
Referenser.....	49
Omnämmanden	54
Bilaga. Transkriptionsnyckel	i

1. Introduktion

1.1 Inledning

Denna studie är baserad på videoinspelade utskrivningssamtal på en strokeenhet vid ett större sjukhus i södra Sverige. Utskrivningssamtalen är det möte mellan läkare och patient där information ges ut om provsvar, uppföljning och vad sjukdomen innebär. Läkaren har ett antal rutinpunkter kring patientens vård som denne behöver förmedla. Under detta möte ska patienten också få en chans att ställa frågor om sitt tillstånd och sin vård innan de lämnar avdelningen. Det här gör att det är extra viktigt för vårdpersonal att förstå vad som sker i ett samtal, hur kommunikationsförmågan påverkas vid afasi och hur kommunikationen bäst anpassas så att patienten känner sig trygg och välinformerad om till exempel framtida vårdbehov, sjukskrivning, primärvårdsbesök, återbesök och medicinering. Tid och plats för ett utskrivningssamtal är inte alltid förutbestämt, vilket gör att det kan ske med kort varsel och inte alltid i ett avskilt rum. Oftast är en anhörig med under samtalen, men det är inte ovanligt att patienten är ensam. Anställda på den aktuella avdelningen har uppgett att det existerar en tidspress, vilket gör att utskrivningssamtalen ibland inte genomförs på optimalt sätt (muntlig kontakt samt mailkontakt med anställda på enheten). Syftet med den här studien är att undersöka kommunikativa praktiker i två utskrivningssamtal, särskilt med avseende på eventuella problem som uppstår i interaktionen (och därmed för möjligheterna att informera patienten på ett korrekt sätt), men även med avseende på fungerande praktiker och särskilt praktiker som kompenserar för den utmaning som patientens afasi utgör för utskrivningssamtalet som kommunikativ händelse.

1.2 Afasi

The words you choose to say something are just as important as the decision to speak.
-Okänd

Afasi kan definieras i termer av de kommunikativa funktionsnedsättningar som uppkommer efter en förvärvad hjärnskada av något slag. Skadan kan till exempel vara en traumatisk hjärnskada, en neurodegenerativ sjukdom eller hjärninfarkt, ”stroke”. Afasi sätts oftast som diagnos på språkstörningar som uppkommit efter en skada på vänster hemisfär av hjärnan,

men på senare år har logopedier och forskare även uppmärksammat rollen som höger hemisfär har gällande språkfunktionen (Ahlsén, 2008a).

Incidensen för afasi i Sverige är cirka 12 000 personer per år (Afasiförbundet, 2012). Afasi karaktäriseras av bland annat parafasier och neologismer, nedsatt språkförståelse och ordfinnandesvårigheter. Beroende på skadans lokalisering och utbredning kan hör- och läsförståelse, ordmobilisering, samt förmågan att förstå de pragmatiska och spatiala aspekterna av kommunikation bli påverkade (Ahlsén, 2008a & 2008b).

Det finns olika modeller av afasityper som grundar sig på symtomen och skadans lokalisering. En indelning enligt Wernicke-Lichtheim modellen utgår ifrån vilket språkcentrum eller förbindelser mellan språkcentrum i hjärnan som har blivit skadat. En indelning enligt den Lurianska modellen utgår från att språkförmågan är en del av ett funktionellt system och att olika delar av hjärnan samarbetar för att förstå och producera språk. Dock kan långt ifrån alla patienter med afasi kategoriseras in i endast en typ av afasi. Afasityper är endast en samling symptomkombinationer. Oftast uppträder flera symptom (som tillhör olika typer av afasi) samtidigt i konstellationer som inte har ett eget namn. I fall en språkfunktion är skadad är det vanligt att det även påverkar de övriga funktionerna (Ahlsén, 2008b).

Strax efter skadans uppkomst är språksvårigheterna som störst, eftersom hjärnan fortfarande är svullen och patienten ofta är medvetandesänkt. Utöver förlusten av språkliga funktioner lider patienten ofta av andra konsekvenser från skadan, så som neglekt, synfältsbortfall, agnosi, apraxi, dysartri och stort arbetsminne. Även dessa problem kan påverka kommunikationen hos en person med afasi (Ahlsén, 2008b).

1.2.1 Vårdpersonalens bemötande av patienter med afasi

Vid ett möte med en patient med afasi är det som vårdpersonal viktigt att ta hänsyn till både patientens kognitiva problem, men även deras psykologiska tillstånd och förmåga att delta i kommunikation och samtal. De kommunikativa strategier en person kan använda sig av i en avslappnad miljö behöver inte alls fungera i en spänd situation, som till exempel utskrivningssamtal kan vara (Pound, Parr, Lindsay & Woolf, 2004). I studier kring afasidrabbade patienters upplevelser av vården framkommer det att patienterna upplever det som svårt att ställa frågor om sin skada, och även att be om mer eller annan information (Parr, Byng & Gilpin, 1999; Worrall, Rose, Howe, McKenna & Hickinson, 2007). Enligt Sundin,

Jansson och Norberg (2001) är det ett måste att kommunikationen fungerar för att vården ska fungera.

Grundläggande metoder när vårdpersonal kommunicerar med patienter med afasi är att reducera stressen och ångesten kring att inte göra sig förstådd. I en studie om fungerande kommunikativa strategier berättar vårdpersonalen om vikten av att avvakta efter att de har ställt en fråga så att patienten fick en bättre chans att koncentrera sig (Sundin, Jansson & Norberg, 2003). Patienterna kände även att det var viktigt att vårdpersonalen själva inte var stressade (Sundin, Jansson & Norberg, 2000). Det överensstämmer med Hemsley, Sigafos, Balandin, Forbes, Taylor, Green, & Parmenters (2001) studie kring hur patienter med afasi upplever vården, där det framkom att stress hos vårdpersonalen ansågs av patienterna motverka god kommunikation. Enligt Hemsley, et al. (2000) så smittar stressen av sig på patienterna, som därför kommunicerar mindre. Enligt Lind (2005) har patienter med afasi behov av mer tid för att kommunicera i bland annat vårdsituationer än patienter utan afasi.

Rose, Worrall och McKenna (2003) gjorde en studie som jämförde hur anpassad information som integrerade olika sinnesmodaliteter och var mer konkret uppfattades i kontrast med information som inte anpassats. Resultatet blev att patienter med afasi kunde ta till sig den anpassade informationen bättre. Enligt Pound, et al. (2004) ligger ansvaret hos omgivningen och däribland självklart vårdpersonalen, att anpassa sin kommunikation för att underlätta förståelsen och produktionen hos den som drabbats av afasi. Exempel på hur det kan göras är bland annat att kombinera bild och text, inte använda ovanliga ord, använda rak ordföljd och meningar där huvudsatsen innehåller aktiva verb (Pound, et al. 2004). Sundin, et al. (2003) menar att kommunikationen i vården fungerar bättre ifall vårdpersonalen tolkar patientens intention genom att observera deras kroppsspråk. Detta stöds av Fredriksson (1999) som betonar tolkandet och användandet av kroppsspråk som ett viktigt verktyg i samtal med personer med afasi. Caris-Verhallen, Kerksta och Bensing (1999) menar att vårdpersonalens uppträdande kan påverka patientens motivation till att kommunicera, beroende på om de visar vänlighet, uppmärksamhet, blickkontakt och kroppsspråk.

1.3 Conversation Analysis

“No man would listen to you talk if he didn't know it was his turn next”

- *E.W.Howe*

Det finns ett flertal metoder att använda sig av vid studier av samtal. Olika metoder har individuella styrkor och svagheter beroende på vilken typ av samtal det är som ska studeras, samt vad det är inom samtalet som skall studeras. Den metod som använts i denna studie heter Conversation Analysis (CA). Denna metod har inte fått ett eget namn på svenska, utan benämns oftast som CA eller det mer övergripande begreppet samtalsanalys (Norrby, 2004).

CA som forskningsfält skapades till stor del av Harvey Sacks. CA uppstod utifrån behovet av att analysera hur samtalsdeltagarna förstår varandra och hur interaktionen i samtal är organiserad. I skapandet av CA hämtades inspiration från etnometodologin, en sociologisk forskningsmetod skapad för att studera människors sätt att samspela i vardagliga och verkliga situationer och aktiviteter, med utgångspunkt i de metoder med vilka medlemmar själva i ett specifikt kulturellt sammanhang aktivt producerar dessa sammanhang (Norrby, 2004). Sacks ansåg att samtal var den viktigaste formen av socialt samspel och var intresserad av att hitta återkommande samtalsstrukturer eller samtalsmönster (Schegloff, 1992). Ur CAs perspektiv studeras samtalsdeltagarna utifrån hur de agerar och bygger upp samtalet i förhållande till sin specifika kultur. Inom CA anses det vara viktigt med reflexivitet. Det innebär att det finns en ömsesidig påverkan mellan talarens beteende, de andra samtalsdeltagarnas beteende samt den kontext som samtalet sker i. I ett utskrivningssamtal kan patientens beteende påverkas på grund av att han förväntar sig en viss samtalsstruktur vid samtal med läkare. Patientens beteende påverkar i sin tur hur de övriga samtalsdeltagarna beter sig. Samtidigt påverkas sammanhanget, i detta fall praxis för hur utskrivningssamtal ska gå till, utifrån hur samtalsdeltagarna beter sig (Linell, 1998). Vid en CA-studie är det även viktigt att forskaren kritiskt reflekterar över sin insats som forskare och hur deras individuella kultur och fördomar kan påverka studien (Alvesson & Sköldberg, 2008).

I CA analyseras inte bara det som sägs, utan även hur det sägs, genom att fokusera på fenomen som exempelvis prosodi, skratt, pauser och samtidigt tal (Norrby, 2004). Enligt CA är varje detalj viktig och påverkar samtalet som en helhet. Allt som händer i ett samtal har sin grund i det som tidigare hänt i samtalet och alla nya händelser bidrar med något nytt. Därför ska inget utelämnas från transkriptionen, utan allt är av intresse för vidare analys (Schegloff, 1992).

1.3.1 CA i praktiken.

I en CA-studie anses det vara viktigt att processen startar i analysen utan att analytikern har några förutsatta idéer om vad denne ska finna i materialet. Efter analysen kan denne sedan skapa hypoteser om vad han eller hon ser i samtalet (Silverman, 1992). En CA-analys börjar alltid med att interaktionen i ett samtal observeras. Analysen utgår ifrån det insamlade materialet och frågor formuleras utifrån detta, som: Varför hände det som hände? Vad var det för faktorer eller vilket agerande styrde utfallet av samtalet? (Damico, Oelschläger & Simmons-Mackie, 1999).

För en god CA-analys bör inspelningen spegla samtalsdeltagarnas upplevelse av samtalet så mycket som möjligt. Det gör att en filminspelning av interaktion mellan deltagare som kan se varandra är mer optimalt än endast en ljudupptagning, eftersom det ger möjligheten att studera gester och kroppsspråk, som ofta spelar en stor kommunikativ roll för deltagarna själva (Wilkinson, Gower, Maxim & Beeke, 2007). Analysen har sin början i att det inspelade samtalet transkriberas ortografiskt. Inspelningen söks igenom flera gånger utan ett förutbestämt mål, för att finna något att fokusera på och analysera och transkriptionen utgör ett stöd i detta sökande. Eftersom transkriptionen inte exakt motsvarar ljudupptagningen är det bra att alltid utgå från inspelningen. Inspelningen och transkriptionen tolkas utifrån forskarens förkunskaper om sin kultur och samtalsstruktur (Norrby, 2004).

Inom CA analyseras naturliga samtal, definierade som samtal som skulle ha förekommit även utan inspelningen. Vid en CA-analys bör analytikern dock ha i åtanke att själva inspelningsapparaten ofta påverkar samtalet som därmed blir mindre naturligt. Detta kallas för Observer's paradox. Det innebär att själva observerandet i princip omöjliggör insamlingen av helt naturliga data. Det förekommer att själva inspelningsutrustningen styr samtalet genom att samtalsdeltagarna diskuterar kring inspelningsapparaturen (Labov, 1972). Detta är dock något som alla interaktionsforskare får acceptera som en oundviklig del av analysarbetet, då etiska hänsyn inte medger dokumentation av kommunikation utan att deltagarna informeras.

1.3.2 Kommunikativa fenomen inom CA

I CA-forskning kan en analytiker välja att studera ett specifikt fenomen, som till exempel kroppsspråket en samtalsdeltagare använder sig av för att få turen. Dessa fenomen benämns med olika facktermer. I denna del redovisas de fenomen som är relevanta för just denna studie.

I varje samtal etableras ett visst mönster gällande vem det är som får ha ordet, samt hur och när någon annan får börja tala. Det här fenomenet kallas inom CA för turtagning. I ett institutionellt samtal, som ett läkare-patientsamtal, blir turtagningen inte lika komplex som i en diskussion mellan vänner. I ett institutionellt samtal förväntar sig samtalsdeltagarna ofta ett striktare mönster, där t.ex. läkaren ställer en fråga och patienten sedan svarar (Hutchby & Wooffitt, 2008). I ett institutionellt samtal är det oftast den professionella som styr riktningen av samtalet och initierar, nominerar och avslutar flest ämnen (Plejert, Samuelsson & Anward, 2010). Men de turtagningsregler som används inom institutionella samtal bygger på samma principer som vi använder oss av i vardagliga samtal (Hutchby & Wooffitt, 2008). West menar att mot slutet av läkare-patientsamtal förekommer det att läkare och patient avslutar samtalet med samma taktiker som används i vardagliga samtal. Det finns avslutningsannonseringar som bland annat motverkar att nya ämnen introduceras (Maynard & Heritage, 2005). Jeffersons (1984) studie visar att i en ”trouble-telling”-sekvens är det den som har bekymret som har rätten att avsluta ett ämne.

Den tur en viss samtalsdeltagare producerar består av en eller flera turkonstruktionsenheter, förkortat TKE. En TKE kan variera i mängd gällande både ord och tid. I institutionella samtal har de en tendens att vara längre än i vardagliga samtal. Genom till exempel prosodi och tempo kan en talare förmedla till sina samtalsdeltagare vilken typ av enhet det är, och när den troligtvis kommer avslutas och ge plats för andra talare (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974).

Inom samtal är turerna sekventiellt organiserade. Det betyder att turerna kopplas samman till olika sekvenser. Hur turerna hänger ihop är en central del av CA:s forskningsagenda. Närhetspar är namnet för speciella grupper av yttranden som har en förutsägbar andradel. Ett av de mest uppenbara närhetsparen är fråga-svars-sekvenser. Första- och andradelen av ett närhetspar behöver inte vara i direkt följd till varandra. Förstadelen av ett närhetspar kan följas av olika alternativa andradelar. Ett erbjudande (förstadel) kan till exempel följas av antingen ett accepterande eller avböjande av erbjudandet. Dessa alternativ är inte jämställda varandra; samtalsdeltagarna lägger ner större interaktionellt arbete på ett avböjande än på ett accepterande samtalsdeltagarna föredrar hellre ett accepterande än ett avböjande. Det kallas att det är prefererat att acceptera ett erbjudande och disprefererat att avböja det (Hutchby & Wooffitt, 2008).

I ett samtal är samtalsdeltagarna alltid involverade i gemensamma kommunikativa projekt. Ett kommunikativt projekt är en sekvens där två eller flera samtalsdeltagare arbetar tillsammans för att lösa en kommunikativ uppgift genom sin interaktion. Varje samtalsdeltagares enskilda bidrag utgör en del utav ett eller flera kommunikativa projekt, vars mening är större som helhet än de enskilda bidragen separat. Linell skiljer på kommunikativa verksamheter (som en intervju, en förhandling eller ett uppträdande) från kommunikativa projekt (att förklara, ställa en fråga, avsluta ett samtal). Samma kommunikativa projekt återkommer ofta i olika kommunikativa verksamheter (Linell, 1998).

På senare tid har forskare intresserat sig för att analysera de grammatiska metoder med vilka talare bygger upp samtalsturer. Det betyder att de undersöker en TKEs olika beståndsdelar och vad dessa delar har för relation med dess omgivande delar. Indelningen av de olika beståndsdelarna har en koppling till det satsschema som Svenska Akademiens Grammatik använder, vilket är utformat efter Diderichsens satsschema. Utifrån denna modell har Lindström (2002) anpassat satsschemat så det kan användas för samtals grammatik. De olika beståndsdelarna benämns som förfältet, initialfältet, mittfältet, slutfältet och efterfältet. Förfältet anger startplatsen för en tur och kan vara verbalt innehållsfattigt men kommunikativt viktig. Till förfältet hör till exempel inledande tvekord som ”Ehh...”, vilket ger talaren tid att planera sitt yttrande. Även harklingar och inandningar kan vara av betydelse då de kan signalera att en talare vill ha ordet. Det är också vanligt att talaren påbörjar ett ord som han eller hon sedan avbryter och omstartar. Detta beteende förekommer ibland när flera vill ha ordet, för att samtalsdeltagaren ska kunna förankra sin plats som nästa talare (Lindström, 2002).

Innan förfältet förekommer det förbegynnelse (från engelskans pre-beginnings). För att ta turen i en konversation behöver samtalsdeltagaren inte alltid använda sig av hörbara signaler. Det kan röra sig om blickar, handrörelser, att luta sig framåt eller att anta ett visst ansiktsuttryck för att signalera att personen ifråga vill tala (Lindström, 2002). Samtidigt kan en person signalera att de vill behålla samtalsturen genom att inte möta sin samtalspartners blick (Norrby, 2004). Kendon (2004) har bland annat lyft fram betydelsen av blickar och gester som kommunikativa handlingar för att ta turen.

När en TKE når sitt slut blir det plats för talarbyte. Sacks term för detta är transition relevance place, förkortat TRP. På svenska har dessa områden i turen kallats responspunkter (Norrby

2004). Det finns tre olika typer av talarbyte: 1) Talaren ställer en fråga som inbjuder en annan talare att svara och ta turen. 2) Om ingen ny talare blir utsedd kan den samtalsdeltagare som vill ta turen. I en grupp kan det ske att en person som vill tala inte känner att de kan ta turen på detta sätt, eftersom andra alltid hinner före. 3) Ifall inga samtalsdeltagare tar över turen kan talaren fortsätta tala (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974).

Emellertid kan det förekomma flera talare samtidigt, då sekvenser där tal överlappar är vanliga, speciellt när en talare närmar sig slutet av sin samtalsstur. I en konversation med högt tempo är det vanligt med överlappande tal, både i turövergångsområdet och när två samtalsdeltagare inleder ett TKE samtidigt. Överlappande tal sker också när en samtalsdeltagare tror att talaren har gett utrymme för en responspunkt, när de egentligen tänker fortsätta tala. ”Avbrott”, eller turövertagande som det heter enligt CA, är när en samtalsdeltagare börjar tala där inget indikerar en responspunkt. Avbrott, till skillnad från annat samtidigt tal, signaleras även av bland annat förhöjt röstläge och ändrat taltempo hos avbrytaren (Norrby, 2004).

De taktiker samtalsdeltagarna använder sig av för att underlätta eller minimera kommunikativa problem i ett samtal benämns som kommunikativa strategier. En kommunikativ strategi kan vara medvetet eller omedvetet utförd. Den initieras antingen av den pågående talaren eller av personen som tolkar yttrandet (Gagné & Wyllie, 1989).

I ett vanligt samtal förekommer det att talarens yttrande blir felaktigt eller oförståeligt. I sådana fall är det vanligt att samtalsdeltagarna använder sig av olika reparationssätt som kommunikativa strategier för att yttrandet ska bli förståeligt. Självreparationer innebär att personen vars yttrande blev felaktigt eller oförståeligt själv börjar reparera sina ord. Det är också möjligt att reparationen utförs av samtalspartnern, ett fenomen som kallas other-repair (annanreparation). Det finns även other-initiated self-repair (annan-initierad självreparation), då samtalspartnern påpekar att ett fel har begåtts, men överlåter reparationen till deltagaren som begått felet (Schegloff, 2007). I vardagliga konversationer brukar självreparationer uppfattas som mindre hotande av samtalsdeltagarna, och är mer prefererade då de utförs mer direkt, mindre fördröjt och med färre förklaringar än annanreparationer (Goodwin, 2003).

Uppbackningar är korta yttranden som uppmanar samtalspartnern till att fortsätta att tala. Dessa yttranden bör vara lagom korta så att de inte räknas som ett försök att överta talarturen. Vanliga exempel av uppbackningar är ljud som ”mm”, ”hmm”, ”ja”. Uppbackningar kan

också ges med gester så som nickningar. Dessa yttranden behöver inte betyda att personen faktiskt tagit in det som sagts: de är ofta automatiserade och kan ges av lyssnaren på rätt ställen i samtalet även utan att lyssnaren uppfattat innehållet. Uppbackningar fyller oavsett funktionen av en fortsättningssignal till talaren (Norrby, 2004).

I ett samtal uppkommer det alltid några kortare tystnader emellanåt. Inom CA kategoriseras pauser in i olika typer och undergrupper. En reaktionspaus är det uppehåll som uppstår mellan att en talare har talat färdigt och ny samtalsdeltagare blir nominerad som talare. Vad som karakteriserar en normal tystnadslängd i samtal kan skilja sig mellan olika kulturer i vid mening, samt mellan olika samtalskulturer. Det som av en samtalsdeltagare kan ses som en normal tystnad kan av en annan ses som en för lång tystnad. När två personer med olika lång paustolerans samtalar får den som är van vid längre pauser svårare att ta turen lika ofta, medan den som är van vid kortare pauser kommer enklare bli delaktig i samtalet (Norrby, 2004).

I ett institutionellt samtal, som utskrivningssamtal är, förekommer det att samtalsdeltagarna har olika agendor. En agenda kan antingen vara uppenbar eller dold. I ett läkare-patientsamtal kan patienten ha en egen agenda, som att få en diagnos, medan läkaren har en institutionell agenda. Denna agenda kan vara att gå igenom förbestämda rutinfrågor, delge resultat från tester och planera uppföljning. Läkare har en tendens att inte avslöja sin agenda vid patientmöten, vilket gör det till en dold agenda. Patienten känner då inte till upplägget för samtalet (Have, 2007).

1.3.3 Conversation Analysis och afasi

Möjligheterna att använda CA som analysmetod i samband med samtal där en eller flera av samtalsdeltagarna har afasi är ett område som har uppmärksammats alltmer på senare år. Afasi kan göra en CA-studie extra utmanande, inte endast på grund av samtalsdeltagarens nedsatta språkförmåga utan även på grund av hur de kompenserar för den. Personer med afasi kan vara så kreativa med att hitta kompenserande kommunikativa strategier att det kan försvåra arbetet för analytikern, genom att till exempel kommunicera genom pekningar, gester eller bilder (Goodwin, 2003).

Till skillnad från traditionell afasiutredning kan en kliniker genom att genomföra en CA-analys få en mer rättvis bild av hur kompetenta personer med afasi är i samtal (Wilkinson, et

al. 2007). Att analysera samtal där personer med afasi deltar gör det även möjligt att ta reda på hur pragmatiken påverkas till följd av hjärnskada (Goodwin, 2003). För att arbeta kliniskt med personer som drabbats av afasi är det viktigt att förstå afasins inverkan på det sociala och kommunikativa samspelet. CA är en lämplig metod för att studera hur kommunikationsförmågan fungerar i verkligheten till skillnad från ett isolerat testtillfälle, då en CA-studie tar hänsyn till hur samtalsdeltagarna arbetar tillsammans för att nå kommunikativa mål (Wilkinson, et al. 2007). Damico, et al. (1999) anser att ett bra samspel är viktigt för att överkomma svårigheterna vid afasi. Pound, et al. (2004) anser att omgivningen har ett stort ansvar att anpassa sitt kommunikationssätt för att övervinna svårigheterna vid samtal med en person med afasi.

Kommunikativa fenomen i CA som förekommer i samtal med patienter med afasi är bland annat ett ökat antal självreparationer och annanreparationer (Perkins, 1993). Enligt Milroy och Perkins (1992) är det på grund av alla ställen det kan bli fel i ett samtal med en person med afasi som reparationer blir särskilt viktiga. På grund av den nedsatta språkförmågan är det ofta svårt för personen med afasi att utföra en självreparation, vilket leder till att de problem som uppkommer ofta repareras tillsammans (Goodwin, 2003).

Goodwin (2003) menar även att gester och blickar oftare förekommer som kommunikativa handlingar hos personer med afasi än utan. Patienter med afasi kompenserar ofta för sin språkförmåga genom att använda sig av gester och blickar (Herrmann, et al. 1988). I Oelschlaeger och Damicos (1998) studie visar sig ögonkontakt även fungera som en inbjudan till att komplettera de yttranden som produceras av personen med afasi.

Den språkliga nedsättningen hos personer med afasi kan medföra att förmågan att konstruera en tur och delta i ett samtal blir påverkad. De kan bli mer utsatta för att förlora sin samtalstur eftersom de har ett större antal tystnader i sitt tal på grund av ordfinnandesvårigheter. Dessa tystnader löper risk att fyllas i av samtalspartnern som då tar över turen (Perkins, 1995).

1.4 Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med studien är att undersöka om det föreligger kommunikativa utmaningar i utskrivningssamtal där patienten har afasi och hur samtalsdeltagarna i sådana fall hanterar dem. För att undersöka detta formulerades de följande mer konkreta forskningsfrågorna:

Hur hanterar samtalsdeltagarna i ett utskrivningssamtal där patienten har afasi de potentiella kommunikativa utmaningarna som uppkommer i samtalet? Vilket utrymme skapas för patientens deltagande i samtalet? Hur används icke-verbala resurser så som gester och blickar för att bidra till den gemensamma förståelsen?

För att besvara frågan kring hur samtalsdeltagarna hanterar potentiella missförstånd kommer fenomen som reparationer och missförstånd analyseras. För att besvara den andra och tredje frågan, om vilket utrymme som skapas för patientens deltagande i samtalet och användandet av icke-verbala kommunikativa handlingar, analyseras följande fenomen: turtagningsmönster, ämneshantering, användandet av gester, vilken tid som gavs för samtalet, frågasvarssekvenser samt det institutionella sammanhanget samtalet tar plats i.

2. Material och metod

2.1 Deltagare

Försökspersonerna valdes ut efter följande inklusionskriterier: Personen skulle genomgå ett utskrivningssamtal efter att ha varit inlagd på en strokeenhet vid det aktuella sjukhuset; personen skulle ha drabbats av lindrig till måttlig afasi; afasin skulle ha uppkommit till följd av en nyförvärvad skada (inte personer som redan haft afasi sedan innan den nuvarande inskrivningen); personen skulle ha gett ett informerat godkännande att bli inspelad i forskningssyfte; personen skulle ha tillräckligt bra språkförståelse och allmäntillstånd för att förstå syftet med inspelningen; samt att personen skulle ha gett sitt medgivande till att författarna av föreliggande studie tar del av deras journal.

Två patienter valdes ut, en i 50-årsåldern och en i 70-årsåldern. Patienterna uppfyllde ovanstående krav för medverkan. De hade lindrig respektive måttlig afasi. Läkarna som deltog hade varit anställda på avdelningen och arbetat med patienter med afasi i 2.5 respektive 3.5 år och talade svenska som andraspråk med viss brytning. Patienternas språkförmåga bedömdes och diagnos sattes efter en informell screening och bedömning av hörförståelse, ordmobiliseringsförmåga, förekomst av parafasier och neologismer, repetitionsförmåga samt läs- och skrivförmåga. Bedömningarna genomfördes av avdelningens logopedier med 6 respektive 14 års yrkeserfarenhet inom afasi. Efter utskrivningen genomgick patienterna en utförligare bedömning efter A-NING (Neurolingvistisk afasiundersökning). A-NING är ett standardiserat språkligt test som används för specificera de aktuella språksvårigheterna. A-NING kan bedöma sju olika språkförmågor: informativt tal, repetition, hörförståelse, läsförståelse, högläsning, diktamen samt informativ skrift (Lindström & Werner, 1995). Patient 1 hade lindrig till måttlig afasi med störst påverkan på hörförståelse samt läsförståelse. Patient 2 hade lindrig afasi med störst påverkan på informativ skrift, informativt tal och hörförståelse.

2.2 Datainsamling

Utskrivningssamtalen spelades in med en videokamera där samtliga samtalsdeltagare är med i bild. Samtalen tog plats i en tyst, avskärmad miljö på avdelningen. I båda samtalen

medverkade, förutom läkare och patient, även en anhörig till patienten. Videokameran stod under hela samtalet fullt synlig. Efter materialet hade samlats in grovtranskriberades samtalen i sin helhet och analyserades. Transkriptionsmaterialet avidentifierades. Inspelningarna sågs endast av involverade studenter och handledare. De delar som verkade problematiska analyserades närmare genom fintranskription. Även exempel där kommunikativa strategier överbryggade de kommunikativa utmaningarna intresserade oss och analyserades mer detaljerat, delvis med utgångspunkt i tidigare CA-forskning kring kommunikativa svårigheter vid afasi. De utvalda sekvenserna kategoriserades enligt följande: Att be om information, tid för samtal, gester och blickar, ämneshantering, reparationer samt hantering av missförstånd. Utdragen fintranskriberades efter en transkriptionsnyckel enligt Nordenstams (1994) konventioner. (se bilaga 1).

2.3 Analysmetod

Denna studie är utformad efter forskningsmetoden Conversation Analysis. I en studie enligt CA identifieras sekvenser av turer som är av intresse. Istället för att studera enskilda turer, analyseras hur turerna är sammankopplade och hur samtalsdeltagarna samarbetar för att organisera sina bidrag i sekvenser. En talares tur tolkas utifrån den sekvens den tillhör, då alla bidrag i ett samtal bygger på det som skett tidigare i samtalet och formar kontexten för nästa bidrag. Genom denna analys strävar forskaren att förstå varför ett bidrag ges och varför på just det stället i samtalet. Analysen av sekvenser gör att deltagarnas reaktioner kan tolkas mot sitt sammanhang. Fokus i en sådan analys är att, genom att undersöka hur samtalsdeltagarna reagerar, forma en teori om vad som händer i samtalet och varför. Efter denna undersökning kan forskaren sedan försöka koppla fynden till en större kontext (som tidigare studier), men den större kontexten bör ej ligga till grund för analysen, då det ger förutfattade meningar om vad som ska hittas.

I övrigt användes standardprogram för digital filmvisning för att utföra analysen, samt videoredigeringsprogram och program för att klippa ut de sekvenser som vi analyserade djupare.

2.4 Etiska överväganden

Den största etiska problematiken i detta arbete var att säkerställa att deltagarna kunde ge ett

informerat samtycke till studien. Deltagarna gav sitt godkännande muntligt till läkaren som informerade dem om vad studien innebar. I fallet med patienten från film 1, där afasin var gravare än hos den andra patienten, hämtades även samtycke från avdelningens logoped med 14 års erfarenhet inom afasi. Personer med för nedsatt språkförståelse eller allmäntillstånd uteslöts då riskerna var för stora att de inte förstod vad de gav samtyckte till. Materialet förvarades så att endast de som var involverade i studien kunde ta del av det och transkriptionen avidentifierades för att värna om deltagarnas anonymitet. Även den aktuella platsen för utskrivningssamtalen avidentifierades.

3. Analys och resultat

I resultatet presenteras fintranskriberade exempel på relevanta fenomen som förekom mellan läkaren och patienten med afasi. De valda utdragen har kategoriserats under rubriker som är kopplad till tidigare forskning kring kommunikativa utmaningar vid afasi. Dessa kategorier är: Att be om information, tid för samtal, gester och blickar, ämneshantering, reparationer samt hantering av missförstånd.

I transkriptionen benämns samtalsdeltagarna utifrån vilken inspelning de deltog i.

Pat1: Patienten från samtal 1.

Fru1: Patientens fru från samtal 1.

Läk1: Läkaren från samtal 1.

Pat2: Patienten från samtal 2.

Fru2: Patientens fru från samtal 2.

Läk2: Läkaren från samtal 2.

Samtalsdeltagarna använder ibland namnen på övriga samtalsdeltagare under samtalet. De riktiga namnen har bytts ut till fiktiva namn. Facit för namnen är följande:

Pat1: Björn

Pat2: Henrik

Fru2: Berit

3.1 Att be om information

Det är känt från tidigare studier att patienter med afasi upplever att det är svårt att ställa frågor kring sin sjukdom i en vårdsituation och att be om mer information (Parr, et al. 1999; Worrall, et al. 2007). Sundin (2003) menar att vårdpersonalen måste avvakta efter de har ställt en fråga till en patient med afasi, för att patienten skulle få en bättre chans att svara. Eftersom utskrivningssamtal är den sista kontakten patienten har med enheten är det speciellt viktigt att han eller hon under detta tillfälle får en chans att ställa frågor kring medicinering och vård. I detta avsnitt analyseras vad som händer i sekvenser där patienterna i samtalen ställer frågor och indirekt ber om information, samt vilket utrymme som ges för att patienten ska få ställa frågor.

Utdrag 1. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Utdrag 1 och 2 är hämtade från en sekvens i samtalet några minuter innan samtalet avslutas. Utdrag 1 föregås av information om patientens blodtryck och en fråga från läkaren om vad logopeden och patienten kom fram till när de träffades dagen innan.

Tid: 06:37 - 07:17.

01 Läk1: (tack) >ja precis så< hon- hon tycker att
02 Pat1: hm det är så här konstigt (.) för att eh: när (a) utskrivnen
03 så trodde (ja undra) att ha kontakt med någon här va?
04 Läk1: m:
05 Pat1: åh de- den personen är- eh har kontakt med fö- (.)
06 °förrt o nu då också! m°:
07 Läk1: m: m: m::: m::
08 Pat1: .hh *njä d- >°ordena°<°*
09 Fru1: (LÄGGER HANDEN PÅ PAT1S AXEL) nu hittar du inte
10 Läk1: ne ja de kommer (.)eh eh do kommer att träffa för
11 göra en ny bedömning å så (.)eh eh ja tror att
12 du kommer bli kallad nästa eller vecka efter till hjenne

Detta är ett exempel på hur patienten i samtal 1 försöker be om information, men misslyckas. Patientens yttrande på rad 02-03 är den enda gången i samtalet han försöker be om information. I rad 02-03 avbryter patienten läkaren med en preannonsering där han uttrycker fundersamhet kring något han har fått höra eller varit med om. I rad 04 ger läkaren klartecken för att han ska fortsätta. Patienten fortsätter i rad 05-06 att förklara vad det är han är fundersam över, men yttrandet blir inte korrekt. Genom hela detta utdrag gör läkaren uppbackande bidrag (rad 04 och 07). Patientens inledande yttrande tyder på att det är något som han tycker är underligt eller inte riktigt förstår, men i rad 08 avslutar patienten sin tur utan att ha fått fram sitt budskap genom att med en gråtmild röst säga att han inte får fram rätt ord. I rad 10-12 fortsätter läkaren med att prata om patientens kontakt med logopeden utan att reda ut patientens yttrande. Läkaren gör många uppbackande bidrag igenom hela samtalet som vi tolkar fyller funktionen att signalera att hon lyssnar och vill att patienten ska fortsätta tala. I denna sekvens är det rimligt att anta att läkaren inte förstod patientens yttrande, trots att hon inte kommenterar patientens språksvårigheter. Ifall det gemensamma projektet i denna sekvens var att förmedla information har projektet misslyckats och uppbackningarna var inte effektiva för att uppnå det målet.

Utdrag 2. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Utdrag 2 föregås precis av händelserna i utdrag 1. Precis innan detta utdrag försöker patienten reda ut en fundering om hur hans fortsatta kontakt med vården kommer se ut.

07:13–07:34

01 Läk1: Och eh så eh ja vet inte eh det är nått sista
02 som ja eh >ja pratade med henne igår< så hon kommer kalla dig
03 och ge dej lite [tips
04 Pat1: [Jaja
05 Pat1: [m:::]
06 Läk1: [med denna] (GEST MOT MUNNEN) när det gäller talet
07 Läk1: .hh m: eh +e det nått+ som do undrar? (ÖGONKONTAKT MED PAT1)
08 Pat1: [[.hh
09 Läk1: [[(VÄNDER SIG MOT FRU1) eller so ni undrar? m:↑
10 Fru1: =ja(.) >jag undrar< (GEST MED HAND) (.)är det viktigt
11 att ha lugn och ro eller ska vi leva som vanligt?

Här är ett utdrag från samtal 1 där läkaren berättar att patienten kan få träning för talet och sedan ger talturen till patienten, för att direkt efter detta också involvera patientens fru i inbjudan till samtalet. Detta utdrag visar en frågesekvens där patienten visar tecken (förbegynnelse) till att ställa en fråga, men misslyckas (i rad 8). Precis innan denna förbegynnelse (i rad 06) avslutar läkaren sin tur och ger plats för en responspunkt i rad 07. I rad 08 öppnar patienten munnen och gör en hörbar inandning, vilket kan tolkas som en förbegynnelse till en tur. Men samtidigt i rad 09 vänder sig läkaren mot patientens fru (Fru1) och erbjuder även turen till henne. Fru1, som har kortare reaktionstid, tar direkt talturen i rad 10. Patientens tal är genomgående långsammare i sitt tal än övriga samtalsdeltagare. Läkaren har en högre talhastighet än övriga samtalsdeltagare och hade i början av besöket inte presenterat ett upplägg för hur samtalet skulle se ut och när det skulle bli tid för frågor. Orsaken till att läkaren vänder sig till patientens fru kan vara att Fru1 tidigare i samtalet varit den som tagit på sig ansvaret att komma ihåg den medicinska informationen och reda ut detaljer.

När patientens fru ställer frågor gör hon det med en högre röststyrka och talhastighet än hennes övriga tal, samt kombinerar början av sin fråga med gester, som att peka mot läkaren

med handen. Detta beteende verkar förekomma för att försäkra sig om att få talturen. Det kan tänkas att hennes beteende hade till viss del uppkommit för att hon inte visste när det skulle bli tid för frågor och hade suttit och väntat på att ett tillfälle skulle ges för att hon skulle få ställa sina frågor. Denna observation görs även i utdrag 14, som utspelar sig i en annan del av samtalet. Oavsett anledningen är patienten den tystaste samtalsdeltagaren i samtalet som helhet.

3.2 Tid för samtal

Detta stycke belyser hur samtalsdeltagarna avslutar samtalet. Kategorin har fått namnet ”Tid för samtal” då skillnaderna i hur samtalen avslutas under samtalen tycks bero på tidsaspekten till en viss grad. Flera studier, bland annat Sundin (2000) och Hemsley, et al. (2001), visar att det är extra viktigt att ge tid för vårdsamtal när patienten har afasi. Hemsley, et al. (2001) menar att patienterna blir påverkade av stress hos vårdpersonalen. Enligt Lind (2005) har patienter med afasi ett behov av mer tid för att bearbeta information än patienter utan afasi.

West menar att mot slutet av läkare-patientsamtal förekommer det att läkare och patient avslutar samtalet med samma taktiker som används i vardagliga samtal. Det finns avslutningsannonseringar som bland annat motverkar att nya ämnen introduceras (Maynard & Heritage, 2005). Jeffersons (1984) studie visar att i en ”trouble-telling”-sekvens är det den som har bekymret som har rätten att avsluta ett ämne. I det institutionella samtalet är det dock oftast den professionella som avslutar ämnen och samtalet (Maynard & Heritage, 2005).

Utdrag 3. Hämtat från samtal 2.

Bakgrund: Innan denna sekvens pratar patientens fru om hans möjlighet att komma tillbaka till jobbet och patienten säger att det kommer ordna sig vilket frun bekräftar. Här nedan försätter patientens respons på fruns svar.

26:33 -26:50

01 Pat2: >+det kommer det att göra+< +definitivt, definitivt↑+
02 (RESER SIG FRÅN STOLEN)
03 Pat2: +förlåt+ om vi tagit din→ (.)
04 (STRÄCKER FRAM HÄNDEN TILL LÄK2)
05 Läk2: ne-nej det är viktigaste samtal alltid
06 [när folk ska gå hem]

07 Pat2: [SKRATTAR]
08 Läk2: ni ska ha tid
09 Pat2: ^°m°ja^
10 Läk2: lycka till↑ eh:

Ovanstående utdrag är hämtat från samtal 2. Samtalet har pågått under en halvtimme när patienten själv tar initiativet till att avsluta samtalet.

Utdrag 4. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Innan detta utdrag har läkaren ställt en fråga om patienten och den anhörige har några fler funderingar. Frun har just ställt frågan om hur livsstilen påverkas efter stroke och ifall patienten kan fortsätta med sin tidigare livsstil, det vill säga leva som vanligt och träffa sina barn och barnbarn. Läkaren har gett svaret att patienten bör leva ett sunt liv med fysisk aktivitet, avstå från rökning och vara försiktig med alkohol.

08:28–08:41

01 Läk1: e: jag mena man ska leva ett sunt [liv»
02 Fru1: [m:
03 Läk1: »här inte [röka] inte [stressa] °å°»
04 Fru1: [m] [m:]
05 Läk1: »e:m: °så°
06 (NICKAR MOT PAT1) m: ↑
07 Pat1: åkej röka gör jag inte
08 Läk1: +ja+ så vi är klara↑

Dessa två utdrag visar hur båda utskrivningssamtalen avslutas. Utdrag 1 kommer ifrån ett utskrivningssamtal som tog 30 minuter. Utdrag 2 kommer ifrån ett utskrivningssamtal som tog cirka 10 minuter. I samtal 2 har läkaren, patienten och patientens fru precis haft en frågestund. Denna läkare hade klargjort agendan för samtalet vid utskrivningssamtalets början, vilket gjorde att samtliga samtalsdeltagare visste när frågestunden skulle komma och att samtalet var slut efter frågestunden. I detta samtal var det patienten som i rad 01-04 avslutar samtalet. Det är ovanligt att patienten avslutar ett samtal i ett institutionellt samtal, då det oftast är den professionelle som styr samtalet (Plejert, Samuelsson & Anward, 2010). Det som sannolikt bidrar till att samtalet slutar som det gör är att patienten känner till agendan för samtalet och vet att det ska avslutas efter frågestunden.

I samtal 1 är det läkaren som tar initiativet att avsluta samtalet efter en kortare frågestund där patientens fru har ställt ett par frågor. Läkaren har svarat på Fru1s frågor om kost och livsstil när patienten bekräftar att han har förstått och meddelar att han ändå inte röker. I följande yttrande (08) avslutar läkaren det pågående ämnet snabbt och utan någon övergång. Läkaren i detta samtal är den person som introducerar och avslutar flest ämnen, vilket är typiskt för ett institutionellt samtal. Det kan liknas med en ordförande som är ansvarig för att varje punkt i dagordningen tas upp och att mötet avslutas på utsatt tid. Läkaren ansvarar för agendan och avslutar ibland ämnen abrupt. Då sjukhus kan vara en stressig miljö är det naturligt att tiden för ämnen och samtal har en viss begränsning. I inspelningen observerades dock ett antal tillfällen där patienten eller den anhöriga diskuterade symtom där läkaren avbröt ämnet utan att ge respons, vilket skapar ovisshet från författarna av denna studie kring ifall viktig medicinsk information hade uppdagats om läkaren hade valt att stanna kvar vid ämnet. En djupare analys kring detta finns under kategorin ”Ämneshantering”.

3.3 Gester och blickar

Hur samtalsdeltagarna använder sig av gester och till vilken grad denna typ av kommunikation är framgångsrik är av intresse för att förstå hur samtalsdeltagarna kan uppnå (eller misslyckas med) ett kommunikativt projekt. Detta fenomen är speciellt relevant vid afasi, eftersom tidigare studier har visat att patienter med afasi ofta kan kompensera för sin sänkta språkförmåga genom att använda sig av gester (Herrmann, et al. 1988). Goodwin (2003) menar att gester och blickar förekommer oftare hos personer med afasi än personer utan afasi. Personer med afasi kan även använda sig av blickkontakt för att inbjuda en samtalspartner till att komplettera deras yttrande (Oelschlaeger & Damico, 1999). Ifall vårdpersonalen tolkar patientens attityd genom att observera deras kroppsspråk fungerar kommunikationen bättre (Sundin & Jansson, 2003). Även Fredriksson (1999) betonar vikten av tolkandet och användandet av kroppsspråk vid samtal med personer med afasi. Caris-Verhallen, et al. (1999) menar att vårdpersonalens uppträdande (genom vänlighet, uppmärksamhet, blickkontakt och kroppsspråk) påverkar patientens motivation till att kommunicera.

Resultatet från analysen var att gester var en fungerande strategi som användes och tycktes underlätta kommunikationen. Dock har användandet av gester i samtalet nedan även vissa problematiska aspekter.

Utdrag 5. Hämtat från samtal 2.

Bakgrund: Läkaren har gett information om patientens afasirelaterade symtom och har berättat att patienten blev inlagd i väntan på resultat från en skiktröntgen. När detta utdrag inleds har läkaren börjat förklara resultatet av skiktröntgen.

00:50 – 01:05

01 Läk2: m: åck ehm: (.) <skiktröntgen visade enligt> definitiva
02 svaret(.) för man får först de preliminära svar samma dag↑[e-
03 Pat2: [me
04 den dä? (GEST MOT HUVUDET VISAR HJÄLM)
05 Läk2: ah↑ [den] (NICKAR JAKANDE, GEST MOT HUVUDET LIKNAR HJÄLM)
06 Pat2: [juste] ah m↑
07 Läk2: å sen får man en definitivt
08 svar dagen efter för man granskar bilderna
09 (å den en gång till)

I detta utdrag använder patienten gester som ersättning för tal och läkaren speglar samma gest för att förtydliga sitt eget tal. I rad 01-02 berättar läkaren om en undersökning som patienten har gjort. I rad 03-04 frågar patienten om vilken undersökning läkaren menar och gör en gest kring sitt huvud som refererar till maskinen som var involverad i undersökningen. Läkaren speglar då patientens gest och nickar för att bekräfta att de talar om samma sak (rad 05). Patientens gest gör uppbackningar för att bekräfta att han förstår (rad 06). Patientens användande av gester genom samtalet fyller många funktioner. I detta utdrag använder han sig av det som ersättning för talet, och denna användning återkommer flera gånger i samtalet. I detta utdrag speglar även läkaren patientens gester i syftet att förtydliga och bekräfta att de talar om samma sak.

Utdrag 6. Hämtat från samtal 2.

Bakgrund: Läkaren har gett information om åderförkalkning, blodtryck, blodfetter och diabetes. När denna sekvens börjar ger läkaren information om en undersökning som patienten har gjort som visar hjärtats rytm.

04:15 – 04:35

01 Läk2: (GEST MOT HJÄRTAT).hh vi har även öh
02 <övervakat hjärtats rytm>†
03 med den apparat du eh har på dej (PEKAR MOT PAT2S HJÄRTA)
04 Pat2: (RÖR ÖVER HJÄRTAT)
05 Läk2: den(.)å du eh det här är på grund av hjärtats förmaksflimmer†
06 (>å det hittade vi inte<). Ehm man kan inte med säkerhet†
07 utesluta flimmer, men eh:(.)
08 ju längre man observerar hjertat desto
09 lättare är det att fånga sånna (för dom kan komma å gå)
10 Pat2: (NICKAR JAKANDE) (°så sa dom ja°) åkej

Detta exempel är representativt för läkare 2s användning av gester under samtalet. Läkaren förklarar en undersökning och för att förtydliga sitt yttrande gör hon en gest mot hjärtat när hon talar om en hjärtundersökning och sedan en handgest och nickning mot patientens hjärta när hon talar om apparaturen han har på sig (rad 01-03). Patienten speglar läkarens gest och rör på apparaten (rad 04), varvid läkaren bekräftar att det är den hon talar om (05). Läkarens användning av gester används som komplement till talet när hon ger information. För varje undersökning hon tar upp gör hon en gest mot den aktuella kroppsdel som undersökts. Hennes användning av gester fungerade också som tydliggörande hur lång tid hon tänker behålla talturen genom att ”räkna på fingrarna” för varje ämne hon ville ta upp. Detta utdrag visar även hur patienten speglar läkarens gest för att be om förtydligande att det är just den apparaten hon menar.

Utdrag 7. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Detta utdrag föregås av sekvensen i utdrag 4, där läkaren just har givit information om hur man lever ett sunt liv med rekommendationer om stress och alkoholintag. Läkaren har ställt en fråga om en resa som var planerad innan insjuknandet, varvid patientens fru berättade att hon och hennes man hade tänkt åka till Karlstad ifall maken känner att han har återhämtat tills det är dags för avresan.

08:46 – 08:56

01 Läk1: va säger du, björn?
02 Pat1: jajo
03 Fru1: [°vi får se°]
04 Pat1: [(xxx)] först (SÖKER ÖGONKONTAKT MED FRU1)

05 Fru1: du är tveksam
06 Pat1: (°jag är tveksam°)
07 Fru1: (VÄNDER SIG MOT LÄK1) han är lite tveksam
08 Läk1: a:
09 Fru1: om han ska orka, Vi får se

Det här är ett exempel på hur patienten i samtal 1 använder sig av blickkontakt som en kommunikativ handling. I rad 01 nominerar läkaren patienten som talare genom att ställa en direkt fråga. Patienten ger ett svårtolkat yttrande som svar (rad 04) och vänder huvudet mot sin fru så de har ögonkontakt. Patientens fru tolkar det hon tror hennes man försökte säga (rad 05) och patienten upprepar samma yttrande för att bekräfta att det var rätt (rad 06). Genom ett gott samspel lyckas därför patienten och hans fru kompensera för hans språksvårigheter och överbygga de kommunikativa utmaningarna som uppkommit till följd av afasin.

3.4 Ämneshantering

Under ett utskrivningssamtal ska patienten förutom att få information om sin vård, även få ställa frågor eller uttrycka funderingar kring symtom. Vårdpersonalen i Sundins, et al. (2001) studie menar att för att en god kommunikation ska existera krävs det att patienten känner att vårdpersonalen lyssnar och ger tid för patienten att uttrycka sig. I ett institutionellt samtal är det oftast den professionella som styr riktningen av samtalet och initierar flest ämnen (Plejert, Samuelsson & Anward, 2010). Ett institutionellt samtal har ofta ett striktare och mer reglerat turtagningsmönster än ett vardagligt samtal (Hutchby & Wooffitt, 2008). Den professionella är ansvarig för att deras information gällande medicin och vård tas upp. Innan patienten skrivs ut måste läkaren hinna gå igenom ett visst antal punkter (Muntlig kontakt med anställd på avdelningen). Läkaren har därför ett mål med samtalet som gör att det är läkaren som reglerar ämnen. Patienten och den anhörige, som inte alltid känner till tidsramarna för samtalet eller vilka punkter som behövs gå igenom, kan tycka att denna typ av samtal blir problematiska då ämnen de initierat ibland inte blir uppföljda av läkaren. På grund av detta kommer vi i denna del undersöka hur samtalsdeltagarna hanterar ämnen.

Utdrag 8. Hämtat från samtal 2.

Bakgrund: Innan detta utdrag så diskuteras rehabilitering och hemmaträning. Utdraget nedan börjar när frun påpekar att rehabilitering är viktigt för att hennes man ska få stimulans.

25:05-25:49

01 Fru2: +ja ja+ nemen men det alltså det är ju det som känns viktigt

02 att eh: de du får den stimulans du behöver nu
03 för jag märker ju en enorm skillnad från förra lördan,
04 Läk2: [säkert]
05 Pat2: [m:]
06 Fru2: då vi inte <riktigt förstod varandra>
07 Pat2: nä jag försökte- förklara markus hellners mellantider
08 för berit och det gick inte alls bra
09 Fru2: men jag kan ju säga det att i fredags
10 så såg vi på "på spåret"
11 Läk2: m:
12 Fru2: och nu, henrik- kan han är rättså allmänbildad
13 och kommer ihåg mycket men han svarade (.) på ja va var det
14 bäver- bävernens urin och va vad används det till?
15 ja det är bävergäll?
16 alltså det kom bara sådär snabbt så det är ju inga problem
17 med den biten
18 Läk2: eh: a sjukskrivningen är (rätt lång för) för det påverkar
19 mycket ditt arbete dina symtom och man måste tänka
20 lite på så [sätt]
21 Fru2: [m:]

Det här är ett exempel på att läkaren i samtal 2 inte ger respons till ett ämne initierat av patient och anhörig. I rad 01 till 17 har patienten och hans fru en diskussion om hur patientens minnes- och språksvårigheter har sett ut under vistelsen. I rad 12-17 beskriver Fru2 en situation när hon och patienten såg på ett frågesportsprogram. Det Fru2 vill förmedla är inte att patienten är allmänbildad, utan att hon är förvånad över hur Pat2s semantiska minne och förmåga att producera ovanliga ord kan fortfarande vara så bra, när han har svårigheter med enklare ord. Det kan ses som en uppmaning att få mer information om patientens skada och prognos. Läkaren ger ingen respons på det patienten och hans fru har sagt, utan påbörjar ett nytt ämne utan någon övergång i rad 18. Detta är intressant då samtal 2 var det samtal där patienten fick mest tid på sig och där de flesta ämnen följdes upp. Det öppnar för möjligheten att läkaren inte förstått innebörden av Fru2s yttrande och därför går vidare med en ny punkt i agendan. Fru2 talar om ett svenskt tv-program och använder ett ovanligt ord (bävergäll), vilket läkaren rimligtvis inte stöter på så ofta i vardagen. Läkaren, som talar svenska som andraspråk, kanske av språkliga och kulturella skäl därför inte förstår meningen i Fru1s yttrande.

Utdrag 9. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Detta utdrag sker just i början av samtalet och föregås av en fråga från läkaren till patienten hur denne upplever talet. Patienten förklarar att han har svårt att finna ord.

0:48 – 01:36

01 Läk1: <de e så att> du fått lett he- hengande mungipa
02 (GEST MOT EGNA MUNGIPAN) [ga-] ganska diskret
03 Pat1: [a:]
04 Pat1: [de e] de e sant
05 Fru1: [m:]
06 Pat1: å det känner ja samtidigt nu me armen(.)
07 när jag går, ja använder mig utav uh stavar när jag
08 går (VISAR MED ARMARNA STAVGÅNG)
09 Läk1: a: °m:°
10 Pat1: å ska ja då sätta upp den här(.)
11 tar det [emot] en del på axeln [å staven] så kommer ja
12 Läk1: [a:] [m: m:°m°]
13 Pat1: (så faller ja) så de eh: ho- hon har (.)
14 väl varit me o sett också va nä ja släppt bort
15 Pat1: [stavarna] o går (VISAR MED ARMARNA STAVGÅNG)
16 Läk1: [m::]
17 Pat1: [likadant i alla fall SKRATTAR]
18 Läk1: [a: ^m:m::^ m↓]
19 Pat1: ah↓
20 Läk1: eh:: de e så att eh:: när du kom hit du hade åckså
21 (PEKAR MOT SIN EGNA KIND) kanske mer uttalade hengande
22 mungipa som vi (.)kallar för facialis pares
23 Pat1: .hh °a:°

Det här utdraget är taget från samtal 1 och är ett exempel på hur läkaren inte följer upp på ett ämne, eller sidospår, som patienten introducerat, för att sedan återgå till det ämne hon själv initierade i början av sekvensen. I rad 01-02 börjar läkaren förklara för Pat1 om hans förlamade ansiktshalva. Pat1 och Fru1 svarar bekräftande (rad 03-05). Pat1 fortsätter med att berätta att samma problem som han har i ansiktet har han även i armen (rad 06). Han berättar (rad 07-17) om hur symtomen i armen gör att han tappar och glömmer bort sina stavar vid stavgång, men inte uppmärksammar detta och göra likadana armrörelser som ifall han hade haft stavar. Han avslutar sin tur genom att skratta till i rad 17. Läkaren ger uppbackande

bidrag genom sekvensen (rad 09, 12, 16 och 18). I rad 18 avslutar hon med att säga ”m” med en fallande intonation. I rad 20 ger läkaren ingen respons på Pat1s ämne, utan återgår till punkten i agendan som hon introducerade i rad 01.

Även i denna sekvens verkar patientens yttrande sägas med intentionen att få en informativ respons. Patientens skratt i rad 17 indikerar att han tycker det är en rolig berättelse. I yttrandena i rad 06-14 visar han däremot inga tecken på att han tycker det är roligt utan det övergripande syftet i denna sekvens verkar vara att delge medicinsk information och ha en dialog kring symtomet med läkaren. I dessa yttranden berättar patienten om ett symptom relaterat till det som läkaren just berättat om. När läkaren sedan återetablerar förgående punkt i agendan ändras patientens ansiktsuttryck från att ha skrattat till att bli allvarlig. Hans yttrande i rad 23 är tystare än förgående tal. Anledningen till att läkaren inte ger respons på patientens ämne tycks vara att hon väntar på att gå tillbaka till den punkt i agendan som hon startade i rad 01. Det ger intrycket av att det existerar en tidspress som motiverar läkaren till att reglera ämnena för att hinna med sin institutionella agenda.

3.5 Reparationer

Eftersom det förekommer ett ökat antal självreparationer och annanreparationer i samtal med patienter med afasi i jämförelse med personer utan afasi (Perkins, 1993), samtidigt som patienter med afasi ofta har svårt att utföra självreparationer (Goodwin, 2003) är det ett intressant fenomen att undersöka i utskrivningssamtal. Enligt Milroy och Perkins (1992) är det på grund av alla ställen det kan bli problem i ett samtal med en person med afasi som reparationer spelar en så viktig roll i samtalet. Eftersom annanreparationer är extra viktiga för att patienten med afasi ska kunna bidra i samtalet så krävs det att samspelet i samtalet fungerar. Därför kommer denna del undersöka hur reparationer av olika slag genomförs i samtalet.

Utdrag 10. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Innan detta utdrag har patienten precis sagt att det är något som fattas i talet.

0:19 – 0:28

01 Läk1: vå e de som fattas? [(på grund av)]

02 Pat1: [ah]: +Vissa ord+ känner jag
03 inte igen å vissa ord kan inte (.)förstå o återstä-
04 >återskapa<

Detta är ett exempel på självreparation utförd av patienten med afasi. Läkaren ställer en fråga till patienten (rad 01). Patienten försöker förklara hur hans symtom ser ut men har svårt att komma på de rätta orden. Efter en självreparation får han fram ett ord som passar någorlunda lämpligt (rad 04).

Utdrag 11. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Denna sekvens föregicks av några turer där läkaren har förklarat att de undersökt patientens hjärta och att det var friskt. Patienten svarade att han hade fått förklarat för sig att det var hjärnan och inte hjärtat som drabbades, vilket leder till denna sekvens där patienten i färd med att berätta om vad som hände när han fick stroke.

2:24 – 2:46

01 Pat1: »så det hände en explosion iställe(.)
02 Läk1: m:
03 Pat1: .hh >ja kände ingenting< .hja kände ingenting utav det
04 .hh[inte] av- (.) inte om eh uh (prugram e genomfulle)
05 Läk1: [m::]
06 Läk1: [[m::
07 Pat1: [[också till fullo (.)
08 <.däremot första delen> va vare la-la de bebo (.) uhh (.)
09 Läk1: konsär?
10 Pat1: konsär
11 Läk1: m:

Vad gäller annanreparationer är detta utdrag representativt för hur läkare och patient samarbetar för att reparera ett svårtolkat yttrande. Patienten förklarar hur det gick till när han fick sin infarkt (rad 01). I rad 04 blir det svårare för honom att producera ett komplett yttrande, och antalet pauser och tvekord ökar. I rad 08 avslutar han sitt yttrande med flera pauser och ett tvekord, vilket läkaren (som antagligen kan gissa sig till vad han menar eftersom hon känner till hans sjukdomshistoria) tolkar som en inbjudan till annanreparation (rad 09). Patienten upprepar ordet (rad 10) för att bekräfta att läkarens tolkning var korrekt. Att upprepa tolkningsförslag för att bekräfta dem var en strategi som patienten använde vid

flera annanreparationer i samtalet. Upprepning vid annanreparation verkade även vid ett tillfälle ha funktionen att bistå inläringen av ett ord patienten inte kunde eller kom ihåg.

3.6 Hantering av missförstånd

Att det uppstår missförstånd i samtal då och då är nästintill oundvikligt. På grund av den språkliga nedsättningen som afasi innebär ökar risken för att missförstånd ska ske. Det kan antingen orsakas av att personen med afasi har svårigheter med språkproduktionen som leder till att de övriga samtalsdeltagarna misstolkar yttrandet, eller att personen med afasi missförstår en annan samtalsdeltagares yttrande till följd av en sänkt språkförståelse. När ett missförstånd uppstår krävs det att samtalsdeltagarna använder den gemensamma kommunikativa resurserna för att reparera problemet.

Det finns studier som visar att patienter med afasi förstår anpassad information bättre än information som inte anpassats (Rose, et al. 2003). Enligt Pound, et al. (2004) ligger ansvaret hos omgivningen att anpassa sin kommunikation genom att till exempel kombinera bild och text, inte använda ovanliga ord, samt använda rak ordföljd och yttranden där huvudsatsen innehåller aktiva verb för att underlätta förståelsen hos personer med afasi. Genom att anpassa kommunikationen uppstår det färre missförstånd. Detta är kommunikativa strategier som kan användas vid samtal med personer med afasi för att undvika kommunikativa utmaningar. I dessa utdrag studeras varför missförstånden uppkommer för att tolka hur samtalsdeltagarna sedan hanterar missförstånden.

Utdrag 12. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Här har samtalsdeltagarna i den första filmen redan diskuterat patientens blodtryck. Samtalet leds på nytt in på ämnet blodtryck och läkaren frågar vilken av dessa mediciner patienten har använt.

03:42-04:00

01 Läk1: och efter eh: du hade ah: ah: (.) du tror
02 seloken (SKAKAR LÄTT HUVUDET) eller metroprol^lol (NICKAR)
03 som blodtrycksmedicin [när du kom hit
04 Pat1: [(INANDNING:::) ne
05 Läk1: ne^l [du hade int- (SKAKAR HUVUDET)
06 Pat1: [>hade<
07 Pat1: hade inte (RÖR ÖRAT) lågt- mot- blodtryckesmedicin

08 öve >huvtage< [(xx-)

09 Fru1: [j_o:↑ (LÄGGER HANDEN PÅ PAT1:S AXEL)

10 Pat1: (VÄNDER SIG HALVT MOT FRU1) nä: ja hade bara ↑en ja

11 Fru1: ja:[↑ (RÖR VID PAT1:S AXEL)

12 Läk1: [de e nog [precis

13 Fru1: [ja:↑

14 Fru1: j[a::↑

15 Läk1: [de e [den som ja mena (NICKAR))

16 Fru1: [de e den (KLAPPAR PAT PÅ ARMEN)

17 (0.2)

18 Läk1: de e den (PEKAR UPPÅT)

19 Pat1: a:

20 Läk1: (LER)

Det här är ett exempel på när patienten inte hänger med i konversationen. Läkaren försöker få reda på vilken blodtrycksmedicin patienten har använt innan han lades in. Hon nämner ett antal tänkbara alternativ (rad 01-03). Patienten svarar nekande till alla (rad 04), vilket får läkaren att försöka få patienten att säga vilken han har använt (rad 05). Patientens fru tolkar patientens yttrande i rad 06-08 som att han tror att han aldrig använt någon blodtrycksmedicin, vilket hon vet är fel. Hon vidrör patienten och etablerar blickkontakt i rad 09 för att understryka att patienten har förstått något fel eller misstagit sig. Fru1 tillskriver således missförståndet till patienten. Patienten svarar att han minsann bara har EN medicin (rad 10). Frun och läkaren bekräftar i rad 11-20 att det är den de menar.

En förklaring till varför missförståndet uppkommer kan vara att patientens språkliga förmåga blir för belastad när läkaren listar flera läkemedel samtidigt. Från läkarens perspektiv är det tänkbart att det är en kommunikativ strategi, då det kan underlätta för patienten att få höra troliga svarsalternativ, istället för att försöka mobilisera ordet själv. En spekulation i vad patienten försöker säga i rad 06-08 är att han inte tagit någon av de (upplistade) medicinerna överhuvudtaget. I så fall betyder det att det är läkaren och den anhörige som tolkar patientens yttrande fel, och inte tvärtom. Samtalsdeltagarna hanterade missförståndet genom bekräfta att de talade om samma sak. Det är dock möjligt att det har skett två stycken missförstånd i samma sekvens, i patientens tolkning av läkarens yttrande och sedan den anhörige och läkarens tolkning av patientens. Ett alternativ hade kunnat vara att reda ut med patienten varför missförståndet uppkommit, där läkaren hade istället påpekat för patienten att han hade rätt i att det bara var en medicin han tog och att det var läkaren som missförstått patienten.

Istället avslutas missförståndssekvensen med ett samförstånd mellan läkaren och patientens fru där de bekräftar till varandra att patienten har missförstått läkaren.

Enligt Pound, et al. (2004) bör övriga samtalsdeltagare undvika att använda ovanliga ord i samtal med personer med afasi. Vid ett utskrivningssamtal är det dock rimligt att läkaren måste använda ovanliga ord, som till exempel namn på läkemedel, vilket gör att dessa blir svåra att undvika. Ett alternativ är att använda Pound, et als. (2004) eller Rose, et als. (2003) övriga strategier, som att använda en kombination av bild och text.

Utdrag 13. Hämtat från samtal 2.

Bakgrund: Innan denna sekvens börjar har läkaren delgivit olika testresultat samt riskfaktorer som kan påverka patientens odds för en ny stroke. Precis när sekvensen nedan börjar, sammanfattar hon med att klargöra att hon nu har nämnt alla test som har gjorts och berättar att patienten måste komma tillbaka efter utskrivningen för att göra en ytterligare undersökning.

04:40 – 04:59

01 Läk2: åck eh: (.) (>ja de var allt vi gjort<) det enda du får
02 <vänta kvar> är eh: en ultraljud för hjertat(.)
03 Pat2: a den där titamo-†
04 eh:(PEKAR MED FINGER I EN CIRKELRÖRELSE FRAMFÖR SIG)
05 ah juste
06 Läk2: eh du har inte gjort den
07 Pat2: nehe
08 Läk2: >för att brukar vi göra< i [efterhand] (i inte) (.)»
09 Pat2: [ahokej]
10 Läk2: » om det finns inte någon annan anledning
11 Pat2: ne, okej

Ovanstående utdrag är ett exempel på ett missförstånd i samtal 2. Läkaren berättar om en undersökning som patienten inte ännu har gjort, men ska göra efter han blivit utskriven (rad 01-02). Patienten tolkar det som att hon talar om något han redan gjort, och försöker hitta ordet för undersökningen och gör en gest för den (rad 03-04). I rad 05 svarar han bekräftande som om han minns undersökningen läkaren talar om. Läkaren förtydligar att det handlar om något som ännu inte skett (rad 06). Patienten bekräftar att han har förstått fel (07). Läkaren fortsätter att förtydliga mer detaljerat (rad 08 och 10). Patienten är snabb med att svara

bekräftande (11). Patientens språksvårigheter är lindriga och genom samtalet tycks han förstå det mesta som läkaren säger. Han ger signaler på att han förstår och är relativt aktiv med att göra uppbackande ljud. I jämförelse med samtal 1 är denna patient mer delaktig och reagerar mer på det som sägs. Det är däremot svårt att säga utan tveksamheter ifall han verkligen förstår samtalet, då hans oftast förekommande form av bekräftande är ljud som ”m:”, ”aha”, och dessa används även i detta exempel där det är tydligt att han missförstått läkaren. En förklaring till missförståndet kan vara att läkarens yttrande i rad 01-02 är lite omständigt formulerat och kan därför ha uppfattats av patienten som *det enda du får vänta svar är eh: en ultraljud för hjertat*, och tolkats som något i stil med ’den enda undersökning du ännu inte har fått svar på är för ultraljudet av hjärtat’.

Sammanfattningsvis hanterar samtalsdeltagarna missförståndet genom att läkaren tar sig tid att förklara vad det är hon uppfattar som problemet i patientens förgående tur (rad 03-05). Sedan förklarar även läkaren mer ingående i rad 08 och 10, samtidigt som patienten bekräftar det hon säger (rad 09 och 11). Genom denna hantering repareras missförståndet och patienten får utrymme att visa att han förstår. Det här är också ett exempel där patienten kanske skulle ha förstått läkaren bättre ifall hon använt sig av Pounds, et als. (2004) rekommendationer för anpassad information.

Utdrag 14. Hämtat från samtal 1.

Bakgrund: Denna sekvens föregås av att läkaren har talat om blodtrycksmediciner som patienten tar. Läkaren har cirka en minut tidigare i filmen sagt att patienten har ett bra blodtryck. Patienten har nu fått en ny blodtrycksmedicin som kräver uppföljning från primärvården.

05:31–06:13

01 Fru1: (PEKAR MED HELA HANDEN MOT LÄK1)>får jag fråga en sak också<
02 <blodtrycket när man medicinerar> hur mycket ska det ligga?
03 Läk1: helst eh: under etthundratrettio genom åttio
04 Fru1: °ah: hundratrettio° >(så de e asså blodtrycket)<
05 Läk1: ja precis det ska (på grund) att patient hade stroke (.)
06 Fru1: a:
07 Läk1: så man försöker [pressa uh] ännu mer
08 Fru1: [m:::]
09 Läk1: precis som kolesterol och alla andra
10 Fru1: m

11 Pat1: >å herregud<
 12 Läk1: ta hand om sina kärl m:
 13 Pat1: >ja ligger på hundrasextio< ja <genom: åttio>
 14 Läk1: -neja: du ligger mycket bättre [m:↓
 15 Pat1: [m:
 16 Läk1: +men dom eh tycker man+ behöver ta kontakt med primärvården
 17 å vi har e normal blodmat- ha- blodtryck som är
 18 etthundratrettio genom åttio
 19 Pat1: °hap°

Detta utdrag är intressant utifrån hur läkaren reagerar (eller inte reagerar) på ett missförstånd som uppkommer. Patientens fru frågar i rad 01 vilken nivå blodtrycket ska ligga på vid medicinering. Läkaren svarar *under etthundratrettio genom åttio* och säger också att för personer med stroke är det bra att pressa ned blodtrycket ytterligare. På rad 11 utbrister patienten ”å herregud” med ett enfatiskt tryck och följer sedan upp på rad 13 med att *ja ligger på hundrasextio ja genom åttio*, det vill säga högre än vad som är önskvärt. På rad 14 rättar läkaren patienten och säger att hans blodtryck ligger mycket bättre än vad han trodde. Varför patienten är under uppfattningen att han har ett för högt blodtryck reds inte ut. Läkaren rättar endast missförståndet avfärdande och går sedan vidare.

Det är värt att notera att patienten anger ett specifikt värde (och inte bara att ”det är för högt”), vilket ger intrycket att han är väldigt säker på sin sak, samt reagerar upprört när han är under intrycket att han har ett högt värde. Till skillnad från missförståndet i utdrag 12 är läkarens sätt att hantera missförståndet att snabbt annanreparera det istället för att reda ut det. Det framgår därför inte varför patienten är under uppfattningen att han har detta värde. Istället för att försäkra sig om att patienten insett missförståndet går hon vidare i samtalet med att ta upp nästa punkt i sin agenda, det vill säga patientens uppföljning på primärvården.

Utöver hanteringen av missförstånd visar även detta exempel på hur patientens anhöriga gör för att ställa en fråga i samtalet. Innan denna sekvens börjar har läkaren precis haft ett långt yttrande angående patientens vård. Det existerar knappt någon paus mellan att läkaren har avslutat sitt yttrande och Fru1 påbörjar sitt. Hennes hastiga tal och tydliga gester verkar ha funktionen att etablera sig som nästa talare. Hennes kroppsspråk innan denna sekvens tyder på att hon vill säga något och väntar på en responspunkt.

4. Diskussion

Syftet med denna studie har varit att analysera hur samtalsdeltagarna i ett utskrivningssamtal där patienten har afasi hanterat de potentiella kommunikativa utmaningarna som uppkommer i samtalet. Vi har även undersökt till vilken grad patienten ges utrymme för att delta i samtalet och hur samtalsdeltagarna använder sig av icke-verbala kommunikativa handlingar för att underlätta kommunikationen. För att besvara vår fråga om hantering av kommunikativa utmaningar inriktade vi oss, efter att ha analyserat inspelningarna, på fenomen som reparationer och missförstånd. För att besvara den andra och tredje frågan, om vilket utrymme som skapades för patientens deltagande i samtalet och användandet av icke-verbala kommunikativa handlingar, studerade vi turtagningsmönster, ämneshantering, användandet av gester, vilken påverkan det institutionella sammanhanget hade, vilken tid som gavs för samtalet samt vad som sker i fråga-svarssekvenser mellan läkare och patient. Den sistnämnda kategorin kändes speciellt angelägen då det är viktigt att en patient får en chans att be om information och reda ut eventuella funderingar kring sitt tillstånd och sin vård.

Utifrån våra resultat har vi diskuterat kring hur kommunikativa utmaningar hanteras och vilka strategier som speglar kommunikativ kompetens samt partier där utmaningarna har överstigit deltagarnas kommunikativa resurser. I detta kapitel kopplar vi även vår analys till tidigare forskning för att diskutera alternativa strategier i sekvenser där vi har sett att kommunikationen är problematisk. Vi tar även upp forskning kring kommunikativ kompetens vid samtal med patienter med afasi för att visa att de fungerande strategier vi observerat även används framgångsrikt i andra kommunikativa situationer där en samtalsdeltagare har afasi. Kapitlets upplägg är uppdelat i metoddiskussion, resultatdiskussion, generell diskussion och till sist slutsatser och förslag till framtida studier. I metoddiskussionen tas för- och nackdelar av den valda forskningsmetoden upp. I resultatdiskussionen diskuteras fynden från de olika kategorierna separat, medan vi i den följande generella diskussionen kopplar fynden och våra reflektioner till vår konkreta frågeställning. I slutsatsen sammanfattas fynden från studien och utifrån dessa presenteras preliminära råd för god kommunikation vid utskrivningssamtal av patienter med afasi. Kapitel avslutas med förslag och reflektioner om framtida forskning inom ämnet.

4.1 Metoddiskussion

CA är en forskningsmetod som möjliggör för en analys av hur samtalsdeltagarna i ett samtal arbetar tillsammans för att uppnå ett kommunikativt mål. Metoden har uppmärksammats alltmer inom afasiforskning, då metoden är användbar för att studera hur de kommunikativa förmågorna fungerar i verkliga, sociala situationer. Därför är det även en lämplig metod för att identifiera de kommunikativa processer som sker i verkliga möten mellan vårdpersonal och patienter med afasi.

En känd riskfaktor vid CA är att samtalsdeltagarna blir påverkade av inspelningsutrustningen, Observer's paradox (Norrby, 2004). Detta var dock ingenting som syntes påverka de samtal som vi analyserade.

En aspekt av studiens upplägg som gör att samtalen kan avvika från de normalt förekommande utskrivningssamtalen är att inspelningarna tog plats i förutbestämda, enskilda, rum. Utskrivningssamtalen i vanliga fall kan ta plats var som helst på enheten, som i korridoren eller i patientmatsalen (personlig korrespondens med anställd på enheten, 12/12 - 2011). Ett avskilt rum användes för att undvika att personer som inte var inblandade i studien skulle inkluderas i inspelningen, samt för att inte få med störande ljud som förstörde analysen. Vi tror därför att miljön kan ha påverkat samtalen positivt, då samtalen i verkligheten inte alltid tar plats i tysta, avskärmade miljöer. Faktorer som vi tror kan påverka kommunikationen i ej avskärmade miljöer är att patienten inte vågar uttrycka sig lika mycket på grund av att det är fler människor omkring, samt att det blir svårare för patienten att koncentrera sig i en stökig miljö. Dock tror vi att de kommunikativa praktiker som vi observerat i våra inspelade samtal skulle ha visat sig även om samtalen ägt rum i en annan miljö, eftersom den aktuella miljön var fri från brus och andra störningsmoment som påverkar kommunikationen negativt. I till exempel en aktiv patientmatsal ökar risken för kommunikativa utmaningar då störningsmomenten blir fler.

Ytterligare en potentiellt problematisk aspekt av studiens genomförande är att det i vissa fall inte gått att säga med någon större säkerhet ifall vissa kommunikativa fenomen är specifika för att patienten har afasi. Det här gäller bland annat användandet av gester som kommunikativa handlingar. Tidigare studier har dock visat att personer med afasi använder sig av gester mer än personer utan afasi (Goodwin, 2003) och att gester ofta används av personer med afasi för att kompensera för en nedsatt språkförmåga (Herrmann, et al. 1988).

Vår åsikt är därför att gesterna som har använts av personerna med afasi i våra inspelningar både kan bero på den förvärvade skadan och funktionsnedsättningen och på den premorbida personligheten till en viss grad, det vill säga att de delvis fortsätter att använda gester på ett sätt som de gjorde innan de drabbades av stroke. Detta gäller även för andra fenomen som vi observerade, som tystlåtenhet eller användandet av tvekind.

Slutligen har det riktats kritik mot CA för att inte vara tillräckligt användbart. Med detta menas att utan kvantitativ och mer omfattande data blir resultaten från en CA-studie svåra att generalisera. Utan kvantifierade data utgår analysen från forskarens tolkning av materialet, vilket betyder att en läsare kan komma med egna tolkningar av materialet som bestrider forskarens. Det går dock att kombinera en CA-studie med kvantifierbara data, så som att jämföra längden på pauser eller mängden reparationer. Till skillnad från andra forskningsmetoder baseras CA helst på naturligt förkommande samtal, vilket gör att övriga forskare kommer ha svårt att exakt reproducera studien för att kontrollera resultaten.

I denna studie har vi valt att inkludera reflektioner om vad samtalsdeltagarna kan göra annorlunda för att uppnå bättre kommunikation. Dessa har sin grund i analysen av utdragen. Utdragen är i sin tur representativa för alla liknande fenomen som skedde i samtalet. Dessa hade kunnat styrkas genom att antingen kvantifiera delar av materialet eller triangulera genom exempelvis intervjuer med patienter med afasi och läkare. Vi har istället valt att koppla det vi har observerat i samtalen till tidigare forskning inom området för att stödja rekommendationerna. Vad gällande rekommendationerna för förändring är det inte praxis enligt CA utan något vi har valt att ta med för att kunna ge återkoppling till den aktuella avdelningen efter deras förfrågan.

4.2 Diskussion av studiens resultat

Utifrån analysen har vi identifierat ett antal sekvenser där samtalsdeltagarnas gemensamma resurser inte är tillräckliga för att övervinna de kommunikativa hinder som uppstår i samtalet. Problemen förekom huvudsakligen vid fråga-svarssekvenser, patient-initierade ämnen samt vid frånvaro av gemensam hantering av missförstånd. Analysen visade även en kompetens hos samtalsdeltagarna i sekvenser där kommunikationen blir utmanande i samband med afasin, men där dessa utmaningar hanteras genom kommunikativa strategier. Denna kompetens kunde tydligast påvisas i hanteringen av annanreparationer, användandet av gester och hanteringen av missförstånd. Andra faktorer som vi anser sannolikt underlättade

kommunikationen, om än omedvetna av samtalsdeltagarna, var att vara tydlig med agendan för mötet och att ha med en anhörig under samtalet. Vi har även diskuterat ett antal sekvenser som vi anser speglar hur tidsaspekten till viss grad påverkar kommunikativa beteenden. I denna del av kapitlet kommer resultaten diskuteras separat under följande rubriker (i samma följd som de uppträder): Att be om mera information, ämneshantering och tidsaspekten, det institutionella sammanhanget och fördelningen av turer, gester och blickar, missförstånd och reparationer.

4.2.1 Att be om mera information

I båda samtalen i denna studie uppkom kommunikativa utmaningar när patienten formulerade frågor samt bad om information från läkaren. I samtal 1 försöker patienten berätta om något han är fundersam över, alternativt ställa en fråga, men på grund av att språkproduktionssvårigheter ger han upp (utdrag 1).

I samtal 1 hanteras inte patientens ofullständiga yttrande, utan patienten och hans fru uttrycker båda att han inte "hittar rätt ord", varvid samtalsdeltagarna väljer att inte reda ut vad det var patienten ville uttrycka. Läkaren går istället vidare i samtalet till nästa punkt i agendan, möjligtvis för att reducera oron och frustrationen över att inte kunna uttrycka sig hos patienten. Det begränsar visserligen patientens utrymme i samtalet, men samtidigt stödjer flera studier att kommunikationen fungerar bättre när patienten inte känner sig stressad eller orolig (Pound, et al. 2004).

Vi hittade också sekvenser i samtal 1 där patientens icke-verbala beteende tyder på att han vill tala, men hinner inte (utdrag 2). Detta visar sig till exempel när läkaren i samtalet öppnar upp för frågestund och frågar patienten ifall det finns något han undrar över. Patientens hinner bara öppna munnen innan läkaren har vänt sig mot patientens anhöriga och inbjuder även henne till att fråga, vilket gör att frun tar turen och patienten hinner inte ställa sin fråga. Kort efter avslutas samtalet. I en sekvens som utspelar sig tidigare i samtalet, som inte finns med bland utdragen, ställer läkaren en direkt fråga till patienten. I denna sekvens bjuder hon inte in Fru 1 till att svara. I denna sekvens lyckas patienten att svara på frågan, även om han stakar sig ibland. Det vore rimligt att anta att om läkaren lämnar mer tid åt patienten och endast riktar frågan till honom, ger det honom större utrymme att uttrycka sig.

Fynden i dessa samtal överensstämmer med tidigare studier om upplevda kommunikativa utmaningar vid interaktion mellan vårdpersonal och patienter med afasi, där det har framkommit att patienter med afasi ofta upplever det som svårt att ställa frågor och be om mer eller annan information (Parr, et al. 2007). Studien av Sundin, et als. (2003) belyser vikten att som vårdpersonal avvakta efter att ha ställt en fråga, samt att bara ställa en fråga i taget, eftersom patienter med afasi oftast behöver mer tid för att förstå en fråga och svara.

4.2.2 Ämneshantering och tidsaspekten

Vid ett utskrivningssamtal är det läkaren som oftast sätter ramarna för samtalet, det vill säga tidsramar såväl som innehåll. Därför får läkaren generellt sett större inflytande över vilken riktning samtalet tar, vilka ämnen som tas upp och hur lång tid samtalet får ta. I ett institutionellt samtal förväntar sig samtalsdeltagarna ofta ett striktare mönster än i vardagliga samtal (Hutchby & Wooffitt, 2008). I ett institutionellt samtal är det oftast den professionella som styr riktningen av samtalet och initierar, nominerar och avslutar flest ämnen (Plejert, Samuelsson & Anward, 2010). Det finns avslutningsannonseringar som bland annat motverkar att nya ämnen introduceras (Maynard & Heritage, 2005). Jeffersons (1984) studie visar att i en ”trouble-telling”-sekvens är det den som har bekymret som har rätten att avsluta ett ämne. I det institutionella samtalet är det dock oftast den professionella som avslutar ämnen och samtalet (Heritage, 2005).

I samtal 2 inleddes samtalet med att läkaren annonserade sin agenda och vilka punkter som skulle tas upp och i vilken ordning, samt när i samtalet det skulle bli tid för frågor. Denna agenda följdes sedan till hög grad tills slutet av samtalet. Patienten i detta samtal kunde själv avgöra när samtalet närmade sig sitt slut och det var även denna patient som tog initiativet att markera samtalets slut (utdrag 3). Vi ställer detta i jämförelse med Samtal 1, där agendan inte annonserades i början av samtalet och förblev dold. Läkaren styrde över den information som gavs i samtalet och patientens anhörige flikade in ett antal frågor (representerat i utdrag 14).

Utskrivningssamtalen som analyserades skiljde sig åt i tid. Samtal 1 var cirka 10 minuter långt och samtal 2 var nästan 30 minuter. Patienten i samtal 1 lyckades aldrig ställa några kompletta frågor, medan patienten och hans anhöriga i samtal 2 ställde fler antal frågor och fick utvecklade svar tillbaka. Patienten i samtal 2 var den som avslutade besöket (utdrag 3),

medan det var läkaren i samtal 1 som ganska abrupt avslutade samtalet (utdrag 4). Det fanns exempel i både samtal 1 och 2 som vi tror kan bero på tidspress hos läkaren. I dessa exempel hände det till exempel att läkaren inte följde upp på ett ämne som hade introducerats av patienten eller patientens anhöriga (utdrag 8). I två av tre sekvenser i samtalet avslutades patient-initierade ämnen genom att ett nytt ämne introducerades av läkaren (utdrag 8 samt en sekvens som utelämnats från analysen), och i ett av exemplen återgick läkaren till ett ämne som denna hade introducerats tidigare (utdrag 9). I samtliga av dessa tre exempel gav patienten och den anhöriga intrycket att de hade önskat mer information om ämnet (samtliga exempel berörde symptom som patienten hade). Dessa utdrag följdes av att läkaren utan omsvep fortsatte med en ny eller tidigare påbörjad punkt i agendan.

Eftersom samtalet utspelade sig på ett sjukhus och läkarna i samtalen har vissa begränsningar för hur lång tid de kan spendera på ett enskilt utskrivningssamtal, existerar det även begränsningar på till vilken grad samtalsdeltagarna får komma till tals. På grund av afasi tror vi att kommunikationen hade gynnats ifall samtalet hade fått ta längre tid. Detta gäller speciellt i samtal 1. Enligt Sundins (2000) och Hemsley, et als. (2001) studier kring hur patienter med afasi upplever vården framkom det att tidspress hos vårdpersonalen ansågs av patienterna motverka god kommunikation. Enligt Hemsley smittar stress av sig på patienterna, som därför kommunicerar mindre. Dessa studier indikerar att fler problematiska sekvenser uppkommer vid tidspress. Vi tror att vissa sekvenser i samtalet, särskilt där läkaren inte har följt upp patientens och dess anhörigas ämnen, kan ha påverkats av tidsbrist. Genom att inte ge respons på patienten och dess anhörigas ämnen begränsar läkarna deras utrymme i samtalet, vilket leder till att läkaren har mer kontroll över hur lång tid samtalet tar. Detta beteende kan på så vis ha uppkommit på grund att det existerar en konflikt mellan läkarens institutionella agenda och viljan att ge utrymme för patienten att bidra till samtalet. Att inte få någon respons på sina ämnen kan i sin tur ha lett till att patienten ställde färre frågor och blev mindre motiverad till att initiera ämnen.

4.2.3 Det institutionella sammanhanget och fördelning av turer

Likt förgående avsnitt tror vi även att det institutionella sammanhanget och agendan har en påverkan på till vilken grad patienten med afasi får utrymme att bidra till samtalet i form av turer. Turtagningsmönstret finns inte representerat i analysen under en egen kategori, utan diskuteras inom de olika kategorierna i analysen.

I samtalen som vi observerade var det nödvändigt att läkaren hade större makt över samtalen, då denna hade viktig medicinsk information att framföra och var ansvarig för att hon hann gå igenom varje punkt. Vi tror att de kommunikativa utmaningarna som uppkommer i samband med skevheten i samtalet orsakas av att personen som har makt inte fördelar ordet så att patienten kommer till tals. Ett exempel på när denna skevhet tycktes uppfattas som problematisk av en samtalsdeltagare var ett tillfälle då patientens fru från samtal 1 skulle ställa en fråga (utdrag 14). Den anhöriga fick då ”hugga tag i ordet”. Läkaren hade precis lämnat rum för en responspunkt när den anhöriga väldigt snabbt tog ordet och ställde sin fråga i en hastig takt för att sedan med långsammare tal utveckla den. Efter vår analys tolkade vi detta som att hon var på jakt efter en responspunkt i samtalet där hon fick en chans att ställa sina frågor. För en patient med afasi kan detta bli stressande. Ovetenskapen kring när det är patientens tur att be om information kan ge upphov till att patienten missar viktig information för att de fokuserar på att hitta en lucka i samtalet. Detta kan även gälla för patienter utan afasi, men en person med afasi får ofta lägga mer kraft på att lyssna och bearbeta information.

I Samtal 1 och 2 förekom det ett par incidenter där patienten med afasi blev avbruten, men det var vanligare förekommande att vid en responspunkt där ingen specifik talare blivit nominerad att patienten inte lyckades få ordet. Det märktes mest i Samtal 1 (till exempel i utdrag 1) där patienten hade gravare afasi i jämfört med patienten i samtal 2.

Utdrag 1 exemplifierar även hur patientens förlängda paustolerans gör så att han inte hinner ta turen vid en responspunkt. Den språkliga nedsättningen hos personer med afasi kan medföra att förmågan att konstruera en tur och delta i ett samtal blir påverkad. De kan bli mer utsatta för att förlora sin tur eftersom de har ett större antal tystnader i sitt tal på grund av ordfinnandesvårigheter. Dessa tystnader löper risk för att fyllas i av samtalspartnern som tar över talturen (Perkins, 1995).

4.2.4 Gester och blickar

Patienten i Samtal 2 använde sig av mycket mera gester än de övriga samtalsdeltagarna. Patientens gester hade som funktion att visa objekt som han var osäker på orden för, samt som ersättning för ord han faktiskt kunde (som att peka på kroppsdelar istället för att benämna

dem) och som stöd för det som sades verbalt. För denne patient fungerade gesterna relativt bra kommunikativt och det uppkom till synes inga missförstånd. Vi vill poängtera att trots detta var patientens gester ofta godtyckliga och det klargjordes inte alltid ifall läkare och patient hade samma uppfattning om vad de innebar.

Det var inte endast patienten som använde sig av gester i samtal 2. Läkaren använde sig av gester i ett förtydligande syfte. När hon berättade om en undersökning för patienten var hon noga med att alltid göra en gest mot kroppsdelens som hade undersökts (utdrag 5 och 6). Vi tror även att hon anpassade sig efter patientens gester, bland annat genom att spegla patientens gester för att bekräfta att de talade om samma sak (utdrag 5).

I utdrag 6 observerade vi att även patienten speglade läkarens gester (utdrag 6). Denna användning av gester tolkade vi hade funktionen att förtydliga läkare och patient emellan att de hade samma undersökning i åtanke. Vi såg även en liknande sekvens (som ej finns med bland utdragen) där samma läkare använde sig av gester som stöd för att behålla talturen. Genom att ”räkna på fingrarna” för varje ämne hon ville förmedla kunde patienten lätt se hur länge hon ville ha turen. I detta samtal tror vi att kommunikationen underlättades genom att stödja den verbala kommunikationen med gester, vilket stöds av tidigare forskning kring användandet av gester i samtal med personer med afasi (Caris-Verhallen, et al. 1999; Sundin, et al. 2003; Hemsley, et al. 2001).

I samtal 1 använde sig patienten av färre gester jämfört med patienten i samtal 2, men ett fenomen som vi tyckte var speciellt intressant var användandet av blickkontakt som inbjudan till att komplettera ett yttrande (utdrag 7). I detta utdrag svarar patienten på läkarens fråga, men på grund av hans språksvårigheter är yttrandet svårförstått. Han vänder då blicken mot sin fru som kompletterar yttrandet. Patienten bekräftar fruns komplettering och frun upprepar därefter yttrandet fast denna gång riktad mot läkaren. På detta sätt kan Pat1 uttrycka sig mer, men samtidigt blir han beroende av att någon kompletterar hans yttrande. En anhörig som känner patienten väl har en bättre chans att veta att vad patienten menar och är därför en tillgång på utskrivningssamtal. Vi anser att det är en balansgång mellan att ha anhörig som kompletterar patients yttrande och en anhörig som talar för mycket för patienten. I det senare fallet blir risken att patienten inte känner sig delaktig i samtalet och därför inte försöker kommunicera lika mycket.

Likt läkaren i Samtal 1 använde sig även läkaren i samtal 2 sig av gester för att tydliggöra sina yttranden. I jämförelse med läkaren i samtal 1 var denna läkares gester otydligare och utfördes i en högre hastighet. Patienten i detta samtal använde sig av gester och blickar i vad vi har tolkat som förbegynnelse till ett yttrande vid en responspunkt (utdrag 2). I samtalet tycks läkaren inte reagera på dessa förbegynnelse, vilket leder till att patienten inte lyckas ta talturen.

Som tidigare nämnts finns det flera studier (Caris-Verhallen, et al. 1999; Sundin, et al. 2003; Hemsley, et al. 2001) som betonar av vikten av kroppsspråk, blickar och gester i samband med kommunikation med patienter med afasi. Goodwin (2003) menar att gester och blickar oftare förekommer som kommunikativa handlingar hos personer med afasi än utan. I Damico, et al. (1998) studie visar sig det sig att personen med afasi kan använda ögonkontakt som en inbjudan till att komplettera deras yttrande, ett fenomen som observerades även i vår studie (utdrag 7). Caris-Verhallen, et al. (1999) skriver att kroppsspråk, blickar och ansiktsuttryck kan uppmuntra patienten till att kommunicera mer. Hemsley (2003) skriver om betydelsen av att vårdpersonal anpassar sig till patientens kommunikationssätt och kroppsspråk, vilket var en teknik som vi såg läkaren i samtal 1 använda sig av (utdrag 5 och 6). Sundin, et al. (2003) instämmer i att det är viktigt att observera patientens kroppsspråk och inte bara det de uttrycker muntligen. Detta blev en kommunikativ utmaning i Samtal 1, där läkaren inte reagerade tillräckligt starkt på patientens icke-verbala kommunikativa handlingar (utdrag 2). Gester och andra icke-verbala fenomen kan komplettera eller stödja den verbala kommunikationen och ge ledtrådar för vårdpersonal om vad patienten känner eller vill säga.

4.2.5 Missförstånd

I samtal 1 kunde vi observera flest missförstånd, trots att samtalet är kortare än samtal 2. Som tidigare nämnt var patienten i detta samtal den med svårare afasi. Värt att tillägga är att dessa missförstånd identifierades på grund av att patienten reagerade muntligt på det som sades; det utesluter inte att fler missförstånd passerade utan att de uppdagades. Ett missförstånd från samtal 1 är utdrag 12, när läkaren undrar vilken blodtrycksmedicin patienten tar och listar upp ett par tänkbara exempel genom att nämna medicinernas namn (seloken och metropolol).

Som ovan nämnt rekommenderar Pound, et al. (2004) att inte använda ovanliga ord för att förbättra kommunikationen med personer med afasi, men i ett samtal kring medicin och medicinska undersökningar är det svårare att undvika än i vardagliga samtal. När svårare ord är oundvikliga tror vi att kommunikationen gynnas av att talaren anpassar sin övriga kommunikation ytterligare, möjligtvis efter Pound, et al. (2004) eller Rose, et al. (2003) råd i form av sänkt hastighet, tydlig artikulation och om möjligt, visuellt stöd för det som sägs (något som inte sker i de studerade sekvenserna). Detta missförstånd hanteras genom att patientens fru fysiskt berör patienten och rättar honom. Patientens nästa yttrande bekräftar att de talar om samma sak, varvid läkaren och frun båda bekräftar till varandra att patienten har missförstått läkaren. Till skillnad till bidrag 13 så följs inte detta av någon ytterligare förklaring för att tydliggöra för patienten varför missförståndet uppkom.

Missförståndet i utdrag 14 tror vi byggde på att patienten hade missförstått tidigare information (innan samtalet). Det här skedde när läkaren förklarade att blodtrycket skulle ligga på 130/80 och patienten var under intrycket att hans blodtryck var mycket högre. I utdrag 14 hanterar läkaren missförståndet genom att annanreparera det istället för att reda ut det. Vi anser att en utförligare uppföljning av missförståndet hade gynnat konversationen, då läkaren aldrig tog reda på orsaken till det. Istället för att försäkra sig om att patienten insett missförståndet går hon vidare i samtalet med att ta upp nästa punkt i sin agenda. I och med att personer med afasi generellt har nedsatta förutsättningar att uttrycka sin oro och be om mer information (Parr, et al. 2007), finns det mer anledning att följa upp missförstånd så att inte patienten känner att deras oro blir för snabbt avfärdad eller att de egentligen inte förstår.

Ett intressant fenomen vid flera missförstånd var användandet av uppbackningar. I vanliga samtal uppfattas en uppbackning (till exempel ”mhm”) som att personen lyssnar på talaren och uppmuntrar denne till att fortsätta tala. Dessa yttranden behöver inte betyda att personen faktiskt tagit in det som sagts: de är ofta automatiserade och kan ges av lyssnaren på rätt ställen i samtalet även utan att lyssnaren uppfattat innehållet (Norrby, 2004). Patientens i Samtal 2 var väldigt aktiv med uppbackande ljud vid rätt tillfällen, men eftersom han även gjorde uppbackande ljud vid då han inte uppfattat läkarens yttrande rätt (utdrag 13), innebär det att uppbackningar inte heller i detta samtal nödvändigtvis indikerar förståelse. Detta fenomen såg vi också i samtal 2 fast i samband med läkarens samtalsbeteende, då patienten är i färd med att ställa en fråga, men avbryter sig själv för att hans yttrande blir oförståeligt.

Under denna sekvens har läkaren också använt sig av flera uppbackande ljud trots att hon antagligen rimligtvis inte förstod vad han sa.

Att det uppkommer en del missförstånd är nästintill oundvikligt vid afasi. Enligt Pound, et al. (2004) ligger ansvaret hos omgivningen att anpassa sin kommunikation för att underlätta förståelsen när en person drabbats av afasi. Alla missförstånd går rimligtvis inte att undvika och i en vårdsituation är det viktigt att vara beredd att hantera dem när de sker, så inte patienten missförstår exempelvis doseringen av sin medicin.

I samtal 2, utdrag 13, har vi analyserat ett missförstånd där läkaren berättar om en medicinsk undersökning som patienten måste göra efter utskrivningen. Patientens svar tyder på att han tror att läkaren talar om en undersökning som redan gjorts. I de allra flesta fall i samtalet tror vi inte att läkarens språkkunskaper och uttal har påverkat kommunikation avsevärt. I just detta exempel tror vi dock att läkarens yttrande var relativt omständigt formulerat och patientens förståelse skulle ha gynnats av ett enklare språk. Samtalsdeltagarna hanterade missförståndet genom att läkaren först tog sig tid att reda ut vad det var som patienten missförstod. Hon fortsatte med att ge en mer ingående förklaring för att förtydliga sitt ursprungliga yttrande, samtidigt som patienten bekräftade att han förstod vad hon sa. Genom den gemensamma hanteringen av missförståndet nådde de samförstånd.

4.2.6 Reparationer

I samtalen var den vanligaste typen av reparationer självreparationer. I samtal 1, där patienten hade gravare afasi i jämförelse med patienten i samtal 2, förkom det flest annanreparationer av samtalen. De annanreparationer som förekom uppkom efter att personen med afasi själv hade försökt reparera sitt yttrande själv och misslyckats. I ett av exemplen har antagligen läkaren viss bakgrundsinformation som gör att hon kan gissa sig till det ord patienten försöker säga (utdrag 11). Ifall läkaren inte hade haft denna information hade det varit mycket svårare att gissa rätt ord då orden patienten säger inte liknar målordet. Att ha kunskap om vad personen kan tänkas vilja säga (utifrån patientens livssituation, intressen, med mera) underlättar därför vid annanreparationer och gör att kommunikativa utmaningar blir enklare att hantera.

Vi har hittat likheter i hur reparationer används i samtalen jämfört med tidigare studier kring reparationsstrategier vid afasi. Patienter med afasi har i samtal en högre frekvens

självreparationer och annanreparationer än personer utan afasi (Perkins 1993, Ferguson 1994, Laakso 1997). Patienterna i samtalen var de med flest reparationer i jämförelse med övriga samtalsdeltagare. På grund av den nedsatta språkförmågan är det ofta svårt för personen med afasi att utföra en självreparation, vilket leder till att de fel som uppkommer ofta repareras tillsammans (Goodwin, 2003). Reparationer förekom mest i samtal 1, där patienten och läkaren tillsammans uppnår god kommunikation trots den språkliga nedsättningen, genom att använda sig av ett gott samspel (utdrag 11). Utan dessa strategier hade problemen som uppstod i interaktionen förblivit olösta och de olika samtalsparterna hade förmodligen inte kunnat göra sig hörda i samma utsträckning.

4.3 Generell diskussion

För att citera en av läkarna i studien så är utskrivningssamtalet det viktigaste samtalet, då patientens vård och framtid diskuteras och de får chans att ställa sina sista frågor innan de går hem. Personer med afasi riskerar att bli utsatta i dessa samtal, då de har svårare att be om information eller be läkaren att omformulera information (Parr, et al. 2007). Konsekvenserna av att informationen inte går fram kan bland annat bli att patienten inte vet när denne ska ta en viss medicin eller lider av onödig stress på grund av ovisshet om sin prognos och fortsatta vård. God kommunikation mellan läkare och patient främjar därför patientsäkerheten. Vår frågeställning för detta arbete var hur samtalsdeltagarna i ett utskrivningssamtal där patienten har afasi hanterar de potentiella kommunikativa utmaningarna som uppkommer i samtalet, vilket utrymme som skapas för att patientens deltagande i samtalet samt hur samtalsdeltagarna använder sig av icke-verbala resurser för att bidra till den gemensamma förståelsen.

4.3.1 Hanteringen av kommunikativa utmaningar

I samtalen har vi observerat sekvenser med kommunikativa utmaningar, där samtalsdeltagarna lyckades hantera utmaningen genom ett användande av gemensamma kommunikativa resurser. Den kommunikativa kompetensen reflekterades bäst vid annanreparationer i båda samtalen och hanteringen av missförstånd i samtal 2. Läkarna i samtalen var båda engagerade i att tolka och komplettera patientens yttrande när patienten inte fann orden eller när orden yttrades fel. Detta förekom där patienten på ett eller annat sätt

inbjöd till annanreparation. Däremot kompletterades inte yttrandet ifall patienterna inte gav några signaler om att de var medvetna om att yttrandet blivit fel.

Vår tolkning är att tidspress hos läkaren är en faktor i flera av de problematiska sekvenser som kvarstår som olösta eller inte hanterades genom samtalen. Metoderna som använts i samtalen för att reda ut missförstånd skiljde sig åt. I samtal 1, som var 10 minuter långt, rättade läkaren patienten på ett par ställen, men spenderade ingen tid på att reda ut hur missförstånden uppkommit. I samtal 2, som var 30 minuter långt, uppkom inte lika många missförstånd, och de som uppkom reddes ut mer utförligt. Vi tror att graden av hur missförstånd reds ut delvis beror på hur mycket tid som ges för samtalen. I utdrag 14 reagerar patienten upprört för han har missförstått medicinsk information. Denna patient hade kanske känt sig lugnare om läkaren hade förklarat missförståndet istället för att endast rätta honom.

Som tidigare nämnts är det av stor betydelse i samtalet att det tar plats i en institutionell miljö. Läkaren blir troligtvis tvungen att avgöra när de kan avvika från sin institutionella agenda för att ta i tu med ett kommunikativt problem. Ifall de anar att ett missförstånd kommer ta lång tid att reda ut kanske de undviker att hantera problemet för att de har flera viktiga punkter på agendan som de måste hinna med inom tidsramen för samtalet.

Som vi tidigare har nämnt så använde sig patienten och läkaren i samtal 2 av uppbackningar, även på ställen i samtalet där det blev missförstånd. På grund av detta tror vi att det är bra att inte förlita sig endast på uppbackningar som tecken på att patienten har förstått.

4.3.2 Utrymmet för patientens deltagande i samtalet

Att inte tydliggöra ett svårtolkat yttrande begränsar till viss del patientens utrymme för att delta i samtalet. Vi spekulerar att anledningen till att läkaren i dessa fall inte gjorde några försök att klargöra vad patienten talat om antingen berodde på artighet, att de inte vill stressa upp patienten eller tidsbrist (ifall läkaren hade mer tid kanske de skulle ge mer tid åt att reda ut ett svårtolkat yttrande). Ett alternativ är även att läkaren avstår från att klargöra delar av samtalet där patienten inte initierat det själv. I och med att förmågan att initiera och utföra en självreparation kan vara nedsatt vid afasi (Goodwin, 2003) kan detta ses som problematiskt.

Förutsatt att tiden inte är ett hinder är det slutligen ändå en fråga om att känna av ifall patienten blir stressad av att deras svårtolkade yttranden uppmärksammas. Då patientens

sinnesstämning kan påverka deras förmåga att använda kommunikativa resurser (Pound, et al. 2004) kan det i dessa fall vara bättre att gå vidare i samtalet.

Det kan också vara så att läkaren har bakgrundsinformation som gör att de kan tolka patientens yttrande trots att det är oförståeligt för utomstående (utdrag 11). Patienten tros berätta om händelserna kring hans insjuknande, något som läkaren rimligtvis ha läst i journalen. Denna bakgrundsinformation underlättar för patienten att delta i samtalet.

Vi har sett att läkarna inte alltid följt upp på ämnen initierade av patienterna och i ett av fallen inte gett tillräckligt med tid för frågor.

I båda samtalen har läkarna haft en relativt låg paustolerans (med hänsyn till att patienter med afasi kräver mer tid för att förstå språk och har fler pauser i sitt tal (Perkins, 1995)). I samtal 1 är patienten inte lika delaktig i samtalet som patienten i samtal 2. I en fråga-svarssekvens (utdrag 2) hinner han inte komma till tals, trots att han visar tecken på att vilja tala. Enligt vår tolkning är det troligt att patienten skulle haft större utrymme att bidra till samtalet ifall övriga samtalsdeltagare hade ställt direkta frågor till honom och sedan avvaktat efteråt. I samtal 1 begränsades även patientens utrymme för att uttrycka sig genom att samtalet avslutades abrupt (utdrag 4) av läkaren efter att endast den anhöriga hade fått ställa en fråga. Ifall läkaren hade observerat patientens icke-verbala beteende är det möjligt att hon hade sett att patienten hade något att säga. Detta hade gett patienten en möjlighet att bidra mer till samtalet.

I båda samtalen deltog patienternas partners. Vi har analyserat rollen som den anhörige spelar i dessa samtal. Det framgår inte helt i de studerade utdragen, men det var patientens anhörige som stod för merparten av frågorna i hela samtalet. Den anhörige i samtal 2 spelade även in samtalet på sin mobiltelefon. Vår tolkning av detta är att i just dessa samtal var det de anhöriga som tog på sig ansvaret att komma ihåg medicinsk information och ställa medicinska frågor åt patientens vägnar. Troligen bidrar den anhörige till patientsäkerheten då det är en stor mängd viktig information som ges ut och det tar bort en del av stressen på att patienten måste förstå. För vårdpersonalen är det en viktig uppgift att se till att patienten får komma till tals när han eller hon vill, samt att inte endast tala riktat till den anhörige, även om det är denne som ställt frågan.

I båda samtalen förekom det att patient- och anhöriginitierade ämnen inte följdes upp (utdrag 8 och 9). Att inte få respons på sitt ämne begränsar patientens utrymme för att bidra till

samtalets riktning. Då de patient-initierade ämnena berörde symtom och kunde tolkas som en indirekt begäran om information begränsar det patientens möjlighet att få information om sitt tillstånd och sin vård.

I samtal 2 var läkarens agenda tydlig för samtliga samtalsdeltagare från samtalets början. Detta tycktes underlätta för deltagarna. I samtal 1 förblev läkarens agenda dold, vilket vi tror bidrog till en osäkerhet hos patient och anhörig kring ifall de skulle få tillfälle att ställa frågor (utdrag 14). Vår tolkning av detta är att en tydlig agenda kan underlätta för patienten och den anhöriga, då de kan koncentrera sig på att lyssna istället för när nästa chans att ställa frågor kommer.

4.3.3 Användandet av icke-verbala resurser

Båda läkarna använde sig flitigt av gester. I samtal 2 uppstod det ett ömsesidigt speglande av gester mellan läkare och patient, som hade kommunikativa funktionen att klargöra att båda samtalsdeltagarna hade samma undersökning i åtanke (utdrag 5 och 6). Denna läkare använde sig även av gester för att konkretisera att hon ville behålla turen. Patienten i samtal 2 använde gester för att komplettera eller ersätta talet. Vissa av dessa gester var konkreta (utdrag 6) men de flesta godtyckliga (utdrag 5). I samtalet fungerade gesterna bra kommunikativt, men på grund av gesternas godtycklighet skadar det inte att kombinera dem med en annan typ av bekräftelse för att försäkra sig om att det inte blir något missförstånd. I samtal 1 använde sig läkaren av otydligare gester och de tycktes inte ha en lika stor kommunikativ funktion som i samtal 2. Blickkontakt användes som inbjudan till att komplettera ett felaktigt yttrande av patienten med afasi i samtal 1 (utdrag 7). Det gav patienten större utrymme att uttrycka sig, men detta kommunikationssätt förutsätter att en annan samtalsdeltagare känner patienten tillräckligt väl för att komplettera yttrandet, vilket sätter patienten i en beroendeställning.

4.4 Kliniska implikationer

De kommunikativa utmaningar vi har identifierat i dessa samtal är tidsbrist, avsaknad av gemensam hantering av missförstånd och inte klargöra agendan för samtalet. Vi har även sett problematiska sekvenser där läkaren inte har avvaktat efter att ha ställt en fråga, inte tolkat patientens kroppsspråk samt att ämnen som initierats av patienten inte följts upp.

I samtalen har vi också observerat strategier som hjälpt överbrygga brister som uppkommit i samband med afasin: Att ge ett tydligt upplägg i början av samtalet, att ge tid för diskussion

och frågor, gester som stöd av talet (av både läkare och patient), samspel vid annanreparation samt att ha med en anhörig till patienten vid besöken.

Utifrån vad vi har sett av vad som har fungerat och inte fungerat i samtalet ger vi följande preliminära rekommendationer för läkare i utskrivningssamtal:

- Ge ett tydligt upplägg i början av samtalet för att klargöra när det blir tid för frågor.
- Dubbelkontrollera att patienten har förstått när viktig information har getts ut och inte förlita sig för mycket på uppbackningar.
- Avvakta efter att ha ställt en fråga.
- Var medveten om hur patienten använder sig av kroppsspråk för att få ordet.
- Komplettera talet och anpassa de egna gesterna utefter detta.

Vidare, ifall möjligheterna finns, tror vi att kommunikationen främjas av planerade, avskärmade utskrivningssamtal där det ges gott om tid för att svara på frågor, reda ut missförstånd och informera på ett anpassat sätt. Detta är rimligtvis inte något som läkarna direkt själva styr över, utan något ledningen på enheten bör ta hänsyn till.

4.4.1 Framtida forskning

Utifrån vår studie kan vi endast uttala oss om de samtal som vi har analyserat. Vi kan ge preliminära råd om hur kommunikationen med patienter med afasi skulle kunna förbättras på enheten, men för att med en större säkerhet kunna uttala sig om detta krävs en studie med ett mer omfattande undersökningsmaterial. Det skulle även vara av intresse att göra retrospektiva studier genom bland annat kvalitativa intervjuer med läkarna och patienterna i denna studie. Utifrån detta skulle ett rådgivningsmaterial kunna utformas och en potentiell effekt av detta mätas.

Referenser

Afasiförbundet I Sverige, hämtad den 20:e januari 2012.

http://www.afasi.se/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=53

Ahlsén, E. (2008a). Språkstörningar hos vuxna (förvärvade språkstörningar – allmän del) Hartelius, L., Nettelbladt, U. & Hammarberg, B(Red.), *Logopedi* (s187-197). (2008). Lund: Studentlitteratur.

Ahlsén, E. (2008b). Förvärvade språkstörningar hos vuxna vid fokala hjärnskador. Hartelius, L., Nettelbladt, U. & Hammarberg, B (Red.), *Logopedi* (s199-206). (2008). Lund: Studentlitteratur.

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2, [uppdaterade] uppl ed.). Lund: Studentlitteratur.

Beeke, S., Maxim, J., & Wilkinson, R. (2007). Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28(2), 136-147. doi:10.1055/s-2007-970571

Caris-Verhallen ,W., Kerkstra A., Bensing M. J. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 808-818.

Damico, J.S., Oelschlaeger, M, Simmons-Mackie, N. (1999) Qualitative methods in aphasia research: conversation analysis. *Aphasiology*, 13:9-11, 667-679.

Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: A research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01192.x

Gagne, J. P., & Wyllie, K. A. (1989). Relative effectiveness of three repair strategies on the visual-identification of misperceived words. *Ear and Hearing*, 10(6), 368-374.

- Goodwin, C. (2003). *Conversation and brain damage*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Have, P.T.(2007). *Doing conversation analysis*. (2. ed.) London: SAGE
- Hemsley, B., Sigafos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V. A., & Parmenter, T. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 827-835. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01920.x
- Heritage, J. & Maynard, D.W. (red.) (2005). *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Pres.
- Herrmann, M., Reichle, T., Lucius-Hoene, G., Wallesch, C. W., & Johannsen-Horbach, H. (1988). Nonverbal communication as a compensative strategy for severely nonfluent aphasics? A quantitative approach. *Brain and Language*, 33(1), 41-54.
- Hutchby, I., & Wooffitt, R. (2008). *Conversation analysis* (2nd ed.). Cambridge: Polity.
- Jefferson, G. (1984) On stepwise transition from talk about a trouble to inappropriately next positioned matters. Cambridge University Press.
- Kendon, A. (2004). *Gesture: Visible action as utterance*. New York: Cambridge University Press.
- Labov, W. (1972). *Language in the inner city: Studies in the black english vernacular* (4 pr ed.). Oxford: Blackwell.
- Lindström E, Werner C (1995). *Neurolingvistisk Afasiundersökning A-NING*. Stockholm: Ersta utbildningsinstitut.
- Lindström, J. (2002) Från satsschema till turschema? Förfältet i fokus *Språk och Stil*, 11. NF (2001). Pp. 25-80
- Lind, M. (2005) Conversation? More than words. A Norwegian case study of the establishment of a contribution in aphasic interaction. *International Journal of Applied Linguistics*, 15(2), 213-239. doi:10.1111/j.1473-4192.2005.00088.x

- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue: Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Philadelphia; Amsterdam: John Benjamin's Publishing.
- Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39(4), 428-435. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x
- Milroy, L., & Perkins, L. (1992). Repair strategies in aphasic discourse; towards a collaborative model. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 6(1-2), 27-40. doi:10.3109/02699209208985517
- Nordenstam, K. (1994). *Korpus gruppssam: Materialpresentation*. Göteborg.
- Norrby, C. (2004). *Samtalsanalys: Så gör vi när vi pratar med varandra* (2, [rev] ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Oelschlaeger, M. L., & Damico, J. S. (1998). Joint productions as a conversational strategy in aphasia. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 12(6), 459-480. doi:10.3109/02699209808985238
- Parr, S., Byng, S., Gilpin, & Ireland, C. (1999). Talking about aphasia? Living with loss of language after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 518-518.
- Perkins, L. (1993). *The impact of neuropsychological impairments on conversation ability in aphasia*. Doktorsavhandling, University of Newcastle Upon Tyne, Department of Speech.
- Perkins, L. (1995). Applying conversation analysis to aphasia: Clinical implications and analytic issues. *European Journal of Disorders of Communication: The Journal of the College of Speech and Language Therapists, London*, 30(3), 372-383.
- Plejert, C., Samuelsson, C., Anward, J. (2010). Att få sista ordet. Om avslutande av sekvenser i samtal med personer med kommunikativa funktionshinder. *Språk och Interaktion 2* (ss. 249-263). Helsingfors: Nordica, Helsingfors Universitet.

- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J. & Woolf., C. (2004). *Beyond aphasia: Therapies for living with communication disability*. Bicester: Speechmark.
- Rose, T. A., Worrall, L. E., & Mckenna, K. T. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), 947-963. doi:10.1080/02687030344000319
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50 (4, Part 1), s. 696-735.
- Schegloff, (1992). *Lectures on conversation: Introduction*, s.xii-lii. Oxford: Blackwell Publishers.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data: Methods for analyzing talk, text and interaction*. London: Sage.
- Sundin, K., & Jansson, L. (2003). 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon--in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 107-116.
- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: Understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 481-488.
- Sundin, K., Norberg, A., & Jansson, L. (2001). The meaning of skilled care providers' relationships with stroke and aphasia patients. *Qualitative Health Research*, 11(3), 308-321.
- Wilkinson, R., Gower, M., Beeke, S. & Maxim, J (2007). Adapting to conversation as a language-impaired speaker: Changes in aphasic turn construction over time. *Communication and Medicine*

Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K., & Hickson, L. (2007). Developing an evidence-base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology*, *21*(1), 124-136.
doi:10.1080/02687030600798352

Omnämmanden

Tack till vår hjälpsamma vetenskapliga handledare Niklas Norén, som på distans har lagt ner mycket tid för att denna uppsats skulle bli bra. Tack till Inger Gillholm, vår kliniska handledare, som gav idén till detta arbete och ett flertal gånger haft tålamod när vi behövde hjälp samt hjälpt oss med inspelningarna. Tack Eva Muhrman, som trots att hon inte varit vår handledare har varit väldigt involverad och hjälpsam i projektet. Även tack till alla patienter, läkare och anhöriga, vars deltagande ligger till grund för denna studie.

Bilaga. Transkriptionsnyckel

(.)	Paus
<u>Underbart</u>	Emfatiskt uttal
U:nderbart	Förlängning av förgående ljud
U::nderbart	Ytterligare förlängning
Und-	Avbrutet ord
[]	Överlappande tal
[[Samtidigt inledda yttranden
=	Skilda yttranden som följer varandra utan någon paus emellan.
°Underbart°	Sägs med tystare röst.
+Underbart+	Sägs med starkare röst.
(NICKAR)	Gester eller blickar.
SKRATT	Alla skrattar.
SKRATTAR	Talaren skrattar.
underbart	Sägs med gråtmild röst.
.hjo	Inandning föregår ord.
^mhm^	Sägs med glidande uttal.
.hh hh	Hörbar inandning respektive utandning.
(underbart)	Osäker transkription.
(x)	Ohörbart ord.
(xx)	Två ohörbara ord.

(xxx)	Flera ohörbara ord.
<du är underbar>	Långsammare taltakt än vanligt.
>underbara käraste<	Snabbare taltakt än vanligt.
»	Repliken fortsätter på en senare rad (används vid samtidiga yttranden)
→	Fortsättningsintonation.
↑	Stigande talton.
?	Frågeintonation i samband med frågehandlingar.
↓	Fallande talton.

(Efter Nordenstam, 1994b, korpus gruppssam.)