



**GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN**

Institutionen för neurovetenskap och fysiologi  
Enheten för logopedi

**225**

**Samtalsmatta för ökad delaktighet och kommunikation  
mellan personer som har Huntingtons sjukdom, närstående  
och tanhygienist**

Elina Gelfgren  
Pernilla Eckerholm Wallfur

Examensarbete i logopedi  
30 högskolepoäng  
Vårterminen 2011

Handledare  
Ulrika Ferm  
Lena Hartelius



# **Samtalsmatta som stöd för ökad delaktighet och kommunikation mellan personer som har Huntingtons sjukdom, närstående och tandhygienist**

Pernilla Eckerholm Wallfur  
Elina Gelfgren

*Sammanfattning.* Studiens syfte var att undersöka om samtalsmatta kan fungera som stöd för kommunikation och delaktighet för personer som har Huntingtons sjukdom, närstående till dem samt en tandhygienist i samtal om munvård. Elva dyader bestående av en person som har Huntingtons sjukdom och en närstående till denne deltog. Studien jämförde samtal med och utan samtalsmatta, vilka filmades. Deltagarna besvarade var sin enkät om hur de upplevt samtalen. Analys med Effectiveness Framework of Functional Communication visade att två deltagare ökade sin kommunikationseffektivitet med samtalsmatta. Delaktigheten ökade för alla deltagare och var signifikant för deltagarna som har Huntingtons sjukdom. Tandhygienisten upplevde att ny och djupare information framkom i samtalen med matta och att den kan fungera som ett stöd i rådgivning och behandling. Resultaten visar att samtalsmatta kan vara ett stöd vid konsultation om munvård. Ytterligare forskning behövs för att ta reda på om samtalsmatta kan vara ett kommunikationsstöd i andra kliniska verksamheter.

Nyckelord: samtalsmatta, Huntingtons sjukdom, kommunikationseffektivitet, delaktighet, klinisk verksamhet.

*Abstract.* The purpose of the study was to examine if Talking Mats® could support communication and participation for people with Huntington's disease, carers and a dental hygienist in conversation about oral care. Eleven dyads, a person with Huntington's disease and a carer, participated. Conversations with and without mats were video recorded and compared. Each participant responded to a questionnaire about how they experienced the conversations. Analysis with Effectiveness Framework of Functional Communication showed that two participants increased their communicative effectiveness using Talking Mats®. Feelings of participation increased for all participants and were significantly higher for participants with Huntington's disease. The dental hygienist experienced that new and deeper information emerged when Talking Mats® was used and that it can serve as an aid in counseling, therapy and consultation about oral hygiene. Further research is needed to determine if Talking Mats® can support communication in other clinical activities.

Key words: Talking Mats®, Huntington's disease, effectiveness of communication, participation, clinical practice.

Huntingtons sjukdom (HS) är en ärftlig neurodegenerativ sjukdom som drabbar nervceller i hjärnan. Anlagsbärare har en förlängd repetition av trinukleotidsekvensen CAG i en gen på den korta armen av kromosom fyra (Fagius & Aquilonius, 2006). Normalt finns 6-26 repetitioner medan det hos anlagsbärare ses 36 eller fler. Ett större antal repetitioner ger tidigare sjukdomsdebut (Trottier, Biancalana & Mandel, 1994). Sjukdomen är autosomt dominant ärftlig, vilket innebär att barn till en anlagsbärare löper 50 % risk att ärva anlaget. Har man anlaget för sjukdomen bryter den ut. Sjukdomen är lika vanlig hos kvinnor som hos män (Fagius & Aquilonius, 2006). Förändringarna i hjärnan leder till motoriska, kognitiva och psykiatriska symtom. Debutsymtom samt när debuten sker är individuellt. De första symtomen visar sig vanligtvis mellan 30 och 40 års ålder (Fagius & Aquilonius, 2006; Tost, Wendt, Schmitt, Heinz & Braus, 2004), men det finns även en ovanlig, juvenil variant av sjukdomen där debuten sker före 20 års ålder. Sjukdomen förekommer hos cirka 7-12 personer per 100 000 invånare. Det finns ingen behandling som bromsar eller förhindrar sjukdomsprocessen, istället behandlas och lindras symtomen (Ahlborg, 2004; Imarisio, 2008; Kent, 2004; Roos, 2010). Allt eftersom sjukdomen fortskrider ökar behovet av hjälp i det dagliga livet (Roos, 2010). Överlevnadstiden efter diagnos är ungefär 15 år (Fagius & Aquilonius, 2006). En vanlig dödsorsak är komplikationer från andningsorganen, som lunginflammation eller kvävning orsakad av aspiration (Roos, 2010; Socialstyrelsen, 2010).

De motoriska symtomen består av ofrivilliga, slingrande rörelser som initialt märks i fingrar, tår och ansiktsmuskler. Även de viljemässiga rörelserna förändras till följd av brister i planering, sekvensering och utförande, vilket märks som ett avvikande rörelsemönster (Bates, 2002). I ansiktet syns de motoriska symtomen som ögonbrynshöjningar, blinkningar och läpptrutningar. Personen kan även få svårigheter med ögonkontakt till följd av påverkad ögonmotorik (Fagius & Aquilonius, 2006; Kirkwood, 2001; O'Shea, 1997; Roos, 2010). De ofrivilliga rörelserna sprider sig gradvis till andra muskler i kroppen. Det är vanligt att rörelserna blir långsamma (bradykinesi), svårare att initiera (akinesi) och i ett sent skede utvecklas muskelstelhet. Gången blir instabil och fallrisken ökar (Kirkwood, 2001; Roos, 2010). Dysartri och dysfagi utvecklas gradvis under sjukdomsförloppet (Roos, 2010). Vid den juvenila varianten är det vanligare med bradykinesi och rigiditet än hyperkinetiska rörelser (Phillips, Shannon & Barker, 2008). Viktnedgång hos personer som har HS kopplas till både en ökning av rörelser (Gaba, Zhang, Marder, Moskowitz, Werner & Boozer, 2005) och ett högre antal CAG-repetitioner (Aziz m.fl., 2008).

Förändringarna i hjärnan leder till att individens kognitiva förmågor försämras. Det visar sig som svårigheter att hantera nya situationer, att organisera vardagen samt minnesproblem. Även svårigheter med planering, flexibilitet, initiativ- och inlärningsförmåga samt simultankapacitet märks. Försämrade kognitiva förmågor gör att det kan ta lång tid att svara på frågor. De kognitiva nedsättningarna kan vara de första symtomen som märks utan att personen upplever en funktionell nedsättning och innan motoriska symtom blir synliga (Duff, 2010; Robins Wahlin, Larsson, Luszcz & Byrne, 2010). Allteftersom den kognitiva försämringen fortskrider utvecklas demens med minnessvårigheter, personlighetsförändring, agnosi samt apraktiska symtom. Personen blir ängslig, får svårt att tolka omvärlden och kommunicera med sin omgivning till följd av de kognitiva nedsättningarna (Eriksson, 2001; Ragneskog, 2011; Roos, 2010). Psykiatriska symtom som personlighets- och beteendeförändringar förekommer tidigt i sjukdomsförloppet och föregår ofta de motoriska symtomen (O'Shea, 1997; Roos,

2010). Det vanligaste psykiatriska symtomet är depression. Dessutom kan passivitet, apati, irritabilitet och oro förekomma (Socialstyrelsen, 2010). Symtomen påverkar personens sociala förmåga och kan leda till problem i relationer till familj och vänner. Vidare leder symtomen till problem med att klara av vardagliga aktiviteter (Ahlborg, 2004; Wheelock, 2003). De psykiatriska symtomen utgör således ett funktionshinder och är vanliga men inte alltid progredierande (Bates, 2002).

För att bedöma hur individens funktionsnivå påverkas av sjukdomen används Total Function Capacity Scale (TFC). Fem variabler; förmåga till yrkesverksamhet, förmåga att ta hand om sin ekonomi, förmåga att delta i hushållsarbete, förmåga att själv klara vardagliga aktiviteter och behov av vård bedöms. Bedömningen av dessa variabler ger en sammanlagd poäng mellan 0 och 13 som indikerar fas i sjukdomsförloppet, psykosocial funktion samt hur funktionsnedsättningen påverkar patienten och dennes familj. TFC delar in sjukdomsförloppet i fem faser. I fas 1 och 2 klarar individen vanligen att arbeta och resa och kan delta i fritidsaktiviteter. Fas 3 är en övergångsfas då individen går från att klara sig själv till ett ökat behov av hjälp och assistans i dagliga aktiviteter. Fas 4 och 5 karakteriseras av att personen behöver hjälp dygnet runt med bland annat personlig vård och dagliga aktiviteter (Bates 2002).

De motoriska, kognitiva och psykiatriska förändringarna påverkar kommunikationen för personen som har HS. De ofrivilliga rörelserna ses även i artikulatorerna och andningsmuskulaturen. Den vanligaste typen av dysartri vid HS är hyperkinetisk dysartri, vilken påverkar röstkvalitet, artikulation och prosodi (Yorkston, Miller & Strand, 2004). Hartelius, Carlstedt, Ytterberg, Lillvik och Laakso (2003) fann att även andningen var påverkad av de underliggande motoriska symtomen. Den icke-verbala kommunikationen försämras till följd av utslätad ansiktsmimik (Ahlborg, 2004). Personen får svårigheter att ta initiativ till samtal (Yorkston m.fl., 2004). Vidare upplever personer med HS att det är svårt att hitta ord, hålla tråden i ett samtal och minnas vad man hade tänkt säga. Kommunikation kräver mer koncentration och upplevs som mer uttröttande än den var tidigare. Familjemedlemmar och vårdgivare berättar att personen som har HS har fått sämre förståelse för komplext språk sedan de blev sjuka. Familjemedlemmar tar också upp personlighetsförändringen hos den drabbade personen som en orsak till att kommunikationen har försämrats. De uppger att de inte längre kan ha djupgående samtal. Det blir svårt att diskutera och individen som har HS får svårt att skifta perspektiv i samtal (Hartelius, Jonsson, Rickberg & Laakso, 2010).

Då personer med HS kan ha svårt att lära sig nya saker som en följd av de kognitiva symtomen (Socialstyrelsen, 2000) är det viktigt att införa hjälpmedel och metoder för att stödja kommunikation så tidigt som möjligt. Yorkston m.fl. (2004) tar upp fyra viktiga aspekter när det gäller kommunikation och val av kommunikationshjälpmedel för personer som har HS, nämligen (a) att det är enkelt att lära sig använda det, (b) att börja träna tidigt i sjukdomen, redan innan det "behövs", (c) att undvika kommunikationshjälpmedel som är svåra och som man behöver bli bättre på samt (d) att samtalspartnern skapar struktur och stöttar personen som har HS i samtal.

Sjukdomen påverkar inte bara personen som har HS utan hela familjen. Det är psykologiskt påfrestande för de anhöriga att se en familjemedlem drabbas. Sjukdomens ärftlighet skapar oro för att man själv eller någon annan i familjen ska drabbas och dess progredierande förlopp gör att framtiden kan kännas oviss. Familjen behöver stöd både när det gäller vården av personen som har HS samt för egen del för att hantera situationen (Skirton, 2009; Socialstyrelsen, 2000; Yorkston m.fl., 2004). Familjen och

andra närstående har en viktig roll när det gäller omvårdnad i alla faser av sjukdomen (Ahlborg, 2004; Kent, 2004; Roos, 2010). Allteftersom sjukdomen progredierar ökar behovet av stöd och det blir ofta aktuellt med ledsagare eller personlig assistent. McGarva (2001) framhåller att de symtom och svårigheter som HS medför innebär många olika vårdkontakter och ett stort omvårdnadsbehov. En viktig vårdkontakt är tandhygienisten. God munhälsa är viktigt för att kunna äta, tala, slippa smärta i munnen, undvika dålig andedräkt samt för en god livskvalitet (Ahlborg m.fl., 2011).

Svårigheter med att upprätthålla en god munhälsa kan leda till ökad risk för karies, gingivit (tandköttsinflammation) och parodontit (tandlossning) (Ahlborg, m.fl., 2011; Hansson & Ericson, 2009; Kidd, 2005; Klinge & Gustavsson 2011;). Kagel och Leopold (1992) undersökte dysfagi hos personer som har HS och fann att en stor del av deltagarna hade bolusrester kvar efter den första sväljningen. Tuggmuskulaturen, tungans, läpparnas och kindernas aktivitet samt saliv rengör munhålan från matrester. Eliminationshastigheten, den tid det tar för munhålan att bli ren från mat och dryck, sänks följaktligen av en försämrad munmotorik och ett lågt salivflöde (Hansson & Ericson, 2009). Riskfaktorer för karies är frekvent intag av sockerhaltig mat eller dryck, mediciner som innehåller socker eller orsakar muntorrhet, låg eller ingen flourtillförsel samt dålig munhygien (Hansson & Ericson, 2009; Kidd, 2005). Kidd anger även funktionsnedsättning som en risk för karies. Muntorrhet kan vara en bieffekt av antidepressiva mediciner och depression är vanligt hos personer som har HS (Socialstyrelsen, 2010). Viktnedgång är vanligt vid HS och personen kan få rådet att öka både antalet måltider och energiinnehållet i maten för att inte förlora vikt. Det i kombination med försämrad eliminationshastighet och motoriska problem medför ökad kariesrisk (Gabre, Martinsson & Gahnberg, 2002). Finmotoriska förmågor är viktiga när man ska sköta om sin mun (Jobling & Cuskelly, 2006), så som att använda tandtråd och mellanrumsborste eller att pricka rätt med tandborsten. Det är också viktigt att planera munvården, minnas att den ska göras och vad man ska göra (A. Carlsson, personlig kommunikation 2 november 2010). Användning av fluortabletter och fluortuggummi kräver oralmotorisk förmåga och förmåga att följa instruktioner (Gabre, 2009). Information och utbildning till patienter och deras vårdgivare om vikten av god munvård är betydelsefullt (Huntington's Disease Association: The importance of dental care, 2010) och som Lewis m.fl. (2008) påpekar främjar samarbete mellan personer som har HS, närstående och vårdgivare god munhälsa. Närstående spelar en viktig roll för personen som har HS men även för tandvårdspersonalen. En närstående som deltar i besöket kan minska patientens oro, vara ett stöd om personen har kommunikationssvårigheter och på så sätt underlätta arbetet för den tandvårdspersonal som möter personen som har HS (Ahlborg, 2004). Den närstående har ofta god kunskap om patienten och hur dennes munvård fungerar. Genom att ta reda på hur munvården fungerar i vardagen kan tandhygienisten anpassa behandling och råd för varje patient (A. Carlsson personlig kommunikation, 2 november, 2010).

Murphy (2006) undersökte hur kommunikationen fungerade mellan patienter med kommunikationssvårigheter till följd av afasi eller utvecklingsstörning och sjukvårdspersonal. Både patienter och vårdpersonal upplevde att missförstånd uppkom till följd av kommunikationssvårigheterna. Patienterna hade svårt att komma ihåg vad de ville säga och att följa vad läkaren sa. Det förekom att läkare använde ord som patienterna inte förstod. Personerna som hade kommunikationssvårigheter hade önskemål om att information i samband med sjukvårdsbesök skulle ges skriftligt och med bildstöd.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) är Världshälsoorganisationens klassifikationssystem för att klassificera och beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa. ICF består av fyra komponenter, kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet, omgivningsfaktorer samt personfaktorer. Aktivitet definieras som en persons genomförande av en uppgift eller handling och delaktighet som en persons engagemang i en livssituation. Kommunikation räknas både som en aktivitetsfaktor och en delaktighetsfaktor då den är viktig för att en person ska ha möjlighet att engagera sig i olika livssituationer (Hartelius, 2006). McAuliffe, Carpenter och Moran (2010) gör en uppdelning mellan förståelighet och kommunikationseffektivitet. De menar att förståelighet ingår i komponenten aktivitet och kommunikationseffektivitet i delaktighet. Hustad (1999) definierar kommunikationseffektivitet som att man på ett aktivt och effektivt sätt kan förmedla ett budskap samt att man som effektiv kommunikatör kan kontrollera och påverka omgivningen. Olika formulär har använts för att bedöma en persons kommunikationseffektivitet, bl.a. Communication Outcome after Stroke scale (COAST) (Long, Hesketh, Paszek, Booth & Bowen, 2008), Communication Effectiveness Survey (CES) (Yorkston, Beukelman, Strand & Bell, 1999) och Communicative Effectiveness Index (CETI) (Lomas m.fl., 1989)). Gemensamt för dessa är att de utgår från individens uppfattning om sin egen kommunikation. Kagan, Winckel, Black, Duchan, Simmons-Mackie & Square (2004) har utarbetat Measure of Participation in conversation (MPC) där yttre bedömare skattar hur delaktig en person är i en konversation. I Effectiveness Framework for Functional Communication (EFFC) som utformats av Murphy och Cameron (2006) skattar bedömare en persons kommunikationseffektivitet i samtal. EFFC har använts för att undersöka kommunikationseffektivitet i samtal med samtalsmatta (Ferm, Sahlin, Sundin & Hartelius, 2010; Hallberg, Mellgren, Hartelius & Ferm, 2011; Murphy & Cameron, 2006; Murphy, Oliver & Cox, 2010; Murphy, Gray, van Achterberg, Wyke & Cox, 2010).

Samtalsmatta är en metod som används för att personer som har kognitiva och kommunikativa svårigheter ska kunna uttrycka sina åsikter. Metoden ersätter inte en persons kommunikationshjälpmedel utan används enskilt eller tillsammans med detta i specifika situationer. Metoden består av en textilmatta på vilken man fäster bilder. Det finns tre uppsättningar bilder: en visuell värdeskala, samtalsämnen och frågeställningar. Det är viktigt att samtalsledaren formulerar öppna frågor, t.ex. ” Hur fungerar det att använda..? ”, ”Vad tycker du om...?”. Det ska också finnas möjlighet att formulera nya frågor på tomma lappar. Den som svarar på frågorna placerar själv ut bilden som representerar en specifik frågeställning under den bild i den visuella skalan som bäst stämmer med hans eller hennes åsikter, men kan också peka var han eller hon vill placera bilden. Finns behov att gå in djupare i en frågeställning kan den bli ämnet på en ny matta, en så kallad submatta. Efter samtalet går samtalsledaren igenom mattan för att få bekräftat att informationen stämmer (Murphy & Cameron, 2006). Ferm, Sahlin, Sundin och Hartelius (2010) jämförde samtal med samtalsmatta med ett strukturerat respektive ostrukturerat samtal gällande kommunikationseffektivitet hos personer som har HS. Kommunikationseffektiviteten var signifikant högre i det strukturerade samtalet jämfört med det ostrukturerade och allra högst i samtalet med samtalsmatta. Vidare upplevde samtalspartnern att deltagaren med HS visade ett större engagemang i samtalet och att det kändes mer naturligt att vänta ut deltagarens svar när man använde samtalsmatta. En deltagare uppskattade samtalsmatta, trots att personen först inte

uppfattades vara i behov av stöd (Ferm m.fl., 2010). Samtalsmatta som kommunikationsstöd i gruppsamtal för personer som har Huntingtons sjukdom har också undersökts. Gruppsamtalen genomfördes i en verksamhet för personer som har HS och tog upp ämnena kost och hälsa. Även i gruppsamtalen var kommunikationseffektiviteten signifikant högre för samtliga deltagare när de använde samtalsmatta jämfört med utan samtalsmatta. Det framkom även att gruppleddaren ställde signifikant fler följdfrågor när samtalsmatta användes. Detsamma gällde för tre av fyra deltagare (Hallberg m.fl. 2011). Samtalsmatta har visat sig vara ett bra stöd för personer som har HS men metodens användbarhet för målgruppen i vårdaktiviteter har ännu inte utvärderats.

För att undersöka om metoden samtalsmatta kan öka känslan av delaktighet i samtal, genomförde Murphy, Oliver och Cox (2010) en studie där personer med demens och deras anhöriga genomförde samtal med och utan samtalsmatta. Samtalen handlade om vardagliga aktiviteter som personlig vård och hushållsarbete. Efter samtalen fick deltagarna svara på frågor relaterade till känsla av delaktighet i samtalen. I delaktighetsbedömningen ingick även skattning av hur nöjda deltagarna var med respektive samtal. Författarna gjorde även en bedömning av kommunikationseffektiviteten i de olika samtalen. Resultaten visade att både personerna som har demens och deras anhöriga kände sig signifikant mer delaktiga i samtalet med samtalsmatta, jämfört med deras vanliga kommunikationssätt och att ökningen var signifikant högre för de närstående än för deltagarna som hade demens. Kommunikationseffektiviteten var signifikant högre i samtalet med samtalsmatta än i samtalet utan (Murphy m.fl., 2010).

Personer som har HS kommer till tandhygienist på Mun-H-Center via remiss från läkare, kurator eller egenremiss. De besöker tandhygienisten regelbundet, mellan en gång i månaden till var tredje månad, för att skapa eller bibehålla en god munhälsa. Besöket hos tandhygienisten har en tydlig struktur och aktiviteten innehåller också olika artefakter som kan påverka kommunikationen, till exempel möbler, tandhygienistinstrument eller kommunikationshjälpmedel (Allwood, 2000). Vid ett besök på kliniken sker en stor del av samtalet när patienten får sin behandling och ligger i stolen. Tandhygienisten ger instruktioner om munvård till personen som har HS, ofta med bildstöd. Cheepen (1998) beskriver hur mål i kommunikation kan vara transaktionella eller interaktionella. Transaktionella mål är starkt kopplade till yttrandets information och formas av fasta roller hos deltagarna, av förutbestämda ämnen och strukturer vilka varierar med aktiviteten. Interaktionella mål är lyssnarorienterade och bidrar till att skapa sociala relationer mellan de som kommunicerar. Kommunikation kan ha en mer eller mindre framträdande roll hos tandhygienisten och såväl transaktionella som interaktionella mål blir ofta betydelsefulla. Tandhygienisten inleder gärna behandlingen med ett mer socialt inriktat "uppvärmningssamtal". När förmågan att sköta den egna munvården försämras ges instruktioner till den närstående (anhörig eller assistent). Kommunikationssvårigheterna medför att stöd i kommunikationen kan vara värdefulla vid besök hos tandhygienist (Lewis m.fl., 2008).

Studiens syfte är att undersöka om samtalsmatta kan vara ett användbart stöd för personer som har HS, närstående till dem och tandhygienist i samtal om munvård. För att göra detta jämförs två olika samtalsformer, samtal med samtalsmatta och samtal utan samtalsmatta. Frågeställningarna som ligger till grund för studien är: 1) Är det någon skillnad i effektivitet mellan de två samtalsformerna för personer som har HS? 2) Är det någon skillnad i upplevd delaktighet för personer som har HS mellan de två



samtalsformerna? 3) Är det någon skillnad i upplevd delaktighet för närstående mellan de två samtalsformerna? 4) Upplever tandhygienisten att metoden samtalsmatta är ett stöd vid rådgivning och behandling av personer som har HS?

## Metod

Studien är en beskrivande klinisk interventionsstudie som jämför två samtalsformer med kvalitativ och kvantitativ metodik.

### *Deltagare*

Deltagarna var elva dyader bestående av en person som har Huntingtons sjukdom och en närstående till denna, totalt 23 personer (se tabell 1). I en dyad deltog två närstående. En tandhygienist (samma person) deltog som samtalsledare i samtliga samtal. Den närstående var en anhörig eller en assistent som följde med vid besöket hos tandhygienisten, i ett fall en kurator. Samtliga deltagare som har HS, utom en, hade regelbunden kontakt med tandhygienisten på Mun-H-Center i Göteborg. Deltagaren som inte hade regelbunden kontakt med tandhygienisten hade träffat henne vid några tillfällen för att få hjälp med sin munvård. Tandhygienisten kände till metoden men hade inte arbetat med samtalsmatta på egen hand tidigare. Inför studien fick hon en introduktion i metoden av en auktoriserad utbildare. Hon genomförde också ett pilotsamtal.

Urvalet av deltagare gjordes av tandhygienisten. Personer i ett sent skede av sjukdomen tillfrågades inte då de bedömdes ha svårt att svara på frågorna och orka med samtalen. Tandhygienisten informerade först de presumtiva deltagarna som har HS om studiens syfte samt tillvägagångssätt och frågade därefter om intresse av att delta. Om personen var intresserad tillfrågades denne om det fanns en närstående som kunde följa med vid besöket. Fanns det en närstående som kunde följa med, kontaktades den av tandhygienisten som informerade om studiens syfte och tillvägagångssätt och frågade om intresse att delta. Personerna med HS och närstående kontaktades därefter av författarna som informerade om studien per telefon samt skickade information och blanketter för samtycke via post. Vid besöket hos tandhygienisten gavs muntlig information om studien, deltagarna lämnade över sitt skriftliga samtycke och därefter genomfördes datainsamlingen.

Arton personer som har HS tillfrågades och elva tackade ja till att delta i studien. Samtliga deltagare som har HS hade en eller två närstående som deltog. Tretton kvinnor och tio män i ålderna 19-77 år deltog i studien, med en medelålder på 48 år. Av deltagarna som har HS var fyra kvinnor och sju män, mellan 24 och 75 år med en genomsnittlig ålder på 52 år. Av de närstående var nio kvinnor och tre män, i ålderna 19-77 år och med en medelålder på 44 år (se tabell 1). Alla deltagare kommunicerade med tal vid besöket hos tandhygienisten. Det varierade mellan deltagarna hur mycket de talade och hur förståeligt deras tal var. Ingen deltagare använde något kommunikationshjälpmedel vid tandhygienistbesöket.

Tabell 1

*Data om deltagarna.*

Dyad	Deltagare	Kön	Ålder	Debut HS	Fas	Utbildningsnivå	Använt samtalsmatta tidigare	Tid som de känt varandra
DK1	K1	kvinn	53			grundskola	ja	
	K1(A)ass	kvinn	55	40	4	gymnasium	nej	10 månader
	K1(B)ass	man	28			gymnasium	nej	1 år
DK2	K2	kvinn	75			universitet	ja	
	K2make	man	77	57	5	universitet	nej	>50 år
DK3	K3	kvinn	64			universitet	ja	
	K3ass	kvinn	59	58	3-4	universitet	nej	3,5 år
DK4	K4	kvinn	58			universitet	nej	
	K4ass	kvinn	19	50	4-5	gymnasium	nej	5 månader
DM1	M1	man	24			gymnasium	ja	
	M1ass	man	45	20	4	gymnasium	nej	6 månader
DM2	M2	man	28			gymnasium	ja	
	M2ass	kvinn	57	22	3	grundskola	nej	3,5 år
DM3	M3	man	57			universitet	nej	
	M3ass	kvinn	22	47	4	gymnasium	nej	3 år
DM4	M4	man	46			universitet	ja	
	M4ass	kvinn	50	30	3	gymnasium	nej	2,5 år
DM5	M5	man	52			grundskola	nej	
	M5led	kvinn	46	50	3	universitet	nej	1,5 år
DM6	M6	man	57			grundskola	nej	
	M6kurator	kvinn	43	52	uppgift saknas	universitet	nej	sporadiskt ett par år
DM7	M7	man	57			grundskola	nej	
	M7dotter	kvinn	29	54-55	2	gymnasium	nej	29 år

Notering: D = dyad, Debut HS = ålder vid debutsymtom, Fas = TFC-fas för deltagaren som har HS enligt tandhygienisten, Utbildningsnivå = högsta avslutade utbildning, ass = assistent, led = ledsagare.

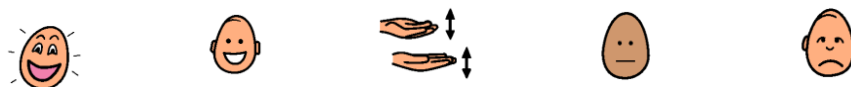
*Etiska hänsynstaganden*

Studien förväntas ge kunskap om samtalsmatta kan vara ett användbart stöd för personer som har HS, närstående och tandhygienist i samtal om munvård. Den grundas på aktuell litteratur samt utfördes och handledes av personer med utbildning, kompetens och erfarenhet som passade studien. Deltagarna rekryterades utan tvång och påverkan. Informationen om studiens syfte och tillvägagångssätt gavs muntligt vid tre tillfällen samt skriftligt med lättläst text och bildstöd. De fick information om att de skulle vara anonyma i studien och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst

utan att det skulle få konsekvenser för dem. Deltagarna som har HS hade möjlighet att diskutera deltagandet i studien med sin närstående, med tandhygienisten samt med författarna. Samtliga deltagare skrev under ett samtycke där de gav sitt medgivande till att delta i studien. Forskningsmaterialet är endast tillgängligt för personer som är behöriga. Deltagaren som har HS fick ett fotografi av sin samtalsmatta hemskickat till sig samt en sammanfattning av studiens resultat. Även den närstående fick en sammanfattning av studiens resultat hemskickade till sig. I samband med detta fick de också information om var de kunde läsa hela uppsatsen.

### Material

I studien användes en textilmatta, 37x58 cm, och bilder som representerade visuell värdeskala, samtalsämne och frågeställningar. På baksidan av bilderna fanns kardborre för att de skulle kunna fästas på mattan. Den visuella värdeskalen hade fem steg (figur 1). Samtalsämnet var munvård och frågeställningarna berörde enbart detta ämne. Bilderna togs från programmet Boardmaker (Mayer-Johnsson<sup>TM</sup>, 1981-2010) och från tandhygienistens bild databas på Mun-H-Center. De sistnämnda var fotografier. Storleken på bilderna för den visuella värdeskalen var 6x6 cm och bilderna hade gul ram. Storleken för bilderna för samtalsämne och frågeställningar var 5x5 cm och textstorleken 16 pt i typsnittet Arial. Bilden för samtalsämnet hade röd ram och bilderna för frågeställningarna hade blå ram.



Figur 1. Den visuella värdeskalans fem steg.

Tandhygienisten och författarna tog tillsammans fram ett stort antal möjliga och relevanta frågeställningar. Utifrån dessa valde författarna tjugo frågor som skulle ingå i studien. Urvalet gjordes med hänsyn till att frågorna skulle vara relevanta för flertalet deltagare och att det till varje område, t.ex. tandborstning eller att göra rent mellan tänderna, skulle vara möjligt att formulera två innehållsmässigt likvärdiga frågor. Frågorna delades upp i två olika uppsättningar med tio i varje (se tabell 2). Samtliga frågor i båda frågeuppsättningarna ställdes till alla deltagare som har HS. Ordningen på frågeuppsättningarna och i vilken samtalsform de ställdes varierade (se tabell 5). Syftet med att variera frågeuppsättning och samtalsform var att skapa två innehållsmässigt lika samtal och på så sätt undersöka hur samtalsmatta påverkade samtalet.

För att undersöka känslan av delaktighet och nöjdhet hos personen som har HS och den närstående i de båda samtalen fick de besvara två enkäter var efter att de båda samtalen genomförts. En enkät handlade om samtalet med samtalsmatta och en om samtalet utan samtalsmatta. Fråga 1-5 samt fråga 7 i tabell 3 är fria översättningar från Murphy, Oliver och Cox (2010) medan fråga 6 och 8 formulerats av författarna.

Tabell 2

*De två olika frågeuppsättningarna som användes av tandhygienisten.*

Fråga	Frågeuppsättning 1	Frågeuppsättning 2
1	Hur fungerar tandborstningen?	Hur tycker du att det skulle vara att få hjälp med tandborstningen?
2	Hur går det att komma åt på insidan av tänderna?	Hur går det att pricka rätt när du borstar tänderna?
3	Hur fungerar det att använda vanlig tandborste?	Hur fungerar det att använda dubbeltandborste?
4	Hur tycker du att det skulle vara att få hjälp med att göra rent mellan tänderna?	Hur fungerar det att göra rent mellan tänderna?
5	Hur går det med mellanrumsborste?	Hur går det med tandtråd?
6	Hur fungerar självrengöringen?	Hur går det att skölja munnen efter måltid?
7	Hur går det att använda tandkräm med extra fluor?	Hur går det att använda fluorskölj?
8	Hur går det att använda fluortuggummi?	Hur går det att använda fluortabletter?
9	Hur fungerar det att använda gel mot muntorrhet?	Hur fungerar det att använda spray mot muntorrhet?
10	Hur fungerar det att sitta i stolen?	Hur fungerar det att ligga i stolen?

Fråga 1-6 besvarades med en fyrgradig skattningsskala (se figur 2) vilken är samma som Murphy m.fl. (2010) använde. Den svenska översättningen gjordes av författarna. Fråga 7 besvarades med en sjugradig skattningsskala (se figur 3) i likhet med Murphy m.fl. 2010 i syfte att skapa en mer övergripande nöjdhetspoäng. Symbolerna togs från programmet Boardmaker (Mayer-Johnsson<sup>TM</sup>, 1981-2007).

Tabell 3

*Enkätfrågor om hur deltagaren som har HS och den närstående upplevde samtalet utan/med samtalsmatta.*

Fråga	Utan matta	Med matta
1	Tycker du att de frågor som ställdes i samtalet utan matta var viktiga för dig?	Tycker du att de frågor som ställdes i samtalet med matta var viktiga för dig?
2	Lyssnade de andra på dig i samtalet utan matta?	Lyssnade de andra på dig i samtalet med matta?
3	Kunde du uttrycka dina åsikter i samtalet utan matta?	Kunde du uttrycka dina åsikter i samtalet med matta?
4	Räckte tiden för att uttrycka dina åsikter i samtalet utan matta?	Räckte tiden för att uttrycka dina åsikter i samtalet med matta?
5	Kände du dig delaktig i samtalet utan matta?	Kände du dig delaktig i samtalet med matta?
6	Gick det bra att göra detta utan matta tillsammans med NN?	Gick det bra att använda samtalsmatta tillsammans med NN?
7	Hur bra gick samtalet utan matta? Ringa in den bild som passar bäst med din åsikt!	Hur bra gick det att använda samtalsmatta? Ringa in den bild som passar bäst med din åsikt!
8		Vad tycker du om att använda samtalsmatta? Skriv med egna ord.



alla/alltid



de flesta/oftast

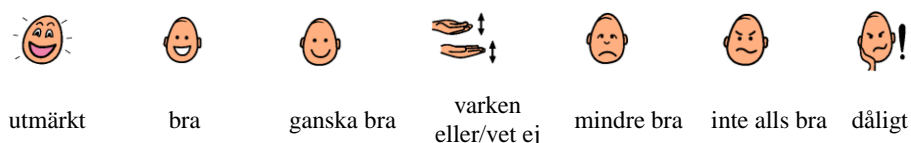


en del/ibland



ingen/aldrig

Figur 2. Den fyrgradiga skattningsskalan som användes av deltagarna för att besvara enkätfråga 1-6.



Figur 3. Den sjugradiga skattningsskalan som användes av deltagarna för att besvara enkätfråga 7.

Även tandhygienisten besvarade två enkäter. Den ena innehöll sju frågor om samtalet med matta och den andra sju frågor om samtalet utan matta (tabell 4). Enkäterna besvarades efter att de båda samtalen genomförts. Fråga 1-6 besvarades med en fyrgradig skattningsskala (figur 2) och fråga 7 med en sjugradig skattningsskala (figur 3).

Tabell 4

*Enkätfrågor om hur tandhygienisten upplevde samtal med respektive utan samtalsmatta.*

1	I hur stor utsträckning upplevde du att personen förstod frågorna?
2	I hur stor utsträckning upplevde du att du fick genomtänkta svar på frågorna?
3	I hur stor utsträckning kände du dig lyssnad på i samtalet?
4	Hur naturligt kändes samtalet?
5	Hur gick det att hålla sig till ämnet?
6	Hur delaktig kände du dig i samtalet?
7	Hur bra gick samtalet med/utan samtalsmatta? Ringa in den bild som passar bäst med din åsikt!

Efter besöket ställde författarna sex frågor i intervjuform till tandhygienisten för att få ytterligare åsikter om de två samtalsformerna. Dessa efterfrågade vad hon tyckte var positivt respektive negativt med de två olika samtalsformerna, vilket samtal som fungerade bäst samt vad hon tycker om att använda samtalsmatta.

Samtalen spelades in med en filmkamera (Canon HD Legria HF S11) och efter avslutat samtal fotograferades samtalsmattorna med en digitalkamera (Panasonic Lumix DMC-TZ8).

För bedömning av kommunikationseffektivitet i de olika samtalsformerna användes bedömningsprotokollet Effectiveness Framework of Functional Communication (EFFC) som tagits fram av Murphy & Cameron. (2006).

*Tillvägagångssätt*

Datainsamlingen genomfördes på Mun-H-Centers mottagningar på Ågrenska och Odontologen, Sahlgrenska universitetssjukhuset under perioden november 2010 – februari 2011. Två deltagare kunde inte komma till Mun-H-Center. Datainsamlingen för den ena gjordes i hemmet och för den andra på ett aktivitetscenter. Vid varje datainsamlingstillfälle genomfördes två samtal, ett med samtalsmatta och ett utan samtalsmatta, sammanlagt genomfördes 22 samtal. Författarna gav instruktioner till tandhygienisten om ordningen på frågeuppsättningarna och samtalsformerna samt att följdfrågor fick förekomma. Besöket hos tandhygienisten inleddes med återupprepad information om studiens syfte och tillvägagångssätt och författarna demonstrerade kort

hur ett samtal med samtalsmatta kan gå till. Därefter lämnade författarna rummet och tandhygienisten genomförde de två samtalen som båda behandlade ämnet munvård. Varje samtal hade tio fasta frågor som ställdes i samma ordning vid varje tillfälle, se tabell 2. Samtalen spelades in för att filmerna senare skulle analyseras. Ordningen på samtalsformerna och frågeuppsättningarna varierades enligt tabell 5 för att minska risken för att ordningen eller frågorna skulle påverka resultatet.

Efter de båda samtalen genomförts fick deltagarna svara på enkäterna. En av författarna ställde enkätfrågorna till deltagarna som har HS, vilka svarade genom att peka på skattningsskalorna, se figur 2 och 3. På fråga 8 uppmanades deltagaren som har HS att berätta vad han eller hon tycker om att använda samtalsmatta så att författaren kunde skriva ner åsikterna. Den närliggande fyllde i enkäten själv, en av författarna fanns tillgänglig om oklarheter skulle uppstå. Tandhygienisten fyllde i enkäterna själv. Enkäterna besvarades i den ordningen samtalen genomförts, dvs. om det första samtalet genomfördes med matta besvarades enkäten om samtalet med matta först. Därefter fick personen som har HS sin behandling. Efter att besöket avslutats ställde författarna de sex intervjufrågorna till tandhygienisten och skrev ner svaren.

Tabell 5

Ordning på samtalsformer och frågeuppsättningar för de elva dyaderna.

Dyad	Samtalsform	Frågeuppsättning
DM1, DK2, DM6	med matta	1
	utan matta	2
DM2, DM4, DM7	utan matta	2
	med matta	1
DM3, DK3, DK4	med matta	2
	utan matta	1
DK1, DM5	utan matta	1
	med matta	2

Notering: D = dyad.

*Analys*

För att bedöma kommunikationseffektivitet hos deltagarna som har HS i de två olika samtalsformerna användes bedömningsprotokollet EFFC. Fyra parametrar användes för att bedöma kommunikationseffektiviteten, på varje parameter gavs poäng mellan 0 och 4. Då deltagaren bedömdes ha en god förmåga gavs en högre poäng. Den maximala poängen är 16 och gränsen för acceptabel kommunikationseffektivitet är 12 poäng (Murphy, Gray & Cox, 2007). Utöver de bedömningskriterier som Murphy, Oliver och Cox (2010) samt Murphy, Gray, van Achterberg, Wyke och Cox (2010) har formulerat användes även kriterier från Ferm, Sahlin, Sundin och Hartelius (2010). Förutom dessa diskuterade författarna fram ytterligare två kriterier.

*Deltagarens förståelse för frågorna.* Baserades på deltagarens verbala och icke-verbala svar (Murphy, Oliver m.fl., 2010; Murphy, Gray m.fl., 2010). Hög poäng krävde att deltagaren på ett tydligt sätt signalerade att denne förstått frågan. Uteblivet, opassande eller icke-adekvat svar gav låg poäng, likaså upprepade missuppfattningar (Ferm m.fl., 2010). Författarna beslutade sig för att ge en lägre poäng om det var svårt att göra en korrekt bedömning.

*Deltagarens engagemang i samtalet.* Avser den sociala närhet som uppstår i interaktion och som upprätthålls genom olika typer av bekräftelser och delad

uppmärksamhet (Murphy, Oliver m.fl., 2010; Murphy, Gray m.fl., 2010). Kroppsspråk, mimik och annan bekräftelse deltagaren gav med ord och gester observerades. För höga poäng krävdes aktivt visat intresse genom ögonkontakt, tydlig feedback, kroppsspråk, humor eller att deltagaren utvecklade ett ämne (Ferm m.fl., 2010). Författarna bestämde att för att få poäng krävdes mer än ett fåordigt svar.

*Deltagarens förmåga att hålla sig till frågan.* Baseras på deltagarens förmåga att hålla en röd tråd genom svaren samt om deltagarens verbala och icke-verbala svar var relevanta (Murphy, Oliver m.fl., 2010; Murphy, Gray m.fl., 2010). Lägre poäng gavs om deltagaren bytte eller gled iväg från samtalsämnet. Om det var svårt att göra en korrekt bedömning av deltagarens förmåga att hålla sig till frågan gavs lägre poäng (Ferm m.fl., 2010).

*Samtalsledarens förståelse för deltagarens åsikter.* Bedömdes utifrån samtalsledarens verbala och ickeverbala reaktion på deltagarens svar (Ferm m.fl., 2010).

Författarna tränade på att använda bedömningsprotokollet EFFC genom att bedöma inspelningar av samtal mellan logopedstudenter och personer som har HS. Därefter analyserades föreliggande studies filmmaterial enligt följande procedur: oberoende poängsättning, konsultation och justering för att nå konsensus. Filmerna bedömdes i slumpmässig ordning för att inte samma deltagares båda samtal skulle bedömas efter varandra. Detta skulle kunna leda till att författarna jämförde deltagarens insats med föregående samtal och inte utifrån bedömningsprotokollet. Författarna tittade på filmerna gemensamt och gjorde därefter en individuell poängsättning. Konsultationen innebar att författarna diskuterade och motiverade sin poängsättning. Justeringen innebar att författarna diskuterade sig fram till en konsensuspoäng för varje parameter. Som externa bedömare anlidades två logopedstudentkollegor vilka tränade på att använda EFFC under 2,5 timmar för att bedöma 30 % av filmmaterialet. Proceduren var densamma som hos författarna med oberoende poängsättning, konsultation och justering för att nå konsensus. En vecka efter den första bedömningen gjorde författarna en andra bedömning av 30 % av filmmaterialet för att mäta intrabedömarreliabilitet.

Deltagarnas enkätsvar om känsla av delaktighet kvantifierades enligt följande ”inga/aldrig”=1 p, ”en del/ibland”= 2 p, ”de flesta/ofast”=3 p och ”alla/alltid”= 4 p (se figur 2). Poängen på de sex frågorna lades ihop till en total delaktighetspoäng för respektive samtal och deltagare. En högre poäng visade således på en högre känsla av delaktighet.

För att visa skillnader mellan deltagarna med avseende på upplevd delaktighet räknades medelvärden på deras sammanlagda poäng ut. Även ett medelvärde på kommunikationseffektiviteten i respektive samtalsform räknades ut för att åskådliggöra skillnader. Författarna gick gemensamt igenom de nedskrivna kommentarerna i enkäterna och kategoriserade dem efter innehåll. Utifrån kategorierna fann författarna övergripande teman. För att jämföra hur lång tid de två samtalsformerna tog räknades ett medelvärde ut för respektive samtalsform. Antal frågor som behandlades under respektive samtal räknades för att se om det var någon skillnad mellan de båda samtalsformerna. Antal följdfrågor i varje samtalsform räknades.

#### *Statistisk analys*

Samtliga uträkningar gjordes med hjälp av SPSS (version 19). Interbedömarreliabiliteten mellan författarna och de externa bedömarna uppmättes till 0,64 med intra-class correlation, consistency, 2 way random, average measure, (ICC).

Interbedömarreliabiliteten mellan författarna beräknades vara 0,85. I samtalen utan matta uppmättes en högre interbedömarreliabilitet mellan författarna (0,91) än i samtalen med samtalsmattmatta (0,78). Intrabedömarreliabiliteten på författarnas konsensuspoäng beräknades vara 0,96 med ICC. Skillnaden i delaktighetspoäng, kommunikationseffektivitet och samtalslängd mellan de två samtalsformerna analyserades med Wilcoxon Signed Ranks Test. Signifikansnivån sattes till  $p < ,05$ . Medelvärden för delaktighet, samtalslängd, antal frågor och följdfrågor samt kommunikationseffektivitet räknades ut och redovisas i resultatdelen.

## Resultat

Under samtalen hade samtalsledaren tjugo nedskrivna frågor om ämnet munvård, tio ställdes med samtalsmatta som stöd och tio utan samtalsmatta. I samtalet utan samtalsmatta gavs ingen möjlighet att i förväg påverka vilka frågor som skulle avhandlas, medan det i samtalet med samtalsmatta fanns möjlighet för deltagarna att lägga till eller ta bort frågor. Deltagarna tog bort frågor både innan samtalet startade och under samtalets gång. Oftast var det den närstående som tog bort frågor. Nya frågor lades till, oftast av tandhygienisten eller närstående. Detta skedde både genom att tandhygienisten ritade en ny bild eller att en befintlig bild fick representera en annan liknande fråga, t.ex. ” Hur går det att använda fluortabletter?” ändrades till ”Hur går det att använda fluortuggummi?”. När samtalsmatta användes presenterades frågorna, i form av bilder, bredvid varandra fastsatta på ett pappersark eller liggandes på bordet. I ett samtal gick tandhygienisten igenom frågorna en och en, i de resterande fick deltagarna titta på frågorna och därefter välja bort eller lägga till frågor. Efter samtalet med matta gick tandhygienisten igenom svaren med deltagarna och de hade möjlighet att ändra sina svar. Det skedde vid några tillfällen och då efter uppmuntran av den närstående eller tandhygienisten. De närstående stöttade mer i samtalet med matta genom att påminna om vilka produkter personen som har HS använder och hur rutinerna ser ut samt genom att förtydliga de svar personen med HS gav. De stöttade också genom att hjälpa till med placering av bilder på mattan. I de strukturerade samtalen ställde tandhygienisten frågorna så som de formulerats i frågeuppsättningen och utan att anteckna svaren. Tandhygienisten följde de instruktioner som författarna gett gällande ordningen på samtalen och tillhörande frågeuppsättning. Samtalen med samtalsmatta var signifikant längre än de strukturerade samtalen ( $p = ,003$ ), se tabell 6, och innehöll signifikant fler följdfrågor ( $p = ,005$ ), se tabell 7.

Tabell 6

*Tid för respektive samtalsform i minuter.*

	UM	SM
Medelvärde (SD)	3,7(0,89)	12,8(4,01)
Max	5,78	19,38
Min	2,47	7,68

Notering: UM = utan matta, SM = samtalsmatta



Tabell 7

*Antal frågor och följdfrågor som tandhygienisten ställde under respektive samtalsform.*

	UM		SM	
	Frågor	Följdfrågor	Frågor	Följdfrågor
Medelvärde (SD)	9,82 (0,41)	3,55 (2,12)	10,09(0,83)	9,64 (4,23)
Max	10	7	11	15
Min	9	1	9	3

Notering: UM = utan matta, SM = samtalsmatta

### *Kommunikationseffektivitet*

Det fanns ingen signifikant skillnad i kommunikationseffektivitet mellan de båda samtalen för gruppen som har HS ( $p = ,119$ ), se tabell 8.

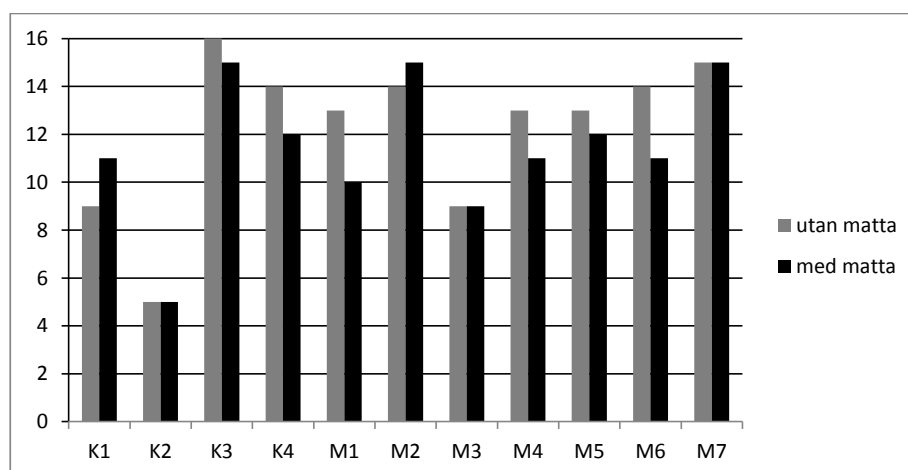
Tabell 8

*Medelvärde, standardavvikelse, max och min på kommunikationseffektivitet för deltagare med HS.*

	UM	SM
Medelvärde(SD)	12,27(3,26)	11,45(2,98)
Max	16	15
Min	5	5

Notering: UM = utan matta, SM = samtalsmatta.

Två deltagare (K1, M2) bedömdes kommunicera mer effektivt när de använde samtalsmatta som stöd, medan sex deltagare (K3, K4, M1, M4, M5, M6) bedömdes vara med effektiva i det strukturerade samtalet utan matta. För tre deltagare (K2, M3, M7) fanns ingen skillnad i kommunikationseffektivitet mellan de båda samtalsformerna (se figur 4).



Figur 4. Deltagarnas kommunikationseffektivitet i de två samtalsformerna. Gränsen för acceptabel kommunikationseffektivitet är tolv poäng.

I tabell 9 syns poängen på de olika parametrarna i EFFC för deltagarna som har HS samt den totala effektivitetspoängen. Av de sex deltagarna som uppnådde en högre effektivitet i det strukturerade samtalet utan matta inledde tre (K4, M4, M5) med det strukturerade samtalet och tre (K3, M1, M6) inledde med samtalet med samtalsmatta. Fyra av dessa (K4, M1, M5, M6) bedömdes högre i förmågan att hålla sig till frågan i det strukturerade och tre (K4, M4, M6) bedömdes högre gällande förståelse av frågorna. Engagemanget bedömdes högre för tre deltagare (K3, M1, M6) i det strukturerade samtalet än i samtalet med samtalsmatta. För två deltagare (M1, M4) bedömdes samtalsledarens förståelse för deras åsikter högre i det strukturerade samtalet. De tre deltagare (K2, M3, M7) som bedömdes vara lika effektiva i båda samtalsformerna fick samma poäng på de olika parametrarna i de båda samtalen.

Tabell 9

*Poäng på varje parameter (0-4) samt effektivitetspoäng för deltagarna i respektive samtalsform.*

Deltagare	Form	Förståelse	Engagemang	Hålla sig till ämnet	Samtalsledarens förståelse	Effektivitetspoäng
K1	UM	2	2	2	3	9
	SM	3	2	2	4	11
K2	SM	1	1	1	2	5
	UM	1	1	1	2	5
K3	SM	4	3	4	4	15
	UM	4	4	4	4	16
K4	SM	3	2	3	4	12
	UM	4	2	4	4	14
M1	SM	3	1	3	3	10
	UM	3	2	4	4	13
M2	UM	4	2	4	4	14
	SM	4	3	4	4	15
M3	SM	2	2	2	3	9
	UM	2	2	2	3	9
M4	UM	3	3	3	4	13
	SM	2	3	3	3	11
M5	UM	3	2	4	4	13
	SM	3	2	3	4	12
M6	SM	2	2	3	4	11
	UM	3	3	4	4	14
M7	UM	4	3	4	4	15
	SM	4	3	4	4	15

Notering: UM = utan matta, SM = samtalsmatta.

### Delaktighet och nöjdhet

Medelvärde för delaktighet hos deltagarna var högre för samtalet med samtalsmatta. En signifikant skillnad uppmättes för gruppen som har HS ( $p = ,048$ ), men inte för de närstående eller tandhygienisten, se tabell 10.

Tabell 10

*Delaktighetspoäng (max 24): Medelvärde, standardavvikelse, max och min för upplevd delaktighet i de två samtalsformerna.*

Samtalsform	HS		NS		Tandhygienist	
	UM	SM	UM	SM	UM	SM
Medelvärde(SD)	21(2,37)	22,45(1,51)	21,25(3,05)	21,50(2,58)	20,27(2,61)	20,82(2,14)
Max	24	24	24	24	23	24
Min	18	20	15	15	16	16

Notering: HS = Deltagare som har HS, NS = Närstående, UM = utan matta, SM = samtalsmatta.

Deltagarnas upplevelse av hur de tyckte respektive samtal fungerade visas i tabell 11. Alla deltagarna med HS tyckte att både samtalsformerna gick ”utmärkt”, ”bra” eller ”ganska bra”. Tandhygienisten tyckte inte att något samtal utan matta gick ”utmärkt” men däremot att sju av elva samtal med matta gick ”utmärkt”.

Tabell 11

*Deltagarnas åsikter om hur bra de tyckte att respektive samtal gick.*

Skattning	HS		NS		Tandhygienist	
	UM	SM	UM	SM	UM	SM
Utmärkt	K1, K2,M4	K1, K2, M4, M5	K4ass, M2ass, M5led	K4ass, M1ass, M4ass		DM6, DM7, DM5, DM4, DK1, DM3, DM1
Bra	M2, M5, M6, M7	K4, M1, M2, M3, M7	K3ass, M3ass, M7dotter	K1ass, K1bass, M2ass, M3ass, M5led, M6kurator, M7dotter	DM6, DM7, DK4, DM5, DK3, DK1, DM2, DM1	DK4, DK3, DM2
Ganska bra	K3, K4, M1, M3	K3, M6	K1Bass, M1ass, M4ass	K3ass	DM4, DM3	DK2
Varken eller/vet ej			K1Aass, K2make, M6kurator	K2make		
Mindre bra					DK2	
Inte alls bra						
Dåligt						

Notering: HS = Deltagare som har HS, NS = Närstående, UM = utan matta, SM = samtalsmatta.

### Deltagarnas upplevelser av att använda samtalsmatta

De flesta av deltagarna som har HS uttryckte i enkätsvaren att de uppskattade att använda samtalsmatta, likaså var de närstående positivt inställda till samtalsmatta. De fyra teman som författarna fann var förståelse, tanke och minne, uttrycksförmåga och använda samtalsmatta. De redovisas tillsammans med de av författarna nedskrivna kommentarer som deltagaren som har HS och tandhygienisten lämnat muntligt samt den närståendes nedskrivna kommentarer i tabell 12. I citaten används deltagarkod istället för namn.

Tabell 12

#### Deltagare som har HS och närståendes upplevelser av att använda samtalsmatta.

Tema	HS kommentar	NS kommentar
Förståelse	"folk som inte fattar ibland förstår inte folk, då skulle det vara bra" (M3) "lättare om man hamnar i konfliktsituationer som jag undviker då skulle det vara bra" (M3)	"Och det är ju så att man inte alltid förstår vad han säger, då får han i så fall visa och peka" (M4ass) "Tycker det är bra med bilderna, hjälper till med förståelse och att uttrycka sig" (K1Aass) "K1 förstod mer med bilderna" (K1Bass)
Tanke och minne	"lättare att tänka och förstå när det är bilder" (M7) "fick mig att tänka till mer om de olika grejerna med munvård det kan vara bra" (M5)	"M4 har rätt dåligt minne, då kan man ta fram mattan och visa vad vi kom fram till" (M4ass) "Kan vara bra för att komma ihåg vad man pratat om även om den verbala kommunikationen fungerar" (K3ass) "K2 har svårt att fatta beslut och att avge omdömen" (K2make)
Uttrycksförmåga	"man kan uttrycka känslor bara genom att peka på en gubbe" (M4) "lite lättare komma på orden med matta" (M2) "lite lättare att snacka om det med matta" (M2)	"Den förtydligar då orden blir grumliga" (M1ass) "M6 pratade mer med hjälp av samtalsmattan" (M6kur)
Använda samtalsmatta	"skitbra enkelt med bilder" (M3) "trodde inte det skulle vara så enkelt" (M3) "det blev lite segt med matta och samtalet flöt på bättre utan matta" (K4)	"Det var lättare än jag trodde, det var nog inga svårigheter för K4 heller" (K4 ass) "Att tänka på att använda den i rätt period i sjukdomen. Att man inte ska bli kränkt" (M5led) "Ett bra "verktyg" att använda i framtiden om det skulle behövas" (M7dotter) "Mattan var väldigt bra så med regelbunden användning blir den säkert toppen" (M3ass) "Kanske tydligare instruktion inför intervjun om samtalsmattans funktion om bilderna som graderade och om fråge-samtalsord" (M6kur) "Kändes lite dubbelt ibland- flera saker på en bild som är motsatser" (K3ass) "Svårt att säga, visste inte om jag kunde utvidga, jag var rädd att ta över för mycket, hade velat lägga till något, frågat mer, visste inte riktigt hur mycket jag fick fråga" (M2ass) "Visste inte hur mycket jag skulle lägga mig i samtalet" (K3ass)

Notering: HS kommentar = kommentar från deltagare som har HS, NS kommentar = kommentar från närstående.

I tandhygienistens svar på intervjufrågorna framkommer att hon upplever att metoden samtalsmatta kan fungera som ett stöd vid rådgivning och behandling av personer som har HS. Tandhygienisten upplevde att samtliga samtal med matta var bättre än samtalen utan matta. Författarna fann sex övergripande teman i tandhygienistens svar på intervjufrågorna: metoden samtalsmatta, information och behandlingsåtgärd, individanpassning, minne, förståelse samt naturlighet.

*Metoden samtalsmatta.* Metoden samtalsmatta med bilder, en textilmatta och genomgången av svaren för att bekräfta att informationen stämmer uppskattades av tandhygienisten.

Tandhygienisten upplevde att samtalsmattan gjorde samtalet tydligt och konkret. En stor fördel gentemot det strukturerade samtalet utan matta var att man i matsamtalet kan gå igenom svaren efteråt: *"möjligheten att gå tillbaka, lägga till, kommentera grejer i samtalet"*. Vidare uppgav tandhygienisten att samtalsmatta gav en överblick av samtalet. Bilderna var ett minnesstöd för både tandhygienisten och patienten och de gjorde samtalet tydligt: *"lättare att prata/diskutera med bilderna som stöd"*. Samtalsmattan skapade ett gemensamt fokus för deltagarna vilket tandhygienisten upplevde som positivt: *"man har hela samtalet framför sig, det ligger ju där på bordet"*. Tandhygienisten uppgav ibland att frågeformuleringen var svår att hålla sig till: *"frågeställningarna är lite kluriga ibland"*. I enkätsvaren framkommer att hon har svårt att engagera sig i samtalet utan matta – *"känns som om man bara vill få gjort det"* – speciellt om det är det andra i ordningen: *"känner mig inte lika engagerad när jag ska fråga nästan samma frågor igen"*.

*Information och behandlingsåtgärd.* Andra positiva aspekter av matsamtalet var att det kom fram ny och mer djupgående information om flertalet av deltagarnas munvård: *"det kom fram att hon har svårt att komma ihåg att hon ska borsta tänderna men att hon är positivt inställd till att bli påmind om att hon ska borsta tänderna"*, *"man kan gå djupare in i frågorna"*. Tre deltagare med HS var villiga att prova nya munvårdande produkter eller metoder när de kommunicerade om munvård med samtalsmatta: *"det kom fram att patienten var positivt intresserad av att göra rent mellan tänderna, har känt att det varit kört tidigare, han har mycket integritet"*. Tandhygienisten upplevde att två närstående bidrog med nya tankar i ämnet i samtalet med matta: *"kom upp tankar från assistenterna"*.

*Individanpassning.* Tandhygienisten uppgav att hon hade velat ha möjlighet att individanpassa frågorna. I föreliggande studie fick hon ställa frågor som inte var relevanta för alla deltagare som har HS: *"att man behöver individualisera bildmaterialet så att man kan anpassa frågor/bilder till patienterna"*, *"i och med att jag känner patienten så blir det lite fänigt att fråga om saker som inte är relevanta just för den personen"*.

*Minne, förståelse och naturlighet.* Tandhygienisten upplevde att metoden samtalsmatta var ett stöd för hennes minne: *"det är bra för minnet, man kommer ihåg vad samtalet har handlat om, vad man har pratat om"*, *"bra när man går igenom svaren efteråt bra för att minnas vad man talat om"*. Metoden tycktes förtydliga för både henne och deltagaren som har HS: *"lättare att förstå för mig och troligen också för patienten"*, *"det är ju bra det är svårt att förstå vad M1 säger man får fråga om, då hjälper det med mattan"*. I två samtal med samtalsmatta, DK4 respektive DM7, upplevde tandhygienisten att samtalsmattan påverkade naturligheten: *"det kändes lite tuggigt det flöt inte lika bra som tidigare matsamtal"*, *"att det [samtalet med samtalsmatta] inte är som vanligt"*.

## Diskussion

Föreliggande studie visar ingen ökad kommunikationseffektivitet för gruppen som har HS när samtalsmatta används, dock bedömdes den öka för två individer. Mer än hälften av deltagarna som har HS bedömdes kommunicera mer effektivt i samtalet utan matta. Deltagarna som har HS upplevde signifikant högre delaktighet i samtalet med matta. De närliggande upplevde också en högre delaktighet i samtalet med matta, men för dem fanns ingen signifikant skillnad mellan samtalsformerna. Tandhygienisten upplevde att alla samtal med matta fungerade bättre än de utan matta och att hon fick ny och djupare information i samtalet med matta.

Tidigare studier (Ferm m.fl., 2010; Hallberg m.fl., 2011) har visat att metoden samtalsmatta ökar kommunikationseffektiviteten för personer som har HS i enskilt samtal respektive i gruppsamtal. Murphy m.fl. (2010) undersökte kommunikationseffektivitet i ett samtal med tre deltagare, en person som har demens, en anhörig till denna och en samtalsledare. De fann att samtalsmatta ökade kommunikationseffektiviteten för personer som har demens när de använde den tillsammans med en anhörig. Föreliggande studie liknar Murphy m.fl. metodiskt, med en närliggande som deltar och stöttar samt två samtalsformer som jämförs. Däremot genomförde Murphy m.fl. samtalen vid två olika tillfällen. I föreliggande studie genomfördes båda samtalen vid ett tillfälle för att försöka likna det samtal om munvård som sker vid ett vanligt tandhygienistbesök. Det fanns en risk att deltagarna som har HS skulle bli uttröttade av att genomföra båda samtalen vid ett tillfälle och att det skulle resultera i lägre EFFC-poäng. I ovan nämnda studier undersöktes situationer där kommunikationen hade en överordnad roll. Vid ett tandhygienistbesök har kommunikationen i vanliga fall en mindre framträdande roll och sker när patienten ligger i behandlingsstolen. Målet med kommunikationen är i första hand ett informationsutbyte i syfte att främja god munhälsa; patienten ger information om sin munvård och tandhygienisten ger råd om munvårdsrutiner och munvårdande produkter. I föreliggande studie förändras aktiviteten på så sätt att kommunikationen får en överordnad funktion under första delen av besöket. Förändringen av verksamheten kan påverka deltagarna på flera sätt (Allwood, 2000). Den rutin som deltagaren som har HS är van vid förändras och samtalet om munvård sker vid ett bord istället för i behandlingsstolen. Kommunikationen får en framträdande roll vilket ökar kravet på att deltagaren som har HS måste ge mer nyanserade svar än ja och nej. Frågor som kan besvaras med ja eller nej kan vara en strategi när man samtalar med personer som har HS och grav dysartri (Yorkston m.fl., 2004). Vid användning av ett AKK är det vanligt att samtalspartnern ställer flera frågor i rad och ofta slutna frågor (Heister Trygg, Andersson, Hardenstedt & Sigurd Pilesjö, 1998). I föreliggande studie ställs fler följdfrågor i samtalet med matta och de är oftast slutna. Följdfrågorna bidrar till att tandhygienisten får mer information om deltagaren som har HS. Tandhygienisten uppger att den öppna frågeformuleringen i metoden var svår och ”klurig” att hålla sig till.

Vid ett tandhygienistbesök har deltagarna olika roller. Tandhygienisten leder aktiviteten och patienten, i detta fall deltagaren som har HS, förväntas göra som tandhygienisten vill inom ramen för besöket. Den närliggande följer oftast inte med in i behandlingsrummet. En förutsättning för att delta i föreliggande studie var att både en person som har HS och en närliggande deltog i samtalen. Rollen som den närliggande fick kunde uppfattas som otydlig för de inblandade. Två assistenter uppgav att det var svårt

att veta hur mycket de skulle lägga sig i samtalet. De kände en osäkerhet med avseende på vilka rättigheter och skyldigheter rollen innebar. Det kan vara en ovan situation för den närstående, dels att diskutera ämnet munvård, men också att uppmuntras att lägga sig i och att faktiskt delta i samtalet. Åtta av de närstående var personliga assistenter och har som uppgift att stötta självständighet hos personen de arbetar för. Att säga emot och kanske ifrågasätta personen som har HS kan upplevas som svårt. Vid analys av samtalen noterades dock att de närstående som var assistenter lade sig i samtalet oftare än övriga närstående. Den närstående förväntades ha kunskap om munvård hos personen som har HS och utifrån det stötta i samtalet med tandhygienist. Så var inte fallet i alla dyader. En del närstående utförde munvården åt personen som har HS, andra var inte alls insatta i omvårdnaden. Rollen för tandhygienisten förändrades från att i vanliga fall ställa frågor till patienten under behandlingens gång, till att hon i föreliggande studie fungerade som samtalsledare med en för henne ny metod.

Kommunikationseffektiviteten för två deltagare, K1 och M2, bedömdes öka i samtalet med samtalsmatta. Gemensamt för K1 och M2 är att båda har tidigare erfarenhet av metoden samtalsmatta. De tycktes positivt inställda till att använda den och båda genomförde samtalet med matta efter det utan matta. Den högre effektivitetspoängen för K1 vid samtal med samtalsmatta kunde knytas till att både hennes och tandhygienistens förståelse bedömdes vara högre i det samtalet. Mattsamtalet tog längre tid och gav K1 mer utrymme att prata, vilket bidrog till att hennes förståelse bedömdes öka. Tandhygienisten ger färre klagande följdfrågor av typen ”Å de fungerar bra?”, vilket bedömdes som att hon förstod K1s åsikter bra. Även för M2 tog samtalet med matta längre tid och gav honom därmed utrymme att utveckla svaren och visa humor, faktorer som i enlighet med bedömningskriterierna kan ha varit orsaken till att M2 bedömdes som mycket engagerad i samtalet med samtalsmatta. För tre deltagare (K2, M3, M7) bedömdes effektiviteten lika i de båda samtalen. Mellan dessa tre fanns stora skillnader, men de fick lika poäng i samtalet med matta som i samtalet utan matta. Av de sex deltagare som använt samtalsmatta tidigare bedömdes K1 och M2 vara mer effektiva i samtalet med matta. Erfarenhet av att använda samtalsmatta kan ha bidragit till att deras kommunikationseffektivitet ökade i samtalet med matta.

Metoden samtalsmatta har bedömts på tre olika sätt i studien, genom författarnas bedömningar av kommunikationseffektivitet, genom deltagarnas enkätsvar om upplevd delaktighet i samtalen samt genom intervjufrågorna till tandhygienisten. Flertalet av deltagarna som har HS och de närstående uppskattade metoden. Även om det bara var två deltagare som bedömdes mer effektiva i samtalet med matta upplevde många att mattan var ett stöd för minnet och underlättade ordmobilisering. De uppgav även att samtalsmatta underlättade för dem att göra sig förstådda och förstå andra. Murphy m.fl. (2010) fann att samtalsmatta ökade känslan av delaktighet för personer med demens och deras anhöriga. Liknande fynd har gjorts i denna studie då deltagarna som har HS upplevde sig som signifikant mer delaktiga i samtalet med samtalsmatta än i samtalet utan matta. Det är ett betydelsefullt resultat då personer med kommunikationssvårigheter har en begränsad förmåga att vara delaktiga i sociala situationer (Hartelius m.fl., 2008). Det är viktigt att hitta sätt att öka deras möjligheter att vara delaktiga och samtalsmatta kan vara en möjlig väg.

De närstående upplevde också ökad delaktighet med samtalsmatta, men för dem fanns ingen signifikant skillnad mellan de två samtalsformerna. De stöttade mer i samtalet med matta. Några hjälpte också till med placeringen av bilder. En möjlig orsak till att delaktigheten för de närstående inte ökade i samtalet med matta kan vara att de som var

assistenter främst har som uppgift att stödja självständigheten hos personen de arbetar för och därför inte la sig i samtalet, vilket kan ha påverkat deras känsla av delaktighet. En annan orsak kan ha varit att de närstående inte fick tydliga instruktioner om att de förväntades lägga sig i samtalet.

Tandhygienisten upplevde att alla samtal med matta var bättre än samtalen utan matta. Det resultatet går inte i linje med författarnas EFFC-bedömning och väcker frågan om effektivitetsmålet är det mest rättvisande i den här verksamheten. Tandhygienisten uppger att hon får ny och djupare information i samtalen med matta, vilket kan leda till förbättrad rådgivning och behandling. Detta har författarna dock inte fångat i sin bedömning med bedömningsprotokollet EFFC.

Föreliggande studie har undersökt om samtalsmatta kan vara ett användbart stöd för personer som har HS, närstående till dem och tandhygienist i samtal om munvård. Upplevd delaktighet samt kommunikationseffektivitet undersöktes och resultaten visade att deltagarna kände sig mer delaktiga i samtalet med matta, men författarna bedömde endast två deltagare som mer effektiva i sin kommunikation i samtalet med matta. Frågorna 2, 3 och 4 i enkäten (se tabell 3) kan kopplas ihop med Hustads (1999) definition av kommunikationseffektivitet, att man på ett aktivt och effektivt sätt kan förmedla ett budskap samt att man som effektiv kommunikator kan kontrollera och påverka omgivningen. Förmågan att förmedla ett budskap fångas av fråga 2, 3 och 4. Förmågan att kontrollera och påverka sin omgivning fångas av fråga 3 och 4. I fråga 4 som tar upp hur väl tiden räckte till för att uttrycka åsikter kan man tänka sig att deltagaren skattar både hur mycket tid han eller hon får samt i vilken grad deltagaren kan ta sig tid i samtalet. McAuliffe m.fl (2010) likställer delaktighet med upplevd kommunikationseffektivitet. Utifrån detta kan man diskutera om deltagarna i föreliggande studie i så fall bedömt sin upplevda kommunikationseffektivitet i enkätsvaren vars primära syfte var att fånga känslan av delaktighet.

#### *Användning av EFFC*

I samtalen utan matta bestod svaren från deltagarna som har HS ofta av en kort, adekvat mening. Författarna kan ha haft en uppfattning om hur ett samtal vid ett tandhygienistbesök ska gå till, vilket kan ha påverkat bedömningen av kommunikationseffektiviteten. För de sex deltagare som bedömdes vara mer effektiva i samtalet utan matta tycks samtalsordningen (med och utan matta) inte ha påverkat hur deltagarna genomförde samtalen. Gemensamt för fem av de sex deltagarna var att författarna upplevde att de pratade mer i samtalet utan matta. Det skulle kunna bero på att tandhygienisten pratade mindre i samtalen utan matta, alltså kunde det upplevas som att deltagarna fick en större del av samtalstiden och därför tolkades det som att de pratade mer. Tandhygienisten ställer frågan, lämnar utrymme för svar och går därefter vidare till nästa fråga. Två av de parametrar som bedömdes bättre för deltagarna som fick högre kommunikationseffektivitet i samtalet utan matta, deltagarens förståelse för frågan och deltagarens förmåga att hålla sig till frågan, hade sådana kriterier att det gavs högre poäng om deltagaren uttryckte sig tydligt. Vid analys av resultaten tycks förmågan att uttrycka sig verbalt ha skattats högre än den icke-verbala förmågan av författarna. Gällande förståelsen gavs, enligt kriterierna, en högre poäng om deltagaren tydligt signalerade att denne förstått frågan. Författarna kan tänkas ha fokuserat mycket på det verbala svaret och därför bedömt att en kort, adekvat mening signalerade förståelse tydligare än placering av en bild. Bedömningen av deltagarens förmåga att



hålla sig till ämnet verkar också ha påverkats av författarnas tendens att skatta ett verbalt uttryck högre än ett icke-verbalt. En kort, adekvat mening tycks ha bedömts som ett tydligare sätt att visa förmåga att hålla sig till ämnet än placering av en bild. För vissa deltagare tycks samtalsmattan minska ögonkontakten med tandhygienisten och den närstående, vilket kan ha påverkat bedömningen av deltagarens engagemang negativt.

I analysen av resultaten framkom att författarna var mer oense innan konsensus nåddes gällande bedömningarna av samtalen med matta och författarna tycks ha haft svårare att bedöma mattsamtalen. Detta kan bero på begränsad erfarenhet av att bedöma samtal med bedömningsprotokollet EFFC och att bedömningskriterierna inte var tillräckligt specifika.

### *Studiens styrkor och begränsningar*

Beskrivning av tillvägagångssätt och utförande av en interventionsmetod kan påverka resultaten både gällande intern och extern validitet. Schlosser (2003) definierar begreppet "treatment integrity" som i vilken utsträckning den oberoende variabeln genomförs som planerat. Den oberoende variabeln kan vara en intervention, i detta fall samtalsmatta och de olika samtalsformerna, och den beroende kan vara det som interventionen syftar att förändra, i detta fall kommunikationseffektivitet och upplevd delaktighet. För att nå en hög treatment integrity krävs att det finns en tydlig beskrivning av hur interventionen ska utföras. Saknas detta kan inte studien replikeras och den externa validiteten sänks då eventuell interventionseffekt inte kan undersökas i en utvidgad eller annan population. Har interventionens genomförande varierat eller om tillvägagångssättet inte finns dokumenterat, kan man inte med säkerhet säga att interventionen påverkat den beroende variabeln vilket sänker den interna validiteten. Då två eller fler behandlingsmetoder jämförs är det avgörande att varje metod genomförs som planerat. I annat fall blir det svårt att koppla eventuella skillnader i den beroende variabeln till den oberoende variabeln.

I föreliggande studie leddes de båda samtalen av en tandhygienist. Hon hade fått en kortare utbildning i metoden samtalsmatta. Författarna instruerade tandhygienisten i vilken ordning de två frågeuppsättningarna skulle användas och med vilken samtalsform. Ordningen på frågorna var också bestämd på förhand. I Hallberg m.fl. (2011) fick samtalsledaren färdigformulerade frågor samt förslag på följdfrågor som hon kunde välja att använda, men hon kunde även formulera egna följdfrågor. Samtalsledaren upplevde att samtalet med matta var mer styrt. För att minska risken för att samtalsledaren skulle känna sig styrd i föreliggande studie fick hon enbart instruktion om ordningen på frågeuppsättning och samtalsform samt att följdfrågor fick förekomma.

Tandhygienistens korta utbildning i metoden samt att hon inte haft tillfälle att träna i någon större utsträckning kan ha påverkat hennes förmåga att genomföra mattsamtalen enligt metoden. Tandhygienisten följer de nedskrivna frågorna med den öppna frågeformuleringen väl i båda samtalsformerna. På ett sätt avvek hon från hur ett mattsamtal bör genomföras enligt Murphy & Cameron (2006). Ibland ritar tandhygienisten en ny bild med frågan som metoden föreskriver, vid andra tillfällen får en befintlig bild stå för en ny fråga. Det innebär att en bild representerade något annat än den visade, t.ex. fick bilden på fluortabletter representera "Hur går det att använda fluortuggummi?" i samtalet med M3. Då kognitiva nedsättningar förekommer hos

personer som har HS kan detta tänkas försvåra för dem. Tandhygienisten uppgav att hon i de första matsamtalen kände sig osäker på att göra en ny bild för en fråga som lagts till i samtalet. Tidspress och erfarenhet kan ha påverkat hur tandhygienisten lade till nya frågor. Flera deltagare hade färdtjänsttider att passa, vilket kan ha ökat tidspressen för dem och för tandhygienisten. Tandhygienisten var mycket entusiastisk över att delta i studien och över att få tillgång till en metod som skulle kunna stödja kommunikationen mellan henne och hennes patienter och därmed underlätta hennes arbete. Detta kan ha påverkat hennes möjlighet att förhålla sig lika till de olika samtalen samt fått henne att övervärdera samtalsmattan då hon gärna ville att den skulle fungera.

Hon uppger i enkätsvaren att hon har svårt att engagera sig i samtalet utan matta, speciellt om det är det andra i ordningen. Tandhygienisten ställer betydligt färre följdfrågor i samtalet utan matta, vilket också kan ses som ett tecken på mindre engagemang. Samtalen med matta tog signifikant längre tid än samtalen utan matta och det tycks ha skapat utrymme för utveckling av svaren. På så sätt framkom djupare information i samtalen med matta. Mängden information kan också vara ett resultat av att tandhygienisten ställde signifikant fler följdfrågor i matsamtalen. Det kan ha berott på att hon var mer engagerad i samtalen med matta och att hon tyckte att det var lättare att prata med bilderna som stöd. I studien fanns inga möjligheter att utveckla frågor med hjälp av en submatta vilket ingår i metoden samtalsmatta. Tandhygienisten träffar dock studiens deltagare regelbundet och har möjlighet att vid kommande besök gå in djupare i frågeställningar som deltagaren med HS eller hon själv vill diskutera mer ingående.

Innan de båda samtalen genomfördes demonstrerade författarna för deltagarna med HS, de närstående och tandhygienisten hur ett matsamtal kan gå till. En närstående uppgav att demonstrationen var otydlig. Författarna visade att man kan ta bort frågor men inte hur man lägger till en ny fråga. Det kan ha försvårat för deltagarna att förstå metoden samtalsmatta. Den visuella värdeskalen gick bara igenom i demonstrationen. Troligen hade det varit bra om tandhygienisten hade fått en instruktion om att gå igenom värdeskalen innan hon startade matsamtalet, så som metoden föreskriver. Den visuella värdeskalen som används vid matsamtalet, se figur 1, kan framstå som lite sned eftersom den mest positiva bilden är mer positiv än vad den mest negativa bilden är negativ. Det kan även tyckas att mittenbilden och den till höger om mitten är alltför lika. Skalan kan framstå som ”positivt vinklad”. Det finns skäl att tänka igenom vilka bilder som används för att representera de olika skalstegen för att svarsalternativen ska upplevas som balanserade.

### *Kliniska implikationer*

Samtalsmatta som kommunikationsstöd i en klinisk verksamhet för personer som har HS har inte undersökts tidigare och studien ger en indikation på att samtalsmatta kan fungera som ett stöd både för kommunikation och för delaktighet. Metoden samtalsmatta kan underlätta både för deltagaren som har HS att berätta om sin munvård och för tandhygienisten att instruera om förebyggande åtgärder. Informationsutbytet mellan tandhygienist och patient är viktigt och det är värdefullt för tandhygienisten att få kunskap om patientens munvård. Eftersom samtalen med matta tar längre tid är metoden kanske inte lämplig vid alla tandhygienistbesök, utan främst då tandhygienisten behöver få mer information om patientens munvård eller ge mer invecklad information och profylax. I dessa sammanhang bör frågorna anpassas till varje patients individuella behov. Att involvera den närstående kan vara värdefullt om

denne har kunskap om patientens munvård och kan stötta patientens kommunikation under besöket. Dessutom kan det vara ett bra sätt för den närstående att lära sig mer om munvård och hur denne kan stötta patienten gällande munvård. Tandhygienisten upplevde att hon fick mer omfattande information om patienten och utifrån det resultatet vore det rimligt att anta att metoden samtalsmatta kan vara lämplig att använda i andra vårdkontakter där patientens åsikter är viktiga.

Då tandhygienisten efterfrågar möjligheten till individanpassade frågor är det motiverat att undersöka om samtal med individanpassade frågor skulle ge andra resultat än föreliggande studie med fasta frågor. Det behövs fler studier som undersöker om metoden samtalsmatta kan vara ett stöd för personer som har HS och tandvårdspersonal i samtal om munvård. Ytterligare forskning behövs för att undersöka om andra yrkeskategorier inom vården upplever att mattan är ett stöd i arbete med personer som har HS.

## Referenser

- Ahlborg, B. (red.). (2004). *Huntingtons sjukdom En praktisk handledning*. Mölndal: Mun-H-Center förlag.
- Ahlborg, B., Carlsson, A., Kroksmark, A. K., Lundälv, E., Persson, M. & Zellmer, M. (2011). *Hjälpmiddelsutprovning vid mun- och tandvård Teamsamverkan vid utprovning av hjälpmedel till patienter med särskilda behov*. Mölndal: Mun-H-Center förlag.
- Allwood, J. (2000). An Activity Based Approach to Pragmatics. In H. Bunt & B. Black (Red.), *Abduction, Belief and Context in Dialouge: Studies in Computational Pragmatics* (ss. 47-80). Amsterdam: John Benjamins.
- Aziz, N. A., van der Burg, J. M. M., Landwehrmeyer G. B., Brundin, P., Stijnen, T., EHD Study Group., & Roos, R. A. C. (2008). Weight loss in Huntington disease increases with higher CAG repeat number. *Neurology*, *71*, 1506-1513.
- Bates, G., Harper, P., & Jones, L. (red:er). (2002). *Huntington's Disease* (3:e upplagan). New York: Oxford University Press.
- Cheepen, C. (1988). *The Predictability of Informal Conversation*. London: Pinter.
- Dawson, S., Kristjanson, L. J., Toye, C. M., & Flett, P. (2004). Living with Huntington's disease: need for supportive care. *Nursing and Health Sciences*, *6*, 123-130.
- Duff, K., Paulsen, J., Mills, J., Beglinger, L. J., Moser, D. J., Smith, M. M., Langbehn, D., Stout, J., Queller, S., & Harrington, D. L. (2010). Mild cognitive impairment in prediagnosed Huntington disease. *Neurology*, *75*, 500-507.
- Ericson, D., & Hansson, B. O. (2008). *Karies - sjukdom och hål* (2:a upplagan). Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Eriksson, H. (2001). *Neuropsykologi*. Stockholm: Liber.
- Fagius, J., & Aquilonius, S. M. (red:er). (2006). *Neurologi* (4:e upplagan). Stockholm: Liber.
- Ferm, U. (2007). *Talking Mats: En metod som underlättar kommunikation*. [Svensk översättning av Murphy, J., & Cameron, L. (2006). *Talking Mats: A resource to enhance communication*]. Stirling, Skottland: University of Stirling.
- Ferm, U., Sahlin, A., Sundin, L., & Hartelius, L. (2010). Using Talking Mats to support communication in persons with Huntington's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *205*, 523-536.
- Gaba, A. M., Zhang K., Marder, K., Moskowitz, C. B., Werner, P., & Boozer, C. N. (2005). Energy balance in early-stage Huntington disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *81*, 1335-41.
- Gabre, P. (2009). Strategies for the prevention of dental caries in people with disabilities: a review of risk factors, adapted preventive measures and cognitive support. *Journal of Disability and Oral Health*, *10*, 184-192.
- Gabre, P., Martinsson, T., & Gahnberg, L. (2002). Move of adults with intellectual disability from institutions to community-based living: changes of food arrangements and oral health. *Swedish Dental Journal*, *26*, 81-88.
- Hallberg, L., Mellgren, E., Hartelius, L., & Ferm, U. (2011). Talking Mats in a discussion group for people with Huntington's disease. *Inskickad för publikation*.
- Hartelius, L. (2008). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: ICF-perspektivet inom logopedi. L. Hartelius, U. Nettelbladt, & B. Hammarberg (red:er). *Logopedi* (ss. 113-121). Lund: Studentlitteratur.

Formatted: Swedish (Sweden)

- Hartelius, L., Carlstedt, A., Ytterberg, M., Lillvik, M., & Laakso, K. (2003). Speech disorders in mild and moderate Huntington disease: results of dysarthria assessments of 19 individuals. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, *11*, 1-14.
- Hartelius, L., Jonsson, M., Rickeberg, A., & Laakso, K. (2010). Communication and Huntington's disease: quality interviews and focus groups with persons with Huntington's disease, family members, and carers. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *45*, 381-393.
- Heister Trygg, B., Andersson, I., Hardenstedt, L., & Sigurd Pilesjö, M. (1998). *Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i teori och praktik*. Malmö: Handikappinstitutet.
- Huntington's Disease Association (2010). The importance of dental care Fact Sheet. Hämtad 110126 från: <http://www.hda.org.uk/download/fact-sheets/HD-Dental-Care.pdf>.
- Hustad, K. C. (1999). Optimizing Communicative Effectiveness: Bringing it together. K. M. Yorkston, D. R. Beukelman, E. A. Strand, & K. R. Bell. (red:er). *Management of motor speech disorders in children and adults* (ss. 483-541). Austin, Texas: Proedition.
- Imarisio, S., Carmichael, J., Korolchuk, V., Chen, C. W., Saiki, S., Rose, C., Krishna, G., Davies, J. E., Tfofi, E., Underwood, B. R., & Rubinsztein, D. C. (2008). Huntington's disease: from pathology and genetics to potential therapies. *Biochemistry Journal*, *412*, 191-209.
- Jobling, A., & Cuskelly, M. (2006). Young people with Downs syndrome: a preliminary investigation of health knowledge and associated behaviors. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *31*, 210-218.
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Duchan, F. J., Simmons- Mackie, N., & Square, P. (2004). A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partner. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *11*, 67-83.
- Kagel, M. C., & Leopold N. A. (1992). Dysphagia in Huntington's disease: a 16-year retrospective. *Dysphagia*, *7*, 106-114.
- Kent, A. (2004). Huntington's disease. *Nursing standard*, *18*, 45-51.
- Kidd, E. A. M. (2005). *Essentials of Dental Caries* (3:e upplagan). Oxford: Oxford University Press.
- Kirkwood, C. S., Su, J. L., Conneally, M., & Foroud, T. (2001). Progression of symptoms in the early and middle stages of Huntington. *Archives of Neurology*, *58*, 273-278.
- Lewis, D., Fiske, J., & Dougall, A. (2008). Access to special care dentistry, part 7. special care dentistry services: seamless care for people in their middle years – part 1. *British Dental Journal*, *205*, 305-317.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989) The communicative effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, *54*, 113- 124.
- Long, A. F., Hesketh, A., Paszek, G., Booth, M., & Bowen, A. (2007). Development of a reliable self-report outcome measure for pragmatic trials of communication therapy following stroke: the communication outcome after stroke (COAST) scale. *Clinical Rehabilitation*, *22*, 1083-1094.

- Mayer-Johnsson (1981-2010). *The Picture Communication Symbols*©. (Bildmaterial). Solana Beach, CA: Mayer-Johnsson LLC.
- McAuliffe, M. J., Carpenter, S., & Moran, C. (2010). Speech intelligibility and perceptions of communication effectiveness by speakers with dysarthria following traumatic brain injury and their communication partners. *Brain Injury, 24*, 1408-1415.
- McGarva, K. (2001). Huntington's disease: seldom seen – seldom heard? *Health Bulletin, 59*, 306-308.
- Murphy, J. (2006). Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations, 9*, 49–59.
- Murphy, J., Gray, C. M., & Cox, S. (2007). *Communication and dementia How Talking Mats can help people with dementia to express themselves*. Hämtad 110516 från: <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2128-talking-mats-dementia.pdf>
- Murphy, J., Gray, C. M., van Achterberg, T., Wyke, S., & Cox, S. (2010). The effectiveness of the Talking Mats framework in helping people with dementia to express their views on well-being. *Dementia, 9*, 454-472.
- Murphy, J., Oliver, T. M., & Cox, S. (2010). *Talking Mats® and involvement in decision making for people with dementia and family carers*. Stirling: University of Stirling, Joseph Rowntree Foundation.
- O'Shea, B. (1997). A review of Huntington's disease. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 1*, 135-140.
- Phillips, W., Shannon, K. M., & Barker, R. A. (2008). The current clinical management of Huntington's disease. *Movement Disorders, 23*, 1491-1504.
- Ragneskog, H. (2011). *Omvårdnad och Omsorg vid demens*. Göteborg: Printema Förlag.
- Robins Wahlin, T., Larsson, M. U., Luszcz, M. A., & Byrne G. J. (2010). WAIS-R Features of preclinical Huntington's disease: implications for early detection. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 29*, 342-350.
- Roos, R. A. C. (2010). Huntington's disease: a clinical review. *Orphanet Journal of Rare Diseases, 5*, 1-8.
- Saldert, C., Fors, A., Strömberg S., & Hartelius, L. (2010). Comprehension of complex discourse in different stages of Huntington's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders, 45*, 656-669.
- Schlosser, R. W. (2003). *The Efficacy of Augmentative and Alternative Communication*. San Diego, CA: Academic Press.
- Skirton, H., Williams, K. J., Barnette, J. J., & Paulsen J. S. (2009). Huntington Disease: families' experiences of health care services. *Journal of Advanced Nursing, 66*, 500-510.
- Skirton, H. (2005). Huntington disease: a nursing perspective. *Medsurg Nursing, 14*, 167-173.
- Socialstyrelsen (2000). *Vårdprogram för Huntingtons sjukdom*. Rapport från Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens kunskapsdatabas om ovanliga diagnoser (2010). Huntingtons sjukdom Hämtad 101120 från: <http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/huntingtonssjukdom>
- Tost, H., Wendt, C. S., Schmitt, A., Heinz, A., & Braus, D. F. (2004). Huntington's disease: phenomenological diversity of a neuropsychiatric condition that challenges traditional concepts in neurology and psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 161*, 28-34.

- Trottier, Y., Biancalana, V., & Mandel, J. L. (1994). Instability of CAG repeats in Huntington's disease: relation to parental transmission and age of onset. *Journal of Medical Genetics*, *31*, 377-382.
- Wheelock, V. L., Tempkin, T. R. N., Marder, K., Nance, M., Myers, R. H., Zhao, H., Kayson, E., Orme, C., & Shoulson, I. (2003). Predictors of nursing home placement in Huntington disease. *Neurology*, *60*, 998-1001.
- Yorkston, K. M., Miller, R. M. & Strand, E. A. (2004). *Management of speech and swallowing disorders in degenerative diseases* (2:a upplagan). Austin, Texas: Proedition.