



Aphasia United
www.aphasiaunited.org
Anbefalinger for beste praksis for afasi

Afasi er en ervervet kommunikasjonsvanske forårsaket av en skade i hjernens språkområder. Den vanligste årsaken er hjerneslag, selv om andre årsaker, slik som traumatisk hjerneskade og svulst, også kan føre til afasi. Afasi karakteriseres av vansker med både å bruke og å oppfatte språk, og vansker med å lese og skrive. Alle språkmodaliteter kan være berørt. På grunn av kommunikasjonens gjennomgripende rolle i dagliglivet vil afasi ofte ha en negativ innvirkning på sosiale relasjoner, deltakelse og psykisk velvære. Personer som har afasi har bevart sin intelligens, men intelligensen kan være maskert av vanskene med å kommunisere. Man skal aldri anta at en person med afasi har nedsatt mental funksjonsevne. Personer med afasi er som regel i stand til å ta avgjørelser og delta i aktiviteter hvis informasjonen eller aktivitetene gjøres kommunikativt tilgjengelige (afasivennlige).

Personer med afasi har rett til å bli behandlet med verdighet og respekt og til å delta på lik linje med personer uten afasi når de møter helsevesenet. (Dette inkluderer å motta informasjon og å delta når personlig relevante avgjørelser skal tas.) Personer med afasi og deres familiemedlemmer har rett til relevante tjenester som er spesielt tilrettelagt for den enkelte slik at kommunikasjon og deltakelse i sitt eget liv er mulig. Helsetjenester for personer med afasi bør være personsentrert og bør skje i et samarbeid mellom personen selv og fagfolkene.

Nedenfor finnes «anbefalinger for beste praksis» innenfor helsetjenestene og kommunalt tilbud for personer med afasi. Disse er satt sammen fra mange ulike kilder rundt om i verden. Kildene er sitert sammen med nivået på anbefalingene/evindensen sitert i kilden. Kildene har ikke blitt sitert direkte; gjennomgående tema for flere kilder har blitt satt sammen for å gi en representativ framstilling. For ytterligere detaljer omkring evidensnivå vennligst gå til originalkilden som er oppgitt. Det må opplyses at hovedvekten av anbefalinger er hentet fra generelle hjerneslagsretningslinjer, og ikke fra afasispesifikke retningslinjer.

Aphasia United

Anbefalinger for beste praksis for afasi

- 1. Alle pasienter med hjerneskode eller progredierende hjernesykdommer bør screenes for kommunikasjonsvansker.** ^{1,2,3,5,7,8,9}
(Nivå C)
- 2. Personer hvor man mistenker kommunikasjonsvansker bør utredes av kvalifisert personell (logoped). Utredningen bør være mer omfattende enn screening-tester, slik at man kan bestemme den antatte kommunikasjonsvanskens egenart, alvorlighetsgrad og personlige konsekvenser.** ^{1,2,3,4,5,6,8,9} (Nivå B, C)
- 3. Personer med afasi bør få informasjon om afasi, årsaker til afasi (f.eks. hjerneslag) og mulige tiltak/ alternativer for behandling.** ^{1,5,6,7,8,9} (Nivå A-C). Dette gjelder for hele forløpet fra akutt til kronisk fase.
- 4. Ingen med afasi bør bli utskrevet fra tjenester uten noen mulighet til å kommunisere sine behov og ønsker (f.eks. ved bruk av ASK, støtte eller skolerte kommunikasjonspartnere) eller en plan for når og hvordan dette skal løses.** (Nivå: God praksis (GP))
- 5. Personer med afasi bør tilbys intensiv og individualisert afasirehabilitering som er laget med tanke på å ha en relevant innvirkning på kommunikasjonen og livet som helhet.** ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
(Nivå A-GP avhengig av tilnærming, intensitet og timing). Tiltaket bør være laget og utført under veiledning fra kvalifisert personale (logoped)
 - a. Tiltaket kan bestå av funksjonsorienterte tiltak, kompensierende tiltak, tiltak rettet mot samtale, funksjonelle/deltakelsesorienterte tiltak, miljøtiltak og/eller tiltak rettet mot samtalestøtte eller alternative og supplerende måter å kommunisere på (ASK).**
 - b. Tilbudet kan inkludere tiltak gitt individuelt, i grupper, som telerehabilitering og/eller i form av datastøttet oppfølging.**
 - c. Både personer med afasi forårsaket av stabile (hjerneslag) og progredierende hjernesykdommer har nytte av tilbud.**
 - d. Personer med afasi forårsaket av hjerneslag eller andre statiske former for hjerneskode kan ha nytte av tilbud både i akutt og mer kroniske stadier av rehabiliteringen.**

- 6. Opplæring av kommunikasjonspartnere bør tilbys for å bedre kommunikasjonen til personen som har afasi.** ^{1,2,3,5,8} (Nivå A, B)
- 7. Familiemedlemmer og andre omsorgspersoner til personer med afasi bør involveres i rehabiliteringsprosessen.** ^{1,2,3,4,5,7,8,9} (Nivå A-C)
 - a. Familiemedlemmer og andre omsorgspersoner bør få opplæring og støtte for å skjønne årsaksfaktorer og konsekvenser av afasi** (Nivå A)
 - b. Familiemedlemmer og andre omsorgspersoner bør lære å kommunisere med personen som har afasi** (Nivå B)
- 8. Tjenester til personer som har afasi bør være kulturelt tilpasset og personlig relevant.** ^{1,2,5,8} (Nivå: GP)
- 9. Alle fagfolk som jobber med personer som har afasi bør få opplæring i hva afasi er og hvordan de kan støtte kommunikasjonen. Dette gjelder gjennom hele forløpet fra akutt til slutten av livet.** ^{2,3} (Nivå C).
- 10. Informasjon som er ment for personer med afasi bør være tilgjengelig i et afasivennlig / kommunikativt tilgjengelig format.** ^{1,3,5,7,8} (Nivå C)

Gradering av anbefalingene/ evidens

Nivå A:	Forskning gir grunnlag for å veilede praksis
Nivå B:	Forskning gir grunnlag for å veilede praksis i de fleste tilfeller
Nivå C:	Forskning gir grunnlag for å veilede praksis i noen tilfeller
Nivå D:	Forskning gir i liten grad grunnlag for å veilede praksis
God praksis:	Anbefalinger bygger på klinisk erfaring (ekspert) og konsensus

Referanser - Aphasia United anbefalinger for beste praksis for afasi

1. National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <http://www.aphasiapathway.com.au/>
2. Intercollegiate Stroke Working Party. *National clinical guideline for stroke*, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012.
3. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2012). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network
4. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41:2402-2448. Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/>
5. National Stroke Foundation Australia (2010) Clinical guidelines for stroke prevention and management. Melbourne Australia. http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interactive.pdf
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005).RCSLT Clinical Guidelines
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010. <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>