



Anbefalinger af bedste praksis for afasi

Afasi er en erhvervet kommunikationsforstyrrelse forårsaget af en skade i de sprogdominante områder i hjernen. Apopleksi (blodprop eller blødning i hjernen) er den hyppigste årsag til afasi, men anden ætiologi såsom traumatisk hjerneskade og tumor kan også medføre afasi. Afasi er karakteriseret ved forstyrrelser i de sproglige modaliteter, herunder tale, forståelse af tale, læsning og skrivning. På grund af kommunikationens gennemgribende betydning i hverdagen vil afasi ofte have en negativ indvirkning på sociale relationer, deltagelse og psykisk velbefindende. Personer med afasi har samme intelligens som før skaden, men intelligensen kan være sløret af kommunikationsvanskelighederne. Man bør aldrig gå ud fra, at en person med afasi har nedsat mental funktionsevne. Personer med afasi er typisk i stand til at tage beslutninger og deltage i aktiviteter, hvis information eller aktiviteter gøres kommunikativt tilgængelige.

Personer med afasi har ret til at blive behandlet med respekt og værdighed og til at deltage på samme niveau som personer uden afasi i mødet med sundhedsvæsnet (herunder at modtage information og have indflydelse på beslutninger, som vedrører og er relevante for personen med afasi). Personer med afasi og deres pårørende har ret til relevante, individuelle tilbud med henblik på at styrke kommunikation og deltagelse i eget liv. Ydelser fra sundhedsvæsnet til personer med afasi bør være personcentrerede og bero på et samarbejde.

Nedenfor ses *anbefalinger for bedste praksis* for sundhedsvæsnet eller kommunale tilbud til personer med afasi. Anbefalingerne er indsamlet fra mange forskellige kilder rundt omkring i verden. De kilder, som ligger til grund for anbefalingerne, er anført ud for hver anbefaling sammen med en vurdering af evidensniveauet/styrken af anbefalingen. Kilder bliver ikke citeret direkte, men det vurderes, at de gennemgående temaer i de citerede kilder er repræsentative. Der er referencer til de originale kilder, hvis man ønsker flere detaljer om evidensniveauet. Der gøres opmærksom på, at de fleste anbefalinger stammer fra generelle retningslinjer for apopleksi fremfor retningslinjer for anden ætiologi eller afasi.

Anbefalinger af bedste praksis for afasi

1. Alle patienter med erhvervet hjerneskade eller progredierende lidelse i hjernen bør screenes for kommunikationsvanskeligheder. ^{1,2,3,5,7,8,9} (Niveau C)
2. Personer med formodede kommunikationsvanskeligheder bør vurderes af en kvalificeret fagperson (logopæd); vurderingen bør inddrage andet og mere end screeningsresultater for at kunne bestemme type, sværhedsgrad og de personlige konsekvenser af den formodede kommunikationsforstyrrelse. ^{1,2,3,4,5,6,8,9} (Niveau B, C).
3. Personer med afasi bør modtage information om afasi, årsag til afasi (fx apopleksi) og muligheder for behandling. ^{1,5,6,7,8,9} (Niveau A- C). Dette gælder for hele forløbet, fra akut til kronisk fase.
4. Ingen med afasi bør udskrives fra hospitalet uden mulighed for at kunne kommunikere sine behov og ønsker (fx alternativ og støttende kommunikation, trænedede kommunikationspartnere) eller en dokumenteret plan for, hvordan og hvornår dette kan opnås. (Niveau: God praksis)
5. Personer med afasi bør tilbydes intensiv og individuelt tilpasset afasitræning, som er tilrettelagt med henblik på at få meningsfuld indflydelse på kommunikation og liv. ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Niveau A-GPP afhængigt af tilgang, intensitet og timing.). Dette tiltag bør planlægges og udføres under supervision af en kvalificeret fagperson (logopæd).
 - a. Intervention kan bestå af funktionstræning, kompenserende træning, samtaletræning, træning med fokus på aktivitet og deltagelse, træning rettet mod omgivelser og/eller træning i kommunikationsstøtte eller alternativ og støttende kommunikation (ASK).
 - b. Træningsformer kan være individuel træning, gruppetræning, telerehabilitering og/eller computerbaseret træning.
 - c. Personer med afasi som følge af stabile (fx apopleksi) såvel som progredierende former for hjerneskade profiterer af intervention.
 - d. Personer med afasi som følge af apopleksi og andre statiske former for hjerneskade profiterer af intervention i både den akutte og de mere kroniske

faser.

- 6.** Oplæring af kommunikationspartnere bør tilbydes med henblik på at forbedre kommunikationen for personen med afasi. ^{1,2,3,5,8} (Niveau A, B)
- 7.** Familiemedlemmer og andre omsorgspersoner til mennesker med afasi bør involveres i rehabiliteringsprocessen. ^{1,2,3,4,5,7,8,9} (Niveau A-C)
 - Familiemedlemmer og andre omsorgspersoner bør modtage oplæring og støtte ift. at kende årsager til og konsekvenser af afasi. (Niveau A)
 - Familiemedlemmer og andre omsorgspersoner bør lære at kommunikere med personen med afasi. (Niveau B)
- 8.** Tilbud til personer med afasi bør være kulturelt tilpassede og personligt relevante. ^{1,2,5,8} (Niveau: God praksis)
- 9.** Alle ansatte inden for social- og sundhedssektoren, som arbejder med personer med afasi, bør have viden om afasi og være trænedede til at støtte kommunikation hos personer med afasi. Dette gælder fra den akutte fase til livets afslutning. ^{2,3} (Niveau C)
- 10.** Informationer til personer med afasi skal være tilgængelig i afasivenlige/kommunikativt tilgængelige udgaver. ^{1,3,5,7,8} (Niveau C)

Niveauer for anbefalinger/evidens

Niveau A:	Forskning giver grundlag for at guide praksis
Niveau B:	Forskning giver grundlag for at guide praksis i de fleste tilfælde
Niveau C:	Forskning giver nogen støtte til anbefaling
Niveau D:	Forskning giver begrænset grundlag for at vejlede praksis
God praksis:	Anbefalinger er baseret på ekspertviden og konsensus

Referencer

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: 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*. Canadian 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/>