

Vejledning i udredning af afasi

Resumé

Vejledningen indeholder anbefalinger til, hvad der er god praksis i den logopædiske udredning af afasi hos voksne. Der lægges vægt på identifikation af afasiens konsekvenser for personens hverdag og liv. Anbefalingerne er forankret i forsknings- og lærebogslitteratur samt i professionel konsensus.

Anbefalingerne er sat ind i en ICF-baseret forståelsesramme for at sikre en fælles terminologi såvel mono- som tværfagligt. En kort beskrivelse af ICF ses i bilag 1.

Formålet med udredningen kan variere alt efter tidspunktet for afasiens opståen og symptom-billedet, herunder karakteren og sværhedsgraden, personens træthæd og sygdomsindsigt.

Den logopædiske udredning anbefales at indeholde 2 elementer:

1. Anamnestiske oplysninger indhentet fra journalmateriale og samtale med personen med afasi og de pårørende.
2. Logopædisk konklusion ud fra screening, observation, testning, vurdering og eller selvrapportering.

Arbejdsgruppen har derudover valgt at medtage et afsnit om overordnede anbefalinger om udredningspraksis.

Til slut i vejledningen gennemgås de tilgængelige tests, og deres validitet, reliabilitet og praktiske anvendelighed beskrives.

Vejledningen er udarbejdet af:

- *Mette Hougaard Villadsen*, Institut for Kommunikation og Handicap, Region Midtjylland.
- *Trygve Andersen*, Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, CKV, Odense Kommune.
- *Susanne Frimer-Rasmussen*, Center for Specialundervisning for Voksne, CSV, Københavns Kommune.

Sparring fra:

- *Lise Randrup Jensen*, Institut for Nordiske Studier og Sprog, Københavns Universitet
- *Jytte Isaksen*, Institut for Sprog og Kommunikation, Syddansk Universitet.

Projektleder og tovholder for arbejdsgruppen

- *Selena Forchhammer Thønnings*, Kommunikationscentret, Borger- og Socialservice, Hillerød Kommune.

Lovgrundlag

Denne vejledning omfatter som udgangspunkt alene voksne med kommunikationsvanskeligheder, som modtager tilbud i henhold til lov om specialundervisning for voksne, lovbekendtgørelse nr. 929 af 25. august 2011, med de ændringer, der følger af § 2 i lov nr. 378 af 28. april 2012 og § 14 i lov nr. 632 af 16. juni 2014. Den bekendtgjorte lovtekst vedrørende § 1 b, § 4, stk. 1, 2. pkt., § 5, stk. 4, og kapitel 5 b, trådte i kraft den 1. januar 2016.

Den logopædiske praksis bør ydermere forholde sig til nedenstående centrale dokumenter for området:

Hjerneskaderehabilitering - En medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2011 (MTV).

MTV'en gennemgår systematisk den eksisterende litteratur og bidrager med dataindsamling. Rapporten har været i høring hos en ekstern referencegruppe og gennemgår desuden eksternt peer-review.

MTV'en danner grundlag for Forløbsprogrammet.

Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen 2011.

Forløbsprogrammet er nationalt, og det er hensigten, at regioner og kommuner i samarbejde anvender, konkretiserer og tilpasser forløbsprogrammet i deres lokale tilrettelæggelse af hjerneskaderehabiliteringen.

Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. *En faglig visitationsretningslinje.* Sundhedsstyrelsen. December 2014.

Vejledning til medarbejdere på sygehusene, som udarbejder genoptræningsplaner, samt til medarbejdere i kommunen, der visiterer borgere med erhvervet hjerneskade til genoptræning og rehabiliteringsindsatser efter udskrivning fra sygehus.

De Regionale Sundhedsaftaler

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler/sundhedsaftaler-2015-2018>

Formål

Formålet med denne vejledning er at beskrive god praksis i den logopædiske udredning af personer med afasi. Herunder at:

- Sikre fælles terminologi på afasiområdet
- Komme med nogle overordnede betragtninger vedr. god udredningspraksis
- Anbefale tests og udredningsmateriale på afasiområdet
- Beskrive anbefalede faglige kompetencer, både teoretisk viden og praktisk kunnen.

Målgruppe

Unge/voksne med erhvervet hjerneskade, som udviser symptomer, der giver mistanke om afasi. Vanskelighederne kan variere i sværhedsgrad fra helt diskrete vanskeligheder inden for enkelte sproglige delfunktioner til massive vanskeligheder, som påvirker alle sproglige funktioner.

Det vil være forskelligt i hvilken grad, den enkelte person er i stand til at indgå i en udredning af de afatiske symptomer. Faktorer som det generelle sygdomsbillede, afasiens sværhedsgrad, tidspunkt i forløbet, indsigt i egne vanskeligheder og trættbarhed kan spille ind i forhold til, hvor testbar personen med afasi er. Disse faktorer vil sammen med logopædens formål med udredningen være medbestemmende i forhold til, hvilken type udredning det er relevant og realistisk at udføre – eksempelvis en systematisk undersøgelse eller en screening.

Terminologi og definitioner

- Arbejdsgruppen anbefaler de alment forståelige termer: *sprogforståelse*, *sprogproduktion*, *læsefunktion*, *skrive- og stavefunktion* til at opgøre og beskrive sværhedsgraden af afasi-symptomer på kropsniveau. Anvendelsen af denne terminologi i udredningen er en forudsætning for at planlægge og evaluere undervisning/rehabilitering på kropsniveau.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at man så vidt muligt supplerer den almene beskrivelse af de afatiske symptomer med en logopædisk konklusion, og at man hertil anvender *Bostonskolen's terminologi og klassifikation*. Hermed gives et samlet indtryk af symptombilledet samt karakteren og sværhedsgraden af de sproglige og kommunikative vanskeligheder. Anvendelsen af specifikke termer fra Bostonskolen sikrer desuden en fælles referenceramme, som medfører, at man hurtigt og præcist i det logopædiske miljø kan udveksle informationer, erfaringer mv. Desuden sikres en faglig forankring i den internationalt anvendte terminologi og dermed forskning og litteratur.
- Analysen kan evt. suppleres med *Lurias terminologi* eller den *psykolingvistiske model*, som PALPA-testen baserer sig på, se bilag 3. Dette kan i nogle tilfælde være relevant for at opnå en mere nuanceret beskrivelse og forståelse af symptombilledet samt viden om hensigtsmæssige tilgange i undervisningen. Fagterminologien fra disse skoler/teorier muliggør en mere præcis beskrivelse af de afatiske symptomer, som desuden kan være hensigtsmæssig, hvor det ikke er muligt entydigt at fastslå en afasiform.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at anvende termen *kommunikation* til at afdække og beskrive følger af afasi på aktivitets- og deltagelsesniveau, som vedrører muligheder og begrænsninger i forhold til at forstå og formidle indhold under samtale, modtage og videreformidle information samt opbygge og vedligeholde relationer i sproglige dagligdags aktiviteter. Udredningen af kommunikationen bør have fokus på såvel verbale som nonverbale måder at forstå og formidle budskaber på samt opretholde informationer på. Anvendelsen af termen *kommunikation* i udredningen er en forudsætning for at planlægge og evaluere undervisning/rehabilitering på aktivitets- og deltagelsesniveau.
- Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at man supplerer ovenstående med en beskrivelse af den påvirkning som afasien og kommunikationsvanskelighederne har på personens liv og dagligdag. Til dette formål anbefaler arbejdsgruppen, at man tager udgangspunkt i A-FROM¹ modellen (Aphasia Institute / Aura Kagan og Simmons-Mackie, 2008), der er udviklet med udgangspunkt i ICF og er en brugervenlig måde at illustrere ICF-niveauerne på,

¹ Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement

særlig målrettet afasiområdet (se bilag 4 for en mere uddybende beskrivelse af modellen). A-FROM modellen er således også et anvendeligt redskab til sammen med personen med afasi at prioritere, planlægge og evaluere den logopædiske indsats i forhold til de 4 ICF-niveauer indflydelse på det at leve med afasi.

Definition af afasi

"Aphasia is an acquired selective impairment of the language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person's communicative and social functioning, quality of life, and the quality of life of his or her relatives and caregivers." (Papathanasiou, I., Coppens, P. & Potagas, C., 2013).

Afasi defineres her som en erhvervet funktionsnedsættelse, centreret omkring de sproglige modaliteter og -funktioner. Funktionsnedsættelsen er opstået som følge af en erhvervet fokal hjerneskade i den sprogligt dominante hemisfære. Afasien påvirker personens kommunikative og sociale funktionsevne samt livskvaliteten for personen selv og for hans eller hendes pårørende og andre nære relationer.

Definition af kommunikation

"Any act by which one person gives to or receives from another person information about that person's needs, desires, perceptions, knowledge or affective states."

Communication may be intentional or unintentional, may involve conventional or unconventional signals, may take linguistic forms, and may occur through spoken or other moods" (Reichle et al., 2002).

Kommunikation defineres her som en hvilken som helst handling, der udføres af én person for at give information til eller modtage information fra en anden person vedrørende dennes behov, ønsker, indtryk, viden eller følelsesmæssige tilstand. Kommunikation kan være intentionel eller ikke-intentionel, kan involvere konventionelle og ukonventionelle signaler samt ske ved hjælp af tale eller andre modaliteter.

Den modalitet og dermed form, som anvendes i kommunikationen, er underordnet det at skabe fælles mening:

"Vellykket kommunikation opstår der, hvor begge parter påvirker kommunikationen ligeværdigt med hver deres forudsætninger og erfaringer og på denne måde skaber en fælles mening. Formen er således mindre vigtig end den vellykkede forståelse kommunikationspartnerne imellem" (Isaacs, 2016²).

Referencer

- Konsensus i arbejdsgruppen, 2016.
- Kagan og Simmons-Mackie, 2008.
- Isaac - <http://www.isaac.dk/hvad-er-aac/>, 2016.
- Johnson et al., 1998.
- Reichle et al., 2002.
- Spreen et al., 2003.

² <http://www.isaac.dk/hvad-er-aac/>

Overordnede anbefalinger

De overordnede anbefalinger er betragtninger om god udredningspraksis, som beskriver en fornuftig og hensigtsmæssig ramme for udredningen. Arbejdsgruppen anbefaler følgende:

Udredning

- Udredning bør i videst muligt omfang foregå med standardiseret test- og screeningsmateriale.
- Udredningen bør være dynamisk og evalueres løbende.
- Udredningen skal tilrettelægges ud fra en forståelse og respekt for personen med afasi oplevelse af, hvor udfordrende testsituationen og opgaverne er for vedkommende.
- Alle ICF-elementer bør overvejes.
- Personen med afasi og hans/hendes tætteste samtalepartnere bør inviteres til at bidrage til udredningen og målsætningen.
- Udredningen skal foretages af uddannet logopæd.
- Udredningens resultat skal dokumenteres og rapporteres.

Information til personen med afasi og de pårørende

- Personen med afasi og hans/hendes pårørende skal informeres om afasi og afasiens konsekvenser for personen selv samt de personer, han/hun omgås. Ofte vil det være hensigtsmæssigt at uddele en pjece om afasi i forbindelse med denne information.
- Udredningens resultater skal dokumenteres og rapporteres i et tilgængeligt format for personer med afasi og deres pårørende.
- Logopæden bør tilbyde rådgivning og vejledning – og ved behov undervisning – i teknikker til optimering af kommunikationen.

Information til tværfaglige team og sundhedspersonale

- Eventuelt sundheds- og plejepersonale underrettes med samtykke fra personen med afasi om udredningens resultat mundtligt og/eller skriftligt således, at logopædens viden og observationer indgår som en del af den samlede tværfaglige status og tilgang
- Sundheds- og plejepersonale som er i daglig kontakt med personen med afasi bør tilbydes rådgivning og vejledning – og ved behov - undervisning i principper for optimering af kommunikation.

Ved nytilkommen afasi/kommunikationsvanskeligheder

- Personen bør udredes inden udskrivning fra hospital.
- Logopæden er en del af det tværfaglige team omkring personen.
- Alle i teamet bør være trænet til at kunne yde samtalestøtte.
- Personer, der efter indledende logopædisk vurdering fremstår med afasi, men uden aktuelt rehabiliteringsbehov/-potentiale bør i den første måned efter apopleksien revurderes hyppigt med henblik på, om dette har ændret sig. Det tilstræbes at andre faggruppers testbatterier er tilpasset således, at personen med afasi har mulighed for at deltage i testningen og dermed blive udredt trods afasi.

Referencer

- Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements, CCRE Aphasia, 2014.
- Australia Aphasia Rehabilitation Parthway - <http://www.aphasiapathway.com.au/?name=Frameworks-for-assessment>
- <http://www.aphasiapathway.com.au/?name=Assessment-results>
- Canadian Stroke Best Practice Recommendations - <http://www.strokebestpractices.ca/index.php/stroke-rehabilitation/initial-stroke-rehabilitation-assessment-2/>
- UK National guideline for Stroke, 2012.
- Konsensus i arbejdsgruppen, 2016.

Anbefalinger

Udredning af afasi i logopædisk praksis kan foretages i alle faser, efter afasien er indtruffet og kan have forskellige formål. Det er vigtigt at være opmærksom på, at den logopædiske udredning oftest vil være en del af en tværfaglig udredning, der blandt andet udreder de kognitive funktioner (se *Vejledning i udredning af kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder*).

I nogle sammenhænge har en logopædisk udredning karakter af en *vurdering*, hvormed menes en struktureret og målrettet anvendelse af et udvalgt materiale eller udvalgte procedurer, herunder observation og interviews, men ikke nødvendigvis en fuldt standardiseret procedure. I andre sammenhænge benyttes egentlige *testning* ved hjælp af formaliserede måleinstrumenter med standardiserede procedurer for administration og scoring. Udredningen kan suppleres af en *selvrapportering*, som kan tage udgangspunkt i spørge- eller interviewskemaer, hvor den afasiramte person eller hans/hendes pårørende selv vurderer afasiens omfang, betydning og/eller følger.

Det er vigtigt, at formålet med udredningen er klart, da dette har betydning for, hvordan logopæden skal udføre denne, og hvilke procedurer og eller tests logopæden skal anvende. Det er op til logopædens professionelle skøn, hvilke elementer i udredningen, der på et givet tidspunkt bør have størst fokus, og dermed hvilke tests/test-elementer, der skal anvendes i udredningen.

Arbejdsgruppen har valgt at beskrive fire grundlæggende typer inden for den logopædiske udredning:

1. Screening af tilstedeværelse og omfang af afasi – herunder differentiering fra f.eks. dysartri, verbal apraksi, kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder
2. Testning af berørte sprogfunktioner og/eller afasiform og afasigrad
3. Vurdering af kommunikativ funktion samt kommunikative ressourcer og barrierer hos personen med afasi og dennes omgivelser
4. Vurdering og selvrapportering vedrørende afasiens påvirkning af aktivitet/deltagelse, psykologisk og social funktion samt livskvalitet

Hvor punkt 1. i høj grad handler om identifikation af tilstedeværelsen af afasi og differentiering fra andre vanskeligheder, handler punkt 2, 3 og 4 om at tilvejebringe konkrete fakta og detaljeret viden om personens sproglige situation i forhold til alle ICF-niveauer eller A-FROM model-

lens 4 domæner med henblik på at tilrettelægge et vejlednings-, undervisnings- og eller rehabiliteringsforløb. Arbejdsgruppen ønsker at fremhæve, at det er vigtigt at se på personens samlede situation i forhold til at leve med afasi. Det er således væsentligt også at afdække og beskrive relevante faktorer inden for både aktivitet- og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. Målet er at få et så nuanceret og reelt billede som muligt af, hvordan de sproglige og kommunikative muligheder og begrænsninger samt afasiens konsekvenser, kommer til udtryk i hverdagen med afasi. Dette vil være betydningsfuldt i forhold til at sikre det rette fokus og den rette indsats på et givent tidspunkt i rehabiliteringsforløbet for personen med afasi, og i forhold at opstille hensigtsmæssige mål sammen med personen og hans/hendes pårørende.

Den logopædiske udredning anbefales at indeholde 2 elementer:

1. Anamnesticke oplysninger indhentet fra journalmateriale og samtale med den afasiramte person og de pårørende.
2. Logopædisk konklusion ud fra screening, observation, testning, vurdering og eller selvrapportering.

Kropsniveau/sproglige færdigheder

Anamnesticke oplysninger om:

- Alder.
- Tidligere logopædisk udredning.
- Medicinske diagnoser (ICD-10 koder mv.).
- Hjernescanninger (CT-scanning, MR-scanning mv.).
- Symptomer ud over de sproglige: pareser, neglekt, apraksi, vågenhed/arousal, anosognosi, depression, funktionsnedsættelser inden for syn (f.eks. hemianopsi og samsynsproblemer), hørelse, dysleksi, dyskalkuli samt andre kognitive udfald.

Logopædisk konklusion vedrørende:

- Sprogforståelse (b16700).
- Sprogproduktion (b16710).
- Læsefunktion (b16701).
- Stavefunktion/skrivefunktion (b16711).
- Andre kognitive funktioner (b140, b144, b164).

De fire sproglige modaliteter er grundlæggende og bør udredes og beskrives systematisk og grundigt. Herudfra vil logopæden om muligt analysere sig frem til den specifikke afasiform eller de underliggende forstyrrelser bag symptomerne.

De kognitive funktioner udredes i den udstrækning, de påvirker den sproglige/kommunikative funktion (se *Vejledning i kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder*). Ved mistanke om tilstedeværelse af kognitive, emotionelle og/eller sociale vanskeligheder bør personen med afasi henvises til yderligere udredning af relevant fagperson.

Aktivitets- og deltagelsesniveau/social deltagelse

Anamnesticke oplysninger om:

- Uddannelse, erhverv og fritid.
- Præmorbid funktionsevne (generelt og kognitivt/kommunikativt).
- Eventuelt præmorbid behov for støtte i forhold til kommunikation.
- Oplevelse af muligheder og begrænsninger i kommunikationen i forhold til behov og krav.

Logopædisk konklusion vedrørende:

- Kommunikation (d310, d315, d325, d330, d335, d345).
- Behov og mulighed for at indgå i sociale sammenhænge (d350, d355, d710, d720, d910, d920).
- Behov og forudsætninger for at anvende kompenserende kommunikationshjælpe midler (d315, d325, d335, d345, d360).
- Behov og forudsætninger for at anvende sociale / digitale medier (d315, d325, d335, d345, d360).

Udredningen skal belyse muligheder og begrænsninger i forhold til at forstå og formidle indhold under samtale uanset formidlingsmåde (verbal/non-verbal). Kommunikation på to-mandshånd, i større grupper samt ved hjælp af digitale medier bør afdækkes og beskrives. Overvejelser vedrørende den enkelte persons ønske og mulighed i forhold til at indgå i sociale sammenhænge, samt om disse stemmer overens med den aktuelle sociale deltagelse i hverdagen, bør afdækkes og beskrives. Desuden bør behov for og udbytte af samtalestøttende strategier afdækkes og beskrives med henblik på at styrke det kommunikative miljø omkring personen med afasi. Endelig bør forudsætninger for at anvende kompenserende kommunikationshjælpe midler udredes, når sådanne muligheder overvejes.

Omgivelsesfaktorer/omgivende kommunikativt miljø

Anamnesticke oplysninger om:

- Bo-forhold.
- Omfang og sammensætning af socialt netværk.
- Hæmmende og fremmende faktorer i det kommunikative miljø: Syn og hørelse hos samtalepartner, brug af hjælpe midler (hos begge), mv.

Logopædisk konklusion vedrørende:

- Den afasiramte persons oplevelse af omgivelsernes holdninger og støtte.
- De pårørendes indsigt i og holdning til personens kommunikative ressourcer og vanskeligheder samt alternativ kommunikation.
- De pårørendes muligheder og motivation for at være støttende i kommunikationen – herunder at anvende samtalestøtte (e125, e310 – e499).

Hæmmende og fremmende faktorer i det omgivende kommunikative miljø er væsentlige at belyse og sammenholde med personen med afasi kommunikative funktionsniveau og kan være med til at sørge for, at der sættes ind med den rette indsats. En indsats rettet mod omgivelserne (fysiske eller sociale) kan være et væsentligt supplement til en indsats rettet mod personen med afasi. I nogle tilfælde vil denne oveni købet være både størst og væsentligst. Hvis der overvejes en indsats rettet mod personen med afasi pårørende er deres viden og parathed også væsentlig viden.

Personlige faktorer/følelsesliv

Anamnestiske oplysninger om:

- Social status (livsstil/social baggrund).
- Mestringsevne og livserfaring.

Logopædisk konklusion vedrørende:

- Stemningsleje og personlighed.
- Alternativ kommunikation.
- Motivation og ressourcer.
- Forventninger i forhold til indhold og udbytte af undervisningen.

Viden om de personlige omstændigheder, træk og forventninger er vigtige at beskrive og kende til, i det omfang de vurderes at have væsentlig indflydelse på de sproglige funktioner, kommunikationen og/eller den logopædiske intervention.

Referencer

- Konsensus i arbejdsgruppen, 2016.
- Spreen et al., 2003.
- Helm-Estabrooks et al., 2004.

Medarbejderkompetencer

De anførte anbefalinger tager udgangspunkt i, at alle logopæder, der arbejder inden for området, har en logopædisk universitetsuddannelse eller pædagogisk diplom uddannelse. Arbejdsgruppen anbefaler, at de logopæder, der arbejder inden for afasiområdet, er fortrolige med national faglig praksis, har kendskab til international faglig praksis samt den anvendte faglitteratur, herunder litteratur om testmetoder.

Tests, spørgeskemaer og screeninger til udredning af afasi

Der findes et stort antal tests til udredning af afasi. De fleste af disse tests er udviklet, gennemprøvet, standardiseret og udgivet på engelsk/amerikansk. Der er et stigende antal tests, som er oversat til dansk eller er ved at blive det. Enkelte er også ved at blive standardiseret med normer i forhold til det danske sprog. Følgende test er dog de eneste, der pr. juni 2016 opfylder betingelserne for standardisering på dansk: Boston Naming Test³, CAT⁴, CADL-2, MAST, Ordkendskabstesten og WAB.

³ Der er udarbejdet danske normer for de 64-89 årige.

⁴ Forventes udgivet i 2016

Der findes på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang tests på dansk til vurdering af afasien i forhold til "Aktiviteter og Deltagelse", "Omgivelsesfaktorer" og "Personlige faktorer". Dette er dog områder, som er under udvikling, hvilket også afspejles i listen over anbefalede tests, spørgeskemaer og screeninger. I forhold til personer med afasi eller mistanke om afasi, hvor egentlig testning ikke kan udføres, er der brug for screeningsmateriale på et meget basalt niveau - f.eks. i form af 'bedside-evalueringer'. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at der udvikles og udgives et sådant materiale på dansk.

Trods mangler ved flere af de eksisterende tests finder gruppen alligevel, at en stor del af disse er anvendelige.

Nedenfor er der en kort oversigt i skemaform over de test, spørgeskemaer og screeninger som arbejdsgruppen finder anvendelige til udredning. Dernæst følger en mere udførlig beskrivelse af disse. Formålet med de to oversigter er, at logopæden i skemaet kan få et hurtigt overblik over de anbefalede tests og i beskrivelserne få et større indblik i hver enkelt - alt sammen med henblik på at kunne udvælge og sammensætte et ønsket test-batteri. Til slut opridser arbejdsgruppen interessante test, som er under udvikling.

Oversigt over de anbefalede tests, spørgeskemaer og screeninger

Navn /	Funktion	Type	ICF-niveau
Afasitest	Afdækker færdigheder på forskellige sproglige områder	Test	Krop
AIQ	Afdækker hvordan afasiens påvirkning af hverdagen opleves af personen selv	Spørgeskema	Aktivitet og deltagelse, personlige faktorer
ALA	Kortlægning og drøftelse af, hvordan livet med afasi opleves og vurderes af personen selv samt målsætning og evaluering	Billedstøttet interview	Aktivitet og deltagelse, omgivelsesfaktorer, personlige faktorer
Boston Naming Test	Konfrontationsbenævnelse af substantiver af stigende sværhedsgrad	Test	Krop
CADL-2	Måling af kommunikationsevnen hos voksne med hjerneskade	Test	Aktivitet og deltagelse
CAT	Udredning af afasi hos voksne	Test-batteri	Krop, Aktivitet og deltagelse
CETI	Vurderer den verbale og ikke verbale funktionelle kommunikation hos personen med afasi	Selvrapportering	Aktivitet og deltagelse
Coast	Undersøger funktionel kommunikation i hverdagen samt kommunikationsvanskelighedernes betydning for deltagelse, følelser og oplevet livskvalitet hos hhv. Den afasiramte selv og den pårørende	To parallelle spørgeskemaer	Aktivitet og deltagelse, personlige faktorer

EOWPVT og ROWPVT	Den impressive del måler evnen til at forstå og kende ord. Den ekspressive del måler evnen til at generere ord, når man forevises ting, begreber eller handlinger.	Test i to dele	Krop
Kissing and dancing test	Tester den semantiske viden om verber	Test	Krop
Mast	Analyserer sammenhængende taleproduktion i forbindelse med billedbeskrivelse af 'småkagetyveri'-billedet	Test	Krop
Mavs	Konfrontationsbenævnelse til moderat-svær afasi	Test	Krop
Ordkend-skabstesten	Undersøger sproglige funktioner på et højere niveau end typiske afasitester	Test	Krop
Palpa	Undersøger hvor i systemet den afasiramte persons vanskeligheder er lokaliseret	Test	Krop
Pyramides and palm trees test	Undersøger evnen til at forstå ord og billeders detaljerede semantiske repræsentationer	Test	Krop
Saqol-39	Omhandler sundhedsrelateret livskvalitet	Spørgeskema	Krop Aktivitet og deltagelse Personlige faktorer
Token test	Undersøger auditiv sprogforståelse	Test	Krop
Vases	Måler graden af selvværd (self-esteem)	Selvurderingsskema	Personlige faktorer
Wab	Vurderer afasitype (Bostonskolen) og sværhedsgrad (afasikvotient)	Test-batteri	Krop

Beskrivelse af de anbefalede tests, spørgeskemaer og screeninger

Beskrivelserne er opsat i alfabetisk rækkefølge. Rækkefølgen er således ikke et udtryk for nogen form for prioritering af værdien af de forskellige tests, spørgeskemaer og screeninger.

Afasitest, (Nesgaard, 2003).

Testen afdækker den afatiske persons færdigheder på forskellige sproglige områder i henhold til Lurias teori. Testen består af en samtaledel og en testdel, og det forudsættes, at man har kendskab til Lurias teori for at kunne tolke resultatet. Samtalen giver indblik i den afasiramtes kommunikationsmuligheder, kommunikationsform og eventuelle kompensationsstrategier. Resultaterne af de enkelte deltests opgøres kvalitativt. Testen er udviklet på dansk. Der er ikke udarbejdet normer for testen, ligesom hverken validitet eller pålidelighed er afprøvet. Testen kan bruges som supplerende test på kropsniveau.

AIQ (Aphasia Impact Questionnaire), (Swinburn, <http://www.ukconnect.org/professionals/aiq>).

AIQ er et spørgeskema som har til formål at afdække, hvordan afasiens påvirkning af hverdagen opleves af personen selv. Spørgeskemaet består af 21 spørgsmål inden for de tre kategorier: 1) Kommunikation, 2) Deltagelse og 3) Trivsel. Spørgsmålene stilles mundtligt, og personen med afasi udpeger sit svar på den billedstøttede svar-skala fra 0-4. Spørgeskemaet egner sig til kortlægning og drøftelse af, hvordan personen med afasi har det i hverdagen samt målsætning og evaluering på de nævnte ICF-niveauer. AIQ er udviklet af CONNECT i England og er en forkortet version af Communication Disability Profile (CDP). AIQ er oversat til dansk og forventes tilgængelig i løbet af 2016. Et mindre studie har påvist god validitet (n=20) og lidt større studier (n=90-137) har vist god reliabilitet og responsivitet på engelsk. Spørgeskemaet retter sig mod ICF-niveauerne aktivitet og deltagelse samt personlige faktorer.

ALA (Assessment for Living with Aphasia), (Kagan et al., 2011).

ALA er et struktureret billedstøttet interview om livet med afasi som foretages med personen med afasi. ALA består af 45 spørgsmål fordelt på A-FROM modellens 4 domæner: 1) Sprog, 2) Deltagelse, 3) Omgivelser og 4) Det personlige. Intervieweren stiller spørgsmålene ud fra interview-guiden og støtter disse med det piktografiske hæfte. Personen med afasi svarer primært ved hjælp af udpegning på en visuel skala fra 0-4 (40 sp.mål) eller med angivelse af antal (5 sp.mål). Svarene samles til sidst i et scoringsark hvor henholdsvis hvert domæne og det samlede interview får både en totalscore og en gennemsnits-score. ALA egner sig til kortlægning og drøftelse af, hvordan livet med afasi opleves og vurderes af personen selv samt til målsætning og evaluering på de nævnte ICF-niveauer. ALA er udviklet af Aphasia Institute i Canada og er baseret på A-FROM modellen⁵, der er udviklet samme sted. ALA er oversat til en dansk projektversion, som afprøves i 2016-17, hvorefter den muligvis bliver tilgængelig i en officiel dansk oversættelse. Reliabilitet og validitet er undersøgt i Canada i et studie med 101 personer med afasi. Her fandt man moderat-høj reliabilitet og validitet. ALA retter sig mod ICF-niveauerne aktivitet og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

BNT – Boston Naming Test (Kaplan et al. 2001).

Testen er en benævnelsestest i en kort og længere version med mulighed for at prompte ord-mobiliseringen. Den består af 15 henholdsvis 60 illustrerede substantiver af stigende sværhedsgrad som anvendes til konfrontationsbenævnelse. Når et ord ikke kan benævnes forsøges først med semantisk og dernæst med fonologisk prompting. Hvis der kommer 8 på hinanden følgende fejl stoppes testen. De ord som trods prompting ikke mobiliseres gennemgås en gang mere til sidst som en multiple-choise opgave, hvor personen bedes vælge det rigtige ord blandt fire muligheder som præsenteres både skriftligt og verbalt. Sværhedsgraden af den sidste del af ordene gør, at den kan anvendes til de fleste sværhedsgrader af afasi (let-svær) uden lofteffekt.

Testen er amerikansk og er ikke oversat/udgivet på dansk, men en arbejdsgruppe af danske neuropsykologer har lavet Neuropsykologisk Demensdiagnostik⁶, hvori Boston Naming-testen indgår som den sproglige del. Her kan man finde danske normer for 64-89-årige. Der oplyses ikke noget i vejledningen om validitet eller reliabilitet. Testen retter sig mod kropsniveau.

⁵ Kagan og Simmons-Mackie, (2008)

⁶ Nielsen, H et al. 2006

CADL-2– Communication Activities of Daily Living (Holland et al. 1999, dansk udgave 2013, Hogrefe Psykologisk Forlag).

CADL-2 er et opdateret og revideret instrument til måling af kommunikationsevnen hos voksne med hjerneskade. Den består af 50 delopgaver, som relaterer sig til konkrete situationer fra hverdagen ved hjælp af situationsbilleder, skemaer mv. De forskellige items er ordnet i 7 kategorier: 1) Læsning, skrivning og anvendelse af tal, 2) Sociale interaktioner, 3) Afvigende kommunikation, 4) Kontekstuel kommunikation, 5) Non-verbale kommunikation, 6) Sekventielle forhold samt 7) Humor/Metafor/Absurditet. CADL-2 kan generere viden til at vurdere personens kommunikation verbalt, non-verbalt og skriftligt. Den er egnet for mennesker med traumatiske hjerneskader og skader i højre hemisfære som følge af apopleksi, og kan anvendes initialt, og løbende samt til måling af udbytte.

CADL-2 er amerikansk. Den er oversat til -og standardiseret på dansk på 34 individer med neurologisk baserede kommunikationsvanskeligheder. Validitets- og reliabilitets-undersøgelser af testen har vist gode resultater.

Testen retter sig hovedsageligt mod ICF-niveau for aktivitet og deltagelse.

CAT – Comprehensive Aphasia Test, (Swinburn, Howard, Porter, 2004).

CAT er et testbatteri til udredning af afasi hos voksne. CAT er baseret på et neuropsykologisk teoriset og er udarbejdet med udgangspunkt i kognitiv neuropsykologi.

Testen består af tre dele: 1) En kognitiv screening, der screener for non-verbale kognitive vanskeligheder. (6 deltests) 2) Et sprog batteri (21 deltests) og 3) Et spørgeskema om personen med afasi oplevede grad af handicap forbundet med kommunikationsevne i hverdagen. (32 spørgsmål fordelt på 6 emner) Hvis du ønsker at vide mere om den kognitive del i CAT, henvises til *Vejledning i udredning af kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder*. Sprog batteriet i CAT kan afdække afasi i alle faser og sværhedsgrader.

De sproglige deltests tester forståelse af både verbalt og skriftligt præsenterede enkeltord og sætninger samt forståelse af en verbalt præsenteret narrativ. Den tester også gentagelse af enkle ord, komplekse ord, non-ord, talrækker og sætninger. Der er benævnelsestest af henholdsvis objekter og verber. Endvidere indeholder den en billedbeskrivelse. Endelig er der udarbejdet et prøve-item forud for hver deltest. CAT giver et overblik over testpersonens styrker og svagheder fordelt på de sproglige delkomponenter. CAT er oprindeligt engelsk, men er oversat og tilpasset til danske forhold af Majken Kaae Frederiksen og Lisbeth Haaber i samarbejde med Dansk Psykologisk Forlag. Der er udarbejdet danske normer og standarder ud fra 100 afasiramte sprogbrugere og 50 normale sprogbrugere. Testen er standardiseret på engelsk, og validitet og reliabilitet er fundet god. Materialet forventes udgivet i 2016.

CETI-kommunikationsundersøgelse, The Communicative Effectiveness Index, (Lomas et al., 1989).

Testen vurderer den verbale og ikke verbale funktionelle kommunikation ved at personen med afasi samt hans/hendes nærmeste pårørende udfylder et vurderingsskema. Registreringen foregår på en 10 cm linje (Visual Analogue Scale). Testen består af 16 udsagn. Testen genererer viden om de pårørendes og personen med afasi oplevelse af hans/hendes kommunikation i hverdagen. Testen er oprindeligt canadisk, men anvendes nu verden over. Den er oversat til dansk af Palle Møller Pedersen, Kirsten Vinter, Tom Skyhøj Olsen⁷, 2001. Der er udarbejdet normer for den canadiske version af testen, ligesom både validitet og reliabilitet er afprøvet og

⁷ Pedersen, P. M., Vinter, K., Olsen, T. S. (2001)

fundet god. Der er fundet god korrelation mellem resultaterne af CETI og andre test f.eks. WAB. Testen retter sig mod ICF-niveauerne aktivitet og deltagelse.

COAST – The Communication Outcomes After Stroke Scale og Carer-COAST – The Carer Communication Outcomes After Stroke Scale, (Long et al. 2009).

COAST er to parallelle spørgeskemaer, som udfyldes af henholdsvis personen med afasi og hans/hendes pårørende. Personen med afasi udpeger sit svar på en 5 punktskala sammen med logopæden, mens den pårørende udfylder skemaet ved afkrydsning på skalaen. Begge skemaer er udformet med billedstøtte, og hvert skema består af 20 spørgsmål, heraf 15 spørgsmål vedrørende personen med afasi evne til funktionel kommunikation i hverdagen. De sidste 5 spørgsmål vedrører kommunikationsvanskelighedernes betydning for deltagelse, følelser og oplevet livskvalitet hos henholdsvis personen med afasi selv (COAST) og den pårørende selv (Carer-COAST). Testredskabet er udviklet i England på patienter med afasi eller dysartri som følge af apopleksi. Redskabet er under oversættelse til dansk af Stuve Christensen og Klaaby. Det forventes, at den danske udgave vil kunne downloades gratis fra copyrightholders (Manchester Universitet) hjemmeside www.click2go.umip.com/ct/coa/ fra efteråret 2016. Den engelske udgave af COAST og Carer-COAST er undersøgt og fundet tilfredsstillende mht. test-retest reliabilitet⁸. Samme undersøgelser samt Hesketh et al (2011) har vist indikation på god konstruktionsvaliditet, med det forbehold, at der ikke indgik personer med svær afasi i afprøvningen. Testen retter sig mod ICF-niveauerne aktivitet og deltagelse og personlige faktorer.

EOWPVT og ROWPVT – Expressive One-Word and Receptive One-Word Picture Vocabulary Test, (Martin & Brownell, 2011).

Testen består af to dele – en impressiv og en ekspressiv. Den impressive del måler evnen til at forstå og kende ord. Den ekspressive del måler evnen til at generere ord, når man forevises ting, begreber eller handlinger. Opgaverne i testene har en stigende sværhedsgrad, og der er ingen gulv- eller lofteffekt, hvorfor man kan identificere testpersoner med både et underudviklet og et højtudviklet ordforråd. Muligheden for direkte sammenligning mellem det ekspressive og impressive ordforråd kan bruges diagnostisk og i forbindelse med planlægning af undervisning. Testen egner sig bedst initialt samt til måling af udbytte. EOWPVT og ROWPVT er oprindeligt amerikansk. Registreringsarket er oversat til dansk, mens manual og stimulushæfte - med undtagelse af to danske tegninger – er det originale amerikanske materiale. Testen udgives i Danmark (Hogrefe, 2013). Testen har en høj validitet og reliabilitet, og den er standardiseret på engelsk på 2400 personer i alderen 2-103 år. Der gennemføres dansk standardisering, såfremt der kan skaffes fondsmidler til dette. Testen retter sig mod ICF-kropsniveau.

MAST – Metode til Analyse af Sammenhængende Tale, (Jensen et al. 2004a).

MAST er en metode til at analysere sammenhængende taleproduktion i forbindelse med billedbeskrivelse af 'Småkagetyveri'-billedet⁹. Testformen kræver lydoptagelse og transskription af testpersonens billedbeskrivelse og giver mulighed for at vurdere, hvor meget indhold der kan formidles (antal indholdselementer), samt hvor ordrig/ordfattig denne formidling er sat i forhold til indholdet (ordindeks). Der er udregnet normer for disse to scores på baggrund af en kontrolgruppe på 80 almindelige sprogbrugere i alderen 40-80 år. Normerne kan kun anvendes

⁸ Long et al. 2008; Long et al. 2009

⁹ Goodglass & Kaplan, 1983

i forhold til Småkagetyverbilledet, men tilgangen kan anvendes på andet materiale. Baggrunden for MAST-metoden er en amerikansk test¹⁰, som er videreudviklet og oversat til dansk. Der er påvist en høj interrater-reliabilitet af den danske version¹¹, og test-retest reliabilitet er under afprøvning. Validiteten er ikke afprøvet. Testen retter sig mod ICF-kropsniveau.

MAVS – Mobilisering af Verber og Substantiver, (Andersen, 2001).

MAVS er en konfrontationsbenævnelse af henholdsvis 30 substantiver og 30 verber, som er matchet på leksikalsk, fonologisk/fonetisk samt syntaktisk niveau. Sværhedsgraden er stigende, men alle items er dog forholdsvis hyppige ord og testen egner sig således bedst til moderat-svær afasi, da der ved lettere afasi er risiko for lofteffekt. Man kan afbryde testningen undervejs. Testen er udviklet på dansk. Der er ikke udarbejdet normer for testen, ligesom hverken validitet eller reliabilitet er afprøvet. Testen retter sig mod kropsniveau.

Ordkendskabstesten, (Grønberg et al., 1993).

Testen består af seks dele: 1) billedbenævnelse, 2) definitionsopgaver, 3) synonymvurdering, 4) overbegrebstest, 5) udpegningstest og 6) vurdering af auditiv hukommelsesspændvidde. Testen har opgaver af lidt større kompleksitet og sværhedsgrad og er derfor velegnet til personer med let afasi. I undervisningstilrettelæggelse kan testen derfor bidrage med oplysninger om sproglige funktioner på et højere niveau end typiske afasitest. Testen er således rigtig anvendelig til at få en fornemmelse af testpersonens abstraktionsniveau, inden indsatsen tilrettelægges. Testen er udviklet på dansk og er standardiseret i 1993 på baggrund af et randomiseret udtræk af 2700 personer. Der findes således normer for voksne mellem 20 og 80 år. Hverken validitet eller reliabilitet er afprøvet. Testen retter sig mod kropsniveau og egner sig bedst initialt samt til måling af udbytte.

PALPA – Psykolingvistisk undersøgelse af sprogprocessering hos afasiramte, (Lønnberg og Hallas-Møller, 2005).

PALPA tager udgangspunkt i en kognitiv neuropsykologisk model for sprogprocessering og består af et udvalg af 60 deltests. Testningen er hypotesedrevet og har til formål at finde ud af, hvor i systemet testpersonens vanskeligheder er lokaliseret. Det forudsættes, at man har kendskab til den neuropsykologiske sprogprocesseringsmodel for at kunne udvælge deltest samt tolke resultaterne - der findes en kort beskrivelse af denne i testens introduktion. Testen er konstrueret således, at den skal kunne gennemføres af personer med normal sprogfunktion med ingen eller få fejl. PALPA er oprindeligt en engelsk test, som er oversat til dansk. Der er ikke udarbejdet normer for den engelske test eller for den danske oversættelse, ligesom hverken validitet eller reliabilitet ikke er afprøvet. Testen retter sig mod kropsniveau.

The Pyramids and Palm Trees Test, (Howard & Patterson, 1992).

Formålet er at undersøge testpersonens evne til at forstå ord og billeders detaljerede semantiske repræsentationer. Testen er baseret på kognitiv neuropsykologi. Alle items er substantiver. Testordet/-billedet skal matches med et ud af to ord/billeder – et mål-ord og en distraktor. Mål-ordet og distraktoren er altid semantisk relateret, mens testordet for det meste er fra en anden kategori. Der er 52 testopgaver samt 3 prøveopgaver. Testen kan udføres med billeder, skrevne ord og talte ord samt kombinationer af disse, i alt på 7 forskellige måder.

¹⁰ Yorkston & Beukelman, 1980

¹¹ Jensen et al. 2004b

For hvert rigtigt svar gives 1 point, for hvert forkert gives 0 point, og svares der ikke, gives 0,5 point. Er resultatet 26/52, må det regnes som en tilfældighed. Scorer klienten 33/52 eller mere, regnes det ikke som en tilfældighed. For yderligere statistiske udregninger se vejledningen. Hvis en klient scorer 90 % eller flere korrekte svar, har de ingen klinisk signifikante vanskeligheder med denne test.

Testen kan købes her: <http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000185/pyramids-and-palm-trees-test-the.html>

Testen findes også i en norsk udgave, og kan købes her:

<http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/finn-laringsressurs/sprak-og-tale/Pyramide--og-palmetesten-kartleging-av-afasi/>

The Kissing & Dancing Test, (Bak & Hodges, 2003).

The Kissing and Dancing Test tester borgerens semantiske viden om verber. Testen er en pendant til the Pyramid and Palm Trees test (Howard & Patterson, 1992).

Testen kan købes ved at kontakte på mail frontier@neura.edu.au.

SAQOL-39 – Stroke and aphasia quality of life scale, (Hilari et al., 2003).

SAQOL-39 er et spørgeskema med 39 spørgsmål til personer med afasi omhandlende sundhedsrelateret livskvalitet. De 39 items er inddelt i tre domæner; 1) Fysisk, 2) Psykosocialt og 3) Kommunikation og relaterer til, hvordan personen med afasi har oplevet forskellige forhold inden for den sidste uge (f.eks. *Igennem den sidste uge... Har du følt dig modløs?*). Svarene afkrydses på en 5 point skala, og logopæden kan derefter indføre svar i et scoringsark og genererer domænescorer samt en samlet gennemsnitlig score. Skemaet findes også i en proxy version, hvor pårørende kan udfylde på vegne af personen med afasi. SAQOL-39 er en adaptation af Stroke specifik quality of life scale (SAQOL)¹², hvori brugere af redskabet var involveret i processen. Testen udviser gode psykometriske egenskaber, er klinisk signifikant og har god responsivitet for ændringer over tid, både tidligt i forløbet samt kronisk¹³. SAQOL-39 er oversat til dansk¹⁴ og vil blive tilgængelig på Center for Kommunikations hjemmeside i løbet af efteråret 2016¹⁵. Der er planer om at udføre psykometriske test af den danske version. SAQOL-39 retter sig mod ICF-niveauerne: aktivitet og deltagelse, krop og personlige faktorer.

Token Test, (Spreeen og Benton, 1969).

Testen undersøger auditiv sprogforståelse ved at bede testpersonen håndtere farvede brikker med forskellig form ud fra mundtlig instruktion. Testen indeholder både en kortere og en længere udgave. Arbejdsgruppen vurderer, at testen er velegnet til personer med let afasi. Testen er amerikansk, men der medfølger en dansk oversættelse af testarkene. Der er udarbejdet normer for den amerikanske version af testen ligesom både validitet og reliabilitet er afprøvet og fundet god. Testen retter sig mod kropsniveau.

WAB – Western Aphasia Battery, (Pedersen og Vinter, 2001).

Testen består af flere delprøver, som kan gives uafhængigt af hinanden. På baggrund af 'Orale

¹² Williams et al., 1999

¹³ Hilari et al., 2009

¹⁴ Andersen, 2015

¹⁵ www.cfk-herning.dk

sprogdelprøver', som omfatter taleproduktion, forståelse, gentagelse og benævnelse, kan logopæden vurdere afasitype (Bostonskolen) og sværhedsgrad (afasikvotient). Denne del kan ifølge vejledningen tages på sengekanten i den tidlige fase. Andre dele omfatter læsning og skrivning, samt test af apraksi, konstruktions-, visuospatiale og regneopgaver. Testen er konstrueret således, at den kan gennemføres af personer med normal sprogfunktion med ingen eller få fejl. WAB er en amerikansk test¹⁶, som er oversat til dansk. Den danske oversættelse er standardiseret på en stor gruppe (n=265) akutte apopleksipatienter med afasi¹⁷. Undersøgelser af den engelske version har vist såvel høj reliabilitet som høj validitet¹⁸. For den danske oversættelse er reliabilitet fundet tilfredsstillende i en mindre undersøgelse, og validitet understøttes af en større undersøgelse, som fandt høj korrelation mellem den oversatte test og en dansk version af CETI-testen¹⁹. Testen retter sig i mod kropsniveau.

VASES – Visual Analog Self-esteem Scale, (Brumfit & Sheeran, 1999).

VASES er et selvvurderingsskema til at måle testpersonens selvværd. Skemaet kan anvendes, selvom personen med afasi har store sproglige vanskeligheder, da vedkommende ved hvert enkelt item kun har to stregtegninger og to ord at forholde sig til. Der er 10 items, hvor testpersonen skal vurdere i hvor høj grad et adjektiv (eller dets modsætning) passer på ham/hende. F.eks. intelligent, optimistisk og vred. Testpersonen vurderer på en femtrinsskala. Testen findes kun på engelsk. Den har høj validitet og reliabilitet.

Arbejdsgruppen gør opmærksom på følgende tests, som endnu ikke er udgivet:

ALQI – The Aachen Living Quality Inventory, (Engell, 2003).

Testen er en selvvurdering foretaget af personen med afasi selv, hvor vedkommende vurderer i hvilken grad, han/hun føler sig belastet i det daglige liv. Hertil er der udviklet en billemiddel, som også kan håndteres af personer med svære impressive vanskeligheder. Alle billeder er fremstillet i enkle, sort/hvide tegninger. Situationerne skildrer almindelige hverdagsituationer inden for typiske psyko-sociale og fysiske områder. Egen vurdering ved ja/nej svar sker gennem simple piktogrammer. Der følges op med et spørgeskema til de pårørende. Undersøgelsen er tænkt som grundlag for den videre rehabilitering i henhold til den enkeltes behov. Testen er under udarbejdelse i Tyskland. Arbejdsgruppen anbefaler, at testen oversættes til dansk.

CCRSA – Communication confidence rating scale for aphasia, (Babbitt & Cherney, 2010).

CCRSA er et spørgeskema til selvvurdering af "kommunikativ selvtillid". De oprindelige udsagn stammer fra ASHAs Quality of Communication Life Scale, hvor disse vurderes på en 10 cm lang visuel analog skala, der også er støttet af tal og beskrivelser. Indholdet omfatter 10 spørgsmål så som "How confident do you feel about your ability to talk with people?". Testen har udvist gode psykometriske egenskaber, men den er dog ikke færdigtestet. Der er umiddel-

¹⁶ Kertesz (1982)

¹⁷ Pedersen og Vinter, (2001); Pedersen, Vinter & Olsen, (2004)

¹⁸ Shewan & Kertesz, (1980)

¹⁹ Pedersen, Vinter & Olsen (2001)

bart ingen planer om oversættelse til dansk, men man kan få gratis adgang til testen samt tilladelse til oversættelse ved henvendelse til forfatterne²⁰.

CIQ – Community Integration Questionnaire Tilpasset mennesker med afasi, (Daleman et al., 2010).

CIQ er et spørgeskema, der generer et mål for, i hvilken grad personen med afasi er integreret i hjemmelivet og i lokalsamfundet. CIQ består af 15 spørgsmål fordelt på tre kategorier: 1) Integration i hjemmet, 2) Social integration og 3) Produktivitet (praktiske opgaver i hjemmet) til hvilke man typisk har tre svarmuligheder. Jo højere score, jo bedre integration.

CIQ er oprindeligt udviklet til mennesker med traumatisk hjerneskade og altså nu tilpasset mennesker med afasi. Spørgeskemaet findes kun på engelsk. Spørgeskemaet viser god indre sammenhæng, meget fin test-retest reliabilitet og moderat validitet. CIQ retter sig mod ICF-niveauerne aktivitet og deltagelse.

CPIB – The Communicative Participation Item Bank, (Baylor, Yorkston, Eadie, Kim, Chung, & Artmann, 2013).

CPIB er et selv-rapporterings måleinstrument (patient-reported outcome), der kan måle deltagelse i kommunikation i rigtige dagligdags livssituationer på tværs af fire diagnosegrupper: multiple sklerose MS, Parkinson, amyotropisk Lateral sklerose ALS, hoved- og hals kræft. CPIB består af et spørge-skema med 46 spørgsmål. Og en kort udgave med kun 10 spørgsmål. Den generelle beskrivelse af den undersøgte funktion er bevaret i den korte form. spørgsmålene besvares ved at krydse af på en firetrins skala fra 'slet ikke (3)', 'En lille smule (2)', 'en hel del (1)', 'rigtig meget (0)'. Spørgsmålene er formuleret som: 'does your condition interfere with...Talking with people you know?'. Den korte form besvares på samme måde. Forfatterne forventer, at CPIB kan bruges på alle former for kommunikationsnedsættelser, hvor det samlede funktionsniveau befinder sig fra let til moderat grad, men dette mangler at blive undersøgt. Målgruppen for CRIP er hjemmeboende voksne med erhvervede lette til moderate sproglige vanskeligheder.

CPIB er valid, men er ikke undersøgt for reliabilitet. CPIB er mindre præcis i forhold til mennesker, hvis kommunikation kun er meget lidt påvirket. Forskerne bag CPIB anbefaler yderligere forskning og psykometrisk testning med andre diagnosegrupper i andre situationer.

Anbefalinger i forhold til at oversætte og bearbejde test fra et andet sprog til dansk

Oversættelse og bearbejdning af tests fra andet sprog til dansk skal ske efter aftale med forfatter og/eller forlag. Disse kan have specifikke ønsker til, hvilken oversættelsesproces der skal foretages og hvorledes evt. kulturelle forskelle samt andre forskelle kan tilpasses. Det anbefales at der søges viden om de forskellige former for testoversættelse og -adaption, der kan finde sted. Der findes et betydeligt omfang af litteratur omhandlende dette.

²⁰ Babbitt & Cherney, (2010); Cherney, Babbitt, Semik & Heinemann, (2011); Babbitt, Heinemann, Semik, & Cherney, (2011).

Litteratur

- Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements, CCRC Aphasia (2014): <http://www.aphasiapathway.com.au/flux-content/aarp/pdf/2014-COMPREHENSIVE-FINAL-01-10-2014-1.pdf>.
- Andersen, A.G. (2015). *Afasi og livskvalitet i dansk logopædisk praksis*. Upubliceret specialeafhandling fra Syddansk Universitet.
- Andersen, K. F. (2001). *Mobilisering af Verber og Substantiver - MAVS*. Special-pædagogisk forlag. Herning.
- Bak & Hodges, (2003). The Kissing & Dancing Test. I: *Journal of Neurolinguistics*, Pages 169-181, Volume 16, Issue number 2-3.
- Bruhn, Peter (2001). *Neuropsykologiske dysfunktioner*. I: Paulson, O.B, Gjerris, F, Sørensen, F.S. og Juhler, M. *Klinisk Neurologi og Neurokirurgi*. FADL's Forlag. København.
- Babbitt, E.M. & Cherney, L.R. (2010). Communication confidence in persons with aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(2), pp. 214-223.
- Babbitt, E.M., Heinemann, A.W., Semik, P. & Cherney, L.R. (2011). Psychometric properties of the Communication Confidence Rating Scale for Aphasia (CCRSA): Phase 2. *Aphasiology*, 25(6-7), pp. 727-735.
- Baylor, C., Yorkston, K., Eadie, T., Kim, J., Chung, H. & Artmann, D. (in press) (2013). The Communicative Participation Item Bank (CPIB): Item bank calibration and development of a disorder-generic short form. I *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 56. s. 1190-1208.
- Brumfitt, S. M., Sheeran, P. (1999). The development and validation of the Visual Analogue Self-Esteem Scale (VASES) I: *The british Journal of Clinical Psychology* 38 (PT4) s. 387-400.
- Dettlaff, P et al. (1991). *Dansk afasiundersøgelse af 1991 - A91*. Special-pædagogisk forlag. Herning.
- Cherney, L.R., Babbitt, E.M., Semik, P. & Heinemann, A.W. (2011). Psychometric properties of the Communication Confidence Rating Scale for Aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), pp. 352-360.
- Dalemans, R. J., deWitte, L. P., van den Heuvel, W. J., Wade, D. T. (2010). Psychometric properties of the community integration questionnaire adjusted for people with aphasia I *Arch Phys Med Rehabil*, 91 s.395-399.
- Edmundson, A & McIntosh, J (1995). Cognitive Neuropsychology and Aphasia Therapy: Putting Theory into Practice. I: C Code & D J Muller (eds) *The Treatment of Aphasia: From Theory to Practice*. London: Whurr, s. 137-163.
- Engell, B., Hutter, B.O., Willmes, K., Huber, W. (2003). *Quality of Life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure*. *Aphasiology*, 17 (4), 383-396.
- Goodglass, H. og Kaplan, E. (1983). *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*. Lea and Fibiger. Philadelphia.
- Grønborg, A, Lund, J, Steen Møller, O, Pedersen, H. (1993). *Ordkendskabstesten*. Special-pædagogisk forlag. Herning.
- Helm-Estabrooks, N. og Albert, M.L. (2004). *Manual of Aphasia and Aphasia Therapy - Second Edition*. PRO-ED, Texas.

- Hesketh, A., Long, A., Bowen, A. (2011). Agreement on outcome: Speaker, carer, and therapist perspectives on functional communication after stroke. *Aphasiology*, 25 (3), 291-308.
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L. & Smith, S.C. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability and validity. *Stroke*, 34, pp. 1944-1950.
- Hilari, K., Lamping, D.L., Smith, S.C., Northcot, S., Lamb, A. & Marshall (2009). Psychometric properties of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39) in a generic stroke population. *Clinical rehabilitation*, 23(6), pp. 544-57.
- Holland, A, Frattali, C, Fromm, D. (1999). *Communication Activities of Daily Living* (2nd Edition) - CADL-2. Proed Publishers Inc. Austin, Texas. (Dansk oversættelse v. Lone Myhlendorph under udgivelse af Dansk Psykologisk Forlag).
- Howard, D. & Patterson, K. (1992). *Pyramids and Palm trees: a test of semantic access from pictures and words*. Thames Valley: St Bury Edmunds.
- Jensen, L. R., Petersen, N. R., Aagaard, C., & Petersen, A. (2004a). *MAST - en metode til analyse af sammenhængende tale hos afasiramte personer: Brugervejledning*. Frederiksborg Amt, Kommunikationscentret Hillerød.
- Jensen, L. R., Petersen, N. R., Petersen, A., & Aagaard, C. (2004b). Videreudvikling og afprøvning af MAST-metode til analyse af sammenhængende tale hos afasiramte personer. *Dansk Audiologopædi*, 40(4), 11-21.
- Johnson, Alex F. George, Paige, Hinckly, Jackie (1998). *Assessment and Diagnosis in Neurogenic Communication, Disorders*. I Johnson, Alex F.
- Jacobson, Barbara H. (2006). *Medical Speech-Language Pathology, A Practitioner's Guide*. Thieme.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Sharp, S. (2008). Counting what counts: Aframework for capturing real-life outcomes af aphasia intervention. I *Aphasiology*, 22 s. 258-280.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Victor, J. C., Carling-Rowland, A., Hoch, J., Huijbregts, M., et al. (2011). *Assessment for Living with Aphasia. (ALA)*. Toronto, ON: Aphasia Institute.
- Kaplan, E, Goodglass og Weintraub, S. (2001). *Boston Naming Test - Second Edition*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins (kan bestilles gennem Psykologisk Forlag).
- Kertesz, A. (1982). *The Western Aphasia Battery*. New York: Grune & Stratton.
- Lomas, J. Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index. Development and psychometric evaluation of the functional communicative measure for adult aphasia. I *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, s 113-124.
- Lovbekendtgørelse lov nr. 658 af 3. juli 2000, med de ændringer, der følger af § 62 i lov nr. 145 af 25. marts 2002. Senest med lov: L 592 af 24. juni 2005 med ikrafttræden 01. januar 2007.
- Long, A. F., Hesketh, A., Paszek, G., Booth, M. & Bowen, A. (2008). 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.

- Long, A., Hesketh, A. & Bowen, A. (2009). Communication outcome after stroke: a new measure of the carer's perspective. *Clinical Rehabilitation*, 23. 846-856.
- Luria, A.R. (1975) *Hjernen*. Nyt Nordisk Forlag.
- Luria, A.R. and Hutton, A.A. (1977). *A Modern Assessment of the Basic Forms of Aphasia. Brain and Language* s. 129-151.
- Lønnberg, C. og Hallas-Møller, G. (2005). *Psykolingvistisk undersøgelse af sprogprocessering hos afasiramte (dansk udgave) - PALPA*. København. Center for Hjerneskade.
- Nesgaard, V. (2003). *Afasitest*. Nordjyllands Amts Taleinstitut.
- Nielsen, H., Bruhn, P., Elmo, T., Jørgensen, K., Stokholm, J. (2006). Neuropsykologisk demensdiagnostik. Anbefalinger fra en arbejdsgruppe under Selskabet Danske Neuropsykologer. *Selskabet Danske Neuropsykologer*.
- Martin, N., and Brownell, R. (2011). Expressive One-Word Picture Vocabulary Test-4th Edition. Novato, CA: *Academic Therapy Publications*.
- Martin N., and Brownell, R. (2011). Receptive One-Word Picture Vocabulary Test-Fourth Edition. Novato, CA. *Academic Therapy Publications*.
- Papathanasiou, I., Coppens, P. & Potagas, C. (2013). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*, Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Pedersen, P. M. og Vinter, K. (2001). *Western Aphasia Battery - WAB*. (Dansk oversættelse, tilpasning og standardisering). Dansk psykologisk Forlag. København.
- Pedersen, P.M., Vinter, K. and Olesen, T. S. (2001). *The Communicative Effectiveness Index: Psychometric properties of a Danish adaptation*. *Aphasiology*, 15 (8), 787-802.
- Pedersen, P. M., Vinter, K., & Olsen, T. S. (2004). Aphasia after stroke: Type, severity and prognosis - The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovascular Diseases*, 17(1), 35-43.
- Pedersen, Tom, Gluud, Christian N., Gøtzsche, Peter C., Matzen, Peter & Jørgensen, Peer A. Wille (2001). <http://www.ouh.dk/wm134798> Evidensvurdering // Odense Universitetshospital checkliste og evidensniveau skema over evidensniveauer og evidensstyrke I: *Hvad er evidensbaseret medicin?*
- Reichle, J., Beukelman, D., & Light, J. (2002). *Exemplary practices for beginning communicators: Implications for AAC*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Royal College of Speech-Language Therapists (2005). *Clinical Guidelines*. Speechmark Publishing Ltd. Oxon.
- Schiøler, G., Dahl, T. (red) (2003). *International klassifikation af funktionsevne funktionsevne-nedsættelse og helbredstilstand - ICF*. Sundhedsstyrelsen. Munksgaard.
- Shewan, C. M., & Kertesz, A. (1980). Reliability and validity characteristics of the Western Aphasia Battery (WAB). *J Speech Hear Disord*, 45(3), 308-324.
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., Victor, J. C., Carling-Rowland, A., Mok, A., Hoch, J.S. Huijbregts, M. & Streiner, D. L. (2013). The assessment for living with aphasia: Reliability and construct validity. I *International journal of Speech-Language Pathology*, 16 (1), February 2014 s. 82-94.
- Spreen, Otfried & Risser, Anthony H. (2003). *Assessment of Aphasia* kap. 3 og 4. Oxford University Press.
- Spreen, O. og Benton, A.L. (1969). *Token Test*. Dansk Psykologisk Forlag. København.

Struve Christensen, M. S. og Klaaby, L. (2015). COAST-testen: Mon 'chat' betyder 'hyggesnak'? Tilblivelsen af den første danske version af COAST og Carer COAST. Bachelor-projekt ved Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab.

Sundhedsstyrelsen (2006). *Opdateret referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi* s. 30-32.

Sundhedsstyrelsen og Marselisborgcentret (2005): *ICF - Den Danske Vejledning og Eksempler fra Praksis*. Marselisborgcentret 2005.

Swinburn, K. *AIQ (Aphasia Impact Questionnaire)*: <http://www.ukconnect.org/professionals/aig>

Swinburn, K., Porter, G. & Howard D (2004). *The Comprehensive Aphasia Test*. Hove; Impact case study (REF3b) Page 2 Psychology Press.

Teasdale, T.W., Christensen, A-L., Willmes, K., Delocke, G., Braga, L., Castro- Caldas, A., L., Laaksonen, R. K. & Leclercq, M. (1997). *Subjektive experience in brain-injured patients and their close relatives. A European Brain Injury Questionnaire study*. *Brain Injury*, 11. 543 – 563

Ugeskrift for læger 2001:27, 3769-72

UK National guideline for Stroke (2012): www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/stroke-guidelines

WHO (2003): *"ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand"*. Sundhedsstyrelsen 2003. Munksgaard

Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *I stroke* 30 (7) s. 1362 -9.

Worrall, Linda (1995). *The Functional Communication Perspective*, s. 47-69. I: Code, Chris og Muller, Dave. *The Treatment of Aphasia: From Theory to Practice*. Whurr Publishers Ltd. London.

Yorkston, K., & Beukelman, D. (1980). An analysis of connected speech samples of aphasic and normal speakers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45, 27-36.

Bilag 1: ICF-terminologi.

Bilag 2: Terminologi – Luriaskolen og Bostonskolen.

Bilag 3: PALPA terminologi.

Bilag 4: A-FORM

Bilag 5: Skema over evidensniveauer og styrker.

Bilag 1

ICF-terminologi

1. Funktionsevne

Funktionsevne er en overordnet term for kroppens funktioner og anatomi samt personens muligheder for aktiviteter og deltagelse. Termen angiver aspekter mellem en person og personens kontekstuelle faktorer (dvs. omgivelsesfaktorer og personlige faktorer, se nedenfor) Funktionsevne vurderes i forhold til personens ressourcer og funktionsevnenedsættelse på kropsområde samt aktiviteter og deltagelse

a) Kroppens funktioner og anatomi

Definition: Kroppens funktioner er de fysiologiske og psykologiske funktioner i kroppens systemer. Anatomi defineres som kroppens forskellige dele. Eksempelvis:

- mentale funktioner, herunder sprog
- sanser, f. eks syn og hørelse
- respiration
- bevægeapparatet

b) Aktiviteter og deltagelse

Definition: Aktivitet er en persons udførelse af en opgave eller handling mens deltagelse defineres som en persons involvering i dagliglivet. Eksempelvis:

- læring og anvendelse af viden
- kommunikation
- omsorg for sig selv
- vigtige livsområder, f. eks uddannelse, job, familieliv
- samfundsliv, socialt liv og medborgerskab

2. Kontekstuelle faktorer

De kontekstuelle faktorer vurderes i dikotomien hæmmende/fremmende faktorer i forhold til personens muligheder for aktiviteter og deltagelse.

a) Omgivelsesfaktorer

Definition: Omgivelsesfaktorer er de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som mennesker bor og lever i. Eksempelvis:

- produkter og teknologi
- naturlige omgivelser og menneskeskabte ændringer i omgivelserne
- støtte og kontakt holdninger

b) Personlige faktorer

Definition: Personlige faktorer er faktorer, der er knyttet til personen selv som f. eks alder, køn, social status, mestringsevne, livssyn og livserfaring. Bemærk: personlige faktorer klassificeres ikke i ICF, men bør inddrages i udredningen da f. eks mestringsevne har stor betydning for, hvordan personen selv forsøger at kompensere for en funktionsevnenedsættelse.

Bilag 2: Terminologi – Luriaskolen og Bostonskolen

Luriaskolens terminologi		Bostonskolens terminologi	
Afasiform vurderes ud fra en indledende samtale og en kvalitativ testning af motorisk-, akustisk-motorisk-, visuel funktion, impressivt sprog, læsning og ekspressivt sprog		Afasiform vurderes ud fra deltest i fluency, forståelse, gentagelse og benævnelse.	
Syntagmatisk organisation: plan, rækkefølge, strategi		Ikke-flydende afasi	Global afasi Karakteristiske træk er meget svær anomi, meget dårlig auditiv forståelse og meget dårlig gentagelsesevne. Der forekommer stort set ingen ekspressiv sprogfunktion ud over eventuelle stereotype vendinger, gentagelser eller jargon. Læse- og skrivefunktion er hårdt ramt.
	Efferent motorisk afasi Sammenbrud i den sekventielle/motoriske planlægning af fonemer, stavelser, ord og sætninger. Talen bliver langsom, ofte aprosodisk, med besværet motorisk skift (enkeltfonemer udtales korrekt), og der er tendens til reduktion og perseveration. Reduceret syntaks og morfologi (telegramstil).		Broca's afasi Karakteristiske træk er anomi, kort sætningslængde, relativ god auditiv forståelse, relativ dårlig gentagelsesevne. Talen er præget af agrammatisme - dvs. primært indholdsord, få funktionsord. Sætningerne er forsimplede og ufuldstændige. Dog høres muligvis overindlærte sætninger. Artikulationen er sædvanligvis anstrengt og hæmmet pga. artikulationsbesvær og fonologiske parafasier. Dette påvirker sprogmelodien. Skriftsproget er påvirket. God indsigt i egne vanskeligheder.
			Mixed non-fluent afasi Karakteristiske træk er svær anomi, relativ dårlig auditiv forståelse og dårlig gentagelsesevne - præstationen på disse områder er bedre end for global afasi, men dårligere end for Brocas afasi. Kan forekomme personer, der er kommet sig efter en initial global afasi. Verbalt output kan være begrænset til stereotype ytringer, men hos nogle forekommer begrænset meningsbærende tale, som er artikulatorisk anstrengt og præget af fonologiske parafasier og perseveration.
	Dynamisk afasi Forstyrrelse i sprogets prædikative funktion (amnesi for verbum) - i overførelsen af tanker til indre sprog. Talen er reduceret til semantiske brudstykker og objektbenævnelse uden sætningsstruktur. Lettere impressive vanskeligheder og alexi - tiltagende med processens længde.		Transkortikal motorisk afasi Karakteristiske træk er anomi, kort sætningslængde, god auditiv forståelse, relativ god gentagelsesevne. Talen er præget af igangsætningsvanskeligheder og korte ufuldstændige sætninger, som kan bestå primært af grammatiske ord. Til forskel fra Brocas afasi er artikulationen ubesværet.
Paradigmatisk organisation: selektion, udvælgelse	Sensorisk akustisk afasi Defekt akustisk analyse og syntese af sproglyd, især enslydende fonemer - men lydbilledet kan være så svært forstyrret, at kun det prosodiske udtryk kan genkendes (ordsalat). Sprogets logiske struktur forstyrres, så ordenes betydning bliver "upræcis". Spontan talen er præget af mangel på konkrete, informationsbærende ord. Læse- og skriveevnen er ofte svært kompromitteret.	Flydende afasi	Wemicke's afasi Karakteristiske træk er påfaldende anomi, dårlig auditiv forståelse og dårlig gentagelsesevne. Kvalitative træk ved spontan talen er velartikuleret prosodisk tale præget af ukritiserede fonologiske og verbale parafasier, neologismer, informationstomme ord og fraser samt perseveration. Især gør manglen på substantiver talen indholdstom. I alvorligste tilfælde er neologismer så dominerende at talen bliver jargon/sort. Talehastigheden er ofte forceret og tale-mængden er påfaldende omfangsrig. Begrænset indsigt i egne vanskeligheder.

<p style="text-align: center;">Akustisk amnestisk afasi</p> <p>Hovedkendetegnet er, at selv en kort række af stavelser eller ord ikke kan fastholdes, idet auditive spor gensidigt hæmmer hinanden, - og det kan derfor være svært at opfatte/huske en besked, der ikke indgår i en meningsfuld sammenhæng (f. eks.: tlfnr.). Genstandsbenævnelse er defekt med verbale og undertiden fonologiske parafasier. Svigtende analyse, syntese og organisation af komplekse associationer.</p>	<p style="text-align: center;">Transkortikal sensorisk afasi</p> <p>Karakteristiske træk er signifikant anomi, dårlig auditiv forståelse, relativ god gentagelsesevne. Talen er præget af svær anomi, som kan forstyrre taleflowet, trods at flydende tegn er til stede (ubesværet artikulation, god prosodi og grammatiske konstruktioner). Hyppig brug af ikke-specifikke ord, hvilket giver samtalen et 'tomt' præg. Verbale parafasier er mere almindelige end fonologiske parafasier, ligesom perseverationer er almindelige.</p>
<p style="text-align: center;">Afferent motorisk afasi</p> <p>Artikulationsapraksi pga. manglende kinæstetisk feedback fra artikulationsorganerne. Sammenhængende spontantale er ofte bedre end isolerede ord og enkeltlyd, og der er specifikke vanskeligheder mht. diskrimination af artikulatoriske oppositioner. Den svigtende artikulatoriske analyse medfører også læse- og skrivevanskeligheder.</p> <p>Afferent motorisk ligger i et grænseområde mellem den syntagmatiske og den paradigmatiske organisation</p>	<p style="text-align: center;">Konduktions afasi</p> <p>Karakteristiske træk er anomi, god auditiv forståelse, signifikant dårligere gentagelsesevne end selvformuleret tale. Kvalitative træk ved spontantalen er kritiserede fonologiske parafasier, som forsøges rettet samt omskrivninger i forsøg på at kompensere for ordmobiliseringsbesværet. Talen er flydende og med normal sætningslængde, selvom taleflowet kan blive afbrudt af ordfindingspauser eller forsøg på at rette sig selv.</p> <p>God læse- og skrivefunktion.</p>
<p style="text-align: center;">Logisk semantisk afasi</p> <p>Forstyrrelse i semantiske relationssystemer, så semantiske alternativer fremstår med samme sandsynlighed (medfører amnesi og verbale/fonologiske parafasier). Svigtende opfattelse og anvendelse af logisk-grammatiske strukturer, der indeholder rumlige relationer (forholdsord), asymmetriske sammenligninger (f. eks. Størrelsesrelationer) eller tidsrelationer (f.eks. før/efter og tidsbindeord). Også visse morfologiske konstruktioner (f.eks. passiv-form) er forstyrret. Artikulationen er flydende, intonation og prosodi er bevaret, og der er normal fonemhøring (kan derfor promptes fonologisk).</p> <p>Der er læse- og skriveforstyrrelser samt ofte svært forstyrret regneevne.</p>	<p style="text-align: center;">Anomisk afasi</p> <p>Karakteristiske træk er anomi, (relativ) god auditiv forståelse, (relativ) god gentagelsesevne. Anomien består særligt i vanskeligheder med at mobilisere substantiver. Kvalitative træk ved spontantalen er hyppige ordfindingspauser, omskrivninger og (få) verbale parafasier. Sætningslængden er forholdsvis normal, selvom taleflowet afbrydes af ordfindingspauser.</p>

Referencer

- Bruhn, 2001.
- Goodglass and Kaplan, 1983.
- Helm-Estabrooks and Albert, 2004.
- Luria, 1975.
- Luria, 1977.
- Nesgaard, 2003.

Bilag 3

PALPA-terminologi

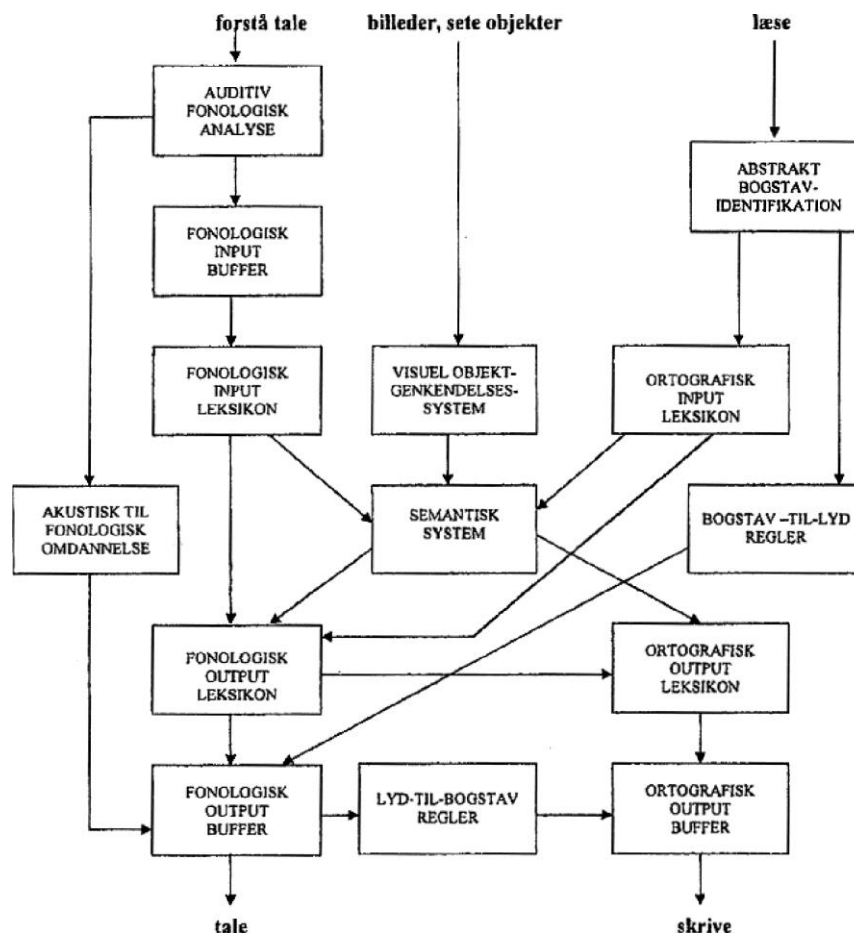
PALPA- terminologi

(Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia)

Ud fra en sprogprocesseringsmodel med en neuropsykologisk og en psykolingvistisk indfaldsvinkel fortolkes processer som vedrører genkendelse, forståelse og produktion af talte og skrevne ord og sætninger.

PALPA, der består af 60 deltests, forklarer de sproglige symptomer gennem en beskrivelse af de moduler eller forbindelser, som findes i den normale sproglige processering, men som nu ses forstyrrede. PALPA er hypotesedrevet. Ud fra logopædens hypotese dannet på baggrund af en analyse af opsamlede data, en indledende samtale og logopædens viden om sprogfunktioner udvælges relevante deltests som be- eller afkræfter den opstillede hypotese. Symptomer associeres ikke til et syndrom (som fx Wernickes afasi), men de moduler eller forbindelser i sprogprocesseringsmodellen, der er forstyrret/in-takte lokaliseres og beskrives. På baggrund af denne viden planlægger logopæden sin undervisning som har til formål at genskabe, reorganisere og/eller kompensere for de svækkede processer.

Sprogprocesseringsmodel



Referencer

- Edmundson og McIntosh, (1995).
- Lønnberg og Hallas-Møller (2005)

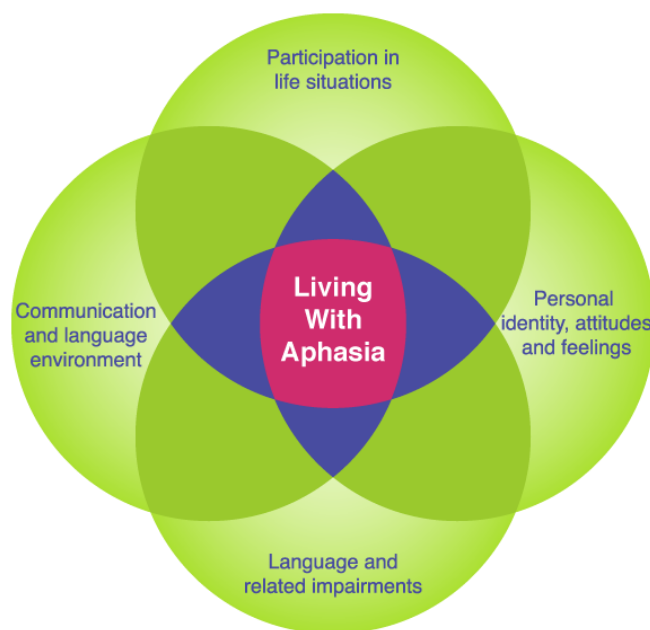
Bilag 4

A-FROM

A-FROM (Kagan et al., 2008).

A-FROM er udviklet på Aphasia Institute i Toronto. Modellen ønsker at flytte fokus i evaluering af outcome fra ensidigt at være på kropsniveau til at se mere på 'real life changes'.

A-FROM er en evalueringsramme for personer med afasi, som giver struktur for identifikation af områder som er vigtige ved målsætning og evaluering.



Modellen lægger sig op ad ICF, men er mere simpel og brugervenlig. Cirklerne illustrerer en dynamiske interaktion mellem fire domæner, som påvirker livet med afasi, og som svarer til de fire ICF-niveauer.

- Language and related impairments (kropsniveau)
- Participation in life situations (aktivitets- og deltagelsesniveau)
- Communication and language environment (omgivelsesfaktorer)
- Personal identity, attitudes and feelings (personlige faktorer)

Livskvalitet betragtes som et centralt element som interagerer med og påvirkes af de fire domæner.

Modellen er ikke i sig selv et evalueringsredskab, men kan anvendes som målsætnings- og evalueringsramme uafhængig af evalueringsredskaber. Personen med afasi kan inddrages og bidrage ift. hvilke domæner som opleves fremmende/hæmmende ift. livet med afasi.

Bilag 5

Skema over evidensniveauer og evidensstyrker

Evidens betyder vished, klarhed og tydelighed. Ordet har fra sin latinske oprindelse flere betydninger, og når ordet anvendes i dag inden for de pædagogiske, sociale og sundhedsfaglige områder, er der tilsvarende forskellige opfattelser af, hvad der tæller som evidens. Evidens kan forstås som "den aktuelt bedste viden", man har inden for et område.

Den aktuelt bedste viden opnås typisk gennem forskning. Derfor forbindes evidens tit med "hårde facts" eller uomtvistelig viden opnået gennem omhyggelige og systematiske undersøgelser.

Men evidens er ikke kun forskningsbaseret viden. I nogle tilfælde kan den aktuelt bedste viden hentes i ekspertudtalelser eller hos erfarne professionelle. Evidens er derfor mere end forskning kan fortælle, bl.a. fordi ikke alle forhold er videnskabeligt undersøgt.

Skema over evidensniveauer og evidensstyrke

Publikationstype	Evidens	Niveau
Metaanalyse eller systematisk oversigt over randomiserede forsøg Randomiseret klinisk forsøg	Ia	A
Kontrolleret, ikke-randomiseret forsøg Kohorteundersøgelse. Diagnostisk test (direkte diagnostisk metode)	IIa IIb	B
Case-control undersøgelse. Diagnostisk test (indirekte noso-grafisk metode) Beslutningsanalyse Deskriptiv undersøgelse	III	C
Mindre serie. Kasuistik. Traditionel lærebog. Traditionel oversigtsartikel. Ekspertvurdering. Ledende artikel	IV	D

Referencer

- <http://www.ouh.dk/wm134798> Evidensvurdering // Odense Universitetshospital checkliste og evidensniveau
- Skema over evidensniveauer og evidensstyrke i følgende artikel:
- Pedersen, T., Glud, C. N., Gøtzsche, P. C., Matzen, P. & Jørgensen, P. A. W. (2001) Hvad er evidensbaseret medicin? I *Ugeskrift for læger* 27, s. 3769-72
- Royal College of Speech Language Therapists: Clinical Guidelines 2005, Speechmark Publishing Ltd, London.