

Vejledning i udredning af kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder

Forord

I forbindelse med revisionen af god praksis vejledningen fra 2011; *Vejledning i udredning af kognitive kommunikationsvanskeligheder* ønskede DTHS, at der skulle udarbejdes en god praksis for vejledning i udredning af 'de øvrige' kognitive vanskeligheder. Øvrige kognitive vanskeligheder forstået som de kognitive vanskeligheder, hukommelse, opmærksomhed, tempo, eksekutive funktioner m.fl. som et bredt udsnit af DTHS' institutioner også arbejder med hos mennesker med erhvervet hjerneskade, hvor det er det kognitive, der er i fokus og ikke kommunikationen¹.

Da de to områder 'kognitive vanskeligheder' og 'kognitive kommunikationsvanskeligheder' er vævet ind i hinanden, har arbejdsgruppen i denne vejledning forsøgt at foretage en opdeling. De kognitive funktioner har stor betydning for en persons kommunikation, og omvendt kan der også være tilfælde, hvor der er kognitive funktionsnedsættelser, uden at kommunikationen er påvirket. Inden for det spektrum mellem stor betydning og/eller påvirkning og ingen betydning og/eller påvirkning eksisterer alle varianter af større eller mindre påvirkning af kommunikationen på baggrund af forskellige kognitive funktionsnedsættelser. Det er dette spektrum, arbejdsgruppen har drøftet og i et formidlingsmæssigt øjemed opdelt i forhold til, hvad der henholdsvis hører ind under kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder.

Afgrænsning mellem de kognitive vanskeligheder og de kognitive kommunikationsvanskeligheder

Arbejdsgruppen har valgt at opdele de to områder i forhold til hvilken af personens problematikker og/eller klager, der er den primære og mest presserende for vedkommende at arbejde med.

Er den primære problematik kommunikationsvanskeligheder, vil det være en udredning af de kognitive kommunikationsvanskeligheder, arbejdsgruppen anbefaler. Hvis den primære problematik ikke handler om kommunikation – selv om kommunikationen kan være påvirket – anbefaler arbejdsgruppen en udredning af de kognitive vanskeligheder. Det kan fx handle om, at personen har vanskeligt ved at overskue og strukturere sin dag, bliver hurtigt udtrættet og nemt mister tråden, hvis han/hun har for mange 'bolde i luften' på en gang. Eller den primære problematik kan vedrøre personens fastholdelse eller tilbagevenden på arbejdsmarkedet.

Det er vigtigt for arbejdsgruppen at gøre opmærksom på, at der inden for det nævnte spektrum mellem stor betydning og/eller påvirkning og ingen betydning og/eller påvirkning af kommunikationen, typisk vil være tale om et både og. Det vil sige, at personen med hjerneskade ofte har problemstillinger inden for begge områder. I disse mange sager handler det for fagpersonerne om at finde ud af, hvad den eller de primære problemstillinger er; Hvilke problematikker er vigtigst at udrede og arbejde med først? På flere centre sker denne helt indledende vurdering og vægtning på baggrund af journaloplysninger fra hospital, henvendelse fra personen selv og samtale med vedkommende samt eventuelt med pårørende. I tilfælde

¹ Det skal for god ordens skyld nævnes, at man godt kan have kognitive vanskeligheder af andre årsager. Udgangspunktet for – og fokus i denne vejledning er dog erhvervet hjerneskade.

hvor både de kognitive og de kommunikative vanskeligheder vægter lige tungt, indstilles personen til en tværfaglig udredning.

Denne vejledning består derfor af to del-vejledninger. Den første del-vejledning beskriver udredning af de **kognitive vanskeligheder**. Den anden del-vejledning beskriver udredning af de **kognitive kommunikationsvanskeligheder**. Arbejdsgruppen anbefaler, at man læser begge del-vejledninger.

Indholdsmæssigt vil den samlede vejledning give et overblik over nyeste forskning og bedste praksis inden for de to områder. Derudover rettes blikket fremad mod de tiltag, herunder tests, der er på vej, og med udgangspunkt i bedste faglige vurderinger gives et bud på, hvad der er vigtigt at være opmærksom på. Organisatorisk set spænder anbefalingerne i vejledningen over udredning af personen med erhvervet hjerneskade fra den sub-akutte hospitalsfase frem til udredning på regionale specialcentre, i kommunalt regi og i selvstændige institutioner. Vejledningen - den samlede såvel som del-vejledningerne - kan tjene som opslagsværk såvel som inspiration til det daglige arbejde med rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Også sagsbehandlere m.fl. vil med fordel kunne læse vejledningen og få indsigt i vigtigheden af det grundige og kvalificerede forarbejde, der ligger til grund for anbefalinger om rehabilitering og deraf følgende ansøgning til kommunen om en bevilling. Et ønske er, at vejledningen vil bidrage til at sikre, at standarden for hvad der er 'god praksis' inden for udredning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade følger bedste praksis ud fra den nyeste forskning. Dette vil samtidig kunne skabe et ensartet grundlag for såvel udredning som rådgivning og vejledning samt bevilling af eventuelle hjælpemidler.

Vejledningen er udarbejdet af:

- *Lone Grønnegaard Wachner*, Center for Specialundervisning, Slagelse Kommune.
- *Mette Mulvad Grøndahl*, Taleinstituttet og Hjerneskadecenter Nordjylland, Ålborg Kommune.
- *Mette Kongsbach*, Center for Kommunikation, Hjerneskaderådgivningen, Herning kommune.
- *Iben Christensen*, Klinik for Højt Specialiseret Neurorehabilitering og Traumatisk Hjerneskade, Neurocentret, Rigshospitalet Glostrup.

Projektleder og tovholder for arbejdsgruppen:

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

Arbejdsgruppen, juli 2016

Resumé

Vejledningen indeholder anbefalinger til, hvad der er god praksis i udredningen af henholdsvis kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder hos voksne. Der lægges vægt på identifikation af vanskelighedernes konsekvenser for den persons 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 grafisk præsentation af ICF-modellen anvendt på kognitive vanskeligheder og Kognitive kommunikationsvanskeligheder ses i bilag 2.

Formålet med udredningen kan variere alt efter tidspunkt for hjerneskadens opståen og symptom-billedet, herunder karakteren og sværhedsgraden, personens træthedsgrad og sygdomsind-sigt. Det er op til logopædens/udreders 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.

Udredningen af såvel de kognitive vanskeligheder som de kognitive kommunikationsvanskelig-heder anbefales at indeholde 3 hovedelementer:

1. Indhentning af anamnesticke oplysninger efterfulgt af samtale med personen med erhvervet hjerneskade og hans/hendes pårørende.
2. Konklusion ud fra screening, observation, testning, vurdering og/eller selvrapportering.
3. Opmærksomhed på eventuel tilstedeværelse af ikke-sproglige kognitive vanskeligheder hos personen samt andre forhold, der kan have betydning for vedkommendes funktionsniveau.

Arbejdsgruppen har derudover valgt at medtage et afsnit om overordnede anbefalinger om ud-redningspraksis. Til slut i hver af vejledningerne gennemgås de anbefalede tests og deres validitet, reliabilitet og praktiske anvendelighed beskrives.

Lovgrundlag

Denne vejledning omfatter som udgangspunkt alene voksne med kognitive vanskeligheder og eller 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>

Kapitel 1 - Vejledning i udredning af kognitive vanskeligheder

Formål

Formålet med denne vejledning er at beskrive god praksis i den logopædiske/specialpædagogiske udredning af unge/voksne med kognitive vanskeligheder efter en erhvervet hjerneskade. Herunder at:

- Anbefale tests og udredningsmateriale på området.
- Sikre fælles terminologi vedrørende kognitive vanskeligheder.
- Anbefale faglige kompetencer både teoretisk viden og praktisk kunnen.

Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at den logopædiske/specialpædagogiske udredning af de kognitive vanskeligheder ikke skal stå i stedet for en eventuel neuropsykologisk undersøgelse, men skal ses som et supplement til det øjebliksbillede, som en sådan undersøgelse udgør.

Målgruppe

Unge/voksne med kognitive vanskeligheder som følge af erhvervet hjerneskade. Funktionsvanskelighederne ligger inden for områderne opmærksomhed, hukommelse, organisering, informationsbearbejdning, problemløsning og eksekutive funktioner.

Funktionsvanskelighederne påvirker aktivitet og deltagelse, herunder kommunikation (se også del-vejledningen vedrørende kognitive kommunikationsvanskeligheder). Det skal bemærkes, at mennesker med afasi og/eller dysartri også kan have kognitive vanskeligheder ud over de sproglige. Her henvises til *Vejledning i udredning af afasi* og *Vejledning i udredning af ikke-progredierende dysartri*.

Der skelnes mellem to grupper:

1. Ikke testbare og/eller test-orienterede personer. Årsagen kan være Post Traumatisk Amnesi, bevidsthedssvækkelse, konfusion og/eller manglende erkendelse af vanskeligheder (anosognosi).
2. Testbare og test-orienterede personer.

Terminologi og definitioner

Den faglige betegnelse for tænkning er **kognition**. Der skelnes mellem tænkningens indhold og tænkningens processer. Tænkningens indhold er et udtryk for, hvad personens tanker handler om, mens tænkningens processer refererer til hvordan, tænkningen kan finde sted.

De kognitive funktioner udgør tilsammen de processer, der medfører, at en person kan modtage og bearbejde indtryk, vurdere informationers vigtighed, forbinde informationer med allerede eksisterende viden og på denne baggrund kan træffe beslutninger og tage initiativ til handling.

Nedenstående definition på kognitive funktioner er fra The Society for Cognitive Rehabilitation, Inc. 2004 og indgår i en rapport om "Best Practice in Cognitive Rehabilitation Therapy" udgivet af Kit Malia et al. Definitionen er oprindeligt fra Parente, R & Herrmann, D: Retraining Cognition, 1996.

"What we call cognition is a complex collection of mental skills that includes attention, perception, comprehension, learning, remembering, problem solving, reasoning and so forth. These mental attributes allow us to understand our world and to function within it. After a brain injury, a person typically loses one or more of these skills."

De kognitive funktioner er en forudsætning for, at personen kan fungere i hverdagslivet. De er forbundne i et komplekst samspil og danner grundlag for hinanden.

De højere kognitive funktioner (nyindlæring, løsning af komplekse opgaver, mental fleksibilitet, metakognition m.m.) er i personens daglige liv afhængige af velfungerende basale kognitive funktioner (fx opmærksomhed, sansebearbejdning m.m.). Dette illustreres ofte i form af "Det kognitive hierarki" (se bilag 1).

Forstyrrelser i de kognitive domæner har også et udtryk, der ikke fremstår i form af kommunikationsforstyrrelser, men som vanskeligheder direkte rettet mod de specifikke funktioner, og hvor den primære problematik for personen ikke omhandler kommunikation, men derimod andre af tænkningens byggesten/andre kognitive funktioner.

De specifikke kognitive domæner kan være afficeret i forskellig grad, og en udredning kan bestemme hvordan og i hvilken grad, domænerne er påvirket.

Kendskab til og forståelse for specifikke kognitive funktioner, hvordan de danner grundlag for hinanden og for det komplekse samspil mellem funktionerne, er en væsentlig forudsætning for, at der kan opstilles relevante og hensigtsmæssige mål og planlægges undervisning sammen med personen med hjerneskade og hans/hendes pårørende.

Det er forskelligt hvilke fagpersoner, der foretager udredning af de kognitive funktioner. På nogle kommunikationscentre og i nogle kommuner er det logopæden, andre steder neuropsychologer, psykologer, neuropædagoger, speciallærere med speciale i hjerneskade, ergoterapeuter og/eller fysioterapeuter. I anbefalingerne bruger vi derfor benævnelsen "logopæd/udreder" for den fagperson, der foretager udredningen.

Referencer

- Malia et al., 2014.
- Parente & Herrmann, 1996.

Overordnede anbefalinger

Det er op til logopædens/udreders 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. Logopæden/udreder indhenter anamnesticke oplysninger og forholder sig til det samlede symptombillede, herunder karakteren, formen og sværhedsgraden af de kognitive vanskeligheder og det specifikke formål med udredningen. De kognitive vanskeligheder varierer afhængigt af skadens art, omfang, placering i hjernen samt personlige faktorer. Der kan være tale om en udredning bestående af standardiseret test, ikke-standardiseret test. De anvendte tests kan være statiske og deskriptive eller dynamiske og procesorienterede. Testene kan kombineres med tjeklister, screening, struktureret interview, observationer og selvrapportering.

For testning af kognitive vanskeligheder anbefales det, at der i udredningen også vægtes funktionel testning, der drejer sig om aktivitet samt deltagelse og kontekst, dvs. omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. Denne vægtning er begrundet med, at det især er i hverdagssituationer, de kognitive vanskeligheder viser sig. Ofte klarer målgruppen sig bedre i formaliserede test med en tydelig struktur, end i mere ustrukturerede hverdagsaktiviteter². Af den årsag, skal logopæden/udreder ydermere være opmærksom på, at personen med erhvervet hjerneskade kan udvise flere kognitive vanskeligheder undervejs i forløbet, når vedkommende netop befinder sig i sin hverdag, og skal have den til at fungere. Det anbefales derfor, at man evaluerer og reviderer de opsatte mål undervejs.

Anbefalinger

Den egentlige udredning påbegyndes typisk først i den sub-akutte fase, og når personen kan medvirke hertil (målgruppe 2: Testbare og test-orienterede personer). Hvis personen ikke kan medvirke (målgruppe 1: Ikke-testbare og/eller test-orienterede personer), kan logopæd/udreder vejlede pårørende og andre samarbejdspartnere om, hvordan rehabiliteringsprocessen bedst kan påbegyndes og videre foregå.

Den logopædiske/specialpædagogiske udredning har til formål at:

1. Afdække, om personen eventuelt har andre vanskeligheder end den beskrevne hjerneskade med henblik på, at vejlede personen med hjerneskade, pårørende og personale i forhold til anden behandling/rehabilitering (se evt. 'Boks-modellen' i afsnittet om 'Tests').
2. Udrede om der er kognitive vanskeligheder, deres karakter og sværhedsgrad samt deres indflydelse på personens aktivitet og deltagelse.
3. Udrede og vurdere muligheder og begrænsninger i forhold til kognitiv funktion og beskrive mulige kompensationsstrategier.
4. Give en tilbagemelding til den person eller instans, som har henvist den pågældende til udredning.
5. Udvælge hvilke oplysninger om personens funktionsniveau og ressourcer, der kan danne fundament også kaldet 'baseline' for en efterfølgende evaluering.
6. Danne grundlag for opsætning af 1) mål i samarbejde med personen og 2) planlægningen af den logopædiske/specialpædagogiske intervention.

Udredningen baseres på indsamlede oplysninger fra journal, udreders og andre fagpersoners observationer, interviews med personen med erhvervet hjerneskade, de pårørende og andre samarbejdspartnere, samt kognitiv testning.

Der anbefales en udredning i to trin:

1. Indsamling af de anamnesticke oplysninger, som er relevante for udredningen.
2. Logopædisk/specialpædagogisk undersøgelse.

² Turkstra et al. 2005

1. Indsamling af anamnestiske oplysninger

Kropsområde

- Tidligere kognitiv og/eller logopædisk udredning.
- Medicinske diagnoser.
- Hjernescanninger (CT-scanning, MR-scanning mv.)
- Journaloplysninger fra andre faggrupper vedrørende: pareser, neglekt, apraksi, vågenhed/-arousal, anosognosi, depression, funktionsnedsættelser inden for syn (fx hemianopsi og samsynsproblemer), hørelse, dysleksi, dyskalkuli samt andre kognitive udfald.

Aktivitet og deltagelse

- Uddannelse, erhverv og fritid.
- Præmorbid funktionsevne og eventuelt præmorbid behov for støtte i forhold til aktivitet og deltagelse.
- Oplysninger om personen med hjerneskade og de pårørendes oplevelser af begrænsninger i dagligdagen i forhold til behov og krav.

Omgivelsesfaktorer

- Oplysninger om nærmeste pårørende/netværk.
- Oplysninger om omgivelsernes holdning til personens kognitive vanskeligheder, samt omgivelsernes muligheder og motivation for at være støttende.

Personlige faktorer

- Personens opfattelse af sygdommen.
- Oplysninger om personens opfattelse af omgivelsernes holdninger og støtte.
- Alder.
- Social status.
- Livserfaring og mestringsevne.

De anamnestiske oplysninger har betydning for logopædens/udreders tilgang til den videre udredning. Nogle oplysninger kan med fordel indhentes inden den første kontakt. Dels for at undgå at belaste personen med hjerneskade unødigt, og dels for at logopæden/udreder kan sikre sig, at der med høj sandsynlighed er tale om kognitive vanskeligheder som følge af en nytilkommen hjerneskade. Andre oplysninger vil det først være muligt – og for nogen også mere naturligt - at indhente i samtalen med personen selv.

2. Logopædisk/specialpædagogisk undersøgelse

Det anbefales, at følgende delfunktioner beskrives (tallene i parentes henviser til de relevante ICF-koder):

Kropsområde

Mentale funktioner:

- Bevidsthedstilstand (b110)
- Orienteringsevne (b114)

- Energi og handlekraft (b130)
- Opmærksomhed (b140)
- Hukommelse (b144)
- Psykomotoriske funktioner (b147)
- Følelsesfunktioner (b152)
- Opfattelse og sansning (b156)
- Tænkning (b160)
- Overordnede kognitive funktioner (b164)
 - Abstraktion (b1640)
 - Organisering og planlægning (b1641)
 - Administration af tid (b1642)
 - Kognitiv fleksibilitet (b1643)
 - Indsigt (b1644)
 - Dømmekraft (b1645)
 - Problemløsning (b1646)
- Regnefunktioner (b172)

Aktivitet og deltagelse

- Læring og anvendelse af viden (d110-d179)
 - Fokuserer opmærksomhed (d160)
 - Tænke (d163)
 - Læse (d166)
 - Skrive (d170)
 - Regne (d172)
 - Problemløsning (d175)
 - Tage beslutninger (d177)
 - Anvende anden specificeret eller uspecificeret viden (d179)
- Almindelige opgaver og krav (d210-d299)
 - Påtage sig en enkelt opgave (d210)
 - Påtage sig flere opgaver (d220)
 - Udføre daglige rutiner (d230)
 - Klare stress og andre psykologiske krav (d240)
 - Almindelige opgaver og krav uden specifikation (d299)
- Anvende kommunikationsudstyr- og teknikker (d360)
- Interpersonelt samspil og kontakt
 - Basalt interpersonelt samspil (d710)
 - Komplekst interpersonelt samspil (d720)
- Vigtige livsområder (d810-d899)
 - Uddannelse (d810-d839)
 - Arbejde og beskæftigelse (d840-d859)
 - Økonomi (d860-d879)

Det er vigtigt, at logopædens/udreders vurdering inddrager personens egen oplevelse af de kognitive funktioner, selvom vedkommende er præget af anosognosi, samt at logopæden/udreder spørger de pårørende og det tværfaglige team om deres oplevelse af personens kognitive færdigheder i dagligdagen.

Omgivelsesfaktorer

- Hæmmende og fremmende faktorer i personens miljø: Syn, hørelse og kognition hos partner, brug af hjælpemidler, baggrundsstøj mv.
- Pårørendes oplevelse af den indbyrdes kommunikation.
- Pårørendes indsigt i og ageren i forhold til personens kognitive ressourcer og vanskeligheder.
- Det tværfaglige teams vurdering af - og ageren i forhold til personens kognitive ressourcer og vanskeligheder (e125, e310 – e499).

Personlige faktorer

- Stemningsleje og emotionel involvering.
- Åbenhed over for analyse af egen kognitive funktion/brugen af hjælpemidler.
- Forventninger til indhold og udbytte af undervisningen.

Udredningen skal munde ud i en grundig og nuanceret beskrivelse af personens ressourcer og begrænsninger i forhold til de kognitive funktioner. Den skal sikre, at logopæden/udreder så vidt muligt er i stand til at analysere sig frem til de kognitive vanskeligheder, der formodes at påvirke personens aktivitet og deltagelse. Både karakteren af vanskelighederne og sværhedsgraden er væsentlig. For at få et samlet billede af, hvordan personen fungerer i hverdagen med sine kognitive ressourcer og begrænsninger, er det vigtigt at se disse i sammenhæng med aktivitets- og deltagelsesbehov og -krav samt omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

Referencer

- Konsensus i arbejdsgruppen, 2016.
- Vejledning i udredning af afasi, 2016.
- Sundhedsstyrelsen, 2006.
- Murray, 2006.
- MacDonald, Togher & Code, 2014.
- Myers, 1999.
- Soelberg & Mateer, 2001.
- Perkins, 2007.

Medarbejderkompetencer

Ovenstående anbefalinger tager udgangspunkt i, at de medarbejdere, som skal foretage udredning af de kognitive funktioner, enten er logopæder med en logopædisk universitetsuddannelse eller en PD i specialpædagogik med sprog/tale-specialet (tidligere "Speciallæreruddannelsen" fra DPU) eller (hvis der er tale om andre faggrupper) er medarbejdere, som arbejder

inden for lovgivningen om Specialundervisning for voksne.

Det forventes, at alle medarbejdere, der arbejder inden for området har tilegnet sig den nødvendige viden og kunnen vedrørende kognitive domæner og det kognitive hierarki. Og at de er fortrolige med national faglig praksis, har kendskab til international faglig praksis, samt til den anvendte faglitteratur.

Tests til udredning af kognitive vanskeligheder

Tests, der udreder kognitive vanskeligheder, skal undersøge de forskellige kognitive funktioner (Se bilag 1 "Det kognitive hierarki"). Det har vist sig, at kognitive forstyrrelser er vanskelige at udrede med formelle test³. Årsagen hertil er blandt andet, at opbygningen af disse test ikke afspejler naturlige levede situationer, men snarere separate kognitive færdigheder. Derved fungerer testene ikke som en undersøgelse af disse færdigheder som interaktionsredskaber, og de undersøger derfor reelt ikke de vanskeligheder, som borgere med kognitive forstyrrelser har. Mange formelle test er endvidere fokuseret på kropsniveauet inden for ICF-rammen. Disse test fokuserer på at afdække de "fysiske" forstyrrelser, men de berører ikke den måde, hvorpå disse forstyrrelser påvirker evnen til at interagere i rigtig levede situationer (dvs. aktivitets- og deltagelsesniveauet). Endelig udgør den meget strukturerede opbygning i mange formelle tests et problem i forhold til at afsløre kognitive forstyrrelser. Testenes fastlagte procedurer, herunder eksplicitte opgaveinstruktioner, guider testpersoners adfærd og mindsker dermed kravene til deres kognitive færdigheder. Testens struktur kan således risikere at kompensere for testpersonens kognitive forstyrrelser.

Ved testning med denne type af formelle test kan man risikere, at personer med kognitive forstyrrelser vurderes at have minimale eller ingen forstyrrelser til trods for, at de udviser massive vanskeligheder i dagligdagen⁴. I udredningen af de kognitive forstyrrelser er det vigtigt at være opmærksom på også at vægte funktionel testning. I de senere år er der kommet et stort fokus på at udvikle test, der overkommer problemstillingerne og derfor er velegnede til personer med kognitive forstyrrelser. Disse test er medtaget i denne vejledning.

Nedenfor er der en kort oversigt over de tests, spørgeskemaer og screeninger som arbejdsgruppen finder anvendelige til udredning. Dernæst følger en mere udførlig beskrivelse. Formålet med de to oversigter er, at logopæden/udreder 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. Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at der er tests i anbefalingen, der er klassificeret på A-niveau. A-niveau betyder, at det enten skal være en neuropsykolog, der foretager testen eller som minimum superviserer testtageren.

³ Test, der typisk opgøres objektivt ud fra klart definerede administrationsprocedurer, og som ofte er normbaserede, men kun sjældent funktionelle.

⁴ Ponsford et al., 1996, Wood & Liossi, 2006 og Coelho et al., 2005

Oversigt over de anbefalede test, spørgeskemaer og screeninger

Navn	Funktion	Type	ICF-niveau
Boks-modellen	Afdækning af andre vanskeligheder end den beskrevne hjerneskade	Analyse model	-
MFS	Vurdering af mental træthed	Selvrapportering	-
MFI-20	Vurdering af forskellige aspekter af træthed	Selvrapportering	Aktivitet og deltagelse
MoCa	Identifikation af lette kognitive udfald	Screening	Krop
D2	Afdækning af koncentration og opmærksomhed	Test	Krop
TMT	Tester for tilstedeværelsen af en hjerneskade samt måler opmærksomhed, tempo, mental fleksibilitet, organisation, visuel funktion og genkendelse	Test	Krop
RBMT	Afdækning af hukommelsesproblemer	Test	Aktivitet og deltagelse
TVPS-3	Tester for visuo-perceptuelle styrker og svagheder hos børn og unge	Test	Krop
Adler Matematikscreening III	Opfanger specifikke matematikvanskeligheder; akalkuli, dyskalkuli, almen matematikvanskeligheder og pseudo-d dyskalkuli	Screening	Krop, Aktivitet og deltagelse
PAS	Afklaring af forudsætning - og potentialer for læring	Test	Krop, aktivitet og deltagelse, Omgivelser, personlige faktorer
SASNOS	Vurderer opmærksomhed på og/eller indsigt i egne vanskeligheder, og endvidere vurdere, om der er sammenhæng mellem egen - og den pårørendes oplevelse af vanskelighederne	Selvrapportering	Krop, aktivitet og deltagelse
Stroop Color & Word Test	Skelner mellem om en person har en hjerneskade eller ikke har en hjerneskade	Test / screening	Krop
Tower of London	Vurderer planlægnings- og problemløsningsevnerne hos personer med frontallapskade	Test	Krop
BRIEF-V (A-niveau)	Vurderer eksekutive funktioner hos voksne med en række forskelligartede funktionsforstyrrelser	Test /spørgeskema	Aktivitet og deltagelse
MIC-SR	Måler selvoplevede kognitive vanskeligheder i hverdagen	Selvrapportering	Personlige faktorer
SAQOL- 39	Omhandler sundhedsrelateret livskvalitet	Spørgeskema	Aktivitet og deltagelse

Beskrivelse af tests, spørgeskemaer og screeninger til udredning af kognitive vanskeligheder

Rækkefølgen for beskrivelserne følger det kognitive hierarki (se bilag 1). Rækkefølgen er således ikke et udtryk for nogen form for prioritering af værdien af de forskellige tests, spørgeskemaer og screeninger. Indledningsvis præsenteres Boks-modellen, MFS (Mental Fatigue Scale) og MFI-20 (Multidimensional Fatigue Scale), da disse tre redskaber kan give et fint indblik i forhold hos personen udover eventuelle kognitive vanskeligheder, der kan påvirke den øvrige testning.

Boks-modellen eller "Brückner-boksen", (Louise Brückner Wiwe)

Formålet med analysemodellen er at afdække, om funktionsnedsættelserne overvejende kan tilskrives følgevirkninger efter en erhvervet hjerneskade - eller om de var til stede før hjerneskaden og snarere er blevet forstærket eller formindsket. Boksmodellen er således et arbejdsredskab, der kan bruges som hjælp til at afdække, om personen har andre vanskeligheder end den beskrevne hjerneskade.

Analysemodellen er opbygget som en boks med felter, der repræsenterer 8 centrale områder; Baggrund, IQ, Kognition, Personlighed, Helbred, Psykiatri, Misbrug, Kriminalitet & "Din opgave".

Undersøgelse af de 8 områder kan give et samlet og mere nuanceret billede af personens samlede situation samt underviserens (eller anden fagpersons) opgave. Analysemodellen kan desuden antyde, hvilket område der har størst tyngde i forhold til personens helt aktuelle situation, hvilket kan være udgangspunkt for underviserens intervention. Boksmodellen giver et godt overblik over personens samlede vanskeligheder og kompetencer.

MFS – Mental Fatigue Scale, (Rönnbäck og Johansson, 2012).

MFS er et selvrapporteringsskema til at vurdere testpersonens mentale træthed. Skemaet består af 15 items: Træthed, manglende initiativ, mental træthed, mental genopretning, koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, tanketræghed, stressfølsomhed, øget emotionalitet, irriterabilitet, overfølsomhed over for lys, overfølsomhed overfor lyd, mindsket nattesøvn, øget søvn og døgnvariationer (denne sidste indgår ikke i den samlede score). Den samlede score relateres i manualen til oversigt over niveau af mental træthed (MFS), der er inddelt i 4: Ingen mental træthed, let mental træthed eller risiko for mental træthed, moderat mental træthed og svær mental træthed.

I manualen står blandt andet, at en score på over 10 bør udredes yderligere. Der kan være andre underliggende problemer, fx stress, depression eller andre sygdomme, som også giver et øget antal point. En vurdering med denne scoringsskala skal derfor altid udføres sammen med en klinisk udredning.

Det er af oversætterne erfaret, at der ofte er behov for let støtte til gennemgang af selvrapporteringsskemaet. Testen er oprindelig svensk og oversat til dansk af Karen Marie Banke Uggerhøj og Birgitte Frstrup i 2014⁵. For mere information om MFS se: www.mf.gu.se.

MFI-20 - Multidimensional Fatigue Scale, (Smets et al., 1995).

MFI-20 er et selvrapporteringsskema til at vurdere forskellige aspekter af træthed. Det indeholder 20 udsagn, fordelt på 5 områder: 1) Generel træthed, 2) Fysisk træthed, 3) Reduceret

⁵ Karen Marie Banke Uggerhøj og Birgitte Frstrup. Hjerneskadecenter Nordjylland, Borgmester Jørgensens Vej 2B, 9000 Aalborg.

aktivitet, 4) Reduceret motivation og 5) Mental træthed. Hvert område indeholder 4 udsagn. Skalaen er balanceret i forhold til at mindske svartendenser så meget som muligt; hvert område indeholder to udsagn, der indikerer træthed - og to udsagn, der kontra-indikerer træthed. Hvert udsagn kan scores fra 1 til 5. En højere score indikerer mere træthed. Hvert af de 5 områder scores ved at lægge de forskellige scorer sammen. Den samlede score for hvert område kan spænde fra 4 til 20. Scorer over 10-12, afhængig af de respektive domæner, anses for atypiske for raske personer⁶. Det er ikke tilrådeligt at lave en samlet træthedsscore.

MFI-20 har i flere undersøgelser vist gode egenskaber i forhold til at måle mere psykologiske aspekter. Skemaet er nemt at forstå og fortolke, men kræver læsefærdigheder - og der kan forekomme misforståelser i forhold til de udsagn, der kontra-indikerer træthed.

MFI-20 er oversat til dansk af overlæge på neurologisk afd. Aarhus Universitetshospital, Grethe Andersen⁷. Det angives (2008), at testen indtil videre kun er valideret på fransk, hollandsk og engelsk.

Skemaet retter sig mod ICF kropsniveau samt aktivitets- og deltagelsesniveau. Det vil kunne anvendes såvel initialt som løbende.

MoCa - The Montreal Cognitive Assessment, (Nasreddine, 1996, dansk udgave: Abelskov 7.7, 2010).

MoCa er et kognitivt screeningsredskab til hurtigt at identificere lette kognitive udfald hos personer med demens. Materialet er baseret på en samling af eksisterende neuropsykologiske test og indeholder 11 delopgaver inden for seks kognitive domæner: 1) Visuospacial konstruktion, 2) Eksekutiv funktion, 3) Opmærksomhed, 4) Hukommelse, 5) Sprogfunktion og 6) Orientering. Der gives point for hver delopgave, hvorved der opnås en samlet score for hele screeningen, som går fra 0-30. Der tages i materialet hensyn til uddannelsesniveau, idet personer der har 12 års uddannelse eller derunder får tillagt et point til deres score. En slutscore på 26 eller derover anses som normalt.

MoCa er udviklet i Canada. Den standardiseret på originalsproget og fundet valid og reliabel til screening for Alzheimers Demens, Parkinson og personer med mild kognitiv svækkelse. MoCa er oversat til dansk i 2010, men den danske oversættelse er ikke standardiseret.

Erfaringer fra Danmark⁸ tyder på, at MoCA kan anvendes til at identificere kognitive udfald hos personer med apopleksi, men den er ikke på nuværende tidspunkt testet validt og reliabelt til denne målgruppe.

MoCa retter sig hovedsagligt mod ICF-kropsniveau. Den er anvendelig initialt og tilslut i forløbet. Der findes pt. ikke en elektronisk udgave af Moca, men E-MoCa til tablets er aktuelt under udvikling.

d2-test, (Brickencamp, Zilmer, 2006).

d2-testen anvendes til at afdække koncentrations- og opmærksomhedsproblemer. d2-testen er non-verbal. Den er en enkel overstregningstest, som består af 14 testlinjer med 47 tegn i hver linje.

Hvert tegn består af et bogstav, "d" eller "p", markeret med en, to, tre eller fire små streger. Testpersonen scanner linjerne og overstreger alle forekomster af bogstavet "d" med 2 streger,

⁶ Population health metrics 2009 7:18

⁷ Apopleksi 2005/nr. 2.

⁸ Rasmussen, Bonde, Hoberg og Holbæk Nielsen :Bachelorprojekt 2013, fra VIA University College Ergoterapeutuddannelsen, Århus

alle andre tegn ignoreres. Testen udføres under tidspres og stiller store krav til testpersonens opmærksomhedsfunktion.

d2-testen kan anvendes til at diagnosticere kognitive problemer, hjerneskader og ADHD, men kan også bruges i andre sammenhænge (fx psykiatriske tilstande, dysleksi m.v.).

d2-testen er udviklet i Tyskland og er løbende blevet revideret af de tyske forfattere. Den foreligger pt. i 9. udgave. Der er udviklet en udgave til administration på PC. Testen er standardiseret (også PC-udgaven), og i den tyske manual findes et omfattende normmateriale fra Tyskland, Frankrig og USA. I den danske vejledning findes normer baseret på 187 danskere ml. 20 - 80 år. d2-test retter sig mod ICF-kropsniveau. Den er anvendelig initialt og løbende.

TMT -Trail Making Test, (Reitan, 1955 - oprindelig en del af Army Individual Test Battery).

Trail Making Test tester for tilstedeværelsen af hjerneskade og måler opmærksomhed, tempo og mental fleksibilitet samt spatial organisation, visuel funktion og genkendelse. TMT består af 2 dele.

I del A skal testpersonen forbinde (tegne linjer mellem) 25 cirkler med tal i opadgående rækkefølge. Del A tester visuel skanning, numerisk sekventering og visuomotorisk hastighed.

I del B skal testpersonen skifte mellem tal og bogstaver, når de 25 cirkler skal forbindes. Del B tester visuomotorisk funktion, visuospatiale evner samt mental fleksibilitet.

Begge delopgaver udføres på tid, og scoren repræsenterer den mængde tid, der kræves for at fuldføre opgaven. Del B vurderes at være vanskeligere at udføre, og det tager længere tid at gennemføre opgaven.

Begge Trail-Making tests har høj reliabilitet og validitet. Der er re-test effekt inden for 6 måneder, men ikke derefter⁹. TMT retter sig mod ICF-kropsniveau og kan anvendes initialt og til slutmåling, såfremt der er gået mere end 6 måneder imellem de to målinger.

RBMT - Rivermead Behavioural Memory Test, (Wilson et al., 1985 – RBMT-E 1999 – Nyeste version RBMT-3 2008).

Rivermead Behavioural Memory Test er en test til afdækning af hukommelsesproblemer i hverdagsituationer som fx at huske et navn, en gemt ejendel, en aftale, en historie, en kort rute eller at aflevere en besked. Testen er ikke finmasket nok til at afsløre vanskeligheder på et mere avanceret niveau.

Testen er standardiseret med engelske normer, men det anføres i forbindelse med version 3, at der er behov for en revision af de normative data¹⁰. Der er ikke oplyst noget om validitet og reliabilitet.

Testen relaterer sig til ICF-niveau for aktivitet og deltagelse. Den vil kunne anvendes såvel initialt som løbende og til måling af udbytte. Testen fås ikke længere på dansk.

TVPS, 3rd Edition - Test of Visual Perceptual Skills, (Martin, 2006).

TVPS-3 tester visuo-perceptuelle styrker og svagheder hos børn og unge. De visuo-perceptuelle områder, der testes, er: 1) Visuel diskrimination, 2) Visuel hukommelse, 3) Visuo-spatial funktion, 4) Formkonstans, 5) Sekventiel visuel hukommelse, 6) Figur-grund, 7) Visuel closure. Testen består af en række sort-hvide stregtegninger - og svar på opgaverne kan gives verbalt eller ved at pege. Det betyder, at testen er velegnet også til børn/unge med funktionsnedsættelser i forhold til fx sprog. Der er normer gældende i aldersgruppen 4-19 år.

⁹ Bowie & Harvey (2006)

¹⁰ Hogrefe (GB), 2016 (hjemmeside)

Testen er standardiseret (normer for 2000 børn/unge), valid og beskrives med høj grad af reliabilitet, hvor brugere af testen kan have en høj grad af tillid til testens resultater. Testen retter sig mod kropsniveau.

Adler Matematikscreening III, (B. Adler 2000, senest revideret 2008).

Matematikscreening III er udviklet med henblik på at opfange specifikke matematikvanskeligheder: akalkuli, dyskalkuli, almene matematikvanskeligheder og pseudo-dyskalkuli. Matematikscreening III består af 17 opgaver, som skal løses af testpersonen. De 17 opgaver undersøger følgende områder: 1) Forståelse af cifferstruktur, 2) Talforståelse og talbegrebet, 3) Skema for tal/talrækken, 4) Evne til simple og komplekse regneoperationer, 5) Forståelse af aritmetiske tegn, 6) Spatial evne, 7) Visuo-spatial hukommelse, 8) Perception og 9) Planlægningsevne. Screeningen afsluttes med et spørgeskema omkring matematik og læring, hvor testpersonen skal svare sandt eller falsk på en række udsagn.

Problemer i forhold til én eller flere opgaver bør medføre, at der foretages yderligere og grundigere vurdering af de funktioner, hvor vanskelighederne har vist sig. Ved mistanke om, at matematikvanskelighederne har forbindelse med dyslektiske vanskeligheder, skal screeningen komplementeres med en undersøgelse af personens læsefærdigheder.

Screeningen findes i 3 udgaver til forskellige aldersgrupper. Matematikscreening III er beregnet for aldersgruppen fra 16 år og opefter. Screeningen er udviklet til at gennemføres som en individuel prøve. Materialet kan ikke anvendes til gruppetest.

Matematikscreening skal ses som et supplement til mere traditionelle og standardiserede testformer. Matematikscreeningen bør ikke anvendes isoleret. Matematikscreening retter sig mod ICF-kropsniveau samt aktivitet- og deltagelsesniveau.

Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at der er en egentlig dyskalkuli-test på vej fra Undervisningsministeriet med forventet udgivelse i efteråret 2018.

PAS - Pædagogisk Analyse System, (Hilling, 2000).

Pædagogisk Analyse System er udviklet til at afklare forudsætninger og potentialer for læring. Den består af delopgaver, hvor der observeres på tempo, hukommelse, analyse og strategi med henblik på efterfølgende at beskrive bedst fungerende indlæringskanal, stærkeste intelligenser og arbejdsstrategier. PAS kan give viden om en persons kognitive funktioner og strategier, og den retter sig mod mange målgrupper med forskellige kognitive funktionsvanskeligheder. Dele af materialet kan med fordel anvendes i udredning. Fx kan dele af PAS bruges til opmærksomhed, hukommelse, spændvidde, visuospatiale funktioner og visuomotorisk tempo.

PAS er udviklet på baggrund af erfaringer med pædagogisk testning med TTI-testen¹¹. Validitet og reliabilitet er ikke afprøvet.

PAS relaterer sig til alle 3 ICF-niveauer. Testen er dynamisk og kan anvendes såvel initialt som til måling af udbytte.

SASNOS - St. Andrews-Swansea Neurobehavioral Outcome Scale,

(Alderman, Wood & Williams, 2010).

SASNOS er et skema til selvrapportering af kognition, adfærd og kommunikation. Skemaet indeholder 49 spørgsmål fordelt inden for 5 kategorier: 1) Interpersonelle relationer, 2) kognition, 3) hæmning, 4) aggression og 5) kommunikation. Skemaet gives til både personen med hjerneskade og den nærmeste pårørende. Formålet er at vurdere personens opmærksomhed

¹¹ Hilling (2000). Testen kan anskaffes ved gennemførelse af "Pædagogisk Testuddannelse" på Munkholm kursuscenter

på og/eller indsigt i egne vanskeligheder, og endvidere vurdere, om der er sammenhæng mellem vedkommendes egen - og den pårørendes oplevelse af vanskelighederne. Skemaet er oversat til dansk¹², og det afprøves lige nu i forskellige forskningsprojekter. Skemaet forventes at blive udgivet i 2016. Henvendelse kan ske til neuropsykolog, Ph.D., Anne Norup, Rigshospitalet. Der er fundet høj validitet og reliabilitet.

Skemaet retter sig primært mod ICF-niveau for aktivitet og deltagelse, men der kan også udledes specifikke symptomer, der relaterer sig til kropsniveauet.

Stroop Color and Word test, (Golden, 1978¹³).

Stroop Color and Word Test er designet til at skelne mellem personer med hjerneskade og personer, der ikke har hjerneskade. Testen bygger på antagelsen om, at mennesker kan læse hurtigere end de kan identificere farvenavne. Den går ud på først at nævne ord, som er placeret på et farvet kort og dernæst at angive farven på kortet uden at lade sig forstyrre af det ord, der står på kortet (fx for et rødt kort med ordet "blå" er det korrekte svar under første instruktion "blå" og i anden instruktion "rød").

Testen stiller krav til personens kognitive fleksibilitet. De kognitive funktioner, der måles i testen siger noget om personens evne til at håndtere kognitiv stress og komplekse kognitive stimuli. Stroop Color and Word Test findes både som screeningsmateriale og som del af et større testbatteri. Der findes en version fra 15 år og op, og en anden til børn i alderen 5-14 år. Testen er fundet valid og reliabel på engelsk. Den er ikke formelt bearbejdet til dansk. Testen retter sig mod krops-niveau.

Tower of London, (Shallice, 1982).

Testen er udviklet til at måle/vurdere planlægnings- og problemløsningsevner (eksekutiv funktioner) hos personer med frontallapskader. Der findes flere varianter af testen, hvor den oprindelige bestod af en plade med 3 pinde i forskellig størrelse og 3 kugler/ringe placeret strategisk på de 3 pinde. Deltagerne skal herefter flytte kugler/ringe fra en forudbestemt position til en angivet ny position på de 3 pinde.

Personens problemløsningsevne bestemmes ud fra det antal ekstra træk, personen er nødt til at bruge for at løse opgaven, set i relation til en løsning med færrest mulig træk.

Testen findes som "stand-alone test"¹⁴ og som del af NEPSY (Neuropsykologisk testbatteri¹⁵). Der findes desuden en PC-variant "Stockings of Cambridge test"¹⁶.

Der er blandt forskere en vis grad af uenighed omkring testens validitet som "stand-alone test". Testen retter sig imod kropsniveau.

BRIEF-V - Behavior Rating Inventory of Executive function – Adult Version. (A-niveau), (Roth et al., 2005, dansk udgave spørgeskemaer i 2008).

Testen har til formål at vurdere eksekutive funktioner hos voksne med en række forskelligartede funktionsforstyrrelser. Den omfatter to spørgeskemaer med 75 udsagn i hver, det ene et selvrapporteringsskema til personen med funktionsforstyrrelserne, og det andet er samme skema til besvarelse af én, der kender personen godt. Efter scoring af testen fås en grafisk

¹² Buhl & Norup (2014)

¹³ Andre solgte versioner af Stroop color and Word test er: Trenerry, M., Crosson, B., DeBoe, J., & Leber, W. (1989), og P.E Comalli, S Wapner, H Werner. (1962)

¹⁴ Culbertson & Zillmer (1999)

¹⁵ Korkman, Kirk & Kemp (1998)

¹⁶ Denne er tilgængelig som en del af Cambridge Neuropsykologisk Test Automated Battery, Cantab

fremstilling, som kan bruges til samtale med testpersonen og pårørende om forskelle i oplevelsen af vanskelighederne.

Testen er amerikansk. Spørgeskemaer mv. foreligger på dansk¹⁷, mens vejledning mv. kun foreligger på engelsk. Der er foretaget standardisering på engelsk, dog for et mindre antal, hvad angår personer med traumatisk hjerneskade. Der er ikke foretaget standardisering på dansk endnu. Testens validitet og reliabilitet er afprøvet og god.

Testen retter sig mod ICF-niveau for aktivitet og deltagelse, og den vil kunne anvendes såvel initialt som til måling af udbytte.

Der findes en engelsk BRIEF-SR for unge fra 11-18 år. Den er standardiseret på engelsk og er klassificeret på A-niveau.

MIC-SR - Measure of Insight into Cognition – Self Report, (Medaila, Thysen, 2008. Oversat fra engelsk til dansk af cand. Psych., Ph.d. Mett Marri Lægsgaard og cand. Psych, Ph.d. Torben Østergaard Christensen)

MIC-SR måler selvoplevede kognitive vanskeligheder i hverdagen.

Spørgeskemaet omhandler 3 kognitive delområder: 1) Opmærksomhed, 2) Eksekutive funktioner og 3) Hukommelse. MIC-SR opgøres dels for hvert kognitive delområde og dels som en totalscore for hele skemaet.

På de 3 delområder kan scoren variere fra 0-12 og den samlede score for hele MIC-SR kan variere mellem 0-36.

Spørgeskemaet kan bruges til screening af personens egen oplevelse af sit kognitive funktionsniveau og/eller indsigt i egen kognitiv funktion. Det kan anvendes initialt som screeningsredskab ved visitation af personer med hjerneskade til et kognitivt undervisnings- eller træningsforløb for at få et indtryk af, om og i hvilket omfang personen føler sig generet af kognitive vanskeligheder i hverdagen - dvs. som et udtryk for personens indsigt. MIC-SR kan desuden anvendes løbende, hvor ændringer i scorerer dels kan være et udtryk for, at personen selv oplever en bedret kognitiv funktion eller har fået øget indsigt i sin kognitive funktion. Det er dog vigtigt, at MIC-SR spørgeskemaet ikke opfattes som en kognitiv test - der er alene tale om selvrapportering.

MIC-SR er oprindeligt udviklet til personer med skizofrenispektrum forstyrrelser og er fundet valid og reliabel til vurdering af kognitiv indsigt hos denne målgruppe. Herhjemme anvendes skemaet også til personer med erhvervet hjerneskade, men reliabilitet og validitet er ikke undersøgt for denne målgruppe. Testen retter sig mod ICF-niveauet personlige faktorer.

SAQOL-39– Stroke and Aphasia Quality of Life Scale, (Hilari et al., 2003).

SAQOL-39 er en adaptation af testmaterialet, SSQOL – Stroke Specific Quality of Life Scale (Williams et al., 1999). SAQOL-39 er tilpasset, så den ikke ekskluderer personer med afasi. SAQOL-39 er et spørgeskemabaseret testmateriale, som henvender sig til personer med apopleksi og/eller afasi. Testmaterialet består af 39 spørgsmål, som belyser personens sundhedsrelaterede livskvalitet ud fra fire domæner: 1) fysisk, 2) psykosocialt, 3) kommunikation og 4) energi. Der spørges ind til, hvordan personen med apopleksi og/eller afasi har oplevet forskellige forhold inden for den seneste uge (fx *Igennem den seneste uge... har du følt dig modløs?*) Svarene gives via en 5 point skala, og logopæden kan derefter indføre svarene i et scoringsark og generere domænescorer samt en samlet gennemsnitsscore. Testmaterialet

¹⁷ Spørgeskemaerne er oversat af Marianne Bengtsson, Dorte Gottlieb, Jens Richardt Jepsen og Maria Michel og bearbejdet af Jente Andresen i 2008. (Hogrefe hjemmeside 2016)

findes også i en proxy version, hvor pårørende kan svare på vegne af personen med apopleksi og/eller afasi, hvis denne ikke selv er i stand til det. SAQOL-39 kan anvendes ved alle sværhedsgrader af afasi. Testmaterialet udviser gode psykometriske forhold, er klinisk signifikant og har god responsivitet for ændringer over tid, både tidligt i forløbet og på længere sigt (Hilari et al., 2009). Testmaterialet retter sig mod ICF-niveauerne aktivitet og deltagelse.

SAQOL-39 er oversat til dansk¹⁸. Der blev i oversættelsesprocessen udviklet grafiske illustrationer til 5 point skalaen, hvilket er medvirkende til at gøre testmaterialet mere afasivenligt. Den danske udgave af SAQOL-39 vil blive tilgængelig hos Center for Kommunikation i 2016¹⁹.

Litteratur

Adler, B. (2000) *Matematikscreening. Info om en undersøgningemetod.*

Adler, B. (2008) *Dyskalkuli & Matematik - En håndbog i matematikvanskeligheder.*

Alderman, N., Wood, R. L.; Williams, C. (2010) The development of the St Andrew's-Swansea Neurobehavioural Outcome Scale: Validity and reliability of a new measure of neurobehavioural disability and social handicap. I *Brain Injury* 2011; 25(1) s. 83-100. Epub 2010 Nov.30.

Andersen, A.G. (2015): Afasi og livskvalitet i dansk logopædisk praksis. Upubliceret speciale, Syddansk Universitet, Odense.

Apopleksi (2005). 2.

Bowie, C. R. & Harvey, P.D. (2006), Administration and interpretation of the Trail Making Test, i *Nature Protocols* 1 (5), 2277-2281.

Brickenkamp, R. (2002) Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Manual 9. Ausgabe, Göttingen: Hogrefe-verlag GmbH Co.KG.

Brickenkamp, R. (2006) d2-testen – en vurdering af opmærksomhed og koncentration: Dansk vejledning – administration, scoring og normer. København: Hogrefe Psykologiske Forlag.

Brückner Wiwe, L. (in press): *Brückner boksmodellen.*

Buhl, C. & Norup, A. (2014) Dansk oversættelse af SASNOS. Afd. for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital.

Gaudino, E.A., Geisler, M.W., Squires, N.K.(1995) Construct validity in the Trail Making Test: what makes Part B harder? I *J Clin Exp Neuropsychol.* 17(4) s.529-535.

Coelho, C., Ylvisaker, M. & Turkstra, L. S. (2005). Nonstandardized Assessment Approaches for Individuals with Traumatic Brain Injuries. I *Seminars in Speech and Language* 26 (4), 223-241.

Comalli, P.E., Wapner, S., Werner, H. (1962) Interference effects of Stroop Color-Word test in childhood, adulthood and aging. I *Journal of General Psychology*, 100, pp. 47-53.

Culbertson, W.C. & Zillmer, E.A. (1998). The construct validity of the Tower of London^{DX} as a measure of the executive functioning of ADHD children. I *Assessment*, 5 (1998), pp. 215-226.

Culbertson, W. C., & Zillmer, E. A. (1999). The Tower of London, Drexel University, research version: Examiner's manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

¹⁸ Andersen i 2015

¹⁹ www.cfk-herning.dk

Culbertson, W.C. & Zillmer, E.A. Chicago, IL: Multi-Health Systems, 2001, 2005 Tower of London, Drexel University.

Corrigan J. D., Hinkeldey, M. S. (1987) Relationships between parts A and B of the Trail making Test. I *JClin Psychol* 43(4) s. 402-409.

Danske Tale-Høre-Synsinstitutter DTHS (2016). *Vejledninger i udredning: Vejledning i udredning af afasi*.

Gioia, G., Isquith, P.K., Guy, S.C., and Kenworthy, L. Reviewed by Baron, I.S. (2000). Test Review: Behavior Rating Inventory of Executive Function. I *Child Neuropsychology*.

Golden, C. J. (1978) *Stroop Color and Word Test: A manual for clinical and experimental uses*. Chicago, IL: Stoelting.

Hilari K, Byng S, Lamping DL, Smith SC. (2003) Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): Evaluation of acceptability, reliability, and validity. I *Stroke*, 34 s.1944-50.

Hilling, S. (2000) PAS (Pædagogisk Analyse System) Munkholm forlag.

Hogrefe (GB), 2016 (hjemmeside).

Johansson, B. and Rönnbäck, L. (2012). Mental Fatigue; A Common Long Term Consequence After a Brain Injury. I *Brain Injury - Functional Aspects, Rehabilitation and Prevention*, Prof. Amit Agrawal (Ed.), ISBN: 978-953-51-0121-5, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/brain-injury-functional-aspectsrehabilitation-and-prevention/mental-fatigue-a-common-long-term-consequence-after-a-brain-injury>.

Kafer, K. L., M. Hunter (1997). "On Testing the Face Validity of Planning/Problem-Solving Tasks in a Normal Population". Journal of the International Neuropsychological Society.

Korkman, M., Kirk, U. & Kemp, S. (1998). *NEPSY: A developmental neuropsychological assessment*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Lezak, M.D., Howieson, D.B., Loring, D.W. (2004) *Neuropsychological Assessment*. 4th ed. New York: Oxford University Press.

Long-lasting mental fatigue after traumatic brain injury or stroke. A new perspective. Lars Rönnbäck and Birgitta Johansson, LAMBERT Academic Press, Saarbrücken, 2012.

Malia, K. et.al. (2014) Recommendations for Best Practice in Cognitive Rehabilitation Therapy: Acquired. I *Brain Injury*.

Martins, N.A. (2006) *Test of visual Perceptual Skills – Third edition (TVPS-3)*. Novato, C.a: Academic Therapy Publications.

Medalia A, Thysen J (2008) Insight into Neurocognitive Dysfunction in Schizophrenia. I *Schizophrenia Bulletin* 34(6) s. 1221-1230.

Medalia A, Thysen J, Freilich B. (2008) Do people with schizophrenia who have objective cognitive impairment identify cognitive deficits on a self report measure? I *Schizophr Res. Oct; 105* (1-3) s.156-64.

McDonald, S., Togher, L., Code, C. (Eds), (2014) *Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. Psychology Press

Murray, L. L. and Clark, H. M. (2006). *Neurogenic Disorders of Language*, Thomson Delmar Learning.

- Myers, P. S. (1999). *Right Hemisphere Damage, Disorders of Communication and Cognition*. Singular Publishing Group Inc.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. et al. (2005). The Montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. I *Journal of the American Geriatrics Society* 53(4), 695-699.
- Parente, R. & Herrmann, D. (1996). *Retraining Cognition*. Aspen Maryland.
- Perkins, M. (2007). *Pragmatic Impairment*. Cambridge University Press.
- Phillips, L.H. et al. (2001). Mental planning and the Tower of London task. I *Quarterly Journal of Experimental Psychology - Section A-Human Experimental Psychology*.
- Phillips, L. H.; V. Wynn; K. J. Gilhooly; S. Della Sala; R. H. Logie (1999). *The role of memory in the Tower of London task*. Memory
- Ponsford, J., Sloan, S. & Snow, P. (1996). *Traumatic Brain Injury Rehabilitation for Everyday Adaptive Living*. Sussex: Taylor & Francis.
- Population health metrics* (2009) 7:18.
- Rasmussen, Bonde, Hoberg og Holbæk Nielsen (2013). Bachelorprojekt fra VIA University College Ergoterapeutuddannelsen, Århus.
- Reitan, R. M. (1955). The relation of the trail making test to organic brain damage. *Journal of Consulting Psychology*.
- Reitan R. M. (1958). Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Percept. Mot Skills*, 8, 271-276.
- Roth R. M., Isquith P. K., Gioia G. A. (2005) Behavior Rating Inventory of Executive Function - Adult Version (BRIEF-A) Lutz, F. I *Psychological Assessment Resources*.
- Smets, E.M., Garssen, B., Bonke, B. and De Haes, JC. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. I *J. Psychosom Res.* 39(3):315-25.
- Shallice, T.(1982). Specific impairments of planning. I *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 298, pp. 199–209.
- Sohlberg, M. & Mateer, C. (2001). *Introduction to Cognitive Rehabilitation Theory and Practice*. The Guildford Press.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. I *Journal of Experimental Psychology*, 18 s. 643-662.
- Stroop, J. R. (1938). Factors affecting speed in serial verbal reactions. I *Psychological Monographs*, 50 s. 38-48.
- Sundhedsstyrelsen (2006). *Opdateret referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi*.
- Trenerry, M., Crosson, B., DeBoe, J., & Leber, W. (1989). *Stroop Neuropsychological Screening Test manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources (PAR).
- Turkstra, L. S., Coelho, C. and Ylvisaker, M. (2005a). Non-Standardized Assessment Approaches for Individuals with Traumatic Brain Injuries. I *Seminars in Speech and Language* 26 (4).

Turkstra, L. S., Coelho, C. and Ylvisaker, M. (2005b). The Use of Standardized Tests for Individuals with Cognitive Communication Disorders. I *Seminars in Speech and Language* 26 (4).

Turkstra, L.S., Ylvisaker, M., Coelho, C.A., Kennedy, M., Sohlberg, M.M., and Avery, J. (2005). Practice Guideline for Standardized Assessment for Persons with Traumatic Brain Injury. I *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 13 (2).

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.

Wilson, B., Cockburn, J. & Baddeley, A. D. (1985) *Rivermead Behavioural Memory Test*. Bury St. Edmunds, Suffolk: Thames Valley Test Company.

Wilson, B., Cockburn, J. & Baddeley, A. D. (1991) *Rivermead Behavioural Memory Test* Manual. Bury St. Edmunds, Suffolk: Thames Valley Test Company.

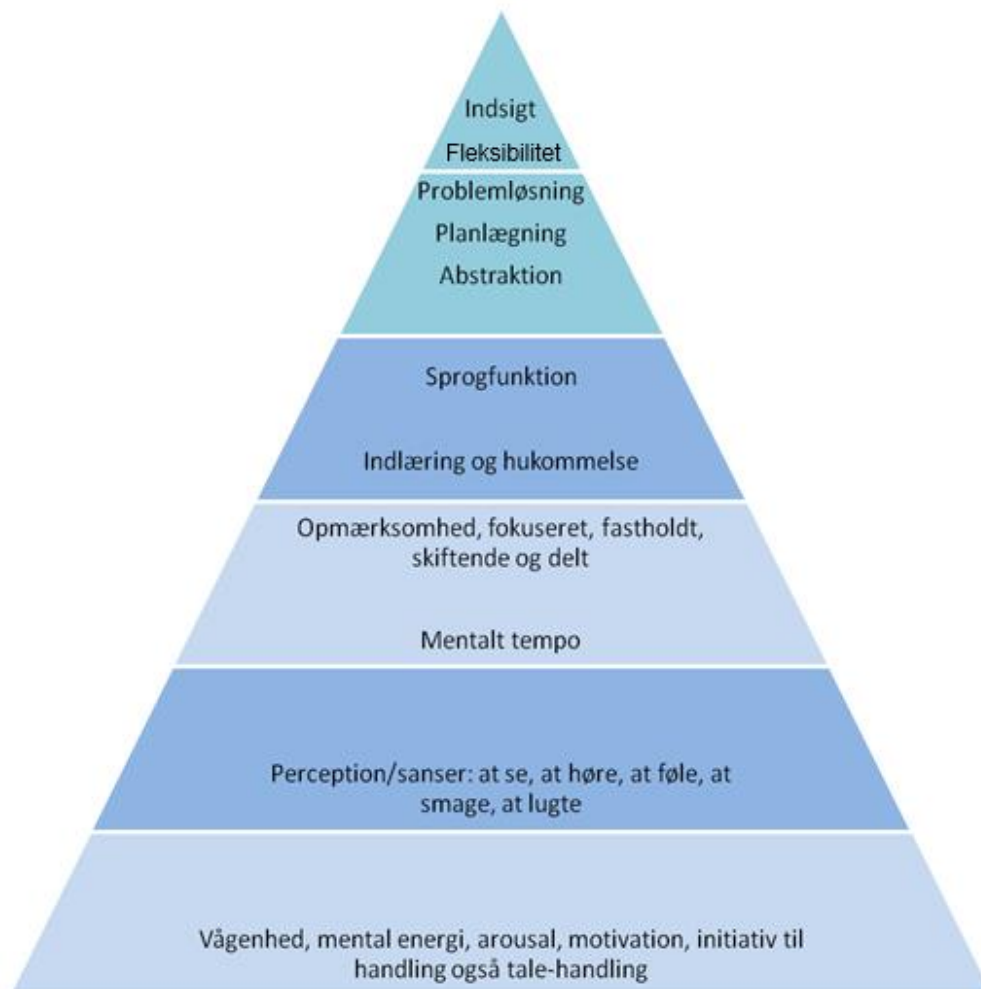
Wood, R. L. & Liossi, C. (2006). The Ecological Validity of Executive Tests in a Severely Brain Injured Sample. I *Archives of Clinical Neuropsychology* 21, 429-437.

Bilag 1: Det kognitive hierarki.

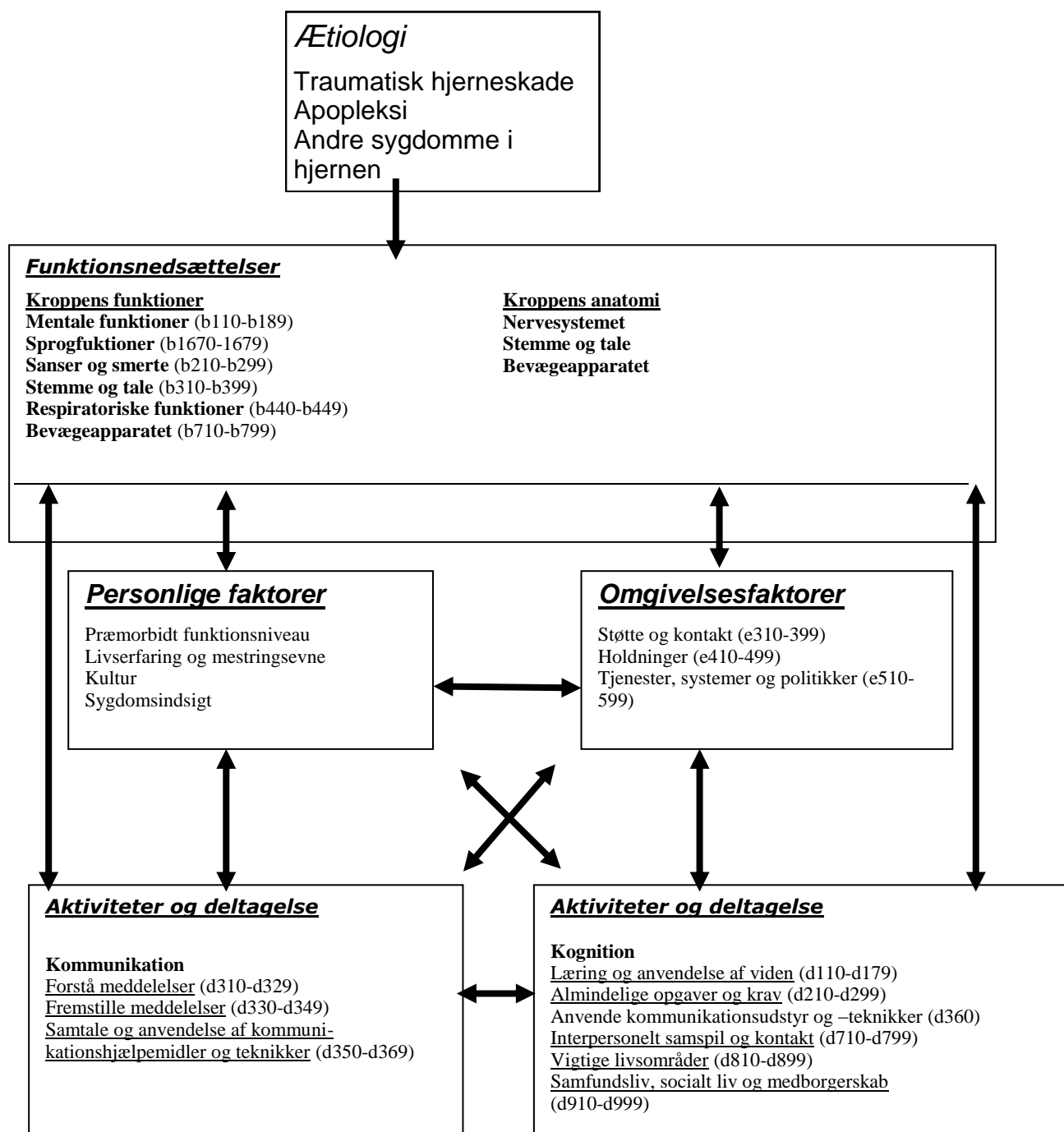
Bilag 2: Grafisk præsentation af ICF-modellen appliceret på kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder.

Bilag 3: Skema over evidensniveauer og evidensstyrker.

Bilag 1: Det kognitive hierarki



Bilag 2: Grafisk præsentation af ICF-modellen appliceret på kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder



Bilag 3: Skema over evidensniveauer og evidensstyrke

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.

Kapitel 2 - Vejledning i udredning af kognitive kommunikationsvanskeligheder

Formål

Formålet med denne vejledning er at beskrive god praksis i den logopædiske udredning af unge/voksne med kognitive kommunikationsvanskeligheder efter erhvervet hjerneskade. Herunder at:

- Anbefale test og udredningsmateriale på området.
- Sikre fælles terminologi vedrørende kognitive kommunikationsvanskeligheder.
- Anbefale faglige kompetencer både teoretisk viden og praktisk kunnen.

Målgruppe

Unge/voksne med erhvervet hjerneskade og kognitive kommunikationsvanskeligheder. Funktionsforstyrrelserne kan beskrives som ikke-afatiske kommunikative vanskeligheder, der primært rammer sprogets pragmatiske del. Det skal bemærkes, at personer med afasi også kan have vanskeligheder med sprogets pragmatik. Her henvises til *Vejledning i udredning af afasi*.

Der skelnes mellem to grupper:

1. Ikke testbare og/eller test-orienterede personer. Årsagen kan være Post Traumatisk Amnesi, bevidsthedssvækkelse, konfusion og/eller manglende erkendelse af vanskeligheder (anosognosi).
2. Testbare og test-orienterede personer.

Terminologi og definitioner

Kommunikativ kompetence er optimal, når det verbale og det nonverbale udtryk i form, indhold og brug indgår i et velintegreret samspil i den kontekst, hvor kommunikationen finder sted.

Definition af kognitive kommunikationsvanskeligheder

Nedenstående definition af kognitive kommunikationsvanskeligheder er fra CASLPO – College of Audiologist and Speech-Language Pathologist of Ontario, 2014:

"Cognitive-communication disorders are communication impairments resulting from underlying cognitive deficits due to neurological impairment. These are difficulties in communicative competence (listening, speaking, reading, writing, conversation and social interaction) that result from underlying cognitive impairments (attention, memory, organization, information processing, problem solving, and executive func-

tions). These disorders are distinct from other neurological communication disorders (e.g., aphasia, dysarthria etc.) and require specific techniques.

Cognitive-communication disorders are commonly associated with traumatic brain injury (TBI) but can also occur as a result of other acquired brain injuries (ABI) such as hemorrhage, stroke, meningitis, encephalitis, anoxia, or tumors".

I definitionen ses kognitive kommunikative vanskeligheder som kommunikationsforstyrrelser, der stammer fra underliggende kognitive forstyrrelser, der igen stammer fra neurologiske skader. Det drejer sig om forstyrrelser i kommunikativ kompetence; lytte – som vi oversætter til forståelse – tale, læsning, skrivning, konversation og social interaktion. Disse forstyrrelser stammer fra underliggende kognitive forstyrrelser: opmærksomhed, hukommelse, organisering, informationsbearbejdning, problemløsning og eksekutive funktioner. Definitionen fremhæver, at disse forstyrrelser adskiller sig distinkt fra andre neurologiske kommunikationsforstyrrelser som afasi, dysartri osv., og at de kræver særlige teknikker.

Kognitive kommunikative vanskeligheder er ofte forbundet med traumatisk hjerneskade (TBI), men kan også opstå som følge af andre erhvervede hjerneskader så som apopleksi, meningitis, encefalitis, anoksi eller tumorer.

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, 2016²⁰).

Der henvises desuden til Michael Perkins (2007), hvis model over elementer i pragmatisk kompetence stemmer godt overens med ovennævnte definition (se modellen i bilag 1). Perkins argumenterer i sin bog, *Pragmatic Impairment* (2007) for, at en velfungerende kommunikation og en god pragmatisk kompetence er *emergent*, det vil sige noget, som *fremkommer* som resultat af et *samspil* mellem forskellige elementer: de semiotiske, de kognitive, og de sensoriske og mellem forskellige kommunikationspartnere. Det er det komplekse samspil mellem de forskellige elementer, som konstituerer en velfungerende kommunikation (Perkins 2007).

Formålet med at anvende CASLPOs definition på kognitive kommunikationsvanskeligheder og Perkins model over elementer i pragmatisk kompetence er, at kendskabet til dem kan give logopæden mulighed for så præcist som muligt at beskrive karakteren og sværhedsgraden af de kognitive kommunikationsvanskeligheder og -ressourcer. Dette har betydning for tilrette-

²⁰ <http://www.isaac.dk/hvad-er-aac/>

læggelsen af et adækvat rehabiliterings- og undervisningstilbud. Anvendelsen af termen kognitive kommunikationsvanskeligheder, som ovenfor defineret, sikrer en fælles reference-ramme, som medfører, at man mere 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.

Referencer

- Professionel konsensus, 2016.
- CASLPO, 2014.
- Perkins Michael, 2007.

Overordnede anbefalinger

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. Logopæden indhenter anamnesticke oplysninger og forholder sig til karakteren, formen og sværhedsgraden af de kognitive kommunikationsvanskeligheder og det specifikke formål med udredningen. De kognitive kommunikationsvanskeligheder varierer afhængigt af skadens art, omfang, placering i hjernen samt personlige faktorer. Der kan være tale om en udredning bestående af standardiseret tests, ikke-standardiseret tests. De anvendte tests kan være statiske og deskriptive eller dynamiske og procesorienterede. Testene kan kombineres med tjeklister, screening, struktureret interview m.m.

I udredningen skal testningen dreje sig om kroppens funktioner og anatomi, om aktivitet og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. For testning af kognitive kommunikationsvanskeligheder anbefales det, at der i udredningen også vægtes funktionel testning. Denne vægtning er begrundet med, at det især er i hverdagsituationer, de kognitive kommunikationsvanskeligheder viser sig. Ofte klarer målgruppen sig fint i formaliserede standardiserede tests i en struktureret ikke hverdagsagtig kontekst²¹. Af den årsag, skal logopæden ydermere være opmærksom på, at personen med hjerneskade kan udvise flere kognitive vanskeligheder undervejs i forløbet, når vedkommende netop befinder sig i sin hverdag, og skal have den til at fungere. Det anbefales derfor, at man evaluerer og reviderer de opsatte mål undervejs.

Det anbefales desuden, at udredning af kognitive kommunikationsvanskeligheder belyser personens kompetence inden for de centrale områder: pragmatik, diskurs (samtale, diskussion, argumentation og refleksion) og inferens (evnen til at drage logiske slutninger/nå frem til ny erkendelse). Og at man anvender de almene termer: at forstå/lytte, at tale, at gestikulere, at læse og at skrive. Anvendelsen af de alment forståelige termer "at forstå/lytte, at tale, at gestikulere, at læse og at skrive" er en væsentlig forudsætning for, at logopæden kan opstille mål og planlægge undervisning sammen med personen med hjerneskade og de pårørende.

Endelig er det vigtigt at være opmærksom på, at den logopædiske udredning oftest vil være en del af en tværfaglig udredning, der blandt andet også udreder kognitive funktioner. På nogle kommunikationscentre og i nogle kommuner vil det være andre faggrupper end logopæden, der foretager udredning af de kognitive funktioner (se *Vejledning i udredning af kognitive*

²¹ Turkstra et al. 2005

vanskeligheder). Logopæden medvirker i rehabiliteringen i et tværfagligt samarbejde med andre fagpersoner, fx neuropsykologer, terapeuter, sagsbehandlere m.fl.²².

Anbefalinger

Den egentlige udredning påbegyndes typisk først i den sub-akutte fase, og når personen kan medvirke hertil (målgruppe 2: Testbare og test-orienterede personer). Hvis personen ikke kan medvirke (målgruppe 1: Ikke- testbare og/eller test-orienterede personer), kan logopæden vejlede pårørende og andre samarbejdspartnere om, hvordan rehabiliteringsprocessen bedst kan påbegyndes og videre foregå.

Den logopædiske udredning har til formål at:

1. Afdække, om personen med hjerneskade eventuelt har andre vanskeligheder end den beskrevne hjerneskade, med henblik på at vejlede personen, pårørende og personale i forhold til anden behandling/rehabilitering (se evt. 'Boks-modellen' i afsnittet om 'Test').
2. Udrede, om der er kognitive kommunikationsvanskeligheder, deres karakter og sværhedsgrad samt deres indflydelse på personens aktivitet og deltagelse.
3. Udrede og vurdere muligheder og begrænsninger i forhold til kognitiv funktion og beskrive mulige kompensationsstrategier.
4. Give en tilbagemelding til den person eller instans, som har henvist den pågældende til udredning.
5. Udvælge de oplysninger om personens funktionsniveau og ressourcer, der kan danne fundament også kaldet 'baseline' for en efterfølgende evaluering.
6. Danne grundlag for opsætning af mål i samarbejde med personen og for planlægningen af den logopædiske intervention.

Udredningen baseres på indsamlede oplysninger fra journal, logopædens og andre fagpersoners observationer, interviews med personen selv, de pårørende og andre samarbejdspartnere, samt kognitiv testning.

Der anbefales en udredning i to trin:

1. Indsamling af de anamnestiske oplysninger, som er relevante for den logopædiske udredning.
2. Logopædisk undersøgelse.

²² Shumway and MacDonald, 2002

1. Indsamling af anamnestiske oplysninger

Kropsområde

- Alder
- Tidligere kognitiv og/eller logopædisk udredning.
- Medicinske diagnoser.
- Hjernescanninger (CT-scanning, MR-scanning mv.)
- Journaloplysninger fra andre faggrupper vedrørende: pareser, neglekt, apraksi, vågenhed/-arousal, anosognosi, depression, funktionsnedsættelser inden for syn (fx hemianopsi og samsynsproblemer), hørelse, dysleksi, dyskalkuli samt andre kognitive udfald.

Aktivitet og deltagelse

- Uddannelse, erhverv og fritid.
- Præmorbid funktionsevne og eventuelt præmorbid behov for støtte i forhold til kommunikation.
- Oplysninger om personen med hjerneskade og de pårørendes oplevelser af begrænsninger i dagligdagen i forhold til behov og krav.

Omgivelsesfaktorer

- Oplysninger om nærmeste pårørende/netværk.
- Oplysninger om omgivelsernes holdning til personens ændrede kommunikation samt omgivelsernes muligheder og motivation for at være støttende i kommunikationen.

Personlige faktorer

- Personens opfattelse af sygdommen.
- Oplysninger om personens opfattelse af omgivelsernes holdninger og støtte.
- Social status.
- Livserfaring og mestringsevne.

De anamnestiske oplysninger har betydning for logopædens tilgang til den videre udredning. Nogle oplysninger kan med fordel indhentes inden den første kontakt. Dels for at undgå at belaste personen med hjerneskade unødigt, og dels for at logopæden/udreder kan sikre sig, at der med høj sandsynlighed er tale om kognitive kommunikationsvanskeligheder som følge af en nytilkommen hjerneskade. Andre oplysninger vil det først være muligt – og for nogen også mere naturligt – at indhente i samtalen med personen selv.

2. Logopædisk undersøgelse

Det anbefales, at følgende delfunktioner beskrives (tallene i parentes henviser til de relevante ICF-koder):

Kropsområde

Mentale funktioner:

- Bevidsthedstilstand (b110)
- Orienteringsevne (b114)

- Energi og handlekraft (b130)
- Opmærksomhed (b140)
- Hukommelse (b144)
- Psykomotoriske funktioner (b147)
- Følelsesfunktioner (b152)
- Opfattelse og sansning (b156)
- Tænkning (b160)
- Overordnede kognitive funktioner (b164)

Sprogfunktioner (b167):

- Sprogforståelse (b1670)
 - Forståelse af talt sprog (b16700)
 - Forståelse af skriftsprog (b16701)
- Sprogudtryksevne (b1671)
 - Talesprog (b16710)
 - Skriftsprog (b16711)
- Integrativ sprogforståelse (b1672)
- Stemme- og talefunktion:
 - Stemme (b310)
 - Udtale (b320)
 - Talefærdighed og talerytme (b330)
 - Talemelodi (b3303)

Aktivitet og deltagelse

Kommunikation:

- Forstå meddelelser
- Forstå meddelelser
- Forstå mundtlige meddelelser (d310)
- Forstå non-verbale meddelelser
 - Forstå kropssprog (d3150)
 - Forstå almindelige tegn og symboler (d3151)
 - Forstå billeder (d3152)
- Forstå skriftlige meddelelser (d325)

Fremstille meddelelser

- Tale (d330)
- Bruge non-verbale meddelelser
 - Bruge kropssprog (d3350)
 - Bruge billeder (d3352)
- Skrive beskeder (d345)

Samtale og anvende kommunikationshjælpemidler:

- Samtale
 - Indlede en samtale (d3500)
 - Holde en samtale i gang (d3501)
 - Afslutte en samtale (d3202)
 - Samtale med én person (d3503)
 - Samtale med flere personer (d3508)
- Diskussion
 - Diskutere med én person (d3550)
 - Diskutere med flere personer (d3551)
- Anvende kommunikationsudstyr- og teknikker (d360)

Interpersonelt samspil og kontakt:

- Basalt interpersonelt samspil (d710)
- Komplekst interpersonelt samspil (d720)

Udredningen bør belyse muligheder og begrænsninger inden for såvel verbal som nonverbal kommunikation samt kommunikation på tomandshånd og i en større gruppe. Desuden bør behov for støtte fra samtalepartneren samt eventuelt mulige kompensationsstrategier beskrives.

Det er vigtigt, at logopædens vurdering på trods af eventuel anosognosi inddrager personens egen oplevelse af kommunikationsevnen, samt at logopæden spørger de pårørende og det tværfaglige team om deres oplevelse af personens kognitive kommunikative færdigheder i dagligdagen.

Omgivelsesfaktorer

- Hæmmende og fremmende faktorer i personens miljø: Syn, hørelse og kognition hos partner, brug af hjælpemidler, baggrundsstøj mv.
- Pårørendes oplevelse af den indbyrdes kommunikation.
- Pårørendes indsigt i og ageren i forhold til personens kognitive og kommunikative ressourcer og vanskeligheder.
- Det tværfaglige teams vurdering af - og ageren i forhold til personens kognitive kommunikative ressourcer og vanskeligheder (e125, e310 – e499).

Personlige faktorer

- Stemningsleje og emotionel involvering.
- Åbenhed over for analyse af egen kommunikation /brugen af hjælpemidler.
- Forventninger til indhold og udbytte af undervisningen.

Udredningen skal munde ud i en grundig og nuanceret beskrivelse af personens ressourcer og begrænsninger i forhold til såvel de verbale som de non-verbale kommunikative og pragmatiske kompetencer. Den skal sikre, at logopæden så vidt muligt er i stand til at analysere sig frem til hvilke kognitive vanskeligheder, der formodes at påvirke de kommunikative vanskeligheder. Såvel karakteren af vanskelighederne samt sværhedsgraden er væsentlig. For at få et

samlet billede af, hvordan personen med hjerneskade fungerer i hverdagen med sine kommunikative ressourcer og begrænsninger, er det vigtigt at se disse i sammenhæng med aktivitets- og deltagelsesbehov og -krav samt omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

Referencer

- Konsensus i arbejdsgruppen, 2016.
- Perkins, M., 2007.
- Murray, L., 2005.
- McDonald, S., Togher, L & Code, C., (2014).
- Myers, P. S., 1999.
- Sohlberg, M. & Mateer, C., 2001.
- Sundhedsstyrelsen, 2006.
- Vejledning i udredning af afasi, 2016.

Medarbejderkompetencer

Ovenstående anbefalinger tager udgangspunkt i, at alle logopæder, der arbejder inden for området, har en logopædisk universitetsuddannelse eller en PD i specialpædagogik med sprog/tale-specialet (tidligere: Special-læreruddannelsen fra DPU).

Det anbefales, at de logopæder, der arbejder inden for området, har tilegnet sig den nødvendige viden og kunnen vedrørende kognition og sprogfunktion, er fortrolige med national faglig praksis, har kendskab til international faglig praksis samt til den anvendte faglitteratur.

Tests, spørgeskemaer og screeninger til udredning af kognitive kommunikationsvanskeligheder

Tests, der udreder kognitive kommunikationsvanskeligheder, skal undersøge sproglige færdigheder på et højt niveau, pragmatiske færdigheder og kognitive funktioner. Formålet er at påvise tilstedeværelsen af kognitive kommunikationsvanskeligheder, samt at skabe grundlag for at opstille undervisningsmål og vejlede ramte, pårørende og samarbejdspartnere.

Det har vist sig, at kognitive kommunikationsforstyrrelser er vanskelige at udrede med formelle test²³. Årsagen hertil er bl.a., at opbygningen af disse test ikke afspejler naturlige kommunikationssituationer, men snarere separate sproglige og/eller nonverbale kognitive færdigheder. Derved fungerer testene ikke som en undersøgelse af sproget som interaktionsredskab, og de undersøger derfor reelt ikke alle de vanskeligheder, som personen med kognitive kommunikationsforstyrrelser har. Mange formelle test er endvidere fokuseret på kropsniveauet inden for ICF-rammen. Disse tests fokuserer på at afdække de "fysiske" forstyrrelser som fx auditiv forståelse eller benævnelse, men de berører ikke den måde, hvorpå disse forstyrrelser påvirker

²³ Test, der typisk opgøres objektivt ud fra klart definerede administrationsprocedurer, og som ofte er normbaserede, men kun sjældent funktionelle.

evnen til at kommunikere (dvs. aktivitets- og deltagelsesniveauet). Det er problematisk, fordi kognitive kommunikationsforstyrrelser netop rammer evnen til at bruge sproget kommunikativt og derfor primært optræder i interaktion med andre mennesker. Endelig udgør den meget strukturerede opbygning i mange formelle tests et problem i forhold til at afsløre kognitive kommunikationsforstyrrelser. Testenes fastlagte procedurer, herunder eksplicite opgaveinstruktioner, guider testpersoners adfærd og mindsker dermed kravene til deres kommunikative (og også eksekutive) færdigheder. Testens struktur kan således risikere at kompensere for personens kognitive kommunikationsvanskeligheder (og i sammenhæng hermed også evt. eksekutive forstyrrelser).

Ved testning med denne type af formelle test kan man risikere, at personer med kognitive kommunikationsvanskeligheder vurderes at have minimale eller ingen forstyrrelser til trods for, at de udviser massive kommunikationsvanskeligheder i dagligdagen²⁴. I udredningen af de kognitive forstyrrelser er det vigtigt at være opmærksom på også at vægte funktionel testning.

I de senere år er der kommet et stort fokus på at udvikle test, der overkommer problemstillingerne og derfor er velegnede til personer med kognitive kommunikationsforstyrrelser. Disse test er medtaget i denne vejledning. Nedenfor er der en kort oversigt over de tests, 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/udreder 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. Gennemgange indeholder derudover interessante test, som er under udvikling.

Oversigt over de anbefalede test, spørgeskemaer og screeninger

Navn/	Funktion	Type	ICF-niveau
Boks-modellen	Afdækning af andre vanskeligheder end den beskrevne hjerneskade	Analyse model	-
ASHA-FACS	Vurdering af 33 kognitive kommunikationshandlinger, samt kommunikationens kvalitet	Test	Aktivitet og deltagelse
CADL-2	Måling af kommunikationsevnen hos voksne med hjerneskade, verbalt, non-verbalt og skriftligt	Test	Aktivitet og deltagelse
CAT	Udredning af afasi hos voksne. Nb! Indeholder en screening af non-verbale kognitive vanskeligheder	Test	Krop, Aktivitet og deltagelse
CCCABI	Vurdering af kognitive kommunikationsforstyrrelser	Selvrapportering	Aktivitet og deltagelse, Krop
EOWVT og ROWVT	Den impressive del måler evnen til at forstå og kende ord. Den ekspresive del måler evnen til at generere ord, når man forevises ting, begreber eller handlinger	Test	Krop
FAVRES	1. At udrede tilstedeværelsen og sværhedsgraden af kognitive kommunikationsforstyrrelser hos personer med erhvervet hjerneskade.	Test	Aktivitet og deltagelse, Krop

²⁴ Ponsford et al., 1996, Wood & Lioffi, 2006 og Coelho et al., 2005

	2. At afdække kommunikative styrker, svagheder og mulige strategier. 3. At forudsige evnen til at kommunikere effektivt i sociale situationer.		
Læsetekster for HF og Gymnasium	Afdækker præcision og hastighed i læsning i tekster, der stiller store krav til læserens forståelse	Test	Krop
Læsetekster for unge og voksne	Afdækker funktionel læsefærdighed	Test	Krop, Aktivitet og deltagelse
Mount Wilga Higher Level Language Test	Belyser en bred vifte af sproglige færdigheder og undersøger kognitive og adfærdsmæssige påvirkninger af kommunikationen hos personer med erhvervet hjerneskade	Test	krop
OK-testen	Vurdering af en persons sproglige funktioner	Test	Krop
Selvtest.nu	Afdækker voksne menneskers faktiske læsefærdigheder	Test	Krop
Verbal Fluency	Afdækker ordmobilisering	Prøve	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. Indledningsvis præsenteres Boks-modellen, da denne kan give et fint indblik i forhold udover eventuelle kognitive kommunikationsvanskeligheder, der kan påvirke den øvrige testning.

Boks-modellen eller "Brückner-boksen", (Louise Brückner Wiwe).

Formålet med analysemodellen er at afdække, om funktionsnedsættelserne overvejende kan tilskrives følger virkninger efter en erhvervet hjerneskade - eller om de også var tilstede før hjerneskaden og snarere er blevet forstærket eller formindsket. Boksmodellen er således et arbejdsredskab, der kan bruges som hjælp til at afdække, om personen har andre vanskeligheder end den beskrevne hjerneskade.

Analysemodellen er opbygget som en boks med felter, der repræsenterer 8 centrale områder: Baggrund, IQ, Kognition, Personlighed, Helbred, Psykiatri, Misbrug, Kriminalitet & "Din opgave". Undersøgelse af de 8 områder kan give et samlet og mere nuanceret billede af personens samlede situation samt underviserens (eller anden fagpersons) opgave. Analysemodellen kan desuden antyde, hvilket område der har størst tyngde i forhold til personens helt aktuelle situation, hvilket kan være udgangspunkt for underviserens intervention.

Boksmodellen giver et godt overblik over personens samlede vanskeligheder og kompetencer.

ASHA-FACS - American Speech Language Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills in Adults, (Frattali et al., 1995).

Testen vurderer 33 kognitive kommunikationshandlinger, samt kommunikationens kvalitet med hensyn til tilstrækkelighed, hensigtsmæssighed, hastighed og deling af kommunikationsbyrden. Testen kan også registrere forandringer i kommunikative færdigheder. Den er udformet som et spørgeskema til plejepersonale. ASHA-FACS er oprindelig amerikansk, men findes også anvendelig i andre engelsktalende lande. Testen er standardiseret for personer med venstre hemisfære skader og personer med traumatiske hjerneskader. Testen har vist høj grad af reliabilitet og validitet. Den retter sig mod ICF-niveau for aktivitet og deltagelse.

Det anbefales at undersøge ASHA-FACS nærmere for eventuelt egnethed til oversættelse til dansk.

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, verbalt, non-verbalt og skriftligt. 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-verbal kommunikation, 6) Sekventielle forhold samt 7) Humor/Metafor/Absurditet. Valideringsstudier har vist dens brugbarhed i forbindelse med personer med traumatiske hjerneskader og skader i højre hemisfære som følge af apopleksi. Testen er amerikansk. Den er oversat til og standardiseret på dansk på 34 personer med neurologisk baserede kommunikationsvanskeligheder. Validites- og reliabilitetsundersøgelser af testen har vist gode resultater.

Testen retter sig hovedsageligt mod ICF-niveau for aktivitet og deltagelse og kan anvendes initialt og løbende samt til måling af udbytte.

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

CAT er et testbatteri til udredning af afasi hos voksne, der indeholder en screening af non-verbale kognitive vanskeligheder. Testen består af tre dele: 1) En kognitiv screening, der screener for non-verbale kognitive vanskeligheder (6 deltests), 2) Et sprogbatteri (21 deltests), og 3) Et spørgeskema om personens oplevede grad af handicap forbundet med kommunikationsevne i hverdagen (32 spørgsmål fordelt på 6 emner).

Den kognitive screening omfatter følgende deltests: 1) Linjedeling til screening af neglekt, 2) Semantisk hukommelse til screening af forståelse for semantiske relationer, 3) Wordfluency til screening af eksekutive funktioner, 4) Genkendende hukommelse til screening af visuel hukommelsesfunktion, 5) Brug af genstande til screening for ideomotorisk/ideationel apraksi, og 6) Regning til screening for dyskalkuli.

CAT afdækker ikke generelle kognitive vanskeligheder, men screener kun for udvalgte kognitive vanskeligheder, som kan have indflydelse på testpersonens præstation i sprogbatteriet og spørgeskemaet. Hvis der ønskes en mere fyldestgørende undersøgelse af kognitive vanskeligheder, bør der anvendes en test som er udarbejdet specifikt til dette (se *Vejledning i udredning af kognitive vanskeligheder*).

CAT kan afdække afasi i alle faser og sværhedsgrader (se *Vejledning i udredning af afasi*).

CAT er baseret på et neuropsykologisk teorisæt og er udarbejdet med udgangspunkt i kognitiv neuropsykologi. Den er oversat og tilpasset til danske forhold af Majken Kaae Frederiksen og Lisbeth Haaber i samarbejde med Dansk Psykologisk Forlag. Materialet er udarbejdet til dansk

fra bunden, men med den originale CAT som ramme for arbejdet. Der er udarbejdet danske normer og standarder ud fra 100 afasiramte sprogbrugere og 50 normale sprogbrugere. Materialet er standardiseret på engelsk, og validitet og reliabilitet er fundet god. Materialet forventes udgivet i 2016.

Testen retter sig mod ICF-niveauerne krop, aktivitet og deltagelse.

CCCABI – Cognitive-Communication Checklist After Brain Injury, (MacDonald, 2015).

Skema til selvrapportering af kognitive kommunikationsforstyrrelser med det formål at afklare behovet for logopædisk intervention samt at vurdere personens egen opmærksomhed på og indsigt i vanskelighederne.

Skemaet kan også udfyldes af pårørende eller professionelle. Skemaet er på engelsk og er ved at blive finpudset, og det forventes udgivet i 2016. Skemaet er ikke standardiseret på engelsk, og der er heller ikke foretaget undersøgelse af dets validitet og reliabilitet. Skemaet fokuserer primært på ICF-niveau for aktivitet og deltagelse, men der kan også udledes specifikke symptomer, der relaterer sig til kropsniveauet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at skemaet oversættes til dansk.

EOWVT/ROWVT – 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. Muligheden for direkte sammenligning mellem det ekspressive og impressive ordforråd kan bruges diagnostisk og i forbindelse med planlægning af undervisning. Opgaverne i testene har en stigende sværhedsgrad, og der er ingen gulv- eller lofteffekt, hvorfor man kan identificere personer med både et begrænset og et højt udviklet ordforråd.

Testen er oprindelig amerikansk. Registreringsarket er oversat til dansk, mens manual og stimulushæfte - med undtagelse af to danske tegninger – er det originale amerikanske materiale. Testen udgives i Danmark²⁵. 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 er ved at blive udbredt i Danmark.

Testen retter sig mod ICF-kropsniveau og egner sig bedst initialt samt til måling af udbytte.

FAVRES – Functional Assessment of Verbal Reasoning and Executive Strategies, (MacDonald & Johnson, 2005).

Testens formål er: 1) At udrede tilstedeværelsen og sværhedsgraden af kognitive kommunikationsforstyrrelser hos personer med erhvervet hjerneskade, 2) at afdække kommunikative styrker, svagheder og mulige strategier, 3) at forudsige evnen til at kommunikere effektivt i sociale situationer. Testen består af 4 deltest med hver sit fokusområde: 1) Komplex forståelse, 2) kompleks udtryksevne, 3) verbalt ræsonnement samt 4) dele af de eksekutive funktioner (fleksibilitet, generering, planlægning og sekvensering). Testen består yderligere af en kvalitativ tjekliste af styrker og svagheder, som kan anvendes til vurdering af opgaveløsning enten i forbindelse med FAVRES eller i anden relevant opgavesituation. Opgaveløsningerne kan gøres til genstand for drøftelse med deltageren om undervisningsmål, opgaver og strategier. Testen kræver gode læsefærdigheder, og testpersonen bør ikke have afasi FAVRES er oprinde-

²⁵ Hogrefe, 2013

ligt et canadisk testmateriale, som er oversat til dansk²⁶. Der er foretaget engelsk standardisering på personer med TBI, apopleksi og raske kontrolpersoner. Pilottestning viser, at danske testpersoner viser samme normbillede som de engelske testpersoner, men der skal laves en egentlig dansk standardisering. I forbindelse med en standardisering vil manualen også blive oversat til dansk. Testen skal tages samlet for at sikre, at testens høje validitet og reliabilitet bevares og at normerne kan anvendes. Den har en høj prædiktiv validitet i forhold til at forudsige sandsynligheden for succes ved tilbagevenden til arbejde.

FAVRES retter sig primært imod ICF-niveau for aktivitet og deltagelse, men der kan også udledes specifikke symptomer, der relaterer sig til kropsniveauet. Den er anvendelig initialt og løbende, ligesom den også kan bruges til måling af udbytte. Testen er ved at blive udbredt i Danmark.

Der findes en engelsk og svensk version af FAVRES til personer mellem 12 og 19 år (Student-FAVRES). Den fås gennem ccd-publishing.com.

Læsetekster for HF og gymnasium, (Arnbak & Elbro, 2000).

Testen afdækker præcision og hastighed i læsning i tekster, der stiller store krav til læserens forståelse. Der fokuseres særligt på følgende høje krav til læseforståelsen: At gennemskue en upålidelig fortæller, at opfatte dobbeltheden i metaforer og at få overblik over et dynamisk system. Testens resultater kan bruges til planlægning af undervisning. Læsetekster for HF og gymnasium er udviklet på dansk. Den er standardiseret på 538 gymnasie- og HF-elever, der er normer, og testen har høj validitet og reliabilitet. Normer fås via rapporten: *Avancerede læsefærdigheder blandt gymnasie- og hf-elever og deres prædiktionsværdi for elevernes udbytte* (Center for Læseforskning). Deltestene kan administreres enkeltvis, men det forringer testens pålidelighed. Testen retter sig mod ICF-kropsniveau, og den egner sig bedst initialt samt til måling af udbytte.

Læsetekster for unge og voksne, (Arnbak & Elbro, 2001).

Testen afdækker funktionel læsefærdighed. Materialet indeholder opgaver til tre tekstgrupper: 1) opslagstekster, 2) informerende tekster, og 3) fortællende tekster. Opgaverne til de tre tekstgrupper afdækker forskellige færdigheder af relevans for god læseforståelse, herunder at identificere faktuel information i teksten og sammenholde denne på tværs af tekster. Testens resultater kan bruges til planlægning af undervisning. Læsetekster for unge og voksne er udviklet på dansk. Den er standardiseret på 773 personer fra fem forskellige uddannelsesgrupper, der er normer, og testen har høj validitet og reliabilitet. Normer fås via rapporten: *Læsning, læsekurser og uddannelse. Om unge og voksnes funktionelle læsefærdighed i uddannelse og på læsekurser vurderet med et nyt materiale* (Center for Læseforskning eller Undervisningsministeriet). Deltestene kan administreres enkeltvis, men det forringer testens pålidelighed. Testen retter sig mod ICF-kropsniveau samt aktivitet- og deltagelsesniveau, og den egner sig bedst initialt samt til måling af udbytte.

Mount Wilga Higher Level Language Test, (Simpson, 2006).

Testen belyser en bred vifte af sproglige færdigheder og undersøger kognitive og adfærdsmæssige påvirkninger af kommunikationen hos personer med erhvervet hjerneskade.

Testen består af 8 deltests: 1) Benævnelse, 2) Verbal forklaring, 3) Planlægning, 4) Auditiv hukommelse, 5) Auditiv forståelse, 6) Læseforståelse, 7) Skriftlig udtrykkevne og 8) Talfor-

²⁶ Christensen, 2014

ståelse. Deltestene består hver især af enkelte korte underopgaver, der er lette at administrere. Testen sammenfattes i en grafisk profil over testpersonens præstation på alle deltestene (eller blot dem, der er administreret). Den grafiske profil gør testen meget anvendelig i undervisningstilrettelæggelse, hvor den bidrager med oplysninger om sproglige funktioner på et højere niveau end typiske afasitester. Eksempelvis belyser testen forståelse af absurditeter, idiomter og inferenser samt evne til at argumentere, forklare og ræsonnere verbalt. Det er vist, at personer med lavere uddannelsesniveauer og personer med andet modersmål end engelsk scorer lavt på testen. Testen er oprindeligt australsk/engelsk. Den er ikke standardiseret på engelsk, og der er heller ikke foretaget undersøgelse af dens validitet og reliabilitet.

Testen retter sig mod ICF-kropsniveau og egner sig bedst initialt og løbende. Arbejdsgruppen anbefaler, at den oversættes til og standardiseres på dansk.

OK-testen – Ordkendskabstesten, (Grønborg et al., 1993).

Testen vurderer en persons sproglige funktioner. Ok-testen består af seks dele: 1) Billedbenævnelsesprøve, 2) Definitionsopgave, 3) Synonymtest, 4) Overbegreber, 5) Udpegningstest og 6) Hukommelsesprøve (vurdering af auditiv hukommelsesspændvidde). I undervisningstilrettelæggelse kan testen bidrage med oplysninger om sproglige funktioner på et højere niveau end typiske afasitester. Eksempelvis belyser testen begrebsdannelse og abstraktionsevne (overbegreber, definitionsopgave, synonymer) samt mere kompleks ordmobilisering (billedbenævnelse). Testresultaterne kan også anvendes med henblik på metakognition. Testen kan tages samlet, men hver enkelt deltest kan også tages selvstændigt, da der er separate normer for hver enkelt deltest. Testen er kendt af og bruges bredt af danske logopæder til forskellige målgrupper. Testen er udviklet på dansk. Den er standardiseret i 1993 på baggrund af et randomiseret udtræk af 2700 personer, og der findes normer for voksne mellem 20 og 80 år. Hverken testens validitet eller reliabilitet er afprøvet.

Testen retter sig mod ICF-kropsniveau og egner sig bedst initialt samt til måling af udbytte.

Selvtest.nu - Selvtest af læsefærdighed for voksne, (Jensen & Elbro, 2014).

Testen er en online test (selvtest.nu), og den afdækker voksne menneskers faktiske læsefærdigheder. Der fokuseres særligt på læseforståelse af forskellige typer inferens. Testen er udviklet på dansk. Den er standardiseret på 492 voksne, der er normer, og testen har høj validitet og reliabilitet. Normer fås via rapporten: *Rapport om udvikling og afprøvning af Selvtest af læsning – en selvtest af voksnes læsefærdigheder på nettet* (Center for Læseforskning). Testen retter sig mod ICF-kropsniveau, og den egner sig bedst initialt samt til måling af udbytte.

Verbal Fluency, (ordmobilisering-prøve).

Prøven findes ikke i én enkelt test, men er en del af flere forskellige bl.a. MOCA. Prøven kan tages som:

- Kategorielt styret ordmobilisering, så mange dyr testpersonen kan komme i tanke om på et minut.
- Fonologisk styret ordmobilisering, så mange forskellige ord, der starter med bogstavet 's', som testpersonen kan komme i tanke om på et minut. Testpersonen må ikke sige navne på personer og steder og ikke anvende samme forstavelse på ordene.
- Alternierende ordmobilisering, så mange ord skiftevis med a og f som begyndelsesbogstav, som testpersonen kan komme i tanke om på et minut. Samme regler gælder som i forrige opgave.

Antallet af ord præsteret på et minut tælles.

Nedsat Verbal fluency kan være en god indikation for kognitive vanskeligheder af eksekutiv art. Prøven har rødder i Thurstones "Primary Mental Abilities Test" fra 1938.

Danske normer kan findes i "Danske normer til neuropsykologiske test" (Dansk Psykologisk Forlag 2012). Her ses, at de danske normer til kategoristyret ordmobilisering og dyrenavne er baseret på pooling af rådata fra seks datasæt, i alt 414 personer. Beregningerne er baseret på en antagelse om, at råscores for kategoristyret ordmobilisering er nogenlunde normalfordelte. Det fremgår af sammenligning med internationale metanormer, at de forventede gennemsnit og standardafvigelser for danskere ikke afviger væsentligt fra, hvad der er fundet internationalt. Testen retter sig mod ICF-kropsniveau.

Litteratur

- Angeleri, R., Bosco, F.M., Zettin, M., Sacco, K., Colle, L. and Bara, B.G. (2008). Communicative Impairment in Traumatic Brain Injury: A complete Pragmatic Assessment. I *Brain & Language* 107, s. 229-245.
- Arnbak, E., Elbro, C. (2000), Læsetekster for gymnasium og HF. www.umv.dk.
- Arnbak, E., Elbro, C. (2001), Læsetekster for unge og voksne. www.umv.dk.
- Aronoff, M. and Rees-Miller, ed. (2001). *The Handbook of Linguistics*, Blackwell Publishers, kap. Pragmatics: Language and Communication, edt. Ruth Kempson, s. 394 – 427
- ASHA (2004). *Roles of Speech-Language Pathologists in the Identification, Diagnosis and Treatment of Individuals with Cognitive-Communication Disorders: Position Statement*.
- ASHA (2005). *Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologist Providing Services to Individuals with Cognitive-Communication Disorders*.
- Blais, M. C. & Boisvert, J. M. (2005). Psychological and marital adjustments in couples following a traumatic brain injury (TBI): a critical review. I *Brain Injury* 19 (14), s. 1223-35.
- Blake, M.L. (2007). Perspectives on treatment for communication deficits associated with right hemisphere brain damage. I *American Journal of Speech-Language Pathology* 16, 331-342.
- Blake, M.L. (2003). Affective language and humor appreciation after right hemisphere brain damage. I *Seminars in Speech and Language* 24, (2).
- Brückner Wiwe, L. (in press): *Brückner boksmodellen*.
- Byng, S. et al. (2007). *A Group Approach to the Long-term Rehabilitation of Clients with Acquired Brain Injury within the Community* ed. by McVicker, S and Winstanley, L. The Aphasia Therapy File, 2.udg. Psychology Press, kap. 6.
- CASLPO (2014). *Preferred Practice Guidelines for Cognitive-Communication Disorders*.
- Christensen, D. (2005). Træthed efter apopleksi – forekomst, påvirkende faktorer, karakteristika og konsekvenser. I *Apopleksi* (2).
- Coelho, C., Ylvisaker, M. & Turkstra, L. S. (2005). Nonstandardized Assessment Approaches for Individuals with Traumatic Brain Injuries. I *Seminars in Speech and Language* 26 (4), 223-241.
- Coelho, C. A. Ph.D. (2007). Management of Discourse Deficits following Traumatic Brain Injury: Progress, Caveats and Needs. I *Seminars in Speech and Language* 28 (2).
- Coelho, C. A., DeRuyter, F. (1996). Treatment Efficacy: Cognitive-Communicative Disorders resulting from Traumatic Brain Injury in Adults. I *Journal of Speech & Hearing Research* 39 (5).
- Cummings, L. (2007). Pragmatics and Adult Language Disorders: Past Achievements and Future Directions. I *Seminars in Speech and Language* 28 (2).
- Cutica, I., Bucciarelli, M. and Bara, B. G. (2006). Neuropragmatics: Extralinguistic pragmatic ability is better preserved in left-hemisphere-damaged patients than in right-hemisphere-damaged patients. I *Brain and Language* 98, s. 12-25.
- Davis, G. A. (2007). Cognitive Pragmatics of Language Disorders in Adults. I *Seminars in Speech and Language* 28 (2).
- Ellermann, M. (2007). Mental træthed efter apopleksi. I *Psykolog Nyt* 6.

- Fleming, V. B., Harris, J. L. (2008). Complex discourse production in mild cognitive impairment: Detecting subtle changes. *Aphasiology* 22 (7-8), s. 729-740.
- Frattali C.M., Thompson C.K., Holland A.L., Wohl C.B., Ferketic M.M. (1995), The American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA FACS) *American Speech-Language-Hearing Association; Rockville, MD.*
- Gioia, G. A. and Isquith, P. K. (2004) Ecological Assessment of Executive Function in Traumatic Brain Injury. I *Developmental Neuropsychology* 25 (1 & 2), s. 135-158.
- Grice, H.P. (1975). Logic and Conversation. I: *Syntax and Semantics*, 3. udg., Speech Acts, edited by Cole, P. and Morgan, J. L.. New York: Academic Press, 41-58. Reprinted in studies in the Way of Words, ed. Grice, H. P., s. 22-40. Cambridge, MA: Harvard University Press (1989).
- Grønberg, A., Lund, J., Steen Møller og O., Pedersen, H. (1993). *Ordkendskabs-testen*. Special-Pædagogisk Forlag. Herning.
- Holland, A., Frattali, C., Fromm, D. (1999) *Communication Activities of Daily Living* (2nd Edition) – CADL-2. Proed Publishers Inc. Austin, Texas. (dansk oversættelse under udgivelse af Dansk Psykologisk Forlag).
- Jacobsen, I. (2009). *Kognitive Kommunikationsforstyrrelser efter Traumatisk Hjerneskode – en vurdering af det nye formelle testredskab FAVRES*, Kandidatspeciale ved Det Humanistiske Fakultet Københavns Universitet.
- Jensen, K. L., Elbro, C. (2016). Selvttest.nu - En selvttest af voksnes læsefærdigheder på nettet./ I: *Laesepædagogen*, 64 (1) s. 14-18.
- Jensen, R. L. (1994). Kognitive Kommunikationsforstyrrelser. I *Dansk Audiologopædi* 2, s. 39-50.
- Johnson, A. F. et al. (1998). *Assessment and Diagnosis in Neurogenic Communication, Disorders*. Medical Speech-Language Pathology, A Practitioner's Guide. Thieme.
- Kacinik, N. A. and Chiarello, C. (2007). Understanding Metaphors: Is the Right Hemisphere Uniquely involved? I *Brain and Language* 100, s. 188-207.
- Karrow, C. M. and Connors, E. C. (2003). Affective Communication in Normal and Brain-Injured Adults: An Overview. I *Seminars in Speech and Language* 24 (2).
- Larkins, B. (2007). The Application of the ICF in Cognitive Communication Disorders following Traumatic Brain Injury. I *Seminars in Speech and Language* 28 (4).
- Lehman, B. M. (2003). Affective Language and Humour Appreciation after Right Hemisphere Brain Damage. I *Seminars in Speech and Language* 24(2).
- Lehman, B. M. (2007). Perspectives on Treatment for Communication Deficits Associated With Right Hemisphere Brain Damage. I *American Journal of Speech-Language Pathology* 16, s. 331-342.
- Leon, S. A. et al. (2005). Active treatments of aprosodia secondary to right hemisphere stroke. I *Journal of Rehabilitation Research & Development* 42 (1), s. 93-102.
- 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, træder i kraft d. 1. januar 2016.

- MacDonald, S. (2015) Cognitive Communication Checklist for Acquired Brain Injury (CCCABI) CCD Publishing; Guelph, Ontario, Canada, N1H 6J2, www.ccdpublishing.com.
- MacDonald, S., Togher, L., Code, C. (Eds), (2014) Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury. *Psychology Press*.
- MacDonald, S. & Wiseman-Hakes, C. (2010). Knowledge Translation in ABI Rehabilitation: A Model for Consolidating and Applying the Evidence for Cognitive-Communication Interventions. *I Brain Injury 24 (3)*, s. 486-508.
- MacDonald, S., & Johnson, C. (2005). Assessment of subtle cognitive-communication deficits following acquired brain injury: A normative study of the Functional Assessment of Verbal Reasoning and Executive Strategies (FAVRES). *I Brain Injury, 19(11)*, 895-902.
- Malia, K. et al. (2004). Recommendations for Best Practice in Cognitive Rehabilitation Therapy: Acquired Brain Injury. *I The Society for Cognitive Rehabilitation*, s.12-13.
- Martin, I. and McDonald, S. (2003). Weak Coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *I Brain and Language 85*, s. 451-466.
- 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*.
- McVicker, S. and Winstanley, L. A. (2007). Group approach to the long-term rehabilitation of clients with acquired brain injury within the community. I: Byng (ed.) (2007). *The Aphasia Therapy File*, 2. udg.
- Murray, L. L., Ramage, A. E. M.S. and Hopper, T. (2001). Memory Impairments in Adults with Neurogenic Communication Disorders. *I Seminars in Speech and Language 22 (1)*.
- Murray, L. L. and Clark, H. M. (2006). *Neurogenic Disorders of Language*, Thomson Delmar Learning.
- Myers, P. S. (1999). *Right Hemisphere Damage, Disorders of Communication and Cognition*. Singular Publishing Group Inc.
- Myhlendorph, L. (2005 og 2009). Kommunikation og Sygdomsindsigt efter Skade I Højre Hemisfære. *I Kognition & Pædagogik. 58 og Specialpædagogik 3*.
- Norrby, C. (1996). Samtalsanalys, Studentlitteratur.
- Pedersen, T., Gluud, C. N., Gøtzsche, P. C., Matzen, P. og Jørgensen, P. A. W. (2001). Hvad er evidensbaseret medicin? I: *Ugeskrift for læger* 27, S. 3769-72.
- Pell, M. D. (2007). Reduced sensitivity to prosodic attitudes in adults with focal right hemisphere brain damage. *I Brain and Language 101*, s. 64-79.
- Perkins, M. (2007). *Pragmatic Impairment*. Cambridge University Press.
- Ponsford, J., Sloan, S. & Snow, P. (1996). *Traumatic Brain Injury Rehabilitation for Everyday Adaptive Living*. Sussex: Taylor & Francis.
- Reichle, J., Beukelman, D., & Light, J. (2002) *Exemplary practices for beginning communicators: Implications for AAC*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Ross, E. D. and Monnot, M. (2008). Neurology of Affective Prosody and its functional-anatomic organization in right hemisphere. *I Brain and Language 104*, s. 51-74.

- Roth, R. M., Isquith, P. K., Gioia, G. A. (2005). *Behaviour Rating Inventory of Executive Function – Adult Version Professional Manual*. Psychological Assessment Resources Inc.
- Schiøler, G., Dahl, T. (red.) (2003). *International klassifikation af funktionsevne funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand – ICF*. Sundhedsstyrelsen. Munksgaard.
- Sim, P., Power, E., Togher, L. (2013). Describing conversations between individuals with traumatic brain injury (TBI) and communication partners following communication partner training. I *Brain injury* 27 (6), s. 717-742.
- Simpson, F. (2006) Mount Wilga Higher Level Language Test. *Mount Wilga Rehabilitations Center*.
- Smets E., Garssen B., Bonke B. (1995): The multidimensional Fatigue Inventory (MFI) Psychometric Qualities of an instrument to assess Fatigue, I *Journal of psychometric research* 39 (5).
- Sohlberg, M. & Mateer, C. (2001). *Introduction to Cognitive Rehabilitation Theory and Practice*. The Guildford Press.
- Stronach, S. T. & Turkstra, L.S. (2008). Theory of mind and use of cognitive state terms by adolescents with traumatic brain injury. I *Aphasiology* 22 (10), 1054-1070.
- Sundhedsstyrelsen (1997) *Behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsede lidelser*.
- Sundhedsstyrelsen (2006). *Opdateret referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi*.
- Sundhedsstyrelsen og Marselisborgcentret (2005): *ICF – Den Danske Vejledning og Eksempler fra Praksis*. Marselisborgcentret 2005.
- 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. and Leclercq, M. (1997). Subjective experience in brain-injured patients and their close relatives. A European Brain Injury Questionnaire study. I *Brain Injury* 11, s. 543 – 563.
- Threats, T. T. (2006). Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. I *Journal of Communication Disorders* 39, s.251-265.
- Thompkins, C. A. et al. (2008). Coarse coding and discourse comprehension in adults with right hemisphere brain damage. I *Aphasiology* 22 (2), 204-223.
- Turkstra, L. S., Coelho, C. and Ylvisaker, M. (2005a). Non-Standardized Assessment Approaches for Individuals with Traumatic Brain Injuries. I *Seminars in Speech and Language* 26 (4).
- Turkstra, L. S., Coelho, C. and Ylvisaker, M. (2005b). The Use of Standardized Tests for Individuals with Cognitive Communication Disorders. I *Seminars in Speech and Language* 26 (4).
- Turkstra, L.S., Ylvisaker, M., Coelho, C.A., Kennedy, M., Sohlberg, M.M., and Avery, J. (2005). Practice Guideline for Standardized Assessment for Persons with Traumatic Brain Injury. I *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 13 (2).
- WHO (2003): *ICF – International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand*. Sundhedsstyrelsen 2003. Munksgaard

Willis, P., Clare, L., Shiel, A. and Wilson, B. A. (2000). Assessing subtle memory impairments in the everyday memory performance of brain injured people: Exploring the potential of The Extended Rivermead Behavioural Memory Test. I *Brain Injury* 14 (8), s. 693-704.

Wood, R. L. & Liossi, C. (2006). The Ecological Validity of Executive Tests in a Severely Brain Injured Sample. I *Archives of Clinical Neuropsychology* 21, 429-437.

Bilag 1 - Michael Perkins: "Elements of Pragmatics".

Bilag 2 - Grafisk præsentation af ICF-modellen appliceret på kognitive kommunikationsvanskeligheder.

Bilag 3 - Kommunikation og funktioner der kan påvirke kommunikationen, samt funktioner som kommunikationen kan påvirke.

Bilag 4 - Pragmatisk protokol

Bilag 5 - Eksempler på tjeklister

Bilag 6 - skema over evidensniveauer og evidensstyrker

Bilag 1

Michael Perkins: "Elements of Pragmatics".

Michael Perkins: "Elements of Pragmatics" (Arbejdsgruppens oversættelse og bearbejdning.)

Semiotik	Kognition	Motorik	Sansning/perception
Sprog	Inferens	Larynx	Hørelse
- Fonologi	Theory of mind	Hænder	Syn
- Morfologi	Eksekutive funktioner	Arme	
- Syntaks	Hukommelse	Ansigt	
- Semantik	Opmærksomhed	Øjne	
- Prosodi	Holdning	Krop	
- Diskurs	Emotioner		
- Pragmatik			
- Inferens			
Gestus			
Øjenkontakt			
Mimik			
Kropsholdning			

Michael Perkins begreb om pragmatic impairment svarer til begrebet kognitive kommunikative vanskeligheder, som vi anvender det i teksten til God Praksis i udredning af kognitive kommunikative vanskeligheder.

Michael Perkins argumenterer i sin bog Pragmatic Impairment fra 2007 for, at en velfungerende kommunikation, en god pragmatisk kompetence, er noget *emergent*, det vil sige noget som *fremkommer* som resultat af et *samspil* mellem forskellige elementer og mellem forskellige kommunikationspartnere.

Det er det komplekse samspil mellem underliggende faktorer eller elementer, nemlig **de semiotiske, de kognitive, og de senso-motoriske**, som konstituerer en velfungerende kommunikation.

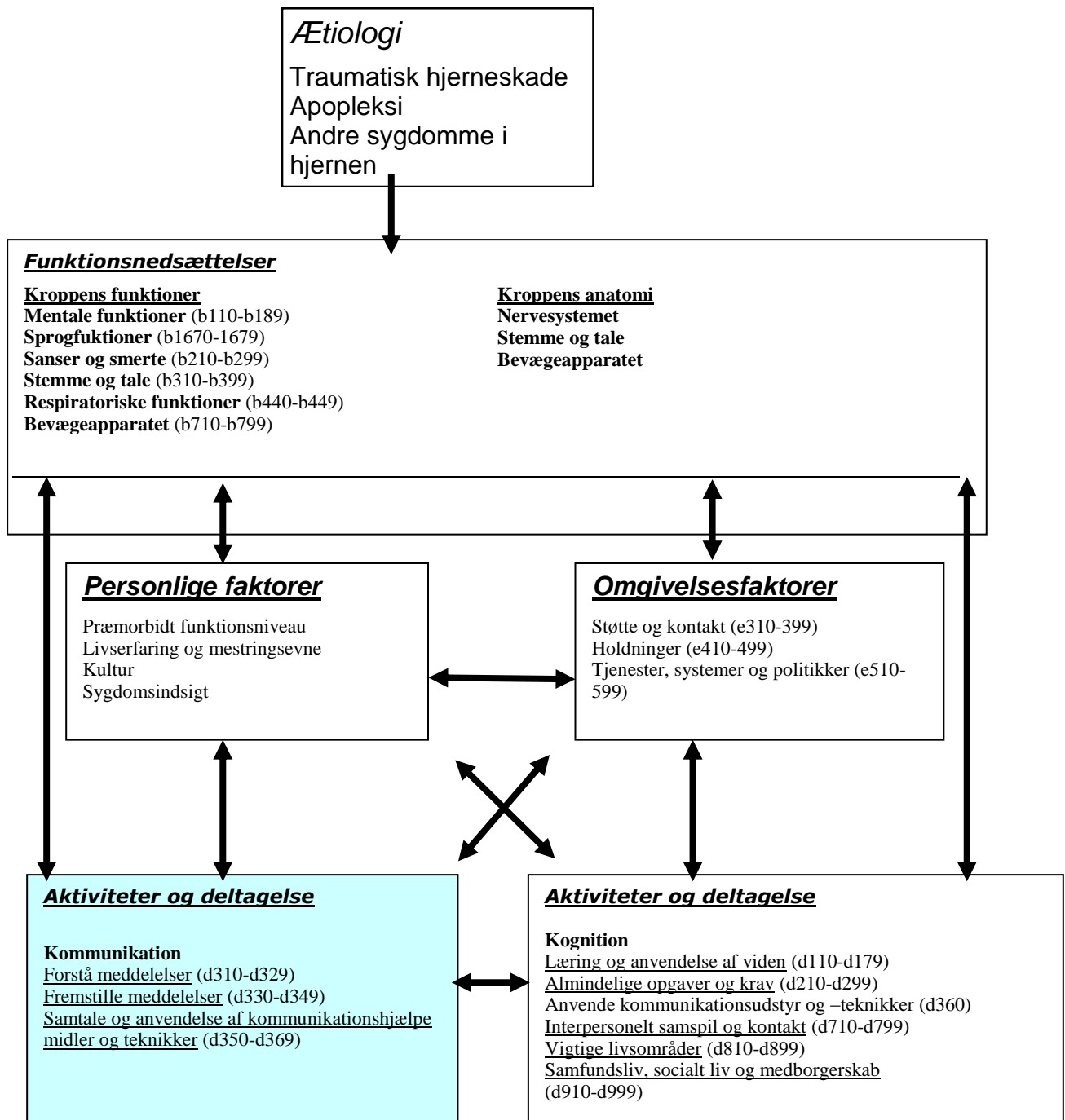
1. De semiotiske elementer, er dem som giver os redskaber til indkodning og afkodning af betydning.
2. De kognitive elementer er instrumenter for vores bestemmelse af og fortolkning af, hvad der kommunikeres om, og også hvorvidt, hvorfor, hvornår, hvor og på hvilken måde der kommunikeres.
3. Det sanssemæssige input og det motoriske output tillader modtagelse og formidling af symbolsk indkodet information via forskellige kanaler (læsning, skrivning, produktion og aflæsning af mimik og gestik).

Modellen påstår ikke noget specifikt om de enkelte elementers status som moduler eller processer, men modellen viser disse elementer som eksempler på og repræsentanter for aspekter af henholdsvis **symbolske, kognitive og input/output** mekanismer, som spiller en rolle i menneskelig kommunikation.

Der er tale om samspil, som både er intra-personelt og inter-personelt. Kommunikation er et delt fænomen.

Bilag 2

Grafisk præsentation af ICF-modellen appliceret på kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder



Bilag 3 Kommunikation og funktioner der kan påvirke kommunikationen, samt funktioner som kommunikationen kan påvirke

Funktioner som kognitive kommunikationsvanskeligheder kan påvirke (Aktivitet og deltagelse)

Læring og anvendelse af viden (d110-d179)

- Tilegne sig viden og færdigheder
- Anvendelse af viden
 - Problemløsning
 - Tage beslutninger

Almindelige opgaver og krav (d210-d299)

- Udføre daglige rutiner
- Klare stress og andre psykologisk krav

Husførelse d619-d699)

Anvende kommunikationsudstyr og -teknikker (d360)

Interpersonelt samspil og kontakt (d710-d799)

Vigtige livsområder (d810-d899)

- Uddannelse
- Arbejde og beskæftigelse

Samfundsliv, socialt liv og medborgerskab (d910-d999)



Kommunikation (Aktiviteter og deltagelse)

Forstå meddelelser (d310-d329)

- Forståelse af mundtlige meddelelser
- Forståelse af nonverbale meddelelse
 - Forståelse af kropssprog
 - Forståelse af billeder
- Forståelse af skriftlige meddelelser

Fremstille meddelelser (d330-d349)

- Tale
- Bruge nonverbale meddelelser
 - Bruge kropssprog
 - Bruge billeder
- Skrive beskeder

Samtale og anvendelse af kommunikationshjælpemidler og teknikker (d350-d369)

- Samtale
 - Indlede samtale
 - Holde samtale i gang
 - Afslutte samtale
 - Samtale med én person
 - Samtale med flere personer
- Diskussion
 - Diskutere med én person
 - Diskutere med flere personer
- Anvende kommunikationsudstyr



Funktioner, som kan påvirke kommunikationen (Kropsfunktioner)

Mentale funktioner

Overordnede mentale funktioner (b110-b139):

- Bevidsthedstilstand
- Orienteringsevne
- Intellektuelle funktioner
- Generelle psykosociale funktioner
- Temperament og personlighed
- Energi og handlekraft
- Søvn

Specifikke mentale funktioner (b140-b189):

- Opmærksomheden (neglekt)
- Hukommelse
- Psykomotorisk kontrol (langsom monoton tale, reduceret kropssprog)
- Følelsesfunktioner
- Opfattelse
- Tænkning

- Overordnede kognitive funktioner

- Abstraktion
- organisering/planlægning
- administration af tid
- kognitiv fleksibilitet
- dømmekraft
- problemløsning
- Sprogfunktioner
 - Sprogforståelse (forståelse af talt sprog, skriftsprog og mimik/gestus)
 - Sprogudtryksevnen (talesprog, skriftsprog og mimik of gestus)
 - Integrative sprogfunktion (frembringelse af meddelelser i talesprog, skriftsprog og andre former for sprog)
- Regnefunktion
- Fastlægge rækkefølge af sammensatte bevægelser (apraksi)
- Oplevelse af eget selv og af tidsforhold

Sanser og smerte

Syn, hørelse og andre sansefunktioner (b210- b279)

Stemme og tale

- Stemme (b310)
 - Udtale (b320)
 - Talefærdighed og talerytme (b330)
- #### **Respiratoriske funktioner (b440-b449)**

Bilag 4

Pragmatisk protokol og tjeklister

Pragmatisk protokol

Bearbejdet og oversat af arbejdsgruppen fra Sohlberg & Mateer: Cognitive Rehabilitation, side 331- 344: Prutting and Kircher (1983).

Vi har i oversættelsen valgt at anvende termen ytring og sproghandling (speech act). Det skal bemærkes, at terminologi og klassifikation for pragmatisk teori adskiller sig fra CA-analyse og dennes terminologi og teori. Fx anvendes termerne samtaleturn og nærhedspar i CA- analyse mens man i pragmatisk teori taler om replikskifte og handlinger (acts). Kempson 2001 s. 411 og 426 og Norrby 1996, s. 68 – 72.

Klassifikation		Modalitet	Beskrivelse og kodning
Ytringens udførelse		Verbalt/Para- Lingvistisk	Den staffage som bruges til at gennemføre handlingen
1	Forståelighed		I hvor høj grad beskeden bliver forstået
2	Stemme intensitet		Ytringens tydelighed eller blødhed
3	Stemme kvalitet		Resonans og/eller stemmens karakter
4	Prosodi		Variationer i ytringens intonation og trykmønster; stemmestyrke, pitch og varighed
5	Flydende; ubesværet		Om ytringen er glidende, vedvarende og har et passende tempo
6	Fysisk nærhed	Nonverbalt	Den afstand der er mellem taler og lytter
7	Fysisk kontakt		Antal gange og sted, hvor der er kontakt mellem taler og lytter
8	Kropsholdning		Lytter eller taler læner sig fremad, læner sig tilbage, bevæger sig til højre eller til venstre
9	Fod/ben bevægelser		Fod- eller benbevægelse
10.	Hånd/arm bevægelse		Hånd /armbevægelse (berører eller flytter en genstand eller berører dele af kroppen eller tøjet)
11.	Gestik		Bevægelser som støtter, fuldender eller erstatter en verbal handling
12.	Ansigts udtryk		Positivt udtryk, smil; negativt, sur; neutral
13.	Øjenkontakt		Når den ene taler eller lytter kigger direkte på den andens ansigt; gensidig øjenkontakt mellem to
Ytringens mening/betydning		Verbalt	Den lingvistiske dimension af sætninger
1.	Leksikalsk valg/brug		Det leksikale item, der passer bedst i forhold til konteksten
	Præcision		
2.	Forhold der specificerer forbindelsen mellem ordene		
	A. Ordrækkefølge		Den grammatiske ordrækkefølge der formidler budskabet
	B. Kendt og ny Information		Kendt: information som lytteren allerede ved; ny: information, som lytteren endnu ikke kender
	a. Anvendelsen af		Stedord giver lytteren mulighed for at identificere referenten og anvende/følge talerens forudsætninger i ytringen.
	b. Ellipser		Given underforstået information som udelades af taleren

	c. Emfatisk tryk		(Ny) information der markeres ved at lægge tryk på forskellige dele af ytringen
	d. Ubestemt/ bestemt artikel		Ubestemt artikel ved ny information Bestemt artikel ved kendt information
	e. Anvendelsen af indledning		Ny information indledes ved at give kendt information først
3.	Stilistisk variation		
	A. Variation i den kommunikative stil	Verbal, paralingvistisk, nonverbal	Talerens modificeringer ved forskellige forhold fx høflig form, anderledes syntaks forandring i stemme kvalitet
	Illokutionære og Perlokutionære handlinger / ytringer	Verbal	Illokutionære (talerens intention) Perlokutionære (påvirkningen af lytteren)
	1. Sproghandlingens paranalyse		Evnen til at tage rollen som både taler og lytter på en passende måde i forhold til teksten Instruktiv eller eftergivende sproghandling: er der udtrykt personligt behov, bydemåde eller underforstået bydemåde, er der tale om en godkendelse eller en instruks, et spørgsmål eller en antydning Spørgsmål/respons: anmodning om bekræftelse, neutral anmodning om gentagelse, anmodning om specifik gentagelse af fx en detalje Anmodning/ respons: direkte anmodning, indirekte anmodning, antydet anmodning, anmodning om præcisering, anerkendelse af anmodningen, udførelse af den anmodede handling Kommentar/anerkendelse: beskrivelse af aktiviteter, der følger umiddelbart efter hinanden, af genstande, personer, tilstande eller omstændigheder; benævnelse, anerkendelser som er positive, negative, indikative (ligefremme og reelle), eller som er kraftudtryk Sproghandlingens sproglige variation eller det man kan gøre med sproget som at kommentere, fastholde, anmode, love osv.
2.	Sproghandlingens variation		
	A. Emne		Emnevalg passende til konteksten
	a. Udvælgelse		Introduktion af nyt emne i diskursen
	b. Introduktion		Emnevedligeholdelse gennem diskursen
	c. Vedligeholdelse		Flydende interaktion mellem taler og lytter
	B. Turtagning		Sproghandlingens indledning
	a. Indledning		Lytterens respons på sproghandlingen
	b. Svar		Evnen til at korrigere en samtale når der sker et sammenbrud og evnen til at bede om gentagelser når der opstår misforståelse, uklarhed og lign.
	c. Udbedring/		Når pauser er overdrevne, eller for korte mellem ordene eller ved svar på et spørgsmål eller mellem sætninger.
	d. Pause		Afbrydelse mellem taler og lytter; overlap er når to personer taler samtidigt.
	e. Afbrydelse/		Verbal adfærd som giver feedback til taleren f. eks "ja", "ok"; nonverbal adfærd som at nikke op og ned som en positiv tilkendegivelse og ryste på hovedet (fra side til side) som et negativt udtryk eller en tvivl.
	f. Feedback til		

- | | | |
|----|---|--|
| g. | Anvendelsen af nærliggenhed i ytringen | Ytringer der sker umiddelbart efter samtalepartnerens ytring. |
| h. | Anvendelsen af emneafhængighed i ytringen | Ytringer der deler samme emne som den foregående og som tilføjer information til den forrige kommunikative handling. |
| i. | Kvantitet/korthed | Indlægget skal være så informativt som nødvendigt, men ikke for informativt. |

Bilag 5

Eksempler på Tjeklister



Tjekliste for kognitive og kommunikative vanskeligheder

Dato: _____

Patient: _____

Udført af: _____

Dette er en tjekliste som giver en oversigt over det, vi ser efter hos patienter med let til moderat hjerneskade. Den er ment som en indgangsport og støtte til kortlægning ved hjælp af screeninger, test, og observationer og skal ikke vedlægges journal, eller rapport.

		Sjældent	Nogen gange	Ofte
	TALE			
1	Adækvat tempo			
2	Adækvat flydende			
3	Adækvat artikulation			
4	Adækvat prosodi			
5	Adækvat tempo og artikulation			
	INITIATIV OG FORSTÅELSE			
6	Udfører sociale ritualer som at hilse, sige farvel osv.			
7	Har et passende aktivitetsniveau i kommunikationen.			
8	Holder en samtale gående ved strategier for turtagning.			
9	Lader sig ikke let distrahere af irrelevante lyde, eller bevægelser.			
10	Holder øjenkontakt med den som taler.			
11	Afstår fra at afbryde den, der taler.			
12	Stiller opklarende spørgsmål, eller beder om repetition ved usikkerhed.			
13	Angiver begrundelser og meninger.			
14	Tager initiativ til kommentarer og spørgsmål som er relevante i forhold til samtaletemaet.			
15	Er opmærksom på og forstår nonverbal kommunikation (kropssprog, ansigtsudtryk og gestik).			
16	Indikerer grad af forståelse på en verbal, eller non-verbal måde.			
17	Viser forståelse for begreber og relationer.			
18	Forstår abstrakt sprog (metaforer, ordsprog, humor).			
19	Kan beskrive symptomer på sygdom og medicinsk tilstand her og nu.			
20	Kan fortælle om fremtidige planer og mål.			
21	Løser konflikter gennem forhandlinger.			
22	Forstår og bruger humor.			

Oversat fra internt udarbejdet tjekliste fra: **Klinikk for hjerneskader, Sunnaas Sykehus HF**

Sheila MacDonalds skema om sociale kommunikationskompetencer

Navn og dato					
Sociale kommunikations kompetencer spørgeskema					
1. Når jeg siger min mening:	Altid	Ofte	Nogen gange	Sjældent	Aldrig
a. Jeg siger min mening klart					
b. Jeg er fokuseret på emnet					
c. Mine tanker er velorganiserede					
d. Jeg understøtter mine meninger med facts, når det er muligt					
e. Jeg kan omformulere det jeg siger, hvis det ikke bliver forstået					
f. Min stemme er overbevisende men ikke aggressiv					
2. Når folk har andre meninger end jeg har	Altid	Ofte	Nogen gange	Sjældent	Aldrig
a. Jeg giver dem lov til at tale uden at afbryde					
b. Jeg kan kontrollere mit ansigtsudtryk og kropssprog					
c. Jeg svarer med en stemme, der er overbevisende men ikke aggressiv					
d. Jeg kan kontrollere mit temperament					
3. I almindelig konversation:	Altid	Ofte	Nogen gange	Sjældent	Aldrig
a. Min tale er klar og let at forstå					
b. Min talehastighed er let at lytte til					
c. Jeg kan påbegynde en samtale om andet end mig selv og min skade					
d. Jeg undgår at dominere i samtalen					
e. Jeg kan komme i tanke om nye emner at tale om og nye spørgsmål at stille					
f. Jeg undgår at bruge ord, som fornærmer andre					
g. Jeg holder øjenkontakt den anden person					
h. Jeg kan holde fokus på den anden person og tale om hans emner					
i. Jeg vælger emner, der ikke fornærmer den anden					
j. Jeg kan svare på spørgsmål, der kommer i samtalen					

k. Hvis jeg afbryder, så gør jeg det på et passende punkt i samtalen					
l. Jeg kan aflæse og reagere på tegn den anden giver mig i samtalen fx hvis han vender sig bort, gaber, ser ud til at kede sig eller ser ængstelig ud					
m. Jeg stiller opklarende spørgsmål, hvis der er noget jeg ikke forstår					
n. Jeg føler mig tillidsfuld i samtale med andre					
o. Jeg bruger humor passende, (griner kun, når der bliver sagt noget sjovt, gentager ikke vittigheder, fortæller kun passende vittigheder)					
p. Jeg afholder mig fra at optræde underligt (stå for tæt på andre, nulre med håret eller knække fingre)					
q. Jeg kan komme i tanke om 2 til 3 nye steder at møde nye mennesker					
r. Jeg kan kontrollere mine følelser					
4. I samtale med folk jeg ikke kender godt:	Altid	Ofte	Nogen gange	Sjældent	Aldrig
a. Jeg kan påbegynde en samtale					
b. Jeg kan skifte emne på en passende måde					
c. Jeg kan få samtalen til at glide					
d. Jeg kan afslutte samtalen					
5. Andre situationer:	Altid	Ofte	Nogen gange	Sjældent	Aldrig
a. I situationer hvor jeg bliver instrueret, kan jeg stille opklarende spørgsmål					
b. Jeg ved hvordan og hvornår jeg kan invitere nogen til samvær					
c. Jeg ved hvormeget fysisk kontakt der er passende i sociale sammenhæng					
d. Jeg kan følge og deltage i en gruppediskussion i en time					

Oversat af CSU – Slagelse.

Forbindelse mellem kognitive og kommunikative vanskeligheder					
			Sjældent	Nogen gange	Ofte
Kognitive funktionsnedsættelser	Kommunikative funktioner som kan være påvirket	Eksempler i samtale/under testning (hvordan kommer det til udtryk?)			
Tale/sprog (dysartri er ikke en kognitiv vanskelighed, men har alligevel indflydelse på kommunikation)	Taletempo	Taler for langsomt			
	Artikulation	Taler for hurtigt			
	Prosodi	Taler utydeligt			
	Flydende / ikke flydende tale	Taler med forandret prosodi			
	At kunne finde ord	Taler for lidt under en samtale			
	At kunne formulere en sætning	Taler for meget			
	Forståelse for talt/skrevet sprog	Siger forkerte ord i sammenhængen			
	At kunne skrive	Tegn på frustration grundet kommunikationsbrist (mimik, kropssprog)			
		Kan ikke formulere ord eller sætning mundtligt			
		Kan ikke formulere ord eller sætning skriftligt			
Perception Opmærksomhed Koncentration Hukommelse Mentalt tempo Indlæring	Opmærksomhed under samtale	Lader sig distrahere af lyde eller bevægelser			
	Koncentration under samtale	Kan kun samtale i kort tid			
	Afledning ved eksterne faktorer	Kan ikke følge social interaktion i en gruppe			
	Lytning	Skal bruge mere tid til at formulere sig			
	Aflæsning af mimik og gestik	Taler ud af en tangent			
	Hukommelse for talt diskurs	Husker ikke instruktioner			
	Fastholdelse af kommunikativt indhold	Husker ikke de emner der er talt om			
		Husker ikke aftaler			
		Husker ikke detaljer			
		Husker ikke nye informationer			
		Har ikke et passende aktivitetsniveau i kommunikation			
Konvergent tænkning	Sammenhængende tale	Taler usammenhængende			

Organiseringsprocesser Ræsonnere Inferere Analysere Klassificere Integrere Sætte i rækkefølge Skelne vigtigt fra uvigtigt Theory of Mind (tage en andens perspektiv)	Tage en andens perspektiv	Reagerer inadækvat på nonverbal kommunikation, kropssprog-ansigtsudtryk og gestik			
	Kompleks forståelse				
	Forstå humor	Udfører ikke sociale ritualer som at hilse, sige farvel osv.			
	At perseverere	Springer i kronologisk rækkefølge i en fortælling			
	Fortolke hovedideen i samtalen	Taler som om modparten har mere information end i realiteten			
	Trække information ud af situationen	Reagerer inadækvat på humor, metaforer og ordsprog			
	Følge instruktioner (fx på job)	Overholder ikke turtagning i samtale			
	Få information ud af skrevne dokumenter	Initierer ikke en samtale			
	Resumere et møde	Afslutter ikke en samtale			
	Forberede kommunikation (skriftligt eller mundtligt)	Ser ikke pointen i en samtale			
	Skrive noter	Stiller ikke opklarende spørgsmål eller beder om gentagelse ved usikkerhed			
	Opretholde sin tankerække imens man kommunikerer	Kan ikke genfortælle en samtale, læst tekst eller oplevelse			
	Få fat i pointen	Opholder sig ved detaljer			
	Finde hovedtankegangen mens man læser	Drager andre konklusioner			
	Integrere forskellige informationer til en enhed	Genfortæller ikke pointen korrekt			
	Bruge tidligere viden og ny information sammen	Formulerer sig selvmodsigende			
	Følge logiske rækkefølger, der er nødvendige for aktiviteter (læse)	Forstår ikke kommunikationspartnerens hensigter			
	At kunne kommunikere i mere komplekst kontekst (bestille taxa, snakke i telefonen...)	Bruger ikke den korrekte rækkefølge i en problemløsningssituation			
	Sammenligne				
	At prioritere				
Udfylde formularer					
Divergent tænkning Organiseringsprocesser Tænke i helheder Bruge fantasi Tænke kreativt	At folde ud eller uddybe og gå videre til lignende nye emner	Har svært ved at svare på et åbent spørgsmål			
	At udvise fleksibilitet	Har svært ved at generere nye ideer/løsninger			
	At generere ideer i en kommunikation	Snakker om det samme emne igen og igen			
		Har svært ved at udtrykke			

Se forskellige muligheder	Diskutere	egne meninger, valg, begrundelser			
	Opgaveskrivning	Har kun få forestillinger om tingenes sammenhæng (fx: at kunne forestille sig forskellige grunde til at en situation er som den er)			
		Går i stå og kan ikke komme videre			
Problemløsning og eksekutive funktioner	Planlægge og forandre diskurs	Bruger mere tid til at forstå opgaven			
Overblik	Monitorere hvad man skal sige i forskellige sociale sammenhænge	Har svært ved at beskrive symptomer på sygdom og medicinsk tilstand her og nu			
Abstraktion	Planlægge en præsentation/foredrag eller samtale	Taler meget konkret			
Problemløsning	Evne til at lægge en passende plan og evaluere resultatet (egen sikkerhed, sociale situationer)	Stiller kun få eller ingen spørgsmål til andre			
Fleksibilitet	Overføre det man har lært i undervisning til dagligdagen	Afbryder hyppigt			
Social/følelsesmæssig adfærds regulering	Tage en andens perspektiv	Har svært ved at opsummere og beslutte i en samtale			
Reduceret initiativ	At tænke abstrakt mens man samtaler	Kan ikke fortælle om fremtidige planer og mål			
Impulskontrol	At være fleksibel i en samtale	Har svært ved at argumentere/diskutere			
Egocentreret	Tage beslutninger	Har svært ved at risikovurdere			
	At kunne tilpasse sig til samtalepartneren	Har svært ved at se sammenhæng mellem en øvelse og problemstilling i det virkelige liv			
	Kontrol over følelser og meninger	Tilpasser ikke sin tale/sprog til den kontekst man er i			
	Kontrol over adfærd	Respekterer ikke de sociale regler for turtagning			
	Pragmatik og social kommunikation	Reagerer impulsivt			
	Igangsætte og generere svar i en kommunikation	Er passiv i en samtale			
	At være hyperaktiv i kommunikationen	Tænker og taler mest om sig selv			
	At tage initiativ til kommunikation	Bruger ikke nonverbal kommunikation som nik mm.			
	Overpersonalisering	Holder ikke passende øjenkontakt i en samtale			
	At kunne selvmonitorere				

Kilde: CDD Level 1. 2014: Sheila MacDonald Appendix A

Bilag 6

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.