



**Karolinska
Institutet**

CLINTEC/Enheten för logopedi

Kan personer över 65 års ålder med afasi i postakut fas öka sin aktivitet och delaktighet i samtal via samtalsstöd?

Eva Sandin

Skriftlig rapport

Kursnamn: Klinisk fördjupning med evidensbaserad
inom logopedi 7,5 hp

Höstterminen 2009

Handledare: Per Östberg

Sammanfattning

Bakgrund: Språkrehabilitering efter stroke ges idag huvudsakligen snarast efter insjuknandet och oftast under slutenvårdstiden. Man vet att täta och utdragna träningsinsatser ger god effekt på personens språk. I postakut skede ebbat de täta insatserna ut på grund av resursbrist trots kvarvarande kommunikativa problem. Att för denna grupp ge insatser vid mindre täta tillfällen innebär behov av att prova andra rehabiliteringsinsatser såsom samtalsstöd (t.ex. SCA) med mål att öka den interpersonella kommunikationen mellan personen med afasi och närstående. *Syfte:* Undersöka om personer över 65 års ålder med afasi i postakut fas kan öka sin aktivitet och delaktighet i samtal via logopedhandledning och inträning av samtalsstöd till patient samt närstående/personal. *Metod:* Riktade insatser för att öka språklig aktivitet och delaktighet ges. Personernas kommunikation bedömdes via skattning av kommunikationsnivå före och efter intervention. *Resultat:* Över 44 % av personerna ökade sin aktivitet och delaktighet i samtal beskrivet via kommunikationsnivå ($p < 0,001$).

Allmänt angående litteratursökning kring evidensbaserade behandlingsstudier:

Inom aktuell kurs var den inledande arbetsuppgiften att söka litteratur, studier och bakomliggande fakta via ett systematiskt sökande ur olika databaser. Detta gav vid handen huvudsakligen två erfarenheter – å ena sidan bredden i förekomsten av databaser med olika sätt att belysa ett givet område och å andra sidan olika möjligheter att systematiskt söka i dessa databaser.

Via sökning i PubMed kring randomiserade studier framkom en översiktsartikel som beskrev svårigheter att dra specifika slutsatser kring effektiv behandling utifrån att de jämförelsegrupper som studierna beskrev inte var lika (Greener & Langhorne, 2002)

Sökresultat ur databasen Cochrane Reviews angående afasirehabilitering efter stroke innehöll ingen randomiserad, prospektiv och kontrollerad studie där följande kriterier var uppfyllda: randomiserad forskningsmodell, beskrivning av förväntade resultat, där exklusions-/inklusionskriterier var givna, som visade en adekvat men samtidigt låg uppskattning av bortfall och "crossovers" i tillräckligt lågt antal för att minimera bias samt med relevant baselinekaraktäristika mellan grupperna alternativt med statistisk anpassning för skillnader mellan grupperna (Greener, Enderby, & Whurr, 2009).

Man har dock funnit ett antal studier som varit randomiserade där någon enstaka av ovanstående kriterier saknades, prospektiva gruppmatchade kohortstudier med ovanstående kriterier samt kontrollerade behandlingsstudier av lägre evidensgrad som tillika med ett antal single-case-studier visat sig ha kliniskt värde och som ligger till grund för nationella riktlinjer kring afasirehabilitering (England) (Cappa, Benke, Clarke, Rossi, Stemmer, & van Heugten, 2005). Motsvarande riktlinjer saknas i Sverige.

Bakgrund

Forskning kring rehabiliteringsinsatser efter stroke med afasi beskriver huvudsakligen insatser riktade mot den enskildes kommunikation (aktivitet enligt ICF, 2001). Randomiserade, prospektiva och kontrollerade studier visar att insatserna behöver vara täta för att ge en signifikant förbättrad kommunikation så att varje träningstillfälle omfattar flera timmar (Allen 1990; Bakheit et al, 2007; Meinzer, Djundja, Barthel, Elbert & Rockstroh, 2005; Pulvermüller et al, 2001).

Behandlingsstudier som beskriver insatser för att underlätta kommunikation mellan parter, interpersonell kommunikation (aktivitet och delaktighet enligt ICF, 2001), är dels färre dels i mindre utsträckning av randomiserad forskningsmodell (Croot, Nickels, Laurence, & Manning, 2009). En kontrollerad prospektiv studie med insatser för ökad interpersonell kommunikation via samtalsstöd (supported conversation, SCA); en

samtalsform där lyssnaren anpassar sig personen med afasi samt använder ett flertal språkliga modaliteter som skrivna stödord, gester, skrivna val och successiv återkoppling och förstärkning, visar ökad språklig interaktion (Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie, & Square, 2001 men även i Boles & Lewis, 2003). Detta visas även i en nyligen publicerad ickekontrollerad observationsstudie genom att stödinsatser till volontärer med målsättning att understödja ökad kommunikativ förmåga hos personer med afasi dels ger ökad kommunikativ delaktighet, dels är kostnadseffektivt (Vicker, Parr, Pound, & Duchan, 2009).

I dagens sjukvård flyttar berörda personer från rehabiliteringsenheter tillbaka till ordinärt eller in i särskilt boende i postakut skede efter stroke. Med därigenom längre avstånd mellan logoped och patient är de insatser flera gånger i veckan, som behandlingsutvärderingsstudier beskrivit som nödvändigt för goda resultat av den enskildes kommunikativa förmåga (Allen 1990; Bakheit et al, 2007; Meinzer, Djundja, Barthel, Elbert & Rockstroh, 2005; Pulvermüller et al, 2001), sällan praktiskt genomförbara. Fortsatta insatser glesas därför. Det är av denna anledning viktigt att utvärdera om insatser givna utanför rehabiliteringsenhet, i hemmiljö, kan påverka kommunikativ aktivitet och delaktighet. Tidigare studier har som tidigare beskrivits visat goda effekter av rehabiliteringsinsatser i hemmiljö (Thorsén, Holmqvist, de Pedro-Cuesta & von Koch, 2005; Widén Holmqvist et al, 1998) samt visat att riktade insatser till samtalspartners ger ökad kommunikativ delaktighet. (Vicker, Parr, Pound, & Duchan, 2009).

Föreliggande studie kommer därför att beskriva om handledning och inträning av samtalsstrategier i hemmiljö till personer med afasi och deras närstående/personal kan ge förbättrad interpersonell kommunikation beskrivet via kommunikatorsnivå (Garrett & Lasker, 2005).

Syfte/frågeställning:

Kan personer över 65 års ålder med afasi i postakut fas öka sin aktivitet och delaktighet i samtal via logopedhandledning och inträning av samtalsstöd till patient samt närstående/personal och där aktivitet och delaktighet beskrivs av logoped utifrån kommunikatorsnivå (Garrett & Lasker, 2005) före och efter intervention?

Metod:

Studien är en prospektiv klinisk terapistudie, icke kontrollerad, icke randomiserad och av observationsmodell. Målgruppen är personer över 65 år med stroke och afasi i postakut fas i Uppsala län. Kathryn Garretts kommunikatorsnivåer från 2005 har använts som beskrivningsmodell för aktivitet och delaktighet. Modellen utgörs av en sexgradig ordinalskala. Behandlande logoped bedömer kommunikatorsnivå. Interventionerna syftar till högre kommunikatorsnivå som är beskriven utifrån respektive kommunikatorsnivå enligt nedan. Kontrollgrupp saknas då gruppen helt utgörs av konsekutiva personer som remitteras till det metodutvecklingsprojekt där aktuell målgrupp är en av flera patientgrupper/målgrupper. Insamling av konsekutiva patientdata för denna redovisning påbörjades 070201 och avslutades 091102. Wilcoxons teckenrangetest användes för att utvärdera skillnader i kommunikatorsnivå före och efter intervention.

Kathryn Garretts kommunikatorsnivåer (Garrett & Lasker, 2005) beskrivs nedan (översättning Kjerstin Greve Löberg)

:

Kommunikatörsnivå innan/efter intervention	Insatser för att höja kommunikatörsnivå
<p>A-Kommunikatör; basal kommunikationsförmåga (<i>Emerging communicator</i>) Ingen symbolförmåga; minimal förmåga att läsa, skriva, tala, förstå, använda gester. Inga eller mycket få kommunikativa initiativ. Eventuellt fluktuerande uppmärksamhetsförmåga. Kan ibland ge uttryck för preferens och igenkänning.</p> <p>B-Kommunikatör; viss förmåga i kontrollerade situationer (<i>Contextual choice communicator</i>) Viss, men mycket begränsad förmåga att kommunicera. Visar intresse för att kommunicera, men tar få initiativ till kommunikativ interaktion. Känner igen enstaka ord och förstår enkla bilder. Eventuellt inslag av automatiserat tal och/eller stereotypier. Förstår enkel, vardaglig information; situationoförståelse. Kan ge sken av att förstå (t.ex. nickar), men förstår ofta inte. Förmår uttrycka ovilja och använder i ökande grad mimik och intonation i vokala uttryck. Svårt uppfatta byte av samtalsämne.</p> <p>C-Kommunikatör; förenklad och fluktuerande förmåga (<i>Transitional communicator</i>) Fluktuerande symbolförmåga. Tar en hel del kommunikativa initiativ i olika modaliteter (t ex gester, skrift, stereotypiska fraser, intonation, några ord och korta fraser). Kan utläsa förståelse ur bilder och känner igen/läser välbekanta ord och fraser. Beroende av instruktioner och ledtrådar för att kunna använda sig av olika kommunikationsstrategier.</p> <p>D-Kommunikatör; viss förmåga (<i>Stored message communicator</i>) Frekventa försök att initiera kommunikativt samspel. Beroende av omgivning/ samtalspartner för att lyckas i kommunikativa sammanhang. Kan använda gester, enstaka ljud, ord, stereotypier, prosodi, ev. Teckna/rita för att förmedla specifik information. Hjälpt av symboler/kommunikationshjälpmedel; bilder, foton, skrivna ord för att förmedla det han/hon vill uttrycka. Beroende av nämnda symbolsystem, förmår ej uttrycka nytt eller om kommunikativa brister i ovana situationer/miljöer, försöker överbygga detta.</p> <p>E-Kommunikatör; förbättrad förmåga (<i>Generative communicator</i>) God symbolförmåga. Tar ofta kommunikativa initiativ; efterfrågar, kommenterar, frågar. Varierande samtalsämnen från nu- och dåtid. Kan ta aktivt del i samtalsämnen som rör andra. Använder flera modaliteter för att förmedla intention; gester, skriva, teckna/rita, stereotypiska fraser, intonation, ord, korta meningar. MEN: Kommunikationen är fragmenterad och ineffektiv. Vanligt att man tappar bort ursprungligt samtalsämne då han/hon försöker göra kommunikativa reparationer och eller förtydliganden.</p> <p>F-Kommunikatör; god kommunikationsförmåga, stödberoende (<i>Specific need communicator</i>) Förmår till stor del självständigt använda funktionell kommunikation och kan eventuellt kommunicera så samtalspartner förstår, MEN brister i förmåga att kommunicera adekvat i specifika situationer; t ex beställa något på portorder, ta emot telefonmeddelande, instruera ny frisör om sina önskemål, säga något spontant i emotionella situationer, komma ihåg vad man ska handla när man är på livsmedelsaffären etc. Kan med hjälpmedel eller visst mått av stöd uttrycka sig och/eller förstå det mesta.</p>	<p>A-Kommunikatör – basal förmåga Utveckla turtagningsförmåga Utveckla förmåga att välja Utveckla tydliga signaler för samförstånd, ogillande Utbilda samtalspartner i att skapa bra tillfällen för ovanstående</p> <p>B-kommunikatör – viss förmåga i kontrollerade situationer Utveckla användning av AKK-strategier och verktyg som möjliggör Deltagande i kontrollerade, förutsägbara kommunikativa utbyten och rutinsamtal Lär kommunikator och samtalspartner att delta i dessa kommunikativa utbyten (och gör samtalspartner medveten om förväntad aktiv roll!) Öka medvetenheten om symbol – både uppfattning av symboler och förståelse för att yttre symboler är ett stöd i kommunikation med andra</p> <p>C-kommunikatör – förenklad och fluktuerande förmåga Bistå kommunikator i övergång till självinitierad kommunikation genom att använda naturliga kommunikationsmodaliteter (t ex gester, ofullständigt tal) för att ställa fråga eller kommentera Bistå kommunikator att ta kommunikativa initiativ genom mer eller mindre avancerade AKK-strategier i specifika, strukturerade sammanhang (t ex kiosken, bio, färdtjänst)</p> <p>D-kommunikatör – viss förmåga Bistå kommunikator i att utveckla ett organiserat tillvägagångssätt att iordningställa en vokabulär och meddelandebank för specifika kommunikativa situationer (t ex notisbok, meddelandekort, samtals-/kommunikationsbok, tekniskt kommunikationshjälpmedel) Utveckla och lär ut strategier för att lösa kommunikativa sammanbrott genom användning av naturliga kommunikationsmodaliteter (t ex enkla sociala gester, rita, lägga till information, synliggöra det man vill förmedla genom att peka på symbolbild)</p> <p>E-kommunikatör – förbättrad förmåga Öva kommunikator i att initiera presentation av sig själv och i att använda kommunikativa strategier Öva kommunikation i olika situationer med bekant och okänd, trevlig och otrevlig samtalspartner (t ex familj, butik, bank, buss, försäkringskassan, kafé/krog, föreläsning) Öva att hitta relevant information i kommunikationshjälpmedel relaterat till givet samtalsämne</p> <p>F-kommunikatör – god kommunikationsförmåga, men fortsatt stödberoende Utveckla mycket specifikt AKK-minisystem med syfte att öka delaktighet i för kommunikatören viktiga aktiviteter (t ex familjetraditioner/aktiviteter, förmedla behov i närmiljö, skrivstöd, teletal/talstöd) Identifiera specifika situationer och gör tillgängligt specifika fraser/bilder/symboler Öva samtalspartner i att underlätta för kommunikatören och ge stöd i kommunikativa situationer.</p>

Fig. 1. Beskrivning av kommunikatörsnivåer samt insatser för att förbättra kommunikatörsnivå

Resultat:

Observationstiden omfattade 63 personer vilkas kommunikatörsnivå bedömts före respektive efter intervention vilket visas i figur 2 och 3 nedan. Gruppen uppvisade en signifikant förbättring mellan bedömningstillfällena ($n = 63$; $Z = -4,62$, $p < 0,001$).

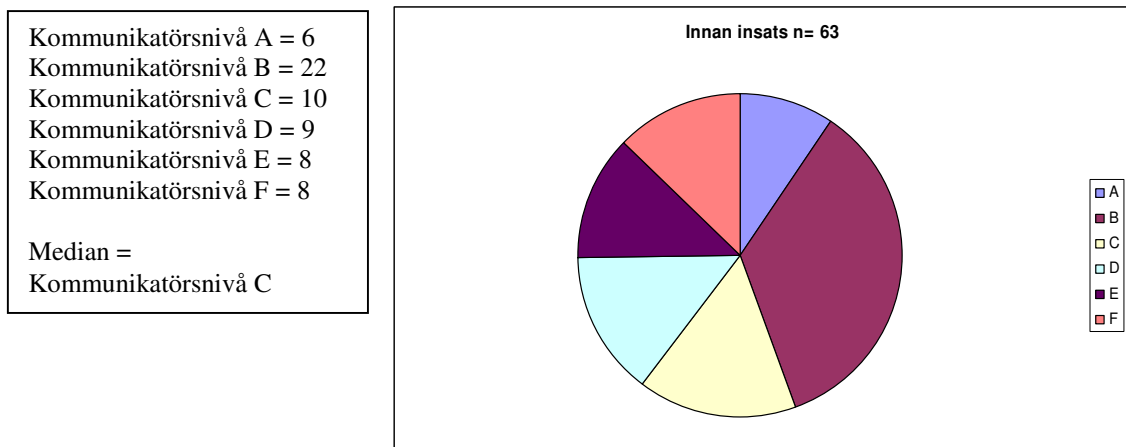


Fig. 2 Beskrivning av målgruppens fördelning i antal personer i respektive kommunikatorsnivå innan insats beskrivet i tabell respektive cirkeldiagram

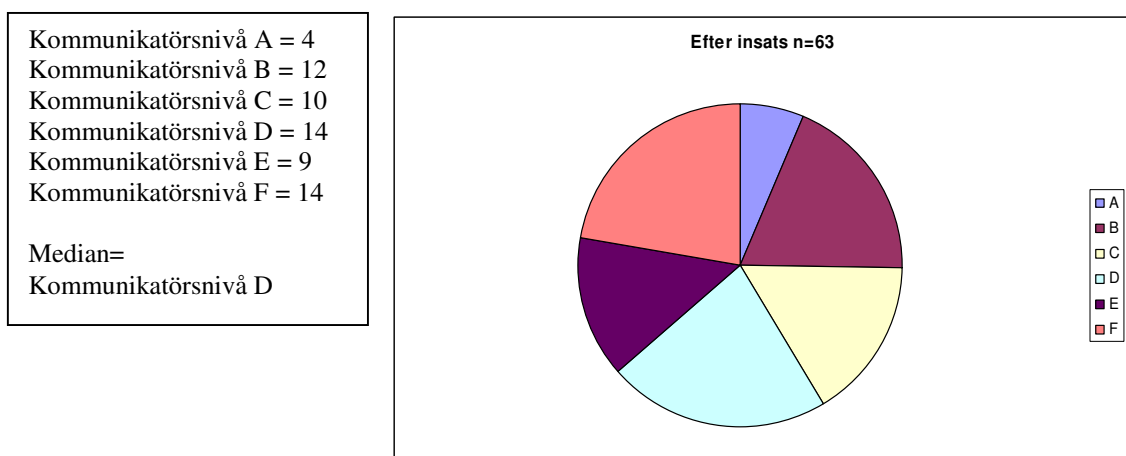


Fig. 3 Beskrivning av målgruppens fördelning i antal personer i respektive kommunikatorsnivå efter insats beskrivet i tabell respektive cirkeldiagram

Diskussion:

Insatserna visade god effekt gällande ökad aktivitet och delaktighet i samtal beskrivet via kommunikatorsnivå, för målgruppen, när insatser gavs i personens hem. Landstinget i Uppsala län har en målsättning att ge vård på lika villkor för sina innevånare. Idag ger inte logopederna i ordinarie verksamhet insatser till personer i särskilt boende eftersom logopederna inte arbetar på vårdenheter för äldre där kommunen är huvudman. Framkomna data visar att om principen om vård på lika villkor ska gälla gruppen med stroke och afasi behöver stödinsatser kunna ges till personer med afasi oavsett boendeform.

I studien finns metodologiska svårigheter. Urvalet som baseras sig på konsekutiva ärenden påverkar urvalet av personer som får insatser. Att använda kommunikatorsnivåer som ordinalskala för beskrivning av aktivitet och delaktighet i samtal kan ifrågasättas då beskrivningsmodellen i föreliggande bakgrundsstudier inte har använts som utvärdering av behandlingsinsatser. Reliabiliteten kan därför ifrågasättas. Styrkan i denna ordinalskala är dock att den innehåller komponenter som inte kan härledas till spontanförbättring via inslagen av stöd till personen med afasi från omgivningen. Att låta den behandlande logopeden bedöma resultat av de egna insatserna är dock en uppenbar bias för framkomna resultat. Om annan person gjort bedömning före och efter insats hade denna bias kunnat minskas.

Fortsatt klinisk tillämpning:

Personer med stroke och afasi och över 65 års ålder kommer konsekutivt även framgent att följas med skattning av kommunikatorsnivå för och efter intervention. Framöver kommer dock ett egenskattningsinstrument, ALA (Assessment for Living with Aphasia) att användas där personen får skatta i vilken utsträckning han/hon upplever sig hindrad av sin afasi (Kagan, 2008). Därigenom kan logopedens skattning av kommunikatorsnivå jämföras med den enskilda personens skattning.

Intresse för att använda kommunikatorsnivå som instrument för bedömning av interpersonell kommunikation har framkommit från andra landsting.

Slutsats:

Riktade stödinsatser för möjliggöra ökad interpersonell kommunikation ger över 40 % av målgruppen förbättrad kommunikativ aktivitet och delaktighet.

Referenser

1. Allen, C.M.C. (1990). Trials and tribulations in speech therapy. *British Medical Journal*, 301, 302-303.
2. Bakheit, A.M.O., Shaw, S., Barrett, L., Wood, J., Carrington, S., Griffiths, S., Searle, K., & Kouitsi, F. (2007). A prospective, randomized, parallel group, controlled study of the effect of intensity of speech and language therapy on early recovery from poststroke aphasia. *Clinical Rehabilitation*, 21, 885-894.
3. Boles, L., & Lewis, M. (2003). Life participation approaches to aphasia: international perspectives on communication rehabilitation. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 2(2/3), 47-64
4. Cappa, S.F., Benke, T., Clarke, S., Rossi, B., Stemmer, B., & van Heugten, C.M. (2005). Task force on cognitive rehabilitation, European Federation of Neurologic Societies. EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*, 12(9), 665-680
5. Croot, K., Nickels, L., Laurence, N., & Manning, M. (2009). Impairment- and activity/participation interventions in progressive language impairment: Clinical and theoretical issues. *Aphasiology*, 23(2), 125-160.
6. Garrett, K., & Lasker, J. 2005. Adults with severe aphasia. I Beukelman & Miranda (eds). *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*, 3rd edition. Baltimore. Brookes Publishing Co
7. Greener, J., Enderby, P., & Whurr, R. (2009). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art.No.: CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425
8. Greener, J., & Langhorne, P. (2002). Systematic reviews in rehabilitation for stroke: issues and approaches to addressing them. *Clinical Rehabilitation*, 16(1), 69-74
9. ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. (2001). <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstand/icf>
10. Kagan, A. Assessment for Living with Aphasia, ALA (Stockholm, juni 2008)
11. Kagan, A., Black, S.E., Duchan, J.F., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using "Supported Conversation for Adults with Aphasia" (SCA): A controlled trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, 624-638
12. McVicker, S., Parr, S., Pound, C., & Duchan, J. (2009). The Communication Partner Scheme: A project to develop long-term, low-cost access to conversation for people living with aphasia. *Aphasiology*, 23(1), 52-71
13. Meinzer, M., Djundja, D., Barthel, G., Elbert, T., & Rockstroh, B. (2005). Long-term stability of improved functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. *Stroke*, 36, 1462-1466.
14. Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*, 32, 621-1626.
15. Thorsén, A.M., Holmqvist, L.W., de Pedro-Cuesta, J., & von Koch, L. (2005). A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke*, 36(2), 297-303
16. Widén Holmqvist, L., von Koch, L., Kostulas, V., Holm, M., Widsell, G., Tegler, H., Johansson, K., Almazán, J., & de Pedro-Cuesta, J. (1998). A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Stroke*, 29(3), 591-597.