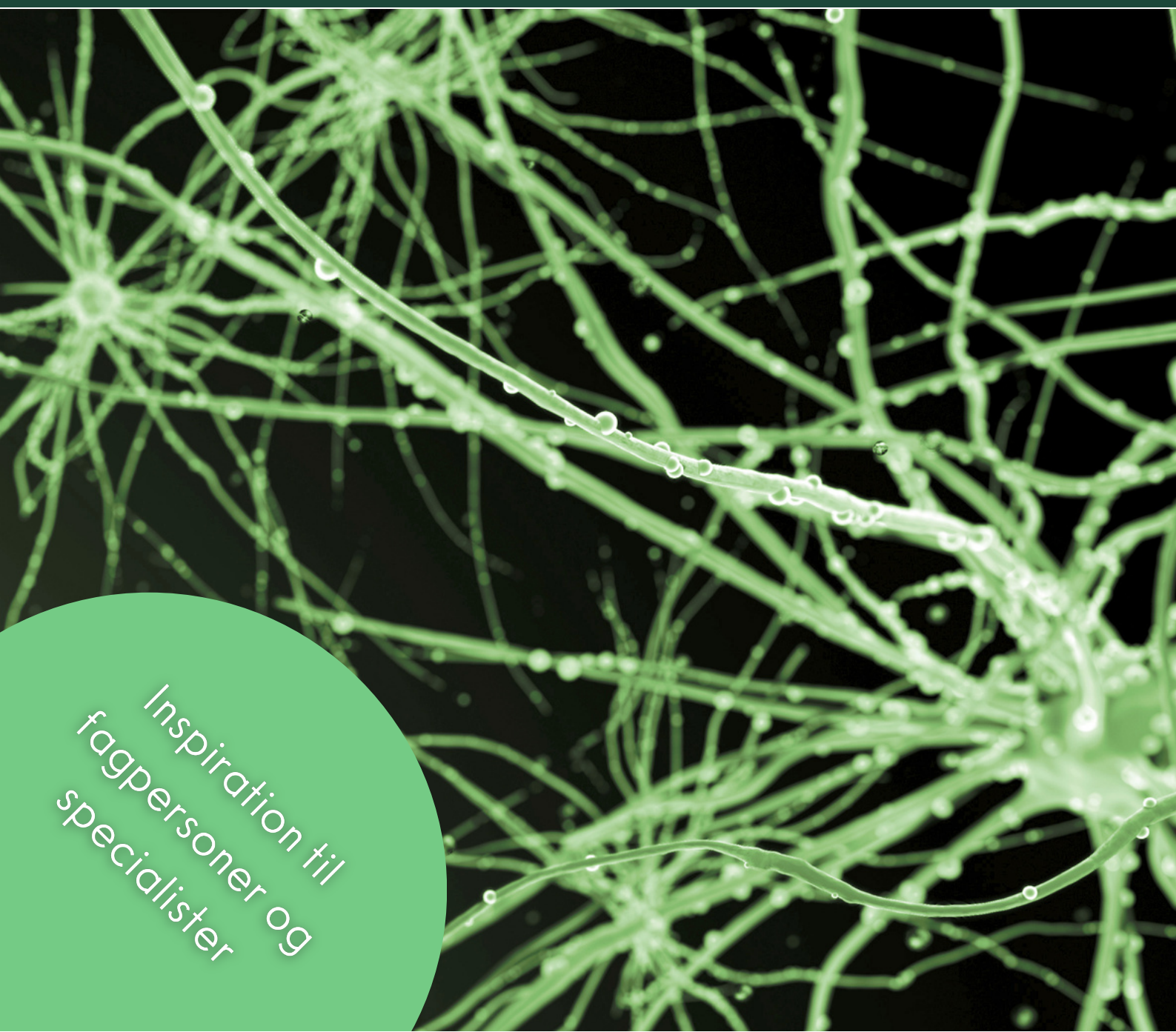


INDSPARK TIL DIN NEUROREHABILITERING

Sådan bliver du den bedste støtte for
mennesker med erhvervet hjerneskade



Inspiration til
fagpersoner og
specialister

20.000

danskere rammes hvert år af en hjerneskade.

Med den rigtige støtte er det muligt at bevare livskvaliteten og hjælpe mange tilbage til stor grad af selvstændighed i eget liv.

Denne lille bog er til dig, der som professionel yder støtte i hverdagen til personer med en skade i hjernen og i overgangsperioden til det forandrede liv i eget hjem.

INDHOLD

- 03 Siddestilling i kørestol
- 07 BoBath - genindlæring af bevægelse
- 09 Dysartri - opnå tydeligere tale
- 10 Coombes - F.O.T.T.
- 12 Den gode indretning
- 14 Den afficerede arm
- 20 Lejringer
- 21 At være en god samtalepartner
- 23 Affolter
- 24 Kommunikation
- 25 Talepres
- 26 Synkebesvær
- 27 Fysisk guiding og nonverbal tilgang
- 29 Afasi - SCA-metoden



SIDDESTILLING I KØRESTOL

Ligger borgeren/personen mere ned i kørestolen end sidder op, så læs med her, om årsager og tilretning.

Kørestolens højde

Er kørestolen for høj kan det være svært for personen at få hælisæt, når foden føres frem og stolen skal trækkes frem.

Herved bliver personen nødt til at glide frem i sædet for at kunne nå at sætte hælen i og få trukket stolen frem. Dermed kommer han eller hun til at ligge mere ned.

Er stolen for lav, så bliver det rigtig hårdt rent fysisk, for der skal løftes mere i hoftebøjerner. Det stiller store krav til balancen og kan således medføre en udtrækning, så personen kommer til at glide mere og mere ned.

01



Strukturelle begrænsninger

Muskler, fascier (hinder) og nervevæv af for eksempel haserne, kan være begrænset. Det kan være både proximalt (oppe) og distalt (nederst).

Hvis der er begrænsning proximalt, vil bækkenet i den siddende stilling blive trukket frem, hvor strukturerne er i release (afslapning) position og dette vil medfører bagudkipning og fremadglidning af bækkenet på sædet. Personen vil dermed komme til at ligge mere og mere ned.

Det kan også være begrænsninger hen over knævinklen. Hvis personen er sat med 90 grader over knæet men egentlig har behov for at være meget mere åben i knævinklen, så vil personen glide frem for at komme væk fra limit-positionen og foden ryger af fodstøtten bækkenet vil igen glide frem på sædet/puden.

Man skal altid finde det punkt, hvor der er rent strukturelt er mulighed for at være og bevæge sig indenfor. Man må aldrig gå ind i limitpositionen.

02



03

Truncus stabilitet

Har personen siddet for lang tid i den siddende stilling og er blevet træt, så vil man stille og roligt søge mere og mere ned og bagud i kørestolens ryglæn for at søge meget mere stabilitet og dermed øge BOS (base of support). Er dette tilfældet skal tiden, som personen sidder i kørestolen begrænses og der skal flere stillingsskift til.

Valg af pude

Hvilket underlag er personen og dermed bækkenet placeret på? Hvilken type pude? Er den alt for blød eller meget instabil? Puder, der er mere faste, kan være bedre til personer med nedsat følesans og proprioception eller nedsat spænding i den ene side af kroppen. De har brug for mere fast underlag for bedre at kunne mærke sig selv og få alignment i kroppen. Hvis puden er meget ujævn, stiller det større krav til balance, og personen vil søge nedad og bruge ryglænet for en større stabilitet.

04



05

Fodstøtte

Er fodstøtتهøjden for høj stiller det store krav til balancen. Vægten bliver forskudt til modsatte side (den gode side), men da alt vægten er på denne side nu, bliver det svært at få aktiveret dette ben, når stolen skal gås frem.

Personen er derfor nødt til at lave en forskydning af overkroppen tilbage mod afficeret side. Det vil sige, at personen kommer til at sidde i en s-form, som udtrætter den siddende stilling og derfor glider personen frem i stolen. Personen vil ikke være i alignment, hvilket medfører mindre frie bevægelser og kan forårsage smerter.

Armlæn

Er armlænene for lave, vil personen søge ned mod armlænene og blive mere og mere krumrygget. Og for at undgå dette og fortsat kunne kigge op og frem vil personen søge nedad og glide frem i bækkenet.

06



BOBATH

GENINDLÆRING AF BEVÆGELSE

En hjerneskade kan påvirke bevægelse og styring i både truncus (krop/torso) samt hoved/hals og ekstremiteterne (arme og ben). Med Bobath-konceptet kan normale bevægelser med mindst mulig compensation genindlæres efter skader i centralnervesystemet (at gå eller sidde og tage strømper på uden at miste balancen)

Konceptet bygger på bevægelsesvidenskabsteori og teorier om motorisk læring efter skader i centralnervesystemet, også kaldet CNS. Der indgår mange forskellige forskningsområder både fra det fysiske og fysiologiske forskningsfelt, til psykologien og det sociologiske område.

Bobath konceptet handler om bearbejdning af motorisk adfærd, der forstyrrer succesfuld udførelse af en given aktivitet. Det vil sige, at man skal generhverve de funktionelle, motoriske færdigheder.

Konceptet handler i høj grad om at opnå postural kontrol (evnen til at opretholde den stående, siddende, gående funktion). Det handler om symmetri i kroppen, om at mindske med-bevægelser, normalisering af spændingen i musklerne også kaldet tonus, og om at fremme aktive, selektive bevægelser over de påvirkede led.



5 Bobath-principper

- 01 Person, aktivitet og omgivelser påvirker bevægelsen og udførelsen af en aktivitet, hvorfor der skal ses på alle tre parametre.
- 02 Kompensationsstrategier skal ikke forbydes, men begrænses og styres, da det handler om at komme tilbage til det normale bevægemønster.
- 03 At fremme menneskelig bevægelse kræver, at bevægelserne er varierede. De skal være økonomiske, rytmiske, målrettede, tilpassede, fleksible, logiske og planlagte.
- 04 Det handler om at kunne benytte en hensigtsmæssig fysisk og kognitiv strategi tilpasset en given aktivitet.
- 05 Behandler eller plejeperson faciliterer. Man har hænder på og guider bevægelsen.



DYSARTRI

OPNÅ TYDELIGERE TALE

Personer med dysartri (nedsat taletydelighed) vil opleve, at det kan være udfordrende for omgivelserne at forstå personen. Der kan opnås bedre forståelighed ved at:

01

Holde pauser. Det kan være mellem sætninger, mellem lange ord, og midt i lange ord, hvor man deler op i stavelser og at sætte taletempoet ned.

02

Holde fast i kommunikation og støtte dem med øjenkontakt, mimik, kropssprog og eventuelt at skrive ned, hvis det er nødvendigt.

03

Fjern unødvendig støj. Man kan slukke eller skrue ned for radio og fjernsyn, og man kan lukke vinduer for eventuel trafikstøj.

Det er vigtigt, at personen med dysartri accepterer eller øver sig i at acceptere, at man må prøve igen, når andre oplyser, at de ikke har forstået, så man undgår at samtalepartnere foregiver at have forstået.

Det er også vigtigt, at omgivelserne taler med personen med dysartri og om nødvendigheden i sammen at træne de ovenstående strategier, så det bliver en fælles opgave at forståeligheden i samtalen bliver tydeligere.



COOMBES

01 Coombes er konceptet bag FOTT (Facio Oral Tract Terapi)

02 FOTT er en struktureret undersøgelses- og behandlingsmetode, der omhandler synkefunktionen samt de bagvedliggende grunde for problematikken.

03 Problemer omkring synkefunktionen kaldes dysfagi. Dysfagi er nedsat funktion i ansigt mund og svælg.

04 I Danmark er det ergoterapeuter og nogen gange audiologopæder, der varetager genoptræning af spise- og synkefunktioner samt ansigtspareser. Fokus er at arbejde på de problematikker, der forårsager nedsat evne til at spise, drikke og kommunikere (verbalt og nonverbalt)



COOMBES

05

Undersøgelse af årsager er essentielt for at kunne vælge den rigtige form for behandling af fx. et slapt ganesejl eller nedsat følesans i svælget. Det kan fx give anledning til, at man bider sig i kinden uden at mærke det.

06

Affolter og Bobath (altså A og B i ABC-konceptet) bliver ofte brugt sammen med Coombes, da normale bevægemønstre er relevante for problemer i ansigt, mund og svælg.

07

Desuden anvendes guidet interaktionsterapi ved spisning, da det forbereder til aktiviteten at spise. Ved at øge forståelsen for spisning, bedres aktivering af de rigtige muskler og normalisering af spændingstilstande i musklerne i ansigt, mund og svælg, også kaldet tonus.



DEN GODE INDRETNING

01

Sengen - hvor skal den stå?

Hvor er den bedste plads til sengen? Hvilken side vil være god for personen at komme ud over? Det skal helst være således, at personen skal bevæge sig og se over den mest aficerede side. Det er gratis træning. Det skal selvfølgelig ikke være anstrengende, men en god balancegang. Skal sengen stå i stuen eller soveværelse? Hvor bør af- og påklædning foregå?

Spisning og positionering

Hvor vil det være bedst, at personen spiser? Skal det være med en af siderne op mod en væg, så der er faste omgivelser, eller kan det godt være mere frit placeret? Fra hvilken side vil det være smart at servere måltider, kaffe og vand? Hvordan inddrages den afficerede arm bedst? Hvilken stol?

02



Den gode indretning

På badeværelset

Overvej den bedste plads til vasketøjskurven, toiletsager, håndklæder og lignende. Det er væsentligt at få personen til at bevæge sig over begge sider. For eksempel så kan vasketøjskurven stå på højre side og deodoranten på venstre side.

03

04

Hvile og hygge

Hvad vil være den bedste placering i stuen i forhold til personens skade? Er det væsentligt, at borgeren kan se ud og orientere sig i rummet eller kan se tv'et eller kan være social med andre?

Vær opmærksom på, hvad der er vigtigt og hvad der fx stadig er en målsætning om at forbedre. Det kan være opmærksomheden på afficeret side, det kan også være, der hemianopsi (nedsat synsfelt) at tage hensyn til eller arbejde netop med øget hoved/øjendrejning for at blive bedre til at kompensere herfor. Skal det være i sofa, lænestol eller kørestol?

Hjælpemidler

Tjek altid skinner og andre små hjælpemidler. Er de stadig nødvendige, og er de dækkende for behovet?

05



DEN AFFICEREDE ARM

At opnå gode stillinger af armen kræver individuelle, tilpassede, tværfaglige håndteringsbeskrivelser med illustrative billeder.

01

Armen skal altid hjælpes til positionering, uanset om man er siddende eller liggende. I alle stillinger skal armen have normal stilling over alle led. Indtag selv stillingen og prøv, om det føles normalt. Ved at lejre armen i gode naturlige stillinger hindres, at der kommer ødem (hævelse), over- og/eller fejlbelastning og kontrakturer (indskrænket bevægelighed) i den afficerede arm. Lejring skal derfor implementeres fra starten af forløbet.

Udspænding og daglig bevægelse, også kaldet mobilisering over både skulder, albue, hånd og fingerled giver færre smerter, øger og vedligeholder bevægeligheden og hjælper til aktiv selektiv bevægelse. Dette skyldes, at muskler, led, bindevæv og nervevæv holdes mobile og smidige gennem naturlige stillinger og bevægelser. Således fremmer man funktionen og opmærksomheden på armen.

02



Armen skal stimuleres og inddrages i daglige aktiviteter. Hjernen bruger flere slogans: "use it or loose it" eller den mere positive "use it and improve it". Derfor er det vigtigt, at man fra starten af forløbet får inddraget armen i daglige aktiviteter, så den ikke bliver arbejdsløs.

Det kan være armen lejes og positioneres på spisebordet eller håndvasken på badeværelset. Måske den anvendes som holdehand til for eksempel at holde tandbørsten, når tandpastaen kommes på, eller det kan være den ligger på tallerkenkanten, holder om glasset eller fører gaflen til munden under selve måltidet.

Armen skal være synligt med og hele tiden gives forskellige jobs. På denne måde bliver armen ved med at være en del af den kropsskemaet i hjernen, og på denne måde gemmes og glemmes armen ikke i skødet.

Styrketræning af armen med øget spænding også kaldet hypertoni er med til at normalisere spændingen i armen og kan derved øge den selektive, aktive bevægelse i armen og kan desuden også være med til at mindske smerter.

04

05

Sensibilitetstræning hjælper hjernen med at kunne mærke og registrere armen. Det er en forudsætning for at kunne bruge den og derfor er det vigtigt, at man stimulerer berøringssansen (den taktile sans), muskel og led sansen (den properceptive sans), og vibrations- samt temperatur sansen, helt fra starten.



Træning af 3 vigtige sanser

Berøringssansen

Denne kan stimuleres ved for eksempel vask af den paretiske arm. Der bruges ekstra tid og flere dybe tryk med klud og håndklæde. Personen eller personalet kan også smøre armen ind i creme med dybe tryk. Har personen nedsat opmærksomhed mod den ramte side, er det vigtigt, at borger også selv berører og ser på armen for at stimulere den fortsatte eksistens af armen i personens hjernen, også det man kalder kropsskema.

Ved påklædning kan man sørge for at give tydelige input med tøjet og støtte armen ned mod underlaget, så der kommer en modstand mellem hud og underlag. Dette giver et markant tydeligere input til hjernen.

Muskel- og ledsansen (proprioception)

Denne sans er især væsentlig for at genetablere forbindelsen mellem hjerne og arm (kropsskema). Sansen stimuleres ved at få vægtbæring på armen. - gerne så tidligt som muligt.

Armens normale funktion er at kunne beskytte vores krop mod omgivelserne, holde vores kropsvægt gennem håndens og albuens stillinger.



Sørg for at armen er lejret på bordet tæt på kroppen og foran kroppen. Støt borger til at få vægt på armen ned igennem albuen. Det kan fx også gøres i aktivitet når personen skal rejse sig fra en stol. Personen tager fat om kanten af stolen for at rejse sig op. Således lægges vægten ned i albuen og videre ned i hånden. Hjælper kan guide hænderne til placering på stolen og til at støtte til at holde albuen strakt under vægtbæring.

Vibrationssansen

En særlig del af berøringssansen er vibrationssansen. Man kan mærke vibration, når man står i en bus, på færgen, når der kommer en lastbil forbi på vejen. I ekstreme tilfælde advarer vibrationssansen os om jordskælv eller en flok løbende dyr, der kommer imod os.

Vibrationssansen giver bevidsthed om arme og bens placering i forhold til resten af kroppen. Påvirkningen kommer udefra og aktiverer de proprioceptive baner, hvorfor denne sans hænger nøje sammen med muskel- og ledsansen. Den kan stimuleres ved, at terapeuten giver vibrationer gennem approksimationer (ledkompressioner), men man kan også købe diverse vibrationshandsker eller vibrationspuder, som man kan stimulere med under træningen. Dog skal man være opmærksom på, at hvis der er overfølsomhed, kan det være et meget voldsomt stimuli.



LEJRINGER

Man bør vælge at lejre, når personen ikke kan eller har vanskeligt ved at flytte rundt på sig selv i sengen.

Det kan være personer, der:

- har fået tonus forstyrrelser (lammelser eller spasticitet i muskulaturen) eller
- har nedsat truncus (krops/torso) kontrol
- er perceptionsforstyrrede (har svært ved at forstå, hvor de er henne og hvad der sker), er urolige og utrygge og spænder op og har svært ved at slappe af.

Lejring fremmer en god søvn. Der sker en normalisering af tonus, altså muskelspændingen. Kroppen aflastes og slapper af.

Samtidig forebygges tryk (decubitus), og stimulerer dermed kredsløb og vejrtrækning.

Desuden giver en sidelejring, vægtbæring (proprioception) på den afficerede side, når man kommer herom på denne og dermed øget sansemæssige input men også opmærksomhed på denne side.



Fokusområder ved lejrning

- 1** Sengen skal være plan ved ændringer i lejrning. Kroppen skal være i alignment.
- 2** Der skal være stabile omgivelser, så du skal benytte lejringsmateriale. Nogle har brug for meget faste omgivelser, andre kan nøjes med nogle dyner og puder, som kan give sig. Alle huller mellem de enkelte kropsdele og underlaget skal fyldes ud.
- 3** Der skal være tydelig berøring, når du vil flytte en kropsdel. Du skal bevæge i et langsomt tempo, og du skal bevæge kun én kropsdel af gangen.
- 4** Du skal guide med dine hænder og anvende nonverbal tilgang med et minimum af tale. Det får personen til at falde til ro og registrere gennem kroppen og ikke gennem sproget.
- 5** Hold nakken lang og udnyt sengens indstillingsmuligheder.
- 6** Tjek for tryk ved skulder, hofte, knæ og ankler. Tjek, at der er en lige linje mellem næsen, hagen og brystbenet. Så ved du, at hovedet ligger lige. Spørg ind til om vedkommende ligger godt.

AT VÆRE EN GOD SAMTALEPARTNER

Det er vigtigt at være anerkendende over for personer med talepres eller andre kognitive kommunikationsforstyrrelser, når man kommunikerer med dem. De gør det jo ikke bevidst.

Når man italesætter samtaleproblemer, må man gerne være tydelig med for eksempel at sige "Nu afbryder jeg dig, fordi du afbrød mig" eller lægger hånden på personens arm for at gøre dem opmærksom på dig. Så ville de fleste være villig til at samarbejde om en god kommunikation.

I en samtale skal man også være observant og relevant. Det kan den hjerneskadede nogle gange glemme. Hjælp personen til at huske at introducere for eksempel personer, sted og tid, så deres samtalepartner har mulighed for at følge med i historien.

En anden udfordring kan være situationsfornemmelse. Hvornår passer en historie ikke ind? Hvornår er man ikke den rette til at spørge? Hvornår er tidspunktet ikke den rette for en samtale?



4 gode råd

til at være en god samtalepartner

- 01 Man giver egne synspunkter oplevelser, ideer og erfaringer.
- 02 Man responderer på samtalepartnerens output.
- 03 Man er interesseret og anerkendende overfor den andens holdninger, idéer og erfaringer - selvom man ikke nødvendigvis er enig.
- 04 Man afslutter samtalen på en pæn måde, for eksempel at sige "hav en god dag" eller udtrykke glæde over en god samtale.



AFFOLTER

4 hurtige om guidet interaktionsterapi

01

Affolter anvendes til borgere, som har apraksi (nedsat evne til at bruge en genstand korrekt). Fx bruges tandbørsten til håret eller blusen på benene. Der vil være nedsat initiativ og forståelse.

02

Affolter er en nonverbal tilgang, hvor personen skal opleve og erfare gennem sanserne. Teorien er, at input fra følesans samt led- og muskelsans fremmer reorganisering af hjernen.

03

Der er fokus på, at personen danner en hypotese om, hvad der skal ske i en given aktivitet. Nogle hjerneskadede har nedsat evne til at danne disse hypoteser. Det kan skabe uro og angst, samt apati, der gør personen ude af stand til at igangsætte noget som helst.

04

Terapeuten guider i alle hverdagsaktiviteter og giver tydeligt berøringsmæssigt input, så aktiviteten udføres rigtigt og der dannes hukommelse om, hvordan aktiviteten skal udføres. Du kan enten guide borgeren med fx hånd på hånd eller lave handlingen med tydelige input fra omgivelser. Måske begynder borgeren at hjælpe til i bevægelsen.



Kommunikation - hvad og hvordan?

Ikke to hjerneskader er ens. Afhængig af, hvilken del af hjernen, som er beskadiget har hjerneskader dog nogle forskellige karakteristika, som skal tages i betragtning i kommunikationen med den hjerneskadede.

Det er vigtigt, at du som pårørende, plejeperson eller behandler er opmærksom på alt det, som måske ikke er forandret hos personen med en hjerneskade:

- personlighed
- personens værdier
- kognitive evner
- personens værdi for andre

Fx lad være med at tale højere (råbe) til personen, hvis ikke der lige kommer et svar. Personen har ikke nødvendigvis nedsat hørelse.

De tre mest almindelige kommunikative udfordringer:

Afasi, som er tab af sprog eller sprogfærdigheder på grund af neurologisk sygdom eller læsion af hjernen. Metoden som foreslås kan også anvendes til.

Dysartri, som er tab af evnen til at tale tydeligt.

Talepres, som er tab af samtalekompetencer og besvær med at holde egen tale tilbage.



TALEPRES

OG HVORDAN DET MINDSKES?

Hjerneskade medfører ofte kognitive vanskeligheder, som kan give problemer i kommunikationen, fx er det almindeligt forekommende, at den hjerneskadede har besvær med at tilbageholde egen tale, også kaldet talepres. Personen lægger ikke altid mærke til den anden person i samtalen, afbryder og taler ofte ud af en tangent. Personen er ikke altid selv opmærksom på, at han afkorter samtalepartnere eller ikke holder sig til samtalens emne. Det kan derfor være nødvendigt at gøre personen opmærksom på, hvordan man er en god samtalepartner.

5 teknikker til modvirkning af talepres

- 1 Tal i forståeligt tempo
- 2 Hold øjenkontakt
- 3 Giv plads til hinanden og afbryd ikke
- 4 Hold samtalen i gang ved at lade ordet gå videre
- 5 Lyt aktivt - ikke bare høre ordene fra den anden, men også forstå budskabet og udvise den medfølelse, som er vigtig for relationen



SYNKEBESVÆR

6 ting de fleste ikke ved om dysfagi.

01

Fortykningsmiddel (anvendes til at gøre væske tykkere) kan ikke altid forhindre fejlsynkning.

02

Mange kan have gavn af at træne sin synkefunktion, da vi alle bliver dårligere til at tygge og synke med alderen.

03

Styrketræning af tungen kan forbedre din evne til at synke sikkert.

04

Evnen til at koordinere vejrtrækning og synk er det vigtigste i forhold til at kunne synke.

05

Det er næsten umuligt at synke med åben mund og især for mennesker med dysfagi. Giv tid og støt til mundlukke mellem mundfuldene.

06

Man kan optimere synkesikkerheden ved at ændre på kroppens og hovedets stilling så disse er i alignment og i position hvor halsmusklerne slapper af.



FYSISK GUIDNING OG NONVERBAL TILGANG

Det er væsentligt at anvende fysisk guidning og nonverbal tilgang i neurorehabilitering. Når vi taler, så giver vi nemlig løsninger. Vi siger for eksempel: ræk mig glasset, du skal smøre creme ud, lås kørestolen osv. Men borgere og patienter, der har fået vanskeligt ved at forstå og omsætte det talte sprog, kan ikke få det til at give mening.

Hjernen kan ikke koble det sagte og den handling, som skal ske. Til gengæld er det muligt at lære igennem det motoriske og på den måde selv få skabt en hypotese om, hvad der skal til at ske.

Denne tilgang anvendes til personer, der

- ikke kan forstå det talte sprog,
- ikke ved/genkender hvad fx en tandbørste er,
- ikke kan holde styr på rækkefølgen
- ikke selv kan producere ideer, og har vanskeligt ved at forstå, hvad der sker

Derfor må vi træne hjernen til at genkende handlingen fremfor at forstå de talte instruktioner.



Når borgeren har forstået, hvad der skal til at ske, så begynder vedkommende selv at arbejde med og kan måske helt overtage handlingen herefter.

For eksempel:

Du guider hånden hen til tandbørsten og personen tager selv tandbørsten og har dermed forstået, hvad det handler om. Det kan så være du helt kan slippe her, så personen overtager resten af opgaven selv, men det kan også være, at du igen skal lave en fysisk guiding med den anden hånd hen til tandpastaen. Dermed forstår personen, at "ah, jeg skal have låget af tandpastaen og få tandpastaen på tandbørsten", men ved så igen ikke, hvad der så skal ske og må guides igen.

Ved motorisk at stimulere til den ønskede handling, så opstår der for mange personer en kognitiv læring. Derfor er det vigtigt nogle gange at tie stille, føre hånden og hjælpe med at udføre opgaven i stedet for.

AFASI

- SCA METODEN

Når man taler med mennesker med afasi, er det vigtigt at støtte deres muligheder for at udtrykke sig og forstå det, man siger. Det er desuden vigtigt at anerkende personens kompetencer og evner til at træffe beslutninger for sig selv. Det kan man gøre ved at bruge SCA-metoden.

SCA-metoden, som står for 'Supported Conversation for Adults with Afasia', er udviklet til at give mennesker, der er ramt af afasi, mulighed for at deltage aktivt i dagligdagen, at kunne deltage i samtale og at kunne tage beslutninger i deres eget liv.

Fokus er rettet mod omgivelserne, det vil sige pårørende og personalet, der trænes i at støtte samtalen med personen med afasi (eller svær dysartri).

Metoden bygger på to principper. Det første princip er, at man skal være anerkendende. Det kan man gøre ved at tale naturligt med almindeligt toneleje og stemmestyrke på en almindelig voksen til voksen facon. Og man kan gøre det ved at vise personen, der er ramt af afasi, at du ved, at han eller hun ved, hvad han eller hun vil sige, men at personen bare ikke kan få det sagt grundet sproglige vanskeligheder.

Det andet princip dækker over at støtte samtalen og kommunikation med nogle bestemte teknikker: ind, ud og tjek.



Sådan anvender du SCA

1 Ind

'Ind' dækker over teknikker, der hjælper personen med afasi med at **forstå**.

Det gør man ved:

- At tænke over **rækkefølgen**, når man taler. Man starter med overskriften og emnet for den besked, man vil give, og man giver en besked af gangen og går kronologisk frem.
- Man bruger **korte** og enkle sætninger og anvender bevidst relevant **gestik**
- Man skriver **nøgleord** ned undervejs i samtalen, som er relevante for den givne samtale

Nøgleord

- 1 Skrives med store og tydelige bogstaver
- 2 Skal supplere samtalen, ikke overtage den
- 3 Inddrag billeder, kalender, tegning med mere

2 Ud

Næste sæt af teknikker er 'ud', der dækker over teknikker, der hjælper personen med at **udtrykke** sig.

Man stiller ét spørgsmål af gangen og opfordrer til, at personen, der er ramt af farsi, anvender gestik, tegner og skriver, udpeger på tavler, oversigter eller et billedmateriale og bruger de nøgleord, som man har skrevet. Personen med afasi får mulighed for at udtrykke sig på en anden måde end verbalt.

- Stil ja/nej spørgsmål, hvor ja/nej kan udpeges
- Giv skriftlige valgmuligheder
- Brug visuelt udpegningsmateriale (billeder, kalender, tegninger)

3 Tjek

'Tjek' dækker over de teknikker, der hjælper personen med afasi og samtalepartneren til at sikre, at man har **forstået hinanden**. Det er samtalepartnerens ansvar at opsummere langsomt og tydeligt, hvad du tror, personen med afasi forsøger at sige, og hvad I indtil videre har talt om eller aftalt. Marker på papiret ved at bruge de allerede nedskrevne nøgleord, samtidig med, at du opsummerer.

Denne bog er skrevet af specialisterne hos
Forenede Care Neuro.

Vil du vide mere så klik ind på
www.forenedecareneuro.dk