

## **Opsamling i plenum.**

Dagens workshops havde haft fokus på faglig identitet, og der blev lagt op til generelle spørgsmål og kommentarer ud fra dette emne til panelet bestående af de tre oplægsholdere; Lone Myhlendorph, Lone Grønnegaard og Vibeke Lund.

### **Fagdiscipliner og samarbejdspartnere**

Der blev ytret forskellige holdninger til, om dét at kunne tilbyde træning til borgere med kognitive kommunikationsforstyrrelser er betinget af en bestemt grunduddannelse (fx ergoterapeut eller logopæd) eller snarere afgøres af interessen for feltet og de konkrete muligheder for intervention. Der var dog flere deltagere, der tilkendegav, at de efter dagens workshops var blevet sikre på, at en stor del af rehabiliteringen af kognitive kommunikationsforstyrrelser bør varetages af logopæder. Det drejer sig specielt om de dele af rehabiliteringen, der vedrører den verbale og nonverbale kommunikation, da dette er noget, som logopæder har en omfattende viden om.

Der var enighed om, at feltet kognitive kommunikationsforstyrrelser ligger imellem mange fagdiscipliner (fx neuropsykologer, ergoterapeuter, neuropædagoger og logopæder), og at alle disse faggrupper – og altså også logopæder – har noget særligt at bidrage med i rehabiliteringen af vanskelighederne. Feltet skal derfor indlemmes i det logopædiske arbejdsområde på linie med dysartri og afasi, som i dag regnes for selvskrevne logopædiske felter.

Der blev i denne forbindelse drøftet problemstillinger i forhold til at opfange borgere med kognitive kommunikationsforstyrrelser, således at de overhovedet kan tilbydes træning. Det opleves nogle steder, at borgerne kun sjældent når frem til taleinstitutterne og derfor ikke har mulighed for at modtage logopædisk rehabilitering. Årsagen hertil formodes at være manglende visitation fra hospitaler til taleinstitutter, manglende kommunal forståelse for denne type af vanskeligheder i forhold til bevilling af genoptræning, samt det faktum, at vanskelighederne ofte først viser sig, når borgeren er kommet tilbage i eget hjem, og så hviler ansvaret for at kontakte taleinstitutterne på borgeren selv eller de pårørende.

I forlængelse heraf rejstes en debat om synliggørelse – hvordan får logopæder gjort hospitaler og kommuner opmærksomme på, at der findes genoptræningstilbud til denne gruppe af borgere? Som tiltag blev muligheden for at indrykke artikler i fagblade, patientblade o.lign. nævnt. Det blev også foreslået at etablere informationsmøder med kommunale instanser (herunder jobcentre) og relevante hospitalsafdelinger. Heraf vil der forhåbentlig kunne udspringe en række mere formaliserede samarbejdsaftaler.

Yderligere tiltag kunne være en styrket indsats i hospitalsfasen. Dette kunne dels være i form af flere timer til logopæden på sygehuset, så muligheden for udredning og undervisning allerede kan igangsættes der, og dels i form af at etablere kontakt til de pårørende tidligt i forløbet. Det vurderes afgørende, at de pårørende informeres om muligheden for, at kommunikationsforstyrrelserne kan optræde, at de kan rehabiliteres, og at der er fri mulighed for at henvende sig det lokale taleinstitut.

### **Monofaglige kompetencer**

Der var bred enighed om, at der skal øgede monofaglige kompetencer til for som logopæder at kunne føle sig godt tilpas i dette arbejdsfelt. Der er behov for at blive klædt bedre på både teoretisk

og praktisk for at kunne tilbyde en ordentlig og relevant rehabilitering og også for at få selvsikkerheden i rent faktisk at kunne tilbyde noget. Dette menes også at være nødvendigt for enten at få eller beholde dele af arbejdsområdet på logopædiske hænder.

Der blev drøftet konkrete forslag til, hvordan vi som logopæder rustes til at tage os af borgere med kognitive kommunikationsforstyrrelser. Et af disse forslag var at benytte sig af de kurser/oplæg, der holdes i forskellige regi fx DaNs, Center for Hjerneskade og Hammel Neurocenter. Der blev i denne forbindelse diskuteret muligheder for at etablere egentlige undervisningsforløb med fokus på dette emne.

Derudover var det et forslag, at logopæder selvstændigt og i samarbejde med deres arbejdspladser gør feltet til et fokusområde – det skal prioriteres som et nyt arbejdsfelt og hermed følger at læse litteratur på området, være opsøgende i forhold til mulige oplægsholdere og kurser samt fx at formulere en protokol for denne type vanskeligheder – hvad gør vi her hos os, når vi ser disse borgere?

God Praksis beskrivelsen af udredning af kognitive kommunikationsforstyrrelser indeholder en del forslag til testmateriale, som ikke er direkte tilgængelige i dansk klinisk praksis endnu. På denne baggrund blev det nævnt, at vi må acceptere, at vi arbejder i et nyt felt i hastig udvikling, og at vi må bruge vores logopædiske baggrund til at starte et sted og prøve os frem med de enkelte anbefalede test og udredningsmaterialer, der er tilgængelige lige nu. Her er det vigtigt at bruge sine kollegaer, netværket og at evaluere sin egen indsats løbende. Øget viden vil også føre til øget faglig identitet.

## Workshop 1: Lone Myhlendorph; Faglig identitet

### Indledende oplæg om rehabilitering generelt samt specifikt i forhold til kognitive kommunikationsforstyrrelser.

Lone Myhlendorph (LM) sidder i øjeblikket med i en arbejdsgruppe, der skal revidere Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling af traumatisk hjerneskade og tilgrænsende lidelser.

LM definerer rehabiliteringsbegrebet og understreger, at formålet med rehabiliteringen er, at "...borgeren som *har* eller er *i risiko* for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og eller sociale funktionsevne opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv..." (Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet). For mennesker med kognitive kommunikationsforstyrrelser er det ofte tilfældet, at vanskelighederne dukker op undervejs i forløbet, og det er således vigtigt at holde sig for øje, at mange af disse borgere er *i risiko* for at få begrænsninger.

Det har i arbejdsgruppen været diskuteret, om borgerens papirer sendes til egen læge i relevant omfang. Det er på baggrund heraf besluttet, at Sundhedsstyrelsens kommende retningslinjer gør egen læge til koordinerende instans.

LM beskriver, at kognitive kommunikationsvanskeligheder varierer meget mht. art og sværhedsgrad indenfor bl.a. områderne perception, opmærksomhed, hukommelse, eksekutive funktioner og forskellige sproglige aspekter.

Kognitionspyramiden bruges som forklaringsmodel med eksempler:

- Arousal: basal forudsætning; sansning. Det kan hjælpe at tage særlige forholdsregler for at øge borgerens arousal fx at *gå* ind til logopæden, sidde i egen stol – mærke sin krop. Hvis borgeren er meget trætbar, kan man øge arousal ved fx at indlægge et hvil inden undervisningen.
- Perception: Her er det vigtigt at være opmærksom på og tage højde for auditive og visuelle vanskeligheder (ofte visuel neglekt).

Det er væsentligt at tage udgangspunkt i kognition ved samtaler om borgerens adfærd, personlighed og udvikling. Først når vi har slået fast, hvad der er skadesrelateret, kan vi tale om personlighed og ressourcer/begrænsninger. Det er også væsentligt at fokusere på fagtermer – det øger fagligheden.

LM fremhæver til sidst, at det at sætte mål højner kvaliteten; ligesom både motivation, effekt og udholdenhed øges hos borgeren.

## **Gruppearbejde**

### **A. Diskussion af faglig identitet med udgangspunkt i model over samarbejdspartnere i rehabiliteringen af kognitive kommunikationsforstyrrelser.**

*Hvor kan vi som logopæder bidrage med vores specifikke viden?*

*I hvilke samarbejdsrelationer kan det være en udfordring at bidrage med sin viden?*

Der blev primært talt om de vanskeligheder, der er forbundet med at få borgere med kognitive kommunikationsforstyrrelser henvist til taleinstitutterne. Det er meget få borgere, der henvises, fordi de er *i risiko* for at få vanskeligheder. Langt de fleste kommer først, når det er gået galt derhjemme eller på arbejdspladsen, og de henvises så ofte af jobcentrene.

Det drøftes, hvordan man kan sikre oplysning om denne gruppe af borgere til hospitaler, praktiserende læger, borgerservice og jobcentre.

### **B. Diskussion af faglig identitet med udgangspunkt i den kognitive pyramide.**

*Hvad gør vi helt konkret på hvert eneste niveau?*

*Hvorfor er det vigtigt at være opmærksom på alle niveauer af kognitionspyramiden?*

Der blev primært talt om konkrete undervisningsforslag indenfor områderne: Arousal, sansning, perception, opmærksomhed, indlæring, emotioner og eksekutive funktioner. Disse forslag er samlet på et selvstændigt ark.

Det blev også drøftet, at arbejdet ud fra viden om disse kognitive elementer bør gøres i samarbejde med andre faggrupper (fx neuropsykologer og læger, når det drejer sig om emotioner).

Det er også vigtigt at inddrage andre instanser fx Hjerneskaderådgivningen o.lign..

## **Litteraturanbefaling:**

*Murray & Clark, 2006: Neurogenic Disorders of Language*

Bogen indeholder bl.a. en god beskrivelse af kognitive kommunikationsforstyrrelser.

# Kognitive kommunikative vanskeligheder v/ Lone Grønnegaard, Slagelse

## Begrebsafklaring

Lone Grønnegaard tog i workshoppen udgangspunkt i Perkins` model om de pragmatiske elementer i kommunikation:

Michael Perkins: "Elements of Pragmatics"

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

Er der vanskeligheder med bare ét af disse elementer kan det give kommunikative vanskeligheder.

Målet for intervention for kognitivt kommunikativt skadede er bl.a. at borgeren skal nå erkendelse af, hvilke konsekvenser hjerneskaden har haft. Det er ingen selvfølge, at patienten er klar over hjerneskaden på trods af diverse tiltag.)

## Tværfaglighed

Den tværfaglige koordination er vigtig fra begyndelsen, idet patienter med kognitive kommunikative vanskeligheder ofte opdages for sent og dermed vanskeliggør et forebyggende arbejde f.eks. i forhold til relationen i den nære familie (parforhold, børn).

Neuropsykologiske undersøgelser kan være et godt redskab, men ex. beskrives "Theory of mind", inferens m.m ikke altid.

Inspiration til en tværfaglig mødestruktur findes hos HjerneKassen (Videnscenter for Hjerneskade).

## Undervisning på CSU-Slagelse:

Tests

Eksempler på anvendte tests:

MFIS – Træthedens betydning (uddelt i kopi på mødet)

EBIQ – Sammenligning af patient og pårørendes opfattelse

Brief – V ( Lone G har et regneark der letter scoringsproceduren)

Tjekliste ift. sociale færdigheder – ( uddelt i kopi på mødet)

Selvevalueringskema vedr. kommunikation ( også uddelt i kopi)

Udredning og testning:

- 1.Synsundersøgelse,
- 2.MFIS træthedens betydning,
3. BriefV eksekutive funktioner,
- 4.Tjekliste om sociale færdigheder,
5. Selvevalueringskema vedr. kommunikation

## **Eksempel på undervisningsforløb**

### **Introkursus:**

**Målgruppe:** Borgere, der netop er udskrevet fra genoptræningssygehus eller på anden måde står i en overgangsfase mellem forskellige genoptrænings- og rehabiliteringstilbud.

Det er tilbud til de borgere, som ikke kan vente på optagelse på eksisterende kurser på CSU-kommunikation.

**Formål:** At lede kursisten videre til et andet undervisningstilbud, anden form for rehabiliteringsindsats eller afslutte indsatsen.

**Indhold:** På introkurset foregår dels en nærmere udredning og afklaring af undervisningsbehov dels opstart af et undervisningsforløb med udgangspunkt i kursistens mål. Endelig vil kurset have en form, hvor evt. behov for erkendelse af den nye livssituation kan indgå.

**Omfang:** 3 timer 2 dage pr. uge i 6 uger.

**Bemærkninger:** Holdet har løbende optag.

Der er mulighed for, at underviseren i begrænset omfang kan undervise en deltager på det kommunale genoptræningscenter sammen med det

### **Basiskursus**

**Målgruppe:** Borgere med funktionsnedsættelse som følge af hjerneskade.

**Formål:** Formålet er at arbejde med læring, erkendelse og sætte mål for rehabiliteringen. Give pårørende mulighed for at få indsigt og viden.

### **Indhold:**

- **Kommunikation** gennem samtale, debat, fremlæggelse af forberedte opgaver, brug af kompensationsstrategier, rolle spil og andre kommunikationsfremmende opgaver.
- **Kognition.** Aktiviteter, der fremmer hukommelse, koncentration, opmærksomhed, evne til problemløsning, overblik og refleksion. Her inddrages IT-baserede opgaver.
- **Kropslig læring** og fitness gennem konditionsforbedrende aktiviteter, regelspil, kropslig udfordring og styrke- og balanceøvelser.
- **Social kunnen**, hvor evnen til at omgås andre udfordres
- **Viden** om og **erkendelse** af hjerneskaden og den nye situation, der opstår for både kursisten og for hele netværket.
- **Emner** som energiforvaltning, kost, motion, samliv m.m.

**Omfang:** 4 timer 3 dage pr. uge i 12 uger i alt.

**Bemærkninger:** Undervisningen foregår på hold på mellem 9 og 12 deltagere.

Holdundervisningen giver en god ramme for, at man i fællesskab med ligestillede, får mulighed for udveksling af erfaringer og læring af strategier for det nye liv.

### **Job og Læring:**

**Mål:** Tilbagevenden til job eller uddannelse

**Afdækning:** Samtaler, øvelser og tests bl.a. via kommunikationsanalyse

Arbejdsmarkedsorienteret undervisning og praktik

**Evaluering:** Logbog og samtale

Jobplan med forslag til endelige beskæftigelsesmål

**Omfang:** 2 timer 1 gang i ugen i 10 uger ( sælges til jobcentrene)

1-2 logopæder

**Referencer:**

Michael Perkins: Elements of Pragmatic

Power points fra Lone Grønnegaard, CRS Slagelse

MFIS ( Modified Fatigue Impact Scale), Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines, 1998

Tjekliste, Sociale Færdigheder: Kognitiv Terapi – modeller og metoder. Hans Reitzels Forlag 2005.

Selvevalueringskema vedr. kommunikation: KKH materialet, Lone Myhlendorph, 2010

EBIQ: European Brain Injury Questionnaire.  
(Teasdale et al. 1997)

Brief-V: Behavior Rating Inventory of Executive function – Adult Version  
(Robert M. Roth et al 2005) Dansk udgave 2008.

## **Konkrete undervisningsforslag fra workshop 1. Primært baseret på "Den kognitive pyramide".**

### **Arousal:**

Få borgeren væk fra kørestolen; også på plejecentre – oplys personalet om, at det ikke er synd for borgeren.

Vær opmærksom på søvnens betydning for vågenheden i undervisningen.

Lav "gymnastik" i løbet af en undervisningssession, skift aktivitet eller lav ændringer i miljøet.

Overdriv mimik og gestik og brug humor.

### **Sansning:**

Lad borgeren mærke gulvet under fødderne og føle på ting, der så kan danne grundlag for samtale.

Ved hemianopsi – sørg for hensigtsmæssig placering af materiale, personer og hjælp til compensation.

### **Perception:**

Ved synsnedsættelse/blindhed kan samtalepartner beskrive billede, som svagtseende kan fortælle om.

Høreapparat – opmærksom på brugen af dette samt høretaktik.

Lav et kirkebesøg, hvor logopæd fortæller om kirken, og deltagere efterfølgende skal tegne grundplan af bygningen.

### **Opmærksomhed:**

Præsentation af sig selv og hinanden i gruppesammenhæng og gentagelser heraf (dvs. det er vigtigt at lytte til de andre, da man skal gentage). Grupper er vigtige - øget opmærksomhed på de øvrige deltagere.

Klæd den ramte på til at kunne tale med i sociale sammenhænge (Afklar hvad man taler om i vedkommendes omgangskreds).

Lav opgaver med distraktion fx læse tekst, mens der lyttes til musik; høre radioavis, mens hylende ambulance forstyrrer.

Hjemmearbejde: Se nyheder i tv hver dag. Logopæd medbringer billede som prompt (fx Obama - "hvorfør har jeg ham med i dag?"). Vær opmærksom på, at der kan være forskel på hukommelse for lokale og landsdækkende nyheder.

### **Indlæring:**

Bring pårørende på banen fx til at hjælpe borgeren med at kigge på egen privatøkonomi og lære at regne igen.

Materialeforslag: "Genopbygning af sprogfunktionen", Matematikbogen.dk, Modak-kort (tysk materiale), spillet "Svar Først" (gammelt børnespil fra 70'erne, men ikke barnligt).

### **Emotioner:**

Her bør samarbejdes grundigt med egen læge og også gerne neuropsykolog.

### **Eksekutive funktioner:**

Planlæg ture og udflugter: hvor, hvordan, hvem?

Planlæg madlavning eller andre lignende aktiviteter enten individuelt eller i grupper.

Vær opmærksom på henvisning til fx Hjerneskaderådgivningen.

## Konkrete undervisningsforslag fra workshop 2.

### Psyko-education.

Lone Grønnegaard uddelte i forbindelse med sit oplæg en række papirer med konkrete værktøjer til psyko-educationsprocessen. Nedenstående sidetal henviser til disse papirer.

S. 14-18: Hjernens funktion og følger efter skader på hjernen. Særlig vægt på eksekutive funktioner, opmærksomhed og hukommelse.

S.19: Den kognitive pyramide, som også Lone Myhlendorph brugte i workshop 1.

S. 20: Model om erkendelse: Intellectuel erkendelse – online erkendelse – forudseende erkendelse. Aftaler om feedback.

S. 21: Træthed efter hjerneskade: Overblik over eget uge-program, prioritering og strategier.

S. 22: "Diamanten" fra kognitiv metode: Situation – følelser – tanker – krop. Grundfølelser og somatiske markører, forklaring på kognitiv terapi.

S. 23: Sociale kompetencer: Hvad er det?

S. 24-25: Kommunikative kompetencer: Opmærksomhedens rolle, mimik, kropssprog, prosodi, stemmeføring, inferens, theory of mind. Samarbejde i kommunikation.

Derudover nævnte LG, at den lingvistiske sprogproceseringsmodel kan benyttes til at tale med borgere om deres sproglige kompetencer.

### Eksempler på øvelser i basisgruppeforløbet på CSU, Slagelse.

Øvelserne vedrører kommunikation, samarbejde og sociale kompetencer. Feedback er en afgørende faktor i alle øvelser.

- Samarbejde om at ordne en serie billeder i rigtig rækkefølge og med rigtig tekst til (7 deltagere).  
*Feedback*: Dominans og konkurrence kontra empati og situationsfornemmelse.
- Kommunikations- og konstruktionsøvelse med klodser eller bykort – guide en anden deltager til at placere klodser ligesom én selv eller at finde rundt i byen.  
*Feedback*: Tænkte jeg på, hvad den anden vidste? Reparation af kommunikation.

- Lave en skriftlig argumentation for "hvorfor skal børn have grænser?", "hvad har vi fagforeninger til?", "hvorfor er det godt at arbejde?" o.lign.. Give et mundtligt referat af en anden holddeltagers holdning og argumentation.  
*Feedback:* Blev jeg rigtig forstået? Udtrykte jeg mig klart?
- Samarbejde med en anden deltager om at samle en kondicykel ell. lign.  
*Feedback:* Hvad forestiller jeg mig om den anden?
- Forberede sig under tidspres til at instruere de øvrige deltagere, underviserne samt fysioterapeuten i, hvordan man spiller et spil (her fx spillet "Sequence"). Stressfaktorer var tidspres, samt at de øvrige deltagere var instrueret i at opføre sig fjollet, ukoncentreret og "tungnemme".  
*Feedback:* Hvordan klarer jeg stress og kontroltab?
- Samarbejde og kommunikation med 3 andre om at lave en lagkage med bind for øjnene, instrueret af en 4. seende deltager.  
*Feedback:* Hvordan var det at lytte og overlade kontrollen til en anden?
- Dilemma- og debatøvelse, hvor der skal prioriteres imellem 3 personer: Hvem skal først have en levertransplantation? (Se også s. 26 i de papirer, som LG udleverede).  
*Feedback:* Hvilke holdninger har du, og hvilke udtrykker du i en given situation?
- Debat om hvilken information ens arbejdsplads og kolleger skal have om hjerneskade.  
*Feedback:* Hvilke holdninger ligger der bag?
- Debat om det at være anderledes på en arbejdsplads. Styrke eller svaghed? Model med "person – følgevirkninger – omverden" diskuteres (Se s. 28 i de papirer, som LG udleverede).