

Ældre & apopleksi



– inspiration
til pleje- og
omsorgs-
personale



Videnscenter
for Hjerneskade





ÆldreForum er et uafhængigt råd under Socialministeriet, der skal følge og vurdere ældres vilkår i samfundet på alle ældrelivets områder. Rådet skal desuden bidrage til at synliggøre ældres ressourcer og til at nuancere billedet af ældre og det at blive ældre.

ÆldreForum udsender løbende en række publikationer med information, inspiration og debatskabende stof om ældretilværelsen, initierer forskning og arrangerer konferencer m.m.

Rådet inddrager forskere, myndigheder, fagpersoner, organisationer, kommuner og ældre-råd m.fl. i rådsarbejdet.

Rådets medlemmer deltager i konferencer og møder i hele landet, hvor ældres forhold debatteres eller overvejes.

Bagest i publikationen findes en oversigt over ÆldreForums udgivelser, der kan rekvireres vederlagsfrit.

Yderligere information om ÆldreForum kan findes på www.aeldreforum.dk



Videnscenter
for Hjerneskade

Videnscenter for Hjerneskade er en selvejende institution under Socialministeriet og indgår i den Nationale Videns og Specialrådgivnings Organisation VISO under Servicestyrelsen.

Videnscenteret indsamler, udvikler, bearbejder og især formidler viden om mennesker med erhvervet hjerneskade primært til behandlere i hele landet, men også til borgere og offentligheden. Yderligere information om centret, dets aktiviteter og publikationer kan findes på www.vfhj.dk og på www.hjerne-kassen.dk

Fra 1. januar 2011 sammenlægges Videnscenter for Hjerneskade med en række andre videnscentre og vidensnetværk i et nyt center: Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri. Det nye videnscenter placeres organisatorisk under Servicestyrelsen og får til huse i København og Århus. Se mere på www.servicestyrelsen.dk



Ældre & apopleksi

– inspiration til pleje-
og omsorgspersonale

Forord

Apopleksi, også kaldet slagtilfælde, hjerneblodprop eller hjerneblødning, er en alvorlig hjernesygdom, som hyppigt rammer ældre. For dem, der overlever, kan sygdommen medføre svær invaliditet, mens andre rammes i mildere grad. Men uanset sygdommens sværhedsgrad griber den og følgevirkningerne næsten altid afgørende ind i både den ramtes eget og den nære families liv, og der er i begyndelsen ofte brug for hjælp og pleje fra kommunen.

Tidligere var indstillingen og forventningen, at apopleksiramte havde et livslangt behov for hjælp og pleje uden udsigt til væsentlig bedring. I dag viser forskning og udviklingsprojekter, at de fleste apopleksiramte, uanset alder, har gode muligheder for at udvikle sig og (gen)lære færdighe-

der, også længe efter de første tre måneder, hvor man tidligere mente, at spontan bedring kunne indtræffe.

Det er derfor vigtigt, at plejen ikke fastholder den apopleksiramte i behovet for hjælp, men tværtimod udfordrer den ramte. Ud fra viden om især hjerneskadens skjulte følger skal plejeindsatsen således tage afsæt i at afdække den ramtes muligheder for selv at overtage opgaver med henblik på igen at gøre den pågældende så selvhjulpen og uafhængig som muligt.

Målsætningen bliver således at flytte hovedvægten i plejen fra, hvad den apopleksiramte – som en slags ”Skæbne” – *ikke* kan, til at støtte og udvikle den ramtes færdigheder til igen at klare sin daglige tilværelse.

Håbet med denne håndbog er, at den vil være en let tilgængelig kil-

de til ny viden, inspiration og nytænkning i hverdagens plejeindsats i Danmark. Det er ikke en lærebog i traditionel forstand, snarere et praktisk orienteret værktøj om apopleksi, følgevirkninger og nye metoder til den daglige, professionelle pleje og omsorg i hjemmeplejen og på plejecentre. Målgruppen er de frontmedarbejdere, som har den tætte kontakt i hverdagen til apopleksiramte ældre, dvs. især den store gruppe social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, som i forvejen yder en værdifuld pleje- og omsorgsindsats for ældre med behov for hjælp.

Som yderligere inspiration omtales en række kommunale projekter, som målrettet – og med overraskende gode resultater – har arbejdet med udvikling af kompetencer og nytænkning

hos frontpersonalet, hvorved bl.a. apopleksiramte borgere har opnået større uafhængighed af hjælp og dermed samtidig bedre livskvalitet.

Mange med indsigt i og erfaring med ældre apopleksiramte har bidraget direkte eller indirekte til denne håndbog, og for denne indsats bringer Videnscentret og ÆldreForum her vores store tak.

December 2010



*Brita Øhlenschläger, sekretariatschef,
Videnscenter for Hjernesgade*



*Poul Riis,
formand for ÆldreForum*

Tak til følgende personer:

Tak til deltagerne i en særlig inspirationsgruppe, som har bidraget med eksempler, erfaringer og inspiration fra deres faglige områder:

*Ergoterapeut Hanne Brudholm,
Træningsenheden i Frederikssund*

*Speciallærer og fysioterapeut Kirsten
Larsen, CSU Holbæk, Center for
Specialundervisning*

*Sygeplejerske og ass. distriktsleder
Marianne Werner, Rebild Kommune*

*Ergoterapeut og hjerneskadekoordinator
Helle Steffensen, Ishøj Kommune*

*Ergoterapeut og hjerneskadekoordinator
Søs Brink Jensen, Helsingør Kommune*

*Konsulent og cand.psych. Johannes
Lydiksen, Servicestyrelsen*

*Logopæd og viceforstander Tove
Porskjær, Kommunikationscentret i
Esbjerg Kommune*

*Forsknings- og udviklingschef Helle
Krogh Hansen, Professionshøjskolen
Metropol*

*Selvstændig ergoterapeut Mette Sønder-
gaard*

*Neuropsykolog og leder af Hjerneskade-
rådgivningen i Odense Jan Jensen*

*Fysioterapeut Susanne Bommelund,
Hjerneskaderådgivningen i Odense*

Tak for inspiration, gode råd og især for kritiske kommentarer undervejs og til udkast til bogen:

*Fysioterapeut og speciallærer Hanne
Abildgaard, CSV Randers*

*Social- og neuropædagog, PD i psyko-
logi, Ulrik Jeppesen*

Endvidere en særlig tak til de medarbejdere på Lokalcenter Ryvang i Skanderborg samt på Nørrevang og Lindehøj i Horsens Kommune, som stillede op til interviews om deres erfaringer med arbejde hos apopleksiramte ældre.

Indhold

Forord		. 2
Kapitel 1 Baggrund og indhold		. 9
Mødet med apopleksi i det daglige arbejde		9
Når hjernen bliver skadet		10
De skjulte følger giver ofte de største problemer		10
Apopleksiramte kan gøre fremskridt – uanset alder		10
Håndbogens indhold – og afgrænsning		11
Kend symptomerne på apopleksi!		14
Kapitel 2 Hjerneskadener hos ældre		
– følger og udviklingsmuligheder		15
Hvad er en hjerneskada?		15
De to hjernehalvdele		15
Pandelapperne		16
Følgerne er altid individuelle		16
Hyppige følger efter apopleksi		16
Oversigt over hyppige følger		17
Hjernen og aldring		18
Hjernen kan stadig udvikle sig		19
Udvikling kræver tid, tålmodighed og nysgerrighed		19
Kapitel 3 Samarbejde mellem plejepersonale og apopleksiramte		21
Når apopleksi rammer		21
Mestring af et nyt liv		21

Samarbejde og medbestemmelse giver større motivation.	22
Fremgang – og stilstand	22
Særlige udfordringer	23
Gode råd – når du skal hjælpe en apopleksiramt	23

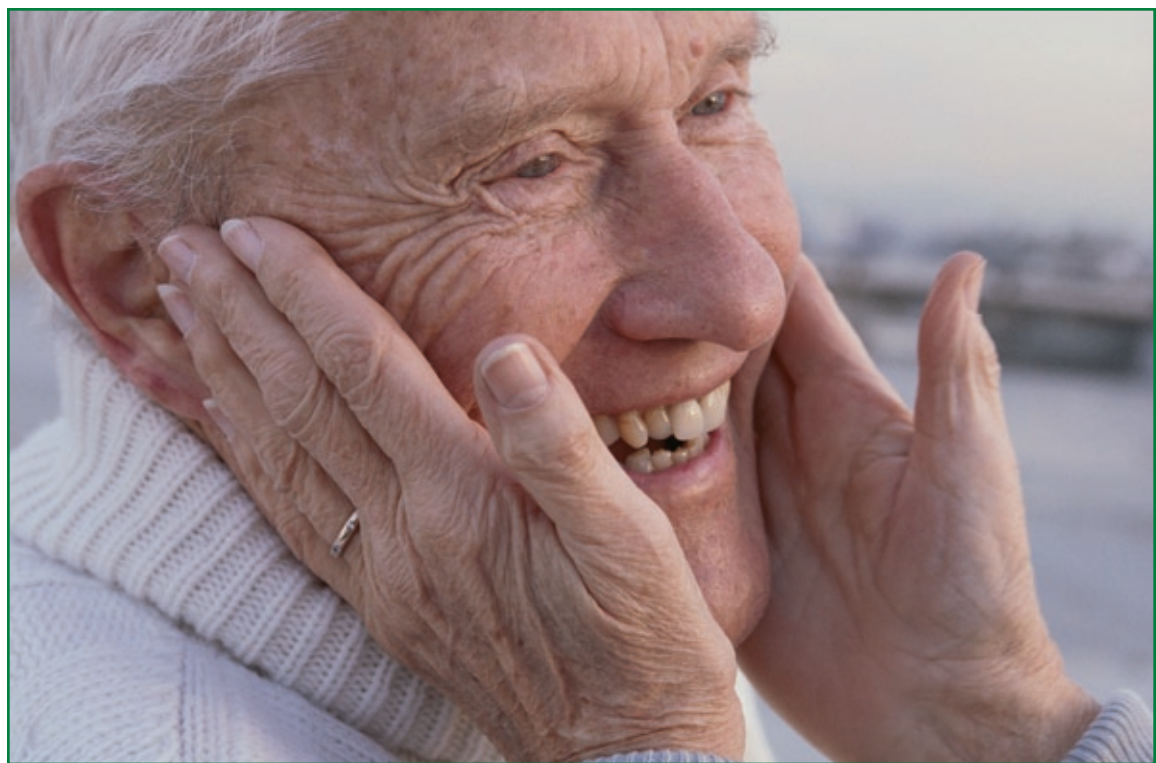
Kapitel 4 Pårørende til apopleksiramte 27

Nye roller	27
Kriser og modstand	27
Søg støtte hos kollegerne	28
Tal sammen	28
Aftalebog	28
Hjælp til aflastning	28
Tilbud om aflastning og afløsning	29

Kapitel 5 Typiske følger efter apopleksi – adfærd, forklaringer og handleforslag 31

Introduktion	31
Hjælp til selvhjælp – aktiverende og trænende pleje	31
Skyldes problemerne hjerneskaden eller dit og borgerens samspil?	32
Sådan bruges kapitlet	33
Hjælp og vejledning fra andre faggrupper	34
Guidning	34
Cue-teknik	34
Billeder, huskesedler m.m.	35
Eksempler	37
■ Personlig hygiejne	37
■ Påklædning	51
■ Madlavning og spising	57
■ Sprog og kommunikation	69
■ Psykiske reaktioner og social adfærd	77
■ Strukturering af hverdagen, initiativ og energi	85
■ Orientering og færden	93

Kapitel 6	Del viden og brug hinanden	99
	Udfordringer i hverdagen	99
	Brug kollegerne	99
	Hjælp fra andre fagpersoner.	100
	Spørgsmål til refleksion i personalegruppen.	100
	Faglig udvikling	100
	Forståelsen præger handlemulighederne	101
	"Er Ib ond?"	101
Kapitel 7	Inspiration fra kommunale og regionale projekter . . .	105
	Aktiverende og trænende pleje	105
	Hverdagsrehabilitering	106
	Apopleksi og rehabilitering – Syv nordjyske kommuner . . .	107
	Længst muligt i eget liv – Fredericia Kommune	108
	Projekt Aktiv pleje – Faaborg-Midtfyn Kommune	110
	Mere træning i plejen – Middelfart Kommune	111
	Projekt Fokusskifte – Høje-Taastrup Kommune	113
	Aktiverende og trænende pleje i borgerens hjem – Langeland Kommune	114
	Projekt Rehabilitering – Kerteminde Kommune	116
Kapitel 8	Vejviser til mere viden	119
	Pjecer, bøger, rapporter og film om apopleksi, hjerneskode og ældre:	119
	Apopleksi, følgevirkninger, samarbejde m.m.	119
	Om ældreområdet, aktivitet, pleje- og omsorgsarbejde m.m.	124
	Kurser og efteruddannelsestilbud	126
	Organisationer, institutioner og foreninger	127
	Ordliste – forklaringer på anvendte fagudtryk og begreber . . .	133
	Egne notater	158



Denne håndbog handler om apopleksi, om de følger der kan opstå hos apopleksiramte, og om hvordan personale på plejecentre og i hjemmeplejen kan hjælpe ældre, der rammes af apopleksi, til en så aktiv, selvhjulpne og meningsfuld hverdag som muligt.

Bogen henvender sig især til social- og sundhedshjælpere og -assistenter i plejesektoren samt til studerende på social- og sundhedsuddannelserne, men den kan også læses af andre interesserede, bl.a. ledere, visitatorer og terapeuter på plejeområdet. Det er

håbet, at også pårørende til apopleksiramte kan finde inspiration og hjælp i bogens mange eksempler.

Mødet med apopleksi i det daglige arbejde

Hvert år får ca. 12.000¹ danskere en blodprop i hjernen eller en hjerneblødning. Dette kaldes under ét for apopleksi (eller slagtilfælde), som er en af de største folkesygdomme.

Man skønner, at 30.000-40.000² danskere lever med følger efter apo-

Apopleksi

Udtrykket apopleksi eller slagtilfælde dækker over både blodprop i hjernen og hjerneblødning. I langt de fleste tilfælde er der dog tale om en blodprop. Kun i cirka 15 procent af tilfældene er der tale om en blødning.

Op til 20 procent af de apopleksiramte dør inden for den første måned, og apopleksi udgør den tredje hyppigste dødsårsag i den vestlige verden.

Risikoen for at blive ramt af apopleksi stiger med alderen, og mænd rammes oftere end kvinder.

Forhøjet blodtryk, diabetes, for højt kolesterol i blodet, kronisk hjerterytmeforstyrrelse (atrie flimren), rygning og overvægt er nogle af de største risikofaktorer for at blive ramt af apopleksi.

pleksi, og da sygdommen især rammer ældre over 60 år, vil ansatte på pleje- og omsorgsområdet ofte møde apopleksiramte.

Når hjernen bliver skadet

Apopleksi medfører hjerneskader. De følger, man ser hos apopleksiramte, skyldes derfor, at hjernen har taget skade.

Apopleksi kan ramme vidt forskellige funktioner, og følgerne kan variere fra ganske lette til meget svære fysiske, sociale og kognitive ³ følger.

Uanset sværhedsgraden oplever næsten alle apopleksiramte og deres pårørende, at deres liv og dagligdag forandres. For nogles vedkommende er ændringerne små, mens det for andre medfører en meget ændret tilværelse.

Mange apopleksiramte får handicap som fx lammelser (som regel i den ene side af kroppen) og talebesvær. Disse vanskeligheder er synlige, og de kan ofte genoptrænes helt eller delvis – eller det er muligt at kompensere for dem med forskellige hjælpemidler.

De skjulte følger giver ofte de største problemer

Derimod er det ofte vanskeligere at opdage, forstå og afhjælpe de *skjulte* følger. Det kan fx være nedsat hukommelse og koncentrationsbesvær,

vanskeligheder med at planlægge og udføre en handling (fx at tage tøj på), nedsat initiativ og problemer med at forstå det talte sprog. Også personligheden kan ændre sig, så den ramte fx bliver mere opfarende og aggressiv eller mere indadvendt og passiv end tidligere.

De skjulte følger giver ofte de største problemer i hverdagen, både for den ramte og for omgivelserne, netop fordi vanskelighederne er usynlige og ofte også uforståelige: Hvorfor kan den ramte fx ikke selv gå i gang med at vaske sig, når man flere gange har fortalt og vist, hvordan det skal gøres? Eller lade være med at prøve at rejse sig fra kørestolen, når han gang på gang har fået forklaret og vist, at han ikke kan stå på venstre ben?

Sådanne problemer kan let misopfattes som dovenskab, drillerier eller særheder hos den ramte. Men forklaringen er som regel, at apopleksien har ramt nogle af de styrende funktioner i hjernen, så personen enten ikke selv er klar over sine vanskeligheder eller har mistet ”koden” til, hvordan man gør.

Apopleksiramte kan gøre fremskridt – uanset alder

Mange undersøgelser og erfaringer viser, at apopleksiramte har gode udviklingsmuligheder, hvis de trænes og udfordres – uanset hvor gamle de er, og hvor gammel hjerneskaden er.

I plejen af en apopleksiramt er målet derfor ikke at hjælpe personen mest muligt med påklædning, spisning osv. Målet er derimod at finde ud af, hvilke vanskeligheder den ramte har, og derefter tilrettelægge hjælpen, så den udfordrer og udvikler den ramtes færdigheder og samtidig understøtter små og store fremskridt.

Håndbogens indhold – og afgrænsning

Håndbogen er tænkt som et praktisk værktøj for personale i plejecentre og i hjemmeplejen. Den fokuserer på skjulte følger af apopleksi og de vanskeligheder, der kan opstå i hverdagen, når personalet skal hjælpe ældre apopleksiramte.

Håndbogen beskæftiger sig derimod ikke med udfordringer i plejen af ældre, som har fysiske handicap efter apopleksi, eller med problemer der opstår, fordi kommunikationen mellem plejemodtagere og plejepersonale af andre årsager ikke fungerer optimalt. Til dem, der søger viden om hjælpemidler, lejrings teknikker, magt-anvendelsesregler eller generelle samarbejds- og kommunikationsproblemer, henvises der til litteraturforslagene i kapitel 8 *Vejviser til mere viden*.

I **kapitel 2** *Hjerneskader hos ældre – følger og udviklingsmuligheder* beskrives hjerneskader og konsekvenserne for dem, der rammes, kort. Selv om hjer-

neskader og følgerne af hjerneskader er meget forskellige fra individ til individ, er der nogle fælles træk, og dem tager håndbogen udgangspunkt i.

Kapitel 3 *Samarbejde mellem plejepersonale og apopleksiramte* og **kapitel 4** *Pårørende til apopleksiramte* indeholder forslag til personalets samarbejde med både den ældre apopleksiramte og de pårørende, som kan give værdifuld viden om den ramtes liv og ressourcer, både før og efter skaden. De pårørende kan samtidig være en stor hjælp, hvis de bliver inddraget i hjælpen til og plejen af den ramte.

Kapitel 5 *Typiske følger efter apopleksi – adfærd, forklaringer og handleforslag* indeholder beskrivelser af konkrete dagligdags situationer i plejen – og samtidig forslag til mulige forklaringer og handlemåder, der både kan hjælpe den apopleksiramte til at deltage aktivt i daglige gøremål og til at udvikle nye færdigheder.

Hvis personen fx tager undertrøjen uden på blusen eller skjorten, kan det skyldes følger efter apopleksi. Og hjælp til selvhjælp kan måske bestå i, at hjælperen støtter og strukturerer påklædningen ved at lægge tøjet i den rækkefølge, det skal tages på.

Det er ikke muligt at beskrive *alle* de vanskeligheder, man kan støde på som hjælper hos apopleksiramte. Heller ikke *alle* følger efter apopleksi eller alle handlemuligheder kan beskrives.

Læsevejledning

Håndbogen kan læses i sin helhed fra start til slut, men hvert kapitel handler om et afgrænset emne og kan derfor læses uafhængigt af de andre kapitler.

Det betyder også, at kapitlerne kan læses i den rækkefølge, man selv finder mest interessant og relevant.

Bogen kan samtidig bruges som opslagsbog i situationer, hvor man mangler idéer eller hjælp til at komme videre.

Eksemplerne i kapitlet er derfor ikke udtømmende, men netop kun eksempler som både kan bidrage til, at hjælperen genkender situationer og får inspiration til, hvordan de eventuelt kan gribes an.

Eksemplerne er med andre ord *ikke* tænkt som en "køgebog" med færdige opskrifter på, hvordan opgaverne skal løses. Hensigten er derimod, at hjælperen i den daglige pleje skal tænke aktivt i at fremme den enkelte apopleksiramtes udvikling, frem for at fastholde borgeren i hjælpeløshed ved en traditionel, kompenserende pleje, hvor hjælperen i højere grad klarer opgaverne *for* borgeren end *sammen med* borgeren.

I **kapitel 6** *Del viden og brug hinanden* understreges vigtigheden af, at pleje- og omsorgspersonale taler sammen, udveksler erfaringer og lærer af hinandens gode idéer – og eventuelle fejltagelser. På den måde kan persona-

let sammen udvikle viden og metoder til at håndtere de daglige, undertiden meget tunge, opgaver hos apopleksiramte, som det kan være svært at stå alene med.

I nogle situationer kan det desuden være nødvendigt at hente råd og vejledning hos kommunens ergo- eller fysioterapeuter eller anden fagekspertise (fx talepædagog, psykolog, synskonsulent) for at finde løsninger og udnytte udviklingsmulighederne bedst muligt.

I **kapitel 7** *Inspiration fra kommunale og regionale projekter* omtales en række udviklingsprojekter i forskellige kommuner og en enkelt region. Fælles for projekterne er, at de arbejder med at omlægge pleje- og omsorgsindsatsen, så borgerne bliver inddraget i de daglige gøremål og tilskyndet eller udfordret til at deltage i de opgaver, de kan klare. Til glæde og gavn for både personale og borgere.

Endelig henviser **kapitel 8** *Vejviser til mere viden* til bøger, pjecer, film m.fl. for dem, der ønsker at uddybe nogle af de emner, som bogen berører.

I **Ordliste** – *forklaringer på anvendte fagudtryk og begreber*, bagerst i bogen, forklares mange af de fagudtryk og begreber, som anvendes i bogen.

For at gøre teksten mere læsevenlig benyttes "han" og "ham" om den apopleksiramte flere steder i bogen. Det skal understreges, at apopleksi både rammer kvinder og mænd – dog rammes mænd oftere end kvinder.

Noter

- 1) Sundhedsstyrelsen, *Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi*, København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
- 2) Som note 1
- 3) Kognition er betegnelsen for en række intellektuelle funktioner som hukommelse, opmærksomhed, koncentration, planlægning, opgaveløsning, handling, sprog (fx at tale, læse og skrive) samt erkendelse. Kognitive vanskeligheder er ofte ikke synlige på samme måde som fysiske handicap og kan derfor være svære at opdage og forstå.

Kend symptomerne på apopleksi!

Det er vigtigt at kende symptomerne ved en blodprop eller blødning i hjernen, så du hurtigst muligt kan skaffe hjælp. Symptomerne ved blodprop eller blødning i hjernen er som regel ens.

Vær opmærksom på følgende symptomer, der ofte opstår pludseligt:

- Lammelser i arme eller ben, sædvanligvis kun i den ene side af kroppen.
- Lammelser i ansigtet, viser sig fx ved at den ene mundvig hænger.
- Følelsesløshed i den ene side.
- Pludseligt opstået besvær med at tale, eller med at forstå hvad der bliver sagt.
- Helt eller delvis tab af synet.
- Meget svær hovedpine.

Uanset om symptomerne går over igen eller fortsætter, bør du reagere!

Hvad skal du gøre?

Hvis et eller flere af disse symptomer opstår hos en borger – eller hos dig selv og dine kolleger, bør du straks ringe 112! På sygehuset vil den pågældende blive undersøgt for en mulig apopleksi, og behandling af forskellig art vil blive iværksat.

Hvis der er tale om en blodprop i hjernen, kan patienten i nogle tilfælde få trombolysebehandling, dvs. at blodproppen opløses med medicin. Denne behandling mindsker følgerne efter blodproppen, men den skal gives inden for meget få timer – også derfor er det meget vigtigt, at personen kommer til sygehuset så hurtigt som muligt.

Nogle steder i landet er der desuden mulighed for behandling med trombektomi, hvor blodproppen i hjernen trækkes ud gennem et kateter, hvilket kan mindske følgerne.

2

Hjerneskadener hos ældre – følger og udviklingsmuligheder

Hvad er en hjerneskode?

Hjernen er et af vores vigtigste organer. Den styrer vores forstand, bevægelser, følelser og personlighed. Derfor kan en hjerneskode efter apopleksi have meget forskellige følger, og nogle af dem forbinder man ofte ikke umiddelbart med en hjerneskode. Det kan fx være symptomer som træthed, mangel på initiativ eller ændringer i personligheden.

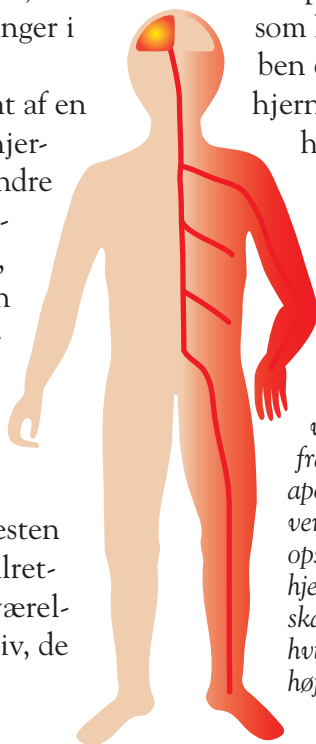
Når et menneske bliver ramt af en hjerneskode, vil nerveceller i hjernen dø, og forbindelserne til andre nerveceller bliver ødelagt. Skadens omfang afhænger både af, hvor stort et område af hjernen der rammes, og hvor dette område er placeret. Følgerne af hjerneskader kan derfor som nævnt være meget forskellige.

Nogle får svære handicap resten af livet. Andre kan med en målrettet indsats trænes op til en tilværelse, som minder meget om det liv, de havde før skaden.

De to hjernehalvdele

Hjernens opbygning og funktion er meget kompleks. Hjernen består af to hjernehalvdele (hemisfærer), som styrer hver sin side af kroppen: Den højre hjernehalvdel styrer den venstre side af kroppen, og modsat styrer venstre hjernehalvdel den højre del af kroppen. Apopleksiramte,

som har lammelser i venstre ben eller arm, har således en hjerneskode i højre side af hjernen.



De to hjernehalvdele styrer hver især den modsatte side af kroppen, fordi nervebanerne "krydser vej" fra hjerne til krop. Hvis en apopleksiramte har lammelser i venstre ben og/eller arm, er der opstået en skade i højre side af hjernen. Omvendt er der en skade i venstre hjernehalvdel, hvis den ramte har lammelser i højre arm eller ben.

De to hjernehalvdele er specialiserede, dvs. de kan hver især noget forskelligt. Den venstre hjernehalvdel tager sig særligt af sprog, læsning, opfattelse af højre og venstre og den logiske sans. Den højre hjernehalvdel er specialiseret i forhold til rum og retningsfornemmelse, tonefald, musik og situationsfornemmelse.

Pandelapperne

Forrest i begge hjernehalvdele sidder pandelapperne, også kaldet frontallapperne. De fungerer som hjernens ”dirigent”, der styrer vores adfærd. I pandelapperne er fx koncentrationsevne, dømmekraft, evnen til at styre impulser, planlægge og tage beslutninger samt mange andre vigtige funktioner placeret.

Skader i pandelapperne kan også påvirke adfærden og give sociale problemer, hvis den ramte har mistet fornemmelsen for, hvad der er passende i forskellige situationer. Han kan fx finde på at tale om meget intime em-

ner, uden at situationen lægger op til det, eller gabe åbenlyst, mens han taler med andre mennesker.

Følgerne er altid individuelle

Følgerne efter en hjerneskade hænger sammen med, hvilken del af hjernen der er ramt. De afhænger også af, hvem den ramte er som person og af det liv, som han har levet før skaden. Det betyder, at selv om to mennesker bliver ramt af apopleksi samme sted i hjernen, kan der både være forskel på de vanskeligheder, der viser sig, og på hvordan de skal håndteres.

Hyppige følger efter apopleksi

På side 17-18 er der en oversigt over de mest almindelige følger efter apopleksi. Oversigten kan være en hjælp til at prøve at forstå, hvilke vanskeligheder der kan ligge bag tilsyneladende uforståelig adfærd, som at borgeren



Hjernen set fra oven. Hjernen er opdelt i to halvdele, også kaldet hemisfærer, som arbejder på hver sin måde. De to hjernehalvdele er forbundet af hjernebjælken, som er tværgående nervefibre.

Forrest på hver hjernehalvdel er pandelapperne, som også kaldes frontallapperne. Her er mange vigtige funktioner placeret, bl.a. koncentrationsevne, dømmekraft, evne til at styre impulser, planlægge og tage beslutninger og mange andre vigtige funktioner. Pandelapperne fungerer populært sagt som hjernens ”dirigent”, der styrer vores adfærd.

kun spiser maden i højre halvdel af tallerkenen eller græder uhæmmet, tilsyneladende uden nogen grund.

Når man kender de typiske symptomer på følger efter apopleksi, er det nemmere at tilrettelægge plejen og tilgodese den rantes behov for hjælp og støtte til udvikling.

Nogle følger er generelle og ses hyppigt, uanset hvor i hjernen apopleksien rammer. Andre følger er mere afhængige af skadens placering. Det er vigtigt at være opmærksom på, at ikke alle apopleksiramte får alle de nævnte vanskeligheder.

Oversigt over hyppige følger

Efter hver følge er fagudtrykket angivet i parentes, fx *neglekt*. Disse fagudtryk er yderligere forklaret bagest i bogen i ordlisten (side 133).

- ◆ Lammelser og/eller føleforstyrrelser i den ene side af kroppen (*hemiparese, sensibilitetsforstyrrelser*).
- ◆ Nedsat opmærksomhed over for den ene side af kroppen, orienterer sig ikke mod den ene side, støder ind i ting, overser ting der befinder sig i den ene side, reagerer ikke ved tiltale fra den ene side (*neglekt*).
- ◆ Vanskeligheder med at forstå tale, selv om hørelsen ikke fejler noget (*afasi*).
- ◆ Vanskeligheder med at finde ordene frem (*afasi*) eller ved at udtale ord pga. lammelse af taleapparatet (*dysartri*).
- ◆ Glemmer fx aftaler og navne. Kan have svært ved at lære nye ting (*hukommelsesproblemer*).
- ◆ Synsforstyrrelser, fx tab af synsfeltet i den ene side (*hemianopsi/anopsi*), dobbeltsyn eller koordineringsproblemer (*synsvanskeligheder*).
- ◆ Svigtende overblik: Ved ikke hvor man skal starte og slutte en opgave, fx ved madlavning (*problemer med overblik og planlægning*).
- ◆ Problemer med at fastholde koncentration: Har svært ved at samle sig om en opgave, taber tråden, er rastløs og bliver let forvirret, hvis der foregår flere ting på én gang. Afledes let af støj eller bevægelser i omgivelserne (*koncentrations- og opmærksomhedsproblemer*).



- ◆ Nedsat evne til at kontrollere følelser, har ”kort lunte” eller let til angst eller gråd (påvirket *impulsstyring*).
- ◆ Følelsesmæssig labilitet, fx uhæmmet gråd eller latter uden særlig årsag (*labilitet*).
- ◆ Træthed – udtrætning, kan fx vise sig ved, at funktionsniveauet falder efter et stykke tid: Den ramte får nu og da svært ved at løse opgaver, som han normalt godt kan klare (*træthed*).
- ◆ Ændret personlighed eller stemningsleje, engagerer sig fx mindre følelsesmæssigt i familien, bliver apatisk eller måske for munter og optimistisk i forhold til situationen (*følelsesmæssige ændringer*).
- ◆ Vanskeligheder med at udføre handlinger i praksis, selv om koordination, muskelkraft og sensibilitet er intakt. Har fx glemt, hvordan man laver kaffe, tager tøj på eller bruger en telefon (*apraksi*).
- ◆ Ændret tidsfornemmelse. Bytter fx om på nat og dag og beder konstant om hjælp, fordi oplevelsen af tid er ændret, har ikke styr på, om det er tid til morgen- eller aftensmad (*tidsfornemmelse*).
- ◆ Kan optræde klodset i sociale sammenhænge eller kommer måske med upassende kommentarer (nedsat *situationsfornemmelse*).
- ◆ Nedsat evne til at sætte sig i andres sted, læse andres kropssprog og signaler, samt forstå ironi (*empati*).
- ◆ Kan være nedtrykt eller depressiv (*depression*).

Hjernen og aldring

Mange har stadig den opfattelse, at vi med alderen mister mentale evner på samme måde, som vi mister noget af vores fysiske kraft. Og det er rigtigt, at der med alderen sker ændringer i hjernen, som bl.a. betyder, at det kan blive sværere at lære helt nyt og huske navne, at reaktionstiden bliver

længere, og det mentale tempo lidt langsommere. Men det står langt fra så galt til med den aldrende hjerne, som man tidligere troede.

Tidligere opfattede man fx demens som en naturlig del af aldringen. I dag ved man, at demens er en sygdom, som oftere rammer ældre, men at den ikke har noget at gøre med, hvordan en rask hjerne ældes.

Desuden har undersøgelser vist, at hjernen med alderen kan kompensere, så den – bare på en anden måde – kan klare mange af de samme opgaver som tidligere, fx at lære nyt. Hjernen finder således andre måder at løse opgaven på. Men det kræver, at hjernen bliver brugt og udfordret hele livet, ellers ”ruster” den.

Hjernen kan stadig udvikle sig

Selv hos gamle mennesker, som har fået en hjerneskade, kan hjernen stadig udvikle sig.

Der kan dannes nye forbindelser – synapser eller ”kemiske telefonforbindelser” – i hjernen efter en skade, eller sågar nye hjerneceller, og det betyder, at nogle af de skadede funktioner kan genoptrænes.

Hvis en apopleksiramt skal genvinde tabte færdigheder, er det meget vigtigt, at han både bliver udfordret, trænet og opmuntret til selv at løse mange af de opgaver, som han møder i hverdagen. Det gælder fx påklædning, madlavning og evnen til at kommunikere.

Udvikling kræver tid, tålmodighed og nysgerrighed

Det kræver tid og tålmodighed, men også nysgerrighed at skulle lære ting igen – både fra hjælperen, den apopleksiramte og de pårørende.

Det er nødvendigt, at hjælperen undersøger, hvilke funktioner der er skadet, og som fx gør, at den ramte ikke selv kan tage sit tøj på. Mangler han energi, så han går i stå, eller er problemet, at han ikke kan placere tøjet i forhold til kroppen, så han tager buksebenet på armen? Eller mang-

ler han måske opmærksomhed over for venstre halvdel af kroppen?

Når hjælperen har dannet sig et indtryk af den ramtes vanskeligheder, kan man

Langt de fleste hjerneskaderamte har, uanset alder, mulighed for at udvikle sig og genvinde mange af de tabte færdigheder. Men det kræver træning, og at alle er indstillet på at hjælpe og støtte den ramte til at øve sig mest muligt.

prøve forskellige løsninger: Hjælper det fx at lægge tøjet i den rækkefølge, det skal tages på og bede ham om først at tage undertøjet på? Eller hjælper det at gøre ham opmærksom på, at også venstre fod skal have sok på?

Det kan tage tid at finde de rigtige måder at hjælpe på og lære hjerne-skadede selv at bruge metoderne, men det vil for mange være vejen frem til større uafhængighed og livskvalitet.

Det kan kræve mere tid og også stor tålmodighed hos personalet at

vente på, at en apopleksiramt selv klarer tandbørstningen eller knapper skjorten, og resultatet bliver måske ikke perfekt i første omgang.

Det kræver også forståelse hos både ledere og kolleger, at de daglige aktiviteter tager længere tid, fordi de er en del af træningen af den ramte. Det

bør derfor drøftes i personalegruppen. Måske skal der tildeles mere tid i en periode for at gøre en apopleksiramt mere selvhjulpnen. Men indsatsen kan på længere sigt lønne sig i form af en mere selvhjulpnen og tilfreds borger – med et mindre behov for pleje og omsorg.



3

Samarbejde mellem personale og apopleksiramte

Når man skal hjælpe og støtte en borger med følger efter apopleksi, er det vigtigt at begynde med at sætte sig ind i, hvad der er sket med personen, og hvordan det har ændret hans liv.

Når apopleksi rammer

Det er en voldsom og meget skræmmende oplevelse at blive ramt af apopleksi og dermed få en hjerneskade. Selv når det første chok måske har lagt sig, kan den ramte og de pårørende stadig være meget usikre og angste.

Mange spørgsmål trænger sig ofte på: Kan jeg blive rask igen? Hvad kan der gøres? Hvilke muligheder er der for, at jeg kan træne mig op igen? Kan vi komme til at leve som før? Hvordan kan jeg eller vi klare os fremover?

Disse spørgsmål og bekymringer vil ofte fylde meget hos både den ramte og de nære pårørende, også længe efter skaden er sket.

Nogle ramte og pårørende er måske i den tidlige fase lettede over, at der kun er opstået mindre lammelser – eller slet ingen – og de overser må-

ske, at der er sket ændringer fx i personlighed, de mentale evner eller sociale færdigheder.

Sådanne følger opdages ofte først for alvor, når hverdagen melder sig, og det viser sig, at den ramte har svært ved at klare dagligdags opgaver eller måske har ændret temperament eller personlighed. Mange ramte har selv svært ved at forstå og forklare, hvad der sker.

Mestring af et nyt liv

Det kan tage mange år at erkende og acceptere, at livet er ændret, og at man som skadet, og måske som familie, er blevet afhængig af hjælp og støtte udefra.

Nogle apopleksiramte har svært ved at finde motivation til at komme videre, til at træne for at genvinde nogle af de tabte færdigheder og at finde mening og indhold i en ny og ændret tilværelse. Andre har derimod mange ressourcer og stor ”kampvilje”.

Hvordan den ramte håndterer sin sygdom eller situation kaldes også

mestring. Det er vigtigt, at personalet støtter og hjælper den ramte til at mestre sin nye livssituation. Det kræver både, at personalet lærer den apopleksiramte og hans problemer at kende, at hjælpen afpasses nøje efter den konkrete situation og at den tilrettelægges i samarbejde med den apopleksiramte.

Samarbejde og medbestemmelse giver større motivation

At samarbejde med en borger betyder først og fremmest, at hjælperen løbende prøver at sætte sig ind i, hvad *borgeren* synes er betydningsfuldt. Det indebærer også, at hjælperens opfattelse af, hvad der er rigtigt og forkert – eller ser bedst ud, ikke er afgørende for, hvordan hjælpen skal gives, eller hvordan opgaverne skal løses.

Derimod skal hjælperen – som den professionelle – have blik for, hvordan borgerens behov, ønsker og målsætninger imødekommes bedst muligt. Er hjælpen tilrettelagt hensigtsmæssigt? Er der afsat tilstrækkelig tid, og er tidspunktet for træningen valgt, fx i forhold til hvornår den apopleksiramte er træt eller frisk? Er der fysiske hindringer, fx møbler eller andet der bør flyttes, eller belysning der bør ændres?

Den apopleksiramte har det afgørende ord med hensyn til, hvad der skal trænes, og hvad målet for træningen skal være. Det giver samtidig den

ramte langt større motivation for at deltage og træne aktivt.

Hvad der er vigtigt for den ramte at klare i hverdagen, kan personalet finde ud af ved at spørge enten ham selv eller de pårørende. For nogle er det vigtigst fx selv at kunne klare den personlige hygiejne, mens det for andre er vigtigt at få hjælp til netop denne del, så de har energi og overskud til fx sociale aktiviteter. Det kommer helt an på, hvad den enkelte opfatter som meningsfuldt – eller livskvalitet.

De mål, man bliver enige om, kan være store eller små. Og det kan være en god idé at sætte mindre delmål op undervejs, fx at vedkommende kan vaske dele af kroppen eller blive i stand til selv at flytte sig fra seng til kørestol.

Fremgang – og stilstand

I perioder kan man opleve, at der ikke sker fremgang, selv om alle – også den ramte – gør en stor indsats. Forklaringen kan være, at der efter fremskridt ofte kommer en periode med stilstand, hvor de genvundne færdigheder ”sætter sig”. Somme tider kan perioder med stilstand ligefrem opleves som tilbagegang.

En anden forklaring kan være, at hjerneskaden rent faktisk gør det umuligt for borgeren at lære det, han træner, uanset hvor mange gange han

øver. Det kan være svært at afgøre, hvad stilstanden skyldes – men under alle omstændigheder må man ikke give for hurtigt op. Der skal måske 100 gentagelser til, før handlingen ”siddet fast”, eller man indser, at træningen ikke giver resultater og derfor må stoppe. Her vil det ofte undervejs være nødvendigt at udveksle erfaringer med kolleger og eventuelt få hjælp udefra, fx af en fysio- eller ergoterapeut.

Særlige udfordringer

Det kan kræve en særlig stor indsats at motivere og aktivt inddrage borgere, der på grund af hjerneskade har svært ved selv at tage initiativ eller at

udtrykke egne behov. Det gælder også hjerneskadede, der har fået problemer med hukommelse, overblik eller sprog.

Nogle kan have fået skader i områder i hjernen, som gør, at de enten bliver urealistiske eller virker påfaldende ligeglade med deres situation. Det kan bl.a. medføre, at en hjerneskadet ikke synes, det er vigtigt at træne eller gøre tingene selv. Manglende sygdomsindsigt kan vise sig i forskellige grader.

I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt at hente hjælp fra fagpersoner, som kan vejlede og foreslå løsninger, fx en ergo- eller fysioterapeut, en talepædagog eller – i svære tilfælde – måske en neuropsykolog.

Gode råd – når du skal hjælpe en apopleksiramt

Søg viden om den person, der er ramt: Jo mere du ved om personen og hans liv før skaden, jo bedre kan du tilpasse din hjælp og støtte til hans aktuelle behov. Det er derfor en god idé at søge viden om den ramtes (tidligere) interesser og vaner, familie- og arbejdsliv, temperament og personlighed m.m.

Forsøg også at finde ud af, hvordan den ramte selv mærker følgerne af hjerneskaden, og hvordan han håndterer (mestrer) de begrænsninger, som hjerneskaden medfører for ham. Hvad tænker han om det, der er sket?



Søg viden om hjerneskaden: Forsøg at finde information om, hvilken del af hjernen der har taget skade, og om der er mistanke om "skjulte" følger, fx neglekt, hukommelsesvanskeligheder eller nedsat initiativ.

Hvis den ramte har været indlagt på hospital, kan skaderne fx fremgå af genoptræningsplanen. Men ofte vil det også være nødvendigt at søge oplysninger andre steder, fx hos den ramte eller de pårørende.

Afsæt tid til samtaler undervejs: Ofte er arbejdsdagen optaget af opgaver, der skal løses her og nu, og det er derfor ikke altid muligt at få alle relevante oplysninger, inden man møder borgeren første gang. Sæt derfor løbende tid af til at tale med borgeren (og eventuelt de pårørende) om, hvordan det går, og om der er brug for ændringer i hjælpen og plejen.

Tænk i udvikling: Mange forbinder fejlagtigt ordet "hjerneskade" med en person, der sidder i kørestol eller er mindre intelligent. Samtidig forbinder mange "alderdom" med at gå i stå og være afhængig af hjælp. Sådanne fordomme kan give et helt forkert billede af ældre mennesker med hjerneskade og føre til, at de betragtes som hjælpeløse og uden udviklingsmuligheder.

De fleste hjerneskaderamte har, uanset alder, mulighed for at udvikle sig og genvinde mange af de tabte færdigheder. Men det kræver træning, og at alle er indstillet på at hjælpe og støtte den ramte til at øve sig mest muligt.

Undgå at underdrive problemerne: Den ramtes vanskeligheder kan minde om noget, vi alle oplever indimellem, fx træthed eller problemer med at huske. Hjælperen kan derfor – i den bedste mening – komme til at bagatellisere eller slå den ramtes problemer hen ved fx at sige: "Jeg har også tit svært ved at huske", eller "Jeg bliver også hurtigt træt".

Men hos den apopleksiramte er der *ikke* tale om "almindelige" problemer, men om særlige vanskeligheder på grund af hjerneskaden. Sådanne kommentarer kan derfor, i stedet for at virke opmuntrende, give den ramte indtryk af ikke at blive forstået. Og det er vigtigt at forstå, at den ramte ikke kan overvinde vanskelighederne ved at "tage sig sammen" eller "gøre sig lidt mere umage".

Undgå at "opdrage": Den ramtes vanskeligheder kan umiddelbart minde om nogle af de færdigheder, som børn skal lære under deres opvækst. Som hjælper kan man derfor let begå den fejl at "opdrage" den hjerneskadede, som man måske ville opdrage et barn. Men der er hverken tale om et barn eller om umoden adfærd.

En apopleksiramt er et helt normalt udviklet og voksent menneske med følelser, viden og interesser, som pludselig bliver slået ud af kurs, og som derfor skal hjælpes til at genvinde og udvikle færdigheder gennem opmuntring, forståelse og tålmodighed. Det fremmer ikke udviklingen at skælde ud eller på anden måde straffe "forkert" optræden eller adfærd.

Vær opmærksom på træthed og behov for pauser: Træthed er en hyppig følge efter apopleksi, og der kan derfor være behov for flere pauser i løbet af dagen. Det kan desuden tage længere tid for den ramte at udføre en opgave, og det kan også øge behovet for pauser. Ofte hænger trætheden sammen med, at den ramtes hverdag er blevet mere anstrengende som følge af skaden. Den ramte må fx bruge mere energi og større koncentration for at klare opgaver, som tidligere foregik automatisk.

Stil kritiske spørgsmål: At hjælpe apopleksiramte kan være krævende, og man kan blive usikker på, hvordan man bedst hjælper og støtter. Eller man kan have en fast idé om, hvad borgeren kan eller ikke kan, uden at have undersøgt det nærmere.

Det er derfor en god idé med jævne mellemrum at spørge sig selv og sine kolleger: "Er det, vi gør, nu også det bedste, vi kan gøre for den ramte i denne situation?"



Det kan være meget svært at vænne sig til, at en nærtstående person, som man måske har kendt hele livet, pludselig har svært ved at klare mange ting i dagligdagen – og måske også har ændret personlighed.

Nye roller

Forandringerne betyder ofte, at rollerne i familien bliver ændret. En ægtefælle kan måske blive nødt til at overtage ansvaret for opgaver, som den apopleksiramte tidligere tog sig af. For nogle betyder det, at de pludselig står alene med hele ansvaret for økonomi, helbred og socialt samvær med familie og venner. Det sker især, når den apopleksiramte har fået kognitive skader, som skaber vanskeligheder med overblik, planlægning, hukommelse m.m.

For voksne børn, måske med egen familie, kan det både være svært at forstå og acceptere, at deres far eller mor er helt forandret, og at de fx må påtage sig en slags forælderrolle. Nogle reagerer ved kun at hjælpe til i meget begrænset omfang, andre hol-

der sig helt borte fra hjemmet, mens andre igen er en stor hjælp og støtte.

Kriser og modstand

De nye vilkår i familien kan også føre til kriser hos de pårørende. Undersøgelser viser fx, at ægtefæller til hjerneskaderamte er hårdt belastede og har stor risiko for selv at blive ramt af sygdom, bl.a. depression. De har med ét slag fået vendt op og ned på livet, fordi de har "mistet" den partner, ven og livsledsager, som de hidtil har levet sammen med. Ofte må drømme og fremtidsplaner justeres efter den nye virkelighed.

Sådanne kriser i familien kan gøre det svært for personalet at yde hjælp. Som hjælper kan man fx møde modstand fra den raske ægtefælle, der synes, at alt hvad man gør, er helt forkert, eller opleve at børnene blander sig i, hvordan hjælpen og plejen skal udføres. Hvert enkelt menneske reagerer forskelligt i krisesituationer og forsøger på hver sin måde at mestre nye vilkår. Og da de pårørende ofte er

en helt uundværlig ressource for både den ramte og personalet, kan der være grund til også at have øje for, hvordan den raske ægtefælle fungerer.

Søg støtte hos kollegerne

Det kan være belastende at være skydeskive for pårørendes kritik og utilfredshed, også selv om man forstår, at de pårørende er i krise, eller reagerer irrationelt. Det kan også være, at kritikken er berettiget, men at resourcerne ikke rækker til en bedre indsats. I sådanne situationer er det vigtigt at drøfte problemerne med ledelsen og kollegerne. Måske er det også nødvendigt at få hjælp til at håndtere kritikken professionelt, så den ikke opfattes personligt.

Tal sammen

Et godt samarbejde med de pårørende bygger på en god dialog. Det kan være en god idé at holde et indledende møde med den apopleksiramte og familien, hvor man drøfter, hvad hjælperens opgave er i hjemmet – og taler sammen om, hvordan de pårørende kan bidrage bedst muligt til at støtte indsatsen.

Det er også vigtigt at forklare de pårørende, hvordan man som hjælper arbejder sammen med den ramte, og hvilke mål der sættes for indsatsen. Når personalet fx arbejder for at gøre

den ramte mere selvhjulpnen ved at udfordre ham, er det meget vigtigt, at både den ramte og de pårørende forstår tanken bag: At den ramte ikke får hjælp til alt, fordi han skal trænes i at klare flere opgaver selv. Det kan betyde, at håret måske ikke sidder perfekt, eller at skjorten kan være knapet skævt.

Det vil samtidig være en god idé at opfordre de pårørende til at hjælpe og støtte den ramte på samme måde, så deres indsats også bidrager til at udvikle den ramtes færdigheder og støtter ham i at blive mere selvhjulpnen.

Aftalebog

En aftalebog kan lette samarbejdet med de pårørende. Her kan hjælperen skrive, hvad der i øjeblikket er fokus på i arbejdet med den ramte – hvilke fremskridt der sker – og hvordan de pårørende eventuelt kan støtte indsatsen. Og de pårørende kan beskrive situationen, som de ser den.

Hjælp til aflastning

De pårørende – særligt ægtefællen – kan føle angst og bekymring for både den syge ægtefælle og sig selv, og samtidig opleve modsatrettede følelser som irritation og frustration over for ægtefællen og plejepersonalet.

Det kan være overvældende og ensomt at stå helt alene med et ofte me-

get stort ansvar. Nogle mister håbet, og måske glæde og initiativ. Andre pårørende er meget aktive og yder deres bedste.

De pårørende kan føle sig bundet på hænder og fødder, og mange får ikke længere dækket deres egne behov, hverken følelsesmæssigt, fysisk eller socialt. De savner tid til sig selv, men har samtidig svært ved både at skabe plads til og sætte ord på egne behov.

Ikke alle pårørende ved, at de kan blive aflastet i kortere eller længere tid. Det kan derfor være en stor hjælp, hvis plejepersonalet kan for-

tælle dem om kommunens aflastningstilbud, eller hvor de kan henvende sig og få nærmere oplysninger. Aflastning af ægtefællen kan i nogle tilfælde være en forudsætning for, at den ramte kan blive boende i hjemmet.

En del pårørende får også meget ud af at mødes med andre i samme situation, og mange steder i landet er der særlige tilbud for pårørende til hjerneskaderamte. Se mere under Hjerne-Sagen og Hjerneskadeforeningen i kapitel 8 *Vejviser til mere viden*.

Tilbud om aflastning og afløsning

Kommunen skal tilbyde aflastning eller afløsning til ægtefæller eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Tilbuddet bevilges efter Servicelovens § 84.

Aflastning vil sige, at den ramte i en periode tilbydes et dag-, nat- eller døgnophold på et plejehjem eller i en plejebolig.

Afløsning foregår i hjemmet, som regel om dagen, og oftest i kortere tid.



5 Typiske følger efter apopleksi – adfærd, forklaringer og handleforslag

Introduktion

Dette kapitel indeholder eksempler på mange af de vanskeligheder og udfordringer, som du kan møde i hverdagen, når du skal hjælpe en apopleksiramt. Eksemplerne beskriver en række forskellige situationer, hvor apopleksiramte borgere reagerer uforklarligt, voldsomt eller blot anderledes, end de fleste gør.

I sådanne situationer er vigtigt, at du og dine kolleger stopper op og overvejer, hvad forklaringen kan være. Kun gennem undren og nysgerrighed efter at finde forklaringer kan I sammen med den apopleksiramte og eventuelle pårørende finde nye måder at hjælpe på, der både kan udvikle den ramte og lette jeres samarbejde med den pågældende.

Borgerens adfærd eller vanskeligheder kan ofte give god mening, hvis du ved, at der er tale om en hjerneskade og kender nogle af de følger, der kan opstå. Og har du først en idé om årsagen til adfærden, bliver det *både* nemmere at forstå borgeren og at finde nye

og gode ideer til, hvordan hjælpen og plejen i højere grad kan tilrettelægges efter hans behov. Det kan være løsninger, som måske ikke umiddelbart ser nemme ud, men som inddrager og dermed udfordrer den apopleksiramte – og på længere sigt fremmer hans udvikling og færdigheder.

Hjælp til selvhjælp – aktiverende og trænende pleje

Langt de fleste, som rammes af apopleksi, har et potentiale, dvs. mulighed for at genvinde eller styrke færdigheder. Det er derfor vigtigt, at du og dine kolleger er meget bevidste om at inddrage den apopleksiramte aktivt i de daglige gøremål så meget som muligt.

Det kræver bl.a., at man som hjælper ind i mellem må ”holde hænderne på ryggen” og lade borgeren klare en opgave selv, eventuelt efter først at have givet instruktion eller anvisninger. Det kan også være, at den apopleksiramte skal øve sig længe på opgaver og have mere hjælp i en periode, men det er nødvendigt at give

Skyldes problemerne hjerneskaden eller dit og borgerens samspil?

De vanskeligheder, du møder hos borgeren, skyldes måske i nogle tilfælde ikke selve hjerneskaden men jeres samarbejde og relation.

Derfor er det klogt at drøfte vanskelighederne med dine kolleger:

Oplever de samme adfærd og samme problemer?

Hvis dine kolleger ikke oplever det samme, kan forklaringerne på samspillet med borgeren fx være den måde, du griber hjælpen an på, eller måden du taler til ham. Det kan derfor være en god idé at undersøge, om samspillet fungerer bedre, hvis du gør nogle ting anderledes.

ham tid og støtte for at finde hans resourcer eller grænser.

Hvis du *altid* vælger at løse opgaven for en apopleksiramt og dermed kompenserer for hans vanskeligheder, fx neglekt, kan du være med til at fastholde ham i hjælpeløshed og passivitet, og måske ligefrem forværre vanskelighederne.

Det skal derfor være velovervejet og velbegrundet, hvis du vælger at løse opgaven for den ramte, fx at han er træt netop den dag, eller at det trods ihærdige forsøg ikke er lykkedes dig og dine kolleger at hjælpe ham til at løse opgaven selv.

Som det fremgår af kapitel 7 *Inspiration fra kommunale og regionale projekter*, har ledere og medarbejdere i

ældreplejen flere steder opnået gode erfaringer med at omlægge den traditionelle omsorg og pleje til "aktiverende pleje" eller "hjælp til selvhjælp".

I denne nye plejeindsats bliver pleje- og omsorgspersonalet motiveret til og får vejledning i, hvordan de kan tilrettelægge arbejdet, så de løser opgaverne *sammen* med borgerne og ikke *for* borgerne. Mange steder er man blevet overrasket over, hvor selvhjulpne – selv meget svækkede – ældre kan blive, når de bliver motiveret og hjulpet til at være mere aktive og klare flere ting selv. Denne "metode" kan også bruges i arbejdet med ældre, der har følger efter apopleksi.

Sådan bruges kapitlet

Kapitlet er delt op i følgende syv temaer, som er markeret med farver:

- Personlig hygiejne
- Påklædning
- Madlavning og spising
- Sprog og kommunikation
- Psykiske reaktioner og social adfærd
- Strukturering af hverdagen, initiativ og energi
- Orientering og færden

Hvert tema indledes med en kort introduktion. Derefter nævnes en række eksempler på situationer og typiske problemer, som kan opstå, når du skal hjælpe en apopleksiramt.

Hvert eksempel er opdelt i følgende tre dele:

- 1 **Adfærd:** Kort beskrivelse af situationen og borgerens adfærd. (Står i en farvet boks.)
- 2 **Forklaring:** Mulige årsager til borgerens situation og adfærd samt den neurofaglige betegnelse herfor, fx neglekt. Alle neurofaglige betegnelser forklares i ordlisten, se side 133. (Forklaring står med grøn skrift.)
- 3 **Handleforslag:** Råd og forslag til, hvad du og dine kolleger kan prøve at gøre.

Alle eksempler på situationer og handleforslag er indhentet fra fagpersoner, der både har arbejdet med ældre hjerneskaderamte og plejepersonale i praksis. Handleforslagene består dels af gode råd og erfaringer fra disse fagpersoner, dels af velkendte, afprøvede værktøjer inden for rehabilitering af hjerneskadede personer.

Vær opmærksom på, at du *ikke* uden videre kan bruge bogens forkla-

ringer og handleforslag i *alle* situationer og til *alle* apopleksiramte. Det er kun *mulige* forklaringer på, hvad der *kan* ligge bag den ramtes – måske umiddelbart uforståelige – adfærd eller vanskelighed, og forslag til, hvad du som hjælper kan prøve at gøre.

Det er en god idé at observere, om den ramtes vanskeligheder viser sig i flere situationer i hverdagen, fx både ved påklædning og madlavning. Hvis

Hjælp og vejledning fra andre faggrupper

I nogle eksempler foreslås det, at du henter hjælp hos fx en ergo- eller fysioterapeut eller en demensvejleder, fordi der vil være brug for særlig neurofaglig viden til at løse problemstillingen.

Hvis borgeren er i genoptræning, vil det være naturligt først at drøfte vanskelighederne og koordinere med ergo- eller fysioterapeuterne fra genoptræningen.

I andre tilfælde kan din leder hjælpe dig med at få hjælp fra relevante fagpersoner.

den ramte fx har svært ved at tage tøj på og bruge redskaber rigtigt i køkkenet, eller når han skal spise, kan det skyldes *apraksi*. Og måske er der flere vanskeligheder, som ved nærmere observation viser sig at hænge sammen med apraksien, fx problemer med at skrive, fordi han har glemt, hvordan man trykker stiften frem i kuglepennen, eller vanskeligheder med at bruge telefonen, selv om han forstår talene. Du vil derfor kunne bruge nogle af de konkrete handleforslag over for flere af den apopleksiramtes vanskeligheder.

Guidning

I flere handleforslag anvendes udtrykket *guidning*, som betyder styret eller ledet bevægelse. Metoden stimulerer og fremmer den "normale" måde at bevæge sig på og giver samtidig relevante sanseindtryk til den apopleksiramte. Det indgår i metoden, at borgeren skal være informeret om, at der guides – dvs. at hjælperen aftaler med borgeren, at hun sætter bevægelsen i gang og evt. styrer den.

Konkret foregår guidning ved, at man som hjælper fx lægger sin hånd oven på den apopleksiramtes hånd og leder den til at gøre en bevægelse rigtigt. Det er vigtigt, at den ramte selv udfører så meget af bevægelsen som muligt.

Desuden anbefales det at undgå at tale samtidig, da det kan forstyrre og aflede den apopleksiramte fra det, han er i færd med. Det kan være en god idé at få en ergoterapeut til at demonstrere metoden.

Cue-teknik

I nogle handleforslag opfordres til at bruge *cue-teknik*, dvs. tegn- eller stikordsteknik. Teknikken bruges til at lede en person videre, når han går i stå i en aktivitet, fx hvis han ikke kan huske næste del af en opgave, eller hans opmærksomhed bliver afledt, så han stopper midt i en opgave.

Princippet i teknikken er, at man

sammen med den ramte aftaler en række stikord eller tegn (*cues*), som kan hjælpe ham i gang eller til at gå videre med en opgave. I starten siger man hele sætninger, fx: "Du skal gøre hænderne våde" og "Du skal tage sæben". Når personen begynder at kende rækkefølgen i opgaven, kan man i nogle tilfælde nøjes med at sige "våde", "sæbe". Og efter en tid kan man måske skære yderligere ned på stikordene, så man fx blot siger en lyd eller giver et prik på skulderen, når det er tid til at komme i gang igen. Man kan også forsøge at give *cues* med alarmer på en mobiltelefon.

Billeder, huskesedler m.m.

I nogle handleanvisninger foreslås det, at man prøver at bruge billeder og huskesedler som hjælp til at strukturere en opgave for den ramte eller til at støtte ham undervejs i processen.

Det kan fx være en lille billedserie, der viser, hvordan man vasker ansigtet ved 1) at tage fat i kluden, 2) gøre den våd og evt. komme sæbe på, 3) føre kluden rundt i ansigtet, 4) skylle med vand og tørre sig.

Hvis billedserien hænger ved vasken, kan den hjælpe nogle ramte igennem processen, i dette tilfælde ved at dele opgaven op i mindre dele.

Billedserier kan også bruges til at illustrere den rækkefølge, som den ramte skal gøre tingene, fx hvis der er vanskeligheder med hukommelse og koncentration. På samme måde kan en huskeseddel minde den ramte om at tjekke, om han fx har slukket kaffemaskinen efter kaffebrygningen.

Som regel vil det være en god idé at placere billeder og huskesedler de steder og i de situationer, hvor de skal bruges, fx ved håndvasken eller ved siden af komfuret.

Vær opmærksom på, at brug af billeder og huskesedler ikke egner sig til alle ramte og i alle situationer. Som ved alle andre handleforslag i kapitlet er det en løsningsmulighed, som man kan afprøve.

Mange ergoterapeuter har stor erfaring med at anvende billeder, symboler, huskesedler o.lign. i træningen, og det kan derfor være en idé at hente hjælp og inspiration hos dem.

Personlig hygiejne

Mange apopleksiramte får brug for hjælp til personlig hygiejne, enten i en kort periode eller resten af livet, og de skjulte følger efter hjerneskaden kan give forskellige problemer og udfordringer, når du skal hjælpe den ramte.

Når særlige vanskeligheder viser sig hos en borger, eller hvis du og dine kolleger undrer jer over en borgers reaktioner, bør I overveje, om det kan skyldes følger af hjerneskaden.

Hvis den ramte bliver aggressiv, når han skal i bad, er det måske fordi, han oplever, at strålerne fra bruseren gør ondt, når de rammer kroppen? Eller måske er hans rum-retningsfornemmelse ændret, så han føler, at han er ved at falde ned af badestolen?

Overvej om der er andre situationer, hvor hans reaktioner eller adfærd kunne tyde på, at hans rum-retnings-

fornemmelse er påvirket, eller at hans sensibilitet, dvs. følesans, er ændret?

Næste skridt er at bruge denne viden til at planlægge, hvordan du og dine kolleger bedst hjælper og støtter den ramte. Nogle gange vil det lykkes i første omgang, andre gange er du nødt til at prøve dig frem. Plejeopgaverne kan derfor tage længere tid.

Når du skal hjælpe borgeren til at klare flere ting på egen hånd, må du også ofte acceptere, at resultatet ikke altid er perfekt – fx at skægget ikke altid er barberet lige godt fra alle vinkler.

Det er en god idé at undersøge, hvordan borgerens livsstil var, før han blev ramt af apopleksi. Hvis du forventer en "pletfri" borger, som ikke var det, før apopleksien ramte, stræber du lidt for højt.

Borgeren sidder foran håndvasken for at vaske sig. Du beder ham vaske sig i ansigtet, men han går ikke i gang.

**Måske forstår han ikke,
hvad du siger?**

(Afasi, se ordlisten på side 133)

♦ Forstår han fx ordet ansigt? Bed ham evt. pege.

♦ Kan han forklare eller vise, om ordet "vaske" giver mening?

♦ Vis med tegn, hvad han skal gøre. Prøv om et billede, en illustration eller evt. en række billeder af, hvordan man vasker sig, kan hjælpe ham i gang. Hav billederne fremme i situationen, hæng dem fx ved vasken/spejlet.

♦ Virker det ikke, så hjælp ham til at forstå ved at fortælle ham formålet (at han skal vaske sig) og dernæst lægge din hånd på hans og guid ham til at tage vaskekluden og gå i gang.

**Måske mangler han evnen til selv at
gå i gang?**

(Nedsat initiativ)

♦ Prøv at opdele opgaven og sætte ham i gang med ord: 1) "Kom vand i kummen", 2) "Kom vand og sæbe på kluden" osv. Kan han langsomt selv lære at klare opgaven ved at nævne disse trin, evt. afkortet til "klud", "vand", "sæbe" (cue-teknik) – eller hjælper det at skrive trinnene på en seddel og hænge den på væggen?

- ♦ Virker det ikke med ord, så prøv at guide ham ved at hjælpe hans hånd til at tage vaskekluden og sætte bevægelsen i gang.

Måske er han ikke opmærksom på, at du taler til ham, hvis du står til venstre for ham. Eller måske overser han ting i venstre side?

(Neglekt)

- ♦ Stå ved hans højre side, når du giver en besked. Prøv om du gradvis kan lære ham at flytte opmærksomheden til venstre side, fx ved at bede ham dreje hovedet eller hele kroppen til venstre.
- ♦ Gør ham opmærksom på, at sæbe og vaskeklud ligger i venstre side.
- ♦ Prøv senere i træningen at stå ved hans venstre side og tale til ham fra venstre, så du generelt stimulerer hans venstre side. Få eventuelt vejledning hos en ergoterapeut.
- ♦ Placér sæben i højre del af hans synsfelt, så han kan se den (kompensation).

Måske har han svært ved at fornemme sin krops placering i rummet og ved måske heller ikke, hvor ansigtet er?

(Rum-/retningsforstyrrelse)

- ♦ Bed ham vise, hvor ansigtet er.
- ♦ Bed ham om, at se i spejlet og vis ham evt. ansigtet ved hjælp af spejlet.
- ♦ Berør evt. ansigtet for at vise ham, hvor det er.
- ♦ Guid hans hånd op til ansigtet og hjælp ham i gang.



Måske kan han ikke genkende vaskekluden og ved ikke, hvad den skal bruges til?

(Ideationel apraksi, se apraksi)

- ♦ Forklar ham, hvad det er.
- ♦ Giv ham vaskekluden i hånden, og prøv om han kan bruge den.
- ♦ Guid ham ved at lægge kluden i hans hånd og føre den op til hans ansigt.

Måske kan han ikke være opmærksom på flere ting på én gang?

(Koncentrations- og opmærksomhedsproblemer)

- ♦ Prøv om det hjælper, at der er ro (sluk fx radioen), og at der kun foregår én ting ad gangen.
- ♦ Vær også opmærksom på, hvor meget du selv taler – måske forstyrrer du ham?

Måske tager det ham lang tid at reagere på det, du siger?

(Øget latenstid)

- ♦ Giv ham god tid og se, om han reagerer.

Borgeren skal vaskes, og vandet er brændende varmt eller isnende koldt, uden at han reagerer på det.

Måske er følesansen påvirket, så han ikke kan mærke temperaturen?

(Sensibilitetsforstyrrelser)

- ♦ Sørg for, at temperaturen er rigtigt indstillet, så han ikke skolder sig.
- ♦ Kan der sættes et mærke på vandhanen ved den rigtige temperaturindstilling, og kan han lære at bruge det?

Borgeren vender brusehovedet forkert og gør dig våd.

Måske ved han ikke, hvor han skal holde på bruseren, eller hvor vandet kommer ud? Eller han ved ikke, hvad en bruser skal bruges til?

(Ideationel apraksi, se apraksi)

- ♦ Vis ham bruseren og spørg, hvad det er.
- ♦ Kan han vise, hvordan den virker? Forklar det om nødvendigt: "Tag bruseren i hånden", "luk op for vandet ved at dreje på hanen" osv.
- ♦ Prøv evt. med billeder, der viser, hvordan man bruger bruseren. Hæng billederne ved bruseren/badet.
- ♦ Demonstrér hvordan bruseren virker.
- ♦ Guid ham: Tag fat i hans hånd og vis ham, hvordan han skal holde på bruseren.
- ♦ Kan han efterhånden selv lære at styre bruseren – og måske selv gå i bad?

Måske ved han ikke, hvordan han skal vende brusehovedet?

(Motorisk apraksi, se apraksi)

- ♦ Sæt evt. et lille mærke på bruseren, som fx viser, hvordan den skal vende.
- ♦ Kan han vende bruseren rigtigt, når du minder ham om, at fx det blå mærke skal vende opad?



- ♦ Guid ham: Tag fat i hans hånd og vis ham, hvordan han skal holde på bruseren.

Borgeren vasker sig kun i højre side. Det kan også være, at borgeren kun barberer sig i højre side af ansigtet, eller kun lægger make-up på højre øje.

Måske har han mistet opmærksomheden på venstre side af kroppen?

(Neglekt)

- ♦ Gør ham opmærksom på, at han mangler at vaske noget, og se om han selv kan opdage, at han mangler at vaske venstre side.
- ♦ Henled hans opmærksomhed på, at han mangler at vaske venstre arm osv.
- ♦ Spørg ham næste gang, hvad det er, han specielt skal være opmærksom på.
- ♦ Det kan være en god idé at træne opmærksomhed og stimulere ham fra venstre side. Kontakt evt. ergo- eller fysioterapeut for at få vejledning.

Borgeren bryder sig ikke om at være i brusebad.

Måske er han særlig følsom på kroppen og mærker vandstrålen som ubehagelig, måske gør den nærmest ondt på ham?

(Sensibilitetsforstyrrelser)

- ◆ Spørg om det gør ondt, når vandet rammer ham.
- ◆ Prøv at justere vandstrålen, fx ved at lægge en vaskeklud over brusehovedet.
- ◆ Det kan måske være en hjælp, at du frotter ham med et håndklæde, inden han skal i bad.
- ◆ Brug få faste tryk når du rører ved ham, og undgå små lette berøringer.

Måske har han mistet fornemmelsen for rum og retning. Måske bliver han derfor utryg, når han sidder i det åbne rum?

(Rum-/ retningsforstyrrelse)

- ◆ Sørg for, at han hele tiden kan mærke et fast underlag og føler sig støttet flere steder på kroppen.
- ◆ Hjælper det, at badningen hver gang foregår i det samme overskuelige og trygge hjørne og på samme måde?

**Når du kommer om morgenen, er borgeren påklædt og hævder, at han har været i bad.
Men du kan fx lugte, at det har han ikke.**

Måske bryder han sig ikke om at komme i bad.

- ◆ Se eksemplet ovenfor.



Måske har han glemt, at han ikke kom i bad, selv om han var på badeværelset?

(Hukommelsesproblemer)

- ◆ Gør ham forsigtigt opmærksom på, at han ikke har været i bad, fordi baderum og håndklæder er tørre.
- ◆ Prøv at få hans hverdag indrettet efter en fast rutine, så badet foregår på samme tid.
- ◆ Kan han lære at krydse af i et skema, når han har badet?

Måske synes han ikke længere, at det er vigtigt at bade?

(Ukritisk adfærd)

- ◆ Lav faste aftaler om, hvor tit han skal bade, og at du evt. hjælper.
- ◆ Fortæl dine kolleger om disse aftaler, så alle ved, hvor ofte han skal i bad.

Måske er han blufærdig og vil helst ikke have din hjælp?

- ◆ Prøv om han selv kan klare sit bad, hvis du lægger håndklædet frem og tænder for vandet.
- ◆ Kan han klare noget af badet selv, så du kun er til stede ved de opgaver, hvor han har brug for hjælp?
- ◆ Overvej om hjælperen skal være af samme køn (evt. have samme religion) som borgeren.

Borgeren børster tænder i meget lang tid uden at blive færdig. Eller efter tandbørstningen fortsætter han med at børste på ting i nærheden, fx armen, håndvasken, vandhanen.

Måske har han svært ved at stoppe sin handling, når han først kommer i gang?

(Perseveration)

♦ Lav en aftale om, hvor mange gange tandbørsten skal bruges i hver side og tæl evt. sammen med ham.

♦ Aftal et tegn (cue), som signalerer, at han skal stoppe (fx en berøring på armen).

♦ Hvis ikke dette er nok, så hjælp ham fysisk med at stoppe tandbørstningen.

Borgeren reagerer voldsomt på, at du rører ved ham.

Måske er han særlig følsom på kroppen?

(Sensibilitetsforstyrrelser)

♦ Forbered ham på, at du vil røre ved ham, før du gør det.

♦ Brug få faste tryk, når du rører ved ham, og undgå små lette berøringer.

Borgeren reagerer midt i badningen pludseligt og uventet med stor vrede.

Måske er han følelsesmæssigt labil og provokeres let?

(Følelsesmæssige ændringer)

- ◆ Forsøg at få ham til at falde til ro ved at stoppe situationen hurtigst muligt. Giv ham tid til at "falde ned".
- ◆ Spørg ham, hvad problemet er, eller hvad han gerne vil.
- ◆ Prøv ikke at argumentere eller forklare, mens han er ophidset.
- ◆ Spørg evt. senere, hvorfor han blev så vred, så du ved, hvordan du kan undgå at skabe situationer, der kan provokere ham.

Måske bliver han bange, fordi han føler, han mister balancen?

(Rum-/ retningsforstyrrelse)

- ◆ Sørg for at han hele tiden kan mærke et fast underlag, og at han føler sig støttet flere steder på kroppen.
- ◆ Hjælper det, at badningen hver gang foregår i det samme overskuelige og trygge hjørne og på samme måde?

**Borgeren tørrer sig ikke tilstrækkeligt,
når han har været på toilettet. Eller han vasker
ikke hænder efter toiletbesøg.**

Måske har han mistet sin kritiske sans, så han hurtigt synes ”det er godt nok”, uden lige at kontrollere igen?

(Ukritisk adfærd)

- ♦ Fortæl på en hensynsfuld måde, hvad han skal gøre.
- ♦ Hjælp ham med at få tjekket efter.
- ♦ Indarbejd en rutine med ham, fx at han skal tørre sig fem gange, før han må rejse sig. Hjælp ham i starten indtil rutinen hænger fast.
- ♦ Indarbejd også en rutine om håndvask.

Måske glemmer han, at han skal tørre sig efter toiletbesøg?

(Hukommelsesproblemer)

- ♦ Hjælp ham med at huske det – fx ved at stille toiletrullen så den er synlig for ham, når han sidder på toilettet.
- ♦ Måske kan en huskeseddel eller en billedserie på væggen minde ham om det.
- ♦ Indarbejd en rutine som ovenfor.

Måske har han aldrig været vant til at vaske hænder efter toiletbesøg?

- ♦ Tal med ham om hans hygiejnevane før skaden og find sammen en løsning.

Borgeren kommer med seksuelle kommentarer eller berøringer, fx når han bliver vasket.

Måske har han mistet fornemmelsen for, hvad der er passende adfærd?

(Ukritisk adfærd)

- ♦ Sig fra med det samme på en bestemt men hensynsfuld måde – han gør det ikke af ond vilje.
- ♦ Vær konkret når du siger fra, fx: ”Jeg vil ikke have, at du rører ved min numse”, og reager på samme måde hver gang.
- ♦ Mød ikke op i tøj, der kan opfattes som seksuelt udfordrende. Vis at jeres forhold er professionelt, fx ved at tage et forklæde på, når du bader ham.

Måske er hans seksualdrift intakt, men han ved ikke, hvordan han skal få den tilfredsstillet.

- ♦ Kontakt din leder og måske seksual-vejlederen, hvis kommunen har en sådan.

Påklædning

Af- og påklædning kan volde problemer på grund af lammelser i arm eller ben. Men der kan også være mere skjulte årsager, bl.a. kan nogle hjerneskader gøre det svært for den ramte at tage initiativ eller at planlægge og organisere almindelige daglige gøremål som påklædning.

Det er vigtigt, at du som hjælper motiverer og hjælper den ramte til selv at klare så meget af påklædnin-

gen som muligt. Det kan du gøre ved at prøve at analysere og forstå, hvorfor den apopleksiramte fx går i stå eller tager tøjet forkert på. Og ved eventuelt at guide ham.

Selv om det sker ud fra den bedste hensigt, skal du være opmærksom på ikke at komme til at overtage opgaven fra borgeren, men give dig tid til, at han selv forsøger og eventuelt selv beder om din hjælp.

Borgeren tager ikke sit tøj på.

Måske taler han meget og kan have svært ved at gøre andet samtidig, fx at tage tøj på?

(Koncentrations- og opmærksomhedsproblemer)

- ◆ Hjælp ham med at holde fokus på det, han er i gang med. Foreslå, at han venter med at fortælle, til tøjet er på.
- ◆ Prøv om det hjælper, at der er ro, og at der kun foregår én ting ad gangen, sluk fx for radio eller tv.
- ◆ Vær også opmærksom på, hvor meget du selv taler – måske forstyrrer det ham?

Måske har han mistet evnen til selv at sætte en handling i gang?

(Nedsat initiativ)

- ◆ Hjælp ham med at opdele opgaven og sæt ham i gang med ord eller tegn.
- ◆ Virker det ikke, så guid ham i gang.

Han kan godt se, at der ligger noget, men ikke genkende, at det er tøj?

(Agnosi)

- ◆ Vis og forklar ham, at det er en skjorte osv.
- ◆ Hjælp ham til at bruge andre sanser, fx følesansen: Kan han føle sig frem til, at det er en skjorte, han har i hånden?
- ◆ Virker det ikke, så prøv at hjælpe ham i gang ved at fortælle, hvad han skal gøre.
- ◆ Guid ham eventuelt i gang.

Borgeren tager tøjet på i forkert rækkefølge, fx blusen eller skjorten på før undertrøjen.

Han har måske mistet fornemmelsen for, i hvilken rækkefølge man gør ting?

(Problemer med overblik og planlægning)

- ◆ Prøv at lægge tøjet klar i den rigtige rækkefølge.
- ◆ Kan han tage tøjet på, hvis du instruerer ham undervejs, trin for trin?
- ◆ Kan han gradvis lære at styre opgaven ved selv at opremse disse trin?
- ◆ Eller kan han lære selv at styre påklædningen via en seddel, hvor hvert trin er skrevet ned?

Borgeren tager ikke tøj på eller af i venstre side.

Han er måske ikke længere opmærksom på sin venstre side?

(Neglekt)

- ◆ Gør ham opmærksom på, at der er noget galt og se, om han selv kan opdage, at han fx mangler at tage sko på venstre fod.
- ◆ Spørg ham næste gang, hvad det er, han specielt skal være opmærksom på.
- ◆ Lær ham fx at bruge en remse: "Tjek hvad der mangler – kig til venstre".



- ◆ Det kan være en god idé at træne opmærksomhed og stimulere ham fra venstre side, fx ved at stå ved hans venstre side, når du taler til ham og inddrage hans venstre side aktivt ved de forskellige opgaver.

Borgeren tager skjorten omvendt på eller kan ikke finde rundt i tøjet.

Han har måske mistet sin fornemmelse for rum/retning?

(Rum-/retningsforstyrrelse)

- ◆ Lær ham en rutine for, hvordan tøjet skal tages på, fx at mærket på skjorten skal vende ind mod nakken.
- ◆ Hjælp ham i tøjet ved at guide ham, fx ved at guide armen ind i skjorteærmet.
- ◆ Kontakt en ergoterapeut for at få påklædningstræning til ham og/eller supervision og vejledning i, hvordan du bedst kan hjælpe ham.

Han har måske mistet fornemmelsen for, hvordan man tager tøjet på?

(Motorisk apraksi, se apraksi)

- ◆ Prøv at sikre dig, at han ved, at det er en skjorte, og at armen skal i ærmet.
- ◆ Lær ham en rutine for, hvordan tøjet skal tages på, fx at mærket på skjorten skal vende ind mod nakken.
- ◆ Hjælper det at føre hans arm i ærmet. Kan han bruge spejlet til at kontrollere, at han rammer rigtigt?

Borgeren trækker ærmet længere og længere op, eller han hiver underbukserne op igen og igen.

Han hænger måske fast i sin handling og kan ikke stoppe den?

(Perseveration)

- ◆ Gør ham opmærksom på, at noget er ved at gå galt. Kan han selv se det, hvis du stopper ham? Bed ham evt. om at stoppe op og se sig i spejlet.
- ◆ Aftal et tegn med borgeren, som du kan give ham for at vise, at han skal stoppe.
- ◆ Hjælp ham fysisk med at stoppe.

Borgeren bryder sig ikke om at få tøj af og på.

Måske føles det ubehageligt for ham at have stof på kroppen eller mærke stoffet glide på kroppen?

(Sensibilitetsforstyrrelser)

- ◆ Forsøg at finde ud af, om der er bestemte typer stof, som er mere ubehagelige end andre.
- ◆ Kontakt en ergoterapeut for at få vejledning.

Madlavning og spisning

At spise og drikke er sjældent noget, vi forbinder med besvær eller problemer. Men en hjerneskade kan påvirke lysten til at spise og drikke både i retning af manglende appetit og – modsat – uhæmmet appetit. Det er vigtigt at finde ud af årsagen, så den ramte kan få den rette hjælp og støtte.

Ud over de neuropsykologiske følger, som kan påvirke spisning og appetit, kan spise- og synkefunktionen være nedsat pga. hjerneskaden, måske med den konsekvens at mad og drikke kommer galt i halsen, hvilket kan føre til lungebetændelse. Dette kaldes *dysfagi*, dvs. vanskeligheder med at spise og drikke pga. lammelser i mund og hals. Se evt. litteratur om dysfagi i Kapitel 8 *Vejviser til mere viden*.

Hvilken betydning har madlavning for den ramte?

Det kan være en væsentlig del af en persons livskvalitet selv at lave mad eller deltage i madlavningen, og det kan give større lyst til at spise. Det er derfor en god idé at undersøge, hvilken betydning madlavning har for den apopleksiramte, og om træning eller vejledning kan sætte ham i stand

til selv at tilberede sin mad, eventuelt med lidt hjælp. En hurtig tilmelding til madserviceordning kan derimod være misforstået hjælp og skubbe ham ud i yderligere hjælpeløshed og plejebehov.

Madlavning rummer muligheder

Madlavning kan – hvis den apopleksiramte interesserer sig for det – være en opgave med udfordringer og oplagte træningsmuligheder, fx stilles der krav om planlægning, struktur og overblik samt motorik og koncentration. Madlavning giver samtidig forskellige sanseindtryk og mulighed for gode oplevelser, når opgaverne er tilpasset den ramtes funktionsniveau og øvrige færdigheder.

Som hjælper er det vigtigt, at du samtidig er opmærksom på den ramtes skjulte følger. Har han fx *neglekt* og er derfor ikke opmærksom på sin venstre side? Eller har han sanseproblemer, der fx gør, at han ikke kan mærke, hvis hånden ligger på noget varmt? Køkkenet er et farligt sted at opholde sig, hvis man mangler overblik eller har problemer med motorikken, så sikkerheden bør også vurderes.

Borgeren spiser ikke den mad, som er sat frem.

Han har måske mistet evnen til selv at tage initiativ?

(Nedsat initiativ)

- ♦ Prøv at hjælpe ham i gang med ord: "Du skal i gang med at spise nu", eller mere detaljeret: "Sæt din gaffel i brødet og før det op til munden".
- ♦ Hjælper det at lære ham at spise på bestemte tider, fx ved middags-radioavisen?
- ♦ Kan fx mobiltelefonen indstilles til at ringe, når han skal spise?

Måske har han mistet tidsførmelsen, så han ikke har nogen oplevelse af, at det er spisetid?

(Tidsførmelse)

- ♦ Opstil rutiner sammen ham: Se de sidste to forslag i eksemplet ovenfor.
- ♦ Spørg ham jævnligt, hvad tid på dagen det er. Har han fx spist morgenmad?

Måske glemmer han at spise?

(Hukommelsesproblemer)

- ♦ Lav et skema over dagens opgaver, fx på en tavle eller et stykke papir, og hjælp ham med at krydse af, når han har udført en opgave, fx spist sin morgenmad eller frokost.
- ♦ Lær ham en rutine, som hjælper ham med at huske, at han skal spise: Se forslag ovenfor.

**Borgeren bliver ved med at spise,
også længe efter han burde være mæt.
Eller borgeren bliver ved med at komme mad
i munden, som han ikke kan nå at tygge.**

**Måske er hans oplevelse af sult
og mæthed forstyrret på grund af
hjerneskaden?**

- ♦ Lav en aftale om, hvor mange stykker mad/ hvor stor en portion, han skal spise.
- ♦ Lær ham at anrette en passende portion på tallerkenen og undlade at øse mere mad op.
- ♦ Fjern gryder og skåle med mad fra bordet.

**Måske har han svært ved at
stoppe sine handlinger?**

(Perseveration)

- ♦ Hjælp ham, fx ved at lære ham at lægge gaflen fra sig mellem hver mundfuld.
- ♦ Aftal et tegn, som gør ham opmærksom på, at han har spist nok.

Borgeren spiser ikke maden på den venstre side af tallerkenen.

Måske er han ikke opmærksom på ting i venstre side af synsfeltet?

(Neglekt)

♦ Begynd med at lægge maden på højre side af tallerkenen (kompensation). Men prøv samtidig, om du gradvis kan lære ham at flytte opmærksomheden til venstre side, måske ved at dreje tallerkenen.

♦ Gør ham opmærksom på, at han skal prøve at interessere sig for det, der ligger til venstre, fx ved at dreje hovedet eller kroppen.

♦ Markér venstre side af tallerkenen med en rød halvcirkel for at flytte hans opmærksomhed til venstre. Brug en rød kop og stil den i venstre side.

Borgeren har svært ved at ramme munden, eller måske sætter han koppen ved siden af bordet, så den falder ned.

Måske har han svært ved at vurdere rumlige forhold og afstande?

(Rum-/retningsforstyrrelse)

♦ Måske kan det hjælpe, at I tegner på dugen/ dækkeservietten, hvor han skal sætte kop eller glas. Eller sæt en underkop på bordet til koppen.

- ♦ Guid borgeren og se, om han gradvist kan lære at undgå at ramme ved siden af.
 - ♦ Kontakt en ergoterapeut for at træne dette.
-

Borgeren kan ikke håndtere bestikket, når han skal spise. Måske spilder han eller vender bestikket forkert. Han virker måske tøvende og fumlende.

Måske har han svært ved at fornemme, hvordan han skal bruge redskaber som fx bestik?

(Motorisk apraksi, se apraksi)

- ♦ Giv ham kniv og gaffel korrekt i hænderne og prøv, om han så kan bruge dem. Hvis det ikke hjælper, så guid ham i gang ved at føre hans hænder.
- ♦ Hjælper det, hvis du instruerer ham sprogligt: "Hold på skaftet og vend takkerne mod kødet".
- ♦ Brug eventuelt billeder til at illustrere, hvordan bestikket skal ligge i hånden, og hvordan man spiser.

Måske ved han ikke, hvad bestikket skal bruges til?

(Ideationel apraksi, se apraksi)

- ♦ Forklar ham med ord, hvad bestik er, og hvad det bruges til.
- ♦ Prøv at opdele processen i små trin: "Tag bestik i hænderne" – "Stik gafflen i kødet" – "Før gafflen op til munden".



Instruér på samme måde hver gang, så han får en fast rutine og gradvis selv kan håndtere bestikket.

- ◆ Prøv om et billede eller en billedserie kan give ham idéen til, hvordan man spiser med bestik, trin for trin.

Borgeren spiser for lidt.

Måske er det svært for ham at bruge bestikket og dermed få spist tilstrækkeligt, fordi det tager lang tid?

(Motorisk apraksi, se apraksi)

- ◆ Læg mærke til, om han har svært ved at spise og fumler med bestikket.
- ◆ Se handlemuligheder under *apraksi* i eksemplet ovenfor.

Måske bliver han hurtigt træt, så han ikke orker at spise?

(Træthed)

- ◆ Tal med ham om, hvad der gør ham træt, når han spiser: For meget larm? For mange indtryk? Er det for krævende motorisk (se ovenfor)? Måske kan du ændre noget, så han bliver mindre træt.
- ◆ Ligger måltidet på de tidspunkter i hans døgnrytme, hvor han har mest energi?
- ◆ Overvej om kosten skal suppleres med fx energidrikke og lignende. (Kontakt evt. en diætist).



Måske mærker han ikke, at han er sulten, fordi fornemmelsen for mæthed og sult er påvirket?

♦ Lav en aftale om, hvor mange stykker mad/ hvor stor en portion, han skal spise. Lær ham at anrette en passende portion på tallerkenen.

♦ Overvej om kosten skal suppleres med fx energidrikke og lignende. (Kontakt evt. en diætist).

Måske har han mistet lugtesansen og kan derfor ikke smage maden?

(Sensibilitetsforstyrrelser)

♦ Prøv at gøre maden indbydende at se på, fx ved at maden har forskellige farver.

Måske har han en depression?

(Depression)

♦ Observer om han har andre symptomer på depression (Se boksen "Symptomer på depression" under *Depression* i ordlisten på side 139).

♦ Tal med din leder eller sygeplejersken, om han bør undersøges af en læge for depression.

Måske er hans koncentrationsevne skadet, så han let bliver afledt, fx hvis nogen taler ved bordet?

(Koncentrations- og opmærksomhedsproblemer)

♦ Hjælp ham ved at sidde hos ham og holde fokus på spisningen, så han ikke går i gang med noget andet.

♦ Sørg for ro omkring ham, og at han ikke bliver afledt af for mange ting i omgivelserne, fx på bordet.

Borgeren mærker ikke, at hans venstre hånd ligger på en brændende varm kogeplade.

Måske mangler han opmærksomhed på sin venstre side af kroppen?

(Neglekt)

- ♦ Hjælp ham straks med at få hånden væk. Fortæl at han skal være opmærksom på sin venstre side og det, der befinder sig til venstre.
- ♦ Bed ham om at dreje hovedet eller hele kroppen. Prøv gradvis at lære ham også at søge i venstre side, når der er noget, han savner, brug fx remser: "Hvis der er noget, der mangler, så kig til venstre".
- ♦ Placer så vidt muligt *farlige* genstande i højre synsfelt, dvs. i den side han er opmærksom på.
- ♦ Lær ham at være opmærksom på sin venstre side (fx venstre hånd), når han arbejder i køkkenet eller andre steder. Træn ved at stimulere ham fra venstre side, bl.a. ved at bruge hans venstre hånd når det er muligt, og forstærke synsindtryk i venstre side, fx ved at bruge rød tape til at markere venstre side af hylderne i skabene.

Måske har han nedsat følesans og kan ikke mærke varmen?

(Sensibilitetsforstyrrelser)

- ♦ Aftal en rutine, så han altid tjekker, om komfuret er tændt.
- ♦ Forsøg sammen med ham at indøve rutiner i andre situationer i

køkkenet, som kan være farlige, fx når han skal skære brød: "Er min venstre hånd rigtigt placeret på brødet?"

Måske er han længere tid om at reagere på indtryk som fx smerter?

♦ Se handleforslag ovenfor.

(Øget latenstid)

**Borgeren får ikke lukket for vandet/ køleskabet eller slukket for kaffemaskinen/komfuret.
Eller glemmer måske at han er ved at koge æg.**

Måske glemmer han, hvad han er i gang med?

(Hukommelsesproblemer)

♦ Lær ham rutiner i hverdagen, som kan hjælpe ham med at huske, at han skal tjekke, om han har lukket og slukket.

♦ Lær ham evt. at sætte et minutur til at ringe, når han sætter mad over, så han bliver mindet om, at han skal slukke og lukke.

♦ Sæt en seddel på døren, der minder ham om, at han skal tjekke, om fx kaffemaskinen eller komfuret er slukket, når han forlader rummet.

♦ Kontakt ergoterapeuten for at undersøge, om der er hjælpemidler, der kan bruges, fx en vandhane med føler.



Måske bliver han let afledt af forstyrrelser udefra (fx en radio eller nogen der taler til ham) eller af sine egne tanker?

(Koncentrations- og opmærksomhedsproblemer)

♦ Hjælp ham med at begrænse forstyrrelser udefra: Fx slukke radio/ tv, undgå at snakke eller gøre flere ting samtidig.

♦ Hjælp ham med at indøve faste rutiner.

Borgeren "farer vild" i køleskabet og har svært ved at overskue, hvad der er på hylderne. Måske med det resultat, at maden rådner.

Han har måske svært ved at skabe overblik?

(Problemer med overblik og planlægning)

♦ Måske kan symboler på hylderne hjælpe ham med at organisere køleskabet, så han bevarer overblikket.

♦ Måske er der brug for mere hjælp og støtte i hverdagen, eventuelt i en kortere periode, til at hjælpe ham med at indarbejde nye rutiner og organisere dagene?

♦ Kontakt evt. din leder for at få vejledning fra fx en ergoterapeut, som også kan hjælpe med at finde ud af, hvad der er brug for hjælp til, og hvad der kan gøres.

Sprog og kommunikation

Apopleksi kan gøre det svært for den ramte at kommunikere. Der kan både være besvær med at tale og problemer med at forstå det, andre siger. Sproglige vanskeligheder gør det svært at deltage i sociale sammenhænge og kan føre til social isolation og ensomhed. Derfor er det vigtigt, at den apo-

pleksiramte hjælpes til at gøre så gode fremskridt som muligt på dette område.

I det følgende gives en række forslag til hjælpemuligheder, når evnen til at tale eller forstå sprog, er påvirket hos apopleksiramte.

Generelle råd ved kommunikation med mennesker med hjerneskrader

- ◆ Sørg for ro omkring jer (sluk for radio og fjernsyn).
- ◆ Vær opmærksom på mundbevægelser, ansigtsmimik, tonefald og kropssprog, da det ofte vil give en fornemmelse af, hvad den ramte forsøger at sige.
- ◆ Nogle ramte kan bedst kommunikere via tegn og fagter – eller bruger tegn og fagter til at støtte deres tale. Prøv at opmuntre dette og fortæl dine kolleger, hvis I er nået frem til gode måder at kommunikere på.
- ◆ Vær tålmodig, og giv den ramte tid til at tale færdig – undgå at bryde ind ved pauser. Vær ikke bange for lange pauser.
- ◆ Gør ikke sætningerne færdige for den ramte.
- ◆ Hav blyant og papir ved hånden, så den ramte eventuelt kan skrive eller tegne.
- ◆ Vær konkret så det, du siger, kan forstås: Fx kan vendinger som ”Jeg har vist tabt tråden” være for abstrakt og vil derfor ikke give mening for nogle apopleksiramte.
- ◆ Spørg eller bed om svar fra den ramte for at være sikker på, at du har forstået ham. Gentag eventuelt det, han har sagt, for at vise eller sikre dig, at du har forstået ham korrekt.



- ◆ Vær så vidt mulig ærlig, hvis du stadig ikke kan forstå, hvad den ramte prøver at sige. Sig fx: "Jeg har forstået, at du vil sige noget til mig, men jeg har ikke helt forstået hvad. Er det noget med....?" Det er bedre at sige, at man ikke forstår, hvad personen prøver at udtrykke, end at lade som om, man har forstået det.
- ◆ Hvis den ramte forsøger men ikke kan få udtrykt det, han gerne vil, så prøv at kredse dig ind på emnet: "Er det noget, du vil have at spise, noget om din familie" osv.
- ◆ Hvis den apopleksiramte har meget svært ved at tale og gøre sig forståelig, kan det både være en støtte og opmuntring for ham at kommunikere med dig og andre ved at pege i en mappe med billeder af personer og ting, som er vigtige for ham.

Vanskeligheder med at kommunikere ved apopleksi i *venstre* side af hjernen – afasi

Hvis apopleksien har ramt venstre hjernehalvdel, vil der ofte være lammelser i højre side af kroppen, og den ramte kan have svært ved at tale, læse og/eller forstå det, der bliver sagt – det kaldes under ét for *afasi* (se også under *afasi* i ordlisten på side 133).

Afasi kan vise sig i forskellige sværhedsgrader. Nogle har kun lette vanskeligheder med at finde de rigtige ord eller forstå, hvad der bliver sagt. Andre kan være så svært ramt, at det næsten er umuligt at kommunikere med dem.

Særlige anbefalinger til kommunikation med personer med *afasi*:

- ◆ Tal aldrig hen over hovedet på den afasiramte.
- ◆ Sig kun én ting ad gangen, og brug korte sætninger. Tal ellers som du plejer, men ikke for hurtigt. Vær sikker på, at det, du siger, bliver forstået, før du går videre.
- ◆ Undgå at tale højere – det er ikke hørelsen, der fejler noget!

- ◆ Undgå at bruge "barnlige" udtryk – personen har ikke nedsat intelligens, han forstår måske bare ikke det, du siger.
- ◆ Brug kroppen eller måske tegninger til at vise det, du mener. Få hjælp af en talepædagog.
- ◆ Hjælp den ramte med at kommunikere med tegn og fagter, som du "oversætter", fx ved at sige: "Prøver du at fortælle mig, at du gerne vil have en anden skjorte?"
- ◆ Skriv det ned, som I aftaler.

Vanskeligheder med at kommunikere ved apopleksi i højre side af hjernen

Når apopleksi rammer højre hjernehalvdel, er der ofte lammelser i venstre side af kroppen. Skader i højre hjernehalvdel giver helt andre kommunikationsvanskeligheder end i venstre halvdel. Og de kan være sværere at opdage, fordi der ikke er tydelige taleproblemer. Den ramte kan fx få svært ved at forstå almindelige spilleregler for, hvordan man taler sammen, bl.a. at man skiftes til at tale, eller at man viser, at man hører efter ved at nikke og have øjenkontakt.

Den apopleksiramte kan også have svært ved at forstå, hvis der bruges humor og ironi. Han kan måske ikke aflæse kropssprog eller høre på tonefaldet, at "det her er kun for sjov".

Særlige forhold, du bør være opmærksom på, når du møder borgere med denne type problemer:

- ◆ Vær forsigtig med – eller undgå helt – at bruge humor og ironi.
- ◆ Aftal eventuelt et tegn med borgeren, som du kan bruge, hvis han skal have hjælp til at stoppe sin talestrøm.

Problemer med udtalen – dysartri

Nogle hjerneskader påvirker motorikken (muskler og bevægelse) i mund og hals. Det gør udtalen lavmælt eller utydelig, så det kan være svært at forstå, hvad den ramte siger. Dette kaldes *dysartri*.

Vær opmærksom på, at dysartri som regel ikke forstyrrer evnen til at forstå det, andre siger. Hvis det er svært for den ramte at tale forståeligt, eller svært for andre at forstå hvad han siger, kan det blive nødvendigt at kommunikere skriftligt, eller fx ved hjælp af mimik, kropssprog og fagter. Kontakt eventuelt en ergoterapeut eller talepædagog.

Søg vejledning hos en talepædagog

Alle borgere med sprog- eller talevanskeligheder har ret til at modtage et tilbud (rådgivning eller undervisning), som retter sig imod deres kommunikationsvanskeligheder. Hvis du kommer i kontakt med en borger, som har brug for hjælp til at kommunikere, bør du drøfte dette med din leder. Der er udviklet forskellige hjælpemidler til personer med kommunikationsvanskeligheder, se fx på www.hjernesagen.dk. Se også Kapitel 8 *Vejviser til mere viden*.

Flere vanskeligheder på én gang

Apopleksi kan ramme flere områder i hjernen, så flere funktioner bliver berørt. Der kan derfor opstå flere forskellige vanskeligheder på én gang, fx både *afasi* og *dysartri*. Ved svære sproglige vanskeligheder kan en talepædagog hjælpe med at finde andre måder at kommunikere på. Talepædagogen vil desuden kunne vejlede og rådgive både personale og pårørende.

Borgeren siger nej i stedet for ja, og omvendt, eller har svært ved at finde ordene. Han kan også sige forkerte ord – ofte ord i samme kategori (fx ske i stedet for gaffel). Måske taler han sort eller bruger vrøvlord, eller måske har han problemer med at indlede udtale af et ord eller en sætning.

Han har måske helt eller delvis mistet evnen til at tale.

(Ekspressive vanskeligheder, se afasi)

- ◆ Stil enkle spørgsmål som han kan besvare med ja og nej: "Vil du have kaffe?" Og ikke: "Hvad vil du have at drikke?"
- ◆ Spørg mens du nikker med hovedet: "Mener du ja?" og peg samtidig på det, I taler om, fx kaffekanden.
- ◆ Vis ham, at du godt ved, at han mener noget fornuftigt, som han blot ikke kan udtrykke.
- ◆ Giv ham god tid til at finde det ord, han leder efter.
- ◆ Gentag eventuelt det, han lige har sagt, for at hjælpe ham videre.
- ◆ Lav en aftale om, at du må foreslå ord, hvis der er noget, han ikke kan sige. Lad ham fx markere med fagter, hvornår han er klar til, at du kommer med forslag.

Borgeren kan høre det, du siger, men forstår det ikke. Måske opfatter han først efter lidt tid, hvad du har sagt.

**Han har måske helt eller delvis
mistet evnen til at forstå tale.**

*(Impressive vanskeligheder,
se afasi)*

- ◆ Supplér din tale med kropssprog og fagter.
- ◆ Sig kun én ting ad gangen og prøv at få ham til at tilkendegive, om han har forstået.
- ◆ Vær opmærksom på, at du ikke kommer til at tale højere. Hørelsen har sandsynligvis ikke taget skade!

Borgeren kan hverken forstå det, du siger, eller selv sige noget meningsfuldt.

**Han har måske mistet evnen
til både at tale og forstå.**

(Global afasi, se afasi)

- ◆ Prøv at opbygge en kommunikation uden sprog, så I i stedet bruger fagter og tegninger.
- ◆ Prøv med din adfærd at vise, at du godt ved, at han tænker og prøver at formidle noget fornuftigt.

Borgeren taler og taler, eller afbryder når du er ved at sige noget.

Måske forstår han ikke, at I skal skiftes til at sige noget?

♦ Gør ham hensynsfuldt opmærksom på, at du gerne vil have, at han stopper og lytter til dig. Aftal fx et tegn.

Psykkiske reaktioner og social adfærd

Det er meget almindeligt, at apopleksi medfører følelsesmæssige forandringer hos den ramte. Nogle af disse forandringer er naturlige reaktioner på at have været i livsfare og at have fået synlige eller usynlige handicap, som måske for altid vil ændre livsvilkårene.

Hos nogle apopleksiramte kan dette udvikle sig til en egentlig depression, som kræver medicinsk og/eller psykologisk behandling. Op mod halvdelen af alle ramte får en depression inden for det første år efter apopleksien.

Det er derfor meget vigtigt, at det personale, som dagligt eller ofte er i kontakt med en apopleksiramt, er opmærksom på hans psykiske reaktioner og sociale adfærd. Og at du og dine kolleger eventuelt kontakter en leder eller den ramtes læge for at få en faglig vurdering af, om der er brug for hjælp i form af medicin, samtaler el. lign.

Skader på hjernen kan ændre følelser og personlighed

I nogle tilfælde kan den ramtes generelle sindstilstand også blive påvirket af hjerneskaden, så personens grundstemning ændrer sig. Den ramte kan fx blive mere nærtagende og følsom, eller mere aggressiv og opfarende end før apopleksien. Det ses ofte, at tidligere personlighedstræk hos den ramte bliver forstærket efter skaden.

For at finde ud af om den ramte har ændret sig, kan det være en god idé at tale med den ramte selv og de pårørende om, hvordan hans personlighed var før apopleksien.

Nogle apopleksiramte får svært ved at sætte ord på deres følelser eller at udtrykke dem gennem mimik og kropssprog. Man kan måske også komme til at misforstå deres kropssprog og ansigtsudtryk pga. lammelser eller motoriske problemer. Fx kan en person med hjerneskade se vred eller ked ud af det uden at være det.

Som hjælper må du derfor ofte spørge direkte til den ramtes følelser, for at sikre dig at du har forstået, hvad han tænker, mener eller føler.

Udadreagerende adfærd

Når apopleksiramte er udadreagerende (dvs. reagerer voldsomt sprogligt eller fysisk), er det vigtigt at forsøge at finde frem til årsagen. Hvorfor bliver han så vred eller aggressiv? Er det udtryk for angst og utryghed, irritabilitet han ikke kan kontrollere, over- eller understimulering (fx mangel på kontakt med andre) eller noget helt andet?

Det vil ofte være nødvendigt at hente hjælp hos andre faggrupper, fx ergoterapeut eller neuropsykolog. Og det er vigtigt, at personalegruppen taler sammen om dette, bl.a. om hvad I

kan ændre i jeres tilgang til borgeren, se eksemplet om Ib i kapitel 6 *Del viden og brug hinanden*.

Ændringer i den sociale adfærd

De følelsesmæssige forandringer kan påvirke den apopleksiramtes sociale adfærd og gøre det svært at omgås andre mennesker. Fx kan den ramte have problemer med at forstå de signaler, som andre sender via deres kropssprog, mimik og tonefald. Han kan "tale som et vandfald" eller have svært ved at følge "den røde tråd" i en samtale.

Hos nogle apopleksiramte kan hjerneskaden påvirke evnen til *em-pati* og gøre det svært for den ramte at vise interesse, forståelse og omsorg for andre mennesker. Dette kan sammen

med de øvrige vanskeligheder føre til, at venner, bekendte og familie bliver usikre, forvirrede eller måske vrede. Og det kan ende med, at familie og venner trækker sig fra den ramte, som kan blive isoleret, og måske ensom.

Nogle apopleksiramte kan også have brug for at bearbejde oplevelsen og tackle sorgen over tabte færdigheder, før de – måske – er klar til at møde omverdenen igen.

Det er vigtigt, at personalet er lydhørt og imødekomende, hvis den ramte har behov for at tale om sine oplevelser. Det kræver mod at tale om dette, men prøv at overvinde din eventuelle berøringsangst. Aftal evt. med den ramte, at han skal sige fra eller på anden måde signalere, hvis du spørger om noget, som han ikke ønsker at svare på.

Borgeren virker meget nedtrykt og initiativløs. Græder måske meget eller bliver hurtigt vred.

Måske er han ved at udvikle en depression?

(Depression)

- ◆ Observer om han har andre symptomer på depression (se boksen "Symptomer på depression" i ordlisten side 139). Overvej eventuelt sammen med din leder eller en sygeplejerske, om en læge bør vurdere, om han har en depression.

Borgeren har en meget kort lunte og bliver hurtigt irriteret eller hidsig.

Der kan være mange forklaringer på udadreagerende adfærd, bl.a. manglende impulsstyring, følelsesmæssige ændringer og angst, fx pga. rum-/retningsforstyrrelse.

- ◆ Undlad at diskutere med ham – aflad ham eller "forlad" situationen for at lade ham dampe af.
- ◆ Sig fra over for voldsom adfærd, mens den står på – ikke bagefter.
- ◆ Kom tilbage og anerkend hans problemer, fx ved venligt at sige: "Nå, du blev vred – er du faldet ned nu?" Tal eventuelt med ham om, hvad der gør ham vred, og hvordan han gerne vil hjælpes til at reagere mindre voldsomt.



- ◆ Lav en konkret aftale om, hvad I skal gøre, når temperamentet ”koger over”, skriv evt. jeres aftale ned, så du senere kan henvise til den.
- ◆ Overvej også om adfærden skyldes hjerneskaden eller jeres samspil (se boksen om dette på side 32).
- ◆ Vær opmærksom på, at vrede også kan være et symptom på depression.

Borgeren græder eller ler ofte ukontrolleret uden grund.

Måske har han mistet evnen til at styre sine følelsesmæssige impulser på grund af hjerneskaden? Han kan reagere med gråd- eller latterreaktionen, som kan virke meget voldsommere end den sorg eller glæde, som han føler.

(Labilitet)

- ◆ Hold en pause, til han er faldet til ro.
- ◆ Prøv at hjælpe, fx ved at sige ”Jeg ved godt, at du ikke gør det med vilje” og fortsæt med jeres aktivitet.
- ◆ Aftal hvordan du skal hjælpe, når det sker. Det kan fx være en hjælp for ham at være i enrum, hvis han selv synes, situationen er pinlig.
- ◆ Kontakt en sygeplejerske eller hans læge for at få vurderet, om der er behov for medicinsk behandling af den pludselige gråd eller latter.

Borgeren bagatelliserer sine vanskeligheder og mener fx, at han på trods af svære handicap hurtigt vil komme på benene igen.

Han kan måske ikke forstå og erkende sine vanskeligheder?

(Anosognosi)

- ◆ Vær generelt ikke-konfronterende over for denne type vanskeligheder. Konfrontation får ham ikke til at forstå, at han har et problem.
- ◆ Bed ham om selv at gætte, hvor godt han vil klare en opgave og bag efter om at vurdere, om han nåede det resultat, han forventede.
- ◆ Forsøg at gøre træningsaktiviteter sjove, så han har lyst til at være med, selv om han hævder, at han ikke har behov for at træne.
- ◆ Prøv at fastholde, at han selv løser de opgaver, som han kan, og prøv gradvis at lade ham udføre mere selv.

Måske beskytter han sig selv ved at benægte vanskelighederne, fordi det er angst-provokerende at skulle indse, at han har fået et handicap?

- ◆ Undgå at konfrontere ham ved fx at sige: "Du kan da nok se..". Det vil gøre ham endnu mere utilpas.
- ◆ Overvej sammen med din leder eller en sygeplejerske, om han skal have hjælp udefra, fx psykologhjælp til at bearbejde krisen eller en eventuel begyndende depression.

Borgeren har svært ved at vise interesse for andre eller aflæse/indleve sig i andres følelser. Og kommer til at opføre sig upassende eller sige ting, som virker sårende.

Skaden kan have påvirket hans evne til empati, og han har derfor svært ved at sætte sig ind i andres situation?

(Nedsat empati, se empati)

Måske har han mistet situationsfornemmelsen og kan ikke mærke, hvordan han virker på andre?

(Nedsat situationsfornemmelse)

◆ Gør ham venligt opmærksom på, at hans adfærd virker stødende. Vær konkret: "Når du gør sådan, så virker det sådan her på mig".

◆ Undgå at overreagere – adfærden er ikke udtryk for "ond vilje" men en følge af hjerneskaden. Tal med ham om, at det er "skadens skyld" – og aftal med ham, hvordan du kan hjælpe, fx med et diskret tegn.

◆ Lad være med at "spille med på" upassende vittigheder. Prøv at forblive neutral.

◆ Lad være med selv at komme med vittigheder, som kan lokke ham "ud af tangenten".

◆ Vær konkret og undlad at sige noget, som kan misforstås.

◆ Hvis det er muligt, så få en ergoterapeut til at vurdere de sociale kompetencer og give vejledning i, hvordan du bedst hjælper ham.

Borgeren har ikke lyst til at deltage i sociale aktiviteter med andre.

Der kan være flere årsager, fx depression, sproglige vanskeligheder, nedsat initiativ, problemer med overblik, træthed.

Bemærk at disse forklaringer og handleforslag naturligvis kun anvendes, hvis den ramte har ændret sin adfærd efter skaden.

- ◆ For at kunne hjælpe ham, er det nødvendigt at finde årsagen til den manglende lyst. Prøv sammen med dine kolleger at finde en forklaring ved at lægge mærke til, hvornår og i hvilke situationer, problemerne opstår. Hent eventuelt hjælp udefra.
- ◆ Giver aktiviteterne mening for ham? Tal med ham om dette.
- ◆ Kan han reelt deltage i aktiviteterne (eller har han fx for store kommunikationsvanskeligheder, er han for træt, let at aflede eller lignende)?
- ◆ Måske er der brug for at få vurderet, om han har en depression?

Strukturering af hverdagen, initiativ og energi

Nedsat initiativ, motivation og udholdenhed ses ofte hos personer, der har fået en hjerneskade. Det kan bl.a. være svært at komme i gang med dagens opgaver og finde den samme lyst til tingene, som før skaden.

Mange oplever desuden, at de hurtigt bliver trætte, og at udefra kommende forstyrrelser let afleder dem fra det, de er i gang med. Det er dog ikke alle apopleksiramte, der selv er bevidste om disse nye vanskeligheder.

Vær opmærksom på træthed

Træthed er en meget hyppig følge efter en hjerneskade og ofte et stort problem for den ramte.

Ofte hænger trætheden sammen med, at den apopleksiramtes hverdag generelt er blevet mere anstrengende, fordi funktioner, der tidligere foregik automatisk, nu kræver, at den skadede må koncentrere sig for at udføre dem.

Hos nogle ramte kan det, der ligner *træthed* eller *koncentrations- og opmærksomhedsproblemer*, dreje sig om problemer med *arousal*, dvs. at der er sket skader dybt inde i hjernen, som påvirker det system, der holder os vågne. Det kan medføre, at den ramte enten ikke får tilført nok energi til hjernen, eller at der tilføres for meget energi, så den ramte er hyperaktiv (se

også om *arousalproblemer* i ordlisten på side 138).

Er der for lidt energi, kan den ramte virke søvrig eller sløv, eller have meget svært ved at koncentrere sig om noget. Han skal "vækkes" jævnligt med nye indtryk eller stimuli. Modsat kan forstyrrelser af *arousal* (vågenhed) vise sig ved, at den ramte let bliver forstyrret af indtryk og stimuli, virker hyperaktiv og har en "kort lunte". Han har brug for at blive dæmpet, bl.a. ved ikke at få for mange indtryk ad gangen.

Rutiner og pauser kan være en hjælp

Det vil ofte være en god idé at hjælpe den apopleksiramte til nogle faste daglige rutiner og at lægge flere pauser ind mellem gøremålene. Fx kan du og dine kolleger prøve at observere, hvornår I ser tegn på træthed hos den hjerneskadede og i samarbejde med ham forsøge at planlægge dagen ud fra det.

Det kan ofte også være en hjælp for den ramte at få opgaverne delt op i mindre dele og blive vejledt i at gøre én del ad gangen.

Kontakt eventuelt en ergoterapeut eller en anden fagperson i kommunen med neurofaglig viden for at få forslag til, hvordan du kan observere for bl.a. træthed og hjælpe den ramte med at holde pauser.

**Borgeren bliver generelt hurtigt udmattet,
eller måske har han kun overskud til
aktiviteter om formiddagen.**

**Borgeren kan også opleve, at opgaver,
han ellers godt kan løse, ”falder fra hinanden”,
selv om han måske ikke føler sig fysisk træt.**

**Måske lider han af træthed
som følge af hjerneskaden?**

(Træthed)

- ◆ Indlæg hvilepauser i løbet af dagen – nogle har brug for fysisk hvile, andre kan nøjes med afslapning.
- ◆ Prioritér sammen med ham, hvilke aktiviteter der er vigtigst, og hjælp ham med at planlægge dagen, så de krævende opgaver og gøremål lægges på de tidspunkter af dagen, hvor han har størst overskud.
- ◆ Måske skal der tages stilling til, om han bør have hjælp til opgaver, som han ellers godt kan klare selv (fx at tage bad), så han har energi til at klare flere – og måske for ham selv vigtige – aktiviteter i løbet af dagen. Tal med din leder om dette.

Måske har han en depression?

(Depression)

- ◆ Observér om han har andre symptomer på depression (se boksen ”Symptomer på depression” i ordlisten på side 139).



- ◆ Overvej, eventuelt sammen med din leder eller en sygeplejerske, om lægen bør vurdere, om han har en depression.
-

Borgeren kommer ikke op om morgenen, kommer ikke på toilettet af sig selv og spiser måske ikke.

Måske har han mistet evnen til at tage initiativ og får derfor ikke taget hånd om selv de mest basale behov?

(Nedsat initiativ)

- ◆ Lav sammen en liste over dagens opgaver, og hvornår han skal gøre hvad. Brug fx alarm på hans mobiltelefon som igangsætter.
- ◆ Aftal en række stikord, som I kan bruge som igangsætter for ham (se også under *cue-teknik* på side 34-35).
- ◆ Støt og guid ham til at følge listen.

Måske har han en depression?

(Depression)

- ◆ Se anvisninger i eksemplet ovenfor.

Borgeren går i stå flere gange, når han er i gang med noget, fx at tage et glas mælk fra køleskabet.

Måske går han mentalt i stå?

(Arousalproblemer)

- ◆ Sæt ham i gang igen sprogligt: ”Hvad var du i gang med? Prøv at gå videre med det, du var i gang med”.
- ◆ Hjælp ham i gang ved at lægge en hånd på skulderen, så han ”vågner”.
- ◆ Sæt ham evt. i gang igen ved at guide ham.

Du har aftalt med borgeren, at I skal gå en tur, men da du kommer for at hente ham, er han ikke klar. Eller borgeren går konsekvent alt for tidligt eller alt for sent i gang med en velkendt aktivitet.

Måske har han mistet tidsførmelsen og har derfor svært ved at vurdere, hvor lang tid det fx tager at tage tøj på?

(Tidsførmelse)

- ◆ Kan det hjælpe, at du eller alarmeren på hans mobiltelefon ringer ½ time i forvejen, så han mindes om at være klar?
- ◆ Sørg for, at ure og kalendere er synlige – hjælp med at få aftaler skrevet i kalenderen.
- ◆ Lav sammen med ham faste rutiner og tidspunkter for de daglige aktiviteter, og skriv tiderne ned.

Borgeren reagerer voldsomt, hvis noget bliver anderledes end han regnede med, fx at hjælperen ikke kommer til den aftalte tid.

Måske mister han overblikket, når tingene ikke går, som han forventer?

(Problemer med overblik og planlægning)

♦ Lyt til hans frustration – måske kan det dæmpe hans reaktion. Tal eventuelt med ham om, hvad der i situationen gjorde ham oprevet eller vred.

Måske har han svært ved at tilpasse sig nye situationer?

(Nedsat kognitiv fleksibilitet)

♦ Prøv, når der sker ændringer i det aftalte program, om det kan være en hjælp, at han bliver ringet op og forberedt på, at der sker ændringer, fx hvis hjælperen bliver forsinket.

Borgeren har sat kaffe over på kaffemaskinen men bliver pludselig optaget af at se tv-avis og glemmer kaffen, som han opdager på maskinen flere timer senere.

Han har måske mistet evnen til at holde fokus og bliver let afledt?

(Koncentrations- og opmærksomhedsproblemer)

- ◆ Hjælp ham med at holde fokus ved at minde ham om, hvad han var i gang med.
- ◆ Lær ham kun at gøre én ting ad gangen.
- ◆ Hjælp ham med at begrænse forstyrrelser udefra: Fx slukke radio/ tv, undgå at snakke eller gøre flere ting samtidig.
- ◆ Lær ham at sætte et minutur til at markere, når kaffen er færdig.

Hans hukommelse har måske taget skade, så han glemmer, hvad han er i gang med?

(Hukommelsesproblemer)

- ◆ Lær ham rutiner i hverdagen, som kan hjælpe ham med at huske, fx at sætte minuturet til at ringe, når kaffen er færdig.
- ◆ Hjælp ham med at huske dagens gøremål, fx ved at lave en liste over dagens opgaver og krydse af, når opgaverne er løst.
- ◆ Kontakt ergoterapeuten for at høre, om der er andre hjælpemidler, der kan bruges.

Borgerens hjem er i kaos med rod overalt, eller økonomien løber løbsk.

**Han har måske mistet overblikket
og begynder på flere ting uden at
gøre noget af det færdigt?**

*(Problemer med overblik og
planlægning)*

- ◆ Lav sammen et program for dagen
– opstil i punktform, hvad han skal gå
i gang med, og tjek næste dag, om han
har overholdt det.
- ◆ Hvis problemerne fortsætter, har
han sandsynligvis brug for mere støtte
i hverdagen. Drøft sagen med din le-
der.
- ◆ Prøv om han kan overholde et
budget for, hvor meget han må bruge i
løbet af fx en uge.

Orientering og færden

Mange apopleksiramte får fysiske handicap efter apopleksi, fx hel eller delvis lammelse af arm eller ben. Dette giver en række vanskeligheder og udfordringer med almindelig færden og mobilitet, og der er ofte brug for hjælp fra personale til forflytninger. Der kan også være brug for hjælpemidler som kørestol, rollator, badestol, lift og stok.

Men der kan også være mere skjulte årsager til, at den ramte har svært ved at færdes ude og inde. Det er ikke altid indlysende for andre, hvorfor

den ramte fx går ind i dørkarme eller har svært ved at færdes i trafikken – især ikke hvis den ramte kun har mindre fysiske handicap.

Ofte vil det hænge sammen med, at hjerneskaden har ramt enten syn eller rum-/retningsfornemmelse.

Det vil typisk vise sig ved, at den ramte har svært ved at orientere sig, både i kendte og ukendte omgivelser og fx går forvirret rundt på gangen, fordi han ikke kan finde sin lejlighed, eller at han fejlbedømmer afstande til ting, fx stolen han skal sætte sig på.

Borgeren går ind i ting, fx dørkarme, borde og lign. Måske falder han ofte, når han skal sætte sig, eller fejlvurderer afstande til møbler og toilet m.m.

Måske er han ikke opmærksom på ting i venstre side af synsfeltet?

(Neglekt)

- ◆ Gør ham opmærksom på, at han skal prøve at interessere sig for det, der befinder sig på venstre side.
- ◆ Spørg ham, hvilken side han skal lede i, når der er noget, han savner.
- ◆ Bed ham om at dreje hovedet eller hele kroppen til venstre. Prøv gradvis at lære ham at søge i venstre side, når der er noget, han savner.
- ◆ Prøv om du gradvis kan lære ham at flytte opmærksomheden mod venstre side, fx ved at markere venstre side af dørkarme og borde med farvet tape.
- ◆ Prøv også gradvist at flytte ting, han skal bruge i hverdagen, længere og længere over i venstre side.

Måske har han svært ved at koordinere sine synsindtryk?

(Synsvanskeligheder)

- ◆ Problemer med synet bør undersøges nøjere, eventuelt af en synskonsulent, for at finde frem til mulige træningsmetoder og måder at kompensere for de opståede vanskeligheder.



Måske har han svært ved at orientere kroppen i forhold til omgivelserne?

(Rum-/ retningsforstyrrelse)

- ◆ Hjælp ham med at indøve rutiner i dagligdagen, fx at han først må sætte sig, når han kan mærke stolen i knæhaserne.
- ◆ Lav pejlepunkter, som han kan styre efter, markér fx dørkarm med farvet tape.

Borgeren bliver aggressiv, slår ud med armene eller stritter måske imod, når han skal liftes, eller vendes i sengen.

Hans balancesans er måske påvirket, så han bliver utryg?

(Balanceproblemer)

Måske føler han, at han falder ned på gulvet?

(Rum-/ retningsforstyrrelse)

- ◆ Forklar tydeligt, hvad der skal ske og vis det eventuelt på kroppen, hvis der er sproglige vanskeligheder.
- ◆ Få god øjenkontakt med ham og spørg, hvad der føles ubehageligt for ham.
- ◆ Vær sikker på, at han har forstået, hvad der skal ske, inden du går i gang.
- ◆ Støt ham, så han undgår følelsen af at være i frit fald. Det kan hjælpe, at han har et tæppe om sig, eller at liftsejlet slutter tæt om ham.
- ◆ Kontakt en ergoterapeut, der kan hjælpe med forflytningsteknikker.

Borgeren kan ikke finde rundt i omgivelserne, måske hverken ude eller inde.

Måske har han mistet evnen til at orientere sig?

(Rum- /retningsforstyrrelse)

- ◆ Hjælp ham med at finde pejlemærker, som er nemme at huske.
Fx: Hoveddør. Gå til flot, hvidt hus → skole → gammelt bøgetræ → kiosk.
Skriv pejlemærkerne ned og lad ham indøve ruten flere gange. Gå eventuelt med de første gange.
- ◆ Nogle kan benytte hjælpemidler som fx GPS-systemer.
- ◆ Pejlemærker inden døre kan fx være malerier, særlige kendetegn på døren eller møbler med stærke farver.
- ◆ Træn den samme tur jævnligt, gerne hver dag hvis det er muligt.



6

Del viden og brug hinanden

Viden om hjernen og forståelse for følgerne af en hjerneskade er vigtigt for at kunne give den rette hjælp og pleje til apopleksiramte.

Lige så vigtigt er det, at personalet løbende deler viden og erfaringer med hinanden, både om udfordringerne i arbejdet, og om de mange små eller store succesoplevelser undervejs. Det kan fx være givende at opleve, hvordan man som hjælper kan gøre livet lettere for den ramte ved at give netop den hjælp og støtte, der skal til, for at personen selv kan klare påklædningen eller bedre kan overskue dagens opgaver.

Udfordringer i hverdagen

Arbejdet med apopleksiramte *kan* dog også ind imellem være vanskeligt og udfordrende, bl.a. fordi personer, der har fået en hjerneskade, ikke altid handler og reagerer som forventet, eller som situationen lægger op til. Nogle har en grænseoverskridende adfærd, er opfarende, langsomme eller svære at motivere. Og nogle har svært

ved at gøre sig forståelige eller ved at forstå, hvad der bliver sagt.

Her det vigtigt at se den ramtes adfærd som handlinger eller kommunikation, og ikke som egenskaber ved den ramtes personlighed. Den ramte *er* ikke bare "sur" eller "vred".

Adfærden er et tegn på, at den pågældende ikke forstår eller ikke bliver forstået, og det er personalets opgave at prøve at se bag om adfærden og forstå, hvad årsagen kan være. Måske er en konkret opgave for svær eller for trættende for den ramte, eller måske er der noget i samspillet mellem personalet og den ramte, der skaber den adfærd.

Brug kollegerne

Som hjælper kan det være svært selv at skulle finde forklaringer og løsninger, hver gang der opstår en vanskelig situation – især hvis man er meget alene om arbejdet og ikke så ofte har mulighed for at hente hjælp hos kolleger.

For at undgå at problemer i forhold til særlig vanskelige personer stiger en

over hovedet, er det vigtigt løbende at tale med kollegerne om de situationer og vanskeligheder, man møder.

Personalemøder eller gruppemøder kan være en god mulighed for sparring fra kolleger. Sørg for at der er tid nok til at tale om netop den eller de borgere, som giver vanskeligheder.

Hjælp fra andre fagpersoner

Nogle problemer er så store eller komplekse, at man bør have hjælp af andre fagpersoner. Både til at finde forklaringer på, hvad problemet handler om, og til at give råd om, hvordan den apopleksiramte kan hjælpes bedst muligt. Det kan fx være fra ergoterapeuter eller fysioterapeuter, som er tilknyttet plejecentret eller hjemmeplejen.

I nogle tilfælde kan vanskelighederne være så svære og påvirke plejepersonalet så meget, at der er brug for specialiseret hjælp udefra, fx fra en neuropsykolog, som kan supervisere personalet og hjælpe med at finde ud af, hvad der er i spil, og hvad der kan gøres ved det.

Første skridt er at henvende sig til sin leder og drøfte situationen. Det er lederens opgave at vurdere, hvad der skal sættes i gang for at hjælpe både borger og personale bedst muligt. Rådgivning fra andre, og om muligt supervision i de vanskelige tilfælde, kan forebygge, at personalet belastes unødigt eller giver op.

Spørgsmål til refleksion i personalegruppen

- Hvilke problemer møder I hos denne borger?
- Møder I de samme eller forskellige problemer?
- Hvilke forklaringer kan der være på problemet? Ved I fx noget om borgerens hjerneskade og dens placering – kan det forklare nogle af de ting, I oplever?
- Hvordan håndterer I hver især problemerne?
- Ser nogle af jeres løsninger eller måder at handle på ud til at virke bedre end andre?
- Kan jeres erfaringsudveksling føre til nye idéer til, hvordan I kan håndtere problemerne?

Faglig udvikling

Det kan være en god idé at give personalet redskaber til at analysere adfærd og tackle borgere med hjerneskader. Det kan eksempelvis være kurser eller anden undervisning eller side-mandsoplæring ved en ergo- eller fysioterapeut. Se kapitel 7 *Inspiration fra kommunale og regionale projekter* for at

få mere inspiration til, hvordan dette kan arrangeres.

I særlig vanskelige eller komplicerede tilfælde kan det overvejes at søge rådgivning og opkvalificering hos VI-SO. Se mere herom i kapitel 8 *Vejviser til mere viden*.

Forståelsen præger handlemulighederne

Hvordan de problematiske situationer håndteres afhænger bl.a. af, hvordan

man forstår situationen. Ny viden om hjerneskader, og hvordan hjerneskader kan påvirke adfærden, kan give inspiration til nye måder at handle på.

Dette illustreres i følgende historie om Ib, hvor personalet ændrede deres opfattelse af Ib efter at have deltaget i et kursus om hjerneskader. Den nye viden gjorde dem i stand til at se, hvorfor de oplevede problemer i plejen af Ib, og hvordan de kunne ændre denne situation:

”Er Ib ond?”

Ib har efter sigende en hjerneskade i højre halvdel af hjernen, der giver ham lammelser i venstre side af kroppen – eller også er det en frontallapsskade eller begge dele. Plejepersonalet ved det ikke præcist.

Han har også sukkersyge, men i stedet for at spise plejehjemmets mad spiser han kager, slik og chips, som han skyller ned med cola. Hans kone køber den usunde mad, fordi han ellers truer med at ringe til deres venner og fortælle, hvor ond hun er.

Ib er grov i munden. Han skælder meget ud og slår ud efter personalet. Han har også truet med, at han vil få slået deres ægtefæller og børn ihjel. Han kan godt finde ud af, hvor de bor, siger han. Ib vejer 180 kilo og kan ikke længere gå selv, men bruger kørestol. Han vil ikke liftes og heller ikke vaskes. Han er oftest nøgen, for han bryder sig ikke om at have tøj på.



*Personalet
er frustreret*

Plejepersonalet er meget frustreret over Ib. Flere er bange for ham og har ondt i maven, når de skal ind til ham. De opfatter ham som ondskabsfuld og bitter, og de magter ham ikke. Personalet føler sig også krænket af ham, psykisk og fysisk. De er udmattede af at flytte rundt på ham, og tyndslidte af hans trusler og skældud. Alligevel prøver de hver dag at pleje ham og yde god hjælp.

Ib vil bare ikke samarbejde, og de kan ikke tale ham til fornuft. Hvis de spørger, om han vil vaskes, svarer han nej. Prøver de alligevel, slår han ud efter dem. Forsøger de at tale om hans madvaner, skælder han ud og truer dem.

Hvad gør man?

Kan man tvinge en person som Ib? Må man lade ham sejle i sin egen sø? Er Ib ond eller ... ? Sådan lyder nogle af de spørgsmål, som personalet forståeligt nok stiller.

Vejen til en løsning ligger i at prøve at forstå, hvad det vil sige at have en hjerneskade. Og personalet har brug for fælles viden om hjerneskader og håndtering af følgerne.

I Ibs tilfælde har plejepersonalet først og fremmest brug for en præcisering af Ibs diagnose:

- ◆ Hvor i hjernen sidder Ibs hjerneskade?
- ◆ Hvilke følgevirkninger kan den type skader have?
- ◆ Kan man forestille sig, at en del af Ibs adfærd snarere skyldes hjerneskaden end egentlig ondskab?
- ◆ Hvordan var Ib før hjerneskaden? Hvad interesserede ham? Hvad var han god til?



*Kursus i hjerneskader
ændrer forståelsen*

Personalet får et kursus i hjerneskader og deres følger, og den nye forståelse får problemerne til at ændre karakter til faglige udfordringer, der kan arbejdes med. Det hæver kvaliteten af plejen og gør det lettere at holde på de ansatte.

Personalet indser efter kurset, at Ibs hjerneskode gør det svært for ham at få overblik og træffe valg, og at den påvirker hans situationsfornemmelse. Derfor nytter det ikke at spørge ham, før de tager fat på de daglige gøremål, eller at diskutere så meget med ham, som de hidtil har gjort. Kommunikationen skal i stedet skabe struktur og hjælpe Ib til større overblik.

Når personalet skal hjælpe Ib med morgentoilette, fortæller de ham i stedet roligt, men bestemt, hvad de agter at gøre, og går så i gang. Valgmulighederne bliver begrænset til, at Ib skal svare enten ”ja” eller ”nej”.

Plejen af Ib bliver ændret. Personalet vælger bl.a. at gøre noget ved Ibs livstruende spisevaner og ved deres dårlige kommunikation med ham. De taler med hans kone om maden, og hun stopper med at give ham søde sager. Den usunde mad forsvinder – i øvrigt uden nævneværdige protester fra Ib. Og plejehjemmets køkken kontakter Ib for at finde ud af, hvad han har lyst til at spise af sund mad.

For første gang i et halvt år bliver Ib vasket. Han bliver også liftet, så det er slut med at bære ham. Den ændrede adfærd giver en mere rolig kommunikation, og Ib er ikke længere så aggressiv og truende. Personalet kan føre normale samtaler med ham, mest om sport, som han går meget op i. De er ikke længere bange for ham. Faktisk bliver det næsten hyggeligt at komme hos ham, og de begynder gradvis at få indblik i, hvilke ressourcer og udviklingsmuligheder, Ib rummer.

*Historien om Ib er hentet i hæftet ”Rejsen tilbage”
udgivet af Videnscenter for Hjerneskode,
her gengivet i en redigeret version.*



7

Inspiration fra kommunale og regionale projekter

I flere kommuner er der iværksat projekter eller ordninger, hvor pleje- og omsorgsindsatsen omlægges, så personalet i højere grad inddrager borgerne i de daglige gøremål og derved øger deres aktivitetsniveau og deltagelse i hverdagen. Dette kaldes flere steder for *aktiverende og trænende pleje* eller ligefrem *hverdagsrehabilitering*. Ofte retter initiativerne sig mod alle plejemodtagere, heriblandt apopleksiramte ældre. Andre projekter er direkte målrettet ældre, som er ramt af apopleksi.

Aktiverende og trænende pleje

Fælles for mange af projekterne er, at pleje- og omsorgspersonalet bliver gjort bevidst om at inddrage ældre i de almindelige daglige gøremål som at vaske sig, tage tøj på, lave mad og gøre rent. Personalet instrueres i ikke at hjælpe og støtte mere end højst nødvendigt, for når hjælperne overtager opgaver, som de ældre selv kan klare, mister mange hurtigt færdighederne.

Formålet i projekterne er således at

Formålet i de projekter og ordninger, som nævnes i dette kapitel, ligger tæt op ad grundtanken i denne håndbog: At man ved at arbejde målrettet med træning og udvikling i den daglige pleje kan gøre selv meget svækkede ældre apopleksiramte mere aktive i de daglige gøremål og i stand til at klare flere opgaver i dagligdagen. Til glæde og gavn for både personalet, som oplever større tilfredshed i arbejdet, og for de ældre, som ofte bliver mere selvhjulpne og oplever større livskvalitet.

De fleste steder sker forandringerne ved at udvikle personalets kompetencer gennem undervisning, sidemandsoplæring og supervision. Det sker ofte i tæt samarbejde med andre faggrupper som ergo- og fysioterapeuter og i nogle tilfælde på tværs af sektorer.

flytte fokus fra kompenserende hjælp til at udnytte borgernes ressourcer og udviklingsmuligheder.

Erfaringerne er, at den aktiverende og trænende pleje giver mange større livsglæde, et mere aktivt liv og en dagligdag med mening. Flere bliver samtidig mere selvhjulpne. Også økonomisk er der store gevinster at hente.

Hverdagsrehabilitering

Ældre, der er fysisk eller mentalt svækkede efter apopleksi, har særlig gavn af at blive inddraget i de daglige gøremål – og af at blive mødt af medarbejdere, der motiverer og inspirerer

til en målrettet indsats for at fastholde, genvinde eller styrke færdigheder.

Hjemmeplejen og plejecentre har flere steder i landet gode erfaringer med *hverdagsrehabilitering*, hvor ældre, der er svækkede efter bl.a. apopleksi, i en periode får intensiv træning i at kunne klare flere gøremål selv.

Erfaringerne viser, at selv meget svækkede ældre kan trænes op – nogle så meget, at de igen bliver selvhjulpne. Træningen udføres typisk i hjemmet af den daglige social- og sundhedshjælper sammen med en ergo- eller fysioterapeut eller under supervision af en terapeut.

På de næste sider er nogle kommuners og en enkelt regions erfaringer samlet til inspiration for ledere og medarbejdere i kommunernes ældrepleje. Der er desuden kontaktoplysninger, hvor interesserede kan hente yderligere information om projekternes metode, erfaringer og resultater.

Apopleksi og rehabilitering – syv nordjyske kommuner

Syv nordjyske kommuner og rehabiliteringsteamet på Sygehus Himmerland i Terndrup indgik i 2005-2007 et projektsamarbejde for at opkvalificere social- og sundhedshjælpernes og -assistenternes rehabiliteringsindsats i kommunerne i forhold til apopleksiramte.

Projektets formål var at styrke den tværfaglige indsats i kommunerne via kompetenceudvikling af plejepersonalet og styrkelse af hjemmerekabileringen. Målet var at bevare og udvikle apopleksiramtes opnåede funktionsniveau efter udskrivelse til eget hjem.

Sådan gjorde de

Plejepersonalet fik viden om hjernen, apopleksi, neuropædagogik og rehabilitering m.m. på et 5 dages kursus om "Selvstændigt arbejde med den hjerne-skadede". Derefter gav rehabiliteringsteamet vejledning og supervision til personalet i forhold til konkrete daglige opgaver hos borgere med følger efter apopleksi.

Resultater og erfaringer

Der blev afholdt 10 kurser med i alt 210 deltagere og gennemført 53 hjem-

me-rehabiliteringsforløb, hvor personalet fik supervision undervejs. Rehabiliteringsteamet gennemførte 180 besøg i borgernes hjem.

Projektet viste, at kursus, vejledning og supervision øgede plejepersonalets kompetencer og gjorde medarbejderne i stand til at træne og aktivere apopleksiramte borgere, så de blev mere selvhjulpne og oplevede øget livskvalitet.

I projektrapporten beskrives nogle af resultaterne:

En borger med rumlige forstyrrelser kunne ikke selv klæde sig af og på. Rehabiliteringsteamet gav vejledning og superviserede plejepersonalets samarbejde med borgeren om strategier i forhold til påklædning. Borgeren kunne kort tid efter selv klare påklædning.

En anden borger med halvsidig lammelse ønskede at komme op på 1. sal i sit hus for at bruge soveværelse og brusebad. Ved målrettet indsats fra både borgeren og en social- og sundhedsassistent blev borgeren i stand til selv at gå på trappen uden støtte.

Status:

*Rehabiliteringsteam rykker ud
til kommunerne*

Efter projektets afslutning har Sygehus Himmerland oprettet et fast, tværfagligt rehabiliteringsteam med udkørende funktion i Mariagerfjord, Rebild og Vesthimmerlands kommu-

ner. Teamet er tilknyttet rehabiliteringsafsnittet på sygehuset og består af en ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent.

Målet for teamets arbejde er at udvikle kompetencerne hos primærsektorens sundhedspersonale inden for rehabilitering samt at skabe et sammenhængende patientforløb. Begge opgaver til gavn for borgeren, som derigennem bevarer og udvikler sit funktionsniveau efter udskrivelsen til eget hjem. Omdrejningspunktet for kompetenceudviklingen er den enkelte borgers mål, ønsker, behov og ressourcer.

Rehabiliteringsteamet visiterer til hjemmerekabileringsforløb under forudsætning af, at borgeren giver tilsgn. Ved hjemmerekabilering får primærsektorens sundhedspersonale vejledning og supervision med udgangspunkt i en praksissituation i borgerens eget hjem.

I slutningen af 2010 skal teamets arbejde revurderes, og der skal tages stilling til, hvordan samarbejdet mellem rehabiliteringsafsnittet og de tre kommuner fremover skal foregå.

Yderligere oplysninger

Selve projektet er beskrevet i rapporten "Evalueringsrapport: Projekt Rehabilitering og apopleksi. Sygehus Himmerland i Terndrup". Rapporten kan downloades på hjemmesiden:

www.sygehushimmerland.rn.dk. Se links under afsnittet om "Rehabiliteringsafsnit M3". Projektet er også omtalt i artiklen "Vi skal alle tænke rehabilitering", Ergoterapeuten juni 2007.

Yderligere oplysninger om Sygehus Himmerlands rehabiliteringsteam kan fås på hjemmesiden: www.sygehushimmerland.rn.dk under "Rehabiliteringsafsnit M3". Henvendelse kan også ske telefonisk på tlf. 98 52 78 70.

Længst Muligt I Eget Liv – Fredericia Kommune

Længst Muligt I Eget Liv er et stort forsøgsprojekt i Fredericia Kommune, der bl.a. er sat i værk for at gøre op med traditionelle forestillinger om, hvad god pleje og omsorg er. Projektets mål er at gøre ældre og andre borgere med plejebehov så selvhjulpne som muligt og dermed i stand til selv at klare hverdagen.

Projektet sigter mod at udvikle kommunens ældrepleje fra kompenserende og plejende hjælp til en rehabiliterende og forebyggende indsats, med fokus på at den ældre borger styrkes i at mestre sit eget liv. Det bærende princip i projektet er, at der ydes hjælp til selvhjælp.

Formålet er at øge ældre borgeres

livskvalitet, at fastholde og styrke ældres fysiske, kognitive og sociale evner, at forebygge indlæggelser samt at udskyde eller nedsætte behovet for kompenserende hjælp og pleje – og derved fastholde kommunens service-niveau.

Hverdagsrehabilitering – ét af fem delprojekter

Forsøgsprojektet består af fem delprojekter, hvoraf det ene er ”Hverdagsrehabilitering”, som retter sig mod borgere, der vurderes at have et rehabiliteringspotentiale.

I projekt ”Hverdagsrehabilitering” tilrettelægges hjælpen som hjemmetræning, der tager udgangspunkt i de mål, som borgeren opstiller sammen med kommunens medarbejdere. Målet kan være selv at tage bad, tage tøj på, lave mad, klare indkøb eller gå tur med hunden. Eller det kan være at deltage i fritidsaktiviteter. Sammen med hjemmetræneren øver borgeren sig i at genvinde færdigheder og bliver dermed trænet op til efterhånden at kunne klare sig selv.

Hverdagsrehabiliteringen udføres af plejepersonale i samarbejde med et rehabiliteringsteam bestående af terapeuter, sygeplejersker og visitatorer.

Resultater og erfaringer

Den første eksterne evaluering af projekt ”Hverdagsrehabilitering” viser, at kommunen har sparet 15 mio. kroner på årsplan som følge af mindre forbrug af plejeydelser. Der skal dog indregnes en investering på ca. 6 mio. kroner i projektperioden.

Siden projektet startede i 2008, har 309 borgere været igennem hverdagsrehabilitering. Heraf er 48 procent blevet selvhjulpne og 37 procent kan nøjes med mindre hjælp end de oprindeligt bad om, mens 15 procent ikke har profiteret af forløbet. Tilbagemeldingerne fra borgerne har været positive og viser stor tilfredshed med selv at kunne stå for hverdagens gøremål igen.

Status: Hverdagsrehabilitering udvides til hele plejeområdet

Som følge af de mærkbare resultater er hverdagsrehabiliterings-modellen overgået til daglig drift fra den 1. februar 2010. Nu går Frederica Kommune igang med at udbrede modellen til hele plejeområdet og dermed borgere, som allerede modtager personlig og praktisk hjælp. Tidligere omfattede indsatsen kun borgere, der efterspurgte ny hjælp fra den kommunale pleje. Udbredelsen af rehabiliterings-modellen foregår som et nyt projekt i 2011 kaldet ”Trænende hjemmehjælp”.

Yderligere oplysninger

Kommunen har oprettet en særlig hjemmeside for projekt *Længst Muligt I Eget Liv*, hvor der også oplyses om seneste nyt fra alle delprojekterne, herunder resultaterne fra evalueringer undervejs. Det er også muligt at se og høre interviews med medarbejdere og borgere. Se på: www.fredericiakommune.dk/egetliv/topmenu/forside/

Projekt Aktiv pleje – Faaborg-Midtfyn Kommune

Projektet begyndte i maj 2009 og blev slutevalueret i sommeren 2010. Nu er projektet overgået til permanent ordning i hele kommunen.

Projektet, der foregik i halvdelen af kommunen, blev sat i værk for at undersøge, hvilken effekt træning af hverdagsaktiviteter havde på borgere, der var visiteret til hjemmepleje. Det overordnede formål med projektet var: "at kommunen fortsat kan give pleje og omsorg til de svageste borgere, selv om der bliver flere ældre med behov for hjælp".

Målet var:

- ◆ At borgeren blev bevidst om eget udviklingspotentiale, trods eventuelle helbredsmaessige besværligheder

- ◆ At borgeren oplevede en målrettet indsats med henblik på bedre at kunne klare dagligdagens opgaver
- ◆ At øge fokus på hjælp til selvhjælp i organisationen og i befolkningen
- ◆ At plejepersonalet oplevede øget udfordring ved konkret sparring med anden faggruppe
- ◆ At styrke det tværfaglige samarbejde

Der var i projektperioden ansat en fysio- og en ergoterapeut, som udarbejdede plan og mål for træningen sammen med borgeren og plejepersonalet. Selve træningen foregik gennem udførelse af hverdagsaktiviteter, som borgeren havde fået visiteret hjælp til. Forventningen var, at hvis borgerne modtog støtte til selv at kunne klare fx bad, påklædning og rengøring, umiddelbart efter at de var blevet visiteret til hjælp, ville de blive mere selvhjulpne og tage mere del i hverdagens aktiviteter.

Resultater og erfaringer

Af projektets slutevaluering fremgår, at projektet overordnet set har været en succes, idet næsten alle succeskriterier i forhold til både borgere og medarbejdere er blevet indfriet. Udgiften til borgere, der modtog hjemmehjælp, blev således reduceret, og en stor del af borgerne opnåede et

bedre funktionsniveau og oplevede øget selvhjulpenhed.

Plejepersonalet gav udtryk for at have fået øget fokus på hjælp til selvhjælp og på at tænke i aktiv pleje fremfor passiv hjælp. Personalet gav dog også udtryk for, at det kunne være svært at motivere og stille krav til borgerne, bl.a. fordi det medførte risiko for at blive "upopulær". Ved sygdom og andre uforudsete opgaver var der risiko for, at plejepersonalet kom til at overtage nogle af borgernes aktiviteter pga. tidsnød.

Status

Indsatsen er nu gjort permanent som en integeret del af plejen under Servicelovens § 83. Der er ansat yderligere to terapeuter, som sammen med de hidtidige to terapeuter og plejepersonalet står for den aktiverende pleje til alle kommunens borgere, der modtager hjælp efter § 83.

Yderligere oplysninger

Information om projektet og slutevalueringsrapporten findes på kommunens hjemmeside: www.faaborgmidt-fyn.dk (se *Aktiv pleje* under "Voksne og ældre").

Flere oplysninger kan fås ved henvendelse til Ann-Kirstine Fruergaard, forebyggende terapeut i aktiv pleje, på tlf. 72 53 50 39.

Mere træning i plejen – Middelfart Kommune

I Middelfart Kommune er ordningen *Mere træning i plejen* indført som en fast del af hjemmeplejen efter et projekt i 2006-2008.

Der er ansat to ergoterapeuter i ordningen, hvor vedligeholdende træning indgår i plejen, så borgeren bevarer sit funktionsniveau længst muligt. Det sker ved at udvikle plejepersonalets kompetencer gennem samarbejde med ergoterapeuterne. Indsatsen er rettet mod borgere i eget hjem, som modtager hjælp til personlig pleje, heriblandt apopleksiramte. Træningen udføres af plejepersonalet som en del af den daglige pleje.

Sådan gør de

I projektperioden udvalgte plejepersonale, plejeomsorgsledere og en ergoterapeut i fællesskab de borgere, der kunne få gavn af vedligeholdende træning. Nu kommer de fleste henvendelser fra visitator og fra plejepersonalet.

Hvis borgeren samtidig modtager genoptræning af kommunens trænende terapeuter, afholdes et målmøde mellem alle parter, som sammen aftaler og tilrettelægger, hvordan hjælpen skal udføres hos borgeren.

Plejepersonalet og ergoterapeuten

besøger sammen borgeren i hjemmet, hvor ergoterapeuten vejleder og superviserer og derefter udarbejder en døgnrytmeplan, som placeres i samarbejdsbogen hos borgeren. Derved sikres, at alle medarbejdere, som kommer hos borgeren, får information om, hvordan han eller hun skal hjælpes og trænes. Ergoterapeuten kontakter visitator om visitering af tid.

Når borgeren er vurderet af ergoterapeuten, skifter ansvaret for indsatsen til plejomsorgslederen. Ergoterapeuten kan derefter tilkaldes efter behov, og ergoterapeuten revurderer indsatsen hos borgeren efter 3-6 måneder.

Resultater og erfaringer

Personalet har meldt tilbage, at indsatsen giver dem et mere nuanceret billede af borgeren. De kan bedre se, om personen har en "god" eller "dårlig" dag, er træt eller svækket på anden vis. De oplever også, at deres forhold til borgeren er mere ligeværdigt, da borgeren nu deltager i de daglige gøremål.

Borgernes motivation for at deltage er lidt svingende, men stort set alle melder tilbage, at de føler sig mere mobile og selvhjulpne, og at de har fået mere mod på dagligdagens udfordringer.

Erfaringerne er blandt andet, at indsatsen kun i få tilfælde har krævet mere tid hos borgeren, da det først og

fremmest handler om at omorganisere hjælpen lidt, at få diverse ting placeret inden for rækkevidde så borgeren selv kan nå dem, samt om at plejepersonalet bliver opmærksom på at slippe igen, når borgeren selv kan tage over.

Det er vigtigt, at ergoterapeuterne bruger tid på at lære plejepersonalet og deres arbejdsgange at kende. Det er med til at sikre, at parterne respekterer hinanden, stiller realistiske krav, og at de kender hinandens roller og får afklaret gensidige forventninger.

Hverdagsrehabilitering – et nyt tiltag i kommunen

Middelfart Kommune har i november 2010 iværksat et nyt tiltag kaldet "Hverdagsrehabilitering", hvor målgruppen er borgere, der efterspørger mere hjælp eller søger om hjælp for første gang, og som vurderes at have udviklingspotentialer via træning. Mange af borgerne vil sideløbende med hverdagsrehabiliteringen være i et ordinært genoptræningsforløb i kommunen.

Målet er at gøre borgeren så selvhjulpne som muligt. Konkret sker det ved, at en terapeut igangsætter den daglige træning og har det overordnede ansvar, mens hjemmetrænerne har ansvaret for, at den daglige træning bliver udført.

Yderligere oplysninger

Indsatsen *Mere træning i plejen* er nøje beskrevet på hjemmesiden: www.godsocialpraksis.dk. Se under "Forvaltningsledelse". Indsatsen er endvidere omtalt i artiklen "To ergoterapeuter øger træningen i ældreplejen" i *Ergoterapeuten*, november 2009.

Yderligere oplysninger om indsatsen og det nye tiltag kan fås hos: Teamleder Vivi Ovesen på tlf. 88 88 46 69.

Projekt Fokusskifte – Høje-Taastrup Kommune

I Høje-Taastrup Kommune har *Projekt Fokusskifte*, som foregik fra oktober 2007 til juni 2009, skabt øget opmærksomhed på at vedligeholde og styrke ældres ressourcer i de almindelige daglige aktiviteter. Dette er sket gennem undervisning og vejledning af både borgere og personale på plejecentrene og i hjemmeplejen.

Formålet med projektet har været at reducere ældre borgeres behov for hjælp og give dem oplevelsen af at have større ansvar for at mestre eget liv.

Sådan gjorde de

To fysioterapeuter og en ergoterapeut var i projektperioden ude i borgernes

hjem sammen med det daglige plejepersonale for at se på arbejdsgangene og for at afdække de ældres ressourcer.

Derefter gav terapeuterne både personale og de ældre gode idéer til, hvordan personalet kunne få mere fysisk aktivitet ind i de ældres hverdag, og til hvordan de kunne tilrettelægge arbejdet, så de ældres ressourcer blev bevaret og styrket i de almindelige daglige aktiviteter som personlig pleje, påklædning, rengøring, opvask osv.

Samtidig afholdt kommunen kurser for plejepersonalet i "Den motiverende samtale" for at give personalet redskaber til at motivere ældre til at gøre en indsats i forhold til træning og aktivitet. Og der blev afholdt kurser for personalet om fysisk aktivitet for svækkede ældre.

Resultater og erfaringer

Både borgere og personale tog godt imod projektet, og resultaterne har været positive. I den afsluttende rapport konkluderes bl.a.:

"Resultaterne af indsatserne i projektet har været positive, selv om målgruppen er ældre mennesker med begrænsede ressourcer. De borgere, som har deltaget, var allerede afhængige af hjælp i større eller mindre grad og har som udgangspunkt brug for støtte og motivation til at klare de forskellige opgaver i hverdagen. Alligevel har langt de fleste opnået en eller anden grad af forbedret fysisk

formåen. Flere borgere har oplevet betydelige fremskridt gennem projektperioden. Nogle har fået mere livsgnist og har på egen krop og psyke mærket den positive udvikling. Det er tydeligt, at også en svag ældre har brug for at blive set og hørt og være i stand til at deltage i både store og små aktiviteter”.

Status:

*Ambassadørkorps etableret og
ergoterapeuter ansat*

Efter projektets afslutning i 2009 blev der arbejdet videre med indsatsen i form af et stort ambassadørkorps. Dette korps er sammensat af 2-3 medarbejdere fra alle grupper med tilknytning til ældreområdet i kommunen, som alle, via kompetenceudvikling i ”Vellykket aldring”, har fået redskaber til at arbejde intensivt med at implementere tankegangen i *Projekt Fokus-skifte* i hverdagens opgaveløsning.

Yderligere oplysninger

Yderligere information, herunder rapporter om projektet med dokumentation for de opnåede resultater, kan fås på hjemmesiden, hvor der også er oplysninger om kontaktpersoner m.m.: www.espensvaenge.htk.dk.

Aktiverende og trænende pleje i borgerens hjem – Langeland Kommune

Selvhjulpne borgere med høj livskvalitet, bedre arbejdsvilkår for personalet og reduktion i visitationen til hjemmehjælp.

Det var målene, da Langeland Kommune startede projektet i 2008 efter en række mindre pilotprojekter. Projektet fik så stor succes, at indsatsen nu er en fast del af kommunens hjemmepleje.

Sådan gør de

Indsatsen består i, at brugerne af hjemmeplejen får tilbudt aktiverende hjælp i dagligdagen som en integeret del af den almindelige pleje og omsorg. I stedet for at modtage passiv hjælp, hvor personalet stort set gør alt, skal brugeren og hjemmeplejen i fællesskab opstille mål, som de sammen arbejder henimod.

De ansatte i hjemmeplejen får vejledning og supervision af en fysio- eller ergoterapeut, som tager med ud i borgerens hjem for at observere både borger og hjælper i de daglige rutiner. Fysio- eller ergoterapeuten lægger særligt mærke til, hvad borgeren selv kan – eller med en indsats kan komme til at gøre selv – og hvad borgeren skal have hjælp til.

Derefter vejleder terapeuten begge parter i, hvordan borgeren kan hjælpes til at klare flere opgaver selv. Det sker ved, at hjælperen træner opgaverne sammen med borgeren og er bevidst om ikke at hjælpe for meget.

Hjemmeplejens personale får desuden undervisning i forskellige temaer, såsom fald, smerter og apopleksi. Samtidig får de konkrete redskaber til at motivere borgerne til at tage imod de nye tanker om pleje, bl.a. ved undervisning i "Den motiverende samtale".

Aktiverende pleje handler i høj grad om at ændre personalets og borgernes holdning, så borgerne bevidst involveres og aktiveres i de daglige gøremål. Der er dermed ikke tale om egentlig genoptræning. Den varetages fortsat af fysio- og ergoterapeuter m.fl..

Resultater og erfaringer

Mange – også meget svækkede – borgere har vist tydelig fremgang, nogle endda i en sådan grad at de fra at have modtaget mange timers hjælp om ugen, nu kan nøjes med færre timer eller slet ingen.

Personalet oplever større arbejdsglæde og tilfredshed, dels som følge af borgernes fremgang, dels fordi indsatsen giver bedre arbejdsvilkår. Da personalet får råd og vejledning om deres arbejde, står de ikke alene med indsatsen, og det har samtidig givet medarbejderne mod på at tænke og handle anderledes i arbejdet.

Status

Indsatsen er implementeret som fast arbejdsmetode i kommunens hjemmepleje. Desuden arbejdes der med at sætte større fokus på "Det gode og lange liv for ældre". Der er udarbejdet en indsatsplan med fokus på tidlig indsats og forebyggelse med henblik på at fastholde ældre i et aktivt liv. I den forbindelse arbejdes bl.a. med princippet: "Vi træner mere end vi plejer".

Yderligere oplysninger

Langeland Kommune har udgivet en folder om indsatsen og en kort beskrivelse af projektet. Begge kan ses på hjemmesiden: <http://forebyggelsescentret.langelandkommune.dk> under "Afsluttede projekter".

Indsatsen er bl.a. omtalt i artiklen "Ældre kan mere end de tror" i bladet "Sund i Syd - Sundhedsmagasinet for Region Syddanmark", april 2009. Se mere på www.sundisyd.dk

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til:

Fysio- og ergoterapeuterne, Spodsbjergvej 129A, 5900 Rudkøbing.
Kontaktperson: Udviklingsterapeut Solveig Harritslev Stürup, tfl. 63 51 66 20 eller 21 72 78 50.

Projekt Rehabilitering – Kerteminde Kommune

Kommunen gennemførte i 2007-2008 en intensiveret rehabiliteringsindsats, hvor en del af kommunens modtagere af varig og midlertidig hjemmehjælp gennemgik et rehabiliteringsforløb.

Sådan gjorde de

Rehabiliteringsforløbet bestod af hjemmetræning og aktiverende pleje i borgerens hjem, som blev udført af plejepersonale sammen med en af tre rehabiliterende ergoterapeuter, der blev ansat til projektet. Træningsomfang og mål blev fastlagt i tæt samarbejde mellem den enkelte borger, visitator, plejepersonale og den rehabiliterende ergoterapeut.

En væsentlig del af terapeuternes opgave var at støtte og vejlede både borger og plejepersonale i, hvordan borgeren kunne inddrages aktivt og trænes i de daglige gøremål, som borgeren havde brug for hjælp til. Personalet blev bl.a. instrueret i at guide borgere i aktiviteterne, at træne dem til at kunne færdes i eget hjem med eller uden hjælpemidler og i at motivere dem.

Det tætte samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale viste sig at være afgørende for de positive resultater i projektet, bl.a. fordi det gav per-

sonalet større forståelse for, hvorfor borgeren skulle gøre tingene selv. Den daglige indsats fra plejepersonalet var afgørende for, at der skete fremgang hos borgeren.

Resultater og erfaringer

I alt 80 modtagere af varig hjemmehjælp og 66 modtagere af midlertidig hjemmehjælp modtog rehabiliterings-træning i projektperioden, heriblandt borgere med følger efter apopleksi. Som følge af træningen blev en del af borgerne selvhjulpne eller fik mindre behov for hjælp. Samlet set frigjorde træningsindsatsen ressourcer hos plejepersonalet svarende til 148 hjemmehjælpstimer om ugen.

Der skete en tydelig holdningsændring hos personalet, så den enkelte medarbejder blev mere bevidst om at se udviklingsmuligheder hos borgerne og opmærksom på at se borgerens ressourcer frem for begrænsninger. En selvevaluering blandt borgerne viste, at de også selv oplevede en bedring af egen formåen.

Som udgangspunkt var det ikke hensigten, at de rehabiliterende terapeuter skulle varetage genoptræning efter sygehusindlæggelse – af bl.a. borgere som havde været indlagt med apopleksi. Men erfaringer fra projektet viste, at borgere og samarbejdspartnere i hjemmeplejen ofte blev forvirrede, hvis der blev ydet genoptræning fra kommunens trænende team

samtidig med, at de rehabiliterende terapeuter skulle sætte gang i den rehabiliterende indsats.

Det blev derfor anbefalet at samle hele indsatsen hos den rehabiliterende terapeut, som så kunne koordinere hele forløbet. Hvis der var behov for yderligere hjælp fra en trænende fysioterapeut, var det den rehabiliterende terapeut, som iværksatte dette

Status

Projektet blev i 2008 implementeret som daglig drift i Kerteminde Kommune som følge af de positive resultater og opnåede besparelser.

En evaluering af projektet viste, at det ville være mest hensigtsmæssigt fremover at organisere de rehabiliterende terapeuter i et særligt team, "Team træning, aktivitet og rehabilitering". Efter denne omorganisering har de rehabiliterende terapeuter fortsat et tæt samarbejde til hjemmeplejen, og de arbejder i store træk efter projektets oprindelige målsætning.

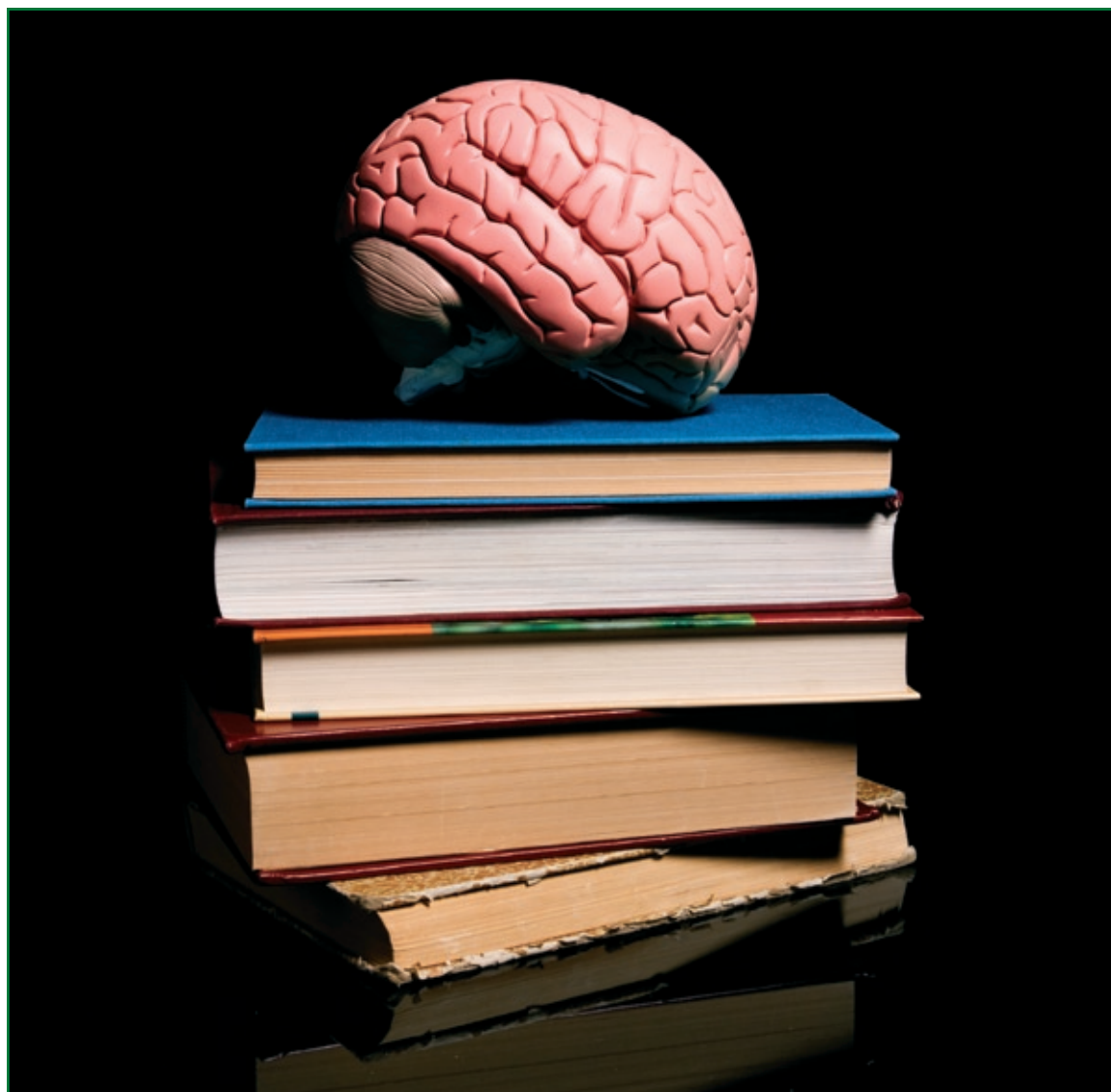
I 2010 er der oprettet en rehabiliterende enhed, hvor kommunens tidligere aflastningsstuer er samlet. De rehabiliterende terapeuter er også tæt knyttede til denne enhed, som har fokus på rehabilitering fremfor aflastning.

Den rehabiliterende indsats bliver i øvrigt løbende udviklet ud fra de erfaringer, der opnåes.

Yderligere oplysninger

Projektet er beskrevet i rapporten: "Projektbeskrivelse. Rehabilitering i Kerteminde Kommune, 2007", som kan findes på kommunens hjemmeside www.kerteminde.dk

Flere oplysninger kan fås ved henvendelse til de rehabiliterende ergoterapeuter: Henriette Gommesen, hmg@kerteminde.dk, Rikke Ipsen, rip@kerteminde.dk, Ane Koefoed-Toft, akt@kerteminde.dk



Kapitlet er opdelt i tre hovedområder:

- ◆ Pjecer, bøger, rapporter og film om apopleksi, hjerneskade og ældre
- ◆ Kurser og efteruddannelsestilbud
- ◆ Organisationer, institutioner og foreninger

Pjecer, bøger, rapporter
og film om apopleksi,
hjerneskade og ældre

**Apopleksi, følgevirkninger,
samarbejde m.m.**

Pjecer

Flere af pjecerne er fyldige og formidler grundlæggende viden om apopleksi og følgevirkninger, som ikke kun er relevante for apopleksiramte og pårørende men også for personale på ældreområdet.

Orientering om blodprop og blødning i hjernen. Apopleksi

Pjece med overordnet information om apopleksi, konsekvenser og behandlingsmuligheder. Udgivet af HjerneSagen, 2005. Se mere på www.hjernesagen.dk under "Bestil og køb".

Skjulte handicap efter hjerneskade. Gode råd til hjerneskadede og pårørende

Folder om de mest almindelige skjulte handicap samt gode råd til, hvordan bl.a. personale og pårørende kan håndtere vanskelighederne. Udgivet af Hjerneskadecentret – BOMI og kan bestilles via hjemmesiden: www.roskildebomi.dk

Orientering om skjulte handicap efter skade i højre hjernehalvdel

Pjecen beskriver nogle af de skjulte følger af en skade i højre hjernehalvdel, bl.a. manglende sygdomsindsigt, neglekt, følelsesmæssige ændringer og ændret social adfærd. Pjecen har desuden et afsnit med forslag til, hvor både pårørende og personale kan søge hjælp, og hvordan hverdagen med

en apopleksiramt (højresidig hjerne-skade) kan lettes. Udgivet af Hjerne-Sagen, 2005. Se mere på www.hjernesagen.dk under "Bestil og køb".

Orientering om sproglige vanskeligheder efter en blodprop eller blødning i hjernen. Afasi

Generel orientering til afasiramte, pårørende samt personale om afasi og konsekvenser heraf samt anvisninger til hjælp i dagligdagen, praktiske råd m.m. Desuden et afsnit om andre skjulte følger ved skade i venstre hjernehalvdel. Udgivet af HjerneSagen, 2004. Se mere på www.hjernesagen.dk under "Bestil og køb".

Afasi – sprogvanskeligheder efter en erhvervet hjerneskade

Pjece om afasi og gode råd til kommunikation med afasiramte. Henvender sig primært til den afasiramtes pårørende og netværk i øvrigt. Pjecen fås på dansk, engelsk, grønlandsk, somali, urdu og samisk. Udgivet af Hjerne-Sagen. Kan downloades og bestilles på: www.hjernesagen.dk

Orientering om talevanskeligheder efter en blodprop eller blødning i hjernen – dysartri

Pjece om de talevanskeligheder efter apopleksi, som kaldes dysartri. Beskriver hvad dysartri er, hvordan det viser sig, og hvad der kan gøres. Videre-giver desuden praktiske råd til samtale med personer, der har dysartri. Pjecen

henvender sig både til apopleksiramte, deres pårørende og til personale, som møder mennesker med dysartri i hverdagen. Udgivet af HjerneSagen, 2003. Se mere på: www.hjernesagen.dk under "Bestil og køb".

Orientering til pårørende til mennesker ramt af en blodprop eller blødning i hjernen

Pjece til pårørende om apopleksi, reaktioner hos pårørende, udskrivelse fra sygehus samt ændringer i hverdagen. Desuden forslag til, hvordan pårørende kan passe på sig selv samt støttemuligheder (bl.a. aflastning, befordring, boligændringer, hjælpemidler osv.). Udgivet af HjerneSagen, 2006. Se mere på: www.hjernesagen.dk under "Bestil og køb".

Når den ene side sætter ud

En vejledning til apopleksipatienter, deres pårørende og hjælpere om, hvad apopleksi er, samt anvisninger om genoptræning. Udgivet af Neurorehabiliteringen Ringe, Odense Universitetshospital, 2003. Kan rekvireres via hjemmesiden www.ouh.dk eller ved henvendelse til Neurorehabiliteringen på tlf. 63 62 18 00.

Dysfagi – om de ændringer og problemer der opstår som følge af dysfagi

Pjece om dysfagi, dvs. tygge- og synkebesvær. Udgivet af Hjerneskadefor-eningen, men er udgået. Den kan læ-

ses og downloades på www.vfhj.dk. Se "Pjecer på hjerneskadeområdet" under "Publikationer".

Personligheden efter en hjerneskade

Pjece om de personlighedsmæssige ændringer, der kan opstå som følge af en hjerneskade. Udgivet af Hjerneskadeforeningen i 1998. Se mere på: www.hjerneskadeforeningen.dk

Tre pjecer udarbejdet af neuropsychologerne Hanne Udesen og Peter Bruhn på Glostrup Hospital. De kan alle downloades på hospitalets hjemmeside på www.glostruphospital.dk. Pjecerne findes under "Neurologisk Afdeling" (se punktet "Hjerneblødning (apopleksi)" under "Sygdom og behandling"):

- **Apopleksi i højre side af hjernen – neuropsychologiske symptomer**
Pjece om de almindeligste vanskeligheder efter apopleksi i højre hjernehalvdel.
- **Amnestisk syndrom (hukommelsestab)**
Pjece til pårørende og andre, som er vidne til store hukommelsesproblemer hos hjerneskaderamte.
- **Synsforstyrrelser ved skader bagtil i hjernen**
Pjece om de mest almindelige synsforstyrrelser efter en hjerneskade, bagest i hjernen.

Bøger & rapporter

Apopleksi i hverdagen – håndbog for social- og sundhedshjælpere og andre hjælpere i hjemmet

Denne bog, der retter sig mod hjælpere, som kommer i hjemmet, har fokus på de *fysiske følger* efter apopleksi, samt hvordan man bl.a. forflytter og lejrer en apopleksiramt. Bogen er skrevet af sygeplejerske Doris Christensen og udgivet på Munksgaard Danmark i 2000.

Måltider og apopleksi (slagtilfælde) i FødevarerRapport 2002: Uden mad og drikke ... Del 2. Småtspisende ældre

Kapitel om tygge- og synkefunktion, ernæringstilstand samt evne til at spise og drikke selv hos ældre apopleksiramte, dvs. særlige *fysiske følger* efter apopleksi. I kapitlet er der både eksempler på, hvordan vanskeligheder kan vise sig og forslag til, hvad personalet kan gøre. Kapitlet indgår i FødevarerRapport 2002: 15 og er udgivet af Fødevaredirektoratet i 2002. Se mere på www.foedevaredirektoratet.dk

Grundbog om hjælpemidler – til personer med funktionsnedsættelse

Bogen præsenterer centrale definitioner og referencerammer inden for hjælpemiddelområdet. Den omtaler de mest anvendte hjælpemidler og de-

res egenskaber i forhold til forskellige brugergrupper. Bogen, der har mange illustrationer, giver samtidig konkrete eksempler på brug af hjælpemidler inden for forskellige hverdagsaktiviteter. Udgivet i 2010 af Hjælpemiddelinstitutet og Munksgaard Danmark.

Tips, ideer og hjælpemidler for mennesker med udviklingshandicap

Bogen retter sig mod udviklingshæmmede men er også relevant for personale og andre, der har kontakt til personer med erhvervet hjerneskadede. Udgivet af Hjælpemiddelinstitutet i 1995.

Håndbog i neuropædagogik

Håndbogen indeholder dels en teoretisk beskrivelse af baggrunden for neuropædagogik, dels en praktisk del. Gennem konkrete eksempler forsøger håndbogen at vise, hvordan man kan arbejde med mennesker, ramt af en erhvervet hjerneskade. Bogen er et resultat af et samarbejde mellem Odense Kommune og Hjerneskerådgivningen i Odense. Den kan hentes gratis på dette link: www.neuropaedagog.dk

Skjulte handicaps hos personer ramt af hjerneskade: En sansemæssig, kropslig tilgang

Grundig gennemgang af de mange skjulte handicaps, der kan opstå efter en hjerneskade, skrevet til studerende og personale, som arbejder med hjer-

neskadede. Bogen er skrevet af ergoterapeut Birgitte C. Gammeltoft og udgivet af forlaget Gammeltoft i 2008.

Samarbejde og dialog mellem pårørende og professionelle

Hæftet præsenterer en undersøgelse af samarbejdet mellem pårørende og professionelle på hjerneskadeområdet: Hvad hæmmer og hvad fremmer det gode samarbejde? Udarbejdet af antropolog Pia Løvschal-Nielsen, og udgivet af Hjerneskedeforeningen. Hæftet kan købes hos foreningen eller downloades på hjemmesiden www.hjerneskedeforeningen.dk under "materialer".

Livet med en hjerneskadet

Ti pårørende fortæller, hvordan det er at stå på sidelinien, når ens ægtefælle eller kæreste får hjerneskade. Bogen beskriver de følelser og tanker, de pårørende oplever, både når skaden sker og flere år efter. Er skrevet af journalist Julie Lindegaard, der selv er pårørende til en hjerneskadet. Udgivet af Hjerneskedeforeningen, se mere på www.hjerneskedeforeningen.dk

Håndbog for pårørende – til personer med hjerneskade

Omfattende håndbog rettet mod pårørende til personer, der har fået en hjerneskade, fx efter apopleksi, men også personale kan med fordel læse med. Håndbogen formidler viden om hjernen og hjerneskader, følgevirknin-

ger, faser efter skaden samt om sorg- og krisereaktioner hos pårørende. Der er bl.a. et afsnit om ægtefæller til personer med hjerneskade. Er skrevet af neuropsykolog Louise Brückner Wive og udgivet af Hjerneskadeforeningen, 2006. Håndbogen kan downloades eller købes hos foreningen. Se mere på: www.hjerneskadeforeningen.dk under "materialer".

Film

Videre med livet

En film for voksne pårørende til hjerneskaderamte. Filmen fortæller om følger af erhvervet hjerneskade og sætter fokus på mestringsstrategier. Der medfølger et inspirationshæfte, som opsummerer fakta og pointer fra filmen. Både pårørende og fagpersonale, der arbejder med mennesker med følger af erhvervet hjerneskade, kan anvende filmen og hæftet. Produceret af Heller Film, 2010. Se mere på www.vfhj.dk under "Publikationer".

Et nyt liv – dvd om livet efter apopleksi

Fem mennesker i alderen 35 til 67 år fortæller om deres liv efter en blodprop i hjernen. Filmen giver større forståelse for nogle af de konsekvenser, som apopleksi kan have. Filmen er produceret af Venus Film for Videnscenter for Hjerneskade, 2007. Se

mere på www.vfhj.dk under "Publikationer".

Filmen kan bestilles til undervisningsbrug hos Biblioteksmedier (www.bibmed.dk) tlf. 44 86 78 88, pris kr. 625,- inklusiv moms. Private kan rekvirere filmen hos Venus Film på mail: venus_film@hotmail.com eller tlf. 33 14 40 11, pris kr. 199,- inkl. moms.

Et liv med afasi

En film om tre personer, der alle har fået sproglige vanskeligheder som følge af apopleksi. Filmen er udgivet af HjerneSagen, 2007. Se mere på www.hjernesagen.dk under "Bestil og køb".

Hvorfor står farfar bare og kigger?

Informationsfilm om apopleksi, der beskriver patientforløbets første del på sygehuset. Den fortæller om patienter og deres pårørende, samt de problemer og tanker, der opstår, når apopleksien rammer. Filmen er lavet af Videnscenter for Hjerneskade i samarbejde med Movision Film og TV, 2006. Filmen koster 50 kr. plus ekspeditionsgebyr. Se mere på www.vfhj.dk under "Publikationer".

Styrk din neurofaglighed

Optagelse fra en temadag med neuropsykolog Dorthe Birkmose. Temaer er bl.a.: *Afklaring af centrale neuropædagogiske begreber, Tolkninger af andres adfærd samt Hvad betyder vores begre-*

ber for evnen til at udvikle individuelle neuropædagogiske strategier?

Dvd'en er produceret i 2009 af Videnscenter for Hjerneskade og kan købes ved henvendelse til Videnscenteret på tlf. 75 89 78 77 eller på mail: info@vfhj.dk. Pris: 50 kr. plus porto og administrationsgebyr. Se mere på www.vfhj.dk under "Publikationer".

Om ældreområdet, aktivitet, pleje- og omsorgsarbejde m.m.

Udvalgte publikationer fra ÆldreForum

ÆldreForums publikationer er gratis, og kan downloades og bestilles på www.aeldreforum.dk eller på tlf. 72 42 39 90.

Idékatalog – inspiration til fysiske og mentale aktiviteter for ældre i plejeboliger samt andre skrøbelige ældre
Forskning viser, at ældre på plejecentre har gode muligheder for at vedligeholde eller forbedre deres funktionsniveau ved at bevæge sig mere. Men ikke alle får rørt sig tilstrækkeligt. I idékataloget er der inspiration til at motivere til fysisk aktivitet, og forslag til konkrete aktiviteter samt idéer til, hvordan plejecentre med enkle midler kan indrettes, så lysten til at bevæge sig opmuntres. Udgivet af ÆldreForum i 2009.

Ældreomsorg – holdninger, omgangstone & etik

Samarbejde og kommunikation mellem personale og ældre modtagere af hjælp behandles i publikationen, der er udgivet af ÆldreForum i 2008.

Ældre, pårørende & plejepersonale – inspiration til samarbejde

Fagpersoner, pårørende og personale i pleje- og omsorgssektoren videregiver erfaringer om at skabe et konstruktivt samarbejde. Udgivet af ÆldreForum i 2004.

Livet er et kunstværk – om ældre-pædagogisk teori og praksis

Ældrepedagogik er en forholdsvis ny disciplin, der bygger på den tankegang, at menneskelig udvikling og læring er muligt hele livet. Bogen er skrevet af cand.pæd.pæd. og ph.d. Helle Krogh Hansen for ÆldreForum, og udgivet i 2004.

Ældre & yngres sprog – bro eller barriere?

Pjece der viser veje til bedre kommunikation mellem unge og ældre – også i situationer hvor ældre efter sygdom rammes på deres evne til at forstå eller udtrykke sig. Udgivet af ÆldreForum i 2000.

Ældre & demens, depression og selvmord

Informationspjece om demens, depression og selvmord, der oftere ram-

mer ældre end yngre. Hensigten er at formidle konkret viden om disse tilstande til social- og sundhedspersonale og til pårørende for at bidrage til en forbedret indsats. Udgivet af ÆldreForum i 1999.

Motionskort. Træn sammen – med glæde

Et øvelsesprogram for mindre mobile ældre. Programmet træner bevægelighed, udholdenhed, balance samt styrke i arme og ben. Programmet retter sig således mod de krav, dagligdagens bevægelser stiller til ældre. Udgivet af ÆldreForum i 2005

Dvd:

Styrk kroppen og let hverdagen – det er aldrig for sent!

Træningsprogram, der henvender sig til mindre mobile ældre, som ønsker at træne hjemme. Programmet består af et instruktionshæfte, træningselsastikker og en dvd. Produceret af ÆldreForum i 2002.

Andre publikationer

Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper (Vejledning nr. 8 til serviceloven)

Serviceloven indeholder et regesæt

som undtagelsesvis tillader magtanvendelse over for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, når indgrebet er nødvendigt – hovedsagelig for at undgå personskade. Vejledningen gennemgår reglerne og deres grundlag. Se mere på Socialministeriets hjemmeside: www.sm.dk under "magtanvendelse". Der er udformet nye skemaer i 2010 til indrapportering af magtanvendelse efter servicelovens regler. Se mere på www.servicestyrelsen.dk under "Magtanvendelse og demens".

Forebyggelse af aggressiv adfærd – hos ældre i plejebolig

I bogen beskrives mulige årsager til aggressiv adfærd hos beboere som følge af demens, delir eller depression. Der videregives konkrete forslag til, hvordan plejepersonale kan observere ældre og forebygge aggressiv adfærd, bl.a. ved at ændre og tilpasse omgivelserne. Mange af disse forslag kan også anvendes over for ældre, der er mentalt svækkede efter apopleksi og udviser såkaldt aggressiv adfærd. Bogen er skrevet af sygeplejerske Kirsten Gotfredsen og udgivet i 2009 af Munksgaard Danmark.

Socialpædagogik & demens – det vanskelige omsorgsarbejde

Bogen beskriver, hvad socialpædagogik er, og hvordan dele af pædagogikken konkret kan anvendes i demensomsorgen, bl.a. som forebyggelse

af magtanvendelse. Mange af forslagene kan overføres eller inspirere til arbejde med ældre apopleksiramte. Er skrevet af Mette Borresen, Helle Krogh Hansen og Lis-Emma Trangebæk. Udgivet i 2003 af Socialministeriet. Bogen kan læses og downloades på: www.servicestyrelsen.dk, se under "Ældre" og videre under "Demens". Se også www.spido.dk.

Gerontologi – Livet som ældre i det moderne samfund

Bogen sætter fokus på ældre mennesker ud fra flere perspektiver, bl.a. synet på aldring og ældre historisk set, ældre menneskers status, aldringsfysiologi, ældre og seksualitet, ældre med minoritetsbaggrund, ensomhed, demens og meget mere.

Bogen har til formål at give en baggrundsviden, som kan være en hjælp til at handle kompetent i mødet med det enkelte ældre menneske, hvad enten mødet foregår i den ældres eget hjem, på hospitalet, på plejecentret eller et andet sted. Bogen er redigeret af Stinne Glasdam og Bente Appel Esbensen. Den er udgivet i 2009 af Dansk Sygeplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Kurser og efteruddannelses tilbud

På Videnscenter for Hjerneskades hjemmeside findes en kalender med oversigt over aktuelle kurser på hjerneskadeområdet. Adressen er: www.vfhj.dk

I AMU-regi (Arbejdsmarkedsuddannelse) udbydes landet over en lang række kurser specifikt rettet mod Sosu-personale i ældreplejen. Der er bl.a. kurser i rehabilitering som arbejdsform og kurser i neurorehabilitering. Kurserne er enten gratis eller meget billige, og der er mulighed for økonomisk støtte til vikardækning. Se mere på www.epos-amu.dk

Flere rehabiliteringscentre for hjerneskaderamte tilbyder kurser og efteruddannelsesforløb (evt. skræddersyede) for personale på ældreområdet, som kommer i kontakt med personer ramt af hjerneskade.

Se mere på følgende hjemmesider:

www.marselisborgcentret.dk

www.vejlelfjord.dk

www.neurocenter.dk

www.kurhus.dk

www.birgitte-gammeltoft.dk

Organisationer, institutioner og foreninger

Videnscenter for Hjerneskade

Videnscenter for Hjerneskade er en selvejende institution under Socialministeriet, som siden 1994 har arbejdet med indsamling, udvikling, bearbejdning og formidling af viden om hjerneskader til primært fagpersoner i kommuner og regioner, men også til hjerneskadede og pårørende.

Formidlingen foregår dels via tidskriftet Fokus, som udkommer fire gange årligt med temaer inden for hjerneskadeområdet, dels via hjemmesiderne www.vfhj.dk og www.hjerne-kassen.dk. Her findes under "Hjerne og hjerneskader" information om hjernen og om følger af hjerneskader. Videnscenteret har også udgivet enkelte film og pjecer.

Videnscenteret arrangerer temadage for fagpersoner på hjerneskadeområdet og er tovholder på netværk på tværs af institutioner og kommuner.

Det er muligt at stille faglige forespørgsler til Videnscenteret pr. tlf. 75 89 78 77 eller via mail: info@vfhj.dk

I 2011 sammenlægges Videnscenter for Hjerneskade med andre videnscentre og vidensnetværk i et nyt center: Videnscenter for Handicap og

Socialpsykiatri. Dette videnscenter placeres organisatorisk under Servicestyrelsen og får til huse i København og Århus. Se mere på: www.servicestyrelsen.dk eller på www.vfhj.dk

ÆldreForum

ÆldreForum er et uafhængigt råd under Socialministeriet, der skal følge og vurdere ældres vilkår i samfundet på alle ældrelives områder.

Rådet har siden 1997 indsamlet og videreformidlet ny viden og inspiration om ældrelivets aspekter, bl.a. inden for sundhedsområdet, træning af ældre, ældrepleje, boligområdet, arbejdsmarkedet, forholdet mellem generationer, det sociale område samt det frivillige arbejde. Rådet har også iværksat forskning mhp. debatskabelse og nytænkning på ældreområdet.

ÆldreForum har udgivet en lang række publikationer, som kan ses på rådets hjemmeside, hvorfra de også kan bestilles (gratis) eller downloades. På hjemmesiden kan interesserede også læse mere om rådets arbejde: www.aeldreforum.dk

VISO – Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation

VISO tilbyder gratis, landsdækkende specialrådgivning til borgere, kommuner, institutioner og tilbud, når den rette ekspertise ikke findes i kommunen. VISO yder specialrådgivning

inden for områderne handicap (bl.a. personer ramt af apopleksi), sociale problemer og specialundervisning.

Både borgere og fagpersoner i kommuner, institutioner og specialtilbud på social- og specialundervisningsområdet kan henvende sig og få rådgivning og sparring.

Det kan fx være i tilfælde, hvor personale og ledere i ældreplejen vurderer, at de har behov for råd og vejledning fra specialister for at kunne yde en ældre apopleksiramt den rette hjælp. VISO kan også hjælpe med udredning i personsager, dvs. en grundig afdækning og beskrivelse af borgers problemstilling. Udredning kan kun ske efter henvendelse fra kommunen.

VISO tilbyder desuden kommuner eller specialtilbud rådgivning i forhold til en afgrænset gruppe af borgere med samme problemstilling, når den rette ekspertise ikke findes i kommunen. Rådgivningen skal bidrage til at kvalificere kommunens eller tilbuddets videre arbejde med den konkrete problemstilling. Der vil typisk være tale om et kortere og afgrænset forløb.

Yderligere information om VISO kan fås på hjemmesiden: www.servicestyrelsen.dk/viso. Her kan man også læse mere om, hvordan man henvender sig. VISO kan også kontaktes på alle hverdage på tlf. 72 42 40 00.

VISO er en del af Servicestyrelsen, som bl.a. udgiver bladet "Social fokus". Bladet, der er gratis, udkommer

otte gange årligt og har bl.a. tema-numre om ældre og om handicap. Se mere på styrelsens hjemmeside www.servicestyrelsen.dk

HjerneSagen – landsforeningen for mennesker ramt af blodprop eller blødning i hjernen

HjerneSagen er en privat landsdækkende forening for mennesker ramt af blodprop eller blødning i hjernen (apopleksi), deres pårørende og andre interesserede.

HjerneSagen arbejder blandt andet for at forebygge, at mennesker rammes af apopleksi, for at sikre bedst mulig behandling og genoptræning af ramte, samt for at sikre bedst mulig støtte til ramte og deres pårørende. Foreningen har lokalforeninger i hele landet, som organiserer samtalegrupper, lokale sammenkomster, foredrag, udflugter m.m. for ramte og pårørende.

Foreningen udgiver bladet "HjerneSagen" og har udgivet en række pjecer til apopleksiramte, pårørende og fagpersoner om apopleksi, følger-virkninger m.m. Yderligere oplysninger kan fås på foreningens hjemmeside: www.hjernesagen.dk

Hjerneskadeforeningen

En uafhængig og brugerstyret organisation som har til formål at oplyse om hjerneskadeler og tilknyttede proble-

mer. Der er etableret lokalforeninger i hele landet, som bl.a. organiserer selvhjælpsgrupper for ramte og pårørende, familienetværk, fritidsaktiviteter og medlemsmøder med foredrag og diskussioner om hjerneskadedes behov og problemer.

Foreningen udgiver bladet "Hovedcirklen" og har udgivet pjecer, bøger og videoer om hjerneskader. Yderligere oplysninger på www.hjerneskadeforeningen.dk

Hjerneskadekoordinatorer og -teams i kommunerne

Mange kommuner har taget hjerneskadeområdet op som et særligt problemfelt og oprettet hjerneskaderådgivninger, hjerneskadesamråd eller neuroteams. I ca. 1/3 af kommunerne er der ansat en hjerneskadekoordinator, som skal sikre, at sagsbehandlingen fungerer.

Hovedfokus i kommunernes arbejde er på mennesker i den erhvervsaktive alder, men opstår der særlige problemer i forhold til en ældre borger med hjerneskade, kan man prøve at kontakte den kommunale kontaktperson for at høre, om kommunen kan hjælpe.

En oversigt over kommunerne og deres kontaktpersoner findes på www.hjerneekassen.dk under "Vejviser og debat".

Skoler med tilbud om specialundervisning til voksne med erhvervet hjerneskade

Voksne med fysiske og psykiske handicap har ret til at modtage undervisning, som retter sig mod at afhjælpe eller begrænse virkningerne af deres handicap. Dette gælder også ældre over 65 år. Der kan fx være tale om taleundervisning eller undervisning i, hvordan man kan afhjælpe hukommelsesproblemer. Denne undervisning foregår på kommunikationscentre, taleinstitutter og på skoler for specialundervisning.

En landsdækkende oversigt over disse institutioner findes på www.hjerneekassen.dk under "Vejviser og debat".

Hjerneskadecentre

Flere steder i landet er der specialiserede centre, som varetager genoptræning efter en hjerneskade. Målgruppen er primært borgere i den erhvervsaktive alder. Tilbud om genoptræning på centrene skal bevilges af borgerens hjemkommune, i nogle tilfælde kan privatpersoner købe et tilbud. Adresserne på centrene findes på www.hjerneekassen.dk under "Vejviser og debat".

Kommunikationscentre og taleinstitutter

Rundt i landet findes en række specialiserede institutioner, som varetager genoptræning af bl.a. talevanskeligheder samt bistår med fx teknologisk hjælp i forhold til andre kommunikationsvanskeligheder. Nogle institutioner varetager selv visitationen hertil. Yderligere oplysninger kan fås ved at henvende sig til tilbuddene. Adresser kan findes på www.hjerne-kassen.dk under "Vejviser og debat".



Ordliste

– forklaringer på anvendte fagudtryk og begreber

I ordlisten, som er opbygget alfabetisk, finder du forklaringer på fagudtryk og begreber, som er nævnt i bogen, særlig i kapitlerne 2 og 5. Ord med kursiv henviser til, at ordet forklares et andet sted i ordlisten.

A

Afasi

Afasi er en fællesbetegnelse for sproglige vanskeligheder, som opstår hos normalt udviklede mennesker, når sprogområderne i hjernen bliver skadet. Hos de fleste sidder sprogområderne i venstre hjernehalvdel. Sværhedsgraden af afasien kan variere fra ganske lette vanskeligheder til meget svære problemer, som gør det næsten umuligt at kommunikere sprogligt med andre.

Afasi inddeles i flydende og ikke-flydende afasi.

Flydende afasi: Det kan ofte ikke umiddelbart høres, at den ramte har vanskeligheder, for hans tale har normal hastighed og er opbygget i sætninger som før. Men lytter man efter, er der problemer med indholdet i det, som fortælles. Fx udskiftes nogle ord med ord, der indeholder erstatninger, enten for lyde ("dale" i stedet for "tale") eller ord inden for samme kategori (kniv i stedet for gaffel).

I andre tilfælde anvendes ord, der ikke betyder noget, eller måske bruges den samme frase igen og igen: "Ja, ja, sådan er det" (*ekspressive vanskeligheder*). Ved flydende afasi har den ramte, selv om hørelsen er normal, svært ved at forstå det, andre siger (*impressive vanskeligheder*), og svært ved at læse og

skrive. Udover disse problemer mangler den ramte ofte erkendelse af, at der er noget galt med sproget.

Ikke-flydende afasi: Talen er meget tydeligt påvirket, og talehastigheden er nedsat. Den ramte bruger få ord, har svært ved at udtale ordene og ved at forme almindelige sætninger. Han har også svært ved at finde ordene (*ordmobiliseringsvanskeligheder*, se nedenfor). Den ramte kan derimod ofte forstå, hvad andre siger, og han ved også, at der er problemer med sproget. Han kan have lettere læsevanskeligheder.

Global afasi: Der er både tale- og forståelsesvanskeligheder. Global betyder ikke nødvendigvis, at den ramte slet intet forstår eller slet intet kan sige.

Ekspressive vanskeligheder: Problemer med at udtrykke sig, fx vanskeligheder ved at finde ord eller danne sætninger, så den ramtes tale mangler mange småord, navneord eller udsagnsord. Personen kan også hænge fast i ét ord, som gentages igen og igen, eller han kan kun gentage, hvad andre siger. I nogle tilfælde taler og taler den ramte, men talen er uforståelig eller "sort snak", som personen selv tror giver mening. Ved ekspressive vanskeligheder har personen som hovedregel også svært ved at skrive. Selv om den ramte har ekspressive vanskeligheder, har han ikke nødvendigvis forståelsesproblemer.

Impressive vanskeligheder: Problemer med at forstå, hvad der bliver sagt, og som ikke skyldes nedsat hørelse. Det kan variere meget, hvor svært personen bliver ramt. Måske har den ramte "kun" svært ved at forstå enkelte ord, eller forståelsen glipper, når han er træt, mens andre kan have svært ved at forstå sammenhængende sætninger. Ved impressive vanskeligheder er der som hovedregel også problemer med at læse og forstå det læste. Der vil som regel samtidig være ekspressive vanskeligheder.

Ja/nej-konfusion: Symptom ved afasi som viser sig ved, at den ramte bytter rundt på ja og nej. Dette kan bl.a. give anledning til misforståelser i samtaler, fordi det er svært at forstå, om personen fx vil have hjælp til at få tøjet på eller ikke? Problemet kan samtidig være meget generende for den ramte og føre til vrede eller frustration over ikke at blive forstået eller kunne gøre sig forståelig. I nogle tilfælde byttes der på samme måde om på "han" og "hun".

Ordmobiliseringsvanskeligheder: Besvær med at finde de rette ord. Ordene er til stede i tanken men kan ikke mobiliseres (dvs. findes frem), når personen skal bruge dem, fx i samtale. I lette tilfælde "smutter ordet væk" et øjeblik for at dukke op senere, og den ramte kan i mellemtiden have forklaret sig med andre ord, fx "den man bruger til at grave med" i stedet for "skovl".

I sværere tilfælde bruger den ramte forkerte ord eller stopper eventuelt talen, fordi ordet er helt væk.

Ordmobiliseringsvanskeligheder kan både vise sig, når den ramte skal sige navne på personer og ting, eller skal fortælle og forklare sig.

Agnosi

Sanserne fungerer normalt, dvs. personen kan se, høre og mærke, men har svært ved at tolke eller bestemme det, han ser, hører eller mærker. Ved en særlig form for visuel (synsmæssig) agnosi kan personen ikke genkende ansigter, heller ikke hvis der er tale om nære pårørende, som fx ægtefællen. Men den ramte kan ofte genkende ægtefællen via andre sanser, fx når han eller hun bevæger sig eller taler.

Agrafi

Den ramte har helt eller delvis mistet evnen til at skrive, enten fordi personen på grund af hjerneskaden har "glemt" bogstaverne, eller fordi han ikke kan analysere, hvilke lyde der indgår i ordet. Skrivevanskeligheder på grund af lammelser er ikke agrafi. Agrafi forekommer som hovedregel sammen med afasi og aleksi, se disse.

Akalkuli

Personen har helt eller delvis mistet evnen til at regne på grund af hjerneskaden.

Aleksi

Den ramte har helt eller delvis mistet evnen til at læse. Aleksi forekommer i reglen sammen med *afasi*. Vær i øvrigt opmærksom på, at vanskeligheder med at læse også kan skyldes *synsvanskeligheder* og *neglekt*, se disse.

Amnesi

Fælles betegnelse for hukommelsesforstyrrelser. Den ramte kan have svært ved at lære nyt og huske aftaler eller beske-der eller huske, hvad der er sket *efter* skaden ("anterograd amnesi"). Hvis den ramte helt har mistet evnen til at gemme viden i langtidshukommelsen, taler man om et "amnestisk syndrom".

I nogle tilfælde, hvor personen har mistet hukommelsen for nye oplevelser og derfor har svært ved at lære nyt, kan det af og til lykkes at lære personen nye rutiner ved at gøre ting på helt samme måde hver gang. På den måde kan man bygge på den såkaldte procedurale hukommelse, hvor rutiner "sætter sig fast", og den ramte dermed klarer opgaver automatisk uden at skulle huske, hvordan opgaven skal løses. Færdigheder, som er gemt i den procedurale hukommelse, fordi de er øvet mange gange, kan også dukke op, fx gamle barndoms-sange.

Hovedreglen er, at man kan huske viden og begivenheder fra "gamle dage". I sjældne tilfælde kan den ramte have problemer med at huske ting, der er foregået, før skaden (retrograd amnesi).

En vigtig funktion er *arbejdshukommelse*, hvor information kun lagres kortvarigt, imens man løser opgaver. Fx lagres et telefonnummer, man ikke kender, i arbejdshukommelsen, mens man ringer op – og 5 minutter efter vil nummeret som regel være glemt. Arbejdshukommelsen er vigtig for at indlære nyt, og den bliver ofte påvirket ved en hjerneskade. Det kan fx betyde, at den ramte ikke kan huske, hvad der blev talt om få minutter før.

Anopsi Blindhed som følge af skader i de strukturer i hjernen, der arbejder synsindtryk, dvs. at øjnene i sig selv ikke fejler noget. En af de mest udbredte former for anopsi er *hemianopsi*.

Anosognosi Mangelfuld erkendelse af egen sygdom og af symptomer og vanskeligheder. Anosognosi kan variere i både form og sværhedsgrad. Nogle apopleksiramte kan beskrive følgerne af deres hjerneskade, men forstår ikke skadernes konsekvenser i konkrete situationer. Eksempelvis kan den ramte, der lige har beskrevet sin kraftnedsættelse i venstre ben og arm, insistere på, at han sagtens selv kan gå på indkøb. Ofte virker apopleksiramte med anosognosi ubekymrede og bortforklarer problemerne med andre fysiske årsager. Gangbesvær pga. lammelse i det ene ben bortforklares fx med "dårlige sko", og synsfeltudfald (*hemianopsi*) med "at øjnene er blevet lidt dårligere på det sidste". Selv om den ramte virker klar over sine vanskeligheder (fx ved at blive siddende i kørestolen ved lammelser), kan anosognosi også vise sig ved, at personen samtidig giver udtryk for, at der ikke er noget galt. Personer med udtalt anosognosi afviser både at have en hjerneskade og de deraf følgende vanskeligheder. Personen kan fx være overbevist om at have udført en handling som at klappe eller løbe på trods af, at han har en total lammelse af den ene side af kroppen.

Apraksi Viser sig ved, at den ramte har svært ved at gøre ting, selv om han fysisk er i stand til det. Apraksi opdeles i:

Ideationel apraksi: Den ramte har mistet viden om, hvordan man udfører konkrete handlinger. Den ramte vil fx gerne rede sit hår, men *ved* ikke, hvordan man gør, eller ved måske ikke hvilket redskab han skal bruge. Personen kan derfor ikke rede sit hår, hvis han bliver bedt om det.

Motorisk apraksi: Den ramte forstår godt formålet og idéen med en handling men kan ikke udføre den motorisk. Personen ved fx godt, hvad det vil sige at rede sit hår, og hvilket

redskab han skal bruge, men kan ikke finde ud af, hvordan han skal holde på kammen eller hårbørsten. Tilsvarende kan personen have svært ved at skære brød eller spise med bestik. Det vil ofte vise sig ved, at han udfører opgaven akavet eller klodset, selv om han godt ved, hvad han skal gøre.

**Arbejds-
hukommelse**

Se *amnesi*

**Arousal-
problemer**

Problemer med vågenhedsfunktionen (arousal), som viser sig ved alt for lidt, eller modsat, alt for meget energi (fx i form af rastløshed) eller ved besvær med at koncentrere sig i længere tid af gangen.

Arousal skyldes problemer med tilførslen af energi fra de mere primitive områder af hjernen, som også varetager livsvigtige behov som sult og søvn, behov for toiletbesøg m.m. Arousal-problemer i form af for lidt energi kan forveksles med almindelig træthed men er et mere basalt problem, som kræver andre løsninger end blot at få mere søvn. Problemerne kan af og til afhjælpes eller bedres medicinsk.

B

**Balance-
problemer**

Balancefunktionen er kompleks. Den bygger både på synsindtryk, information fra muskler og led, som modtages i lillehjerne, samt indtryk fra vestibulærorganet, som sidder i ørerne. Har den ramte balanceproblemer eller svimmelhed efter apopleksi, er det vigtigt at få afklaret årsagen ved en lægelig og evt. en fysioterapeutisk undersøgelse. Synsvanskeligheder er en hyppig følge efter apopleksi og kan ofte give balanceproblemer. Se også *synsvanskeligheder*.

D

Depression

Undersøgelser tyder på, at måske helt op til 50 procent (1) af apopleksiramte også rammes af depression. Depression med-

fører bl.a. forringet livskvalitet og tab af færdigheder. Det er derfor vigtigt, at personer, der kommer jævnligt i hjemmet, er opmærksomme på tegn på depression.

Man mener, at der både kan være neurobiologiske og psykologiske årsager til depression efter apopleksi. Biologisk kan skaden påvirke hjernen, så der sker ændringer i signalstofferne, og dermed kan der opstå depression. Psykologisk set kan depressionen være et udtryk for den krise, en person kommer

Symptomer på depression

Følgende symptomer kan være tegn på depression. Personen skal have mindst to af følgende *kernesymptomer* samt mindst to af følgende *ledsagesymptomer*. Symptomerne skal desuden have varet mere end fjorten dage.

Kernesymptomer

- Nedtrykthed
- Manglende glæde ved positive begivenheder
- Initiativsvækkelse eller træthed

Ledsagesymptomer

- Nedsat selvfølelse
- Selvbefredelser
- Tanker om død og/eller selvmord
- Koncentrationsbesvær
- Hæmning eller rastløshed
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- eller vægtændring

(Kilde: ICD-10 (2))

i, når livsbetingelserne ændres, og man må se frem til at leve med et handicap.

Nogle symptomer ved depression kan forveksles med direkte følger af en hjerneskade, fx mangel på initiativ og søvnforstyrrelser. Vurderingen af, om der er tale om en depression, bør derfor foretages af en læge.

Dysartri

Vanskeligheder med at udtale ord på grund af lammelser eller manglende koordination af talemuskulaturen som følge af hjerneskaden. Ved "talemuskulatur" forstås strube, stemmebånd, tunge, gane, lunger m.fl. Dysartri kan variere fra lette udtalevanskeligheder til næsten uforståelig tale.

Den ramte har normalt bevaret det talte og skrevne sprog, og vanskelighederne må derfor ikke forveksles med *afasi*. Der kan samtidig være spise- og synkeproblemer, se også *dysfagi*.

Dysfagi

Synkebesvær, som skyldes skader i de dele af hjernen, der styrer de muskler og nerver, som normalt indgår i tygge- og synkefunktionen. Der er stor risiko for fejlsynkning, dvs. at mad og drikke kommer i "den gale hals", og dermed i luftrøret i stedet for spiserøret. Dysfagi giver derfor også øget risiko for lungebetændelse. Hvis der er mistanke om dysfagi, og dette ikke er undersøgt tidligere, bør den ramte tilses af en ergoterapeut. Se også *dysartri*.

E

Empati

Evnen til at genkende og sætte sig ind i andres følelser, dvs. at kunne "sætte sig i andres sted". Manglende empati kan føre til ukritisk eller utilpasset adfærd. Se også *manglende situationsformemmelse*.

F

Følelses- mæssige ændringer

Hjerneskaderramte ændrer sig ofte følelsesmæssigt, enten forbigående eller permanent. Nogle ændringer skyldes en psykologisk reaktion på den nye livssituation, mens andre ændringer skyldes forandringer i hjernen. Det kan være årsagen til, at der hos den ramte opstår ændringer som irritabilitet, svigtende kontrol af følelser samt ubekymrighed eller ligegyldighed. En person med store vanskeligheder efter en hjerneskade kan således være upåvirket af følgerne og urealistisk i sin vurdering af, hvilke opgaver han kan klare uden hjælp.

G

Gråd- og latterlabilitet

Se under *labilitet*.

H

Hemianopsi

Anopsi er blindhed som følge af skader i de strukturer i hjernen, der bearbejder synsindtryk, dvs. at øjnene i sig selv ikke fejler noget. Ved hemianopsi er halvdelen af synsfeltet på det ene eller begge øjne svækket eller helt væk. Ofte vil en person med hemianopsi være opmærksom på synsfeltudfaldet og lære at kompensere for det ved at dreje hovedet – i modsætning til en, der har *neglekt*, se under *neglekt*.

Hemiparese

Delvis lammelse i den ene side af kroppen (arm og ben) som følge af skade i den modsatte side af hjernen. En skade i højre hjernehalvdel kan medføre lammelse i venstre ben eller arm og omvendt. Hvis den halvsidige lammelse er total, er der tale om hemiplegi.

Hukommelses- problemer

Se under *amnesi*.

Højre-venstre-konfusion Nedsat eller manglende evne til at skelne mellem højre og venstre side eller til at anvende betegnelserne "højre" og "venstre" rigtigt på de ydre omgivelser.

I

Impulsstyring Følger af skade i pandelapperne vil ofte være, at den ramte får en "kort lunte" og mister evnen til at hæmme umiddelbare indskydelser, dvs., at den ramte ofte reagerer spontant og uden at tænke sig om. Nogle udviser aggressiv eller grænseoverskridende adfærd, som kan have store konsekvenser for omgivelserne og for den ramtes sociale situation.

Inkontinens Helt op til 90 procent (3) af dem, der rammes af apopleksi, har problemer med ufrivillig vandladning eller vandladningsforstyrrelser, fx i form af natlig vandladning. Hos kvinder kan mange af disse problemer trænes væk med systematisk bækkenbundstræning, også efter apopleksi.

J

Ja/ nej-konfusion Se under *afasi*.

K

Kognitive funktioner De kognitive funktioner er de processer i hjernen, som sætter os i stand til at tænke og løse opgaver. Begrebet dækker over en lang række funktioner, som koncentration og opmærksomhed, indlæring og hukommelse, planlægning og problemløsning, sprog, og bearbejdning af synsindtryk m.fl. Efter en apopleksi sker der ofte ændringer i nogle af de kognitive funktioner.

**Koncentra-
tions- og op-
mærksomheds-
problemer**

Vanskeligheder med at koncentrere sig er en hyppig følge efter en hjerneskade. Det kan fx være svært at følge med i en samtale i længere tid ad gangen eller at tage tøj på, hvis radioen samtidig spiller.

Årsagerne kan være mange. Der kan være problemer med:

1) at fokusere opmærksomheden om det, der er vigtigt i situationen – det man normalt kalder koncentration, 2) at fastholde opmærksomheden – dvs. at man hele tiden skifter fokus og ikke kan forblive ved en ting i længere tid ad gangen, 3) at udvælge det, som er vigtigt at holde fokus på, hvis der er flere ting i gang, 4) at skifte opmærksomheden, fx læse – skulle høre en besked – og derefter vende tilbage til sin bog og 5) at være opmærksom på flere ting på én gang.

Opmærksomhedsproblemer kan skyldes problemer på et enkelt af disse områder – men der kan også være vanskeligheder med flere funktioner på samme tid.

Opmærksomhedsfunktionen kan i nogen grad trænes, fx ved spil, øvelser, samtale m.m., men ofte må den ramte lære at acceptere vanskelighederne og prøve at finde andre måder at håndtere problemerne på.

L

**Labilitet
(gråd og latter)**

Grådlabilitet og latterlabilitet viser sig ved, at den ramte græder eller ler på meget ringe, ydre anledning og uden selv at ville det. Personen kan med andre ord ikke selv styre gråden eller latteren, og det kan virke ubehageligt og måske skræmmende, både for personen selv og for omgivelserne. Labilitet kan i nogle tilfælde behandles medicinsk.

N

Nedsat empati Se under *empati*.

Nedsat kognitiv fleksibilitet Også kaldet "rigiditet". Den ramte har svært ved at håndtere forandringer og "hænger fast" i den opfattelse, han har af situ-

ationen – fx i en bestemt løsning på problemer eller i en vane han har indarbejdet – også når kravene i omgivelserne skifter.

Nedsat initiativ Viser sig ved, at den apopleksiramte har svært ved at komme i gang. I meget svære tilfælde er den ramte fuldstændig passiv og har konstant brug for at blive sat i gang af andre, som evt. også styrer aktiviteten.

Nedsat situations-fornemmelse Nogle apopleksiramte har svært ved at opfatte sociale signaler fra omgivelserne og fortsætter fx en forklaring eller en diskussion, selv om alle øvrige tilstedeværende klart har markeret, at de ikke er ”med” længere. Den ramte kan også opføre sig upassende eller sige ting, som virker sårende på andre. Ofte er der samtidig andre følelsesmæssige ændringer, fx vanskeligheder med at udvise empati. Se også under *følelsesmæssige ændringer*.

Nedsat tempo Viser sig ved, at det tager længere tid for den apopleksiramte at planlægge og udføre handlinger, fx at finde tøj frem og tage det på. Hvis den ramte skal bruge mere tid end normalt til at forstå informationer og danne sig overblik, kaldes det nedsat psyko-motorisk tempo. Se også *øget latenstid*.

Neglekt Omkring 40 procent (4) af de personer, der rammes af apopleksi i højre hjernehalvdel, får neglekt. Det viser sig ved, at personen ikke er opmærksom på syns-, høre og føleindtryk fra venstre side eller ikke bruger venstre ben og arm – også selv om personen har normal følelse i venstre arm og ben, og normalt syn. Neglekt kan variere fra let uopmærksomhed på ting til venstre (også egen arm og eget ben) til total fornægtelse af venstre side af kroppen. En skade i venstre hjernehalvdel kan i sjældne tilfælde resultere i neglekt for højre side, denne type neglekt forsvinder dog som regel efter kort tid.

Neglekt opdeles i to former:

Sensorisk neglekt: Den ramte opfatter ikke sanseindtryk fra (typisk) venstre side. Det kan fx vise sig ved, at personen ikke

tager tøjet på eller af i den side af kroppen, der er lammet, ikke barberer sig i venstre side af ansigtet eller måske får hånden (typisk venstre) i klemme i kørestolshjulet. Det kan også være, at personen ikke spiser maden på venstre side af tallerkenen, eller støder ind i ting, som er placeret i hans venstre synsfelt.

Motorisk neglekt: Den apopleksiramte bruger venstre side af kroppen mindre end den højre, også selv om der er normal funktion i arme og ben.

O

Ordmobiliseringsvanskeligheder

Se under *afasi*.

Opmærksomhedsproblemer

Se *koncentrations- og opmærksomhedsproblemer*.

P

Perseveration

Personen fortsætter med en bevægelse eller handling, selv om det ikke længere giver mening. Fx kan personen blive ved med at tørre den samme tallerken, selv om den for længst er tør, eller røre i yoghurten fordi han lige har rørt i kaffekoppen. Perseveration kan også vise sig ved, at den ramte bliver ved med at gentage ord eller sætninger.

Problemer med overblik og planlægning

Svigtende evne til at omsætte planer til handling, vanskeligheder med at overskue dagens forløb, holde rede på aftaler eller gøre opgaver færdige. Den ramte er ikke altid selv klar over sine vanskeligheder, og med tiden kan rod og kaos brede sig. Vær opmærksom på, at selv små forandringer i hverdagen

kan føre til stress og frustration, når en person har vanskeligheder på dette område.

R

Rum-/retningsforstyrrelse

Vanskeligheder med at bedømme hvordan ting er placeret i forhold til hinanden eller i forhold til personen selv. Den ramte fejlbedømmer fx afstande og sætter sig ved siden af sin stol eller har svært ved at ramme munden, når han spiser. At tage sit tøj på eller finde rundt i sit hjem kan også volde problemer.

S

Sensibilitetsforstyrrelser

Nogle apopleksiramte oplever sansemæssig under- eller overreaktion ved berøring, fx voldsom smerte ved let berøring – eller omvendt. Koldt vand kan opleves som brændende varmt, så fx et bad føles voldsomt ubehageligt. Andre sanseindtryk (lyd, lys og lugte) kan også opleves anderledes end før, fx mere gennemtrængende, eller de bliver måske slet ikke opfattet. Endelig kan en hjerneskade gøre den ramte utilpas ved bevægelser – både ved egne bevægelser og ved at blive flyttet. Utilpasheden skyldes påvirkning af vestibulærsansen (se også *balanceproblemer*). Ved sansemæssig underreaktion kan den ramte også mangle kropslige indtryk, dvs. føle sig understimuleret. Dette kan komme til udtryk i adfærd, som umiddelbart er svær at forstå, fx at den ramte kradser sig til blods, eller banker hovedet ind i væggen.

Sproglige vanskeligheder

Se under *afasi*.

Synsvanskeligheder

Helt op til 64 procent (5) af apopleksiramte oplever forskellige former for synsvanskeligheder, fx synsfeltudfald (se *hemianopsi*). Måske kan den ramte se en genstand, men ved ikke hvad den skal bruges til (se *agnosi*). Der kan også være manglende visuel opmærksomhed (se *neglekt*) eller øjenmotoriske vanskeligheder, hvor øjnene ikke "samarbejder", og den ramte ser dobbelt eller har sløret syn.

Synsvanskeligheder kan gøre det svært at fungere i hverdagen, give svimmelhed og hovedpine, problemer med at læse osv. Derfor bør den ramte undersøges af en øjenlæge, evt. en synskonsulent, hvis der er mistanke om synsvanskeligheder efter apopleksi. I mange tilfælde kan synsfunktionen forbedres med genoptræning.

T

Tidsfornemmelse

Nedsat tidsfornemmelse kan vise sig ved, at den ramte har svært at holde styr på ugedage og datoer eller holde rede på tidspunkter på dagen og klokkeslæt (tror fx det er morgen efter middagsluren og kan derfor have svært ved at holde rede på spisetider).

Nedsat tidsfornemmelse kan også vise sig som besvær med at fornemme, hvor lang tid opgaver tager, fx at tage tøj på eller gå en bestemt afstand. Personen kan derfor få problemer med at afsætte passende tid i sin hverdag til både daglige, velkendte gøremål, og til andre aktiviteter. Det kan medføre, at den ramte ikke er færdig til den aftalte tid eller sidder klar med overtid på, længe før det er nødvendigt.

Træthed

Træthed er en af de hyppigste følger efter apopleksi. Trættheden kan være fysisk og/eller mental. Den kan vise sig ved, at den ramte hurtigt bliver træt i forbindelse med en aktivitet, har lille udholdenhed, er lang tid om de fleste opgaver eller mislykkes med opgaver, som personen normalt godt kan klare. Ofte bliver den ramtes forskellige vanskeligheder efter apopleksien, fx *afasi*, *neglekt*, *apraksi* osv., tydeligere, når trætheden melder sig.

Trætheden kan være invaliderende, som når en ramt fx har været til familiefest og må bruge flere dage på at komme oven på igen. Det kan være svært for andre at forstå, at den ramte "ikke bare kan tage sig sammen".

Vær opmærksom på, at nedsat energi og øget træthed også kan være symptomer på depression, se under *depression*.

U

Ukritisk adfærd

Nogle hjerneskadede får en ukritisk adfærd, der står i kontrast til tidligere væremåde. Fx bliver personen mindre omhyggelig med hygiejnen, eller mere talende og kommer ustandselig med "vandede vittigheder".

Ø

Øget latenstid

Latenstid er den tid, der går fra en påvirknings begyndelse, til reaktionen sker, fx den tid der går fra et spørgsmål stilles (af en anden person), til den ramte begynder at svare. Efter en hjerneskade kan der opstå forlænget latenstid, som omgivelserne må tage hensyn til. Det nytter ikke at tvinge tempoet op. Se også under *nedsat tempo*.

Kilder

- 1) Sundhedsstyrelsen. *Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi*. 2005. Kan findes på www.sst.dk
- 2) WHO: ICD-10. Udarbejdet på engelsk 2007. Kan findes på www.who.int.
- 3) Tibæk S. Ni ud af 10 apopleksipatienter har vandladningsproblemer. I Fokus, nr. 2, 2008: 16-17. Kan findes på www.vfhj.dk.
- 4) Gade A. m.fl. *Klinisk neuropsykologi*. København: Frydenlund, 2009.
- 5) Wilhelmsen, G. Rehabilitering af synet efter neurologiske lidelser. I Fokus, nr. 1, 2009: 10-11. Kan findes på www.vfhj.dk

Litteratur

Birkmose D., Kristensen H. K. Neuropsykologiske syndromer. I: *Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. København: Munksgaard Danmark, 2006.

Karlshøj S., Bertelsen E. *Orientering om sproglige vanskeligheder efter en blodprop eller blødning i hjernen. Afasi*. København: HjerneSagen, 2004.

Pakkenberg H. m.fl. *Neurologi og neurokirurgi. Lærebog for sygeplejestuderende*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2000.

ÆldreForums udgivelser

Alle publikationer kan læses på hjemmesiden www.aeldreforum.dk.

Publikationerne kan rekvireres vederlagsfrit.

Udgåede titler kan i begrænset omfang rekvireres som fotokopi.



Ny viden & gamle
fordomme om ældre
Marts 1997.
13 sider.



Årsberetning
1996/97
Marts 1998. 36 sider.

Age Forum
Annual Report
1996/97
Juli 1998. 37 sider.



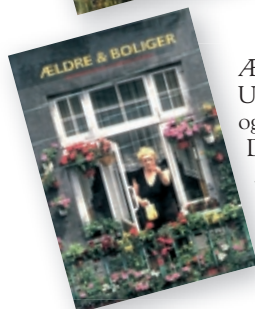
Idékatalog
Fra Ældreråd til
Ældreråd
August 1997.
36 sider.



Ældre og uddannelse
– kulturelt behov eller nyt
erhvervsgrundlag?
Juni 1998.
31 sider.



At bygge bro mellem
generationer
September 1997.
23 sider.



Ældre & Boliger
Udarbejdet af ÆldreForum
og Ældreboligrådet.
December 1998.
35 sider.



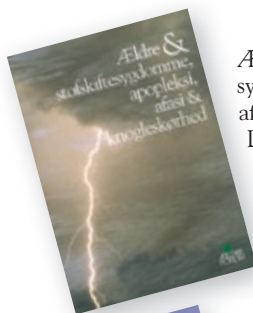
Ældreidræt
– vedligeholdelse af
kroppen, leg, munterhed
og socialt samvær.
December 1997.
20 sider.



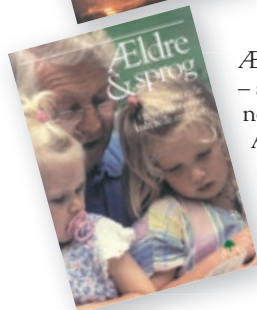
Boligen til den 3. alder
Udarbejdet af ÆldreForum
og Ældreboligrådet.
April 1999.
9 sider.



Om sorg & omsorg
Inspiration til samarbejde
om hjælp til ældre efter-
ladte.
Februar 1999.
20 sider.



Ældre & stofskifte-
sygdomme, apopleksi,
afasi & knogleskørhed
December 1999.
52 sider.



Ældre & sprog
– sprogets rolle i generatio-
nernes kulturelle stafetløb.
April 1999.
20 sider.

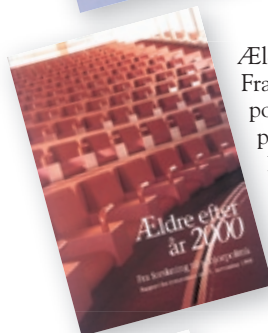


Globalt tema om
ældre & aldring
Videnskabelig forskning:
Artikelloversigt.
Februar 2000.
71 sider.



ÆldreForum 1998
Årsberetning
Maj 1999. 48 sider.

AgeForum 1998
Annual Report
August 1999. 48 sider.



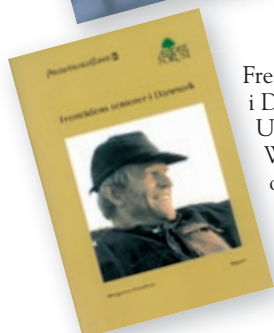
Ældre efter år 2000
Fra forskning til senior-
politik. Rapport fra sym-
posium den 5. november
1999.
April 2000.
48 sider.



Ældre & demens,
depression & selvmord
August 1999.
64 sider.



Ældre & yngres sprog –
bro eller barriere?
Maj 2000.
41 sider.



Fremtidens seniorer
i Danmark
Udgivet af Price-
WaterhouseCoopers
og ÆldreForum.
Oktober 1999.
40 sider.



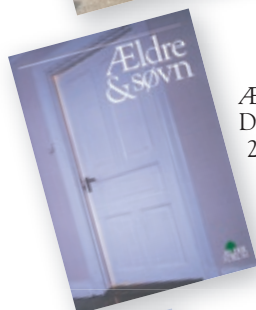
Ældre & syns- &
hørenedsættelser
Juni 2000.
64 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 1999
Juli 2000.
44 sider.



Ældreomsorg & -pleje
Inspiration for kommuner,
omsorgs- og plejepersonale
m.fl. December 2001.
72 sider.



Ældre & søvn
December 2000.
20 sider.



Fald – en trussel mod
ældres liv og førlighed
Rapport fra konference
den 6. november 2001,
arrangeret af Lægefor-
eningens Gerontologi-
udvalg og ÆldreForum.
Marts 2002.
52 sider.



ÆldreForum
2000 Årsberetning
Juni 2001.
48 sider.

AgeForum 1999-
2000 Annual Report
Juli 2001.
80 sider.



Styrk kroppen og let
hverdagen – det er
aldrig for sent !
Video eller DVD
samt instruktions-
hæfte med træ-
ningsprogram.
Juni 2002.
Længde: 30 min.



Måltidet & ældre
i eget hjem
August 2001.
64 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2001
Juli 2002.
40 sider.



Ældre & tandsundhed
November 2001.
40 sider.



Livet er et kunstværk
– om ældrepædagogisk
teori og praksis
September 2002.
64 sider.



Ældre billedet i medierne
Februar 2003.
48 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2003
Juli 2004.
54 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2002
Juni 2003.
52 sider.

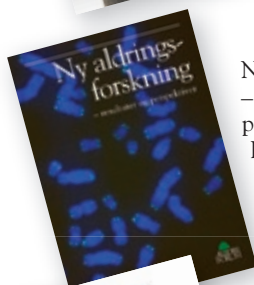


Ældre, pårørende &
plejepersonale – inspira-
tion til samarbejde.
September 2004.
72 sider.

AgeForum 2001-2002
Annual Report.
December 2003.
88 sider.



Idékatalog II
– fra ældreråd til ældreråd.
Juli 2003.
180 sider.



Ny aldringsforskning
– resultater og
perspektiver.
December 2004.
46 sider.



Ældre & fødsundhed
Oktober 2003.
48 sider.



Motionskort.
Træn sammen med glæde!
Marts 2005.
4 sider.



Flexibelt byggeri
til ældre
Fra fortid til nutid
– fra nutid til fremtid.
April 2004.
56 sider.

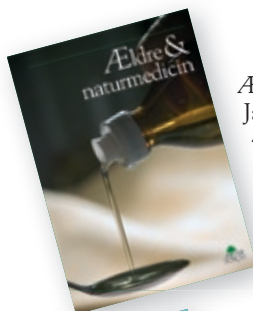


Ældre som bedsteforældre
– bedsteforældres rolle i
børns udvikling og sociale
indsikling.
April 2005.
80 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2004.
Juni 2005.
76 sider.

AgeForum
Annual Report 2003-
2004 (netpublikation).
Oktober 2005.
83 sider.



Ældre & naturmedicin.
Januar 2007.
40 sider.



Ældre & forebyggende
hjemmebesøg.
December 2005.
56 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2006.
Juni 2007.
76 sider.



Older people and
preventive home visits.
September 2006.
48 sider.



Flere ældre på
arbejdsmarkedet
– inspiration til ledelse
& medarbejdere.
September 2007.
52 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2005.
Juni 2006.
80 sider.



Naturmedicin
Februar 2008.
16 sider.



Ældre & den frie
frivillighed – inspiration til
indsats af og for ældre.
August 2006.
60 sider.



Ældreomsorg
– holdninger, omgangstone
& etik
April 2008.
121 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2007.
Juni 2008.
73 sider.



Velfærdsteknologi
– nye hjælpemidler i
ældreplejen.
Oktober 2010.
104 sider.



Ældre og psykisk
sygdom – forebyggelse,
behandling og omsorg.
April 2009. 220 sider.
Udgivet i samarbejde med
PsykiatriFonden. Bogen
kan købes i PsykiatriFon-
den og i boghandelen, og
kan ikke downloades.



Ældres seksualitet
& kærlighedsliv
– tabuer, myter & viden.
November 2010.
72 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2008.
Maj 2009.
88 sider.



Ældre & apopleksi
– inspiration til pleje- og
omsorgspersonale.
December 2010.
160 sider.



Idékatalog
– inspiration til fysiske
og mentale aktiviteter
for ældre i plejeboliger
samt andre skrøbelige
ældre.
September 2009.
144 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2009.
April 2010.
76 sider.

Forskningsprojekt:

Velfærd for ældre – holdning og handling



Ældre billedet i medierne gennem 50 år – En undersøgelse af ældre-stereotyper i dagbladene fra 1953 til 2003.
Oktober 2005.
256 sider.



Et godt liv som gammel.
April 2006.
210 sider.



Mediestormens magt – om mediestorme på ældreområdet og deres indflydelse på ældre-politikken.
April 2007.
202 sider.



Hjemmehjælpens historie. Idéer, holdninger, handlinger.
Maj 2008.
263 sider.



Fællesskab og ansvar.
En kvalitativ undersøgelse af danskernes opfattelse af ansvar og pligt i forhold til alderdomsforsørgelse.
Maj 2008.
124 sider.



Plejehjemstilsyn.
Politik på pressens præmisser.
Maj 2008.
215 sider.



Velfærd for ældre.
Holdning og handling.
Maj 2008.
276 sider.

Forskningsprojektet er gennemført på Syddansk Universitet på initiativ af bl.a. ÆldreForum.

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. At the top left corner, the words "Egne notater" are written in a black, cursive-style font.

[illegible]

Egne notater

Udgivet af Videnscenter for Hjerneskade og ÆldreForum, december 2010.

Teksten kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Pris: Gratis

Design: DanChristensenDesign MDD

Illustrationer: Polfoto/Corbis, Dan Christensen.

Fotos: Polfoto: Jens Olof Lasthein, Ronnie Kaufman.

Scanpix: Per Morten Abrahamsen. Colourbox.

Tryk: tryk team svendborg A/S

Trykt ISBN: 978-87-90651-49-7 · Elektronisk ISBN: 978-87-90651-50-3

Publikationen kan bestilles hos ÆldreForum, tlf. 72 42 39 90, aef@aeldreforum.dk eller på hjemmesiden www.aeldreforum.dk, hvor den også kan downloades.

Den kan også downloades på videncenterets hjemmeside: www.vfhj.dk

Apopleksi, også kaldet slagtilfælde, er en alvorlig hjernesygdom, som årligt rammer cirka 12.000 danskere, heraf er langt de fleste ældre over 60 år. Samtidig lever 30-40.000 danskere med følgevirkninger efter apopleksi, som fx lammelse, sprogforstyrrelser, nedsat hukommelse og koncentrations- og opmærksomhedsproblemer.

Bogen formidler basal viden om især skjulte følgevirkninger efter apopleksi – med udgangspunkt i konkrete eksempler på typiske vanskeligheder, som plejepersonale kan møde i det daglige arbejde med ældre apopleksiramte. Fx apopleksiramte, der har problemer med at klæde sig på eller med at huske.

Et centralt budskab i bogen er, at langt de fleste apopleksiramte – uanset alder – har mulighed for at udvikle sig og genvinde mange af de tabte færdigheder. Men det kræver træning, og at alle er indstillet på at hjælpe og støtte den ramte til at øve sig mest muligt.

Bogens mange konkrete eksempler og forslag er tænkt som inspiration til netop at afprøve, hvordan plejeindsatsen kan fremme den ramtes mulighed for at blive så selvhjulpne som muligt og dermed udvikle større uafhængighed.

Bogens primære målgruppe er social- og sundhedshjælpere og -assistenter, der arbejder med ældre i hjemmeplejen eller på plejecentre, og studerende på social- og sundhedsuddannelserne.

Bogen kan også læses af andre interesserede, bl.a. ledere, visitatorer og terapeuter på plejeområdet. Det er desuden håbet, at også pårørende kan finde inspiration og hjælp i bogens mange eksempler.