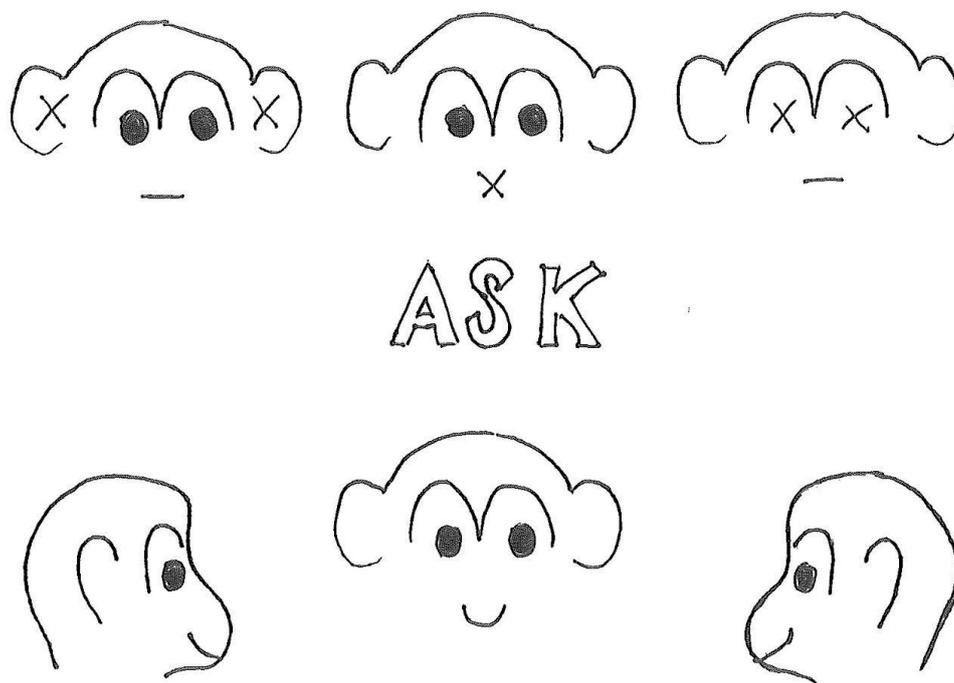


# Kommunikation fra, til og med borgere med Alzheimers sygdom



af Sissel Madsen

Birgitte Vølund, Demenskoordinator uddannelsen, hold 44, november 2018

Vejleder: Mette Søndergaard

<b>Kapitel 1</b>	
<b>Indledning</b>	<b>1</b>
1.1 Præsentation	1
1.2 Baggrund for problemstilling	1
1.3 Refleksioner	2
1.4 Afgrænsning af problemstillingen	4
1.5 Problemformulering	4
1.6 Metodebeskrivelse	5
1.7 Målgruppe	6
<b>Kapitel 2</b>	
<b>Præsentation af data</b>	<b>7</b>
2.1 Alzheimers sygdom	7
2.2 Hvad er kommunikation	8
2.3 ASK	9
2.4 Den sproglige funktionsnedsættelse ved Alzheimers	9
2.5 Udgangspunkt for en samtale	12
2.6 Udfordringer i daglig kommunikation	13
2.7 Memory Wallet	14
2.8 Samtalepartnerens ansvar	15
2.9 Tidlig indsats	16
2.10 Sanserne	16
2.11 Interview	17
2.12 Introduktion til Talking Mats.	19
2.13 SCA	20
2.14 Posters	20
<b>Kapitel 3</b>	
<b>Analyse, diskussion og vurdering</b>	<b>22</b>
<b>Kapitel 4</b>	
<b>Konklusion og perspektivering</b>	<b>27</b>
4.1 Konklusion	27
4.2 Perspektivering	28
<b>Litteraturliste</b>	<b>29</b>
<b>Bilag 1</b>	
<b>Bilag 2</b>	
<b>Bilag 3</b>	

# Kapitel 1

## Indledning

### 1.1 Præsentation

Jeg er ansat på Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi (CKV), som er en institution under Region Syddanmark. Jeg er uddannet ergoterapeut og har deraf fokus på aktivitet og deltagelse, når jeg servicerer de fynske kommuner ift. udredning, rådgivning, afprøvning og instruktion i hjælpemidler til borgere med nedsat kommunikationsevne eller nedsatte kognitive evner. Desuden er jeg en dag om ugen teknologibibliotekar på “Kallerupvej” Rådgivnings og kontaktcenter for demensramte og pårørende samt udekørende teknologibibliotekar i projektet Mobil rådgivnings og aktivitetscenter for Assens, Fåborgmidtfyn, Langeland og Nordfyns kommune.

### 1.2 Baggrund for problemstilling

I min faglige tilgang lægges op til klientcentreret praksis. Det er udfordrende at føre en samtale med en person, hvor man er i tvivl om, i hvor høj grad det talte sprog forstås og hvor personen har nedsat kommunikationsevne, så personen har svært ved at give udtryk for behov og ønsker. Det bliver problematisk både for mig som fagperson og for borgeren<sup>1</sup>, fordi jeg ikke kan indhente de oplysninger, jeg har brug for, direkte fra borgeren og borgeren kan opleve frustration over ikke at få afleveret sit budskab eller ikke at blive forstået. Dette kan eksemplificeres som fx i denne case-beskrivelse.

Bent kommer til samtale på CKV sammen med sin hustru. Henvendelsen drejer sig om hjælpemidler til brug af kalender, da Bent har Alzheimers sygdom<sup>2</sup>. Hustruen lægger op til, at samtalen føres direkte med Bent, at han selvstændigt svarer på alle spørgsmål og giver udtryk for, om han vil afprøve de foreslåede hjælpemidler. Medarbejderen oplever, at Bent ikke hele tiden er klar over, hvad samtalen handler om, og ikke sprogligt er i stand til at give udtryk for sine daglige udfordringer. Bent reagerer tavst, tøvende, kigger på sin hustru og svarer kort.

---

<sup>1</sup> Ordet borger anvendes i denne opgave som synonym for en person, der er ramt af en demenssygdom.

<sup>2</sup> Se yderligere i afsnit 2.1

En borger med kommunikationsudfordringer, vil kunne opleve det er problematisk ikke at blive forstået eller selv at forstå hvad der foregår i mange forskellige sammenhænge. Det være sig i kontakt til sundhedspersonale og plejepersonale, butikker, ved fritidsinteresser og andet. Borgeren har behov for at kunne kommunikere for at kunne deltage i sociale sammenhænge og at give udtryk for meninger, ønsker, følelser og behov, for at kunne føre en aktiv og selvstændig hverdag i det omgivende samfund.

Udfordringer med brug af verbalt sprog ser både jeg og mine kolleger i dagligdagen. Fx hvis personer med demens skal være med til at skrive oplæg til hjemmeside eller når talepædagogen bliver bedt om at komme på et plejecenter, hvor personalet ikke forstår, hvad borgeren med demens siger verbalt.

### **1.3 Refleksioner**

Jeg møder i mit arbejde en gruppe mennesker, som på forskellige måde har nedsat kommunikationsevne, som følge af en fremadskridende sygdom, og samtidig er det også en uhomogen gruppe med meget forskellige behov, ressourcer og livsvilkår.

Jeg undrer mig over, at meget få sundhedsfaglige personer arbejder for at støtte gruppen af borgere med demens i at fastholde deres evne til nærkommunikation<sup>3</sup>, da det er borgerens vej til at være sociale individer. Når det verbale udtryk forsvinder, arbejdes der sjældent med alternativ og støttende kommunikation, for at fastholde en mulighed for aktiv deltagelse.

Det betyder, at rigtig mange af hverdagens udtryk, verbale som nonverbale bliver tolket af de personer i omgivelserne, som har den daglige kontakt med borgeren med nedsat eller helt uden verbalt sprog.

Jeg ville ønske, at der var meget mere fokus på det grundlæggende behov for kommunikation, så alle omgivende personer, faglige som private, tog hånd om, at arbejde i den tidlige fase med den begyndende funktionsnedsættelse af sproget, hvor vi ved, at der stadig er indlæringspotentiale for procedural hukommelse<sup>4</sup>.

På nuværende tidspunkt varetages træning af verbal kommunikationsevne i Danmark hovedsageligt at logopæder. De er ofte tilknyttet sygehuse eller kommuner. Jeg oplever, at

---

<sup>3</sup> når kommunikationspartnerne kan se eller høre hinanden.

<sup>4</sup> 1 side 56

der er få logopæder i de enkelte kommuner og det er dermed svært at opbygge specialviden om området af demenssygdomme. Desuden er de uddannet til i høj grad at tage sig af sproglige tilstande, som kan rehabiliteres.

Definition af rehabilitering:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.<sup>5</sup>

Under formål med rehabilitering står bl.a., at for den enkelte borger er rehabilitering at bevare og fremme livskvalitet samt forebygge tilbagefald eller yderligere reduktion af funktionsevne.<sup>6</sup>

Ved rehabilitering lægges vægt på en tydelig målsætning. Det kan være en udfordring for fagpersoner at sætte målbare mål for forebyggelse af tilbagefald, når der er tale om en fremadskridende lidelse, som forskellige demenssygdomme.

Jeg oplever, at der er sparsom viden i plejesektoren om det talte sprog og hvilken konkret betydning det har i dagligdagen. Fagområdet demens er fx ikke et område, hvor det er sædvanligt at bruge "Alternativ og Supplerende Kommunikation" (ASK).

Jeg har i forbindelse med tidligere foredrag hørt, at når en person ikke taler, så holder omgivelserne også op med at tage initiativ til at samtale. Dermed ophører verbale stimuli. Det medfører en yderligere forringelse af muligheden for at fastholde det verbale sprog for en borger med demens.

Når en borger, der har været vant til at mestre det talte sprog oplever forskellige funktionsnedsættelser af sproget, bliver det meget tydeligt for omgivelserne. Det har stor betydning socialt, fordi vi mennesker primært interagerer med omgivelserne via sproget, både ved smalltalk for at opnå kontakt, henvendelser for at få dækket behov og samtaler med ønsker, beretninger og informationer. Jeg oplever, at borgere med sproglige udfordringer bliver tøvende, søger efter hjælp hos modtageren, ærgrer sig og trækker sig fra kommunikation.

---

<sup>5</sup> 12, s. 16

<sup>6</sup> 12, s. 22

Når jeg ser på faktorerne: en gruppe borgere med fremadskridende demenssygdomme og deraf nedsat kommunikative evner, en plejesektor uden viden om ASK, en pårørende gruppe uden viden om ASK, en kommunal sektor som ikke tilbyder vedligeholdelse af kommunikative evner og en offentlig sektor der leder efter ressourcetilpasninger, så ser jeg et misforhold, hvor borgeren ikke er i centrum og det kan være svært at udøve personcentreret omsorg. Det ville jeg ønske var anderledes.

#### **1.4 Afgrænsning af problemstillingen**

Mennesket har et grundlæggende behov for at blive forstået og at forstå. Vejen til forståelse går gennem kommunikation.<sup>7</sup>

At miste evnen til at kommunikere betyder, at man ikke længere har let adgang til fællesskabet og man bliver dermed alene i sin egen verden. Sammenbrud af kommunikationen er nævnt som en af de fire sværeste tab for omsorgsgivere til personer med demens.<sup>8</sup>

I projektet vil jeg tage udgangspunkt i, hvilke muligheder der er for støtte via ASK for den enkelte borger med demens. Hvilke muligheder er allerede beskrevne, hvor praksis viser, at de kan enten støtte eller kompensere for den nedsatte kommunikationsevne.

Den enkelte borger, afgrænses til borgere med Alzheimers sygdom i den tidlige fase.<sup>9</sup>

Desuden forudsætter jeg via sygdomslæren på studiet, at alle personer med Alzheimers sygdom får nedsat kommunikationsevne på et tidspunkt i deres sygdomsforløb.<sup>10</sup>

Ift. muligheder ses generelt på det offentlige områdes tilbud og muligheder og der skelnes ikke ift. kommuner og regioner.

#### **1.5 Problemformulering**

Hvordan kan fagpersoner via ASK hjælpe personer med Alzheimers sygdom i den tidlige fase, som har eller får nedsat kommunikationsevne?

---

<sup>7</sup> 4, s. 287 afsnit 2

<sup>8</sup> 4, s. 288

<sup>9</sup> se ordforklaring i afsnit 1.5

<sup>10</sup> 6, s. 60

Ordforklaring:

Fagpersoner: fx sygeplejersker, ergoterapeuter og social- og sundhedsassistenter

ASK: alternativ og supplerende kommunikation

Hjælpe: intervention fx undervisning eller instruktion og herunder forebyggelse

Alzheimers sygdom i den tidlige fase: definition ifølge Nationalt Videnscenter for demens

“Den kognitive svækkelse medfører kun let forringelse af funktionsevnen i hverdagen.

Rutineprægede dagligdags- og fritidsaktiviteter kan stadig gennemføres og muliggør en stort set uafhængig tilværelse. Komplekse opgaver som brug af offentlig transport eller internet volder ofte problemer.”<sup>11</sup>

Kommunikationsevne: evnen til udveksling af information mellem to personer.

## 1.6 Metodebeskrivelse

Jeg har valgt at foretage et litteraturstudie, for at øge min egen viden og afklare hvilke erfaringer, der er beskrevet indenfor området.

Af litteratur vil jeg læse:

-Kommunikation og demenssygdom, samt Kommunikativ omvårdnad, da det er de bøger jeg umiddelbart har haft adgang til, som handler om kommunikation ift. personer med demens.

- artiklerne på litteraturlisten angivet som nr. 7, 8, 9, 10, da de er angivet på logopædstudiets litteraturliste for kurset om demens og for at undersøge om de er relevante for opgaven.

-kapitel i Augmentative Communication Strategies, som handler om demens og intervention og da jeg ved, at den ene redaktør af bogen er kendt ift. ASK.

- inddrage øvrig litteratur som kilder, da jeg tidligere har læst det og ved der kan være oplysninger, som kan bruges i opgaven.

Jeg vil interviewe audiologopæd Helena Theider Marker i Svendborg Kommune, som er kommunal logopæd, vedr. mulighederne for undervisning under Lov om

---

11

<http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/hvad-er-demens/sygd omsforloeb/demensgrader/> den 150918

specialundervisning og om nuværende praksis ift. borgere med demens i den konkrete kommune. Helena har haft kurset på SDU om demens i forbindelse med sin uddannelse.

Jeg vil undersøge specifikke metoder og derfor læse:

-hæftet "Talking Mats" oversat til dansk og artiklen "See what matters" for at kunne referere om metoden Talking Mats. Da jeg ved, at metoden har været afprøvet ift. personer med demens.

-folder og hjemmeside om SCA (Supported Conversation for Adults With Aphasia), da metoden anvendes ift. personer med demens.

Jeg vil undersøge:

-“poster” fra Demensdagene 2017 med tilbud om kognitiv stimulation. Dette undersøges, for at se, om der allerede gøres noget aktivt ift. kommunikation og demens i Danmark.

-“poster” fra Demensdagene 2018 om alternativ kommunikation for personer med demens i Ålborg Kommune. Dette gøres for at undersøge hvilket materiale de har anvendt.

### **1.7 Målgruppe**

Målgruppen er personer, som arbejder med borgere med demens, specifikt Alzheimers sygdom, i deres daglige arbejde.

# Kapitel 2

## Præsentation af data

### 2.1 Alzheimers sygdom

Alzheimers sygdom<sup>12</sup> er en neurodegenerativ sygdom. I sygdomsprocessen nedbrydes hjernens celler langsomt. Der sker en ophobning af proteiner mellem cellerne, så netværket af neuroner mister deres forbindelse til hinanden og derfor kan signaler ikke sendes rundt i hjernen. Desuden sker der ophobning af proteiner i selve neuronerne.

Diagnosen stilles ud fra demenskriterierne i ICD10 (nu ICD18). Flere af kriterierne er, nedsatte kognitive funktioner over en periode på min. 6 måneder, dvs. sygdomsforløbet har allerede varet mindst et halvt år ved diagnosetidspunktet.

Oftest vurderes sværhedsgraden af Alzheimers sygdom ud fra det funktionsniveau, som borger og pårørende beskriver, altså ikke ud fra en neuropsykologisk test. Man anvender termene let, moderat og svær demens afhængig af, hvor meget støtte borgeren har behov for fra omgivelserne.

I Danmark antages at kun  $\frac{1}{3}$  af patienter med demens har en diagnose. Derfor estimeres det, at der nu er ca. 60.000 personer specifikt med Alzheimers sygdom. Dette tal øges over en årrække, da gennemsnitslevealderen er stigende og risikoen for sygdommen øges med alderen. Ved nogle fremskrivninger af forekomsten af demens sygdomme ses en mindre stigende tendens end tidligere. Det skyldes bedre behandling af hjerte-kar-sygdomme og dermed faldende forekomst af vaskulær demens.

Alzheimers sygdom starter i hippocampus, deraf symptomet med nedsat hukommelse. Det typiske forløb er, at den breder sig opad, fremad og derefter bagud i hjernen. Det betyder for symptom billedet, at borgeren typisk får øvrige kognitive funktionsudfald, balanceproblemer og senest høre- og synsproblemer. Til sidst er hele hjernen inficeret og det kan på det tidspunkt være svært at skelne, hvilken demenssygdom, der startede processen.

Der kan tilbydes medicinsk behandling ved Alzheimers sygdom. Medicinen helbreder ikke og ser heller ikke ud til at være livsforlængende, men den ændrer forløbet, så borgeren i

---

<sup>12</sup> Kilde slides fra undervisning af neurolog Peter Roos, Rigshospitalet den 040918

længere tid kan bevare funktioner og dermed ved tidlig indsats kan opnå øget selvstændighed over længere tid.

## 2.2 Hvad er kommunikation

Definition: “Kommunikation betyder “at dele”, og handler om udvekslingen af meningsfuld information mellem to levende væsener.“<sup>13</sup>

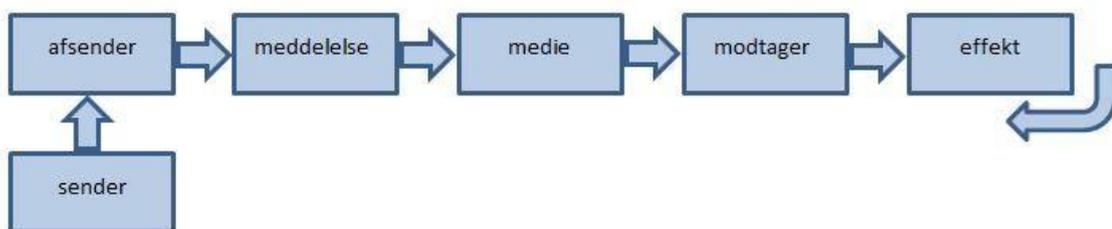
Altså et samspil mellem to personer, hvor det er muligt at dele, behov og ønsker, at aflevere informationer, at udveksle social småsnak og at være venlig.

Kommunikation kan være en kilde til glæde og meningsfuldt samvær.

Kommunikation via sprog er en samtale. En fungerende samtale er et udsagn fra en person til en anden, hvor den anden hører og modtager udsagnet og derefter svarer/handler, så personen bliver afsender af et nyt udsagn.

Når kommunikationsparterne kan høre eller se hinanden, er de i nærkommunikation. En samtale kan også foregå skriftligt fx som mail eller sms og betegnes dermed som fjernkommunikation.

Boel Heister Trygg<sup>14</sup> har illustreret det således:



afsender er den som vil give et budskab

meddelelse er det som siges/ytres

medie er den måde det gøres på fx mundtligt

modtageren får budskabet/ytringen

effekten er modtagerens reaktion/opfattelse

modtageren bliver nu selv afsender, hvis der svares.

---

<sup>13</sup> 11 s. 12

<sup>14</sup> fra kilde 2

Når man ser på kommunikation som en kæde, bliver det tydeligt, hvad der sker, hvis et af leddene er i stykker, eller falder ud. Der er flere steder det kan gå galt i processen, fx kan afsenderen have svært ved at formulere sig, eller modtageren have svært ved at høre ytringen.

Her handler det altså også om modtagerens kompetencer.

Hvis afsenderen kommunikerer med en modtager/borger med sproglig funktionsnedsættelse, så er modtagerens kompetencer meget vigtige for at en samtale kan gennemføres. Billedet ændres, når det udvides med påvirkninger fra omgivelserne og fx en metode eller et hjælpemiddel. Her kan være behov for særlige kompetencer hos både afsender og modtager af kommunikationen.

### **2.3 ASK**

AAC, AKK eller ASK er alle forkortelser for det samme begreb. I Danmark bruges oftest betegnelsen Alternativ og Supplerende Kommunikation. Det dækker alle de kommunikationsformer, som ikke er verbal tale eller et selvstændigt sprog. Det er fx manuel kommunikation som udpegning eller berøring, naturlige reaktioner som mimik og lyd, grafiske symboler og visuelle tegn som fotos eller tegn til tale samt avancerede symbolsprog som MinSpeak eller bogstaver. Nogle af systemerne kan repræsenteres elektronisk på fx en tablet eller pc, andre via papir eller kropssprog.<sup>15</sup>

### **2.4 Den sproglige funktionsnedsættelse ved Alzheimers**

I litteraturen<sup>16</sup> omtales ofte sproglige forstyrrelser, som et af de tidlige symptomer ved Alzheimers sygdom.

Oftest observeres det i begyndelse af et forløb med ordfindingsbesvær. Borgeren kan ikke finde det rette ord på det rette tidspunkt. Borgeren kan kompensere ved at finde alternative ord eller bruge omskrivninger, men det gør ofte talen mindre flydende. Derefter breder sygdommen sig til tindingelapperne, hvor nye informationer lagres. Kombinationen af nedsat hukommelse og muligheden for at huske nyt betyder, at borgeren ikke husker samtalsens indhold og dermed mister “den røde tråd” i samtalen.

---

<sup>15</sup> fra kilde 2

<sup>16</sup> fra kilde 6 o.a.

For at forstå denne form for nedsat kommunikationsevne, er vide om hukommelsen nødvendig.

I langtidshukommelsen er lagret information over tid. Den deles op i tre funktioner.

-Den episodiske hukommelse for al selvbiografisk information, al vores dagbogs-information. Denne del bliver først påvirket ved Alzheimers sygdom.

-Den semantiske hukommelse, som lagrer fakta information fx bogstaver og ordenes betydning.

-Den procedurale hukommelse, som er det vi kan udføre, fx tage tøj på eller månederne sagt i en remse. Denne form er længst bevaret.

Dertil kommer arbejdshukommelsen, hvor vi opbevarer informationer i meget kort tid, sekunder til minutter, inden vi flytter informationen videre til langtidshukommelsen, hvis det giver mening for os. Nedsat arbejdshukommelse kommer fx til udtryk ved gentagelse af spørgsmål fra borgeren, fordi svaret ikke lagres.

De sproglige funktionsnedsættelser kan deles op i to hovedområder, de semantiske og de pragmatiske.

De semantiske funktionsnedsættelser<sup>17</sup> er:

- ordfindingsbesvær, det begynder ofte med navneord. Det kan skjules med omskrivninger, beslægtede ord eller fraser

- Anomi, dvs. at man ikke kan benævne ting korrekt

- at opfinde nye ord

- udfordringer med ental og flertal eller måleenheder som dl og l.

- at anvende omskrivninger som strategi fx vi bor i indercirklen af byen i stedet for centrum

- at anvende andre ord for det samme (parafasier), som kan være svære at forstå for andre fx strygebrædt - skærebrædt eller blodtryk - blodprøve

- at anvende overbegreber, fx dyr i stedet for hund eller værktøj i stedet for hammer

- at anvende fraser, fx den, der eller ting

- perseveration - sygelig gentagelse af ord eller handlinger uden at kunne ændre det, fx rokke frem og tilbage

---

<sup>17</sup> kilde 1

- tom tale, uden indhold
- mutism eller stumhed - tale er ophørt.

De pragmatiske funktionsnedsættelser er:

- gentagne spørgsmål pga nedsat arbejdshukommelse
- ekolali, tvangsmæssigt udtaler samme ord flere gange, fordi borger ikke kan planlægge sin udtalelse
- logorrea eller vandfaldstale - uafbrudt talestrøm. Oftest uforståeligt indhold for andre
- emne glidning
- upassende kommentarer eller kommentarer som ikke har med emnet at gøre
- tale for højt.

De semantiske og pragmatiske funktionsnedsættelser beskriver de funktioner, der er nedsatte ift. egen sprogproduktion.

I artiklen “So What’s your name” fra Pragmatics in Dementia Discourse<sup>18</sup> nævnes de kognitive processer, som anvendes for at høre og forstå et budskab:

- fokuseret opmærksomhed på samtalepartnerens udsagn
- bevare udsagnet i arbejdshukommelsen
- bearbejde udsagnets indhold
- overveje relevansen af udsagnet ift. den nuværende situation
- uddrage potentielle konsekvenser af udsagnet
- derudover skal modtageren kunne inddrage eventuelle associerede udsagn fra egen semantisk hukommelse

Øvrige funktionsnedsættelser, som har betydning for det at føre en samtale er: nedsat abstrakt tænkning fx ordsprog, manglende forståelse af ironi, nedsat tidsfølelse så “et øjeblik” giver ikke mening som udtryk, opmærksomhedsforstyrrelse og koncentrationsbesvær, hvorfor det er svært at følge med i en samtale, især hvis der er flere der taler samtidig som fx ved sociale sammenkomster.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> kilde 10 s. 30

<sup>19</sup> kilde 6

## 2.5 Udgangspunkt for en samtale

Bourgeois<sup>20</sup> skriver: “modsat nogle former for afasi, hvor sprog og kommunikationsnedsættelserne er stabile, så er demens en degenerativ sygdom, hvor der vil være en konstant ændring af repræsentation af symptomer”

Et af symptomerne beskrives således.

Hvis man bevæger sig et lag videre udad i processen: at konstruere en samtale, så er udgangspunktet for en samtale oftest, at vi ved: hvem, hvor, hvorfor og hvad.

Altså hvem taler jeg med,

hvor er jeg,

hvorfor taler vi sammen,

hvad er det vi skal tale om?

Disse oplysninger bruges der sædvanligvis få kognitive ressourcer på at skabe og personen har derfor mulighed for at engagere sig i samtalen.

Hos borgere med demens, vil dette ofte være anderledes. For at synliggøre udfordringen med hvem, hvad, hvor og hvorfor refererer forfatteren til to forskellige studier. Det første er et klinisk, struktureret interview, hvor borgeren blev interviewet af forskeren, som var iført hvid kittel og navneskilt. Det foregik i et rum med et bord og to stole. Spørgsmålene handlede om egne data.

Det andet studie foregik på et dagcenter, hvor forskeren var kommet i næsten 1½ år en gang ugentligt og havde deltaget i formiddagskaffen, sammen med fire borgere med demens. Alle bar navneskilt. De sad i et køkken, hvor en medarbejder arbejdede samtidig. Her refereres fra samtaler mellem forskeren og borgere og der ses tre forskellige mønstre. Den ene borger huskede ikke, hvem forskeren var og spurgte gentagne gange efter navn og oprindelsesland. Dette gentog sig over hele perioden. En anden borger huskede forskeren som familiær, tog fysisk kontakt og drillede godmodigt. Den tredje borger etablerede formel kontakt og gentog denne hver gang.

Eksemplerne bliver brugt til at synliggøre “hvem, hvad, hvor, hvorfor” problematikken. I det første forsøg er hele opstillingen i sig selv en illustration af disse spørgsmål og det er muligt for borgeren at involvere sig i samtalen. I eksemplet fra dagcentret er hele

---

<sup>20</sup> frit oversat citat fra kilde10 side 30, afsnit 1

strukturen og formen løs. Ud over navneskiltet, er det ikke tydeligt, hvem forskeren er og hvad vedkommende skal der, hvad er emnet for samtalen og hvorfor skal den foregå. Forfatteren konkluderer på baggrund af egen og andres forskning at trods personer med demens's store kognitive udfordringer, så arbejdede de hårdt for at opretholde samarbejdet omkring en samtale, de sociale venligheder og engagementet i samtalen.<sup>21</sup> Forfatteren afslutter<sup>22</sup> med at sammenligne sociale samtaler med samtaler med sundhedspersoner. Hun ser på borgerens indsats i samtalen kontra effekt/udbytte af indsatsen. Da borgeren i en social sammenhæng med mange inputs, bruger mange kognitive ressourcer, har de en forholdsmæssig lav effekt af deres indsats. Så selv om man skulle tro, at en afslappet samtale med familien ville være mindre stressende end en samtale med en sundhedsprofessionel. Så tyder det på, at manglen på struktur, tydelig kontekst og flere samtalepartnere i den familiære samtale, skaber større uro og stress, end den liniære, strukturerede samtale med en sundhedsprofessionel.

## **2.6 Udfordringer i daglig kommunikation**

For at synliggøre hvilke udfordringer samtalepartnere oplever vil jeg referere uddrag fra artiklen "A family living with Alzheimer's disease"<sup>23</sup>. Et studie baseret på 70 telefonsamtaler mellem en kvinde med Alzheimers sygdom og hendes datter og svigersøn. Samtalerne er optaget over en periode på to år, hvor kvinden boede på et plejehjem. Studiet har fokus på, hvad der sker i samtalen.

Ofte vil en samtalepartner bruge den sædvanlige måde til samtale, som er en lineær proces om hverdagen. Denne er ikke hensigtsmæssig, når man taler med en person med hukommelsesudfordringer.

Nedsat episodisk hukommelse kan ofte hæmme en persons evne til at erindre en tidligere oplevelse om dem selv og deres liv eller erfaring og oplysninger om verden generelt. Ofte vil borgeren regrediere til oplevelser, som er sket tidligere. Derfor opstår der et misforhold mellem borgeren og samtalepartneren.

---

<sup>21</sup> fra kilde 10 side 38, 2. afsnit

<sup>22</sup> fra kilde 10 kap. 2

<sup>23</sup> kilde 8

I studiet er det tydeligt, at datteren oplever udfordringer i samtalen, fordi hun forudsætter, at moderen har intakt episodisk hukommelse. Da det er moderens tur i samtalen, er hun ikke i stand til at genkalde sig den konkrete situation og svare. Derfor bliver moderen forhindret i at deltage kompetent i interaktionen.

I nogle tilfælde kompenserer moderen med svar, som måske kunne passe i konteksten. På den måde viser hun sine kommunikative kompetencer, trods hendes nedsatte kognition.

Pga misforholdet mellem det moderen husker om eget liv og det familien husker om hendes liv, opstår der et socialt misforhold og nedsat interaktion i samtalen.

En anden ting som giver gnidninger i samtalen er gentagelser. For moderen er det første gang hun spørger og for familien er det x-ne gang, de svarer.

Forfatteren konkluderer, at det, som er særlig interessant, er borgerens evne til at udvikle strategier for at vise kompetencer til samtale/samvær trods nedsat kognition.

Desuden peger forfatteren på vigtigheden af, at en samtale er et samarbejde.

Familiemedlemmer kan have en aktiv rolle med at styre samtalen med deres pårørende med Alzheimers sygdom i håbet om, at samtalen bliver mere meningsfuld for alle parter og for at bevare et vigtigt familiært forhold i længere tid.

## **2.7 Memory Wallet**

Hvis en samtalepartner skal interagere mere i samtalen kan dette studie inddrages som eksempel<sup>24</sup>.

Michelle Bourgeoise og Lisa Mason har publiceret et studie om brug af det de kalder en "memory wallet", som på dansk svarer til en livshistorie. I studiet deltog fire borgere, som alle kom på et dagcenter. De havde demens sygdomme på forskelligt stadie. Memory Wallet er en lille mappe, som indeholder 15-20 sider med billeder og sætninger om borgerens tidligere og nuværende liv. Mapperne blev brugt til individuelle samtaler af fem minutters varighed med frivillige ca. 2 gange ugentligt i 8 uger. Samtalepartnerens rolle var at holde samtalen i gang med tilkendegivelser af at høre efter og opfordringer til borgeren til at fortælle.

Resultatet var, at når borgeren havde sin mappe, var der væsentlig flere udsagn end uden.

---

<sup>24</sup> kilde 7

Desuden faldt deres antal af uklare sætninger og generelt faldt deres brug af gentagelser og fejl i samtalen.

Personalet fortalte, at nogle af borgerne selv tog initiativ til samtale med andre via mappen. Familiemedlemmer fortalte, at de oplevede borgerne gentog mindre og var nemmere at forstå på trods af, at kun én borger tog sin mappe med hjem.

## **2.8 Samtalepartnerens ansvar**

I bogen *Kommunikativ omvårdnad*<sup>25</sup> forklarer Boel Heister Trygg, ud fra tre gennemgående cases, hvordan man støtter en person med kommunikationsvanskeligheder i dagligdagen. Bogen er skrevet med fokus på de tiltag, tilpasninger og metoder, man som samtalepartner kan gøre brug af.

Hun opfordrer til, at personalet deler deres observationer, så de kan danne grundlag for en handleplan ift. kommunikation. Det giver mulighed for at indarbejde tiltagene i de daglige situationer, fx hjælp ved hygiejne. Kommunikation foregår, når borger og personale er sammen. Derfor skal kommunikationen tilpasses borgeren og det er personalet, som har ansvaret. Nogle af rådene lyder: udnyt rutiner i hverdagen til kommunikation, vær lydhør overfor borgeren, fortæl hvad du gør, inden du gør det, vis tydeligt, når du er færdig med en opgave og hav borgeren i centrum - ikke opgaven.

Det er gennem hele bogen tydeligt, at når personale kommunikerer med en borger, så er det personalet, som skal være opmærksom på alle former for signaler og handle på dem. En af de metoder, som anvendes for at støtte kommunikationen er et kommunikationspas. Det er en lille bog, som indeholder de vigtigste informationer om borgeren. Det er udformet til kommunikationspartneren, for at give denne mod på at tage kontakt, idet man i kommunikationspasset kan læse, hvordan kommunikationen bedst foregår. Passet skal være nemt tilgængeligt og fx indeholde informationer som: præsentation, borgeren stærke sider, interesser, syn og hørelse, hvordan kommunikerer borgeren og hvordan gør kommunikationspartneren, når denne skal kommunikere med borgeren.

Formålet er at øge kommunikation og hukommelsesfunktion på måder, som vil hjælpe personer med demens til at fortsætte eller genoptage deres aktiviteter, deltagelse og

---

<sup>25</sup> kilde 2

engagement. Desuden er ønsket at bevare deres livskvalitet gennem sygdommens progression.

## **2.9 Tidlig indsats**

I bogen *Augmentative Communication Strategies*<sup>26</sup> handler kapitel 8 om demens set ud fra den indsat, en logopæd ville kunne yde.

Et meget vigtigt afsnit handler om at bevare selvstændighed så længe som muligt og ved en degenerativ sygdom skal interventionen begynde så tidligt som muligt. Det øger muligheden for, at borgeren selv kan medvirke ved at give udtryk for egne mål for kommunikation, kan fortælle om de strategier de anvender samt lære nye strategier til kommende tab af funktioner. Ved en optimal indsats er der mulighed for at styrke nogle områder af hjernen og dermed lette kravene til områder med nedsat funktion. Ved en fremadskridende demens sygdom vil en tidlig indsats give mulighed for at introducere kommunikations- og kognitions hjælpemidler, mens der er størst effekt. Så borgeren kan opretholde så høj en grad af selvstændighed så længe som muligt gennem det tidlige og moderate stadie af sygdommen.<sup>27</sup>

I kapitlet gives vejledning til, hvordan man kan udrede via sproglige tests og observationer. Desuden er der fokus på vigtigheden af at sætte personlige mål og udføre interventionen i daglige aktiviteter, så det bliver meningsfuldt for borgeren.

De foreslår fx brug af cue-cards for personalet, for at hjælpe med at fastholde en aktivitet og give en instruktion. Det kan fx være, hvis en borger stiller det samme spørgsmål hele tiden, så kan svaret stå på kortet, eller for at borgeren kan følge en instruktion fx tænde for fjernsynet eller en forflytning mellem kørestol og seng.

De fremhæver vigtigheden af at tilpasse mål og interventioner efterhånden som sygdommen udvikler sig.

## **2.10 Sanserne**

Når man undersøger kommunikationsområdet, er det nødvendigt at inddrage viden om sanserne. Dette vil jeg kun berøre meget kort. Viden om borgerens evne til at se og høre er

---

<sup>26</sup> kilde 3

<sup>27</sup> kilde 3 Frit oversat fra s. 252 nederst

essentiell ift. valg af støtte til kommunikation. Både syn og hørelse kan undersøges af fagpersoner, så borgeren efterfølgende i en vis grad kan kompenseres for funktionsnedsættelsen. Men samtalepartnere skal være opmærksomme på, at fx høreapparat ikke kompenserer fuldt for en hørenedsættelse. Der vil fx være vinkler eller omgivelser, hvor borgeren fortsat er påvirket af sin hørenedsættelse.

Ud over de to nævnte sanser er der følgende sanser: lugte, smage, proprioceptiv, føle og balance.

Ved en neurodegenerativ lidelse som Alzheimers sygdom, vil alle sanserne kunne blive påvirket i større eller mindre grad, når hjernen ændres. Det kan betyde, at bearbejdning af sanseindtryk i hjernen vil blive nedsat. Der ud over bliver flere af sanserne generelt nedsat ved stigende alder.

## 2.11 Interview

Jeg har interviewet Helena Theider Marker (HTM), som er audiologopæd i en fynsk kommune. Hun har varetaget stillingen siden foråret 2018 og blev færdiguddannet i juni. HTM får henvisning fra sygehuset og henvendelser fra personale i kommunen. Hun undersøger oftest voksne borgere med stemmeproblemer eller følger efter senhjerneskode. Som logopæd arbejder hun ud fra Lov om specialundervisning for voksne, hvor §1 lyder: “Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at personer med fysiske eller psykiske handicap, der bor eller længerevarende opholder sig i kommunen, efter undervisningspligtens ophør kan få undervisning og specialpædagogisk bistand, der tager sigte på at afhjælpe eller begrænse virkningerne af disse handicap (kompenserende specialundervisning).”.....<sup>28</sup>

HTM har foreløbig haft kontakt med én borger med demens. Henvendelsen kom med ønsket om en kommunikationsbog. Borgeren boede alene i eget hjem med hjælp fra hjemmeplejen og henvisningen var uden oplysning om konkret diagnose. Ved udredningen anvendte HTM dele af undersøgelsesmaterialet WAB<sup>29</sup>, som er en sproglig test, hvor man bl.a. undersøger opmærksomhed og forståelse af ord og billeder. Det viste sig at borgerens udfordringer ikke var ordmobiliseringsvanskeligheder, men koncentrationsbesvær og

---

<sup>28</sup> Bekendtgørelsen: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=172931> den 201018

<sup>29</sup> Western Aphasia Battery

hukommelsesproblemer. Borgeren var ikke i stand til at holde sammenhængen i samtalen og glemte emnet.

Da selve samtalen kan støttes af samtalepartneren, fandt HTM det ikke relevant med en kommunikationsbog på nuværende tidspunkt. Hun antog det kunne være svært for borgeren at skulle håndtere en ord/billed-samling, når borger fortsat anvender sproget i høj grad. Borgerens pårørende blev opfordret til at tage kontakt, hvis de ønskede rådgivning om, hvordan de kunne støtte kommunikationen ved samtale.

HTM har mulighed for at undervise pårørende. Det foregår i forbindelse med konkrete sager, hvor undervisningen foregår i dialog med borgeren. Hun kan også tilbyde undervisning af personale og frivillige, som arbejder fx på et plejecenter. Her ville det handle om generel undervisning ift. et område eller en diagnose. Denne mulighed har ikke været anvendt endnu. Hun oplever i sit daglige arbejde, at hun rådgiver plejepersonale ift. enkelte borgere og at viden sjældent kommer videre til øvrigt personale. HTM mener, der mangler viden blandt plejepersonalet om, hvad en logopæd kan hjælpe med. En øget viden kunne føre til et øget samarbejde.

I forbindelse med sit studie har HTM deltaget på et tilvalgs kursus "Demens - kommunikative udfordringer og løsninger". Derfor har hun fået øget viden om målgruppen, men hun mener, at den generelle viden om sprog og kommunikation, som logopæder har, ville kunne bruges til at iværksætte en indsats over for personer med demens.

Efter interviewet diskuterer vi mulighederne for at tilbyde en tidlig indsats over for personer med Alzheimers sygdom ud fra de artikler om udenlandske studier, vi begge har læst. Bl.a. taler vi om, hvordan personer i den tidlige fase af Alzheimers sygdom kunne motiveres for undervisning og hvordan en logopæd kunne foretage forskellige interventioner i et sygdomsforløb.

## 2.12 Introduktion til Talking Mats.

Talking Mats<sup>30</sup> er en metode, som anvendes som supplement til talt eller alternativ kommunikation. Den består af en samtalemåtte (en måtte), hvor man placerer tre sæt billedsymboler:

- et symbol som repræsenterer samtaleemnet,
- en symbolrække øverst som repræsenterer skalaen fx godt, ved ikke, dårligt
- symboler, som skal anvendes til at repræsentere spørgsmålene/udsagnene.

Talking Mats anvendes for at øge kommunikation og selvbestemmelse for borgere med kommunikationsvanskeligheder. Den hjælper, ved at strukturere samtalen, emnet hele tiden er synligt og “den røde tråd” i samtalen er synlig. Symbolerne og skalaen kan tilpasses funktionsniveauet. I metoden anvendes et fysisk produkt, samtalemåtten, hvor borgeren selv lægger symbolerne og flytter rundt på dem. Metoden kan anvendes, når borgeren kognitivt er i stand til at forstå to eller flere nøgleord i en sætning.

Talking Mats som metode er undersøgt i flere studier ift. borgere med demens.

Jeg vil kort referere studierne konklusioner både for at tydeliggøre effekten, men også for at eksemplificere brugen.

Et studie<sup>31</sup> skulle undersøge effekten af Talking Mats brugt ved forskellige stadier af demens. Konklusionen var, at samtaler, hvor Talking Mats blev anvendt, var mere effektive for personer med demens end både ustrukturerede og strukturerede samtaler. Dette gjaldt alle tre stadier af demens.

Studiet viste at deltagernes evne til forståelse, engagement og evne til “at holde tråden” i samtalen var øget. Desuden varede samtalerne længere ved brug af Talking Mats.

Et andet studie har undersøgt, hvordan Talking Mats kunne involvere borgere med demens i beslutninger sammen med deres pårørende. Borgerne med demens tilkendegav, at metoden hjalp dem med at fortælle deres tanker og forklare tankerne til de pårørende, så de kunne nå frem til en beslutning ved samtalen. De pårørende refererede, at de selv følte sig hørt af borgeren med demens.

Talking Mats har desuden været brugt til et tredje studie vedr. måltider og demens, hvor emnerne var: måltid, indflydelse på helbred og ting som kunne hjælpe. Emnet blev

---

<sup>30</sup> kilde 13

<sup>31</sup> fra kilde 14

undersøgt ud fra udsagn fra borgere med demens om, at de syntes deres forhold til mad var ændret, efter de havde fået sygdommen. Fx havde de ikke lyst til mad eller sprang måltider over. De nåede frem til problemstillinger, som kunne undersøges nærmere fx tid, forstyrrelser, involvering i madlavning, smag og at spise i det offentlige rum. Desuden er metoden blevet anvendt i en undersøgelse ift. en hospitalsafdeling, hvor borgere med demens var indlagt i længere tid. Her var personalet blevet oplært i Talking Mats og oplevede, at deres samtaler var mere effektive og borgerens engagement og involvering var øget. Det betød, at det kunne betale sig ift. tidsforbrug, at personalet havde et nyt redskab til at kommunikere med borgeren.

### **2.13 SCA**

En anden metode, som kan anvendes ved samtale er SCA (Supported Conversation for Adults With Aphasia)<sup>32</sup>. Metoden er udviklet til personer med afasi, men også kan bruges til borgere med neurodegenerative sygdomme. Metoden anvendes for at hjælpe borgeren med at anvende sine kommunikative ressourcer. Metoden udføres af samtalepartneren ved brug af talte og skrevne nøgleord for samtalen samt tegninger, symboler og gestik.

I metoden anvendes begreberne: ind, ud, check. Samtalepartneren siger et udsagn til borgeren og sikrer sig, det er forstået. Borgeren siger eller viser et udsagn til samtalepartneren og har undervejs mulighed for at få støtte fx via nøgleord, spørgsmål eller symboler. Samtalepartneren efterprøver, om vedkommende har forstået borgerens udsagn korrekt fx ved at gentage udsagnet eller tilføje yderligere nøgleord.

### **2.14 Posters**

Som bilag er foto af to posters fra Demensdagene.

Posteren fra 2017 har dannet grundlag for en kort informationssøgning. Jeg har undersøgt de nævnte undervisningstilbuds hjemmesider ift. tilbud om undervisning i kommunikation for borgere med demens. Kommunikationsundervisning har ikke fremgået af nogle af siderne.

---

<sup>32</sup> fra kilde 5

Posteren fra 2018 fra VUK i Ålborg beskriver, at i deres tilbud om kognitiv stimulation til personer med demens, har ca. 10% af borgerne sproglige udfordringer. Derfor anvender de metoden Talking Mats og en personligt fremstillet kommunikationsbog ud fra PODD (Pragmatisk Organiseret Dynamisk Display) princippet, i forbindelse med deres undervisning.

## Kapitel 3

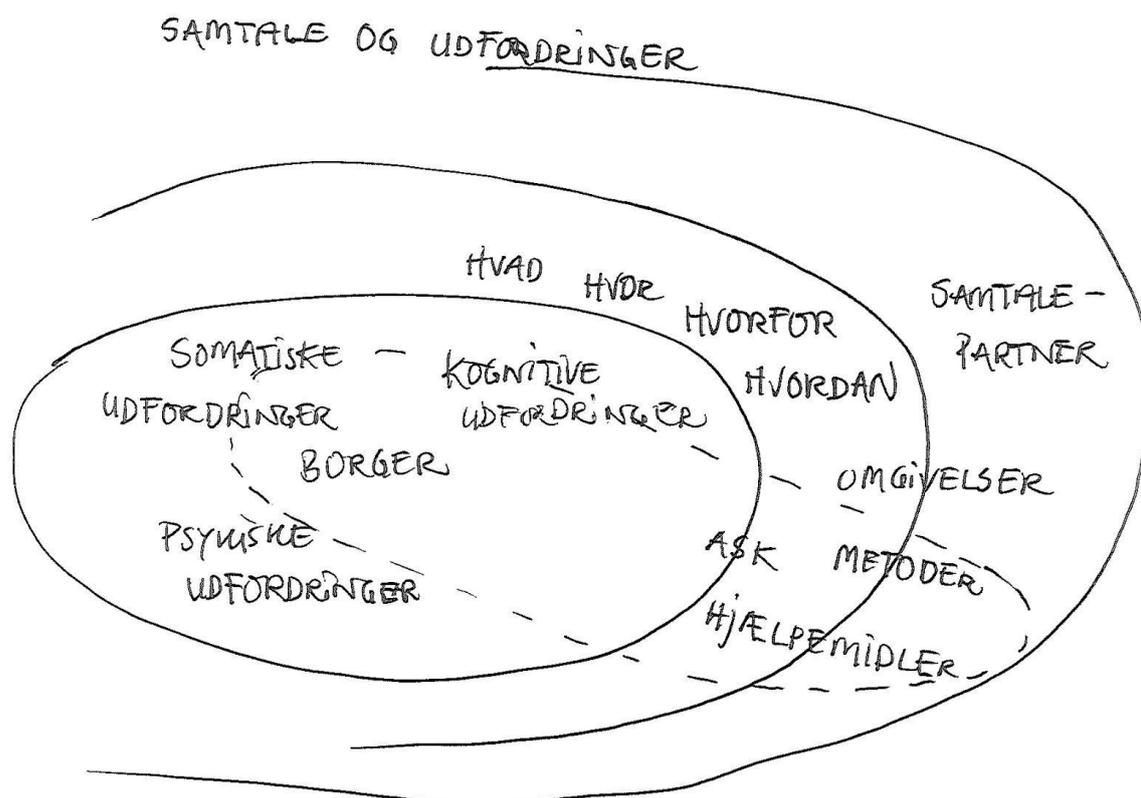
### Analyse, diskussion og vurdering

Litteraturstudiet viser at der er mange facetter af kommunikation og alternativ kommunikation, som er relevante i relation til demens.

De indhentede data kan det illustreres, i nedenstående figur med borgeren i midten.

Borgeren har en funktionsnedsættelse på baggrund af en degenerativ sygdom.

- der er de kognitive udfordringer, hvor fokus er på de sproglige og kommunikative funktionsnedsættelser, eller følger af de kognitive funktionsnedsættelser, som kan betyde nedsat evne til at bearbejde egen situation
- de fysiske funktionsnedsættelser som syn og hørelse
- de psykiske funktionsnedsættelser som fx kan være krise over at være syg.



For at borgeren kan føre en samtale, er det nødvendigt at kunne aflevere et budskab. Derfor er viden om "hvem, hvad, hvor og hvorfor" med til at danne baggrund for borgerens

forudsætninger. Uden om borgeren er omgivelserne, fx støj, lys og bevægelser i omverdenen.

I omgivelserne er også samtalepartneren. Ved interaktion med samtalepartneren, har denne mulighed for at yde støtte, således at budskabet bliver tydeligere eller forstået. Dvs hen over hele kommunikations situationen er det muligt at tilføje alternativ og supplerende kommunikation, som kan anvendes både til og fra borgeren.

Ved at sætte borgeren i centrum har jeg ønsket at bevare fokus på borgerens funktioner. Borgeren er både afsender og modtager i en kommunikativ sammenhæng. Det har jeg gjort, fordi jeg ville forholde mig til den tidlige fase af Alzheimers sygdom. Jeg mener jf. afsnit 2.4, at der fortsat er et læringspotentiale for borgeren, hvor borgerens egen mestring kan fastholdes eller øges. Dataene indeholder informationer om, hvordan Alzheimers sygdom progredierer og hvilke funktionsnedsættelser, som opstår eller forværres i forløbet, se afsnit 2.4. Det betyder, at det er muligt at overveje, hvilken hjælp vi, som fagpersoner, kan tilbyde. Både i den tidlige fase, hvor borgeren selv kan blive udførende og på længere sigt, hvor samtalepartneren i høj grad får ansvar for kommunikationen.

En del af kilderne bl.a. kilde 2 og 3, arbejder med emnet: hvad kan vi som samtalepartnere gøre for at støtte borgeren med Alzheimers sygdom. Altså hvilke forventninger stilles til os som samtalepartnere og hvilke krav stiller vi til os selv ved en samtale eller kommunikation. Hvordan kan vi støtte og guide, så kommunikationen bevarer indhold og mening længst muligt.

Dette illustreres i studiet med telefonsamtalen, se afsnit 2.6, hvor den pårørende ikke formår at formulere spørgsmål, så borgeren med demens kan svare eller den pårørende ikke giver relevant støtte for at modvirke, at kommunikationen bryder sammen.

For at undersøge, hvordan vi som kommunikationspartnere kan støtte kommunikationen, er det nødvendigt at have kendskab til selve kommunikationsprocessen og den enkelte borgers udfordringer, se afsnit 2.2, 2.4 og 2.5. På den måde har vi bedst mulighed for at støtte kommunikationen.

Som ergoterapeut, anvender jeg en ergoterapeutisk model<sup>33</sup> til at foretage en udredning af borgerens kommunikation. Den indeholder trinene:

---

<sup>33</sup> CPPF Canadian Practice Process Framework

- at forholde mig til viden om kommunikation ud fra litteratur,
- at indsamle viden om borgeren,
- at undersøge og supplere med undersøgelser fra egen og andre faggrupper fx audiologopæd eller neuropsykolog,
- analysere den viden jeg har fået,
- at borgeren sætter mål for indsatsen,
- afprøve konkrete tiltag sammen med borgeren fx en metode eller et hjælpemiddel og tilpasse under afprøvning,
- og evaluere indsatsen.

Denne analytiske tilgang vil også kunne anvendes af andre faggrupper.

For at få overblik over hvilke muligheder vi som fagpersoner har for tiltag ses eksempler, som er nævnt i litteraturen. De helt generelle råd om hvordan man kommunikerer såsom: se på borgeren, tal kun én ad gangen, tal tydeligt og afpas sætningslængden samt at afpasse sin kommunikation til de kendte funktionsnedsættelser både fysiske og kognitive. Fx ved tydelig hukommelsesnedsættelse, at undgå at stille spørgsmål om hændelser, som lige er foregået, eller ved nedsat syn, ikke at pege på et objekt som er uden for synsvidde.

Personalet kan via uddannelse øge sit kendskab til de alternative muligheder for kommunikation, som findes. Dermed vil de kunne øge borgerens mulighed for kommunikation og deltagelse. Her kan studiet om livshistorien eller forslaget om kommunikationspas inddrages, se afsnit 2.7 og 2.8. Det viser, at det giver mening at have en synlig livshistorie eller et kommunikationspas indenfor rækkevidde, fordi borgeren med denne støtte får øget struktur i sin samtale, mulighed for at føre en længere samtale.

Desuden får samtalepartnere, som ikke har daglig kontakt med borgeren, større mulighed for at indlede en samtale med denne.

Ved samtaler, hvor det er muligt at forberede sig på indholdet, kan Talking Mats anvendes. Her vil brugen af emne, ord og billeder samt vurdering, give borgeren mulighed for at fastholde og formidle egne tanker og meninger. Talking Mats vil kunne anvendes i mange forskellige situationer fx når tiltag skal evalueres, ved valg eller prioritering af beslutninger. Såsom hvilke spil er relevante i spillegruppen, hvilke aktiviteter borgeren

kunne tænke sig at deltage i, hvilke forventninger har borgeren til et kommende botilbud eller hvilke udfordringer har borgeren i hjemmet på nuværende tidspunkt.

For at støtte den daglige kommunikation kan SCA metoden anvendes, hvor borgeren via en aktiv samtalepartner støttes gennem samtalen med nøgleord eller billeder, for at fastholde samtalens indhold og hvor samtalepartneren hele tiden sikrer forståelsen både til og fra borgeren.

I indledningen lagde jeg op til, at jeg ikke havde hørt om tiltag ift. personer med demens og kommunikationsudfordringer. Dette har jeg undersøgt ved at læse på hjemmesider for de voksenskoler, som er nævnt på posteren fra 2017. Voksenskoler er traditionelt de institutioner i Danmark, som tilbyder specialundervisning (oftest på hold) for voksne med en varig funktionsnedsættelse. Mine undersøgelser viste sammen med min erfaring fra mit daglige arbejde med udredning af borgere ift. kommunikationshjælpemidler, at det er meget sjældent, CKV samarbejder med voksenskolerne og dermed udlåner kommunikationshjælpemidler til borgere med demens.

Via hjemmesiderne kunne jeg se, at der på flere voksenskoler tilbydes undervisning af borgere med demens ud fra CST (Kognitiv stimulationsterapi) modellen. CST er valideret kognitiv træning, som foregår på hold. Ud fra udredningen af sproglige funktioner og forudsætninger for samtale ses, at man ikke kan modtage kognitiv træning uden også at træne evnen til sprog og kommunikation, se afsnit 2.4. Men i den tilgængelige information på hjemmesiderne nævnes ikke kommunikativ udredning eller sproglig-/kommunikativ træning.

På posteren fra afsnit 2.14 vises brug af Talking Mats i undervisningsforløbet og anvendelse af personligt tilpasset kommunikationsbog til en borger med vaskulær demens. Det viser, at undervisningsstedet tænker i kommunikative sammenhænge og understøttende hjælpemidler.

I en del af litteraturen, se afsnit 2.4, nævnes sproglige udfordringer som et tidligt symptom ved Alzheimers sygdom, derfor kan det fortsat undre mig, at jeg ikke oplever mere fokus på sproglige funktionsnedsættelser og ASK.

Når jeg sammenholder artiklerne i afsnit 2.5, 2.7, 2.8 og 2.12 er det et fælles træk, at de tiltag, der er afprøvet ift. kommunikation, har haft en effekt. Så uanset om det har drejet sig

om tidligt eller moderat stadie af demens, så har der været en ændring i funktionsniveauet. Dette tyder på, at der er et indsatsområde, hvor der opnås effekt.

Hvis man ser på hele problemstillingen ud fra et rehabiliterende perspektiv kunne det være yderst interessant, hvis borgeren automatisk blev tilbudt en audiologisk udredning, som ville kunne følges op i løbet af sygdomsforløbet. Den viden der blev samlet op, kunne bruges til en indsats både ift. borgeren selv, men også de pårørende og senere til sundhedsfagligt personale, som borgeren kommer i kontakt med. Som en del af den rehabiliterende indsats kunne ergoterapeuten inddrage den kommunikative viden i træning af daglige aktiviteter og færdigheder. Det kunne være spændende at se, hvad der skete, hvis borgeren fik flere kompetencer ift. egen sygdom, og de pårørende og sundhedsfagligt personale fik øget viden om borgerens forståelse og viden om støttende tiltag ift. kommunikation. Altså en tidlig tværfaglig indsats afgrænset til perioder i sygdomsforløbet, med sigte på at forebygge eller udsætte funktionstab, give øget aktivitet og deltagelse og dermed potentielt øget livskvalitet.

Jeg har valgt i opgavens afsnit 2.2, at udelade beskrivelsen af de ikke-sproglige funktioner og deres betydning for kommunikationen såsom gestik og mimik, for at holde fokus på det verbale udtryk.

# Kapitel 4

## Konklusion og perspektivering

### 4.1 Konklusion

Fagpersoner kan anvende viden fra litteraturen i deres daglige virke til at implementere ASK for personer med Alzheimers sygdom.

Det kan konkluderes, at personer med Alzheimers sygdom har sproglige udfordringer som grundvilkår i deres sygdomsforløb, fordi den påvirkede hukommelsesfunktion har betydning for sprogproduktionen.

Fagpersoner, som kommer i kontakt med borgeren med Alzheimers sygdom i den tidlige fase, kan via deres faglige viden støtte borgerens kommunikation på flere fronter. For det første ved mere viden om borgerens udfordringer og behov. For det andet ved mere viden om Alternativ og Supplerende Kommunikation som er omfattende og både kan indeholde det som borgeren selv udfører og det som samtalepartneren udfører i kommunikationen.

De tiltag, som borgeren lærer at bruge i den tidlige fase, kan være kompenserende teknikker ift. et sprog der mister enkelte elementer, og støttende teknikker fx Talking Mats eller SCA, hvor borgeren samarbejder med samtalepartneren.

Med øget viden om ASK kan fagpersoner være aktive i fremstilling af alternative tiltag som hjælpemidler fx kommunikationsbøger, livshistorier eller kommunikationspas.

Det kan konkluderes, at de forskellige alternative og støttende tiltag kan medføre en forskel for borgeren med demens, så borgeren i højere grad bliver deltagende i kommunikationen og dermed fortsat har mulighed for at give udtryk for egne tanker og behov.

Studiet har personligt givet større viden om de mange faktorer i kommunikationen, som betyder, at en samtale kan være svær. Jeg har undervejs kunnet relatere viden og eksempler til de borgere, jeg har mødt i daglig praksis. Det betyder ikke nødvendigvis, at jeg nu kan foretage samtalen, men det giver nye redskaber, som jeg kan bruge i analysen, så jeg med tiden kan opnå større kompetencer til at opretholde kommunikationen med en borger med Alzheimers sygdom.

## 4.2 Perspektivering

Jeg har ikke oplevet fokus på kommunikationsområdet indtil nu. Jeg oplever, at der er få faggrupper, som er i besiddelse af en høj teoretisk viden om kommunikative funktionsnedsættelser hos borgere med Alzheimers sygdom. Dertil kommer en stor gruppe fagpersoner, som har mange praktiske erfaringer. Men der har ikke foregået en systematisk vidensindsamling, så de to gruppers teoretiske og praktiske viden kunne blive koblet sammen. Jeg tænker, det er nødvendigt med en undervisningsmæssig indsats ift.

fagpersoner, for at alle kan inddrage en sproglig indsats og kommunikation i deres daglige arbejde og dermed enten foretage en direkte indsats overfor borgeren eller følge op på indsatsen igangsat af andre fagpersoner.

At gøre en faglig indsats ift. gruppen af borgere med Alzheimers sygdom i tidlig fase vil kræve en tværsektoriel og tværfaglig indsats. Det vil betyde at sygehuse, kommunikationscentre, undervisningssteder og kommuner skulle udveksle erfaringer og informationer om borgeren. De faggrupper som ville blive involveret kunne både være sygeplejersker, SOSU, SSA, pædagoger, neuropsykologer, lærere, logopæder, demenskoordinatorer og ergoterapeuter.

Det ville være nødvendigt, at man centralt fra valgte at prioritere en indsats ift. kommunikation og demens, for at opnå et ensartet tilbud i landets kommuner.

Effekten ville være svær at måle, da det handler om øget forståelse, inddragelse og medbestemmelse, øget livskvalitet og måske på sigt forebyggelse af frustrerende arbejdssituationer og borgere, som handler uhensigtsmæssigt.

Jeg mener, det kunne være relevant at forske yderligere i, hvordan sproget kan bevares over tid og hvilken effekt har det på udviklingen af sygdommen, for at øge fokus på nødvendigheden af en indsats.

Et område, som ikke er nævnt i opgaven, er kommunikation med borgere med andet modersmål end det land, borgeren er bosat i. Her er der helt særlige sproglige udfordringer ift. degenerative sygdomme og eventuelle kulturelle udfordringer mellem fagpersoner og borger. Det ville være relevant at undersøge, om denne borgergruppe tidligere i deres sygdomsforløb oplever større sproglige udfordringer end andre borgere og dermed har behov for en tilpasset indsats.

## Litteraturliste

	Titel	Forfatter	ISBN	side
1	Kommunikation & demenssjukdom	Margareta Skog	978-91-8809-938-9	
2	Kommunikativ omvårdnad	Boel Heister Trygg	978-91-85435-51-7	
3	Augmentative Communication Strategies	David R. Beukelmann, Kathryn L. Garrett, Kathryn M. Yorkson	978-1-55766-875-2	kap. 8 s. 243-285
4	Siden blir det vel verre	Kjerstiv Wogn-Henriksen	82-91054-47-9	kap. 19 s 287-298
5	SCA			<a href="https://www.aphasia.ca/communicative-access-sca/den">https://www.aphasia.ca/communicative-access-sca/den</a> 041118
6	Forstå demens	Alzheimerforeningen	978-87-412-5432-6	kap.3 og 4 s. 27-96

7	Memory Walleet intervention in an adult day-care setting	Michelle S. Bourgeoise, Lisa A. Mason, University Center for Social and Urban Research, Pittsburgh	artikel	
8	A family living with Alzheimers disease: The communicative challenges	Danielle Jones, School of Health Studies, Bradford	artikel	
9	Dementia and Communication Artikel: Language Changes in Dementia of the Alzheimer Type	Daniel Kempler	1-56593-084-3	Kap. 7 s. 98-114
10	Pragmatics in Dementia Discourse Artikel: So What's your name?: relevance in dementia Aw, so, how's your day going?: ways that persons with dementia keep their conversational partner involved	Jacqueline Guendouzi, Louisiana Boyd Davis, Margaret MacLagan og Julie Cook, Charlotte og Canterbury university	978-1-4438-5167-1	kap. 2 s. 29-54 kap. 4 s. 83-116

11	Kommunikationshandicap	Jesper Dammeyer og Louise Bøttcher	978-87-593-2216-1	
12	Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet	Rehabiliteringsforum Danmark o.a.	87-990134-2-8	
13	Talking Mats - en metode der understøtter kommunikation	Joan Murphy og Lois Cameron	udleveret af Kommunikationscentret Hillerød i forbindelse med kursus	
14	See what matters		AJDC okt/nov 2017 Vol 6 No 5, hentet på <a href="http://journalofdementiaicare.com">journalofdementiaicare.com</a> 191018	

## Bilag 1

Interviewguide til logopæd ansat i en dansk kommune.

Fakta:

Navn

Ansættelsessted

Timetal

Arbejdsforhold

Er der en arbejdsbeskrivelse for stillingen?

Hvilken lovgivning hviler din praksis på?

Fra hvem modtager du dine sager?

Hvordan vil du beskrive dine nuværende daglige opgaver? Hvad er det typisk for nogle borgere du møder?

Demens

Har du haft sager med borgere med demens?

Hvilken demensform har det typisk været? Hvilke udfordringer har dette givet dig?

Hvilke faglige kompetencer har du bragt i spil? Hvilke redskaber har du kunnet bruge både ift. metode og hjælpemidler?

Har du gjort dig nogle erfaringer, som du kan fortælle om, gode som dårlige?

Overordnet for demensområdet

Hvad tænker du om demens ift. træning og rehabilitering?

Hvis du har nogle idéer til undervisning af personer med demens, hvad kunne det så være?

Har du tanker om, hvordan undervisning af personer med demens kunne struktureres?

Hvordan er muligheden for undervisning af pårørende generelt i dit daglige arbejde?

Hvordan er muligheden for inddragelse af frivillige i dit daglige arbejde?

Hvad tænker du om dit fags viden om den konkrete målgruppe?

Ser du nogle særlige problemfelter ift. intervention med denne målgruppe?

Er der informationer og tanker, som du selv ønsker at bringe i spil ift. min problemformulering?

# DEMENSUNDERVISNING PÅ JYSK

## - KOGNITIV STIMULATION TIL PERSONER MED DEMENS

**Specialskolen for Voksne, Vendsyssel**

SPVV.DK

CKU Hjørring tilbyder kompetenceudviklende undervisning for borgere med demens i et tidligt stadium.

Som et samlet kommunalt tilbud til mennesker med demens i det tidlige stadium, tilbyder borgerne kognitive stimulations 2 grupper og en gruppe til sang, musik og fysisk træning og aktivitetstræning 3 grupper ugentligt.

I den kognitive stimulation lægger der vægt på at udfordre den enkelte borger med meningsfulde opgaver og sociale samvær med mulighed for at møde andre i samme situation.

Dagens er tilrettelagt ved fire faste program med varierende opgaver og aktiviteter for alle grupper. Der er musik, sang, høreapparat, juleopspil, sang, kommunikationsopgaver, sproglige opgaver og mere ud af det.

**Samarbejdspartnere:**  
 Tværfagligt samarbejde mellem Demenskonsulentene, Trivlighedscenter samt SÅD Ribe og Ribe Hjørring Kommune.

Center for Kommunikation og Undervisning  
 Åbøvej 10, 2. sal  
 9800 Hjørring

Kontakt:  
 Ann Sofie Nielsen  
 Mobil: 42 91 70 05  
 Mail: [annsofie@spvv.dk](mailto:annsofie@spvv.dk)

Hjørring Kommune

**INGEBORGHUS**

Ingeborghus  
 Aktivitets- og Træningscenter for borgere med demens.

Målgruppe:  
 Borgere med let til mildt demens

Vi tilbyder:  
 Træning af fysiske, kognitive, og sociale færdigheder.  
 At være og stimuleret til at holde på hold, der er tilpasset den enkelte borgers behov og ønsker.

Samarbejdspartnere:  
 Demensrådgiver  
 Psykiatercenter  
 Engstrømsvej  
 Mulbjergvej  
 Voksenskolen og forsvarende medarbejdere.

Ingeborghus  
 Ingeborgervej 2  
 9900 Frederikshavn  
 98 45 59 18 eller 98 45 59 22 - [hudd@frdrskhavn.dk](mailto:hudd@frdrskhavn.dk)

Leder: Annette Wiisgaard  
 98 45 58 97 - [anaw@frdrskhavn.dk](mailto:anaw@frdrskhavn.dk)

**KommunikationsCenter Thybøl**

KommunikationsCenter Thybøl tilbyder kompetenceudviklende undervisning, rådgivning og vejledning til personer, der har demens i et tidligt stadium.

Tilbydelserne udgøres af demensrettede i det tidlige stadium, som indbefatter bl.a. undervisning i samarbejde med kommunens demensrådgiver.

Vi tilbyder:  
 Forenede  
 Undervisning  
 Rådgivning/vejledning  
 Samarbejde med pårørende  
 Samarbejde med demensrådgiver  
 Formidling kontakt til relevante klubber, foreninger o. lign.

Undervisningens formål:  
 Undervisningen tager udgangspunkt i den ændrede situation, der udspringer af den enkelte borgers sygdom og behov, og der udbydes en individuel undervisning med henblik på, at deltageren får styrke og nye strategier og handlemuligheder, der kan støtte eller kompensere for fortabte kompetencer.

Undervisningen foregår på små hold og særlige tilbud som enkeltmandsundervisning.

Undervisningens indhold:  
 Undervisningen indhold afhænger af den enkelte deltager, og kan omfatte: Indehold af indlæsningsmateriale, feedback, træning, kommunikation, brug af redskaber og PhD samt andre elektroniske hjælpemidler, læse og skrivetræning, spil, samtale og mere, alle som udgangspunkt udarbejdet for at møde og håndtere dagligdagens udfordringer.

KommunikationsCenter Thybøl  
 Rø. Rådhusvej 3, Thybøl  
 Telefon 99 17 27 25  
[kommunikationscenter@thybod.dk](mailto:kommunikationscenter@thybod.dk)

**VUK-Aalborg**

VUK-Aalborg og Aalborg Udenforarbejdning tilbyder i samarbejde med Aalborg- og Håndværkforbunds i Aalborg Kommune bl.a. kognitive stimulations til borgere med demens i et tidligt stadium og borgere med Frontotemporal Demens.

Målet med demensundervisningen på VUK-Aalborg er:  
 At forebygge fuldtids funktionssvækkelse hos kursisten  
 At finde strategier og hjælpemidler til optimering af kognitive funktioner  
 At bidrage til bedre livskvalitet  
 At skabe rum for, at der kan opstå et netværk med lignende  
 At give kursisten og demens pårørende et forum, hvor der kan udveksles erfaringer samt erfarer viden og kunnen

I undervisningen kan vi bl.a. beskæftige os med:  
 Hukommelsestræning  
 Kompetenceudviklende aktiviteter  
 Kognitive stimulations  
 Vedligeholdelse af eksisterende daglige funktioner  
 Brug af hjælpemidler til støtte for hukommelse og sørg  
 Livskvalitet  
 Afspejling - bearbejdelse af samfundsbetragninger  
 Musik, sang og bevægelse  
 Trivsel

VUK-Aalborg  
 Skolevej 5  
 9400 Nørresundby  
 Kim Michael Alberg Sørensen  
 Speciallærer, Soc. D. & Neurospædagog  
 Mobil: 30 55 41 50  
 Mail: [kim.soerensen50@skolekom.dk](mailto:kim.soerensen50@skolekom.dk)

**CKU HIMMERLAND**

CKU HIMMERLAND tilbyder undervisning til borgere med begyndende demens fra Vesthimmerlands Kommune og Mørkegårdfors Kommune. Det er bl.a. indholdet i et varierende dagprogram.

Undervisningsindhold:  
 Individuel vejledning og undervisning  
 Kognitive stimulations på hold  
 Kommunikationsgrupper for demens med sproglige vanskeligheder  
 - Lektur og gruppevis diskussion  
 Musik og sangundervisning på hold

Samarbejdspartnere:  
 Demensrådgiver fra Vesthimmerlands Kommune og Mørkegårdfors Kommune  
 Aktivitets- og træningscenter for pårørende til demens

Center for Kommunikation og Undervisning  
 Vestre Boulevard 11 A  
 Postboks 135, 9500 Aars  
 Tlf: 99 66 99 66  
[cku@himmerland.dk](mailto:cku@himmerland.dk)

Kontaktcenter:  
 Vanskeligheder ligger Svanedrift Larsen  
 Tlf: 99 66 99 66

**CSV Vejle**  
 Kommunikation & Teknologi

"Demens rammer i hjemmet - men mærkes i hjertet"

Det er ikke kun kaffe, kage og Madstuen. Det er faktisk arbejde at deltage i Stibuddet, og der arbejdes hver gang målrettet med opgaverne.

Vi har beredt rundt, hvor man skal fortælle om status, siden sidst og om sit holdet på en måde fra 1-10.

Der læses aviser og delikateres indhold af artikler og annoncer. Der synges sange, og der lyttes til forskellige slags musik.

Derefter skal man samarbejde omkring dele af opgaverne samt indgå i et socialt netværk.

Vi forlanger, at man gør sig umage - og at man er motiveret for og interesseret i at deltage. Man skal kunne deltage i hjemmemiddagsarrangementer - Stibuddet er derfor primært målrettet folk med demens i livshøjden grad.

Derefter har vi det sjove og hyggelige - vi griner meget og får chokladet en masse kaffe. Det er samvær med lignende - og både sanger og gladder bliver det med Stibuddet.

CSV Kommunikation & Teknologi  
 Frederiksholm Allé 50  
 7150 Vejle  
 Tlf: 76 81 55 50  
[www.csv@veje.dk](http://www.csv@veje.dk)

Ved spørgsmål kontakt  
 Lene Lindkvang, koordinator  
 Tlf: 76 81 55 50

Ønsker du/I inspiration til at oprette et undervisningstilbud til personer med demens  
 kontakt: Kim Michael Alberg Sørensen, VUK-Aalborg  
[kim.soerensen50@skolekom.dk](mailto:kim.soerensen50@skolekom.dk) - mobil: 30 55 41 50

Foto af Poster fra Demensdagene maj 2017 i Kbh.  
 Her er omtalt seks forskellige undervisningstilbud ift. borgere med demens.  
 Jeg har undersøgt deres hjemmesider, for at læse om tilbuddet indeholder undervisning ift. kommunikation.

VUK i Ålborg har en folder, hvor de beskriver tilbuddet. Her er tiltag ift. kommunikation ikke nævnt. I undervisningen indgår bl.a. læse- og skrivetræning samt praksislæring/vedligeholdelse af almindelige dagligdags funktioner. Der er nu tiltag ift. kommunikation, se bilag fra Demensdagene 2018.

CSV i Vejle har en hjemmeside, hvor der fortælles om træning af kognitive funktioner for at styrke dagligdags funktioner. Der omtales ikke kommunikation.

<https://csv.vejle.dk/laes-om-vsu/demensundervisning-kognitiv-stimulation/>

Ingeborghus i Frederikshavns kommune tilbyder aktivitet og træning for personer med demens. De informerer via facebookside. Det samme gælder for deres projekt RAV, som er for yngre med demens. På deres facebookside er omtalt ture til forskellige steder. Ikke noget om kommunikation.

<https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-nordjylland/frederikshavn/demens/aktivitets--og-traeningscenter-ingeborghus/>

CKU Vendsyssel har kognitiv stimulation. Det er ikke uddybet på hjemmesiden. Der er ikke nævnt kommunikation.

<http://ckuv.dk/kompenserende-voksenundervisning-kvu/demens/>

Kommunikationscenter Thisted tilbyder undervisning ud fra kognitive funktionsnedsættelser.

<http://www.thisted.dk/Institutioner/institution/Kommunikationscenter%20Thisted/Undervisningstilbud/Demens.aspx>

CKU Himmerland tilbyder demensundervisning, hvor indholdet omtales som kompensering for hukommelsesvanskeligheder.

<http://ckuhimmerland.dk/erhvervet-hjerneskaede.aspx>

Udarbejdet 041018

# KOMMUNIKATIONSFORMER TIL PERSONER MED DEMENS

"Af alle vore opfindelser til massekommunikation taler billeder stadig det mest almindeligt forståede sprog." Walt Disney (1901 -1966)

## Billedstøttet kommunikation:

VUK's model er inspireret af Symbolstøttet Spørgekort (Kommunikationscenter Hillerød) og Talking Mats (Skotland).

Talking Mats er en lavteknologisk metode, der bygger på billedstøtte i form af let forståelige symboler, som placeres på en måtte - emnekort (rød), samtalekort (blå) og svarkort (gul).

Metoden kan med fordel benyttes til personer med Semantisk Demens og Primær Progressiv Afasi.

Sproglige forstyrrelser ved Semantisk Demens kan bl.a. vise sig ved:

- ordene og den almene viden mister deres betydning
- man glemmer, hvad ting hedder, og hvordan de anvendes
- besvær med at benævne ting og forstå tingenes navne, når man hører dem
- sværere ved genkendelse af ting, personer eller huske deres navne (Nationalt Videnscenter for Demens)

I samarbejde med pårørende, aktivitetscenter og bosted har vi erfaret, at nogle personer med Semantisk Demens bedre forstår billedmateriale med fotos fra personens eget hjem og egne ting - f.eks. et foto af egen kaffemaskine, taske eller dørnøgle. Størrelsen på billedet også har betydning for forståelsen af billedet.

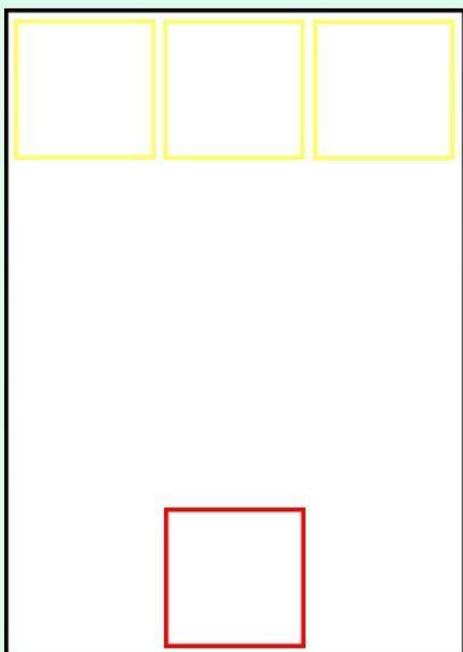
Brugen af personens egne billeder, gør det muligt at:

- personen kan være mere selvdueelig i eget liv i så lang tid som muligt
- personen har mulighed for at træffe et valg vha. emnekort, talekort og svarkort
- personen selv har mulighed for at kommunikere og interagere med andre
- andre personer har mulighed for at starte en konversation ud fra billederne

Udtalelse fra aktivitetscenter:

"Billedkortene bliver brugt bl.a. i forbindelse med indkøb, hvor brugeren selv vælger de varer, der skal handles ind - og her ses genkendelighed. Brugeren kan selv mestre at finde varerne i et kendt supermarked i nærområdet".

"Brugeren viser stor glæde ved at være medbestemmende i forskellige aktiviteter."



## Projektet:

VUK-Aalborg er en voksenspecialskole under Aalborg Kommunes skoleforvaltning, der i samarbejde med Aalborg Kommunes Ældre- og handicapforvaltning tilbyder kognitiv stimulation m.m. til personer med demens.

Omkring 10 procent af kursisterne har omfattende sproglige vanskeligheder, mens andre har ekspressive vanskeligheder i mindre grad - især i form af mistede navneord.

## Spil/opgaver:

Der findes forskellige former for spil og opgaver, som træner ordbobiler, stavfærdigheder, visuel scanning og korttidshukommelse - f.eks.:



Som brætspil



I bogform



Som computerspil

## Kommunikationsbog:

PODD (Pragmatisk Organiseret Dynamisk Display) inspireret form for kommunikation. Kommunikationsbogen kan bl.a. bruges til personer med Vaskulær Demens og Alzheimers Sygdom.

Bogen, som er vist på denne poster, er benyttet til personer med Vaskulær Demens og udviklet i et tæt samarbejde med pårørende.

Emnerne er individuelt tilpasset den pågældende brugers behov og interesser. Antallet af emner er valgt ud fra kognitive niveau, og hvor mange emner brugeren kan overskue.

Farven på emnerammen svarer til fanebladets farve og sidenummer.

Brugen af kommunikationsbogen, gør det muligt at:

- personen kan være mere selvdueelig i eget liv så længe som muligt
- personen har mulighed for at fortælle om sin hverdag
- personen kan interagere med andre
- andre personer har mulighed for at starte en konversation ud fra bogen

Bogen kan desuden fungere som en livshistorie.

Udtalelse fra pårørende:

"Jeg kan som hustru til en dement oplyse, at kommunikationsbogen er et fantastisk hjælpemiddel til en hverdag uden sprog. Den har gjort det lettere at kommunikere."

"Der er utrolig mange muligheder i kommunikationsbogen. Min mand viser meget gerne bogen frem. Familie og venner bliver forbavsede, når de ser den, fordi man ikke ved, at der findes sådan en bog til mennesker uden sprog."

