



**FOKUS**

16. årgang

Nummer 3

Okt. 2009

Videnscenter for Hjerneskade

**TEMA:**  
Neurofaglighed  
i kommunale tilbud

### 3 Genoptræning: et stafetløb med mange forhindringer

Af Leif Mørck.

### 4 Målrettet indsats for hjerneskadede i Tønder Kommune

Et særligt team har i et år arbejdet på at skabe et bedre liv for borgere med en senhjerneskade. Af Jens Bytoft.

### 6 Slagelse Kommune lagde en plan

En politisk vedtaget plan danner grundlag for hjerneskadeindsatsen i Slagelse Kommune. Af Kirsten Nielsen.

### 8 Koordinering af komplekse hjerneskadesager

Allerød og Egedal kommuner har opprioriteret hjerneskadeområdet. Af Gitte Overgaard og Dion Mattesen.

### 10 Teamwork i Egedal hjælper mennesker med hjerneskader

Intensiv og koordineret indsats skaber bedre liv for hjerneskaderamte – og sparer alle for en masse ressourcer. Af Frederik Roed.

### 12 Hjerneskadede tilbage i arbejde

BOMI i Roskilde har fået knap 40 procent tilbage i en eller anden form for arbejde ved at yde neurofaglige støtte. Af Christian Adolphsen og Bodil Grøsfjeld.

### 14 Behov for kommunale forløbspakker for hjerneskadede?

Der er behov for en systematisk tilgang, hvis kvaliteten i rehabiliteringsforløb for hjerneskadede skal sikres. Af Marie Gravengaard.

### 16 Region og kommune går hånd i hånd

Et eksempel på et frugtbart samarbejde mellem kommune og region i Nordjylland. Af Alice Vogensen.

### 18 Kommunerne ved roret i genoptræningen

– Kommunerne har fået rorpinden men har ikke altid fået overdraget den nødvendige neurofaglige kompetence. Af Tina Gamstrup Nørholm.

### 20 Arbejdsliv med en hjerneskade

– Der er hjælp at hente. Af Lisbet Bo.

### 22 Dokumentation af vilkår, indsatser og resultater

Det Sociale Indikatorprogram måler, hvad der skal til for at en borger oplever sin livssituation som forbedret. Af Karen Sophie Pilegaard.

### 24 Kognitiv rehabilitering – et helhedssyn

Kit Malia præsenterede på dette års DaNS-konference sit helhedssyn på kognitiv rehabilitering. Af Karen Sørensen.

### 26 Når hver en sten skal vendes

En beretning fra en omfattende undersøgelse af forholdene i de københavnske botilbud. Af Poul Skov Dahl.

## Bog anmeldelse

### 28 Sansestimulering for voksne

Anmeldt af Gerda Videbech

### 29 Tag et tilbudstjek

Er jeres tilbud til hjerneskaderamte med i Tilbudsdata-basen. Hvis ikke – læs videre her. Af Mette Trier.

### 30 Forskningsnyt

Af Ane Katrine Beck.

### 31 Nyt fra Videnscenteret

### 32 Aktivetskalender



Foto: Frederik Roed

#### FOKUS

Tidsskrift fra Videnscenter for Hjerneskade

16. årgang nr. 3, oktober 2009

Udkommer fire gange om året. Det er gratis at abonnere. Oplag: 5.000 EAN 9788791874161 (Fokus) EAN 9788791874178 (Fokus – netversion)

Trykt på 90 gram Alpa Sol Typografi: Meta

#### Forsideillustration:

Helene Ingerslev Hebsgaard

#### Videnscenter for Hjerneskade:

Ansvarshavende: Brita Øhlenschläger Sanatorievej 32-34, 7140 Stouby Tlf.: 75 89 78 77 Fax: 75 89 78 79 Email: info@vfhj.dk Internet: www.vfhj.dk www.hjernerokassen.dk

#### Redaktion:

Informationsmedarbejder Mette Trier, sekretariatschef Brita Øhlenschläger, neurofaglig medarbejder Ane Katrine Beck og administrativ medarbejder Birgit Münch – alle fra Videnscenter for Hjerneskade.

Design og tryk: vahlé+nikolaissen

#### Indsendt stof:

Videnscenter for Hjerneskade modtager gerne artikler, eller forslag til artikler. Du kan læse en vejledning til manuskripter på [www.vfhj.dk/fokus/manuskript.asp](http://www.vfhj.dk/fokus/manuskript.asp). Redaktionen deler ikke nødvendigvis synspunkterne i indlæg i FOKUS. Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise, forkorte eller redigere indsendte indlæg. Debatindlæg, der forholder sig til navngivne personer, vil forinden optagelsen blive forelagt disse til eventuelle kommentarer.

Eftertryk i uddrag er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Deadline for stof til næste nummer:

5. oktober 2009

#### Målgruppen for Fokus:

Fokus er Videnscenter for Hjerneskades landsdækkende tidsskrift. Det henvender sig først og fremmest til professionelle inden for hjerneskadeområdet – dvs. forvaltninger, institutioner, sygehuse, skoler og beslutningstagere mv., men også til de skadede selv, deres pårørende og til brugerorganisationerne.

Fokus omhandler børn og voksne med erhvervet hjerneskade fra to år og op efter af dansk eller anden etnisk oprindelse.

Det tilstræbes, at hvert nummer af Fokus har et overordnet tema, som belyses ud fra forskellige indfaldsvinkler. Såvel nationale som internationale erfaringer og viden formidles upartisk i bladet.

# Genoptræning: et stafetløb med mange forhindringer



Hvert år rammes 15.000 borgere i Danmark af en erhvervet hjerneskade. Vi ved, at genoptræning har afgørende betydning for, hvor godt borgeren kommer til at fungere i det fremtidige liv. Selv om en af intentionerne bag kommunalreformen var afvikling af gråzoneproblemerne omkring genoptræning, så er det stadig en række større eller mindre tilfældigheder, der afgør, om en hjerneskadet borger får tilbudt genoptræning, og hvor intensiv og kvalificeret (neurofaglig) den tilbudte genoptræning er.

Første trin i den skadedes stafetløb er en hospitalsindlæggelse. Sker indlæggelsen på en afdeling med de fornødne ressourcer til udredning af også hjerneskadens skjulte følger, kan den skadede forlade afdelingen med en genoptræningsplan, som beskriver borgerens behov for genoptræning af både en række fysiske, kognitive og psykosociale funktioner. En plan, som forpligter kommunen til at iværksætte en sådan genoptræning, omend kommunen bestemmer serviceniveau og det konkrete indhold. Udskrives borgeren uden, eller med en utilstrækkelig genoptræningsplan – måske en plan der kun beskriver et fysisk genoptræningsbehov – kan det betyde, at borgeren ikke får den genoptræning af de kognitive og psykosociale funktioner, som ofte er afgørende for, hvordan borgeren kommer til at mestre sin fremtidige dagligdag og arbejdsliv.

Stafetten skal herefter fra hospital til kommune. Også her ligger en række usikkerhedsmomenter for det videre stafetløb: er der etableret et stabilt samarbejde mellem hospital og kommune, så kommunen i god tid er adviseret om den skadede borger og har en relevant indsats klar på udskrivelsestidspunktet?

Når (hvis) kommunen har modtaget genoptræningsplanen, er næste trin, at stafetten går videre til alle de relevante afdelinger. Et hjerneskadeforløb er i reglen kompliceret. Det kan være relevant, at både visitations-, handicap-, børn / unge-, familieafdeling og jobcenteret informeres, og derefter bidrager til kommunens samlede tilbud til borgeren. Der skal måske bevilges pædagogisk støtte i hjemmet, genoptræning af kognitive og psykosociale funktionsnedsættelser, støtte til familien måske afsluttet af en indsats fra jobcenteret. Nogle af disse ydelser findes i kommunen, men skal bevilges efter forskellige lovgivninger og af forskellige afdelinger, andre må købes udefra, men det er vigtigt, at alle indsatser har et fælles overordnet mål. Der er med andre ord behov for koordinering af indsatsen, både med hensyn til konstruktion af et sammenhængende tilbud og med hensyn til at følge op og kæde tingene sammen i forløbet.

En sidste faldgrube i stafetløbet er at sikre de hjerneskadede en neurofaglig genoptræning, dvs. at genoptræningen tilbydes af personale med relevant neurofaglig uddannelse, erfaring og efteruddannelse. Her kan problemet være, at borgeren ofte tilbydes frit valg mellem kommunens genoptræningscentre, men at transporten til det fjernest beliggende genoptræningscenter, som måske er det, der råder over den relevante neurofaglige ekspertise, kan være uoverkommelig for en dagpengemodtager at finansiere.

Genoptræningsområdet er altså fyldt med mange forhindringer og faldgruber. Mange kommuner har været opmærksomme på, at genoptræning af hjerneskadede er et kompliceret område og har ansat hjerneskadekoordinatorer. Lad os håbe, at vi i samarbejde kan få bygget en velfungerende bane i stafetløbet, så hjerneskadede borgere i fremtiden tilbydes en velkvalificeret og koordineret genoptræning, uanset hvor de er bosat.

Leif Mørck

Et særligt team har nu i et års tid arbejdet målrettet med at skabe et bedre liv for borgere med en senhjerneskade.

# Målrettet indsats for hjerne-skadede i Tønder Kommune

AF JENS BYTOFT,  
KOMMUNIKATIONSAFDELINGEN,  
TØNDER KOMMUNE.

Gennem det sidste års tid har et team af medarbejdere ved Tønder Kommune arbejdet målrettet for at skabe de bedst mulige vilkår for borgere – børn, unge og ældre – der bliver ramt af en hjerneskade.

”Det handler om livskvalitet, og derfor selvfølgelig i høj grad om genoptræning, men også om, at de, så vidt det overhovedet er muligt, kan komme tilbage til arbejdsmarkedet eller til en uddannelse. Det har utrolig stor betydning for den enkelte, at han eller hun kan vende tilbage til sin gamle arbejdsplads – også selvom det måske kun er for at par timer om dagen,” fortæller Karen Margrethe Lund, der er leder af det specielle medarbejderteam, hvis officielle navn er neurokoordinationsteamet.

”Faktisk var det en af vore egne fysioterapeuter, der kom med ideen om, at vi skulle lave disse målrettede rehabiliteringsforløb. Det var umiddelbart efter kommunalreformen, hvor kommunerne overtog denne opgave fra de tidligere amter. Som hun sagde: ”Vi træner folk til at rejse sig, gå hen til døren og åbne den – men hvor skal de gå hen efter endt træning.”

”Det blev vores startskud, og vi fik skabt en kontakt med Neurocenter Vejlefjord, og sammen fik vi lavet den første, overordnede skitse. Målgruppen var – og er – borgere med akut opstået hjerneskade. Det kan være apopleksi, kranietraumer, iltmangel, hjernetumor og følger efter betændelsestilstande i hjernen. Sideløbende med samarbejdet med Vejlefjord havde vi også tæt kontakt til Videnscenter for Hjerneskade. På den måde fik vi yderligere defineret vores målgruppe, nemlig mennesker fra to-tre år og opefter.”

”Efterfølgende er en række medarbejdere så blevet uddannede i samarbejde med Vejlefjord, så de nu har et ”fælles sprog” for hjerneskadeområdet, og vi har netop forlænget vores samarbejdsaftale, så vi kan blive endnu bedre til at håndtere disse sager,” fortsætter Karen Margrethe Lund. Hun tilføjer, at status i dag – godt et år efter teamets

oprettelse – er en betydelig højere livskvalitet for de borgere, der har været i et rehabiliteringsforløb.

”Et forløb bliver afsluttet, når den enkelte borger er stabil med de tiltag, der er nødvendige. Det betyder, at det på nuværende tidspunkt kun er ret få forløb, der er afsluttede.”

## Tilbage på skolebænken

Men nogle er dog sluttet af. Karen Margrethe Lund kan eksempelvis fortælle om en 18-årig ung mand, der pådrog sig en hjerneskade i forbindelse med en trafikulykke i oktober 2007.

”Han påbegynder træning i februar 2008, og det viser sig hurtigt, at der er vanskeligheder med strukturering og planlægning af mere komplekse opgaver. Vi tilbyder ergo- og fysioterapi tre gange om ugen, ligesom der laves en neuropsykologisk undersøgelse. I juli 2008 bliver træningen afsluttet. I stedet aftales faste møder med hans kontaktperson på uddannelsesstedet. Hun fik et indblik i, hvad en hjerneskade vil sige i dette konkrete tilfælde og kunne derefter handle efter det.

Undervejs har der især været fokus på at give ham nogle gode strategier til at løse opgaver, der mangler struktur. Der har været gode fremskridt, og han har nu genoptaget sin uddannelse.

Et normalt genoptræningsforløb ville være afsluttet, inden han genoptog sin skolegang, og han ville have stået alene. Nu fik han muligheden for at gå de par skridt længere, med det resultat, at den unge mand nu betragtes som stabil, og alting tyder på, at han gennemfører en almindelig uddannelse og bag efter ikke vil have brug for speciel støtte.”

I et andet tilfælde, hvor rehabiliteringsforløbet endnu ikke er afsluttet, fortæller Karen Margrethe Lund, at et traditionelt forløb sandsynligvis ville være endt med en ansøgning om en plejehjemsplads. ”Nu er der i stedet udsigt til, at hun kan klare sig i eget hjem.”



Foto: Laura L. Petersen

Karen Lund, leder af neurokoordinationsteamet i Tønder. Teamet er efter eget ønske kun koordinerende – det vil sige at de 'kan bevare fokus på det høje faglige niveau'.

### Knap 50 tilfælde årligt

Op mod 50 borgere i Tønder Kommune bliver hvert år ramt af en senhjerneskade. De hyppigste årsager er ulykker, blodpropper eller hjerneblødninger.

”Af de ca. 50 nye tilfælde er knap halvdelen i den erhvervsaktive alder, og de fleste af dem vil gerne tilbage til arbejdsmarkedet – men vi har lært, at det kræver en særlig viden og indsigt, for at det kan lykkes. Det arbejder vi intenst med, så vi får mest mulige indsigt i både de synlige og usynlige følger af en hjerneskade. Ofte er det nemlig de usynlige konsekvenser, der giver de største vanskeligheder. Alt det har vi efterhånden fået en stor viden om, mens det til gengæld er Jobcentret, der har kendskabet til det lokale arbejdsmarked. Derfor er samarbejdet mellem dem og os af afgørende betydning for at hjælpe den enkelte borger – og vi har et særdeles godt samarbejde,” fastslår Karen Margrethe Lund.

”Vi mødes i teamet ca. hver 14. dag, hvor vi både diskuterer enkeltsager og informerer om nye. Vi indkalder det faglige personale i enkeltsager på aftalte tidspunkter for at spare på tidsforbruget hos de enkelte. På den måde kan vi tage enkeltsager op i et større forum og afklare det forestående forløb. Møderne kan i øvrigt også ligge andre steder, f.eks. i hjemmeplejegrupper.”

Karen Margrethe Lund oplyser videre, at teamet i Tønder blev sat i gang med eksisterende personale, det blev ikke oprettet som et ”forkromet team” med nye stillinger. De trænende terapeuter, der er repræsenteret i teamet, arbejder udelukkende med de borgere, der har neurologiske diagnoser, hvilket – i hvert fald ikke endnu – er særligt udbredt i Danmark, men det er næsten en forudsætning for etablering af neurorehabilitering.

### Ingen myndighed

”Desuden er det sådan, at vi i neurokoordinationsteamet ’kun’ er koordinerende. Vi har ingen myndighed – og vi

har selv ønsket det sådan. Overordnet set betyder det nemlig, at vi ikke skal sidde og afgøre de økonomiske sider af de sager, vi arbejder med. Vi kan bevare fokus på det høje, faglige niveau og så sende indstillingerne til andre, der har adgang til pengene – og fordi vi har den fornødne viden og indsigt, bliver midlerne som regel også altid bevilget,” forklarer hun.

### Ni medarbejdere

Ni medarbejdere er knyttet til teamet i Tønder Kommune. Udover Karen Margrethe Lund er det to socialrådgivere, en trænende fysioterapeut, en trænende ergoterapeut, en PPR-medarbejder, der er uddannet ergoterapeut, en pædagog samt en områdeleder på det socialpædagogiske område og en leder af distriktshjemmevejledningen. Desuden har vi tilknyttet en neuropædagogisk konsulent og en neuropsykolog på ad-hoc-basis.

”Samtidig har vi et tæt samarbejde med vores lokale jobcenter, der virkelig har ydet en stor indsats for projektet. De er i høj grad ’på banen’, når det gælder om at få senhjerneskadede borgere tilbage på arbejdsmarkedet, og gerne til vedkommendes egen, tidligere arbejdsplads.”

Karen Margrethe Lund har dog ingen planer om, at ’hvile på laurbærrene’, selv om det, nu ikke helt så nye team, er kommet godt fra start.

”Nej, vi arbejder konstant med at gøre vores tilbud bedre. Det har været en start nærmest fra bunden, hvor vi ikke altid selv havde overblik over, hvad det egentlig var, vi var i gang med, og hvor vi var på vej hen. Derfor har samarbejdet med Vejleford betydet meget for os – og jo ikke bare for os, men i sidste ende for de borgere, vi forsøger at hjælpe,” slutter hun. ■

Se mere om Tønder Kommunes indsats på [www.hjernekassen.dk](http://www.hjernekassen.dk)

En politisk godkendt plan for indsatsen i Slagelse Kommune på hjerneskadeområdet har foreløbig ført til etablering af Hjernens hus, ansættelse af en neuro psykolog og en hjerneskadekoordinator samt mere glidende overgange internt i systemet, fordi alle kender hinanden og hinandens kompetencer bedre.

# Slagelse Kommune lagde en plan

AF KIRSTEN NIELSEN,  
UDVIKLINGSKONSULENT,  
HANDICAP OG SOCIALPSYKIATRI,  
SLAGELSE KOMMUNE.

Inden for handicap og psykiatriområdet i kommunerne findes flere "grupper" af borgere, som rammes af sygdomsforløb, der kun kan afhjælpes ved et tæt samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper.

Men at få koordineret indsatsen, så det bliver muligt at give de enkelte borgere et kvalificeret og sammenhængende tilbud, er vist mange steder i landet en velkendt problematik. Det var det også for de kommuner, der 1. januar 2007 blev sammenlagt til Slagelse Kommune.

Slagelse Kommune har 77.450 indbyggere og er en sammenlægning af fire tidligere kommuner i det daværende Vestsjællands Amt.

Med nedlæggelse af amterne har de nye kommuner samtidig fået et betydeligt større ansvar for indsatsen på en række områder inden for handicap og socialpsykiatriområdet, blandt andet i forhold til den sociale og fysiske rehabilitering af mennesker med en erhvervet hjerneskade.

Og Slagelse Kommune var kun få måneder "gammel", da den første nye sag om en borger, der var ramt af en alvorlig hjerneskade, kom ind i Center for Handicap og Socialpsykiatri – en sag, hvor der ville blive behov for en bred tværfaglig indsats.

## Hvad kan vi, og hvad vil vi?

På denne baggrund var det nærliggende at indkalde ledelsesrepræsentanter fra alle relevante fagområder og stille spørgsmålet: Hvordan etablerer vi indsatsen for mennesker, der rammes af en hjerneskade i vores nye kommune? Hvad kan vi? Hvad vil vi?

Alle mødedeltagere havde fra tidligere job erfaringer med sig om, hvor ressourcekrævende disse forløb kan blive, når den samlede indsats ikke fungerer. Og hvor store omkostninger det kan få for borgeren og dennes pårørende, så beslutningen om at prioritere det tværfaglige samarbejde højt var ikke svær. Det var ledergruppens intentioner så tidligt som muligt i kommunens "historie" at få skabt en rollemodel for tværfagligt samarbejde – en model som evt. også kunne anvendes i forhold til andre

grupper af borgere, hvor et udbygget tværfagligt samarbejde er en nødvendighed.

Samtidigt blev det på mødet tydeligt, at den nødvendige faglige ekspertise, der skal til for at kunne opbygge en velfungerende indsats på hjerneskadeområdet, var til stede i kommunen<sup>1</sup>. Det blev derfor besluttet at nedsætte en tværfaglig arbejdsgruppe, som skulle udarbejde forslag til den fremtidige organisering og udvikling af området. Ledergruppen dannede en styregruppe, som definerede arbejdsgruppens opgaver. Ledergruppen stod til rådighed som den gruppe, arbejdsgruppen skulle referere til, og som undervejs kunne træffe nødvendige beslutninger. Der blev stillet en udviklingskonsulent fra Center for Handicap og Socialpsykiatri til rådighed for arbejdet.

## Gruppens arbejdsopgaver

I forhold til indsatsen for mennesker med erhvervet hjerneskade er der gennem årene oparbejdet mængder af viden og dokumentation for:

- borgerens vanskeligheder
- problemstillinger i den faglige indsats på alle niveauer

Arbejdsgruppen valgte derfor at gå direkte i gang med at koncentrere sig om den fremadrettede indsats i Slagelse Kommune og at få kortlagt og beskrevet:

- det enkelte fagområdes ydelser og organisering i forhold til målgruppen
- problemstillinger og barrierer i indsatsen
- behov for en fremtidig udvikling af tilbud
- forslag til fremtidige samarbejdsformer og organisering af indsatsen
- forslag til kompetenceudvikling af medarbejdere
- inddragelse af borgerne i prioriteringen af de fremtidige indsatsområder

Arbejdsgruppen kategoriserede de konkrete forslag i redegørelsen under overskrifterne – Forbedring af indsatsen:





Foto: Sonja Iskov

- ved ændrede samarbejdsformer eller organisationsændringer
- ved brug af konkrete værktøjer eller valg af metoder
- ved udvikling af nye tilbud
- ved uddannelse, vidensdeling og dannelse af netværker
- i samarbejdet med borgeren og eksterne samarbejdspartnere

### Den konkrete plan

Arbejdsgruppens redegørelse blev bearbejdet til et forslag til en konkret plan for udviklingen af den fremtidige indsats for mennesker med en erhvervet hjerneskade i Slagelse Kommune.

I forslaget er beskrevet 15 konkrete initiativer, som vil kunne skabe et godt fundament for en kvalificeret og sammenhængende indsats på området i fremtiden. Det kan være svært at fremhæve enkelte dele som mere betydningsfulde forslag end andre, men opstart af "Hjernens Hus" opleves som et centralt element.

"Hjernens Hus" er tænkt som det kommunale omdrejningspunkt for indsatsen på hjerneskadeområdet. Stedet, hvor aktiviteter for målgruppen og deres pårørende etableres, og stedet hvor de lokale interesseorganisationer har deres base.

Derudover er forslaget om ansættelse af en neuropsykolog og en hjerneskadekoordinator et bærende element for implementering af flere af planens øvrige forslag. Det har derfor været en forudsætning at sikre planen politisk opbakning.

Som noget unikt for Slagelse er det politiske niveau ved sammenlægningen organiseret i et Byråd og 12 udvalg. Det har betydet en særlig politisk interesse og bevågenhed på alle fagområder. Indsatsen på Handicap og socialpsykiatriområdet hører under Udvalget for Handicap- og Socialpsykiatri. Dette udvalg har godkendt arbejdsgruppens kommissorium og har løbende holdt sig orienteret om arbejdet.

Styregruppen har desuden sikret, at øvrige ud-

valg, der har ansvar for dele af den samlede indsats, var orienteret og involveret.

Tværgående samarbejde og koordinering af den kommunale indsats har generelt politisk bevågenhed. I Slagelse er det vores erfaring, at hvis særlige områder skal fremmes på det politiske niveau, er det vigtigt at vægte en sagsfremstilling, der både bygger på viden og facts, men også på et fremadrettet perspektiv for, hvordan en evt. "investering" på sigt vil kunne gavne såvel borgerne, som den samlede kommunale indsats.

Der har generelt været politisk opbakning i de respektive udvalg til arbejdet, og Udvalget for Handicap og Socialpsykiatri traf derfor i september 2008 beslutning om, at der i forbindelse med budget 2009 blev afsat penge til ansættelse af en neuropsykolog og en hjerneskadekoordinator. Begge stillinger blev besat 1. februar 2009.

I Slagelse Kommune har vi fået mange spørgsmål om, hvordan det har været muligt at iværksætte en så omfattende proces tre måneder efter kommunesammenlægningen. Der har selvfølgelig været perioder, hvor arbejdsgruppen har haft vanskelige vilkår, og hvor alle har haft rigtig travlt – men ved et tilbageblik har det været en rigtig beslutning. Prioriteringen af det fælles projekt i opstarten har på mange måder gavn timer samarbejdet i vores kommune. Samarbejdet glider trods alt nemmere, når der opnås kendskab til hinanden og tillid til, at vi har kompetente kollegaer i alle dele af organisationen.

Som bekendt vokser træerne ikke ind i himlen, og vi har stadig et stykke vej endnu, inden vi i Slagelse Kommune kan påstå, at vi har en koordineret indsats på hjerneskadeområdet, der kan tilbyde borgerne en kvalificeret og sammenhængende indsats – men vi er godt på vej. ■

*Har du fået lyst til at læse mere om Slagelse Kommunes Udviklingsplan kan du gå ind på [hjernebussen.dk](http://hjernebussen.dk) eller kontakte udviklingskonsulent Kirsten Nielsen på tlf. 5857 4024 eller [kinie@slagelse.dk](mailto:kinie@slagelse.dk)*

"Hjernens hus" er tænkt som det kommunale omdrejningspunkt for indsatsen på hjerneskadeområdet. Stedet, hvor aktiviteter for målgruppen og deres pårørende etableres, og stedet hvor de lokale interesseorganisationer har deres base.

1 Genoptræningen var ved sammenlægningen organiseret i specialer, herunder et speciale for genoptræning af hjerneskadede. Kommunen havde overtaget amtets Center for specialundervisning, som har en mangeårig ekspertise i genoptræning af kognitive vanskeligheder, tale, sprog og kommunikation, læsning, skrivning og regning. Hjemmeplejen og den socialpædagogiske støtte i borgernes hjem havde erfarne medarbejdere på området, og jobcentret deltog med stor interesse for, at kunne koble kommunens øvrige faglige ekspertise sammen med deres erhvervsafklaring af borgere der rammes af en hjerneskade.

# Koordinering af komplekse hjerneskadesager

Én indgang til kommunen? Kommunalreformens mantra. Men det er svært at finde den rigtige dør med mindre kommunen har lavet særlige retningslinjer for, hvor indgangen er, og hvordan man koordinerer et ofte længerevarende samarbejde mellem den hjerneskadede borger, de pårørende og kommunen. I Allerød og Egedal kommuner har man prioriteret hjerneskadeområdet og lavet retningslinjer for arbejdet på dette område.

AF GITTE OVERGAARD,  
CHEFKONSULENT I ALLERØD KOMMUNE  
OG DION MATTESEN,  
HJERNESKADEKOORDINATOR  
I EGEDAL KOMMUNE.

Allerød og Egedal kommune repræsenterer to forskellige måder at organisere en kommunal forvaltning på.

Allerød – med 23.000 indbyggere – har flad struktur, aftalestyring og projektorganisering; og Egedal – med 40.000 – indbyggere har en klassisk funktionel organisation.

I Allerød er der flere handicapkoordinatorer med myndighedsfunktioner, som fungerer som koordinator i en sag, og i Egedal har man ansat en hjerneskadekoordinator uden bevillingskompetence, som kobles på den hjerneskadedes sag sammen med en sagsbehandler.

Det er to forskellige måder at bruge koordinatorfunktionen på, men med samme hensigt; at sikre et koordineret og sammenhængende forløb for den enkelte borger.

Fælles for begge kommuner er et mål om at “gøre det bedre” på hjerneskadeområdet, og de er godt på vej – det er i hvert fald de foreløbige meldinger fra både borgere og medarbejdere.

“Har man først én gang deltaget i et velkoordineret forløb, får man som medarbejder blod på tanden og vil have flere af den slags forløb – så det handler om at komme i gang og få noget erfaring”, siger chefkonsulent Gitte Overgaard.

## Alle koordinerer vel deres indsats?

At koordinere lyder enkelt og burde også være ganske ligetil – hvis det altså ikke lige var for de mange involverede fagpersoner, forvaltningsenheder, samar-

bejdet, lovgivningen, økonomien, forskellige kulturer, standarder mm.

Hertil kommer så de mange forskellige opfattelser af, hvad det betyder at koordinere. Langt de fleste faggrupper har en oplevelse af, at de koordinerer deres indsats – set med professionelle briller. Vender vi derimod blikket mod borgeren, er oplevelsen straks en anden.

“Det er kommunen og ikke den hjerneskaderamte borger, der skal koordinere de tiltag, der skal hjælpe borgere tilbage til en hverdag på ofte nye vilkår”. Sådan lyder Allerød Kommunes mål i hjerneskadesager.

“Var det enkelt at koordinere og få samarbejdet til at fungere – gjorde alle kommuner det, for alle medarbejdere, ledelse og politikere vil gerne gøre deres arbejde godt, yde en god service over for borgerne og samtidig spare penge” – sådan lyder det entydigt fra både Allerød og Egedal kommuner.

Både chefkonsulent Gitte Overgaard og hjerneskadekoordinator Dion Mattesen mener, at en af forklaringerne på at koordinering ikke finder sted er, at vi tænker, det er noget, vi bare kan og skal gøre uden at erkende kompleksiteten i at koordinere. Det kommer ikke af sig selv, og det er hårdt arbejde at få det implementeret i en kommunal organisation. For at forstå kompleksiteten tænkes der i koordinering fordelt på tre ben.

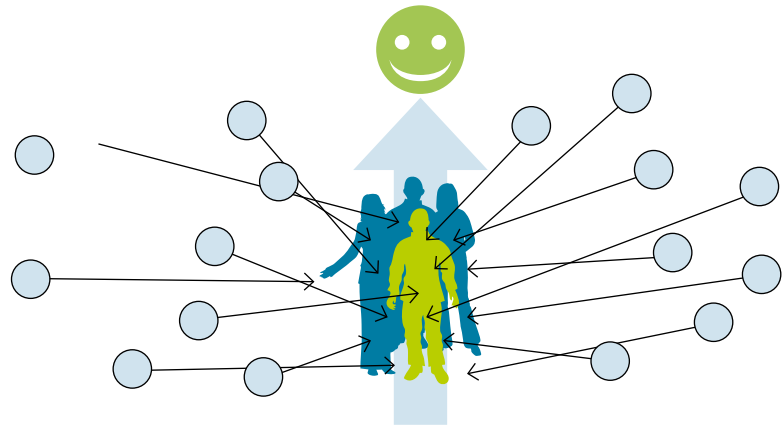
- *Den organisatoriske udfordring* (Økonomi, lovgivning, overblik over egen organisation, funktioner, kompetencer mm.)
- *Den metodiske udfordring* (Hvordan kan vi gøre vores arbejde bedre, hvad virker, teamarbejde, skabeloner mm.)
- *De “bløde” udfordringer* (Kommunikation, kultur, ledelsesopbakning, menneskelige relationer, vaner, følelser mm.)

Hvis blot et af benene “halter”, falder stolen. Det gør det vanskeligt at koordinere et forløb.

Koordinatorerne arbejder ud fra en model om kompleksitet, som blev udarbejdet i projektet “Rehabilitering i eget hjem<sup>1</sup>” og benytter redskaber fra



## Proaktiv sagsbehandling



projektet “Koordinerende sagsbehandler” (læs mere om modeller og redskaber på: <http://koordinerende.servicestyrelsen.dk>).

Koordinatorens rolle er at føre borgeren sikkert gennem labyrinten – “fjerne de unødige sten på vejen” – så borgeren kan koncentrere sig om at blive genoptrænet og komme tilbage til en hverdag. Når borgerne har tillid til, at de får det, der er muligt og på det rette tidspunkt, kan de bruge deres energi konstruktivt på det vigtige: deres rehabilitering.

Hvis personens forsørgelsesgrundlag eksempelvis er truet, eller en lovet bevilling ligger i en bunke, ved vi, at deres rehabiliteringsproces bliver langsommere og måske slet ikke virker efter hensigten. Det mener både hjerneskadekoordinator Dion Matesen og chefkonsulent Gitte Overgaard.

“Jeg synes ofte, det er mere ressourcekrævende at få hjælp fra kommunen end ikke at få hjælp”  
– hjerneskadet borger.

Begge kommuner har deltaget i det amtslige projekt “Rehabilitering i eget hjem”, hvor sundhedsøkonom Torben Larsen fra Syddansk Universitet dokumenterede, at der er penge at spare ved at tilbyde en koordineret indsats. Borgerne bliver ganske enkelt mere selvhjulpne.

Vores største udfordring er ikke som umiddelbart forventet manglende viden, eksempelvis neuropsykologisk viden. Den viden kan købes. Men at få den tilgængelige viden i kommunen til at spille sammen. Det er udfordringen, lyder konklusionen fra både Allerød og Egedal kommuner.

I en koordinering er ingrediensen mangfoldig. Samarbejdspartnerne har bundne opgaver, er gensidigt afhængige, ydelserne kan være delvist overlappende med indbyggede modsætninger. Samtidig har samarbejdspartnerne forskellige mål og opgaver, forskellige strukturer, arbejdsformer, traditioner, kulturer. Endelig tilhører samarbejdspartnerne forskellige sektorer, faggrupper/professioner og niveauer i organisationen.

### Hvordan foregår koordineringen i praksis?

Når borgeren er udskrevet fra sygehus eller kommer hjemmefra, påtager koordinatoren sig ansvaret for at koordinere indsatsen. Det betyder ikke, at koordinatoren har kompetencen inden for de forskellige tiltag f.eks. sygedagpengesagen, hjælpemidler, hjemmepleje, genoptræning mm. Men koordinatoren sørger for at få de involverede til at sætte sig sammen og i samarbejde med borgeren lave en rehabiliteringsplan.

Det betyder, at borgeren og de pårørende hele tiden er med og ved, hvad der sker. Kommer de i tvivl om noget, ved de, hvem de skal kontakte. Det giver stor trykthed og tilfredshed blandt borgerne.

Indholdet i en rehabiliteringsplan afhænger af, hvilke problematikker borgeren har fået som følge af skaden, men den overordnede koordineringsmodel benyttes. Er sagen meget kompleks, udvider man kredsene af involverede. Tilsvarende reducerer man antallet, så snart en fagperson ikke længere har en funktion i forhold til borgeren og samarbejdet.

Der er således ikke tale om, at der bliver brugt flere timer eller flere medarbejdere. I stedet målrettes og samles arbejdet – frem for at man arbejder i hver sin lille cirkel med hvert sit indsatsområde.

Alle beholder deres normale kompetence og faglighed, men koordinatoren sørger for at skabe rammerne for at udføre en koordineret, samlet indsats. Det sker bl.a. ved at indkalde, skrive referat, lave handleplanen, følge op og være kontaktperson til borgeren og familien i et samarbejde med de konkrete sagsbehandlere.

Man kan sammenligne funktionen med at være tovholder i et projekt.

Allerød og Egedal kommuner kalder resultatet af deres måde at arbejde på for “proaktiv sagsbehandling”. ■

Allerød og Egedal Kommune har udarbejdet en række anbefalinger til sagsbehandlingen, som kan ses på [www.hjernekassen.dk/default.asp?PageID=1971](http://www.hjernekassen.dk/default.asp?PageID=1971)

1 [Link til 'Rehabilitering i eget hjem' på: vfhj.dk/default.asp?PageID=872](http://vfhj.dk/default.asp?PageID=872)

# Teamwork i Egedal hjælper mennesker med hjerneskader

42-årige Kathe Amstrup fik i 2007 en alvorlig hjerneblødning. Nu er hun tilbage og på arbejde. En intensiv og koordineret indsats i Egedal Kommune hjælper mennesker med hjerneskader til et bedre liv – og sparer alle for en masse ressourcer.

AF FREDERIK ROED,  
KOMMUNIKATIONSADFDELINGEN,  
EGEDAL KOMMUNE.

En efterårsdag i november 2007 gik alt i sort for 42-årige Kathe Amstrup fra Nordsjælland.

Hun var ude at løbe en tur i landsbyen Veksø i Egedal Kommune, hvor hun har boet alene med sine to store drenge efter at drengenes far døde af kræft i 2005.

”Det skete lige pludselig uden varsel. Jeg kan huske, at jeg tog mig til hovedet, fordi der ligesom gik et gardin ned. Nu besvimer jeg, nåede jeg lige at tænke.”

En måned senere vågnede Kathe langsomt op af den koma, som lægerne på Rigshospitalet havde lagt hende i. Kathe havde fået en hjerneblødning og kunne ikke længere klare sig selv.

”En læge spurgte, hvem der var præsident i USA, og jeg svarede Clinton. Min hukommelse var rodet, jeg byttede om på ting og faldt, da jeg forsøgte at stå ud af sengen, fordi mine muskler var blevet helt slappe,” fortæller Kathe Amstrup.

Allerede få dage efter indlæggelsen på hospitalet blev Egedal Kommune orienteret om ulykken, og det særlige hjerneskadeteam i kommunen blev aktiveret. Desuden gik myndighederne ud for at sikre, at hendes to teenagedrenge ikke bare gik rundt i Veksø for lud og koldt vand, men at der var nogen til at passe på dem.

”Hjerneskadesager er komplicerede at håndtere, fordi de ofte involverer mange fagfolk fra forskellige instanser, der ikke bare kan gribe ud efter færdige skabeloner, når de skal arbejde sammen om at hjælpe et menneske med genoptræning, arbejde, hjælpemidler, transport m.m. Hver sag kræver meget forskellige løsningsmodeller i forhold til den enkeltes livssituation. Og her kan selv den mindste fejl ét sted i systemet kortslutte hele behandlingsforløbet”,

forklarer kommunens hjerneskadekoordinator, Dion Mattesen.

## Hjælpeteam rykker tidligt ud

Siden foråret 2008 har han fokuseret på at koordinere arbejdet med Egedal Kommunes omkring 100 hjerneskadesager på en måde, der skaber mest mulig sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen og sikrer, at de borgere, der har behov, får rehabilitering i eget hjem.

Helt konkret er det sket ved at nedsætte et hjerneskadesamråd, der står for den overordnede koordinering på tværs af faggrænser, forvaltninger og sektorer, mens individuelle følgegrupper udgør de handleplans- og rehabiliteringsteams, der jævnligt mødes med den hjerneskadede og familien for at følge op på nye problemstillinger.

For Kathe begyndte kommunens teamwork allerede, før hun blev udskrevet fra Esbønderup Sygehus.

”Vi mødtes med læger, socialrådgivere, terapeuter, sygeplejersker, en neuropsykolog, Kathe og hendes familie for at finde ud af, hvilken genoptræning og støtte hun skulle have i hverdagen for at være tryk ved at flytte hjem til sig selv og drengene i Veksø. Det handler om alt fra genoptræning til støtte til at klare hverdagens små udfordringer. Alt skal være på plads, så mødet med ’hverdagen’ bliver så enkel og overskuelig som muligt, netop fordi hjerneskadede, som konsekvens af deres sygdom, ofte ikke kan rumme alt for mange problemstillinger”, forklarer Dion Mattesen.

Kathe Amstrup var bare lykkelig for at have overlevet, da hun blev udskrevet den 15. februar 2008.

”Jeg var helt høj og tænkte bare ’jubii, jeg har overlevet og kan gå selv’. Jeg troede, at jeg kunne klare alt muligt, men opdagede hurtigt, at jeg havde



Foto: Frederik Roed

## Hjerneskedesområdet i Egedal

Hjerneskedesområdet i Egedal Kommune står for den overordnede koordinering på tværs af faggrænser, forvaltninger og sektorer. Her sidder repræsentanter fra: Sygedagpengområdet, Familiecenteret, Ældrecenteret, Sundhedscenteret, Esbønderup Sygehus under Frederikssund Hospital med speciale i rehabilitering af apopleksiramte, Hillerød Hospital og ekstern neuropsykolog.

### Handleplans- og rehabiliteringsteams i Egedal

Følgegrupperne er individuelle og mødes jævnligt med den hjerneskadede og familien for at følge op på planerne for rehabilitering, vejlede og løse nye problemstillinger.

Her sidder typisk: Hjerneskedekoordinator, neuropsykolog, terapeuter, neuropædagoger og sagsbehandlere fra Jobcenteret.

Neuropsykologen står for planlægningen af genoptræning og arbejdsfstholdelse i et tæt samarbejde med kommunens terapeuter og rådgivere.

svært ved at finde ud af, hvad klokken var og ikke kunne koncentrere mig om at hakke et løg. Jeg mødte flere timer for tidligt op til aftaler, og en eftermiddag flakkede jeg rundt på gaderne i København i flere timer, fordi jeg ikke anede, hvor jeg havde parkeret min bil,” fortæller Kathe.

### Arbejde giver mening

Trods ’startvanskelighederne’ insisterede Kathe på at komme tilbage på sit gamle arbejde i det boligselskab, hvor hun arbejdede som administrator.

”Det var bare det, jeg allerhelst ville, komme tilbage på arbejde, tilbage til det, som var før,” siger hun.

Og den drøm deler hun med Egedal Kommune, der i hvert enkelt tilfælde arbejder målrettet på at få de hjerneskadede tilbage i arbejde, hvis det overhovedet er muligt.

”Arbejde giver mening for den enkelte og dermed livskvalitet. Derfor går vi relativt tidligt i gang med – sammen med virksomhederne – at afklare, hvordan den hjerneskadede kan komme tilbage på sporet, inden sygedagpengene populært sagt slipper op og alternativet kan blive førtidspension eller i værste fald kontanthjælp,” siger Dion Mattesen.

For Egedal Kommune er den intensive indsats og støtte også en gevinst, ressourcemæssigt og økonomisk.

”Hjerneskedeforløb er komplekse, og der skal gives mange enkeltydelser. Kun få medarbejdere var imidlertid klar over, hvilke konsekvenser det havde, hvis en hjerneskadet ét sted i systemet fik nej til eksempelvis et simpelt hjælpemiddel til få hundrede kroner. Nu kan vi dele vores viden i hjerneskedesamrådet, og dermed har alle mulighed for at få overblikket til at se gevinsten ved at sige ja til en bevilling,

fordi det måske sparer os for eksempelvis dyre eksterne botilbud,” siger hjerneskedekoordinatoren.

Egedal Kommune har endnu ikke beregnet, hvor meget man sparer på det nye teamwork med fokus på rehabilitering i eget hjem, men en sundhedsøkonomisk evaluering af rehabilitering fra 2006 viste, at kommunerne kan spare 60.000 kroner til hjemmepleje og plejehjem over fem år, hvis en hjerneskadet får en koordineret hjemmetræning.

### Hjælp til at blive sig selv

Halvandet år efter ulykken – den 1. juni 2008 – begyndte Kathe på sit ’gamle’ arbejde. Hun begyndte med tre-fire timer. I dag er hun klar til at arbejde på fuld tid.

”Jeg føler mig super heldig, fordi mit arbejde accepterede den lange indkøring, men også fordi der hele tiden har været et fast team af mennesker omkring mig fra Egedal Kommune, der tydeligvis snakker sammen og kender mit temperament og min situation. Det betyder rigtig meget, selvom det også kan blive for meget en gang imellem, når de vil genoptræne med husholdningsregnskaber og rengøring. Det kommer for tæt på. Neuropsykologen Byron Brooks besøger mig stadigvæk, og han er en kæmpe hjælp, fordi han kan give mig nogle værktøjer til at håndtere ting i hverdagen. Det kan være, hvordan jeg måske bedre kan tackle en diskussion eller finde mine nøgler,” ler Kathe.

”Der er ingen tvivl om, at det her har været skrækeligt hårdt, ikke mindst for mine to drenge, først at miste deres far og så opleve deres mor ligge der på hospitalet. Men for et par dage siden blev jeg rigtig glad. Jeg råbte op til dem, at de skulle skrue lidt ned for musikken, og så råbte de tilbage:

’Mor, nu lyder du som dig selv igen’.” ■

Hjerneskadecentret BOMI i Roskilde yder rehabilitering og arbejdsafklaring af erhvervsaktive, som har fået en hjerneskade. Opgørelser viser, at det lykkes at få knap 40 procent tilbage i en eller anden form for arbejde, hvis de får den rette neurofaglige og individuelt baserede støtte og rådgivning.

# Hjerneskadede tilbage i arbejde

Arbejde er en vigtig del af mange menneskers liv i forhold til økonomi, identitet og socialt netværk. At have et arbejde er med til at skabe en struktur på hverdagen og giver de fleste et positivt indhold i livet. Mange senhjerneskadede oplever i forbindelse med skaden lange sygeforløb og dermed også sygemelding og et langt fravær fra arbejdsplads og kolleger. En stor del bliver opsagt i sygeforløbet, da arbejdsgiveren vurderer, de ikke vil være i stand til at komme tilbage til deres arbejdsfunktion. Usikkerhed om fremtiden fylder derfor meget hos den enkelte borger og familien. Samtidig har kommunerne, som led i opfølgning på sygedagpenge og de regler og tidsbegrænsninger, der er pålagt dem, et stort behov for afklaring af forsørgelsen. At afklare arbejdsvejen har således stort fokus i rehabiliteringen af senhjerneskadede borgere.

Vores erfaringer viser, at det kræver en tværfaglig indsats baseret på neurofaglig kompetence, samt individuelle løsninger og hensyn, at fastholde senhjerneskadede på arbejde. Vores rådgivning til kommunerne lyder derfor i den korte version: Få relevante fagpersoner med viden om hjerneskader involveret i planlægning af indsatsen for en senhjerneskadet borger tidligt i forløbet og se på, hvordan hele den nære familie er påvirket.

## Hjerneskadede – en særlig gruppe

Senhjerneskadede borgere er set i det kommunale perspektiv en relativt lille gruppe. Det er en gruppe, der i den kommunale virkelighed måske kan virke lidt ”krævende”. Vi behandlere går ud og stiller særlige krav til både fagligheden og de individuelle løsninger i rehabiliteringen. Men hvorfor er gruppen så særlig?

Følger efter hjerneskader er komplekse, og de kan give afledte vanskeligheder – også for ægtefælle og børn. Erfaringerne fra genoptræning og arbejds-træning viser samtidig, at det kan lykkes at få den hjerneskadede tilbage i arbejde – også hvor ingen

troede det muligt – når der skabes de rette forudsætninger og tilpasninger ud fra viden om hjerneskader og erfaring med tilpasning af arbejdsopgaver i forhold til kognitiv, praktisk og fysisk formåen.

## Mange ressourcer

Langt de fleste borgere, der henvises til os, har været selvforsørgende før skaden og har uddannelse og arbejds erfaring at trække på. Samtidig har de en høj arbejdsidentitet og et stærkt ønske om at komme tilbage i arbejde. De har dermed ikke kun komplicerede vanskeligheder, men også ressourcer at trække frem. Ressourcer, vi ofte ser frigjort, når borgeren kommer tilbage til et kendt område, hvor der er rutiner og gammel viden, der kan hentes frem.

Når man midt i livet bliver ramt af en hjerneskade, er det som at få sat en kæp i hjulet. Livet står på hovedet, og ud over træning er det at komme tilbage i arbejde også en stor psykologisk proces, der kræver

AF CHRISTIAN ADOLPHSEN,  
SOCIALRÅDGIVER OG BODIL GRØSFJELD,  
PROJEKTLEDER OG LEDER AF  
GENOPTRÆNINGEN,  
HJERNESKADECENTRET BOMI I ROSKILDE.

Foto: Nicola Fasano





## Fakta

I foråret 2009 vedtog Folketinget nye regler for opfølgning på sygefravær, der forpligter borgere, arbejdsgivere og jobcentre aktivt til at forsøge at nedbringe sygefravær og fastholde den sygemeldtes tilknytning til arbejde. De nye regler rummer for os at se en positiv mulighed for tidligt i sygdomsforløbet at få et samarbejde om rehabilitering med arbejdspladsen, f.eks. til arbejdsstræning.



Foto: Nicola Fasano

støtte til at komme igennem erkendelsen af, hvad der er gået tabt. Det enkelte menneskes personlighed og livserfaringer og de sociale kompetencer før og efter skaden får stor betydning.

Mennesker er forskellige, og skader og følger er forskellige. Derfor er behovet for neurofaglig bistand ved tilbagevenden til arbejdet også meget individuelt. Typisk falder det indenfor fire indsatsområder:

At finde det rigtige jobmatch, den rigtige arbejdsplads med egnede arbejdsopgaver, hvor borgeren er motiveret og arbejdspladsen interesseret.

At udvikle og indarbejde kompensationsstrategier ude på arbejdspladsen. For eksempel at yde den skadede borger støtte til at lære nye arbejdsopgaver, til at håndtere opgaverne samt planlægge og strukturere arbejdsdagen.

At følge op og bistå ude på arbejdspladsen, så både borger og arbejdsplads får støtte. Eksempelvis at arbejdspladsen kan få svar på spørgsmål, så den ikke føler sig alene med ansvaret for om det lykkes. Også over tid, da selv små ændringer kan have betydning. Vores erfaring er at opfølgning og støtte til borger og arbejdsplads er vigtig, uanset om det er fleksjob, skånejob eller beskyttet arbejde.

At følge op og bistå med at få etableret en hverdag med arbejde uden at det går ud over hjemme- og familielivet. For eksempel at kunne støtte borgeren i at prioritere opgaver og håndtere træthed.

### 40 procent tilbage på arbejdsmarkedet

Knap 40 pct. af vore kursister vender tilbage til arbejdsmarkedet, de fleste med en form for løntilskud. Ca. 3 pct. får ordinært arbejde på almindelige lønvilkår og 3 pct. beslutter sig i stedet for at gå på efterløn. 20 pct. bliver godkendt til fleksjob. Ca. 15 pct. får job med løntilskud eller beskyttet beskæftigelse sammen med en førtidspension.

Forsørgelsesmæssigt ser vi lidt over 70 pct., der får tilkendt førtidspension efter et trænings- og afklaringsforløb, og 4 ud af 5 vælger her at sige far-

vel til arbejdslivet. For mange er det en smertefuld proces at nå frem til at opgive denne del af livet. Det er en proces, som vi arbejder terapeutisk med i træningsforløbet, og samtidig støtter vi op om at finde gode fritidsaktiviteter for at få motion, oplevelser og social kontakt i andre rammer end på en arbejdsplads.

### Velvilje fra arbejdspladserne

Vore erfaringer fra arbejdspladserne er generelt positive. Vi oplever stor parathed til at tilpasse arbejdspladserne og til at ansætte medarbejdere med begrænset arbejdsevne. Men travlhed og fokus på effektivitet bevirker ofte, at arbejdspladsen ikke kan afsætte tid til oplæring af medarbejdere, der har nogle særlige behov og behøver rammer for at komme ind i en arbejdsproces. Kravet fra arbejdspladsen er derfor ofte, at vi som fagpersoner skal oplære borgeren, eller at der skal mentor på denne opgave.

Vi forsøger at imødekomme kommunernes behov for individuelle løsninger og neurofaglig bistand ved at lave viften af vores tilbud bred og ventetiden kort. Vi har overvejende positive erfaringer med samarbejdet med sagsbehandlere og jobcentrene og oplever generelt, at der er forståelse for vores målgruppe og deres særlige behov. Senhjerneskadede borgere og deres familier har ofte brug for en indsats, der går på tværs af strukturen i en kommunes opdeling i administrative enheder og ansvarsområder. Det gør, at borgerne og vi som fagpersoner ind imellem har haft svært ved at opleve det enstrengede system, som kommunalreformen lagde op til. Heldigvis er der ved at komme bedre styr på dette problem i og med, at flere kommuner opretter hjerneskadeteams og ansætter hjerneskadekoordinatorer og handicaprådgivere, der sørger for at få mere helhed ind i sagsbehandlingen på tværs af de kommunale sektorer. ■

Flere informationer om centret findes på [www.roskildebomi.dk](http://www.roskildebomi.dk)



## Fakta

I projekt "Job og hjerneskade" beskriver vi metoder til et godt jobmatch og til det faglige arbejde på arbejdspladsen. Se ligeledes manualen "10 gode råd" med vejledning til borger, arbejdsplads og kommune på: [www.roskildebomi.dk//Raad.asp?ID=100\\_300\\_500](http://www.roskildebomi.dk//Raad.asp?ID=100_300_500)



Der er behov for en systematisk tilgang for at sikre kvaliteten i et forløb for hjerneskadede – eventuelt på samme måde, som det sker på kræftområdet.

# Behov for kommunale forløbs

AF MARIE GRAVENGAARD,  
KVALITETSKONSULENT, LEDELSES- OG  
SUNDHEDSSEKRETARIATET,  
SUNDHED OG OMSORGSFORVALTNINGEN,  
AABENRAA KOMMUNE.

Hvad er det, der gør, at den kommunale del af et forløb for en voksen med erhvervet hjerneskade kan siges at være "et godt forløb"? Kan der udarbejdes standardiserede forløb for denne målgruppe? Det var et par af de spørgsmål, der satte gang i et masterprojekt<sup>1</sup>, der har fokuseret på anvendelse af forløbspakker i kommunerne. Masterprojektets empiri bestod i et omfattende litteraturstudie, audit<sup>1</sup> af den kommunale del af en række forløb samt interviews med borgere med erhvervet hjerneskade og deres pårørende.

Det hævdes ofte, at de store individuelle forskelle hos mennesker med en akut opstået hjerneskade gør, at det ikke er muligt eller ønskværdigt at standardisere forløb for denne målgruppe i kommunerne. I masterprojektet blev det vurderet, om det er muligt og hensigtsmæssigt at anvende kommunale forløbspakker<sup>2</sup> i perioden fra sygehusets henvendelse om borgeren og til genoptræningen (på baggrund af genoptræningsplanen) er afsluttet.

## Forløbspakker

De sidste par år er forløbspakker kommet i fokus i sygehusvæsenet. Mest kendt er nok "kræftpakkerne", men der er også forløbspakker på f.eks. hjerteområdet og det psykiatriske område. Formålet med at indføre standardiserede forløbspakker er at sikre kvaliteten i forløbene set både i forhold til fagligt indhold og til effektive forløb uden unødigt ventetid osv.

For at kunne fastlægge forløbspakker er det nødvendigt at fastslå, hvilke elementer der skal indgå. Det blev søgt afklaret via litteratur og udsagn fra fagfolk og borgere/pårørende. Litteraturstudiet gav ikke svaret, og det viste sig, at der generelt var yderst sparsomt med forskningslitteratur, der relaterer sig til den kommunale del af forløbene<sup>3</sup>. I netudgaven af artiklen her fremgår nogle af de problemområder, der blev fundet ved audit og interviews. Spørgsmålet er, om forløbspakker kan imødegå nogle af disse?

## Tre faser i forløbspakken

Der er her valgt at dele perioden fra henvendelse fra

sygehuset og til afslutning af genoptræningen efter genoptræningsplan i flg. tre faser: Etableringsfase, genoptræningsfase og afrundingsfase.

## Etableringsfasen

Etableringsfasen er perioden fra sygehuset henvender sig til kommunen om opstart af hjælp og frem til borgeren er udskrevet og hjælpen etableret.

Der er ingen tvivl om, at der er behov for en systematisk tilgang i denne fase for at sikre kvaliteten i forløbet. Etableringsfasen bør i høj grad kunne standardiseres i form af en række veldefinerede begivenheder fra henvendelse til udskrivelse af borgeren. Det gælder f.eks. systematisk behovsafdækning, målsætning og planlægning; samarbejde med sygehuset; tvær-organisatorisk inddragelse af relevante fagpersoner og inddragelse af borger og pårørende.

Det vil også være muligt at tidsfastlægge en række interne og eksterne processer. F.eks. hvor lang tid der må gå, før der er afholdt tværfaglige konferencer på sygehuset og ugentlige møder i kommunen, hvor sagerne kan drøftes. Alt sammen elementer, der peger i retning af, at det vil være muligt og hensigtsmæssigt at udvikle en forløbspakke i form af en "etableringspakke". Der vil dog være tale om en praktisk og ikke evidensbaseret tilgang, og fokus er primært på aktiviteter udført af personalet og ikke så meget på det forløb, borgeren gennemløber.

En standardisering vil desuden gøre det muligt at opstille nogle indikatorer, så kvaliteten kan overvåges (monitoreres) og udvikles på denne baggrund.

## Genoptræningsfasen

Formålet med indsatsen i denne fase er, at den senhjerneskadede gennem en målrettet, koordineret og evidensbaseret indsats opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Indsatsen i kommunen startes umiddelbart efter udskrivelsen. Fasen løber til det tidspunkt, det fra terapeutisk side vurderes, at der ikke længere kan opnås øget funktionsniveau på baggrund af genoptræning. Fasen er desuden kendetegnet

# pakker for hjerneskadede?

ved, at forskellige kommunale aktører med forskellig baggrund er involveret.

## Individuelle behov

Karakteristisk for gruppen af senhjerneskadede er, at behovene er meget forskellige fra den ene til den anden ramte. Her adskiller gruppen sig fra de, der er omfattet af sygehusvæsenets forløbspakker, hvor der er tale om relativt homogene grupper inddelt efter diagnoser. Udgangspunktet for en eventuel standardisering i denne fase må derfor baseres på gruppens karakteristika: individuelle behov. Det kan ske ved at definere forskellige kategorier af behov, f.eks. med udgangspunkt i Videnscenter for Hjerneskades "Checkliste for sagsbehandlingsområder"<sup>4</sup>. Der vil her være behov for en langt højere detaljeringsgrad, som kunne bestå i en typeinddeling. Eksempelvis: Kategorien "kognitiv træning" kan have en type som hukommelsestræning. For denne type fastlægges, hvilke metoder der er bedste praksis inden for relevante faggrupper; hvilke elementer der skal indgå i forhold til denne behovstype; hvilke faggrupper der skal byde ind med hvad på hvilket tidspunkt i processen, og en standard for det samlede tidsforløb.

Beskrivelse af flg. elementer kan indgå i forløbspakker i genoptræningsfasen: Behovskategori og type; involverede faggrupper/organisatoriske enheder; tværfaglig indsats; overordnet ansvarlig for pakkeforløbet, hvor der er flere faggrupper involveret; formidling til og vejledning af samarbejdspartnere samt møde- og samarbejdsstruktur på tværs af organisatoriske enheder.

## Sideordnede pakkeforløb

Tilgangen med forløbspakker i forhold til typer af behov vil medføre en lang række pakker, hvor samme borger sideløbende kan have behov for at indgå i flere pakkeforløb. Det vil kræve en systematisering af forløbsplanlægning og kommunikation imellem faggrupperne for at sikre koordinering og sammenhæng mellem pakkeforløbene. Der kunne derfor blive tale

om at udarbejde en overordnet, fælles beskrivelse af elementerne – systematisering og kommunikation – for alle forløbspakker.

## Afrundingsfasen

Denne fase kan betragtes som overgangen mellem den periode, hvor borgeren træner på baggrund af en genoptræningsplan, og indsatsen efter at genoptræningen er afsluttet.

Formålet med fasen er at sikre, at den senhjerneskadede får den støtte og vedligeholdelsestræning, der er nødvendig for at kunne føre en meningsfuld tilværelse på langt sigt.

Der bør i denne fase foretages en vurdering af behov med henblik på videreførelse eller etablering af relevante indsatser. For at sikre systematik og kvalitet i det videre forløb, bør der anvendes samme værktøjer som ved etableringsfasen. Det vil give mulighed for at vurdere udviklingen fra start til slut af forløbet med henblik på fortsat kvalitetsudvikling af kommunens forløb.

I forhold til afrundingsfasen skønnes det, at der kan udarbejdes pakkeforløb, men at der ikke umiddelbart er behov for dette.

Indførelse af pakkeforløb i kommunalt regi på tværs af faggrupper og organisering vil støde ind i både faglige og kulturelle forskelligheder, for tankegangen om at standardisere rehabiliteringsforløb ligger mange fjernt. For de senhjerneskadede vil en del af de kvalitetsproblemer, der blev påvist i det omtalte masterprojekt kunne imødegås. Set fra et økonomisk perspektiv vil en bedre koordinering og sammenhæng i forløbene potentielt kunne medføre bedre udnyttelse af de personalemæssige ressourcer, et bedre resultat for borgeren og dermed færre kommunale udgifter til støtte og kompenserende tiltag. Så måske skulle kommunerne gøre forsøget? ■

Se litteraturhenvisninger i netudgaven af Fokus på: [www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1976](http://www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1976)

1 Audit er en metode til vurdering, forbedring og udvikling af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering i sundhedsvæsenet.

2 Forløbspakker er patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder. De følger et forløb, hvor de enkelte ting, såsom undersøgelser og samtaler med læger er booket på forhånd og efter en nøje fastlagt plan.

3 Se litteraturlisten på: [www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1978](http://www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1978)

4 Checkliste til sagsbehandlingsområder: [www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1720](http://www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1720)

Nordjysk Center for Erhvervet Hjerneskode i Sindal gennemførte gennem et år et vellykket genoptræningsforløb hos en borger i eget hjem. Det skete i et tæt samarbejde med kommunen.

# Region og kommune går hånd i hånd

AF ALICE VOGNSEN,  
ERGOTERAPEUT PÅ NORDJYSK  
CENTER FOR ERHVERVET  
HJERNESKADE (NCEH), SINDAL.

I juli 2005 bliver Steen fundet bevidstløs i hjemmet. En CT-scanning viser en blodprop i venstre side af hjernen, som medfører lammelser i højre side af kroppen og i ansigtet, desuden kan Steen ikke tale og synke maden. Efter indlæggelse på sygehuset modtager han et rehabiliteringstilbud uden for hjemmet, sammenlagt i ca. tre en halv måned. Han får derefter en beskyttet bolig på et plejehjem i Skagen, hvor han også modtager træning i kommunalt regi. I september 2006 flytter Steen tilbage til sit eget hus, hvor der er udført omfattende boligændringer. Han henvises derefter til NCEH, hvor undertegnede ergoterapeut skal træne med Steen i Skagen tre gange tre timer om ugen.

Træningen starter den 15. januar 2007. På dette tidspunkt kan Steen tale, selvom han til tider har svært ved at finde ordene.

## Samarbejdspartnere

Som opstart foretager jeg nogle undersøgelser for at kunne sætte relevante mål, som Steen er motiveret for at nå. For at opnå størst mulig motivation hos den borger, jeg arbejder med, er det vigtigt, at jeg ved, hvilke mål og aktiviteter der betyder noget for den enkelte.

Vi indkalder snart til samarbejds møde med kommunens visitator og hjemmeplejen. I mødet deltager lederen og det faste personale, der kommer i hjemmet, samt den faglige konsulent i Region Nordjylland. Disse møder bliver holdt hvert kvartal, hvor jeg redegør for de mål, vi arbejder hen imod, da det er vigtigt, at alle støtter op om genoptræningen. Her evaluerer vi også forløbet og Steens fremgang med

kommunen og diskuterer forlængelse af bevillingen. For at dokumentere fremgangen i forløbet fører vi dagbog / kommunikationsbog og skriver mødereferater i hele perioden.

Min rolle er – udover at sørge for relevante træningstilbud – også at fungere som primus motor i kontakten til kommunen, lægen, tandlægen, sygehuset, pengeinstitut osv.

”Det er min pligt, siger Steen, at medvirke i denne artikel, så andre også kan få det gode tilbud”!

## Rehabiliteringsforløbet

Steen er en fighter, og han er under hele forløbet topmotiveret for at få et bedre funktionsniveau, og det er også den grundlæggende årsag til succesen. Ingen krav er for svære: han kæmper, sveder,

græder og ler, indtil han når målene – og er straks klar til at opsætte nye mål!

Da jeg starter i hjemmet, bliver Steen forflyttet ved hjælp af ståstøttelift og to personer: Ud af sengen, på toilettet, til badet, i kørestolen og hvor der ellers er behov for det. Han får sin morgenmad tilberedt og sin frokost smurt – kort sagt bliver han hjulpet med næsten alt i løbet af døgnet, og der bliver brugt rigtig mange af kommunens personaleressourcer.

Det er vigtigt for Steen, at han bliver selvhjulpent. Vi starter derfor med at træne forflytninger i et hjørne af køkkenet, hvor han ikke kan falde. Det går hurtigt fremad, så snart træner vi ind/ud af sengen, frem og tilbage i kørestolen, fra kørestol til toilet og badebænk og tilbage igen.

Kommunen tilstræber, at det altid er de samme personer, der kommer hos Steen, hvilket betyder at jeg kan planlægge min arbejdstid, hvor det er relevant at give mine erfaringer videre og omvendt. F.eks. kan der afprøves forflytninger, når personalet



Foto: Alice Vognsen

## Om Steen

Steen er født i 1952, bosiddende i Skagen. Han blev enkemand i 2003, har en ugift søn på 30 år, der bor i Horsens. Han er ufaglært og har bl.a. arbejdet som fragtmand, i fiskeindustrien, som lastbilchauffør, som farvandsovervåger i søværnet og som hundetræner og altnuligmand hos flyvevåbnet.

Steen er udendørsmenneske og har tidligere fisket meget fra sin motorbåd. Hans interesse er også at røge og forarbejde fiskene, samt lave alt muligt praktisk arbejde inde og ude.

Han har sine meningers mod og går ikke af vejen for en god diskussion.

og Steen er trygge og sikre på, at de kan magte opgaven.

Alle påtager sig opgaverne med stor entusiasme, og samarbejdet fungerer utrolig godt. 1. marts kan Steen selv stå op af sengen og køre ud og lave morgenmad, så han er færdig med at spise, når vi kommer.

Efterfølgende sættes fokus på træning af morgenbadet og påklædning sammen med en person fra hjemmeplejen, og liften bliver tilbageleveret. Kravene til at skulle klare både bad og påklædning er i starten for store, hvorfor vi afpasser målene, så de er overskuelige, og så hjælper vi med resten. Kan Steen klare mere, vil han gøre det med det samme og er ikke til at stoppe.

Efter tre måneder får jeg en fysioterapeut som sparringspartner, så vi er to personer om den "tunge" træning, bl.a. trappetræning og gangtræning – først i prædikestol, derefter med rollator. Det tillærte bliver implementeret i den øvrige daglige træning, så alle lærer at støtte op om gangen.

Efter kun et halvt år er kommunens personaleresourcer i hjemmet halveret.

Steen kommer ofte med nye udfordringer, der skal afprøves. Nogle ser himmelråbende umulige ud, men jeg følger ham i hans ønsker, som måske/måske ikke lykkes – men prøves skal det!

Som terapeut hos Steen, der hele tiden er motiveret for at tage nye initiativer, må jeg ofte overskride egne grænser for, hvad der er muligt at være med til! En dag vil han f.eks. flytte en båd, der står på græsplænen – med én arm! Han aser og maser, men må have en hånd af mig, før den rokker sig.

En anden gang flytter han en reol i seks sektioner til et andet sted i stuen, samtidig med at der flyttes rundt på møblerne!

Da han kan stå op og børste tænder og barbere sig, vil han ikke længere have den højdeindstillelige vaskekumme, men have sit badeværelsesmøblement tilbage i badeværelset. Steen går selv i gang med at skrue skinner og vaskekumme ned og får det oprindelige møblement tilbage.

Jeg påpeger, at det vil blive vanskeligere at rejse og sætte sig, men han siger bare: "Jeg kommer ikke videre, hvis jeg ikke prøver".

Derefter kommer turen til toiletgrebene, men her går det galt, da han falder ned mellem toilet og væg, dog uden at slå sig. Steen siger: "Så nu har jeg lært, hvordan jeg skal sætte mig på toilettet!"

Snart er det ikke længere kun indendørs Steen huserer. Han kører ud i haven, hvor han rydder op i skuret, hiver ukrudt op, tømmer postkasse, røger sild – alt skal prøves!

Hvis han må give op, har han nogle gode venner, der kommer og hjælper ham, eller han kontakter håndværkere, hvis opgaverne bliver for store.

Da jeg slutter efter et år, er der stadig træningspotentiale hos Steen, men nu kan han selv stå op, gå på toilettet, lave morgenmad, gå i bad, tage tøj på, smøre frokost, lave varm mad, køre på sin minicrosser, gå kortere distancer med rollator og mange andre aktiviteter. Frederikshavns Kommune tilbyder fortsat Steen træning på et træningscenter og i hjemmet. Steen er på nuværende tidspunkt i gang med at træne gang med firepunktsstok.

At Steen opnåede så højt et funktionsniveau og så god en livskvalitet, skyldes både hans egen ukuelige motivation og det glimrende tværfaglige samarbejde mellem region og kommune. ■

*Tak til alle fra Steen og Alice*

*Se mere om Nordjysk Center for Erhvervet hjemeskade på: [www.hjemeskade.rm.dk](http://www.hjemeskade.rm.dk)*



# Kommunerne ved roret i genoptræningen

Kommunalreformen har bevirket, at kommunerne har overtaget opgaver med koordinering af rehabiliteringsforløb, neurofaglig udredning og indsats – uden at få den nødvendige neurofaglige kompetenceoverdragelse.

AF TINA GAMSTRUP NØRHOLM,  
FYSIOTERAPEUT, MR, FAGSPECIALIST  
I GLADSAXE KOMMUNE.

Kommunalreformen har på hjerneskadeområdet medført ændrede forudsætninger inden for sagsbehandling såvel som genoptræning og rehabilitering. Det gælder både internt i de enkelte kommuner, mellem kommuner og hospitaler og mellem kommuner og de rehabiliterings- og genoptræningsinstitutioner, som tilbyder ydelser til borgere med erhvervet hjerneskade. Det har medført et behov for at gentænke praksis regionalt såvel som kommunalt.

## Kommunernes nye ansvar

Udfordringen og målet i forhold til rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade er at sikre borgeren et sammenhængende, koordineret og vidensbaseret rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens individuelle funktionsnedsættelser og mål.

Rehabilitering og genoptræning er nu primært et kommunalt ansvar, idet kommunerne i forbindelse med kommunalreformen fik overdraget ansvar for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse. Som følge heraf udskrives borgeren tidligere i det samlede forløb til videre genoptræning og rehabilitering i kommunen. Kommunen har inden borgerens udskrivelse fra hospitalet behov for en fyldestgørende beskrivelse af borgerens funktionsnedsættelser som følge af hjerneskaden. Her tænkes f.eks. på vurdering af borgerens evne til at klare sig i egen bolig, at klare personlig hygiejne, at færdes uden for hjemmet, og at kunne fungere i sociale sammenhænge. Kommunen bruger disse informationer til at afklare, hvilke behov for genoptræning, boligændringer, støtte i hjemmet, pleje mm., den enkelte borger har efter udskrivelsen. Hvis borgeren enten ikke under-

søges og vurderes tilstrækkeligt inden udskrivelsen, eller hvis kommunen inddrages meget sent i forhold til borgerens udskrivelse, vil kommunens mulighed for at tilbyde rettidig og relevant indsats forringes.

## Samråd nedlagt

Da hjerneskadesamrådene blev nedlagt i forbindelse med reformen, blev store dele af deres funktion overdraget til kommunerne. I praksis betyder det, at kommunerne har ansvar for, at borgerens situation som følge af hjerneskaden er fagligt, relevant udredt, og at borgerens rehabiliteringsforløb bliver sammensat og koordineret neurofagligt og økonomisk forsvarligt. Kommunerne har i forbindelse med opgaveoverdragelsen oplevet et øget behov for neurofaglig viden hos relevante fagpersoner. Helt konkret har der f.eks. manglet viden om lovgivningens muligheder for støtte til borgere med erhvervet hjerneskade, samt viden om indhold og brug af genoptrænings- og rehabiliteringsinstitutioner i regionen.

Det kan være en udfordring, at de indsatser som borgeren har brug for, f.eks. fysisk genoptræning, hjemmehjælp og talepædagogisk bistand, ofte bevilges efter forskellige lovgivninger og dermed varetages af forskellige afdelinger internt i kommunen. I praksis betyder det, at kommunens forskellige afdelinger i samarbejde med borgeren skal tilrettelægge, hvornår i forløbet f.eks. genoptræning, logopædisk indsats og støtte i hjemmet skal foregå, hvor skal det foregå – dvs. om det kan foregå lokalt eller det skal købes eksternt, og i hvilket omfang. I denne proces skal kommunen tage hensyn til borgerens mål og behov, men også til kommunalreformens hensigt om at løse opgaverne med høj kvalitet, i nærmiljøet og i tæt samspil med kommunens øvrige tilbud.

## Velbeskrevne, fleksible og individuelle rehabiliteringsindsatser efterlyses

Kommunerne har oftest egne tilbud inden for genoptræningsområdet, f.eks. eget genoptræningscenter, som har ergo- og fysioterapeuter ansat med relevante





Foto: ScanStockPhoto

neurofaglige kompetencer. Afhængig af hvilke, hvor mange og sværhedsgraden af borgerens funktionsnedsættelser, vil kommunerne i mange tilfælde kunne varetage borgerens rehabiliteringsforløb helt eller delvist i eget regi. Der vil imidlertid være borgere med erhvervet hjerneskade, som har behov for én eller flere indsatser, som kommunen ikke kan tilbyde i eget regi, f.eks. talepædagogisk eller neuropsykologisk indsats. Her vil kommunerne gøre brug af eksterne rehabiliterings- og genoptræningsinstitutioner som f.eks. Tale- og høreinstituttet, Center for Hjerneskade, Taxhuset m.fl., som udbyder specialiserede ydelser som f.eks. hjemmevejledning og neuropsykologisk indsats til borgere med erhvervet hjerneskade. Det kan være en udfordring for den enkelte kommune at finde eksterne institutioner, der som udgangspunkt tilbyder individuelt sammensatte og fleksible ydelser til den enkelte borgers problematik. Først og fremmest har ikke alle eksterne institutioner en klar beskrivelse af, hvilke ydelser de tilbyder, hvad de enkelte ydelser koster, hvordan evaluering af forløbet foregår samt en beskrivelse af et alment sagsforløb i netop denne institution. Det betyder at kommunen ikke har et klart billede af, hvad de via institutionen tilbyder borgeren med hensyn til kvalitet, indhold og effekt af f.eks. et talepædagogisk genoptræningsforløb.

Endvidere udbyder flere af de eksterne institutioner forløb, som er fastlåst i forhold til starttidspunkt på året, holdundervisning versus eneundervisning, længde på forløbet mm. Den fastsatte struktur i tilbuddene, kan være en stor kommunal udfordring i forhold til at tilbyde borgeren et forløb, som tilgodeser den enkelte borgers individuelle behov for eksempelvis eneundervisning, kortere eller længere forløb og samtidigt sikre koordination med andre kommunale indsatser.

### **Udbygget samarbejde ved hjælp af handleplaner**

I de tilfælde, hvor kommunen samarbejder med eksterne institutioner om et rehabiliteringsforløb, vil det

være væsentligt at udbygge samarbejdet, eksempelvis ved at udarbejde en fælles handleplan i samarbejde med borgeren. Handleplanen skal beskrive borgerens mål med rehabiliteringsforløbet, hvilke ydelser de forskellige instanser skal tilbyde, og hvornår de skal tilbydes i forløbet. Desuden skal handleplanen beskrive, hvordan effekten af forløbet skal evalueres. Det vil sige, der skal anvendes særlige undersøgelser eller tests til at belyse effekten. Samarbejdsprocessen omkring udarbejdelse af en fælles handleplan vil kunne bidrage til, at rehabiliteringsforløbet bliver neurofagligt relevant, koordineret, ressourcemæssigt fornuftigt og effektivt for borgeren.

### **Hjerneskadeindsatsen i Gladsaxe Kommune**

Gladsaxe Kommune har haft en arbejdsgruppe nedsat, hvis opgave var at kortlægge og beskrive omfanget af hjerneskadeområdet, og de problemstillinger og barrierer, der var inden for hjerneskadeområdet lokalt. Arbejdsgruppens overordnede kommission har været at sikre en effektiv og innovativ arbejdstilgang, som udmønter sig i et sammenhængende, koordineret og specialiseret rehabiliteringsforløb, hvor hensigten er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Arbejdsgruppen blev samtidig konstitueret som visitations- og koordinationsorgan for hjerneskadeindsatsen. Det gav arbejdsgruppen en enestående mulighed for at beskrive problemstillinger, barrierer og muligheder med udgangspunkt i aktuell praksis sideløbende med en gennemgang af tilgængelig litteratur på området. Arbejdsgruppen har på baggrund af det indsamlede materiale og litteratur beskrevet en række anbefalinger med henblik på at styrke indsatsen på hjerneskadeområdet lokalt i Gladsaxe. Anbefalingerne lyder blandt andet på tiltag, som skal sikre forløbskoordinering, tidlig sproglig såvel som kognitiv vurdering og indsats, samt opkvalificering af den neurofaglige indsats fysio- og ergoterapeutisk. ■

*Hent referencelisten i netudgaven af artiklen på [www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1979](http://www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1979)*

# Arbejdsliv med

## – der er hjælp at hente!

### **Simone vendte tilbage til sit gamle job – med personlig assistance**

*Simone har arbejdet som pædagog i en behandlingsinstitution for unge i årevis, da hun en dag falder om og har lammelser pga. en blodprop i hjernen.*

*Hun må igennem et langt genoptræningsforløb, og hun kommer langt; dog må hun indse, at hun vil have varige mén i form af svigtende hukommelse og et venstre ben, der ikke rigtigt fungerer. Hun kan gå, men besværet.*

*Muligheden for personlig assistance bliver afgørende for Simone:*

*Med fem timers assistance om ugen, som særlig støtte til daglig strukturering og gennemgang af dagens opgaver og støtte til at "blive på sporet", og derudover fem timers praktisk bistand om ugen til fysisk krævende arbejdsopgaver, kan hun vende tilbage til sit job, sådan som hun har ønsket sig det.*

*To kolleger fungerer som personlige assistenter for Simone.*

AF LISBET BO,  
SPECIALFUNKTIONEN JOB  
OG HANDICAP I VEJLE

Simones eksempel, der er sammensat fra et par virkelige historier, illustrerer, hvordan personlig assistance kan rydde betydelige barrierer af vejen, så det bliver muligt at bestride et job. Hjælpemidler, for eksempel i form af mobile hukommelsessystemer som mobiltelefon eller PDA'er, kunne sagtens have indgået som kompenserende hjælpemidler.

Følgerne efter en hjerneskade varierer som bekendt såvel i omfang som i karakter fra menneske til menneske, men vil i næsten alle tilfælde medføre barrierer i forhold til arbejde. Mere eller mindre, naturligvis. Men netop hjerneskaders karakter gør, at der kan være endog store problemer og stor usikkerhed forbundet med genoptagelse af hidtidigt arbejde eller omkring udarbejdelse af en realistisk og holdbar revalideringsplan.

Ofte vil personen, der er blevet ramt af en hjerneskade, de pårørende – og såmænd også de sagsbehandlere, der er tæt på – føle sig magtesløse og i høj grad se vanskelighederne for sig.

Men der er muligheder!

Hjælpen skal hentes i de kommunale jobcentre – i Kompensationsloven og i Beskæftigelsesloven – i form af personlig assistance i erhverv, personlig as-

sistance under efter- og videreuddannelse, hjælpemidler i form af arbejdsredskaber/arbejdspladsindretning samt mentorordningen og løntilskudsordningen for nyuddannede med handicap. Formålet med kompensationsloven er at give personer med handicap de samme muligheder for erhvervsudøvelse som andre uden handicap.

#### **1. Personlig assistance**

Personlig assistance i erhverv handler om at kompensere for de begrænsninger, der er en følge af personens fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse. Der kan bevilges assistance til praktiske opgaver, for eksempel hjælp til tunge løft, til døvetolkning, eller der kan bevilges assistance til forberedelse og deltagelse i kurser eller møder. Personlig assistance kan være en særlig støtte i en arbejdssammenhæng eller uddannelse, hvis personen for eksempel på grund af en hjerneskade har problemer med:

- at overskue arbejdsprocesserne
- at strukturere arbejdet
- hukommelse, opmærksomhed og koncentration
- selvindsigt og social adfærd
- at indgå i et socialt fællesskab

# en hjerneskade



Der kan bevilges op til 20 timer pr. uge og i særlige tilfælde mere. Der bevilges altid i forhold til et konkret job/uddannelsessituation, og det er en betingelse, at personen er i stand til at varetage det faglige jobindhold.

## 2. Personlig assistance under efter- og videreuddannelse

Målet er – via praktisk hjælp eller særlig personlig støtte – at give erhvervsaktive personer med handicap mulighed for at deltage i uddannelse og dermed få kompetenceløft som andre, der kan muliggøre et karriereforløb.

## 3. Arbejdsredskaber /arbejdspladsindretning

Man kan få bevilget kompenserende hjælpemidler af afgørende betydning for, at man, på trods af fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, kan klare arbejdsopgaverne. Der kan være tale om alt lige fra specialiseret teknologi over specialstole til mindre bygningsændringer.

## 4. Mentorordningen

Mentorordningen er en meget ”bred ordning”, der kan understøtte personen – også i mange daglige situationer – såfremt det er afgørende for, at vedkommende kan komme til at fungere i et job. Der kan bevilges mentorstøtte til for eksempel:

- at komme op om morgenen
- at møde på arbejdspladsen/uddannelsesinstitutionen
- at koordinere indsatsen fra anden offentlig forvaltning eller kontakt til læge el. lign.
- jobsøgning
- at benytte offentlig transport og lign.

Det er afgørende, at mentorfunktionen er en del af en beskæftigelsesrettet indsats, og at det endelige mål er ordinær ansættelse eller ansættelse i fleksjob.

## 5. Løntilskud

Løntilskud for nyuddannede med et handicap (isbryderordningen) skal sikre nyuddannede med handicap

erhvervs erfaring og samtidig – gennem løntilskud i op til et år, gøre det lettere at blive ansat. Man kan blive ansat umiddelbart efter uddannelsen og senest efter to år.

## Et eksempel på brug af isbryderordning og personlig assistance

Sus gennemfører pædagoguddannelsen via revalidering.

Hun pådrog sig en hjerneskade ved et biluheld og har varige følger: Koncentrationsproblemer, nedsat hørelse, spasticitet og nedsat kraft i den ene arm.

For at Sus kunne gennemføre uddannelsen fik hun, i samarbejde med studievejlederen, bevilget SPS (Specialpædagogisk støtte efter Lov om Specialpædagogisk Støtte under de videregående uddannelser)

FM-anlæg (forstærker), så hun blev i stand til at følge undervisning, gruppearbejde mv.

## Personlig assistance til forberedelse

Som helt nyuddannet ansættes Sus som ”isbryder” i job med løntilskud i et bofællesskab for unge. Jobcentret bevilger FM-anlæg til møder, to timers personlig assistance om ugen som støtte pga. koncentrationsproblemerne og fem timers assistance om ugen til tunge løft mv.

Sus klarer arbejdet fint og bliver fastansat med fortsat personlig assistance efter et år i løntilskudsjobbet.

Da personalet tager sammen på efteruddannelse, bevilger jobcentret ekstra personlig støtte, fem timer om ugen til forberedelse.

Kompensation under uddannelse sker via lovgivningen om specialpædagogisk støtte under uddannelser (SPS). Man henvender sig til studievejlederen, der samarbejder med SU-styrelsen.

Se mere på [www.spsu.dk](http://www.spsu.dk) ■

*Mere information om job og handicap på:  
[www.bmhandicap.dk](http://www.bmhandicap.dk) og i kommunens jobcenter.  
Spørg efter ”handicap-nøglepersonen”.*

Det Sociale Indikatorprogram er en metode til at måle, hvad der skal til for, at borgeren oplever en forbedring af sin livssituation, og dermed hvad der er god praksis. Der er både udviklet et program til de midlertidige botilbud og et til de længerevarende botilbud.

# Dokumentation af vilkår,

AF KAREN SOPHIE PILEGAARD,  
KONSULENT,  
CENTER FOR KVALITETSUDVIKLING.

Hvad er en god indsats på botilbud for personer med erhvervet hjerneskade? Det er et spørgsmål, som det ikke er helt ligetil at svare på i dag. Der findes nemlig ikke megen dokumenteret viden om indholdet og resultaterne af arbejdet på botilbuddene. Erfaringer med, hvordan god praksis opnås, kan derfor sjældent deles med andre, der kunne have gavn af denne viden. Med det Sociale Indikatorprogram (SIP) er der udviklet et værktøj, der kan finde ud af, hvad der er god praksis i disse tilbud. Med SIP er det også muligt at dele denne viden – både inden for personalegruppen på et botilbud, men også på tværs af flere botilbud.

SIP – det sociale indikator program – er et dokumentationsværktøj til at identificere, hvad der er *den gode praksis* på botilbud for personer med erhvervet hjerneskade. *Den gode praksis* betyder i denne sammenhæng den faglige indsats og de fysiske og organisatoriske rammer på botilbuddet, der øger borgerens mulighed for at opleve en forbedring af sin livssituation.

For at identificere god praksis indsamles viden ude på de enkelte botilbud. Viden om den enkelte borgers baggrund, faglige indsatser, der er blevet rettet mod borgeren, og oplysninger om borgerens oplevelse af sin livssituation.

I SIP er det et krav, at den viden, der indsamles på botilbuddene, skal være anvendelig i det interne arbejde, og at indsamlingen kun må kræve et minimum af ressourcer. Den viden, der indsamles, skal samtidig bidrage til, at det på sigt bliver muligt at svare på spørgsmålet: Hvad er den gode indsats – og dermed: Hvad skal der til for, at borgerens livssituation forbedres?

For at besvare dette spørgsmål, må man dog først gøre sig klart, hvad en forbedring af borgerens livs-

situation indebærer. I SIP er det helt centralt, at borgeren selv er med til at definere, hvad han/hun oplever som en forbedring af sin livssituation i lige netop hans/hendes tilfælde. Der er udviklet to forskellige redskaber til at vurdere dette: Et til de midlertidige botilbud og et til de længerevarende botilbud.

## Midlertidige botilbud

I henhold til serviceloven er formålet med indsatsen på de midlertidige botilbud hovedsageligt at fremme den enkelte borgers selvhjulpenshed og mulighed for at flytte i egen bolig efterfølgende. Forløbet på de midlertidige botilbud er derfor ofte tidsbegrænset og med en målsætning om, at borgeren skal have udviklet sin funktionsevne inden for en række områder.

Med SIP ser man derfor en forbedret livssituation for borgeren på de midlertidige botilbud i forhold til, om borgeren oplever en meningsfuld forbedring af sin funktionsevne. Hvorvidt det er tilfældet vurderes ud fra borgerens egen opfattelse af sit niveau for de funktionsevner, som har mest betydning for ham eller hende, altså: Hvilke funktionsevner har særlig betydning for borgeren? Og hvor godt mener den ramte at beherske disse funktionsevner?

To gange årligt udfylder borgeren et vurderingsskema – eventuelt i samarbejde med en fra personalet. Skemaet er struktureret efter udvalgte funktionsevner i ICF<sup>1</sup>.

## Længerevarende botilbud

På de længerevarende botilbud er fokus for opholdet et lidt andet. Her vil borgerne oftest have en så svær skade, at der sandsynligvis heller ikke vil være en målbar forskel i funktionsevnen over tid. På disse botilbud måler man således en forbedring af

1 WHO's Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand.



Mere information

For mere information om Det Sociale Indikatorprogram kan Center for Kvalitetsudvikling kontaktes på tlf. 8728 4911 eller på mail gennem [center.kvalitetsudvikling@stab.rm.dk](mailto:center.kvalitetsudvikling@stab.rm.dk) eller via centrets hjemmeside [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk). Du kan også læse mere på [www.sip.dk](http://www.sip.dk).

# indsatser og resultater

borgerens livssituation ud fra borgerens vurdering af sin livskvalitet.

I SIP vurderes borgerens livskvalitet ud fra sammenhængen mellem, hvad der betyder noget for borgeren, og hvad borgeren er tilfreds med. Det vil sige, at der ikke er en på forhånd fastlagt definition af, hvad der er livskvalitet for den enkelte. På den måde er det muligt, at borgere med forskellige grader af funktionsevnenedsættelse får vurderet deres livskvalitet ud fra de parametre, som betyder noget for den enkelte borger.

Kortlægningen af borgerens livskvalitet foregår ved, at borgeren én gang om året interviewes af en medarbejder i personalegruppen på botilbuddet, som er specielt uddannet til at varetage interviewerrollen. Interviewet er meget fleksibelt, så det kan tilpasses den enkelte borgers særlige behov og kommunikationsform. Borgeren bliver udspurgt om betydning og tilfredshed i forhold til *ni livsområder* foruden selvbestemmelse. Livsområderne kan for eksempel være *fysisk velvære, psykisk velvære og sociale relationer*. Den individuelt tilpassede interviewform betyder, at en stor del af borgerne på botilbuddene vil kunne interviewes – altså også de nonverbale borgere.

## Øget borgerinddragelse, kvalitetssikring og viden om resultater

For begge typer af botilbud gælder det, at når skemaet digitalt er udfyldt med borgerens oplysninger, bliver der automatisk dannet en grafisk oversigt over resultatet. På den måde bliver det tydeligt for personalet, de pårørende og borgeren selv, hvilke livsområder og funktionsevner, der aktuelt vurderes højt af borgeren. Man kan af oversigten også se de livsområder og

funktionsevner, der betyder mindre for borgeren. Og endelig kan man se de livsområder og funktionsevner, som borgeren synes er vigtige – men hvor borgeren ikke er tilfreds eller har vurderet sig selv lavt. Det er de områder, hvor der er potentiale til at forbedre borgerens livssituation.

Denne metode til at opgøre borgerens livssituation har mange anvendelsesmuligheder: Både som et redskab til at vurdere den enkelte borgers livssituation, som et redskab til kvalitetssikring på botilbuddene og endelig som et mål for resultater af indsatser, hvor man altså lader borgeren være med i definitionen af, hvad der er et ønskværdigt resultat af indsatsen.

## Øget vidensdeling

Det er et kendt fænomen, at evalueringer alt for sjældent omsættes til øget kvalitet i praksis. Ofte fokuserer evalueringer ensidigt på udvalgte resultater af det sociale arbejde og ikke på, hvordan resultaterne er opnået. Dette gør det vanskeligt for fagfolk at lære af evalueringerne. Med SIP får man derimod mulighed for, at den indsamlede dokumentation kan omsættes til faglig udvikling og læring, da SIP også indsamler viden om de indsatser, der ligger bag de opnåede resultater. Hvis en borger opnår en væsentlig forbedring af sin livssituation, vil man efterfølgende kunne se, hvilke særlige karakteristika borgeren havde (skadesomfang og forløb etc.), og hvilken indsats der har været rettet mod borgeren.

SIP er et værktøj, der systematisk kan dokumentere de tiltag, man har gjort på botilbuddene, og man kan skue tilbage og se på, hvad der virkede godt og mindre godt – og dermed skue frem for at se, hvor der er forbedringspotentiale og anledning til at ændre på praksis. ■



# Kognitiv rehabilitering – et helhedssyn

Kit Malia, der er neuropsykolog fra England, præsenterede på dette års DaNS-konference sit helhedssyn på kognitiv rehabilitering.

AF KAREN SØRENSEN,  
SPECIALKONSULENT,  
CSU-SLAGELSE,  
FORMAND FOR DANS.

Kit Malia har gennem mere end to årtier arbejdet som “kognitiv rehabiliteringsterapeut” på et af de største centre for hjerneskaderehabilitering i England: The Defense Medical Rehabilitation Centre Headley Court – et center for voksne med erhvervede, neurologiske skader.

Kit Malia har udgivet en række bøger med praktiske anvisninger til hjerneskaderehabilitering.

Han er hovedforfatter på serien Brainwave-R, en omfattende samling opgaver til udvikling af kognitive strategier og teknikker i hjerneskaderehabiliteringen. Kit Malia er desuden medforfatter på The Brain Injury Workbook<sup>1</sup>.

Sideløbende har Kit Malia beskæftiget sig teoretisk med området. Således har han offentliggjort videnskabelige afhandlinger om kognitiv og psykosocial rehabilitering og stået for udarbejdelse af kliniske standarder for rehabilitering af mennesker med kognitive skader.

Kit Malias uddannelsesmæssige baggrund, hans store praksiserfaring samt indsigt i og kendskab til det teoretiske felt, gør ham til en kapacitet på det neuropædagogiske område.

## Baggrunden for at invitere Kit Malia

På et af DaNS' fyraftensmøder i november 2006 holdt speciallærerne Susanne Bendixen og Lisa Poulsen fra Kommunikationscenteret i Hillerød oplæg om “Metakognition i Rehabilitering af Senhjerneskadede”. De gav dengang et bud på, hvordan man gennem undervisning kan støtte den hjerneskadede i at udvikle evnen til metakognition – det at kunne tænke over sine egne tanker – som redskab i den videre rehabiliteringsproces.

På baggrund af fyraftensmødet blev der i september 2008 afholdt en Workshop med fokus på kognition/metakognition og indsigt og erkendelse, hvor bl.a. Kit Malias materialer Brainwave-R og

Brain Injury Workbook og tankerne bag, blev introduceret.

Workshoppen viste med stor tydelighed, at der var interesse for området og særligt, fordi der – til den teoretiske viden om kognitiv rehabilitering og metakognition og dens betydning for rehabiliteringsprocessen – nu kunne knyttes et sæt af materialer. Det var derfor naturligt at invitere Kit Malia til Landskonferencen, for at han med egne ord kunne fortælle om teori og praksis i relation til kognitiv rehabilitering.

## Fire tilgange

Kit Malias teori er helt kort, at undervisningen bør foregå i en kombination af gruppeundervisning i mindre grupper og individuelt tilrettelagte forløb. Der undervises i fire områder, hvortil der knytter sig særlige fremgangsmåder:

### Uddannelse:

Generelt set har de fleste mennesker ikke særlig stor viden om neurologiske skader. Først i det sekund, at de selv eller en af deres pårørende rammes, opstår behovet for viden. Derfor er det som underviser vigtigt at videreformidle viden og information om, hvordan den raske hjerne fungerer og ikke mindst viden om, hvorfor og hvordan funktionsnedsættelserne opstår. Personen, der har fået en skade i hjernen og de pårørende, har brug for viden om de neurologiske funktioner for at forstå, hvad der skal til for at komme bedst muligt videre i rehabiliteringsprocessen.

### Proces træning:

For at kunne udføre en bestemt aktivitet, f.eks. lave kaffe, er der adskillige kognitive funktioner, der skal fungere. Det handler således om at identificere de kognitive funktioner, som ligger til grund, og hvor



Foto: Mogens Vedel



## Fakta

Dansk Neuropædagogisk Selskab afholdt den 21. april 2009 sin 9. Landskonference.

Konferencen var arrangeret af DaNS og afviklet i samarbejde med Videnscenter for Hjerneskade og University College Lillebælt, som også lagde konferencefaciliteter til.

det går galt, og derefter arbejde på at forbedre de specifikke områder. Når en given aktivitet udføres, stimuleres de neurale netværk, og der skabes mulighed for, at informationer kan finde mulige, nye veje. Proces træning er en proces, hvor den ramte arbejder med de funktioner, der ligger til grund for at kunne udføre en bestemt aktivitet bedre. I proces træning arbejder man med papir og blyant-opgaver, specialundervisningsmaterialer og øvelser samt diverse pc-programmer.

### *Strategisk træning:*

Strategisk træning sigter mod at lære den skadede person, hvordan man kommer omkring problemet, hvordan man kompenserer for problemet – problemet er der stadig, men effekten af det er mindsket. Hvis der er kognitive funktioner, der ikke kan genoptrænes via proces træning, er det nødvendigt, at personen lærer at kompensere for sine vanskeligheder.

### *Funktionel handlingsorienteret træning:<sup>2</sup>*

Al undervisning skal have en tydelig sammenhæng med dagligdagen og det liv, som skal leves. Der skal således via den kognitive rehabilitering ske en forbedring af dagliglivet, og dagligdags aktiviteter skal bruges konstruktivt i den kognitive rehabilitering.

Enhver aktivitet har potentiale til, med den rette struktur, at blive brugt til at arbejde med en kognitiv vanskelighed.

### *Intelligente mål:*

Kit Malia har i sin tilgang til den kognitive rehabilitering hele tiden den ramte person som udgangspunkt. Han understreger flere gange, at mål og strategier skal tage udgangspunkt i den ramtes og de pårørendes mål, niveau og forudsætninger. Målfastsættelse og evaluering er væsentlige elementer. Kit Malia kal-

der disse mål for intelligente mål, da det er mål sat af den ramte. Det er den metakognitive refleksion, som udvikler selvbevidstheden og leder til flere nye intelligente mål for personen. Det som i Kit Malias materiale hedder: "The Metacognitive/Awareness Cycle" er derfor et væsentligt og essentielt redskab i den kognitive rehabiliteringsproces.

### **Cases**

Undervejs i Kit Malias foredrag blev vi som tilhørere, med udgangspunkt i en case, bedt om at komme med bud på, hvordan man kan designe og tilrettelægge et rehabiliteringsprogram ud fra de fire områder. Og ikke mindst hvordan man undervejs især i procestræning kan vanskeliggøre opgaverne ved f.eks. at øge kompleksiteten, stressfaktorer og graden af selvstændighed.

Kit Malia fik via tolk og tilhørernes engelskkundskaber etableret en god drøftelse af de udfordringer og problemstillinger, man kan opleve som underviser, og flere bød da også ind med gode forslag og egne erfaringer.

### **Hvad siger erfaringerne**

Der er ingen tvivl om, at erfaringer og undersøgelser viser, at kognitiv rehabilitering, som inkluderer metakognitiv refleksion, ser ud til at have afgørende betydning for en vellykket rehabiliteringsproces. En spørgeundersøgelse i 2008 blandt 56 patienter på Headly Court viste, at den overvejende del af gruppen – udover at have opnået konkrete forbedringer i deres funktionsniveau – også havde fået det langt bedre på det mere personlige plan.

Kit Malia havde til Landskonferencen i Odense udarbejdet et kompendium til deltagerne – "How to do Cognitive Rehabilitation". Se mere på [www.brain-tretraining.co.uk](http://www.brain-tretraining.co.uk) og [www.cognitive-rehab.org.uk](http://www.cognitive-rehab.org.uk) ■

1 The Brain Injury Workbook, by Trevor Powell and Kit Malia 2003, Se mere på [www.brain-tretraining.co.uk/brain-tretraining/biwb.htm](http://www.brain-tretraining.co.uk/brain-tretraining/biwb.htm)

2 Functional Activities Training

# Når hver en sten skal vendes

– beretning fra omfattende undersøgelse af forholdene i københavnske botilbud.

AF PROJEKTCHEF, PH.D.,  
POUL SKOV DAHL,  
NIRAS KONSULENTERNE,  
PSD@NIRASKON.DK

I gennem en længere periode var en række botilbud i Københavns Kommune under skarp beskyldning fra såvel lokale som landsdækkende medier. Det føg gennem luften med beskyldninger om alt fra ulovlige magtovergreb mod beboere til rod i økonomien og generelt kummerlige forhold for medarbejdere og brugere. Ammunitionen blev blandt andet båret af tidligere medarbejdere i kommunen og brugernes pårørende, som stod frem i pressen – undertiden anonymt. “Højdepunktet” i beskyldningen var anvendelsen af skjult kamera, som angiveligt skulle afdække forholdene for beboerne i bestemte tilbud. Historierne var ikke smigrende, og der går som bekendt sjældent røg af en brand uden ild – eller sådan var den generelle stemning i hvert fald. Under alle omstændigheder satte Københavns Kommune i 2008 sig for at undersøge forholdene nærmere i botilbud for psykisk syge og handicappede – herunder brugere med hjerneskade.

## Iværksættelse af undersøgelse

NIRAS Konsulenterne blev bedt om at gennemføre en omfattende og grundig undersøgelse. Formålet var at skabe dokumentation for og viden om de aktuelle forhold i botilbuddene – og på den baggrund at pege på fremadrettede udviklingstiltag.

Det var ønsket, at undersøgelsen skulle nå bredt ud og dække alle botilbud på området (i alt 53 bosteder, aflastningsinstitutioner og bofællesskaber med en række underafdelinger). Samtidig skulle en lang række temaer belyses. Blandt de undersøgte temaer var beboernes trivsel og dagligdag, magtanvendelse, medicinbehandling og fysiske rammer. Der var tale om en ordentlig omgang, og “hver en sten skulle vendes”.

Det var ikke nogen let sag at gennemføre en så omfattende undersøgelse. Det krævede selvsagt dybtgående faglig ekspertise og erfaring med feltets problemstillinger, ligesom det krævede solide metodemæssige kompetencer. Metodisk har det

været afgørende, at designe en undersøgelse, der byggede på solide og troværdige data. Undersøgelsen skulle med andre ord “holde vand”. Det var i det lys formålet at gennemføre undersøgelsen således, at den kunne munde ud i generelle konklusioner og anbefalinger og ikke kun i løsrevne eller mere eller mindre tilfældige observationer.

For at tilgodese alle hensyn, blev undersøgelsen gennemført i et samarbejde mellem NIRAS Konsulenterne, Professionshøjskolen METROPOL og UC Syd.<sup>1</sup> På den måde blev det muligt at koble fagligt overblik og metodisk stringens med socialfaglige, sundhedsmæssige og pædagogfaglige kompetencer.

## Undersøgelsens gennemførelse

Man kan stille spørgsmålet: Hvordan kan man med en sådan undersøgelse vide sig sikker på, at alle sten er vendt? Det var meget vanskelige spørgsmål, som undersøgelsen skulle besvare. For at tage blot ét eksempel, hvordan kan vi være sikre på, at vi har afdækket magtovergrebsproblematikken på en sådan måde, at vi har fået et reelt og rigtigt billede heraf?

To ting stod klart ved undersøgelsens begyndelse. For det første ville og kunne vi ikke anvende skyggetoder som f.eks. anvendelse af skjult kamera – hverken af metodemæssige eller etiske grunde. Men omvendt var vi klar over vanskelighederne i at spørge: Hvordan synes du selv, det går? Læseren kan selv tænke sig til, hvilket svar man ville få, hvis man spurgte personalet i botilbudene: Anvender du ulovlig magt?

For det andet skulle brugernes billede af virkeligheden være et omdrejningspunkt i undersøgelsen. Vi stod i den sammenhæng over for den udfordring, at brugergruppen var meget bredt sammensat. I den ene ende af skalaen havde vi en relativ velfungerende gruppe, hvis intelligens og kognitive formåen stort set lignede den resterende del af befolkningens. I den anden ende havde vi en gruppe brugere, som



Foto: Mette Trier

ikke havde noget verbalt sprog (af og til ej heller en non-verbalt). Og vi skulle have alle med.

Vi valgte derfor at afdække brugernes vinkel ved at gennemføre mere end 150 personlige interviews fordelt i alle botilbudene. Alle interviews blev afholdt af to erfarne, faglige eksperter fra hhv. METROPOL og UC Syd. På den måde var det muligt at komme i dybden med den enkelte beboers historie. I de tilfælde, hvor en bruger ikke havde noget sprog, blev der lavet observationsstudier.

For at komme hele vejen rundt og få et så dækkende billede af virkeligheden som muligt, valgte vi også at inddrage en række andre målgrupper i undersøgelsen. Det var først og fremmest centralt at få de pårørende med. Dels for at få deres historie. Dels for at lade de pårørende være "brugernes stemme" med særligt fokus på de tilfælde, hvor brugerne selv havde vanskeligheder ved at udtrykke sig. Vi gjorde det, at en pårørende til alle brugere fik mulighed for at svare på et spørgeskema samtidig med at vi inviterede flere pårørende til at deltage i en række fokusgrupper.

I forbindelse med undersøgelsen besøgte vi alle botilbud af to omgange, hvor vi blandt andet lavede observationsstudier, ligesom vi gennemførte interviews og fokusgruppesamtaler med ledere og medarbejdere. Alle ledere og medarbejdere deltog desuden i omfattende spørgeskemaundersøgelser. Derudover lavede vi en række grundige dokumentationsstudier, hvor vi gennemløjede alt fra tilsynsrapporter til f.eks. resultataftaler, udviklingsplaner, sundhedsfaglige og socialfaglige optegnelser. Og yderligere gennemførte vi en række workshops samt et kvalitetsværksted med inddragelse af en række aktører og interessenter.

### Opsamling

Vores vej til at vende hver sten er gået gennem det, som metodenørder kalder metode-triangulering. Det

kan også siges lidt mere mundret: Vi har anvendt en række forskellige dataindsamlingsmetoder, og vi har inkluderet en række forskellige målgrupper i undersøgelsen. På den måde har det været muligt at få et nogenlunde samlet og relativt dækkende billede af virkeligheden.

Det kan diskuteres, om vi er kommet nok i dybden med de enkelte temaer i de enkelte tilbud. Med svære spørgsmål om f.eks. brugernes trivsel kommer man måske aldrig dybt nok i en ekstern undersøgelse. Det vil i hvert fald kræve omfattende ressourcer til brug for konkrete forskningsprojekter i det enkelte tilbud.

Men vi er nået et godt stykke! Vi har med undersøgelsen kunnet pege på nogle områder, der bør have særligt fokus de kommende år. Heldigvis har vi kigget på et felt, hvor langt de fleste brugere trives og efter omstændighederne har det godt. Desuden er det et felt, hvor broderparten af medarbejderne er særdeles engagerede og kompetente i deres arbejde. Men derfor vil der altid være et behov for faglig og ledelsesmæssig udvikling – og ikke mindst fokus på brugernes trivsel i dagligdagen. ■



Den samlede afrapportering fra undersøgelsen er på et godt stykke over 300 sider. Hvis man skulle være interesseret i undersøgelsens resultater, kan man finde link på NIRAS Konsulenternes hjemmeside: [www.niraskon.dk](http://www.niraskon.dk).

1 [www.niraskon.dk](http://www.niraskon.dk); [www.phmetropol.dk](http://www.phmetropol.dk); [www.ucsyd.dk](http://www.ucsyd.dk)



# Sansestimulering for voksne

Vores adfærd kan ændre sig betydeligt, hvis evnen til at integrere de stimuli, vi får via sanserne, nedsættes eller forstyrres. Det kan påvirke os i stort set alt, hvad vi foretager os. Erfaringen viser, at man med fordel kan inddrage stimulation og sanseintegration som en del af det samlede behandlingstilbud. Vi er dog som behandlere nødt til at afdække baggrunden for den adfærd, der observeres. Bogen *Sansestimulering for voksne* giver os et godt værktøj til både at afdække vanskeligheder og at yde en relevant intervention.

ANMELDT AF GERDA VIDEBECH,  
LEDENDE ERGOTERAPEUT,  
VEJLEFJORD NEUROCENTER VOKSNE.



Med bogen om sansestimulering har Birgitte Christensen Gammeltoft gjort det nemmere for studerende såvel som uddannede behandlere at kortlægge en mulig årsag til ændringer eller anderledes adfærd hos klienter. Fra forfatterens side er bogen ment som inspiration til at "komme godt i gang" og den er opdelt, så man alt efter faglig baggrundsviden kan udvælge de relevante kapitler. Blandt andet får vi et indblik i evnen til at sanse og det samspil, der er mellem de forskellige sanser. Hermed får vi mulighed for at forstå, hvorfor vores klienter handler som de gør under en aktivitet, og et indblik i dette menneskes evne og ressourcer til at indlære nye strategier og færdigheder. Sidst i bogen gives praksis- og behandlingseksempler samt bud på relevante undersøgelser.

Sansestimulering er en metode, hvormed vi kan påvirke de forskellige sanser – så som berøringssyns- og høresansen. Den er oftest af passiv karakter og når den foretages i passende doser, kan den medføre, at der opnås en bedre sanseintegration – altså evne til at kunne organisere sansestimuli fra hele kroppen. For at udføre sanseintegrationsbehandling kræver det en nøje analyse af, hvilke sanser der kan stimuleres, og hvilke der skal hæmmes – skal forstyrrende lyde eksempelvis dæmpes, mens der arbejdes med balancen, eller er der behov for gentagende berøringer af huden for at øge en muskels funktion osv. Det er altså af afgørende betydning at have viden om sanserne, og om hvordan de samarbejder eller

kan modarbejde hinanden, inden man påbegynder en behandling.

Sanseintegration er hjernens evne til at modtage og bearbejde stimuli, og for at kunne udføre en sanseintegrationsbehandling skal klienten arbejde aktivt med. Sanseintegrationsbehandlingen har til hensigt at støtte klienten i at kunne organisere sanseimpulserne fra egen krop og dermed at kunne handle mest hensigtsmæssigt på disse stimuli i den konkrete situation og i forhold til omgivelserne.

Evnen til at integrere vores sanser har stor betydning for vores deltagelse i aktiviteter. Sanseintegrationsproblemer kan resultere i en uhensigtsmæssig adfærd både i forhold til handlinger og i forhold til andre mennesker. For eksempel kan rastløshed, passivitet, angst, ændring af bevægelsesmønstre, høj udtrætning og vrede være udfald, vi ser hos vores klienter.

Oftentimes er det meget vanskeligt for personen selv at beskrive, hvad der skaber forstyrrelserne og den uhensigtsmæssige adfærd, der følger. Her er det vigtigt – udover at afdække klienternes formåen og sociale kompetencer – også at foretage en grundig udredning af personens evne til at integrere og bearbejde stimuli.

Vi kan med andre ord ikke forvente, at erfaringerne fra én klient umiddelbart kan overføres til en anden uden at afdække årsagen til det, vi ser. Interventionen skal specificeres, så metoden tilpasses den enkelte.

Derfor virker beskrivelserne i bogen af de forskellige sanser og systemer i hjernen også som nødvendige forudsætninger, når vi ønsker at inddrage sansestimulation og sanseintegrationsbehandling i vores samlede behandling.

Bogen kan med fordel indgå i de forskellige behandlingssteders udvalg af faglitteratur. Den er læsevenlig, og skulle der være ord og dele af den, der er svære at forstå, er der gode forklaringer at finde bagest i bogen. ■

## Sansestimulering for voksne

### – En praksisbeskrivelse

Af Birgitte Christensen Gammeltoft

Forlaget: FA. Gammeltoft

Sider: 213 sider

Pris: 215 kr.





# Tilbudstjek

Er jeres tilbud til hjerneskadede ramte med i TILBUDDS DATABASEN?  
Hvis ikke – læs videre her.

Tilbuds databasen er genvejen til et samlet overblik over tilbud til hjerneskadede i Danmark.

Tilbuds databasen, udviklet af Videnscenter for Hjerneskade i 2003, er en database, der giver en landsdækkende oversigt over tilbud til mennesker med erhvervet hjerneskade i fase 3 – efter hospitalsindlæggelsen. Databasen indeholder tilbud om: bostøtte, botræning, specialundervisning, genoptræning/rehabilitering, rådgivning, beskyttet beskæftigelse, arbejdsprøvning og/eller aktivitetstilbud til børn og voksne med en erhvervet hjerneskade.

Siden kommunalreformen trådte i kraft den 1. januar 2007 er amtslige institutioner blevet kommunale eller regionale, nogle er nedlagt, og nye er kommet til, nye driftsoverenskomster er indgået – kort sagt: det strukturelle landskab er blevet ændret.

Videnscenter for Hjerneskade opfordrer derfor alle tilbud, som enten udelukkende eller sammen med andre målgrupper henvender sig til børn og voksne med erhvervet hjerneskade om at tjekke, at jeres tilbud er repræsenteret i databasen. Det er gratis at blive optaget, og I ajourfører selv de oplysninger, der skal tages ind i databasen ved hjælp af en tilsendt kode.

## Tilbuds databasen skaber overblik

Databasen er et værktøj til fagfolk, politikere og em-

bedsmænd såvel som pårørende til at få et overblik over, hvilke tilbud der findes i deres område til mennesker, der har fået en erhvervet hjerneskade. Søgningen kan ske efter kriterier som f.eks. målgruppe, tilbuddets art eller beliggenhed via et Danmarkskort.

## VISO's Tilbudsportal

VISO under Servicestyrelsen har udviklet Tilbudsportalen<sup>1</sup>, en database, der ligeledes indeholder tilbud til hjerneskadede. Til forskel fra Videnscenter for Hjerneskades Tilbuds database indeholder VISOs portal tilbud til mange andre målgrupper end hjerneskadede. Tilbudsportalen rummer derimod ikke tilbud om rådgivning og genoptræning.

Videnscenter for Hjerneskades Tilbuds database er en genvej til et hurtigt kommunalt, regionalt eller landsdækkende overblik over rådgivning, genoptræning og rehabilitering til børn og voksne med en erhvervet hjerneskade.

For at Tilbuds databasen kan afspejle det aktuelle billede af tilbud til mennesker, ramt af en hjerneskade i Danmark, vil vi således opfordre alle til at tjekke at jeres tilbud er med i Tilbuds databasen. Det tager kun 10 minutter at indberette.

I skrivende stund indeholder Tilbuds databasen 150 tilbud i Danmark. ■

Klik ind på [www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk) → Tilbuds database og indberet jeres tilbud!

AF METTE TRIER,  
INFORMATIONSMEDARBEJDER,  
VIDENS CENTER FOR HJERNESKADE.

Find Tilbuds databasen på [www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk) under menu-punktet 'Tilbuds database.'

1 [www.tilbudsportalen.dk/portal](http://www.tilbudsportalen.dk/portal)

Kender du til forskning eller forskningslignende projekter, som det ville være relevant at få omtalt i Fokus, så kontakt faglig medarbejder Ane Katrine Beck på [ane@vfhj.dk](mailto:ane@vfhj.dk) eller på tlf. 75 89 78 77.



# Forskningsnyt

## Brugen af cykelhjelm

AF ANE KATRINE BECK,  
FAGLIG MEDARBEJDER,  
VIDENSCENTER FOR HJERNESKADE.

Hvis det skulle være gået ubemærket forbi dig, har der i august og september kørt en kampagne for at bruge cykelhjelm. Kampagnen er udsprunget af et personligt initiativ, og der blev solgt smarte hjelme i Netto – som blev revet væk. Du kan se mere om kampagnen på [www.minhjelm.dk](http://www.minhjelm.dk), hvor du også kan prøve at designe din egen hjelm. 50 kr. fra hver hjelm går til Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen!

I forlængelse af kampagnen vil vi her fra Videnscenteret gerne bidrage med indblik i den forskning, som findes i brugen af cykelhjelm. Her følger en opsummering af interessante resultater.

### Har cykelhelmen nogen effekt?

Et argument, som af og til høres af cyklister uden hjelm, er, at hjelmen alligevel ikke yder nogen effekt. Cykelulykker spiller en ikke uvæsentlig rolle i statistikkerne over både tilskadekomst og ulykker med dødelig udgang, særligt hos drenge under 16 år. Det vurderes, at i op mod 85 pct. af cykelulykker med dødelig udgang, kunne dødsfald være undgået, hvis der var brugt hjelm. Cykelulykker er endvidere den hyppigste årsag til alvorlige hovedskader hos børn.

I Singapore har man sammenlignet patienter, som kom på skadestuen efter cykelulykker. Kun 6 pct. af de, som havde brugt hjelm, havde hovedskader, hvorimod 40 pct. af de, som havde kørt uden hjelm, havde fået hovedskader. Der var skader i ansigtet hos seks pct. af de med hjelm, mens 37 pct. uden hjelm havde ansigtsskader.

I Seattle, USA, sammenlignede man også tilskadekomne cyklister med og uden hjelm. Her viste det sig, at hjelmen nedsatte risikoen for skader med omkring 70 pct., både ved mindre hoved-

skader og ved alvorlige hjernesker. Det viste sig samtidig, at hjelmen var ligeså effek-

tiv i ulykker, hvor der var biler involveret, som ved andre ulykkesårsager.

I et amerikansk litteraturstudie viste beregningerne, at cykelhelmen nedsatte risikoen for hovedskader, milde hjernesker samt alvorlige hjernesker med helt op til 88 pct. Risikoen for skader på ansigtet blev reduceret med 65 pct., når der havde været en hjelm på hovedet.

Konklusionen er, at hjelmen har endog stor betydning for, hvor alvorligt hovedet påvirkes ved ulykker på cykel.

### Hvad kan få os til at bruge hjelm?

Forskningen har primært været rettet mod børns brug af hjelm. Her viser det sig, at en af de faktorer, som spiller ind på, om børn får brugt deres cykelhjelm, er familiens socioøkonomiske status: Børn fra lavindkomstfamilier bruger i langt mindre omfang deres hjelm, når de har en, end børn fra velstillede familier (i et af studierne var det kun 20 pct. i modsætning til 48 pct. i de mere velstående familier).

Det betyder også meget for brugen af hjelm blandt børn, at forældrene bakker op om brugen af den og fortæller om farerne ved ikke at køre med cykelhjelm på hovedet. Også det at forældrene selv viser det gode eksempel og bruger hjelm, er betydningsfuldt. En anden vigtig faktor er kammeraters og især de bedste venners brug af hjelm – det øger sandsynligheden for, at børnene tager deres egen hjelm på.

Et sidste vigtigt aspekt er lovgivningen. I nogle stater i USA og i New Zealand, er det lovpligtigt at have hjelm på. Forskningen her tyder på, at lovgivning har en effekt: Både hvis hjelmen er lovpligtig for visse aldersgrupper (f.eks. børn) eller for alle, så får det flere til at bære hjelm, og der er påvist en nedgang i antallet af hovedskader, som en følge heraf.

Du kan i den elektroniske udgave af Fokus se titlerne på de forskningsartikler, der her er refereret fra. Gå ind på dette link: [www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1981](http://www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1981) ■





# Nyt fra Videnscenteret

Kommende konferencer arrangeret af Videnscenteret:

**Temadag: Pårørende – en kilde til succesfuld rehabilitering den 16. nov. 2009 på Nyborg Strand**

I efteråret arrangerer Videnscenteret en temadag rettet mod alle, der arbejder med ramte og deres pårørende. Hvordan skal vi arbejde med børn som pårørende, og hvordan kan vi få et godt samarbejde med pårørende og se dem som en ressource frem for en besværlig byrde? Dette er nogle af de temaer, som bliver belyst på dagen. Tilmelding og program kan hentes på forsiden af [www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk)

**Kit Malia**

Den 5.- 7.maj 2010 inviterer Videnscenteret neuropsykolog Kit Malia fra England til at komme og på sin inspirerende måde opdatere vores viden på flg. tre områder: "Emotionelle og adfærdsmæssige problemer – hvad gør man?"; "Lettere traumatiske hjerneskader" og "Anbefalede standarder i rehabilitering af hjerneskader." Der vil være mulighed for at tilmelde sig en eller flere dage efter ønske. Sæt allerede nu kryds i kalenderen til en tour de force inden for det neurofaglige område i maj 2010. Foredragene vil foregå på let forståeligt engelsk. Program for de tre dage vil i løbet af efteråret kunne ses på [www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk).

**Test og undersøgelsesmetoder på hjerneskadeområdet d. 4. feb. 2010**

med neuropsykolog Dorthe Birkmose, neuropsykolog Henrik Valentin Mortensen og neuropsykolog Steen Hilling. Vi udmelder programmet i emailnyt og lægger programmet i Kalenderen på [vfhj.dk](http://vfhj.dk), så snart det er på plads.

**Nyt fra kommunerne på hjerneskadeområdet**

Kommunerne opruster på hjerneskadeområdet og på det seneste har:

Helsingør Kommune gjort hjerneskadekoordinatoren permanent: Søs Brinck-Jensen fortsætter således i stillingen.

Faaborg-Midtfyn har ansat Stig Frederiksen som hjerneskadekoordinator, mens Hedensted Kommune har oprettet et nyt hjerneskadeteam.

Følg med kommunernes udvikling på hjerneskadeområdet på: [www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1851](http://www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1851)

**Ny dvd om neuropædagogik**

"Styrk din neurofaglighed" er en ny dvd produceret af Videnscenter for Hjerneskade. Filmen er inddelt i tre dele og er rummer optagelser fra temadagen arrangeret i februar 2009 med neuropsykolog Dorthe Birkmose. Dorthe Birkmose kom her ind på følgende emner:

- 1: Afklaring af centrale neuropædagogiske begreber
- 2: Vores tolkninger af andres adfærd
3. Hvad betyder vores begreber for evnen til at udvikle individuelle neuropædagogiske strategier

DVD'en kan købes ved henvendelse til:

Videnscenter for Hjerneskade via mail: [info@vfhj.dk](mailto:info@vfhj.dk) eller på tel. 7589 7877. Prisen er 50 kr. plus porto og administrationsgebyr.

**Nye SATS-puljemidler**

**Kompetenceudvikling i botilbud**

Indenrigs- og Socialministeriet udmelder en ansøgningspulje på 24 mio. kr. til kvalitets- og kompetenceudvikling i botilbud efter servicelovens §§ 107-108 og tilsvarende boliger efter almenboligloven. Puljen er del af en satspuljebevilling på 50 mio. kr. til styrket indsats i botilbudene i årene 2008-2011. Midlerne skal anvendes i perioden 1. januar 2010 til 30. september 2012.

Der er ansøgningsfrist 1. november 2009.

Se mere på: [www.servicestyrelsen.dk/wm151334](http://www.servicestyrelsen.dk/wm151334)



Det er muligt at se klip fra filmen på [hjerneikassen.dk](http://hjerneikassen.dk) på flg. link: [www.hjerneikassen.dk/default.asp?PageID=1930](http://www.hjerneikassen.dk/default.asp?PageID=1930) [www.hjerneikassen.dk/default.asp?PageID=1957](http://www.hjerneikassen.dk/default.asp?PageID=1957) [www.hjerneikassen.dk/default.asp?PageID=1958](http://www.hjerneikassen.dk/default.asp?PageID=1958)

# Aktiviteter

Se flere nationale og internationale kurser på: [www.vfhj.dk/kalender.asp](http://www.vfhj.dk/kalender.asp)

## NATIONALE KURSER OG TEMADAGE

### Apopleksirehabilitering – det ideelle forløb

Tid: 19.- 20. oktober  
Sted: Brædstrup  
Se mere på [www.dsfa.dk](http://www.dsfa.dk)

### Neuropædagogisk ugekursus

Tid: 26.- 30. oktober 2009  
Sted: Odense  
Se mere på [www.ucl.dk/composite-2919.htm](http://www.ucl.dk/composite-2919.htm)

### Neuropædagogik i den daglige praksis

Tid: 27. – 28. oktober 2009  
Sted: Thisted  
Se mere på [www.au-centret.dk](http://www.au-centret.dk)

### ABC koncepterne – introduktionskursus

Tid: 27.- 28. oktober 2009  
Sted: Dianalund  
Se mere på [www.kurhus.dk](http://www.kurhus.dk)

### Livskvalitet for senhjerneskadede

Tid: 28. oktober 2009  
Sted: Horsens  
Se mere på [www.vidensteam.dk](http://www.vidensteam.dk)

### Neuropædagogik og rehabilitering af hjerneskadede

Tid: 28. og 29. oktober 2009  
Sted: Næstved  
Se mere på [www.visp.dk](http://www.visp.dk)

### Snitflader i rehabilitering – Sammenhæng som mulighed eller illusion?

Tid: 9. nov. 2009  
Sted: Nyborg  
Se mere på [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk)

### Neuropædagogiske redskaber – hvorfor gør vi, som vi gør?

Tid: 9. november 2009  
Sted: Roskilde  
Se mere på [www.vidensteamet.dk](http://www.vidensteamet.dk)

### Pårørende – en kilde til succesfuld rehabilitering.

Tid: 16. november 2009  
Sted: Hotel Best Western Nyborg Strand  
Se mere på [www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk)

### Værktøjskursus for nye medarbejdere

Tid: 17. – 18. november 2009  
Sted: Roskilde  
Se mere på [www.vidensteamet.dk](http://www.vidensteamet.dk)

### Neuro-paradigmet – en ny faglighed på handicapområdet?

Tid: 10. november 2009  
Sted: Vingsted Centret, Vejle  
Se mere på [www.vfb.dk](http://www.vfb.dk)

### Når hjernen kommer til skade

Tid: 2. december 2009 kl. 13- 15  
Sted: Platangårdens ungdomscenter  
Se mere på [www.ungcenter.dk](http://www.ungcenter.dk)

## NATIONALE OG INTERNATIONALE UDDANNELSER

### Attention & Information Processing: Advanced Cognitive Rehabilitation Workshop

Tid: 4. – 5. december 2009  
Sted: Hotel Hilton, Gatwick, London  
Se mere på [www.braintreetraining.co.uk](http://www.braintreetraining.co.uk)



## Videnscenter for Hjerneskade

Sanatorievej 32-34  
7140 Stouby  
tlf.: 75 89 78 77  
info@vfhj.dk

[www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk), [www.hjernerokassen.dk](http://www.hjernerokassen.dk)

EAN 9788791874161 (Fokus)  
EAN 9788791874178 (Fokus – netversion)

Ændringer vedr. abonnementet  
ring venligst 7589 7877