

TEMA:
Udredning af den
hjerneskaderamte
borger



Tema: Udredning af den hjerneskaderamte borger

3 Tak for et godt samarbejde.

Af Brita Øhlenschläger.

4 Uvidenskabelige tests sætter fagligheden over styr

Uvidenskabelige tests, der på overfladen ligner videnskabelige tests, fører til fejlagtige beskrivelser af de mennesker, der testes.

Af Dorte Brikmose.

6 Pædagogisk Analyse System

PAS er et pædagogisk vurderingsværktøj, der beskriver potentialer, kompetencer og problemer.

Af Steen Hilling.

8 AMPS

Et redskab, der bruges af ergoterapeuter til at vurdere kvaliteten af borgernes udførelse af huslige og dagligdags aktiviteter.

Af Mette Søndergaard.

10 Den neuropsykologiske undersøgelse

Forklarer sammenhængen mellem en persons kognition eller adfærd og hjernefunktion.

Af Henrik Valentin Mortensen.

12 Marte meo metoden – udviklingsstøttende relationer

At udvikle og understøtte borgerens egne udviklingskræfter er Marte meo metodens fundament.

Af Jytte Birk Sørensen.

14 Værdighed er et nøgleord i Tønder Kommune

Af Jens Bytoft.

16 Neuropædagogik i specialpædagogisk arbejde

Bygger på en teoretisk viden om hjernen og sammenhænge i forhold til de handlinger, mennesket udfører.

Af Anni Mortensen.

17 Udredning er en grundsten i kommunalt arbejde

Og en forudsætning for, at vi ikke overser vigtige problemfelter hos den hjerneskadede.

Af Stine Jarl.

Boganmeldelse

19 Slået af indsigt

Af Frank Humle.

Øvrige artikler

20 Udviklingen på hjerneskadeområdet igennem de seneste 40 år.

Af Brita Øhlenschläger.

23 Centralisering og decentralisering på én gang

Kommentar fra Hjerneskadeforeningen om sammenlægningen af videnscentre.

Af Aase Engberg.

24 Det kunne være så godt - men det er det faktisk ikke

Af Lise Beha Erichsen.

26 Borgere med erhvervet hjerneskade bliver ikke rehabiliteret

Selvom det beviseligt er økonomisk rentabelt og højner borgerens livskvalitet.

Af Heinz Jacob.

28 Dynamisk praksis fordrer kreative medarbejdere

Dynamisk praksis udføres på baggrund af faglig viden, samarbejdsevner, rummelighed og lyst til at gøre sit allerbedste.

Af Elisabeth Moth.

30 Neurovidenskaben forklarer ikke alt

Af Anne Mette Aalund Jensen.



Videnscenter for Hjerneskade

FOKUS

Tidsskrift fra
Videnscenter for Hjerneskade

17. årgang nr. 4, december 2010

Udkommer fire gange om året.
Det er gratis at abonnere.

ISSN 1601-8257
ISSN (netudgaven) 1904-4380

Oplag: 5.500

Trykt på 90 gram Alpa Sol
Typografi: Meta

Forsideillustration:

scanstockphoto

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.hjernekassen.dk
www.børnehjernekasse.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:

vahle+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.
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:
3. januar 2011.

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 opefter 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.

Tak for et godt samarbejde

Den spidse pen



Dette nummer handler om udredning af den hjerneskadede borger. Det var også var emnet for den velbesøgte temadag, som Videnscenter for Hjerneskade holdt den 4. februar i år. Forudsætningen for en målrettet og vellykket indsats i kommunen – og især hvis indsatsen gælder at få borgeren tilbage i arbejde – er en grundig og forsvarlig udredning af alle borgerens følger af hjerneskaden sammenholdt med hans ressourcer, erfaringer og viden. Baggrunden for at dette tema blev valgt var, at flere i videnscenterets netværk havde erfaret, at der i nogle tilfælde blev anvendt metoder, som ikke var egnede til at fungere som grundlag for en rehabiliteringsindsats. Neuropsykolog Dorthe Birkmose har skrevet en artikel om emnet, og vi har derefter sendt artiklen til konstruktører eller instruktører af alle de tests, der omtales, og bedt dem om at kommentere omtalen af deres test. Nogle har ikke ønsket at medvirke, de indkomne svar bringes i dette nummer.

Jeg vil samtidig gerne benytte lejligheden til at sige tak for samarbejdet med jer alle. Jeg har haft næsten 14 dejlige og spændende år på Videnscenter for Hjerneskade. Jeg har for længe siden besluttet, at det er på tide at gå på pension og vende energien mod livets tredje fase. Jeg vil gerne benytte lejligheden til at sige tak for en fantastisk opbakning og iderigdom. Tak for al den tillid og hjælpsomhed, jeg har mødt. Det har medvirket til at gøre Videnscenter for Hjerneskade til en vigtig aktør på hjerneskadeområdet igennem årene. Jeg vil også meget gerne takke alle mine kolleger på Videnscenteret for jeres engagement, ildhu og kæmpestore arbejdsindsats igennem årene.

Ved en tilfældighed falder min sidste arbejdsdag den 31. januar 2011 sammen med, at Videnscenter for Hjerneskade flytter fra Sanatorievej 32-34 i Stouby og til Marselisborgcentret i Århus. Som tidligere meddelt har socialminister Benedikte Kjær besluttet, at Videnscenter for Hjerneskade ophører som selvstændigt center den 31. december 2010. Videnscenterets medarbejdere og aktiviteter kommer derefter til at indgå i én samlet enhed – Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri i Servicestyrelsen.

Indtil videre fortsættes videnscenterets aktiviteter i det nye regi. På længere sigt satser Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri på at styrke vidensarbejdet og på at arbejde projektorienteret og også med projekter på tværs af vidensområderne. Jeg håber, at I vil fortsætte med at bruge videnscenteret, og som hidtil udfordre os med opgaver, spørgsmål og forslag til aktiviteter på hjerneskadeområdet. Den nye store organisation er endnu i støbeskeen, og mange praktiske forhold skal afklares. Indtil videre kan vi kontaktes på de sædvanlige telefonnumre og mailadresser. Vi udsender besked til netværket, så snart vi har de nye kontaktdata.

Brita Øhlenschläger

Sekretariatsleder, Videnscenter for Hjerneskade

LEDER

3

INVITATION TIL AFSKEDSRECEPTION

Efter knap 14 års virke på Videnscenter for Hjerneskade har sekretariatschef Brita Øhlenschläger valgt at gå på efterløn.

I den anledning inviterer Videnscenter for Hjerneskade til en afskedsreception
fredag den 7. januar 2011 kl. 12.00-15.00.

Receptionen finder sted i festsalen på Nationalmuseet, Frederiksholms Kanal 12, 1220 København.

Vi beder om tilmelding senest den 20. december 2010 til info@vfjh.dk – tlf. 7589 7877.

Vi står over for en bølge af uvidenskabelige tests, der skyller ind over vores arbejde og ødelægger alt for meget af vores faglighed. Uvidenskabelige tests, der på overfladen ligner videnskabelige tests, fører til fejlagtige beskrivelser af de mennesker, der testes.

Uvidenskabelige tests sætter fagligheden over styr

AF DORTHE BIRKMOSE,
NEUROPSYKOLOG,
FOREDRAGSHOLDER OG FORFATTER.

Fakta

Dorthe Birkmose er neuro-psykolog, foredragsholder og forfatter. Hun er kursusleder på den tværfaglige neuro-pædagogiske efter-uddannelse i Odense, Greve og Dianalund.

Desuden er hun supervisor i komplekse sager inden for arbejdet med mennesker med medfødte eller erhvervede hjerneskader. Hun superviserer pædagoger, social- og sundhedshjælpere og -assistenter, talepædagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker og lærere inden for hjemmepleje, sygehuse, dagtilbud, hjemmevejledning, neuro-rehabiliteringscentre og botilbud i hele landet.

Som supervisor bruger jeg mere og mere tid på at rydde op efter de konklusioner, som de uvidenskabelige tests fører til. Det er spild af personalets sparsomme supervisionstimer. Det er frustrerende for personalet at lave unødvendige fejl i tilgangen til det enkelte menneske. Borgeren og de pårørende oplever, at personalet på grund af uvidenskabelig testning misforstår borgerens adfærd. Det er spild af borgerens liv, hvilket er det værste, vi kan gøre mod et andet menneske.

Når uvidenskabelige tests viser, at en borger er frontallapsskadet og derfor skal grænsesættes og begrænses i sin færden, laver personalet mange fejl i arbejdet med et parietallapsskadt menneske, som har brug for sanseintegration og nærhed. Når uvidenskabelige tests viser, at en voksen mand er som et barn på fire-til-fem år, så bliver tilgangen ligeledes helt forfæjlet i forhold til for eksempel hans seksualitet og hans drømme om kone og børn.

Videnskabelig og uvidenskabelig

De videnskabelige tests kan vi ikke undvære. Vi har brug for den systematiske og hurtigt opsamlede viden, som for eksempel WAIS, AMPS og de mange neuropsykologiske tests kan give os. Grundlaget for at arbejde neuropædagogisk er netop den opsamlede viden fra videnskabelige tests sammenholdt med skanninger og observationer.

De videnskabelige tests er valide og reliable. Validitet er udtryk for, at testen måler dét, som den er designet til. Hukommelsestesten skal være designet på en måde, så den måler hukommelse og ikke sprogforståelse eller koncentrationsevne. Reliabilitet (pålidelighed) er udtryk for, at testen giver samme resultat uanset, hvilken person der laver testen. Testresultaterne må ikke være afhængige af, hvem der udfører testen. Det er et stort og møjsommeligt arbejde at sikre sig en høj grad af validitet og reliabilitet. Derfor er de videnskabelige tests og revideringerne af dem undervejs i mange år.

De uvidenskabelige tests har sprunget alt det møjsommelige arbejde over. Vi kan derfor ikke vide

om testen måler dét, som man siger, at den måler. Og vi kan ikke vide, om forskellige testere vil finde frem til samme resultat. Dette er det grundlæggende problem med de uvidenskabelige tests.

Hvordan ser de uvidenskabelige tests ud?

Det er vanskeligt at opdage, om der er tale om en uvidenskabelig test. Nogle af de mest prominente uvidenskabelige tests er den reviderede Kuno Beller-test, PAS-testen og NPA'en fra University College Nord-jylland. Derudover findes der et hav af neuropædagogiske screeninger, frontallapstests, højre hemisfæretests, matchingtests osv.

Det er uoverskueligt at følge med i den tiltagende produktion af uvidenskabelige tests. Derfor er det svært at vide, om de testresultater, man læser, er til at stole på. Vi har brug for et officielt register over de videnskabelige tests. På den måde ville borgere, pårørende og praktikere kunne slå testen op på en neutral hjemmeside, læse en beskrivelse af den og få sikkerhed for, at testresultaterne kan bruges i praksis.

Fejlhypotese 1: at lokalisere hjerneskaden ud fra observationer af adfærd

Nogle uvidenskabelige tests er designet ud fra en idé om, at man for eksempel via afkrydsningsskemaer kan tælle point sammen og dermed nå frem til, hvor hjerneskaden er placeret. Det er en umulighed at gå direkte fra observationer af adfærd til lokalisering af hjerneskade. Den eneste mulighed er at bruge vores observationer til at sige noget om de fysiske og kognitive vanskeligheder. Lokalisering af hjerneskaden skal vi overlade til røntgenlægerne, der analyserer skanningsbilleder.

Ironisk nok når den slags testning som regel frem til, at hjerneskaden enten sidder over det hele eller i frontallapperne. Det meningsløse når sit forstemmende klimaks i de tilfælde, hvor vi rent faktisk har en skanningsbeskrivelse, hvor hjerneskaden viser sig at være placeret ganske anderledes end den uvidenskabelige test nåede frem til.



Foto: Mette Trier

Testresultater må ikke være afhængige af, hvem der udfører testen. Det er et stort og møjsommeligt arbejde at sikre sig en høj grad af validitet og reliabilitet. Derfor er de videnskabelige tests og revideringerne af dem undervejs i mange år.

Fejlhypotese 2: at bruge udviklingspsykologi som grundlag for neuropædagogik

Andre uvidenskabelige tests fokuserer ligesom "Det kan nytte"-konceptet på at sammenligne voksne hjerneskadede mennesker med børn. For det første kan udviklingspsykologien ikke være neuropædagogikkens grundlag. Neuropædagogikkens teoretiske grundlag er neuropsykologien.

For det andet er voksne ikke børn – uanset hvor usynlige deres handicaps måtte være. Ligesom normale børn ikke er hjerneskadede. Det handler ikke om alderstrin (også kaldet "funktionsalder"), men derimod om de fysiske og kognitive vanskeligheder, som hjerneskaden fører med sig. Det er en besynderlig omvej at gå, når man gør voksne til børn.

For det tredje blev idéen om stadier og faser forkastet ved udviklingspsykologiens paradigmeskifte i 1980'erne, hvor det via observation blev opdaget, hvor kompetente børn er. Børn udvikler deres kompetencer individuelt og i forskellige tempi. Det giver derfor ikke mening at tale om, hvordan to-årige er, eller om hvordan de er forskellige fra tre-årige, når vi taler om børn. Når vi begynder at omtale voksne mennesker som to-årige, er vi fagligt faret vild.

For det fjerde er det uetisk at betragte voksne som børn. Jeg har mødt alt for mange mennesker, der er kede af og vrede over at blive behandlet som børn, bare fordi de har et usynligt handicap. Vi kan ikke tale om værdighed og respekt og samtidig omtale voksne som børn.

Fejlhypotese 3: uvidenskabelige tests er bedre end ingenting

Det gennemgående argument for at bruge uvidenskabelige tests er, at det er bedre end ingenting. Men det kan aldrig være bedre at bruge informationer, der er fremskaffet på et forkert grundlag end at være uvidende. Jeg har langt større respekt for fagfolk, der tør konstatere, at der er noget, som de ikke ved.

Desuden er alternativet ikke "ingen ting". Praktikere har altid en lang række af observationer fra utallige hverdagssituationer. Det samme har borgeren og de

pårørende. Vi har masser af viden tilsammen. Observationer er klart at foretrække frem for uvidenskabelige tests, idet observationer ikke udgiver sig for at være mere objektive end de er.

Hvorfor er der en bølge af uvidenskabelige tests netop nu?

Praktikere oplever et stigende pres i forhold til dokumentation i disse år, samtidig med at massive besparelser gennemføres inden for vores område. De uvidenskabelige tests løser umiddelbart begge problemer, idet de i en fart giver en illusion om præcision med hjerneskadelokalisering og funktionsalder. Samtidig er det meget billigere at uddanne en enkelt kommunal konsulent til at screene samtlige borgere i stedet for at betale en neuropsykolog for en grundig testning.

Hvad er alternativet til de uvidenskabelige tests?

Vi har allerede masser af videnskabelige tests og uddannede testere, som vi kan bruge. Vi skal som praktikere stole på de observationer, som vi har, og som vi bruger til at blive klogere på de usynlige handicaps, som hæmmer borgerens hverdagsliv. Vi skal bruge neuropsykologien som udgangspunkt for vores tolkninger, og vi skal arbejde tæt sammen på tværs af faggrupper.

Vi behøver ikke de uvidenskabelige tests. De forplumrer vores bestræbelser på at styrke vores faglighed, som er nødvendig for at kunne indgå i et værdigt samarbejde med borgerne og deres pårørende. ■

Testning og screening

Begreberne testning og screening anvendes ofte i flæng, men screening betyder "sigte" og test betyder "prøve". Screening er en mere overfladisk form for testning, hvor man forsøger at sigte efter de problemstillinger, der måtte være tale om. Testning består af en decideret afprøvning og er altså mere grundig. Men kravene til validitet og reliabilitet er de samme, uanset om der er tale om testning eller screening.

Pædagogisk Analyse System

Pædagogisk Analyse System (PAS) er et pædagogisk vurderingsværktøj, der kan sige noget om en elevs aktuelle potentialer, kompetencer og problemer.

AF STEEN HILLING,
AUTORISERET PSYKOLOG.

Fakta

Tallene i artiklen referer til fodnoter. Af pladshensyn er disse kun medtaget i netudgaven af denne artikel og kan ses på: www.vfhj.dk/default.asp?PageID=2172



PAS er udviklet i Fyns Amts PPR afdeling først i 1990'erne, hvor der blev afviklet specialkurser for alle ansatte på specialskoler, voksenskoler og institutioner med neuropsykolog Hanne Hvolbæk og undertegnede igennem flere år. Og med stort held, da lærere og pædagoger derefter havde en særlig viden i forhold til at forstå adfærd på en mere dynamisk og strukturelt kvalificerende måde. Det er dette koncept, der er arbejdet videre på med en række statistiske valideringer og evidensvurderinger. Det specielle ved dette vurderingsarbejde er, at den overordnede model er en bottom-up model, det vil sige, at der udvælges opgaver¹, som viser en funktion, og som er en god markør for en given proces². (Se endvidere den historiske redegørelse på: www.vfhj.dk/default.asp?PageID=2171)

Metodiske betragtninger om PAS-systemet

I det neuropsykologiske fagfelt benyttes ofte top-down modeller. Disse modeller er baseret på en teori, og der udvikles en række test, der statistisk viser sig at være sammenlignelige med andre test. Svagheden ved sådanne top-down modeller er, at der skal meget lidt afvigelse til, førend de ikke kan benyttes til en fastlæggelse af normal tilstande eller kriterier³. For eksempel skal man overholde alle instruktioner på samme måde, tage tid og ikke hjælpe eleven igennem processerne med hensyn til løsning af opgaverne.

En bottom-up model, som anvendes i PAS, betyder, at der udvikles en række markøropgaver, der derefter gøres til genstand for en fagliggørelse⁴. Det betyder, at der er brug for et tidsmæssigt længere forløb for at kunne vurdere og genvurdere anvendte opgaver. Det kræver også, at eleverne vurderes flere gange, så de hele tiden sammenlignes med sig selv. Derfor vil fagliggørelsen blive beskrevet i casebøger med gode eksemplificeringer, og samtidig skabes et valideringsgrundlag⁵.

PAS bør baseres på Naglieri⁶

I PAS arbejdes der med de traditionelle typer af statistik⁷, men det har vist sig i forhold til analyserne i PAS, at de traditionelle typer af statistik virker begrænsende.

Med mange dynamiske variabler kan en elev anvende mange læringsstile til en given opgave og også skifte dem ud med en anden i selve opgaveløsnings-forløbet. Ved anvendelse af støttende og hjælpende strategier i forhold til en given opgave, f.eks. at pege for eleven, gentagelse af væsentlige begreber i instruktionen, at give tid til at prøve sig frem og lignende, skabes andre forudsætninger hos eleven i processen med opgaveløsningen. Sådanne ændringer af læringsprocesserne kan ikke opfanges af traditionel normativ statistik. Man har faste kriterier for instruktion og opgaver, men kan ændre disse, når det skønnes støttende for elevens opgaveløsning. Opgaveløsningerne kan altså variere med elevens anvendte arbejdsmetoder. Så opgaveløsnings-processen beskrives og danner et særligt grundlag for de potentialer, der skabes i samspillet mellem elev og konsulent. Da det hele optages på DVD, er det muligt at reflektere over løsninger og derpå at vælge de mest effektive læringsmodeller. Så det er ikke selve løsningen, der er i fokus, men processerne frem mod løsningen. Så i PAS er det vitalt at have de mange støttende strategier aktive på alle anvendte opgaver – de medierende processer. Det er disse støttende processer, der bruges til det videre pædagogiske metodiske arbejde. Og herefter må kræves at processerne kan indgå i en relevant teoretisk og statistisk model. Derfor er der udviklet et meget mere dynamisk system, kaldet "mode 2 soft evaluation", baseret på aktivitetsteorien, som kan skabe den nødvendige dynamiske indsigt⁸.

Ved anvendelse af procesbeskrivelser ud fra aktivitetsteorien opnås en teoretisk funderet beskrivelse i relationer og læringsmønstre. Ved anvendelse af den statistiske evaluering kan der udledes særlige vigtige støttestrategier samt opgaver.

Evidensen i PAS-systemet

Evidens kan vurderes på seks niveauer⁹. PAS-systemet kan indplaceres på niveau tre. Grunden til, at der ikke kan opnås en højere scoring er, at der endnu ikke findes reviews, som omhandler så dynamiske modeller. Men de er på vej, blandt andet udført af Carol

Lidz¹⁰ og Tzuriel. Når sådanne reviews foreligger, vil evidensniveauet af PAS blive revurderet.

Historisk udvikling af det neuropsykologiske fagområde

Der er opstået forskellige retninger ud fra den oprindelige neuropsykologi, som opstod i 1934 i et kreativt miljø bestående af Vygotsky, Leontjef og Luria¹¹. I deres diskussioner af de oprindelige strukturer til "aktivitetsteorien" skabtes begrebet neuropsykologi^{12 13}. Derefter ses i litteraturen – frem til i dag en udfletning i fem retninger¹⁴:

En af disse retninger vægter samspillet i undersøgelsen. Denne dynamiske vurdering beskriver ud fra samtaler og opgaver personens problemer, men også potentialer og kompetencer. Der benyttes her markøropgaver fra standardiserede systemer - denne retning er baseret på Feuerstein, Tzuriel, Naglieri og Das¹⁵. Det er en humanistisk tradition, der tager afstand fra de naturvidenskabelige traditioner.

Særlig interessant er det her, at Luria var den første neuropsykolog, der satte sig på sengekanten ved sine patienter, hvor han med opgaver – og ikke test – kunne afgøre, hvad problemet var og opstille hypoteser for skadens placering og omfang. Han benyttede en medierende model og behøvede ikke de tunge statistiske beregninger for at lave sit arbejde. Professor Anne-Lise Christensen har beskrevet sit samarbejde med Luria som netop en forståelse af patientens særlige sygehistorie. Et helt igennem hermeneutisk og meget dynamisk arbejdsprincip. Mon nogen ville beskyldte Luria for at være uvidenskabelig?

Hvad kan PAS – systemet anvendes til?

PAS-systemet er et pædagogisk vurderingsredskab, der kan sige noget om en elevs aktuelle potentialer, kompetencer og problemer. Samtidig kan IT-analysen fortælle, hvilke pædagogiske metoder (ud af fem) der kan være konstruktive i det videre læringsarbejde.

PAS-systemet opfylder i sin metodiske tilgang kravet om metodetriangulering^{a)}. Der benyttes videooptagelser til at skabe fælles indsigt i elevens arbejdsmodeller i forhold til givne opgaver. Der anvendes hele tiden en refleksionsmetode mellem elev og PAS-konsulent om, hvordan den pågældende opgave blev løst. Der må hjælpes i alle opgaver, så løsninger bliver en succes og kan anvendes som motiverende faktor i det videre læringsforløb. Sådanne hjælpestrategier er rene potentialer i forhold til opgaver. Herigennem sikres elevens indsigt og motivation. Der er opstillet guidede skemaer, så der kan skabes et iagttagelsesgrundlag ud fra samme kriterier, men også plads til egne betragtninger. Og da kravet om metodetriangulering er mindst to – og helst tre forskellige metodiske tilgange, der viser det samme resultat, så opfylder PAS-systemet dette rimelige faglige krav på fornemmeste vis.

Se Steen Hillings historiske redegørelse

for det neuropsykologiske område på:

www.vfhj.dk/default.asp?PageID=2171

PAS er *ikke* udviklet til at diagnosticere, ej heller til at udsige noget om, hvor i hjernen, ting fungerer eller ikke fungerer, men PAS kan sige rigtig meget om, hvilke læringsmæssige og primære kognitive funktioner, som er aktuelt anvendelige¹⁶. PAS udsiger netop ikke noget om en rigid læringstil, men viser, at der findes mange veje til at opnå et læringsmål.

Kommentar til Birkmoses udmelding

Man kunne vel forvente, at der var noget mere faglig indsigt i en kritik. Alt hvad der findes om PAS er offentliggjort fagtidsskrifter i Danmark og Norge eller på Munkholms hjemmeside. Ligeledes er der udgivet fem kandidatopgaver med udgangspunkt i PAS og udgivet 22 bøger. Så det er simpelt at orientere sig. Ligeledes anser jeg det for sjusket ikke at redegøre for sin kritik mere specifikt og kun fastholde nogle meget overordnede betragtninger. Det forhindrer selvfølgelig, at man kan svare på en manglende viden om så omfattende et system, som PAS er. F.eks. er der ikke vist en teoretisk indsigt i forhold til dynamiske stil-teorier, ej heller en pædagogisk indsigt i PAS systemet. Interessant er det også, at PAS ikke er et neuropsykologisk test-system, men et pædagogisk dynamisk vurderingssystem, deraf navnet Pædagogisk Analyse System, der skaber et aktuelt grundlag for udvikling af læringsprocesserne. Der ses i artiklen en sammenblanding af metodiske betragtninger og videnskabsteoretiske betragtninger, men på intet tidspunkt defineres eget videnskabsteoretiske ståsted, ej heller hvori det uvidenskabelige så består i forhold til PAS-systemet. Hvor uvidenskabelig fremstår Birkmose mon selv! ■

- a) Metodetriangulering er en kombination af forskellige metoder til afdækningen af en problemstilling.

Fakta

Se mere om Steen Hilling på: www.munkholm.cc.

Se også hans oplæg fra temadagen 4. februar 2010 "Afkklaring af den hjerneskadede borger – vejen til en effektiv rehabilitering på: www.vfhj.dk/default.asp?PageID=2062

AMPS

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) bruges af ergoterapeuter som et redskab til at vurdere kvaliteten af borgernes udførelse af huslige og dagligdags aktiviteter. Og Evaluation of Social Interaction (ESI) bruges til at vurdere borgerens sociale samspil med andre mennesker.

AF METTE SØNDERGAARD,
ERGOTERAPEUT,
AUTORISERET AMPS-INSTRUKTØR.

- 1 Hvorvidt instrumentet, der er brugt til at måle et bestemt område, måler præcist og pålideligt.
- 2 Hvorvidt det der ønskes målt virkelig også bliver målt.

Ergoterapeuter arbejder på at fremme hverdagslivets aktiviteter hos den enkelte borger og grupper af borgere. Ved hverdagslivets aktiviteter forstås gøremål, der for den enkelte er meningsfulde eller nødvendige, og som relaterer sig til dagligdagen, arbejds- og fritidsliv, samt involvering i samfundslivet. Ergoterapeuten bruger meningsfulde og relevante aktiviteter både som mål og interventionsform.

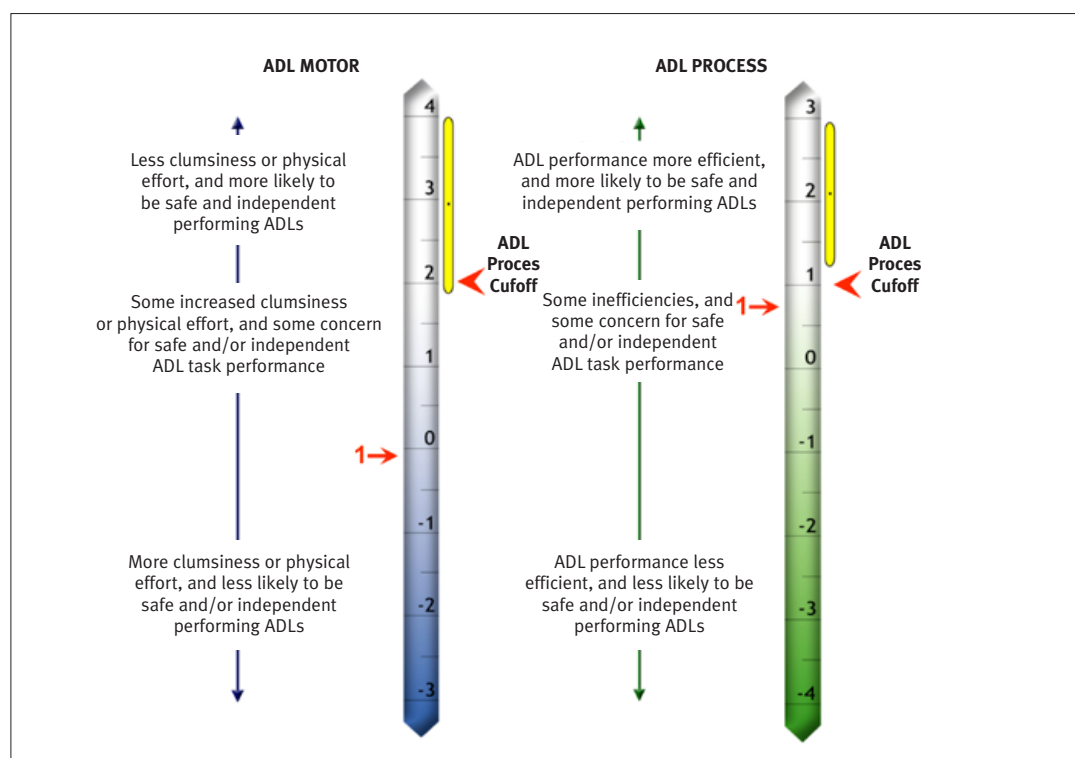
Undersøgelse, evaluering og dokumentation i forbindelse med den ergoterapifaglige indsats er væsentlig, hvor undersøgelsen indbefatter fortløbende identificering og præcisering af borgerens oplevede og observerede aktivitetsproblemer. Selvrapportering anvendes enten i form af et spørgeskema eller ved et interview. Observation anvendes som grundlag for en professionel vurdering af borgerens rapporterede aktivitetsproblemer ¹.

To standardiserede observationsredskaber, som ergoterapeuter kan gøre brug af, er Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) ² og Evaluation of Social Interaction (ESI) ³. Begge redskaber kræver, at ergoterapeuten følger definerede kriterier i en manual, samt deltager på et kursus og efterfølgende kalibrerer succesfuldt. For både AMPS og ESI gælder det, at borgerens undersøgelser kan følge vedkommende. Bliver der senere foretaget nye undersøgelser, kan resultaterne direkte sammenlignes. Ved fremgang på < 0.5 logits kan man tale om en statistisk signifikant fremgang.

AMPS

Udviklingen af AMPS begyndte sidst i 80'erne og redskabet udvikles fortsat. Der er udført over 100 studier af validitet¹ og reliabilitet², samt adskillige

De rå data indtastes i et computerprogram, hvor data efterfølgende analyseres og konverteres til to intervallskalaer vedrørende henholdsvis motorik og proces. Intervallskalaerne fortæller om borgerens motoriske og procesmæssige ADL-evne og angives som tal i logits (se figuren til højre).



outcome measures (resultatmålings-) studier. Databasen består af 150.000 personer, og p.t. er der 116 opgaver at vælge imellem.

AMPS anvendes til at vurdere kvaliteten af borgernes udførelse af huslige og personlige dagligdagsaktiviteter. De kendte og relevante aktiviteter er valgt af borgeren selv. Kvaliteten af aktivitetsudførelsen vurderes ved at måle graden af fysisk anstrengelse, effektivitet, sikkerhed og selvstændighed i forhold til 16 motoriske og 20 procesmæssige færdigheder. Færdighederne er de målrettede små dele af aktivitetsudførelsen, som, når de er udført en efter en, resulterer i, at den overordnede opgave udføres. Hver færdighed scores på en skala fra 1 til 4, hvor 4 er den kompetente udførelse. De rå data indtastes i et computerprogram, hvor data efterfølgende analyseres og konverteres til to intervallskalaer vedrørende henholdsvis motorik og proces. Intervallskalaerne fortæller om borgerens motoriske og procesmæssige ADL-evne og angives som tal i logits (se figuren side 8). Disse talangivelser kan understøtte den professionelle vurdering af borgerens eventuelle behov for hjælp for at kunne leve i samfundet. Desuden kan skalaerne give ergoterapeuten en ide om, hvilken/hvilke interventionsmodeller borgeren mest profiterer af.

AMPS kan også anvendes til at vurdere, om borgerens aktivitetsudførelse er forbedret som følge af den intervention, der er givet. Forandring i ADL færdighedsevne måling anvendes i forskning og kvalitetsprogrammer med henblik på at give en objektiv metode til at dokumentere overfor borgeren, kolleger og sundhedsvæsen, at ergoterapeutiske ydelser er effektive, og at de forbedrer borgerens funktionsniveau.

AMPS er ikke udviklet med henblik på at måle tilstedeværelse af neuromuskulære, biomekaniske, kognitive eller psykosociale funktionstab (f.eks. styrke, bevægelseslag, hukommelse), ej heller er AMPS udviklet til at måle underliggende kapaciteter.

AMPS kan bruges på borgere over to år, for hvem der er en bekymring omkring udførelse af dagligdags aktiviteter. Diagnoser eller grunde til funktionsbegrænsning har ingen betydning.

ESI

Udviklingen af ESI påbegyndtes sidst i 90'erne, og det udvikles stadig. Der er ca. 1500 personer i databasen, og adskillige studier har undersøgt redskabets validitet og reliabilitet. Her i 2010 er de første outcome measure-studier blevet publiceret.

Undersøgelsesredskabet er designet til at måle kvaliteten af en borgers sociale interaktion udført i naturlige omgivelser, mens borgeren er engageret i daglige opgaver sammen med andre. De daglige opgaver, som borgeren observeres i, er valgt af og kendt af vedkommende på baggrund af et grundigt interview, og der observeres i mindst to forskellige sociale situationer med et bestemt formål i forbindelse med én undersøgelse.

Social interaktion defineres som: at udveksle, at give og modtage verbale og non-verbale meddelelser mellem to eller flere personer. De sociale interaktionsfærdigheder er defineret som: "de individuelle observerbare handlinger, der foregår under udførelsen af sociale interaktioner (eksempelvis have øjenkontakt, vente til den anden har talt færdig, svare på spørgsmål)". ESI er udviklet, så det kan anvendes til borgere over to år, der har evnen til at kommunikere. ESI er således ikke diagnose-relateret.

I ESI er defineret 27 færdigheder inddelt i syv grupper. Hver færdighed vurderes ud fra en fire - kategori skala i forhold til kriteriet på "kompetence". Hver enkelt færdighed har specifikke kriterier, der definerer henholdsvis kompetent, tvivlsom, forstyrrende og uacceptabel udførelse.

Efter observation og udfyldelse af scoringsskema, tages data ind i et computerprogram, der lige er færdigudviklet og taget i brug i foråret 2010. Her konverteres de rå scores til intervalldata, og der kan genereres en grafisk rapport, der giver et mål i logits for borgerens sociale formåen. Programmet bygger på Rasch statistik, og evner i denne konvertering blandt andet at tage højde for opgavens og færdighedernes sværhedsgrad samt testerens hårdhed. Ved gentagne undersøgelser genereres en udviklingsrapport, der fortæller, om der har været fremgang i kvaliteten af den sociale interaktion. ■

1 Eva Wæhrens "Ergoterapeutiske redskaber – undersøgelse og evaluering", Munksgaard 2008

2 Anne Fisher & Kristin Bray Jones, "Assessment of Motor and Process Skills", Vol. 1 & 2, Seventh Edition, Three Star Press, Inc.

3 Anne Fisher & Lou Ann Griswold, "Evaluation of Social Interaction", Second Edition, Three Star Press, Inc.



For yderligere information:

www.ampsintl.com
www.social-interaction.com
www.amps.danmark.dk
ergomette@yahoo.dk

Den neuropsykologiske undersøgelse

AF HENRIK VALENTIN MORTENSEN,
SPECIALIST I NEUROPSYKOLOGI,
NEUROPSYKOLOGISK
RÅDGIVNING SJÆLLAND,
WWW.NPSYK.DK.

Hvorfor lave en neuropsykologisk undersøgelse? Den neuropsykologiske undersøgelse skal foretages, hvis man ønsker svar på spørgsmålet om sammenhængen mellem en persons kognition eller adfærd og hjernefunktion. Man kunne for eksempel spørge: Er der trods normale hjerneskanninger tegn på hjernedysfunktion? Hvilken type kognitive vanskeligheder er der efter en blodprop? Har patienten kognitive færdigheder, som kan bruges til at kompensere med i forbindelse med træning?

Det kan for en sagsbehandler være svært at afgøre om, der er brug for en neuropsykologisk undersøgelse. Mange borgere har velbeskrevne kognitive problemer efter sygehusindlæggelser eller efter træningsophold med tværfaglig træning. I nogle tilfælde kan der være tvivl om, hvilke kognitive forstyrrelser der ligger bag bestemte vanskeligheder. Man kan også ønske at følge ændringer i særlige kognitive funktioner – for eksempel om der er effekt af træning hos den hjerneskadede.

I visse tilfælde har en borger været ude for en begivenhed, som kunne give en hjernepåvirkning –

for eksempel en mindre blodprop eller et slag mod hovedet – og man ønsker at afklare, om der er tilkommet kognitive vanskeligheder.

Det er dog ikke altid nødvendigt at lave en neuropsykologisk undersøgelse for at besvare spørgsmålet. De nødvendige informationer kan nogle gange findes i sagens akter – hospitalsjournaler, træningsrapporter osv. Der er måske blot behov for, at en fagperson skaber et overblik over informationerne.

Hvornår er en neuropsykologisk undersøgelse ”for gammel”? Tidligt i forløbet efter en hjerneskade, ændrer funktionsniveauet sig hurtigt – og det kan være nødvendigt med en ny undersøgelse efter uger til måneder. Men hvis det er flere år siden, skaden er sket, ændrer funktionsniveauet sig langsomt – og der skal ske noget afgørende nyt, før man skal overveje en genundersøgelse.

Fra henvisning til hypotese

Ingen neuropsykologiske undersøgelser ligner hinanden. Når neuropsykologen modtager en henvisning på en ny patient, er den første opgave at skabe sig et overblik over problemstillingen. Der kan for eksempel være en sygehusjournal, som beskriver, hvilken type hjernepåvirkning patienten har været ude for, samt genoptræningsplaner og statusrapporter. På baggrund af sygehistorien og forløbet vil neuropsykologen danne de første hypoteser om *centrale problemstillinger*, og dermed om hvordan undersøgelsen skal designes.

Fra hypotese til samtale

Mange forbinder den neuropsykologiske undersøgelse med ”noget med test”. Imidlertid er selve testningen det mindst centrale i undersøgelsen.

Man starter altid med en samtale med patienten og eventuelle pårørende. Det er vigtigt at få patientens egen oplevelse af forløbet og af de nuværende vanskeligheder – både af typen og sværhedsgraden. Pårørende bidrager ofte med værdifulde informationer om både ændringer i tænkning, personlighed, sociale færdigheder og i det daglige aktivitetsniveau. Med patientens accept kan man også vælge at indhente informationer fra andre – for eksempel personer, der har trænet patienten. Ved samtalen

Hvem er neuropsykologen?

Neuropsykologen er psykolog med specialviden om samspillet mellem hjernens funktion – og adfærd, psykologiske og mentale processer. Titlen som neuropsykolog er ikke beskyttet. De fleste, der bruger titlen neuropsykolog, arbejder eller har arbejdet indenfor hjerneskadeområdet og har derved en viden om feltet.

Titlen som specialist i neuropsykologi må kun bruges af autoriserede psykologer, som har gennemgået en 3-årig efteruddannelse. Psykologen skal have gennemgået en række kurser indenfor hjerneskadeområdet, have modtaget faglig vejledning fra erfarne neuropsykologer og have været ansat indenfor tre forskellige ansættelsesområder (neuropsykologisk afdeling, rehabilitering, psykiatri).

Foto: Sonja Iskov



Den neuropsykologiske undersøgelse er en vej til et hurtigt overblik over en persons kognitive færdigheder. Nogle tror, at den neuropsykologiske undersøgelse udelukkende består af tests, men det er kun en mindre del. Mange forskellige fagpersoner laver i dag testninger, og man kan teste sig selv på internettet – men er det også en neuropsykologisk undersøgelse?

får neuropsykologen også et første indtryk af, hvilke vanskeligheder patienten har. De nye informationer bidrager til, at man laver nye hypoteser om, hvilke tests patienten skal gennemgå.

Fra testning til fortolkning

I den neuropsykologiske undersøgelse indgår en række tests, der belyser de kognitive funktioner, som er relevante for netop denne patient. En patient, som har sproglige vanskeligheder, vil således få et andet testbatteri end patienten, der har problemer med analyse af rumlige indtryk. Er der mistanke om, at patienten har en hukommelsessygdom, vil der især blive anvendt tests, som undersøger forskellige aspekter af hukommelsen. For at undgå at man helt tilfældigt klarer sig dårligt i en enkelt test, vil man ofte undersøge den samme funktion med flere forskellige tests. De enkelte tests er som regel ret simple – papir og blyantopgaver eller PC programmer – og afspejler ideelt set en afgrænset kognitiv færdighed.

Resultatet af testene fortolkes i relation til patientens baggrundsforhold – det vil sige alder, uddannelse, køn osv. (jvf. faktaboksen).

Hver for sig er de enkelte tests ikke interessante. I fortolkningen af undersøgelsen kigger man mere efter bestemte ”testmønstre” blandt alle testene – man kunne tale om et kognitivt landskab. Det kognitive landskab ser forskelligt ud ved forskellige former for hjerneskader. Svarer det kognitive landskab til de hypoteser om patientens problem, som blev opstillet inden testningen? I nogle tilfælde er testmønstret ikke meningsfuldt, og man må overveje, om patienten kan have andre problemer, som påvirker tænkningen – for eksempel en depression eller mental udtrætning.

Testningen giver således kun mening, hvis den fortolkes i sammenhæng med patientens sygehistorie, typen af hjerneskade, patientens egen oplevelse af sine vanskeligheder og andres observationer.

På den måde handler den neuropsykologiske undersøgelse ikke kun om testning og testresultater, men er derimod en fortolkning af mange forskellige observationer (herunder tests) sammenholdt med viden om hjernens funktion. ■

Neuropsykologiske tests – hvad er det?

Ingen personer er ens, og vi ændrer os gennem hele livet. Den viden vi får via vores uddannelse og vores hverdagsliv, påvirker også vores tænkning. Det er helt centralt ved fortolkning af neuropsykologiske tests, at man tager hensyn til individuelle forskelle. Når man skal teste en person, vil man derfor have forskellige forventninger til, hvordan forskellige personer skal klare sig i den samme test. Man vil for eksempel have meget større forventninger til, hvordan en person skal klare sig i en hukommelsestest, hvis personen er 20 år og ikke 75 år.

Forskning viser også, at der er forskel på, hvordan personer klarer sig i den samme test i forskellige lande. Det er derfor helt afgørende med viden om, hvordan danskere klarer sig i de enkelte tests. Det kan være fristende selv at lave en test eller at oversætte tests fra udlandet og anvende dem til danske patienter. Men kender man ikke til, hvordan alder, kultur, køn, uddannelse og andre faktorer påvirker testresultaterne, kan der imidlertid laves fatale fejlfortolkninger.

Fakta

Henrik Valentin Mortensen holdt på Videnscenter for Hjerneskades temadag i februar 2010: Afklaring af den hjerneskadede borger – vejen til en effektiv rehabilitering, et oplæg om ”Neuropsykologisk undersøgelse og neuropsykologisk screening”. Præsentationen kan hentes på: www.vfhj.dk > Kalender > Konference- og kursusmateriale > Afklaring af den hjerneskadede borger d. 4. februar 2010.



Foto: Sonja Iskov



Marte meo metoden – udviklingsstøttende relationer



AF JYTTE BIRK SØRENSEN,
CAND. SCIENT. SOC. PSYK.,
MARTE MEO SUPERVISOR OG FORFATTER.

At udvikle og understøtte borgerens egne udviklingskræfter er Marte meo metodens fundament. Et vigtigt værktøj i dette arbejde er den systematiske brug af videooptagelser til at klargøre, hvad der foregår i relationelle rum.

Fakta

Se mere på www.dmmc.dk

Hvad er Marte meo¹

Ovenstående citat af tilknytningsteoriens fader John Bowlby kan siges at være essensen i Marte meo metoden. Marte meo betyder ved egen kraft og er en kommunikationsmetode, som er udsprunget af den nyere udviklingspsykologiske forskning og teorier om samspillet og anerkendelsens betydning for udvikling, trivsel og livskvalitet. Denne forskning har ført til, at vi i dag betragter samspilsrummet som det væsentligste af alle udviklingsrum. Det vil sige, at vi som professionelle og medspillere i menneskers liv skal være særlig opmærksomme på, hvordan vi etablerer og udvikler en trivselsfremmende kontakt. En kontakt, som udvikler sig til bæredygtige relationer, der bliver basis for at turde udfolde og udfordre sig selv og sine potentialer. Marte meo er funderet i det nye spædbarnsparadigme, som har påvist, at mennesket er et socialt væsen. Vi fødes med potentialer for kontakt og udvikling, og den måde vi mødes på, får vital betydning for vor selvudvikling og livskvalitet. Det er gennem interaktive processer vi udvikles, udfoldes eller i værste fald afvikles!

At udvikle borgerens egne udviklingskræfter er metodens fundament, og den systematiske brug af videooptagelser af samspil - eksempelvis mellem patient og omsorgsperson - gør det muligt at udarbejde en trivselsprofil af patienten. Trivsel handler om at have det godt og at være i balance med sig selv og andre, og trivsel viser sig gennem vitalitet, initiativlyst, tillid, selvværd, selvstændighed, sociale og verbale kompetencer. Gennem et udviklingsstøttende samspil kan vi altid målrette og optimere trivslen

hos den enkelte, så udfordringer bliver domineret af overskud frem for af underskud. Af muligheder frem for umuligheder!

Når kontakten er vigtigere end opgaven, bliver det enkelte menneske omdrejningspunktet for kontakt og intervention. Vi undgår at tingsliggøre. Med psykolog Sverker Belins formulering: "Relation før metode" netop, fordi vi er sociale væsener og ekspert på eget liv! Mennesket er mere end sin diagnose²!

Marte meo principperne definerer et udviklingsstøttende samspil

Marte meo er udviklet gennem mikroanalytiske studier af, hvad der karakteriserer et velfungerende samspil. Metodens grundlægger Maria Aarts har operationaliseret denne særlige kommunikationsform, så den gennem videooptagelser af samspil kan observeres og analyseres. I Marte meo regi kaldes dette for et udviklingsstøttende samspil, som kan associeres til det anerkendende samspil. Vi ved, at et udviklingsstøttende samspil vil være trivsels- og mestringsfremmende uanset alder, diagnose og kontekst. Marte meo kan derfor bruges til alle, når det drejer sig om at blive klogere på kontakt og samspilsmåder. Elementerne i det udviklingsstøttende samspil kaldes for Marte meo principperne, og er karakteriseret ved følgende:

- **Følg initiativ:** Er udgangspunktet for at lære et andet menneske at kende. Gennem vore initiativer (adfærds-, følelses-, verbale- og opmærksomheds-initiativer), viser vi vores individualitet og mestringsstrategier. Det udvikler tillid, selvværd, accept og respekt for både sig selv og andre.
- **Positivt bekræfte-initiativet:** Ved at forstørre selvet og mestrings udvikles håb og optimisme, som bliver drivkraften for mere livsmod, kreativitet og nye udfordringer.
- **Benævne egne og andres initiativer:** Generelt styrkes både opmærksomhed og sprog, når vi anvender sproget. Når vi som omsorgspersonale benævner egne initiativer, bliver vi forudsigelige



Modelfoto: Mette Trier



Mennesker i alle aldre synes at være mest lykkelige og bedst i stand til at udvikle deres talenter, når de lever i den trygge forvisning om, at de har en eller flere personer bag sig, som vil hjælpe dem, hvis de støder på vanskeligheder (Bowlby 2003)”.

og tryghedsskabende, hvilket skaber gode betingelser for at kunne samarbejde og lære hinanden at kende. Når vi benævner borgerens initiativer, vil borgeren opleve sig set og føle sig betydningsfuld i relationen, ligesom det generelt styrker selvregulering og jeg-sprog.

- **Turtagning:** At møde og fordybe sig i den anden, styrker gensidighed og de sociale relationer. Turtagning handler også om fordelingen af opmærksomhed i grupper, således at alle sikres opmærksomhed.
- **Positiv ledelse,** her indgår tre underpunkter:
 1. Hvordan er omsorgspersonen til at skabe en følelsesmæssig god atmosfære? En tryk og emotionel afstemt kontakt er grundlaget for at føle sig tilpas, hvilket aktiverer kreativitet og udforskningslyst.
 2. Hvordan er omsorgspersonen til at følge, positivt bekræfte og benævne initiativer, tage ture? En udviklingsstøttende kontakt sikrer respekt for den enkeltes integritet og er domineret af en ligeværdig relation. Vi er ligeværdige som mennesker, men ikke ligestillede!
 3. Hvordan er omsorgspersonen til at lave struktur, som matcher individualitet, udviklingsniveau og mestring? Det handler her om at strukturere opgaver, så som personlig hygiejne, fastlagte aktiviteter, opgaver mm, så der sikres en høj grad af involvering og medindflydelse fra borgerens side. Vi skal optimere inddragelse, selvstændighed og selvhjulpethed mest muligt.

Omsorgspersonerne filmes i samspil med en eller flere borgere, og kommunikationen analyseres ud fra Marte meo principperne, også kaldet Marte meo analyse. Den muliggør en detaljeret analyse af samspillet udviklingsstøttende principper, og peger på hvilke principper, omsorgspersonen med fordel kan anvende mere af med henblik på at optimere trivsel.

Når mennesker rammes af utryghed, magtesløshed og kriser, er det i særlig grad udviklingsfremmende at følge og benævne deres initiativer, og især være opmærksomme på følelserne. At blive empatiske benævnt på sine følelser styrker oplevelsen af at føle sig følt og forstået, hvilket spiller en vital rolle i at håndtere frustration og nederlag. Når det ekspressive sprog ikke er udviklet eller mistes, er det udviklingsfremmende at benævne, hvad man ser hos den anden. Eks: Du smiler, jeg tror, du er glad lige nu. Hermed tydeliggøres og forstørres selvet og ikke mindst oplevelsen af den livsvigtige samhørighed.

Marte meo som en mønsterbrydningsmetode³

Vi kan generelt anvende principperne om udviklingsstøttende kommunikation i den daglige kontakt med andre. Det gælder både ude og hjemme. Men metoden er også en mønsterbrydningsmetode, forstået på den måde, at vi gennem samspillet bevidst arbejder med at udvikle og optimere vitalitet, selvværd, socialitet mm. *Eksempelvis har Jane på 55 år fået en hjerneblødning, hvorved hun er blevet inkontinent, immobil og har mistet evnen til at kommunikere verbalt. Hun er meget afvisende, når hun skal hjælpes på toilettet, bliver vred og slår ud efter personalet. Personalet vil gerne have hjælp til, at Jane bliver mere samarbejdsvillig og mindre vred. Situationen filmes, og Marte meo analysen viser en utryk og trist Jane, som har meget lidt selvværd (begrænset øjenkontakt og begrænset glæde ved kontakt). Samspillet er domineret af, at opgaven er vigtigere end kontakten, hvilket i sig selv kan udvikle utilpasset adfærd. Personalet får vist små filmklip, hvor Jane bliver mødt og benævnt på sine følelser, fordi hun tydeligt viser, at så bliver hun tryk, kan søge øjenkontakt og vise lidt glæde. Personalet skal arbejde med at give Jane personlig kontakt, før de stiller krav. På den måde vil Janes selvværd og glæde ved kontakt udvikles. En udvikling som er basis for al videre trivsel og mestring. ■*

- 1 Se mere i: Marte meo metodens teori og praksis af Jytte Birk Sørensen (Systime Academic 2002).
- 2 I Marte meo skal man have et solidt fagligt kendskab til målgruppen (altså diagnose kendskab), men det er mennesket bag diagnosen, som er centrum for en trivselsanalyse.
- 3 ”Støt mestring – bryd mønstre” af Jytte Birk Sørensen Dafolo 2007.



Modelfoto

Værdighed

er et nøgleord i Tønder Kommune

AF JENS BYTOFT, JOURNALIST,
TØNDER KOMMUNE.

”Vores mål er, at så mange som muligt skal vende tilbage til en tilværelse, der er så tæt på deres tidligere liv som muligt, når det gælder borgere, der bliver ramt af en senhjerneskade.

– Vi har sat ”overliggeren” højt, og har intet ønske om at gemme disse mennesker væk på plejehjem eller andre institutioner. Vi ønsker dem et værdigt og godt liv, og der har på intet tidspunkt været arbejdet med ’kassetækning’.

Derfor kommer det også som lidt af en overraskelse, at det nu viser sig, at vores indsats rent faktisk er en ’overskuds’-forretning for Tønder Kommune.”

Ordene kommer fra Knud Bragh Matson, sundhedschef i Danmarks sydvestligste kommune. Endnu har han ikke et betonstøbt fundament med jernarmering at have synspunkterne i, eller på, men det hænger sammen med, at kommunen kun i kort tid har haft opgaven med borgere, der bliver ramt af en senhjerneskade.

”Den fulgte med som en del af kommunalreformen. Tidligere var det amternes område. Ved reformen blev den vores. Derfor er erfaringsgrundlaget endnu spinkelt, men alle beregninger viser, at vi har sparet mindst en million kroner ved vores måde at gøre tingene på”, fortsætter Knud Bragh Matson – og antyder samtidig, at besparelsen nok snarere vil vise sig at blive på to millioner for de første par år.

”Vores mål med, at borgerne – så vidt det er muligt – skal tilbage til tiden før hjerneskaden, lykkedes nemlig i rigtigt mange tilfælde. Adskillige kommer tilbage på arbejdsmarkedet – måske ikke på fuld tid, men alligevel. Vi bruger derfor ikke så mange penge på anbringelser eller hjemmehjælp med videre, til boligændringer, til pensioner og andre livslange udgifter, der ville være der, hvis vi havde valgt en lavere overligger for livskvalitet.”

Det gode eksempel

Tønder Kommunes tilbud til borgere med senhjerneskade er spækket med succes-historier – bl.a. om 54-årige Peter Christian Sørensen, der i november 2008 faldt om med en blodprop i hjernen, og som i dag er tilbage i fuldt omfang på sin gamle arbejdsplads.

”Vi har adskillige af den slags historier, og vi er glade for hver eneste af dem, men vi er også meget glade for, at vi i flere tilfælde er blevet holdt frem som ’det gode eksempel’, når fagfolk holder møder, konferencer og temadage om, hvordan vi håndterer den nye udfordring”, oplyser Karen Margrethe Lund, forløbskoordinator hos det kommunale neurokoordineringsteam, der løfter opgaverne i hverdagen.

Og indsatsen begynder allerede i det øjeblik, en borger bliver indlagt på sygehuset med en hjerne-skade.

”I Region Syddanmark har vi en meget fin kommunikation, hvor vi automatisk får besked, når det sker, og det første møde finder sted på sygehuset, allerede inden borgeren er udskrevet. Her bliver der lavet klare aftaler om, hvad det er borgeren kommer hjem til ved udskrivelsen. Det kan være alt fra omfanget af hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske til ændringer af boligen – eller med andre ord, at vi får styr på det, der skal holdes styr på”, understreger Karen Margrethe Lund.

”Vi får rigtig mange oplysninger via IT-kommunikation, forløbsplaner og udskrivningsrapport, men samtidig er det vigtigt, at vi har et fagligt beredskab i kommunen – og her handler det om ting som kortlægning af hjerneskaden samt eventuelt at få en nærmere udredning af de kognitive udfald via en neuropsykologisk undersøgelse.

En anden ting er, at vi har et fagligt veluddannet personale, altså specialiserede ergo- og fysioterapeuter, der står for træningen af borgere med neurologiske problemstillinger, ligesom vi skal sørge for, at såvel teamet som alle øvrige samarbejdspartnere (hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker med flere) har en fælles forståelsesramme, hvilket for eksempel kan være et grundkursus i neuropædagogik baseret på neuropsykologien.

Afgørende tests

”Videre er det meget vigtigt, at det er de rigtige tests, der bliver lavet. De skal nemlig sikre os den rette tilgang til den enkelte borger. Det er via tests,

- 1 Henrik er et opdigtet navn. Henriks rigtige navn er redaktionen bekendt.
- 2 Den mellemste del af hjernestammen.
- 3 Område af grå hjerne-substans, der er placeret dybt i venstre storhjerne halvdel.

En målrettet indsats for borgere med senhjerneskader kan sagtens udvikle sig til en ren win-win-situation. Nok bruger vi mange ressourcer til rehabilitering og genoptræning, men vi får dem ind igen, understreger den kommunale sundhedschef Knud Bragh Matzon.

vi får afdækket deres ressourcer, og dermed kan hjælpe dem til at nå deres egne mål for livet efter hjerneskaden. Altså er det vigtigt, at vi hele tiden overvejer, hvilke tests der er brug for i rehabiliteringen – men vi skal også overveje, hvorvidt der er behov for en neuropsykologisk undersøgelse, da det kan være en voldsom oplevelse for borgeren og de pårørende meget konkret at få fortalt, hvad der er realistisk, og hvad der ikke er”, understreger Karen Margrethe Lund.

”Derfor forsøger vi også altid at finde det rigtige tidspunkt, når en neuropsykologisk udredning skal ’på banen’ – og det rette tidspunkt er, når udredningen kan bruges aktivt og danne baggrund for en videre genoptræning af hjernens funktioner.”

Karen Margrethe Lund fortæller videre, at det typisk ’rette tidspunkt’ ofte er ca. et halvt år efter, at skaden er sket.

”Og viser det sig, at rehabiliteringen mere går på bedre livskvalitet, og der ikke formodes at være en erhvervsevne, vil udredningen gå mere specifikt på, at borgeren ikke kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. En pensionssag kan så sættes i gang – og hvis situationen ender der, er det naturligvis også en del af den virkelighed, vi lever i”, noterer Karen Margrethe Lund.

Teamets sammensætning

Udover hende består neurokoordineringsteamet i Tønder Kommune af en fysioterapeut, to socialrådgivere, en ergoterapeut og to pædagoger. En sagsbehandler fra Børn og Skoleforvaltningen er også tilknyttet, og det samme er en medarbejder fra PPR – Pædagogisk Psykologisk Rådgivning – plus, efter behov, en talepædagog.

”Alle disse fagpersoner indgår i den forestående rehabiliteringsperiode, der kan strække sig fra typisk ét til fem år. Straks fra begyndelsen kommer også det kommunale jobcenter på banen, og alt efter erhvervsevne bliver der sat gang i enten en pensionssag eller en genoptræning, og det sidste er selvfølgelig både det mest spændende og det mest

udfordrende for os som medarbejdere.

Sideløbende med genoptræningen bliver ’himmel og jord’ sat i bevægelse, idet målet jo så er at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det kan være hos den tidligere arbejdsgiver eller hos en helt ny. En masse praktiske spørgsmål som indretning af arbejdsplads med videre kan trænge sig på, og det er så noget, der bliver taget højde for i et tæt samspil med arbejdspladsen, men på kommunens regning.”

Men det med økonomi og regninger er slet ikke noget Karen Margrethe Lund og hendes team beskæftiger sig med.

”Jeg sidder ikke og vurderer, om vi nu har råd til det ene eller det andet. Den side af opgaven er overdraget til andre. Naturligvis skal vi koordinere og optimere de ressourcer, der bliver brugt. Vi må, som en daglig udfordring, forholde os til, hvad der er realistisk og økonomisk muligt, men fagligheden bliver hele tiden sat højest.”

Ca. 40 forløb indtil nu

”Og sådan skal det også være”, understreger sundhedschef Knud Bragh Matzon, der kan fortælle, at Tønder Kommune har gennemført ca. 40 ’forløb’ i tiden efter kommunalreformen – og at størstedelen af de 40 er ’lykkedes’.

”Måske kan det se ud som om, vi investerer en masse penge i den enkelte borger - og det gør vi nok også – men når tingene lykkes, sparer vi i den anden ende. Målet er altid den højst mulige livskvalitet, og ofte er det en win-win-situation”, mener Knud Bragh Matzon. ■



Neuropædagogik i specialpædagogisk arbejde

På Neuropædagogisk Kompetencecenter i Nordjylland udbydes uddannelser og temadage, hvor praksisnære eksempler fra kursisternes hverdag danner råmateriale for uddannelsesforløbene.

AF ANNI MORTENSEN, SYGEPLEJERSKE,
PROCESKONSULENT, MLP,
LEKTOR I PÆDAGOGIK,
LEDER AF NEUROPÆDAGOGISK
KOMPETENCECENTER.

Neuropædagogik bygger på en teoretisk viden om hjernen og sammenhænge i forhold til de handlinger, mennesket gør. Der arbejdes med fokus på koblingen mellem neurologi, psykologi, filosofi og sociologi set i forhold til, hvorfor den enkelte i relationer gør, som han gør, og siger, som han siger, og derved øge forståelsen for de handlinger, der sker i hverdagen. Der arbejdes med udgangspunkt i den enkeltes ressourcer, hvilket betyder, at viden om de fysiske -, psykiske -, og sociale læreprocesser er et centralt omdrejningspunkt i neuropædagogikken.

Neuropædagogikken har fokus på det, der sker i konkrete situationer mellem mennesker i forhold til det, der sker i vores hjerner. Hvilken betydning har det at blive mødt og forstået, når man for eksempel har en dysfunktion i hjernen. Et centralt omdrejningspunkt i neuropædagogikken er at kvalificere kommunikationen, at udvikle mestringsevnen, at bevare livsdueligheden og at have fokus på den enkeltes værdier og livskvalitet. Der lægges endvidere vægt på, at de neuropædagogiske og teoretiske perspektiver altid er koblet til den daglige praksis. Det vil sige, at der er fokus på refleksion, udvikling og kvalificering af den professionelle pædagogiske praksis.

Overføring fra efteruddannelsen til den daglige praksis

Enhver læring er bestemt af den kontekst, den foregår i, og såvel læreprocesser som anvendelse af det, som skal læres, er bestemt af denne kontekst. Derfor er et centralt perspektiv i planlægning af efteruddannelser og kompetenceudvikling, at læringen kan overføres til hverdagen, og at vi som udbydere af efteruddannelse får et større indblik i, hvad der gør det muligt at overføre, det man lærer på en efteruddannelse til den konkrete praksis.

På Neuropædagogisk Kompetencecenter har vi kursisternes praksis som omdrejningspunkt for uddannelsesforløbet. Gennem et særligt tilrettelagt casearbejde, forsøger vi at skabe refleksion over den nuværende praksis og derved kvalificere den fremtidige praksis i forhold til den målgruppe,

der arbejdes med. Det casebaserede øger desuden motivationen og forbinder teori og praksis. Dagligdagen for mange af kursisterne er præget af handletvang, det vil sige, at de i en travl hverdag kan have svært ved at skabe plads til refleksion over egen praksis. Derfor er det nødvendigt at gå nye veje, når sådanne læringsforløb skal planlægges. Dette gøres blandt andet gennem tæt dialog med nuværende og tidligere kursister, så vi som undervisere hele tiden har en fornemmelse af, hvad der sker i praksisfeltet. Derudover skal alle kursisterne på efteruddannelserne løse hjemmeopgaver mellem uddannelsessugerne.

Hjemmeopgaver

Hjemmeopgaverne støtter kursisten i at afprøve nye metoder i deres daglige praksis. Gennem vejledning fra underviserne og kollegial sparring fra medkursisterne, arbejdes der med refleksion over egen praksis. Det betyder bl.a., at hjemmeopgaverne bidrager til, at læreprocessen bliver fokuseret og problemerne mindre komplekse. Helt konkret arbejder kursisterne med at løse tre opgaver mellem uddannelsessugerne. For at få en forståelse for den enkelte borger og dennes handlinger, tager det neuropædagogiske arbejde udgangspunkt i både en bagudrettet livshistorie-fortælling og nuværende/fremadrettet praksisfortælling fra det pædagogiske arbejde. Sigtet med fortællingen er at kvalificere det daglige samvær og at skabe kommunikation på den enkeltes præmisser. En vigtig baggrund for de neuropædagogiske refleksioner og ressourceafdækningen, er iagttagelser fra hverdagen. Dette betyder, at kursisterne medbringer iagttagelser fra den daglige praksis, som vi sammen forsøger at reflektere over med neuropædagogiske optikker. Man kan ikke direkte iagttage hjernen gennem adfærden, men man kan have nogle hypoteser om sammenhænge mellem den enkeltes handlinger og hjernens funktion. Afslutningsvis arbejdes der med udvikling af den nuværende praksis på baggrund af SMTTE modellen¹. Praksisfortællingerne anvendes også som en metode til at kunne dokumentere og evaluere det neuropædagogiske arbejde i praksis. Det er et krav fra

1 Sammenhæng, Mål, Tegn, Tiltag, Evaluering



Fakta

Se mere om neuropædagogisk efteruddannelse på:
www.ucn.dk/Forside/Neuropædagogik/Forside/Specialpædagogisk_etteruddannelse_i_neuropædagogik.aspx

vores side, at en aktuell hypotese ikke blot afprøves, men også dokumenteres og evalueres.

Casearbejdet og hjemmeopgaverne kan for kursisterne være med til at skabe mere overskuelighed og relevans og sikre, at selve den indhøstede viden kan overføres til hverdagen. Når hjemmeopgaverne er knyttet til genkendelige problemstillinger fra dagligdagen, bliver arbejdet nærværende. Med andre ord sættes begreberne fra undervisningen i forhold til den daglige praksis, så de genkendes og overføres til det daglige arbejde.

Det centrale for vores forståelse af neuropædagogikken er, at vi ikke kan forandre mennesket. I stedet kan vi ændre vores pædagogiske tilgang i mødet med mennesket med en viden om hjernens funktioner. Derved kan vi reflektere over situationsbundne vaner og udvikle nye metoder i vores praksis. Det betyder, at der i arbejdet med vore medborgere kommer fokus på inklusion i form af inddragelse, medbestemmelse og selvbestemmelse. ■

Udredning er en grundsten i kommunalt hjerneskadearbejde

En grundig udredning er forudsætningen for, at vi ikke overser vigtige problemfelter hos borgeren med følger efter en erhvervet hjerneskade. Den sparer både os og borgeren for gætteri, løse antagelser og omkostningstunge fejltagelser. Uden udredning risikerer vi at iværksætte en nyttesløs eller i værste fald skadelig indsats for den hjerneskaderamte.

Den gode udredning skal afdække både synlige og usynlige handicaps. Udredningens fornemste opgave i kommunen er nemlig at sammenholde borgerens specifikke problemer med den vifte af indsatser, kommunen råder over: Afklare beskæftigelsesmuligheder, udvikle/optræne tabte færdigheder, yde støtte i hjemmet i form af hjemmehjælp eller hjemmevejledning, sprog- og taletræning. Ikke alle indsatser skal nødvendigvis i brug. Den gode udredning kan – og skal – pege på netop den indsats, som er nødvendig for netop denne borger.

Behovet for kommunal udredning viser sig især ved de meget specialiserede indsatser, som f.eks. arbejdsevneafklaring. Her er detaljeret viden om de skjulte handicaps i form af en neuropsykologisk undersøgelse ofte afgørende for, at vi kan opstille realistiske mål for indsats og optræning. Uden opmærksomhed på alle aspekter af hjerneskaden risikerer vi, at vores støtte ikke hjælper og fører til modløshed, aggression eller angst, og dét er ikke befordrende for effektiv rehabilitering.

AF STINE JARL,
HJERNESKADEKOORDINATOR,
FREDERIKSBERG KOMMUNE.

Problemer med opmærksomhed, koncentration, planlægning og initiativ er usynlige for omverdenen, men kræver mindst lige så stor opmærksomhed i rehabiliteringen som de synlige handicaps. Taleundervisning skal tilrettelægges med respekt for, hvordan den hjerneskaderamte bedst indlærer, og hjemmevejlederen skal respektere, at koncentrationsevnen måske kun rækker til 15 minutters arbejde. Mistanke om usynlige handicaps bør altid medføre en grundig neuropsykologisk udredning.

Udredning kan medvirke til koordination og fælles mål

Kommunalt hjerneskadearbejde kompliceres af, at der ofte medvirker mange kommunale aktører. Borgeren skal forholde sig til forskellige sagsbehandlere, afdelinger og lovgivninger. Der kan være flere indsatser i gang på samme tid, uden at de enkelte afdelinger er vidende om, hvad der foregår andre steder i kommunen – og med hvilket mål.

Den grundige udredning af både synlige og usynlige handicaps skal sikre, at intet glemmes og mest muligt koordineres i den samlede indsats. Skal vi for eksempel bevilge hjemmehjælp eller i stedet hjemmevejledning, så borgeren kan lære at udføre opgaven i hjemmet selv; skal vi bevilge fast taxa-kørsel eller intensiv fysioterapeutisk træning, så borgeren kan blive selvtransporterende; og skal vi bevilge intensiv neuropsykologisk optræning af de kognitive færdigheder med henblik på tilbagevenden til arbejde – eller i stedet arbejde hen imod social pension og meningsfuld beskyttet beskæftigelse?

Med et fyldestgørende vidensgrundlag og en fælles forståelse for borgerens problemer og behov kan vi tilbyde borgeren/de pårørende den koordinerede og helhedsorienterede plan, som bør være udgangspunktet i alt hjerneskadearbejde.

Hvem skal udrede, og hvilken metode skal vi vælge?

Det afhænger af, hvad vi vil måle. Fysiske optræningspotentialer ved for eksempel gang og løb er fysioterapeutens arbejdsområde. Problemer med aktiviteter i hjemmet afdækkes bedst af en ergoterapeut med neurofaglig viden, og afklaring af problemer med hukommelse, indlæring og planlægning hviler tryk på hænderne på neuropsykologen.

Hjerneskadearbejdets mange faggrene giver en enestående mulighed for at arbejde tværfagligt og inddrage de enkelte faggruppers unikke arbejdsmetoder og redskaber. Godt hjerneskadearbejde bygger imidlertid på, at vi også respekterer vores faggrænser og anvender metoder som er udviklet, kvalificeret og afprøvet inden for det enkelte fag. Vi skal simpelthen gøre det, vi hver i sær er bedst til.

De senere år har budt på fremkomsten af utallige nye tests og undersøgelsesmetoder, og det er svært at vurdere kvaliteten af de nye tests, hvad de

konkret måler, og hvad de egentlig skal anvendes til. Min røde lampe lyser altid, når testen kan udføres af hvem som helst, uden skelen til faglig baggrund. Jeg bliver også urolig, når et testresultat kategoriserer en borgers hjerneskade definitivt og grovkornet. Hjerneskadearbejde karakteriseres netop af kompleksitet og mangfoldigheden af problematikker, som skal udløse en individuel indsats.

Udredning bør ske med tests og undersøgelsesmetoder, som hviler på et solidt forskningsmæssigt og fagspecifikt grundlag, og som er udviklet til netop at undersøge det, vi gerne vil vide. Vi kan måske også blive klogere ved at spørge os selv, om testen kan udføres og gentages uafhængigt af den konkrete undersøgelse, og om vi kan anvende den til at måle effekten af den kommunale indsats.

Hvornår slutter udredningen

Udredning, evaluering og evt. anvendelse af dækkende (valide) og pålidelige (reliable) tests bør ske løbende. En indledende udredning fører til iværksættelse af en rehabiliteringsplan, men gennem forløbet bliver vi klogere – både borger, pårørende og forvaltning. Vores konkrete arbejde med borgeren indeholder en guldgrube af viden, som altid bør indgå, når vi evaluerer eller revurderer en plan. I tillæg kan vi anvende tests/undersøgelser. En ergoterapeut kan for eksempel anvende AMPS til en vurdering af, om borgerens færdigheder i hjemmet har ændret sig, og den neuropsykologiske undersøgelse kan afdække, om den kognitive træning har haft den ønskede effekt.

Den løbende udredning og evaluering giver den hjerneskaderamte mulighed for at følge udviklingen og sætte nye mål. Det motiverer, når man på skrift ser, at gangdistancen eller læsehastigheden er fordoblet, og man på skrift ser, at man nu husker, hvad man læste for to timer siden.

Udredningen kan dermed også dokumentere, om den kommunale indsats har haft den ønskede effekt. I tider med stor opmærksomhed på økonomistyring, målsætninger og effekt i det offentlige, er det en væsentlig gevinst. Styring, dokumentation og evidens på det sociale område er kommet for at blive, og en løbende udredning og evaluering er forudsætningen for at kunne måle på vores indsats.

Udredning er én af mange grundsten i hjerneskadearbejdet. Andre grundsten: Koordination, samarbejde med den hjerneskaderamte og de pårørende og anvendelse af neurofaglig viden er lige så vigtige elementer. Målet bør kort og godt være en helhedsorienteret rehabiliteringsplan baseret på fyldestgørende udredning og med konkrete, specifikke mål. ■

Slået af indsigt

En hjerneforskers personlige fortælling om sin hjerneblødning, sin helbredelse og de indsigter, hun fik.

Jeg har gennem årene mødt mange, der som en konsekvens af et pludseligt forandret funktionsniveau, har beskrevet angsten, der følger med, at for eksempel talen, motorikken eller hukommelsen ikke fungerer svarende til tidligere. Forandringen opstår muligvis uden ledsaget smerte eller sammen med en voldsom smerte i hovedet. Det beskrives som forfærdeligt skræmmende. Uden varsel vil de helt basale funktioner ikke lyste – hvad er det der sker? Er det forbigående? Er jeg ved at dø? Oplevelsen af at vågne i hospitals-sengen med et forandret funktionsniveau beskrives ligeledes som fremmedgørende og angstfyldt med et håb om snarlig bedring. Det er disse oplevelser, som Jill Taylors bog tager udgangspunkt i.

Bogen berører seks hovedemner:

- Jill Taylors identitet før skadestidspunktet,
- information om hjernens opbygning og konsekvensen af en hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- den umiddelbare oplevelse af hjerneblødningen
- det medfølgende funktionstab
- forløbet på hospitalet
- den efterfølgende træning og tilbagevenden til et aktivt erhvervsliv, samt indsigten i
- hvordan livet bedst kan leves.

Forud for sin hjerneblødning har Jill Taylor arbejdet som hjerneforsker og har blandt andet været optaget af hjernens anatomi og styring af de kognitive, sensoriske og fysiske funktioner.

Målgruppen for bogen er personer ramt af en hjerneskode, pårørende og professionelle. Den er skrevet levende og i et lettilgængeligt sprog. Det er dog min oplevelse, at hjerneblødningen og beskrivelsen af dens følger til tider er skrevet ud fra en analytisk og filosofisk vinkel, der kan gøre den lidt svær at relatere til. Et brusebad umiddelbart efter hjerneblødningen, der blandt andet er en overvældende sensorisk oplevelse beskrives således: "Wow,

sikke en mærkelig og forbløffende ting jeg er. (...) Livet! Jeg er livet! Jeg er et hav af vand, der er indeholdt i denne pose membraner. Her, i denne form, er jeg et bevidst sind, og denne krop er et redskab, som jeg LEVER gennem"! Da visheden om, at hun havde pådraget sig en hjerneblødning, blev tydelig for hende, var reaktionen: "Wow, hvor mange videnskabsmænd har mulighed for at studere deres egen hjernefunktion og mentale svækkelse indefra"?

Det er ikke usædvanligt, at man i forløbet efter en erhvervet hjerneskode revurderer de værdier, man har levet efter frem til pådragelsen af skaden. Jill Taylors revurdering tager sit afsæt i selve skadesoplevelsen. Skaden bliver således udgangspunktet for et nyt livsgrundlag, hvor hun meget bevidst søger at fremme nærvær, og positive oplevelser. En indsigt som hun formidler engageret og medrivende. Det er dog beskrivelsen af forvirringen over det ændrede funktionsniveau set fra hospitalssengens perspektiv, behovet for at blive mødt af fagligt og menneskeligt kompetent personale, behovet for at bevare håb om bedring, og behovet for tæt kontakt til nære pårørende, der står for mig som de stærkeste afsnit.

Jeg synes, bogen er inspirerende læsning. Jill Taylor er god til at beskrive sine oplevelser på skadestidspunktet, under indlæggelsen og den efterfølgende slidsomme optræning. En svaghed ved bogen er, at den søger at rumme to budskaber: Hvordan bør man hjælpe personer, der pådrager sig en hjerneskode, og hvordan kan man leve sit liv med en positiv energi. Bogen er dog stadig anbefalelsesværdig til såvel skadesramte, pårørende og professionelle. ■

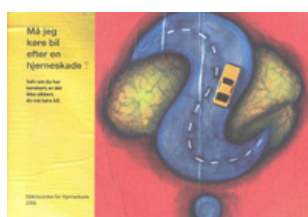
AF FRANK HUMLE, NEUROPSYKOLOG,
DIREKTØR, CENTER FOR HJERNESKADE.



"Slået af indsigt" – Af Jill Bolte
Forlag: Borgen
Pris: 259 kr.
Sider: 200

Udviklingen på hjerneskedområdet igennem de seneste 40 år

AF BRITA ØHLENSCHLÆGER,
NEUROPSYKOLOG OG SEKRETARIATSCHEF.



Indtil 1970'erne var det sådan i Danmark, at mennesker med apopleksi eller andre hjernesker i den akutte fase blev indlagt på hospital, hvor de måske fik fysisk træning. Når der ikke skete bedring, blev de derefter udskrevet fra hospitalet. Lægernes opfattelse var, at der ikke var bedringsmuligheder efter de første tre måneder efter skaden. Det blev betragtet som en kendsgerning, at hjerneceller, der var blevet beskadiget, ikke kunne gendannes. Den antagelse blev brugt som rationale for, at der ikke var mulighed for at genoptræne de mange funktioner, der var beskadiget som følge af hjerneskadens.

De sværere skadede blev opgivet og 'forsvandt' ud af deres hidtidige daglige tilværelse. De blev udskrevet til plejehjem, hvor selv børn fik tilbudt et livslangt ophold blandt demente eller ældre, eller de blev passeret hjemme af opofrende ægtefæller eller forældre, som dermed var pålagt en tung og livslang opgave – for forældrenes vedkommende samtidig med alvorlige bekymringer om, hvad der skulle ske med deres hjerneskedede barn, når de faldt væk. De lettere skadede blev udskrevet 'i velbefindende' – uden nogen form for hjælp eller genoptræning. Mange af dem led svære nederlag i arbejdslivet og i forholdet til deres familie, så de efter kort tid stod alene - uden arbejde, ægtefælle eller familie. En del af dem udviklede også psykiske lidelser eller misbrugsproblemer.

Hjerneskadens skjulte følger overses

Man havde udelukkende fokus på de følger af hjerneskadens, som let kunne observeres og måles. Det var lammelser af arm og ben, og i nogle tilfælde også afasi. På disse områder kunne man i bedste fald tilbyde genoptræning. Derimod beskæftigede man sig ikke med hjerneskadens mange skjulte følger: forstyrrelser af indlæring og koncentration, svigtende overblik og planlægning, træthed, personlighedsændringer og svigtende emotionel kontrol.

Der rokket ved dogmerne

I begyndelsen af 70'erne blev der sat flere spørgsmålstegn ved disse dogmer. Neuropsykologien begyndte at etablere sig som speciale, og der blev ansat neuro-

psykologer på de neurologiske afdelinger. De lavede testninger for at afklare hjerneskadernes følger. Det skete især med henblik på at diagnosticere hjerneskadens eller for at afgøre, hvilke sociale foranstaltninger der skulle iværksættes – pensionering – plejehjem med videre.

Neuropsykologien blev i disse år kraftigt inspireret af den russiske neuropsykolog og læge A. R. Luria's teorier om hjernens organisation og dertil hørende anvisninger om, hvorledes man kunne genoptræne hjerneskadens følger. Alt dette byggede på erfaringer fra genoptræning af soldater med skudskader fra 2. verdenskrig. Flere danskere var på studieophold hos Luria, deriblandt psykolog Anne-Lise Christensen, som oversatte Lurias undersøgelsesmetode til dansk. Det medførte, at psykologerne flere steder begyndte at eksperimentere med genoptræning af kognitive funktioner og at sætte spørgsmålstegn ved dogmet om, at genoptræning af hjerneskadens skjulte følger ikke var mulig.

Etablering af 'de syv centre'

I 1980'erne udkom langtidsopfølgingsundersøgelser af bl.a. den danske logopæd Inger Vibeke Thomsen og den engelske neuropsykolog Neil Brooks, som påviste, at hjerneskadens skjulte følger har afgørende betydning for, hvordan den hjerneskedede klarer sin fremtidige tilværelse. Det førte, i hvert fald i psykologkredse, til en erkendelse af, at genoptræning af disse funktioner havde endnu større betydning for patienternes fremtidige tilværelse og muligheder end den fysiske optræning.

Efter mange forhandlinger startede Anne-Lise Christensen Center for Hjernesked på Københavns Universitet, og omtrent samtidig startede Vejle-fjords Center. Det blev starten til en række genoptræningscentre for hjerneskedede i Danmark, som tilbød neuropsykologisk, holistisk genoptræning. Genoptræningen omfattede ikke blot hjerneskadens skjulte og fysiske følger; den satte også fokus på at hjælpe den hjerneskedede tilbage til tilværelsen med en ny identitet og med nye mål i tilværelsen. I løbet af årene har disse centre også ydet en mål-

En svær hjerneblødning eller svære følger efter kvæstelser af hjernen efter en ulykke har i mange generationer været anset for uhelbredelige og ensbetydende med, at de ramte blev sat helt udenfor deres daglige tilværelse. Den holdning har ændret sig igennem de seneste årtier.

40 år

rettet og vellykket indsats med at få hjerneskadede tilbage i arbejde.

Samtidig startede en gruppe af pårørende med Aase Engberg i spidsen en forening for pårørende til hjerneskadede, Hovedcirklen, som senere blev til Hjerneskadeforeningen. Brugerorganisationen, Hjerne Sagen, etableredes i 1994 ved en fusion af Landsforeningen for Afasirante og Dansk Apopleksiforening, og de to brugerorganisationer har gjort en stor indsats for at sikre udviklingen på hjerneskadeområdet i Danmark.

Inspiration fra udlandet

I disse år inviteredes en række udenlandske eksperter til landet, der inspirerede og kvalificerede den danske holistiske genoptræningsindsats. Andre forskere fremlagde undersøgelser, der bl.a. påviste, at der dannes nye synaptiske forbindelser også i den modne hjerne, og at hjernen forandres afhængig af menneskets aktiviteter. Derved modbeviste de dogmet om, at der ikke kan dannes nye celler og forbindelser.

Samtidig tog Hjerneskadeforeningen initiativ til, at der blev foretaget flere studiebesøg til Therapiezentrum Burgau i Tyskland, som kunne påvise opsigtsvækkende resultater af intensiv genoptræning af meget svært skadede. Det lykkedes endog at få vist en film om Burgau-centeret i dansk fjernsyn, en film som medførte en stor debat og opmærksomhed.

Udviklingen tager fart

Videnscenter for Hjerneskade blev etableret af Amtsrådsforeningen i 1994, og har spillet en stor rolle i formidling af viden og erfaringer om indsatsen overfor hjerneskadede på tværs af faggrænser og sektorer.

I 1997 udarbejdede Sundhedsstyrelsen en redegørelse med en række anbefalinger til indsatsen på hjerneskadeområdet. De blev baggrunden for, at de to afdelinger for centraliseret, tidlig, intensiv rehabilitering af svært hjerneskadede i henholdsvis Hvidovre og Hammel blev oprettet. Det har medført en betydelig forbedring af resultaterne for denne gruppe, og afdelingerne har udviklet en stor viden om egnede behandlingsmetoder.

Samtidig anbefalede 'redegørelsen fra 97' etablering af Hjerneskadesamråd i de danske amter. Videnscenter for Hjerneskade etablerede et netværk for repræsentanter fra amterne, og i 2007, da Kommunalreformen trådte i kraft, var der etableret Hjerneskadesamråd i alle amter på nær ét. De amtslige koordinators var med til at sikre en god overgang fra hospital til den efterfølgende genoptræning. De kunne få iværksat en (neuropsykologisk) udredning af den hjerneskadede, hvor det var nødvendigt, og de kunne planlægge og forhandle en sammenhængende genoptræningsindsats – sammensat ud fra forskellige lovgivninger og med både kommunal og amtslig finansiering.

Videnscenter for Hjerneskade nedsatte i disse år en række hårdtarbejdende, tværfaglige og tværsektorielle netværk. Resultatet af disse vidensnetværk blev en række publikationer¹.

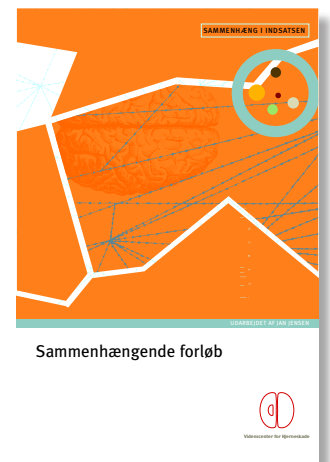
Satspuljeprojekterne: Helhed i indsatsen

Fra 2000 til 2005 blev Videnscenter for Hjerneskade koordinator og formidler af 43 udviklingsprojekter, der havde til formål at fremme genoptrænings- eller rehabiliteringsindsatsen overfor mennesker med erhvervet hjerneskade i amter og kommuner². Desuden blev der udarbejdet fire samlende publikationer om arbejde og fritid, sammenhængende forløb, uddannelse af personale og ICF som redskab i rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade³.

I 2006 udarbejdes en metaanalyse af projekternes resultater. Konklusionen var, at koordination og sammenhæng i indsatsen samt neurofaglig viden var afgørende for et vellykket rehabiliteringsforløb. Faktorer som adgang til specialiserede, målrettede tilbud og vigtigheden af en indsats overfor de pårørende var også af stor betydning for et godt udkomme.

Tiden efter Kommunalreformen

Som følge af kommunalreformen overgik alt ansvar for genoptræning i 2007 til kommunerne. For hjerneskadeområdet betød det, at al den ekspertise, der var opbygget omkring de amtslige hjerneskadesamråd, nu skulle formidles til landets 98 kommuner. Videnscenter



- 1 Bl.a. commotio-rapporten, Fra patient til menneske (om svært hjerneskadede), Inde i varmen eller ude på et sidespor (om unge med erhvervet hjerneskade), Kørekort og hjerneskade med den tilhørende pjece: Må jeg køre bil efter en hjerneskade?
- 2 Rapporter fra de enkelte projekter kan findes på www.vfhj.dk under Projekter.
- 3 www.vfhj.dk/default.asp?PageID=846



Videncenter for Hjerneskades domicil indtil 1. februar 2011, Sanatorievej 32-34, Stouby

for Hjerneskade kastede sig ud i opgaven ved at oprette hjemmesiden **www.hjernekassen.dk**. Hjemmesiden rummer viden og en lang række konkrete værktøjer til kommunale medarbejdere, der i deres daglige arbejde har med rehabilitering af den hjerneskadede borger at gøre. Hjemmesiden har et stort antal brugere og nyder stor anseelse i kommunale kredse.

Samtidig har Videnscenteret systematisk arbejdet med at opbygge et stort, aktivt netværk med kommunerne med kontaktpersoner på både voksen- og børneområdet og kommunale hjerneskadekoordinators, hvis kontaktdata alle kan findes på **www.hjernekassen.dk**.

Indsatsen overfor børn

I begyndelsen af 90'erne satte man fokus på børn med erhvervet hjerneskade. Det skete bl.a. ved, at dansk TV viste en film, der påviste, at der ikke var nogen hjælp at hente for forældrene til børn med en erhvervet hjerneskade. En opfølgende film viste, at det var gået de fleste af børnene dårligt, på nær ét barn, hvis forældre havde kæmpet en svær kamp for at få egnede rehabiliteringstilbud.

En vedholdende myte har været, at mindre børn, der får en hjerneskade, kommer sig uden mén, fordi hjernen er plastisk og blot omroker funktionerne og danner nye forbindelser. Men det har vist sig, at en hjerneskade hos børn påvirker hele den efterfølgende udvikling – jo mindre barnet er, jo større er konsekvenserne for barnet, og ofte ses der alvorlige følger af skaden senere i barnets udvikling.

I de senere år er der opbygget flere centre, som tilbyder rehabilitering af børn med erhvervet hjerneskade. Disse centre har udviklet en række genoptræ-



ningsmetoder. Samtidig har nogle kommuner oprettet børnehjerneskadesamråd og har skabt en viden om, hvorledes kommuner kan opbygge en organisation, så de kan tilbyde børn og unge med erhvervet hjerneskade en sammenhængende og kvalificeret rehabiliteringsindsats. Ekspertter fra disse genoptræningstilbud og børnehjerneskadesamråd har med stor velvilje bidraget til den nye hjemmeside: **www.børnehjernekassen.dk**, som netop er udviklet af Videnscenter for Hjerneskade. Her præsenteres viden, tips og redskaber til arbejdet med børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Fremtiden

Der er i de forgangne år sket en rivende udvikling i indsatsen overfor de hjerneskadede. Sejlivede dogmer er forkastet, og en lang række nye metoder er udviklet. Foran os står lovende behandlinger med operativ fjernelse af blodpropper og stamcellebehandling.

Samtidig står vi over for den udfordring at få systematiseret og effektiviseret rehabiliteringen af hjerneskadede i alle landets kommuner, således at hjerneskadede borgere overalt i landet vil få tilbudt et sammenhængende og kvalificeret genoptræningsforløb. ■

Centralisering og decentralisering på én gang

Kommentar fra Hjerneskadeforeningen om sammenlægningen af videnscentre.

Hjerneskadeområdet har i de senere år fra centralt hold været udsat for modsatrettede tendenser:

Decentralisering af genoptræning og rehabilitering efter sygehusfasen og nu for nylig beslutning om *centralisering* (sammenlægning) af de 13 Videnscentre. Hjerneskadeforeningen har givet udtryk for sin dybe skepsis og bekymring over for begge disse processer. Hvorfor nu det?

Lad os først se på decentraliseringen. Kommunalreformen medførte som bekendt fra 2007 overdragelse af myndighedsansvaret for genoptræning efter sygehusfasen fra en kombineret amtslig-kommunal indsats til fuldt at tilfalde kommunerne. Der blev ikke fra centralt hold gjort noget for at forhindre, at den heraf følgende fortynding af ekspertisen gik og går stærkt ud over kvaliteten i genoptræningen af de hjerneskadede, medens rehabiliteringen ”svæver frit i luften”. Hjerneskadeforeningen advarede i god tid den ansvarlige minister mod denne forudsigelige udvikling, men for døve øren. Der var her tale om en decentralisering, der gik *imod kerneydelsens natur*: Mens der på sygehusområdet i disse år centraliseres på livet løs for at sikre, at der er et tilstrækkeligt patientgrundlag til, at det højeste ekspertniveau kan etableres og vedligeholdes, så atomiseres genoptræningen efter udskrivningen til et patientgrundlag, nemlig indbyggertallene i kommunerne, der varierer fra ca. 2.145 til omkring 502.000. Og måske endnu vigtigere: Kommunernes struktur med i stigende grad adskilte forvaltninger vedr. sygedagpenge, bevilling til genoptræning, revalidering, pension etc. gør, at koordinerede genoptrænings- og rehabiliteringsforløb erfaringsmæssigt kan være næsten uigennemførlige.

Men når Hjerneskadeforeningen nu er så ked af denne decentralisering, hvorfor er foreningen så modstander af centraliseringen (sammenlægningen) af de 13 videnscentre? Fordi denne centralisering efter vores mening ligeledes sker *på trods af*, og *ikke på grund af* kerneydelsens natur!

Kerneydelsen er specialviden, og vi har forgæves spurgt om fordelene ved, at specialviden om f.eks. stammen, ordblindhed, autisme m.v. indsamles, be-

arbejdes og formidles sammen med viden om, hvad der sker, når man slår sit hoved, så hjernen tager varig skade, eller får en blodprop i hjernen. Opretholdelse af viden om hvert område for sig kræver fuld opmærksomhed hos indehaveren af specialviden, og der er ikke råd til sidespring i form af 10 pct. viden om stammen, 5 pct. om ordblindhed etc. etc. Det har også været nævnt, at med et fælles videnscenter kunne man prioritere fra år til år, hvad man skulle vide mest om – en for os at se fuldstændig uforståelig ide.

Videnscenter for Hjerneskade har gennem årene udviklet sig til en yderst velfungerende enhed, der med et budget på få millioner kroner om året har formået dels at etablere et forbilledligt samarbejde med amternes specialrådgivninger, og dels at kompensere for en del af ulemperne ved den centralisering af genoptræningen, der skete med kommunalreformen.

Samarbejdet er udøvet dels via de amtslige og senere kommunale kontaktpersoner til Videnscenteret, dels via dettes omfattende kursusvirksomhed og vidensformidling via bladet **FOKUS**. Hertil kommer samarbejdet med brugerorganisationerne, som i alle årene har været repræsenteret i bestyrelsen for Videnscenter for Hjerneskade.

Et første skridt i retning af centralisering af Videnscentre var, at de i 2007 blev lagt ind under VISO (Den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation). Efter at VISO har overtaget ansvaret for den direkte styring af videnscentre, fik disse pålagt en uspecifik dokumentationsbyrde – ikke af det faglige indhold i deres arbejde, men derimod omfattende luftige begreber som ”Forandringsteori”. Arbejdet med den såkaldte ”resultatkontrakt”, der vel skal erstatte (indtil videre supplere) tidligere handlingsplaner og årsberetninger, stjæler ressourcer fra det fagspecifikke arbejde. Samtidig er det uendeligt meget sværere ud fra resultatkontrakten at få et overblik over, hvad videnscenteret egentlig udretter, end det er ud fra de hidtidige redskaber, handlingsplan (baseret på anbefalinger fra ekspertgruppen) og årsberetning.

AF AASE ENGBERG, DR. MED.,
BESTYRELSESMEDELM I VIDENSCENTER
FOR HJERNESKADE, UDPEGET AF DH¹
SOM HJERNESKADEFORENINGENS
REPRÆSENTANT.

Hjerneskadeforeningen



Ved et møde den 30. september 2010 mellem socialminister Benedikte Kjær og repræsentanter for HjerneSagen og Hjerneskaforeningens gav socialministeren udtryk for, at sammenlægningen naturligvis ikke havde til hensigt at forringe Videnscenterfunktionen på hjerneskaområdet. Det er bare svært at se, hvordan dette kan undgås, når sammenlægningen udmeldes at skulle medføre besparelser svarende til 5 årsværk, samtidig med, at flere vidensområder, der ikke hidtil har haft et Videnscenter, skal lægges ind under det nye Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri (ViHS).

Det er specielt bekymrende, at brugerorganisationerne ikke har følt sig seriøst hørt i denne centraliseringsproces, ligesom ej heller Det Centrale Handicapråd har været involveret. Alt dette strider mod FN's handicapkonvention, som Folketinget har ratificeret. ■

Det kunne være så godt – men det er det faktisk ikke

Kommentar af Lise Beha Erichsen, direktør i HjerneSagen – Landsforeningen for mennesker ramt af blodprop eller blødning i hjernen, og bestyrelsesmedlem i Videnscenter for Hjerneska udpeget af Danske Handicaporganisationer som HjerneSagens repræsentant.



Det er vist ikke en hemmelighed, at landets kommuner for tiden er hårdt trængt økonomisk. Det har ført til en uværdig debat om, at syge og handicappede borgere er krævende og koster for meget. Sådanne synspunkter fremføres typisk af folk, der ikke ved, hvad det vil sige at være ramt af alvorlig sygdom og handicap med deraf opståede behov for hjælp og støtte.

Hjerneskaområdet er et af de områder, der koster mange penge. Grunden til dette er, at der er behov for akut behandling og ofte langvarig genoptræning og livslang rehabilitering. Alene apopleksiområdet skønnes at koste 2,7 mia. kr. om året i direkte udgifter.

Mennesker, der rammes af en hjerneska, får på et splitsekund ændret deres liv – og mange skal efterfølgende leve livet med en række alvorlige følgevirkninger som halvsidig lammelse, tale- og sprogproblemer, hukommelsesproblemer, rum- og retningsforstyrrelser, ændret adfærd og udtalt træthed. En række af disse følgevirkninger er de såkaldte skjulte handicap – altså handicap som omverdenen ikke umiddelbart kan se og forholde sig til – det gælder også kommunale sagsbehandlere.

I HjerneSagen får vi mange henvendelser fra fortvilede ramte og pårørende, der samstemmende fortæller, hvor svært det er at få den nødvendige hjælp og støtte. De fortæller om manglende koor-

dinerings mellem hospital og kommune, om manglende genoptræningstilbud, om hvor svært det er at få overblik over, hvem i kommunen der tager stilling til hvad og om manglende rådgivning om støttemuligheder – f.eks. mulighed for aflastning, ledsageordning, socialpædagogisk støtte og beskæftigelse.

I HjerneSagen ved vi, at der er kommuner, der løfter opgaven på en god og forsvarlig måde, men vi ved desværre også, at dette langt fra er tilfældet i alle kommuner. Mange kommuner har ikke den fornødne økonomi, fagkundskab og kapacitet til at varetage de ofte komplicerede opgaver, der er på hjerneskaområdet. Hvis man ikke som visitator, sagsbehandler på jobcentret eller i sygedagpengeafdelingen kender til hjerneskaområdets kompleksitet og har de fornødne ressourcer, vil den hjerneskaerammede og de pårørende blive ladet i stikken.

I dag overlades mange hjerneskaerammede til selv at finde rundt i det kommunale systems kringledede kroge – en afdeling tager sig af sygedagpenge, en anden af hjælpemidler og så er der jobcentret osv. Kommunalreformen lovede én indgang til kommunen, men man glemte at fortælle, at der bag hoveddøren findes mange døre.

HjerneSagen indgår for tiden i et arbejde i Sundhedsstyrelsen om udarbejdelse af forløbsprogram-



Videncenter for Hjerneskade

mer for bl.a. mennesker ramt af apopleksi. Der gøres et stort arbejde for at beskrive området og for at sikre sammenhæng i overgangen fra hospital til kommune. Men ord og analyser er ikke nok. Hvis der ikke ude i kommunerne afsættes økonomiske ressourcer til opkvalificering af hjerneskadeområdet, sker der ingen ændringer. Og med den økonomiske situation, der hersker i landets kommuner, er der god grund til bekymring.

HjerneSagen har en række forslag til, hvordan hjerneskadeområdet kan udvikles:

- der skal fra politisk side afsættes flere økonomiske ressourcer til området – til bedre forebyggelse, behandling og rehabilitering
- kommunerne skal oparbejde den fornødne tværfaglige viden – gerne organiseret som tværfaglige hjerneskadeteams
- der skal ansættes forløbskoordinatorer, der sikrer overgangen fra hospital til kommune
- der skal etableres en kommunal rådgiver/tovholder funktion som aktivt yder råd og vejledning til hjerneskaderamte familier – og sidst men ikke mindst
- skal udgangspunktet være den enkelte borgers behov for kvalificeret genoptræning/rehabilitering,

der ikke er styret af snævre økonomiske hensyn men af hensynet til, at den ramtes fremtidige liv kan leves på de bedst mulige betingelser.

Inden jeg slutter mit indlæg af, vil jeg påpege, at mange apopleksitilfælde kunne undgås, hvis vi forebyggede og behandlede bedre. Ca. halvdelen af alle apopleksitilfælde skyldes for højt blodtryk. Hvis samfundet aktivt tog vare på forebyggelsen f.eks. gennem regelmæssige sundhedstjek hos den voksne del af befolkningen, ville vi kunne undgå en del apopleksitilfælde. Vi halter også bagefter, når vi ser på apopleksibehandlingen set i forhold til de lande, som vi normalt sammenligner os med. Faktisk så langt bagud, at vi skønmæssigt kunne undgå ca. 1.000 dødsfald om året, hvis vi gjorde det optimalt – dvs. satte tilstrækkelige midler af til oprettelse af et akut beredskab, til uddannelse og træning af sundhedspersonalet og til at indføre de allernyeste medicinske behandlinger, f.eks. trombektomi.

At blive ramt af en apopleksi eller anden form for hjerneskade er alvorligt – både for den ramte og dennes familie. Der efterlyses derfor politisk vilje og økonomi til at sikre hjerneskadeområdet i fremtiden.





Kommunerne reducerer spørgsmålet om rehabilitering til fysisk genoptræning og nægter at høre på de faglige argumenter, der er for at gennemføre rehabilitering. Det sker, selvom det beviseligt er økonomisk rentabelt at rehabilitere, og selvom det højner borgerens livskvalitet.

Borgere med erhvervet hjerneskade bliver **ikke** rehabiliteret

AF HEINZ JACOB,
CENTERLEDER BO- OG
REHABILITERINGSCENTER FOGEDVÆNGET.

Bo¹ – en ung mand på 24 år har endnu engang fået mellemørbetændelse. Lidt senere hasteindlægges han med voldsomme smerter i hovedet, svimmelhed, kvalme og overfølsomhed over for lys.

Mellemørbetændelsen har udviklet sig til bylder på hjernen og til et par blodpropper i hjernen, der gør, at han bliver lam i den ene side, får talebesvær og ikke kan overskue selv de simpleste hverdags-situationer.

Efter operationen på Skejby Sygehus overflyttes han til Hammel Neurocenter og går i gang med et genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Et halvt år efter starter han et rehabiliteringsforløb på Bo- og Rehabiliteringscenter Fogedvænget i Hedensted – et specialiseret rehabiliteringstilbud for borgere med erhvervet hjerneskade under Region Midtjylland.

Bo er godt i gang med den fysiske og kognitive genoptræning, med taletræning og med at arbejde, hvilke konsekvenser hans hjerneskade har. Det sker via en psykoeducativ² indsats og den bevirker, at han er godt i gang med at erkende og acceptere sin nye livssituation og sammen med sine pårørende at lægge fundamentet til en ny tilværelse.

På et statusmøde efter tre måneder er kommunens egen hjerneskaderådgivning og den kommunale sagsbehandler enige i, at det for Bo's rehabiliteringsforløb vil være optimalt at fortsætte på Bo- og Rehabiliteringscenter Fogedvænget i ca. halvt år mere, hvor der – ud over en fortsat træning på

det basale motoriske plan – skal fortsættes med kognitiv træning og en intensiv bearbejdning af det følelsesmæssige aspekt i samarbejde med psykologen. Samtidigt iværksættes der initiativer over for de pårørende og Bo's sociale netværk.

Til trods herfor beslutter visitationsteamet i bopælskommunen, at dette ikke skal være tilfældet. De meddeler Bo, at han ikke skal fortsætte, men skal overgå til et tilbud i hans egen kommune, uden at det er beskrevet nærmere, hvor og hvordan dette tilbud ser ud. De meddeler dog, at det vil være et sidestillet tilbud.

Direkte adspurgt mener socialdirektøren i kommunen, at der er tale om et tilbud hos en fysioterapeut og en fortsat talepædagogisk indsats, der også skal indeholde en vis kognitiv træning. Dette tilbud vurderer kommunen vil have samme indhold som det tidligere tilbud på Bo- og rehabiliteringscentret.

Dette er én livshistorie, som jeg kan fortælle om, og der er mange tilsvarende – både hos os, men også på mange af de andre specialiserede rehabiliteringstilbud i hele landet.

Fokus på fysisk genoptræning

Som det fremgår af denne livshistorie, fokuserer kommunen ikke på en samlet rehabiliteringsindsats, der kan resultere i, at borgeren får skabt en ny tilværelse, får opbygget en ny identitet og så vidt muligt bliver et aktivt medlem af samfundet. Selvom dette er bor-

gerens største ønske, og det der på længere sigt vil være den billigste løsning,

Nej, fokus er på den fysiske genoptræning. Argumentet for, at det kommunale tilbud har samme niveau som det hidtidige tilbud, er, at kommunen har ansat en fysioterapeut.

Fokus er således på en enkelt aktivitet ud af mange. Den fysiske genoptræning er selvfølgelig vigtig i forhold til at kunne fungere rent fysisk – men ofte er den ikke den vigtigste indsats – og den kan ikke stå alene.

Borgerne efterlades

Konsekvensen af at indsatsen indskrænkes til kun at være fysisk træning er, at den enkelte borger overlades til selv at tumle med de psykiske følger efter en hjerneskade – som vil føre til, at han ikke kan overskue sin hverdag – og i dette kaos – selv skal koordinere de forskellige aktiviteter, der er led i etablering af en helt ny tilværelse. Og fordi det bliver uoverskueligt for den skadede, der efterlades i en sådan situation ender det ofte med at blive en større belastning for samfundet, end hvis borgeren havde fået den rette hjælp på rette tid og sted.

Den hjerneskadede borger får således ikke mulighed for at få udviklet sin funktionsevne på en række områder og i højere grad kan føle sig som – og reelt også være – en aktiv part i samfundet. Dette er ikke en værdig behandling af borgere med erhvervet hjerneskade.

Ødelæggelse af de specialiserede rehabiliteringstilbud

En anden konsekvens af denne adfærd fra kommunernes side er, at de højt specialiserede sociale rehabiliteringstilbud ødelægges, fordi tilbuddene af økonomiske årsager ikke kan holde på den tværfaglige, specialiserede personalegruppe.

På Bo- og Rehabiliteringsinstitutionen Fogedvænget har vi brugt 10 år på at opbygge og udvikle den nødvendige viden og erfaring, og på hele tiden at kunne integrere den nyeste viden på en række områder i vores tværfaglige indsats. Det er sket netop for at kunne løse de meget sammensatte og komplekse problemer, som gruppen af borgere med erhvervet hjerneskade har, og for at kunne skabe det bedst mulige fundament for den enkelte borger.

Andre tilbud har en længere historie, og disse højt specialiserede faglige miljøer forsvinder, når store dele af personalet forsvinder, og de kan ikke bare genskabes fra den ene dag til den anden – og skal i givet fald nyudvikles i kommunerne. Men netop kommunernes fokus på udelukkende den fysiske genoptræning, er en forhindring for at dette sker.

Dermed afmonteres redskaber som kognitiv genoptræning, psykoeducation, arbejdet med borgerens indsigt, accept af sin egen situation, samt opbygning af ny identitet efter en hjerneskade. Redskaber som er nødvendige i et rehabiliteringsforløb og som erfaringsmæssigt ofte går forud for borgerens motivation for at kunne indgå i en aktiv fysisk genoptræning.

Var det det vi ville?

Var det det vi ville – eller er det en utilsigtet konsekvens af kommunalreformen? Spørgsmålet kunne vi passende stille vore politikere, her hvor vi nærmer os det tidspunkt, hvor det er fire år siden, kommunalreformen blev gennemført. Ikke mindst bør spørgsmålet stilles til vores statsminister – der jo stod fadder til kommunalreformen, og som netop forsikrede, at der ikke ville ske en faglig forringelse af tilbuddene til borgerne.

Jeg ved godt, at en del af bevæggrunden til kommunernes adfærd skal findes i det pres, der er på kommunernes økonomi. Og ja, sammenholdt med de tilbud kommunerne etablerer, er taksterne på de specialiserede rehabiliteringstilbud høje. Men en tværfaglig indsats på et højt fagligt niveau koster mere. Samtidig er kognitiv rehabilitering en investering, der betaler sig på længere sigt – da bare én forbedring af borgernes funktionsevne i forhold til hans basale egenomsorg vil betyde en langt mindre indsats fra hjemmeplejen set i et længere perspektiv.

Jeg mener derfor, at vi må have politisk fokus på, at der etableres en forpligtelse i kommunerne til at inddrage den neurofaglige rådgivning i langt højere grad – og samtidig at der bør indføres en forpligtelse til, at der skal opstilles en rehabiliteringsplan – og altså ikke kun en genoptræningsplan for den hjerneskadede borger. Ellers bliver det store spørgsmål i denne sammenhæng: Hvorfor redde liv – når de ikke må leves? ■

1 Bo er et opdigtet navn.

Bo's rigtige navn er redaktionen bekendt.

2 Psykoeducativ: Gennem teoretiske præsentationer og øvelser orienteres patienten (og de pårørende) om, hvad man ved om lidelsen, og hvad patienten selv – og de pårørende – kan gøre for at øge patientens og de pårørendes oplevelse af kompetence og reducere deres hjælpeløshed over for lidelsen.



Dynamisk praksis fordrer kreative medarbejdere

AF AFDELINGSLEDER ELISABETH MOTH,
BOLIGERNE SVALEVEJ,
CENTER FOR VOKSENSOCIAL,
REGION MIDTJYLLAND.

Kan du vende på en tallerken? Eller på en fem-øre? I mødet med borgere med erhvervet hjerneskade er det en nødvendighed, og det som vi på Boligerne Svalevej kalder dynamisk praksis. For alle i en organisation, fra medarbejdere til ledelse, skal den dynamiske praksis udføres på baggrund af faglig viden, samarbejdsevner, rummelighed og lysten til at gøre sit allerbedste. I dynamisk praksis er man sit eget vigtigste værktøj.

1 Bipolar affektiv lidelse er en psykisk lidelse, der er karakteriseret ved udtalte, periodiske svingninger i stemningslejet i såvel manisk som depressiv retning.

Ofte skyldes problemerne i arbejdet omkring borgerne med erhvervet hjerneskade ikke hjerneskaden alene. Flere af de borgere, der bor på botilbuddet "Boligerne Svalevej" i Assentoft, har udover hjerneskaden dobbelt- eller trippel diagnoser. Samtidig har de jo alle levet et liv før skaden, haft familie, arbejdet, gået på uddannelse og så videre. Det gør alt i alt opgaveløsningen kompleks. Men vores udgangspunkt er altid borgeren. Hvad har disse mennesker brug for, når de bor på et regionalt bo-tilbud? Hvilket personale har man brug for, hvis man som Peter som 50-årig pådrager sig en hjerneskade udover sin bipolare lidelse¹ og et langt liv som alkoholiker? Eller hvad skal den offentlige omsorgsudøver kunne for at kompensere Søren på 20 år, som sidder i kørestol og har fået en

hjerneskade, efter han i påvirket tilstand har kørt med 110 km/t ind i et træ, fordi kæresten slog op.

En ting er sikkert. Vores personalegruppe skal kunne lidt af hvert. Og intet seminarium eller social- og sundhedsskole kan rumme så meget i uddannelsen, at man får det hele med.

En dag på Svalevej

Peter på 60 år har diagnosen bipolar lidelse og diabetes. Han har det meste af sit liv været psykisk skrøbelig, og – fra han var ganske ung – været afhængig af alkohol. Det har betydet, at han har haft mange nederlag både arbejdsmæssigt og socialt.

Gitte er kontaktperson for Peter, og en morgen, hun møder ind, står han pludselig i køkkenet og spørger vredt, om hun da ikke kan tage sig sammen til at lave noget kaffe? I strategierne omkring Peter har personalet vedtaget, at han selv skal lave sin morgenmad. Gitte skal lige til at følge strategien og bede Peter om selv at gå i gang med kaffen. Men da hun ser på ham, kan hun se, han har det skidt. Det kan være blodsukkeret, der er lavt, eller det kan være den psykiatriske del af Peters personlighed, der gør, at han ikke magter at komme i gang med morgenmaden i dag.

Gitte vælger at se bag om udtrykket og det vrede tonefald. I stedet bruger hun sin erfaring fra psykiatrien, der siger, at skrøbelige mennesker kan have udadreagerende adfærd, når de har allermest brug for hjælp. Gitte smiler bredt til Peter og siger: "Du ser ud som om, du ikke er rigtig vågen. Kom lad mig lave den morgenbakke i dag, så snupper vi en kop kaffe sammen om fem minutter."





Dynamisk praksis

Peter og Søren er begge borgere med komplekse problemer, og der er mange ting i spil, når medarbejderne på Boligerne Svalevej løser opgaver omkring dem. I tilfældet med Peter løser Gitte dem ved hurtigt at kunne ændre strategi. Det er her, der er behov for en dynamisk praksis. Inden mødet med borgeren fokuseres på den opgave, der venter. Hvad skal mit udspil være? Men som det er med mennesker, kan billedet pludselig skifte karakter, og der skal kompenseres anderledes end planlagt.

Når alle fagkompetencerne er i spil, bliver opgaven udført dynamisk, og det sker med respekt og værdighed for borgeren.

Det kræver, at medarbejderne bruger sig selv i praksis og er kreative. Borgerne får et mere individuelt tilbud, der altid tager udgangspunkt i dem selv, deres øjeblikkelige humør og væremåde. Og altid med det mål, at de skal udvikle sig. Det kan de ikke, hvis vi kun kigger på hjerneskaden. Det viser eksemplet med Peter, hvor der er mere end hjerneskaden i spil. Hans bipolare lidelse og habitus er også en del af hans handleudtryk og handlekompetence. Hvis det ikke er tænkt ind i medarbejdernes tilgang til Peter, risikerer indsatsen at slå fejl.

Den indre Sherlock Holmes

Nogle gange kan det være sværere end andre at finde den rigtige løsning. Man må finde sin indre Sherlock Holmes frem, og forsøge at stykke alle spor sammen for at skabe mening og sammenhænge.

At lave en fast regel for, hvordan beboerne må tale til personalet, hvem der skal lave kaffen og så videre, ville med sikkerhed udløse en konflikt. Når den hjerneskadede borger bliver mødt med en løftet pegefinger, kommer han meget let op at skændes med personalet. Det skyldes, at medarbejderen har ageret, som om en hjerneskade er noget, man kan opdrage sig ud af.

For at undgå de situationer har vi beskrevet borgerne ud fra tre forskellige stemningslejer: Neutral, labil og kontroltab. Til hver beskrivelse hører en klart defineret vifte af tegn og handlemuligheder, så personalet altid ved, hvornår de skal agere, og hvordan

de kan være dynamiske og kreative og ændre praksis på et øjeblik.

Plads til dynamik

Udover den brede faglige viden har man i dynamisk praksis brug for sine samarbejdskompetencer. Det er nedbrydende for et team, hvis kollegaerne ikke kan finde ud af at arbejde i forlængelse af fælles beslutninger. Men det er lige så dræbende, hvis kollegaerne ikke har tillid til, at man har handlet reflekteret i situationen med afsæt i sin viden og erfaring. Der skal være plads til dynamik. Ikke kun for borgerens skyld, men også for medarbejderen, sikkerheden og det psykiske arbejdsmiljøes skyld.

Det er tydeligt for os, at opgavens kompleksitet ud over faglighed, kræver en stor personlig modenhed, evne til at tilsidesætte egne værdier, rummelighed i forhold til at kunne møde den enkelte borger anerkendende og lyst til konstant faglig og personlig udvikling.

Oprydning er vigtig

Faglig supervision er et uundværligt redskab til forståelse og udvikling i dynamisk praksis. Selv om man formår at se bag udtrykket ved den vrede eller triste borger eller pårørende, slider det på sigt, hvis der ikke bliver ryddet op.

Supervisionen skal tage udgangspunkt i den faglige viden, medarbejderen har. Når man sammen med supervisor og sit team får oplistet borgerens vanskeligheder og i neutralt rum får tid til at tænke sig om, bliver de frustrerende tanker og følelser flyttet fra maven til hovedet. Sammen kan teamets delte refleksion fastholde den dynamiske og velfunderede praksis.

Men det belyser samtidig behovet for endnu en kompetence. At medarbejderen har mod til at se på sig selv, inden hun omsætter sine følelser til pædagogisk praksis. I dynamisk praksis er vi vores eget vigtigste redskab, og borgerne kan kun blive det, vi vælger at give dem. ■



- Er et bo- og aktivitetstilbud for yngre senhjerneskadede og fysisk handicappede mennesker, det er ét af fem regionalt drevne hjerneskadetilbud i Region Midtjylland.
- Boligerne Svalevej er tre tilbud samlet i en organisation med afdelinger i Assentoft, Grenå og Randers. I alt har Boligerne Svalevej 66 pladser i botilbuddene og 70 pladser i dagtilbuddet.
- Målgruppen er meget varieret, men er typisk kendetegnet ved kognitive og fysiske vanskeligheder
- Læs mere om Boligerne Svalevej på:
www.svalevej.rm.dk

Neurovidenskaben forklarer ikke alt

AF NÆSTFORMAND

ANNE METTE AALUND JENSEN,

SPECIALLÆRER,

NEUROHUSET/LYNGÅSKOLEN.

1 Aleksi betyder tabt eller forstyrret læsevne og opstår hyppigst efter afgrænsede (fokale) skader.

Neurovidenskaben – forklarer den alt? Det spørgsmål havde vi stillet Randi Starrfelt, Sven Brinkmann og Albert Gjedde, tre neurofagligt meget kompetente personer, der turde tage udfordringen op.

Randi Starrfelt, cand.psych., Ph.D, forsker og medredaktør på bogen "Klinisk neuropsykologi" lagde ud med at fortælle om "Læsevanskeligheder efter en hjerneskade: Hvad kognitiv neurovidenskab kan forklare, og hvad vi stadig ikke ved".

Randi Starrfelt kom i sin præsentation bl.a. ind på, om den visuelle funktion er en fælles funktion, eller om den er specialiseret i for eksempel en læsefunktion og en ansigtsgenkendelse? Randi Starrfelt mente, at det er mest sandsynligt, at det er en fælles funktion. Hun har lavet en undersøgelse af patienter med ren aleksi, hvor hun påviser, at ren aleksi¹ skyldes en generel visuel forstyrrelse.

Aleksi opdeles i centrale og perifere aleksier.

De centrale aleksier skyldes forstyrrelser i selve læsesystemet, og de perifere aleksier skyldes forstyrrelser i synsfelt, visuel perception og visuel opmærksomhed². Læsesystemet forklares ved hjælp af "Dual route model" Oprindeligt mente man, at der kun var to ruter, men i dag arbejder man med tre ruter:

- 1) Grafem-fonem omsætning
- 2) Leksikalsk/semantisk rute
- 3) Direkte leksikalsk rute

Ruterne skal forstås som noget, der foregår parallelt. Læseprocessen forekommer i flere faser og er hver især afhængig af det foregående. (Coltheart et al., 1993; 2001)

Starrfelt gav med sin præsentation en præcis og vedkommende fremlægning af et kompliceret og endnu gådefuldt område.

Hun opfordrede til slut til at kontakte hende via mail, hvis eller når vi møder kursister med læsevanskeligheder, som vi ikke helt kan greje.

Sven Brinkmann

Den anden oplægsholder var Sven Brinkmann, cand.psych., Ph.D., ansat ved Aalborg Universitet og blandt andet forfatter til bogen: "Psyken: Mellem synapser og samfund". Svend Brinkmann præsenterede sit oplæg:

"Når psyken bliver til hjernen: Om neurologisering af tilværelsen".

"Vi lever i en tid, hvor neuro er hot, trendy, videnskabeligere, finere og udløser flere penge. Tag ordet til jer – for vi kommer ikke uden om det!"

Brinkman slog fast, at han hermed ikke forholder sig til, om det er godt eller skidt, at neurologiseringen finder sted, men at han stiller spørgsmål og gerne de kritiske af slagsen. Brinkmann fungerede som det forstyrrende element, der forlanger, at vi forholder os til, at vi lever i et "neurologiseret samfund". Når noget er – hvad er det så, det ikke er? Hvad går vi glip af ved denne neurologisering af tilværelsen?

Det er ikke et nyt fænomen, at en bestemt videnskab bliver til den ophøjede sandhed. Tidligere var det Freud, der var "hot". Det betød blandt andet, at vi udformede pædagogisk praksis på baggrund af Freuds teorier. Brinkmann påpegede, at på samme måde, som de fleste af Freuds teorier ikke er holdbare i dag, på samme måde vil vi sandsynligvis i fremtiden se tilbage på neurologiseringen som uholdbar.

Hvor sidder psyken? Svaret er oftest: I hjernen.

Men dette svar definerer Brinkmann som en intrakraniel tænkning og tingsliggørelse af psyken. Han forklarede videre, at psyken skal forstås som meget mere kompleks end det. Den består af rationelle evner og dispositioner. Det forudsætter, at hjernen, kroppen, socialiteten, ting/ teknologien indgår som analytiske indgange, for at vi kan forstå, hvad psyken er. Ingen af de analytiske indgange kan reduceres, og de er en forudsætning for hinanden.

Brinkmann kom også ind på, at vi ofte foretager en fejlkonklusion, når vi tilskriver helheder og delelementer de samme egenskaber. En bil kan ikke køre uden en motor, men det er ikke det samme som at sige, at det er motoren, der kører. Et menneske kan ikke leve uden sin hjerne, men det er ikke det samme som at sige, at det er hjernen, der er opmærksom, tænker eller handler. Det er kun egenskaber, der kan tilgives det levende menneske.

Hjernen sender elektromagnetiske signaler rundt og kan hverken være opmærksom eller uopmærksom. Det er dog funktioner, vi tilskriver vores hjerne. Brinkmann kom med flere eksempler på, at blandt andet hjerneforskere tillægger hjernen psykologiske egenskaber. Han forklarede dette fænomen med, at

Vi lever i en tid, hvor hjernen er i centrum for liv, leg og læring. På Dansk Neuropædagogisk Selskabs landskonference i maj 2010 gjorde tre oplægsholdere det klart, at mennesket er mere end summen af en række hjerneprocesser.

vi har bevæget os fra det ”psykologiske selv” til det ”neurokemiske selv”, men at det grundlæggende stadig handler om at finde ”sit sande jeg”.

Brinkmann skitserede et fremtidsperspektiv, hvor psyken skal forstås ud fra en hybridpsykologi med persongrammatikken som udgangspunkt. Det betyder, at hjernen forstås som et redskab for menneskets projekter og ikke omvendt. Otto kan huske – han bruger sin hjerne, og Otto kan huske – han bruger sin notesbog. Både hjerne og notesbog er et redskab for Otto.

Albert Gjedde

Konferencens tredje og sidste oplægsholder var Albert Gjedde, læge, professor og leder af Insitut for Neurovidenskab og Farmakologi, København.

Albert Gjeddes talte ud fra overskriften ”Neurovidenskab mellem indsigt, indbildning og ønsketænkning”.

Gjedde startede veloplagt med at kommentere flere af Brinkmanns udsagn, og så var stilen lagt for en underholdende debat.

Vi blev introduceret til det, han mener, er hjerneforskningens ti store udfordringer.

1. Den store energidebat
2. Udvikling og intellekt
3. Den plastiske hjerne
4. Adfærd og afhængighed
5. Introspektion
6. Hjerner spår, især om fremtiden
7. Neuroprotektion and neurodegeneration
8. Regeneration and rehabilitation
9. Frenologiens³ endeligt
10. Bevidsthed

Albert Gjedde slog også en skrøne eller to til jorden, bl.a. den om, at vi kun bruger 10 pct. af vores hjerne. En skrøne der er blevet en almen sandhed, så man nu rent faktisk kan komme på kursus i at udnytte flere procent af sin hjerne. En skrøne, der bliver til sandhed, fordi vi stadig forstår vores hjerne ud fra en frenologisk forståelse.

Gjedde fortalte om en undersøgelse af engelske taxichauffører, hvor man kan se en forandring af hippocampus, sandsynligvis på grund af deres arbejdsfunktion. Forandringen sker i den bagerste del af hippocampus, der bliver større, jo længere tid man



Et elektrisk automatisk frenometer som blev brugt til at måle hjerneaktivitet (foto fra 1907).

har arbejdet som taxichauffør. Undersøgelsen understreger hjernens plasticitet, men vi mangler stadig svar på, hvorfor den forreste del af hippocampus samtidig bliver mindre, og hvilken funktion denne del egentlig har.

Den sidste information synes ret væsentlig, da det er en understregning af, at vi ikke har svaret på alt, hvad der sker i hjernen. Hjernen kan derfor heller ikke bruges som svar på alt.

Det, man ved, er, at hukommelsen ikke skal findes et sted, men forstås som processer. Rent fysisk kan man se aftryk af begivenheder inde i hjernen, da nerveceller laver nye synaptiske forbindelser og proteinmolekyler.

Albert Gjedde viste en undersøgelse lavet af Peter Vuust, hvor han har brugt en MEG skanner, der er mere avanceret end en MR skanner. Hypotesen var, at jazz-musikere reagerede kraftigere og tidligere i venstre hjernehalvdel på et rytmisk syntaksbrud end ikke jazz-musikere. Undersøgelsen er interessant i sig selv, også fordi en MEG skanner er så følsomt registrerende, at den viste, at det er hele hjernen, der hele tiden involveres.

Gjedde og Brinkmann sluttede af med spørge- og diskussionslyst. Og det var en fornøjelse at lytte til de to, der begge havde mod til at udfordre hinandens tænkning – og gjorde det med både viden, stil og humor. ■

2 Se mere på denne hjemmeside:
www.readright.ucl.ac.uk/

3 Pseudovidenskabelig lære om at bedømme et menneskes karakteregenskaber ud fra kraniets form.

Referat fra Dansk Neuropædagogisk Selskabs 9. Landskonference: ”Neurovidenskab – forklarer den alt“, arrangeret i samarbejde med Videnscenter for Hjerneskade.

Aktiviteter

NATIONALE KURSER & TEMADAGE

Konference om hjerneskaderehabilitering – behov for at tænke sammen og på tværs

Tid: 13. januar 2011

Sted: Panum Institut, København.

Se mere på: www.sst.dk → Planlægning og kvalitet → Medicinsk Teknologivurdering (MTV) → Arrangementer → Konference om hjerneskaderehabilitering – behov for at tænke sammen og på tværs

How to do Cognitive Rehabilitation

Tid: 29. januar 2011

Sted: Gatwick, England

Se mere på: www.braintreetraining.co.uk

Kursus i samtalestøtte til voksne med afasi

Tid: 24. – 25. februar 2011

Sted: Center for Hjerneskade

Se mere på: www.cf.hj.ku.dk

ABC koncepterne – introduktionskursus

Tid: 1. – 2. marts 2011

Sted: Dianalund

Se mere på: www.filadelfia.dk

PALPA II kursus – Genoptræning med udgangspunkt i PALPA-testen

Tid: 3. marts & 31. marts 2011

Sted: Center for Hjerneskade

Neuropædagogisk kursus – trin 1

Tid: 7. – 8. marts og 16. – 18. maj 2011

Sted: Vejle fjord Neurocenter

Se mere på: www.vejle fjord.dk/kursus

AMPS – Assessment of Motor and Process Skills

Tid: 7. – 11. marts 2011

Sted: Hammel Neurocenter

Se mere på: www.neurocenter.dk

Se flere nationale og internationale kurser på: www.vfhj.dk/kalender.asp

Introduktionskursus i brug af Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)

Tid: 17. marts 2011

Sted: Center for Hjerneskade

Tværfaglig målsætning med Goal Attainment Scaling (GAS)

Tid: 29. marts 2011

Sted: Dianalund

Insight Workshop

Tid: 4. – 5. marts 2011

Sted: Gatwick, England

Se mere på: www.braintreetraining.co.uk

Neuroanatomi – grundlæggende neuroviden

Tid: 17. – 31. marts 2011

Sted: Dianalund

Kursus i BørneRAP – En tværfaglig familiecentreret samarbejdsmetode til (re)habilitering

Tid: 6. – 10. maj 2011

Sted: Center for Hjerneskade

Kursus i Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch)

Tid: 27. maj 2011

Sted: Center for Hjerneskade

UDDANNELSE

Psykiatri i specialpædagogisk arbejde med fokus på neuropsykiatri

Tid: 31. januar – 24. marts 2011

Sted: Frederiksborg Centret, Hillerød

Se mere på: www.ucn.dk/neuropaedagogik

INTERNATIONALE KONFERENCER:

6th World Conference of the international Society of Physical Medicine & Rehabilitation

Tid: 4. – 9. juni 2011

Sted: San Juan, Puerto Rico

Se mere på: www.isprm.org

Videnscenter for Hjerneskade ophører som selvstændigt center den 31. december 2010. Videnscenterets medarbejdere og aktiviteter kommer til at indgå i én samlet enhed – Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri (ViHS) i Servicestyrelsen og placeres i Århus. Vores nye hovedadresse er pr. 1. januar 2011:

Servicestyrelsen

Edisonsvej 18. 1.

5000 Odense C

Tel.: 72 42 37 00

info@servicestyrelsen.dk

EAN-nr.: 5798000354838

CVR-nr.: 2614469



Videnscenter for Hjerneskade

Sanatorievej 32-34

7140 Stouby

tlf.: 75 89 78 77

info@vfhj.dk

www.vfhj.dk, www.hjerne kassen.dk,

www.børnehjerne kassen.dk

ISSN 1601-8257

ISSN (netudgaven) 1904-4380

Ændringer vedr. abonnementet ring venligst 7589 7877