

Dilemmaer i rehabilitering af hjerneskade - refleksioner over et praktikforløb på Center for Hjerneskade

Praktikrapport af

Stine Kirkegaard Pehmøller

og

Ulla Køhler Rasmussen

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	2
2. Rehabilitering af hjerneskade.....	3
3. Center for Hjerneskade	5
3.1. Kerneområder i Dagprogrammet på Center for Hjerneskade	7
4. Egen oplevelse af stedet og det at være psykologpraktikant	8
5. Udvalgte problematikker.....	9
5.1. Selvindsigt, compliance og motivation hos den hjerneskadede.....	10
5.2. Overførbarhed i forhold til job.....	12
5.3. Hvordan påvirker hjerneskade adfærd	13
5.4. Funktionsbedring og effekt af rehabiliteringen.....	15
5.5. Arbejdsmetoder på Center for Hjerneskade.....	17
6. Opsamling	18
7. Litteratur.....	20

1. Indledning

For de fleste psykologistuderende er praktikopholdet det første rigtige møde med det praksisfelt vi kommer til at operere i som uddannede psykologer. Man kan sige, at det er her den teoretiske viden fra universitetet gerne skulle forenes med en ny og anderledes viden fra den praktiske virkelighed. Som akademisk studie indeholder psykologistudiet ikke megen fokus på praktisk viden, så praktikopholdet er for de flestes vedkommende en længe ventet mulighed for endelig at få fingrene i nogle rigtige mennesker og opleve hvordan en rigtig arbejdsplads fungerer. Som praktikant bliver man stillet overfor spørgsmålet om, hvorvidt det man har lært på universitetet overhovedet er meningsfuldt for professionsudøvelse, og i så fald hvordan.

Man kan være af den mening, at uddannelsen som helhed er tilrettelagt således, at en vigtig form for professionspraksis overses, nemlig den der foregår på basis af mesterlære, hvilket ligeledes betones hos Kvale (2007)(Brinkmann & Tanggaard, 2007). Mesterlære foregår ifølge Kvale således, at en novice lærer en profession ved at deltage i praksis side om side med erfarne professionsudøvere. Nøgleordet her er *deltagelse*, hvilket for det meste står i kontrast til den læring, der foregår på universitetet, hvor læringsformen ofte består af en mere passiv videnstilegnelse. Kvale nævner at denne form for viden er kendetegnet ved en *teknisk rationalitet*, der er svært overførbart til praktisk professionsudøvelse, som kræver en mere fleksibel tilgang idet praksis er mere kompleks og ustabil end i det afgrænsede videnskabelige, teoretiske univers. Hermed menes ikke, at den ene form for viden er den anden overlegen, men at der er tale om forskellige former for viden, der gerne skulle kunne interagere i den psykologiske professionsudøvelse. Hvorom alting er, så kan praktikopholdet ses som en mulighed for at lære på en ny *hands-on* og praktisk måde, hvilket giver, og i hvert fald har givet os, mulighed for udvikling og udvidelse af vores psykologfaglige viden og identitet.

Opgaven tager udgangspunkt i vores praktikophold som neuropsykologpraktikanter på Center for Hjerneskade (CfH), nærmere bestemt i Dagprogrammet, den afdeling vi var tilknyttet. Her har vi haft mange oplevelser der har været særdeles lære- og udbytterige, og herudfra er vi kommet frem til følgende problemformulering:

Hvilke problematikker oplever vi i rehabilitering af hjerneskadede i den praksis, der finder sted på Center for Hjerneskades dagprogram samt hvilken betydning har disse problematikker for vores refleksioner over vores fremtidige virke som psykolog.

Af ovenstående ses det, at opgaven har flere omdrejningspunkter. Vi tager fat i det overordnede fænomen *rehabilitering*, hvor vi som fremtidige psykologer bliver en del af et system som udbydes af samfundet til mennesker, der får en hjerneskade. Herudfra reflekterer vi over vores egen psykologfaglige rolle i dette system, samt over vores egne etiske og personlige overvejelser.

Opgaven er opbygget således, at de første afsnit giver læseren en overordnet indføring i begrebet *rehabilitering*, samt et indblik i de psykologfaglige kerneområder på vores praktiksted, Center for Hjerneskade. Herefter går vi videre med et afsnit omhandlende vores personlige refleksioner over opholdet og de faglige og etiske dilemmaer vi oplevede. De følgende fem afsnit tager udgangspunkt i en række forskellige problematikker vi har fundet relevante at tage fat i. Disse afsnit er bygget op således, at vores undren over en bestemt problematik fra praksis står i centrum, og forbindes derudfra med vores teoretiske overvejelser.

I skriveprocessen har vi haft god mulighed til at reflektere over den praktiske virkelighed vi var en del af under vores praktikophold, og forbinde den med det teoretiske fundament vi allerede havde i kraft af vores uddannelse. Endvidere er vi kommet tættere på en forståelse af hvad vores fremtidige psykologfaglighed og –identitet kan komme til at indeholde.

2. Rehabilitering af hjerneskade

Den rehabiliteringsindsats der foregår på Center for Hjerneskade er en del af et større system der sædvanligvis går i gang når en person erhverver en hjerneskade. I dagligdagen har centrets neuropsykologer kontakt til mange andre fagpersoner i dette system, eksempelvis sagsbehandlere og jobkonsulenter, der tilsammen udgør det netværk der skal sikre en sammenhængende behandling og genoptræning af den skadede.

I det følgende vil vi kort redegøre for hvordan man kan forstå rehabiliteringsbegrebet, samt give et overblik over de elementer der kan udgøre et rehabiliteringsforløb for personer med erhvervet hjerneskade. For neuropsykologer er et sådant overblik vigtigt idet viden om systemet giver handlemuligheder i forhold til at optimere den skadedes rehabiliteringsforløb.

Ifølge Hvidbogen fra 2004 er *rehabilitering* en: ”[...] målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgere som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og

består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.” (Citeret i Forchhammer, 2009). Herudover anbefales en hurtig og velkoordineret indsats, samt tidlig og tværfaglig rehabilitering, således at den skadedes prognose forbedres. Her henvises til den optimale indsats i den akutte og subakutte fase, hvor personen er indlagt i sygehusregi, hvorimod rehabiliteringsforløbet som helhed fortsætter længe efter udskrivelsen. I efterbehandlingsfasen består tilbuddet af mere generaliseret og almen genoptræning i lokalt regi, alt efter hvor alvorlig en hjerneskade der er tale om. Den specifikt neuropsykologiske rehabilitering omfatter ifølge Gade et al. (2009) elementer som direkte genoptræning af skadede funktioner, arbejde i forhold til tilpasning til den nye situation og endelig vejledning i forbindelse med genoptagelse af arbejds- og hverdagslivet. I sammenligning med det lignende begreb *genoptræning*, er rehabilitering således et bredt og vidtfavnende begreb der beskriver en omfattende proces med mange faser og som derudover involverer mange forskellige mennesker.

En forståelse af rehabilitering som den ovenstående kan i høj grad siges at være helhedsorienteret, idet der lægges vægt på den skadede som indgående i en kontekst, og på de subjektive faktorer så som medindflydelse og meningsfuldt liv. En sådan tilgang understøttes af International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), der ifølge Larsson et al. (2009) udgør en fælles, fagneutral begrebsramme til beskrivelse af menneskets funktionsevne, og som ikke mindst fører tanken om en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats videre. Indenfor ICF kan personens skader klassificeres på *krops-*, *aktivitets-* og *deltagesesniveau*, hvilket giver mulighed for en præcis beskrivelse af funktionsevnen og derudfra en mulighed for at tilrettelægge et individuelt tilpasset rehabiliteringsforløb (ibid.).

Når det gælder rehabilitering af hjerneskadede består arbejdet for neuropsykologer naturligvis specifikt af den neuropsykologiske rehabilitering, der som nævnt i Laursen & Pinner (2009) retter sig mod personer med fysiske, kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige følger virkninger efter en skade (Gade et al., 2009). I den neuropsykologiske rehabilitering kan der med fordel ligeledes anlægges en helhedsorienteret tilgang, ideelt set i form af tilbud der inkluderer træning indenfor flere af de ovenfor nævnte domæner. Et sådant helhedsfokuseret tilbud findes eksempelvis på centre som CfH, hvor den skadede udsættes for et rigt og stimulerende terapeutisk miljø, der giver mulighed for en rehabilitering, der ligger ud over specifikke kognitive funktioner. Her kan blandt andet nævnes træning i sociale færdigheder, indsigts- og erkendelsesarbejde, samt træning i eksekutive funktioner. Endvidere kan den skadede her møde andre mennesker i samme situation,

hvilket giver mulighed for almengørelse af problemer og for social og emotionel støtte i et trygt miljø (Kristensen & Nielsen, 2006).

Et helhedsorienteret rehabiliteringstilbud består som oftest af en række moduler hvor man specifikt træner enkeltfunktioner som eksempelvis opmærksomhed eller hukommelse. Her kan man overordnet set skelne mellem to former for kognitiv træning, en såkaldt genoprettende/udfaldsorienteret træning og en kompensatorisk træning (Kristensen & Nielsen, 2006). Disse to træningsformer bygger ifølge Wörtwein (2009) på principperne om henholdsvis *restitution* og *substitution* af kognitiv funktion. Den førstnævnte ligger tættest på en almen forståelse af genoptræning, hvor træning af en tabt funktion resulterer i en bedre aktivitetsudførelse på det enkelte område, hvorimod sidstnævnte består i at den skadede tilegner sig nye mestringsstrategier som eksempelvis brug af kalender ved hukommelsesproblemer og således kompenserer for den tabte funktion (Gade et al., 2009).

Som man kan udlede af det ovenfor gennemgåede, er rehabilitering af hjerneskadede et stort og komplekst område, der for ramte og pårørende kan være svært at finde rundt i. Hvis den skadede skal opleve rehabiliteringsprocessen som sammenhængende og meningsfyldt, hvilket er i tråd med Hvidbogens budskab, er det således ifølge Forchhammer (2009) nødvendigt at organiseringen af indsatsen er veltilrettelagt. I dag er der, som nævnt i Larsson (2009), en tendens til at de mange ydelser og foranstaltninger der tilbydes hjerneskadede patienter foregår fragmenteret mellem faggrupper, afdelinger og sektorer. Derfor anbefales det at der lægges vægt på større kontinuitet og koordination således at en helhedsorienteret indsats opnås (ibid.).

3. Center for Hjerneskade

I det følgende afsnit vil vi kort gennemgå opbygningen af CfH og de kerneområder, der præger arbejdet på centeret, for efterfølgende at kunne tage afsæt i dette i den senere diskussion af de problemstillinger vi oplevede i forbindelse med vores praktikophold på Center for Hjerneskade.

Center for Hjerneskade blev etableret i 1985 på Københavns Universitet som det første af sin art i Europa. Inspirationen kom fra Amerika, hvor der kort forinden var åbnet lignende rehabiliteringstilbud til hjerneskadede personer. Centrets formål er at vise, at det er muligt for personer med erhvervet hjerneskade, gennem intensiv helhedsorienteret træning, at få forbedret deres personlige og erhvervsmæssige evne i så høj grad, at de kan vende tilbage til et job og et aktivt liv efter en hjerneskade. Center for Hjerneskade er derfor et tilbud om hjælp i forhold til

tilbagevenden til arbejdsmarkedet, dette værende til sin gamle arbejdsplads eller til et helt nyt job i videst mulige omfang (cfh.ku.dk).

For at blive elev på centeret skal personen opfylde visse krav, som blandt andet indebærer, at personen skal være motiveret for intensiv træning samt have potentiale for revalidering til job eller uddannelse (Sådan henviser du til Center for Hjerneskade). Disse krav medfører, at eleverne, der går på centeret har et vist funktionsniveau og at de er orienterede om, hvilke forventninger, der er til dem i forbindelse med deres forløb og derfor har en vis motivation for gennemførelse af programmet. Inden eleverne kan få et individualiseret tilbud skal de igennem en række test. Derfor har Center for Hjerneskade et testbatteri af neuropsykologiske, fysiske og sproglige test som hver enkelt elev skal igennem inden opstart i programmet.

Centeret har fire forskellige træningsforløbstilbud, som tilbydes alt efter personens vanskeligheder: Dagprogrammet; et omfattende tilbud med både fysisk-, kognitiv- og sprogtræning, sprogprogrammet; med primært fokus på sprogtræning, timetræningsprogrammet for elever, der er for ”dårlige” eller ”gode” til at deltage i Dagprogrammet og derfor modtager timebasistræning, og gangtræningsprogrammet; med primært fokus på den fysiske træning. Vi var som praktikanter tilknyttet dagprogrammet, hvorfor resten af opgaven vil koncentrere sig om denne del af centerets tilbud.

Træningen i dagsprogrammet foregår, ligesom i resten af centeret, ved en intensiv træning, hvilket betyder, at eleverne i fire måneder er på centeret 4 dage om ugen (fra tirsdag til fredag) i omkring 6 timer dagligt og, at de i den tid modtager individuelt tilpasset træning af de vanskeligheder de har fået efter deres erhvervede hjerneskade. Træningen kan derfor være af både fysisk, kognitiv og sproglig karakter og oftest er det en blanding af alle tre. Samtidig arbejder centeret ud fra en holistisk tankegang, hvilket betyder, at der arbejdes ud fra en helhedsorientering omkring den enkelte elev og dennes behov. Derfor er der ud over de forskellige træningsmetoder også mulighed for, at eleven kan få hjælp i form af rådgivning eller videre henvisning, hvis han oplever personlige problemer af økonomisk, psykisk, praktisk, familiær art eller noget helt femte. Dette kan for eksempel foregå ved samtaler med eleven og familien, kollegaer, venner eller lignende.

Når forløbet på de fire måneder er overstået følger et opfølgingsforløb på otte måneder, hvor eleven er tilknyttet en arbejdsplads eller en uddannelsesinstitution og samtidig bliver fulgt af en medarbejder i centeret, der løbende sørger for at der er støtte til de vanskeligheder eleven oplever

og at denne samtidig får udbytte af og brugt sine ressourcer. (Dagsprogrammet – et intensivt, tværfagligt forløb).

3.1. Kerneområder i Dagprogrammet på Center for Hjerneskade

Dagprogrammet er bygget op omkring en fast struktur med bestemte aktiviteter, der tilpasses den enkelte elevs behov, svagheder og ressourcer.

Alle dage startes med et morgenmøde, hvor eleverne tildeles forskellige funktioner fra uge til uge såsom mødeleder, forevisning af dagens gymnastik, medbringelse af dagens nyhed til diskussion i gruppen, modtage og give feedback og andre lignende opgaver. Denne aktivitet har til fokus at træne sociale og kommunikative kompetencer, koncentration, hukommelse og overblik.

Herefter er de resterende timer fordelt forskelligt alt den enkelte elevs program.

Den kognitive træning foregår i grupper, hvor elevernes problematikker er matchet hinanden så vidt muligt. Her arbejdes der med koncentration, opmærksomhed, hukommelse, planlægning og overblik. Formålet med denne gruppe er, at den enkelte elev opnår indsigt i sit funktionsniveau og derefter laver enten genoprettende eller kompensatorisk kognitiv træning. Den fysiske træning arbejder med de fysiske vanskeligheder, som eleven har fået efter sin erhvervede hjerneskade såsom balance, koordination, styrke og kondition samt mindskelsen af den træthed, der ofte følger efter en hjerneskade. I sprogræningstimerne trænes der specifikke sproglige vanskeligheder, i læse- og skrivegruppen trænes læse-, skrivefærdigheder og på lignende måde trænes der specifikt regnefærdigheder i regnegruppen. Derudover er der forskellige samtalemuligheder, hvor elev har mulighed for psykosocial støtte. Alle elever er del af en samtalegruppe, hvor eleverne har mulighed for at snakke med andre elever om deres situation. Formålet med denne gruppe er, at den enkelte får mulighed for at bearbejde, erkende og udvikle strategier til at klare sig igennem de følelsesmæssige udfordringer en hjerneskade kan medføre. Desuden får hver elev tildelt en primærterapeut¹, som eleven har individuelle samtaler med og som kan hjælpe i forbindelse med opgaver og problematikker, der er opstået i forbindelse med den erhvervede hjerneskade. Dagprogrammet består desuden af en erhvervskompetencegruppe, hvor der især fokuseres på de bekymringer og forventninger der kan være i forhold til at vende tilbage på arbejdsmarkedet. Derudover er der

¹ Neuropsykolog, der følger eleven gennem de fire første måneder i Dagprogrammet og som er elevens kontaktperson i programmet.

mulighed for at oprette individualiserede træningstimer, hvis den enkelte elev skulle have behov, der ikke opfyldes af ovenstående programaktiviteter (Ibid.).

For at opfylde de ovennævnte træningstilbud består centerets ansatte af en tværfaglig gruppe af audiologopæder, fysioterapeuter, neuropsykologer og en speciallærer. Som neuropsykologpraktikanter var vores arbejdsopgaver primært orienteret omkring morgenmødet, kognitiv træning og samtalegrupperne, hvor neuropsykologerne primært har deres funktion. Desuden tog vi del i testning og interview af enkelte af eleverne, som ligeledes er en stor del af jobbet som neuropsykolog på Center for Hjerneskade.

4. Egen oplevelse af stedet og det at være psykologpraktikant

Dette afsnit vil indeholde vores tanker om, og refleksion over, vores praktikforløb på Center for Hjerneskade. Forløbet har været spændende, udfordrende og meget lærerigt, og derfor finder vi det vigtigt at sammenfatte vores oplevelser her. I de efterfølgende afsnit vil vi gå mere i dybden med udvalgte dilemmaer og problematikker fra forløbet.

Vores første møde med Centerets elever og medarbejdere gav anledning til mange refleksioner og megen undren. Som praktikant kommer man udefra, og kigger i starten på praksis med en opdagelsesrejsendes øjne. Heldigvis fik vi rig mulighed for at spørge og tale med de ansatte neuropsykologer og de andre faggrupper, når vores nysgerrighed pressede sig på.

Allerede fra det første møde med eleverne, på morgenmødet, var der mulighed for refleksion og læring. Umiddelbart virkede det som en folk almindeligt udseende mennesker samlet i et rum, men efterhånden som mødet skred frem blev elevernes vanskeligheder synlige. Mødelederen havde svært ved at huske navnene på de andre, og måtte have hjælp til at skabe overblik i dagsordenen, en anden elev havde svært ved at finde de ord hun skulle bruge, og en tredje sad og faldt hen.

Det var en stor oplevelse at få sat ansigter på de forskellige neuropsykologiske syndromer vi kendte fra teorien, og se *afasi*, *neglekt* og *eksekutive vanskeligheder* i virkeligheden. Det gav en stor forståelse og en øget indsigt hos os, at se og lære mennesker at kende der kæmpede med disse ting.

En af vores store samtaleemner i starten var dilemmaet vedrørende, hvordan man som ung, uerfaren neuropsykolog behandler og taler til elever der er voksne mennesker. Eleverne har forskellige skader, men samtidig er de mennesker der skal behandles med respekt og ikke tales ned til. Det var en udfordring for os pludselig at stå i en lærerrolle, eksempelvis i kognitiv gruppe, og skulle

undervise elever der var dobbelt så gamle som vi selv - For hvordan støtter man bedst muligt disse mennesker, der er i en sårbar situation idet de hele tiden bliver konfronteret med deres mangler, og hvordan gør man det på en optimal og respektfuld måde? I forlængelse af dette tema ligger også den rolle man får når man om psykolog skal teste folk. Igen sidder man her i en forholdsvist sårbar situation, med et menneske der sandsynligvis er ked af at have fået en skade, men hvor man skal teste og vurdere vedkommende og samtidig skabe en god og tryk atmosfære så det bliver en god oplevelse. Dette var endnu en udfordring.

Efterhånden fik vi også mulighed for at have individuelle timer med nogle elever, hvor vi igen skulle tage stilling til og reflektere over vores egen rolle. Man sidder overfor en person som ser én som psykolog og har forventninger til at man kan hjælpe dem. Her skal man sætte rammer, finde meningsfuldt indhold, lægge grundlag for en god relation og rumme elevens forskellige følelser.

I samtalegrupperne fik vi også en enorm indsigt i hvad der kan ske når man sætter en flok mennesker med hjerneskade sammen for at tale om de følelsesmæssige aspekter af deres skade.

Her skulle vi eksempelvis være med til at tilrettelægge forløbet i en gruppe, hvor gruppefølelsen og lyst til at dele oplevelser ikke var så stærk. Det krævede fleksibilitet og tankevirkosomhed at få denne gruppe til at fungere bare nogenlunde. Andre grupper var dog mere velfungerende.

Slutteligt kan vi sige, at vi som tidligere nævnt har fået masser af ansvar og udfordringer, hvilket har medført at vores praktikophold på Center for Hjerneskade har været en rigtig god og lærerig oplevelse.

5. Udvalgte problematikker

I de følgende afsnit vil vi tage fat i en række problematikker fra vores praktikforløb og forbinde dem med en teoretisk vinkel. Problematikkerne er valgt ud fra vores egen undren, således at de ting der især har sprunget os i øjnene, er dem som vi behandler her. Først ser vi nærmere på problematikker omhandlende selvindsigt, compliance og motivation hos hjerneskadede. Herefter diskuterer vi hvorledes den træning der foregår i et holistisk tilbud som CfH kan overføres og generaliseres til evner og færdigheder som en hjerneskadet elev skal bruge i sit videre arbejdsliv. Et afsnit om hjerneskades mulige påvirkning at personens sociale og emotionelle adfærd følger, og afslutningsvist ser vi på funktionsbedring og effekten af rehabiliteringsindsatsen på CfH, samt på stedets arbejdsmetoder.

5.1. Selvindsigt, compliance og motivation hos den hjerneskadede

Under vores praktikophold på CfH var en af vores store dilemmaer, hvorvidt det er muligt at lave en god samarbejdsalliance med en hjerneskadet person. Da en sådanne til tider medfører nedsat selvindsigt og dermed nedsat indsigt i egne problematikker, ser vi det som en af de grundlæggende problematikker i arbejdet med hjerneskadede at opnå en god samarbejdsalliance omkring de vanskeligheder eleverne har fået efter en hjerneskade, specielt i de tilfælde, hvor eleven ikke selv er opmærksom på sine egne vanskeligheder. Denne problematik udløste yderligere undren og mere konkrete spørgsmål i forhold til arbejdet som neuropsykolog, blandt andet: Er det fordrende for rehabiliteringen, at en elev deltager i træning, som han ikke selv kan se formålet med, samt i hvor høj grad skal man som neuropsykolog presse på i forbindelse med træningen af vanskeligheder, som eleven ikke selv oplever? Vi så desuden at problematikken omkring manglende selvindsigt hos eleverne ydermere kom til udtryk ved en overberetning af oplevede vanskeligheder hos enkelte elever i forhold til de vanskeligheder, der ses i forbindelse med træning og testning på CfH. Dette gav anledning til yderligere undren i forhold til arbejdet som neuropsykologer, for eksempel i forhold til, i hvor høj grad man som neuropsykolog skal være anerkendende eller konfronterende i disse situationer for at opnå det bedste resultat?

På centeret oplevede vi som nævnt ovenfor flere eksempler på personer, der ikke havde selvindsigt i egne vanskeligheder. En af eleverne har tidligere arbejdet i sundhedsvæsenet og blev derfor trænet i at tage blodtryk og gentagne gange viste det sig, at personen ikke formåede dette, da han byttede om på systolisk og diastolisk og desuden ikke kunne nedskrive tallene korrekt. Selvom han blev gjort opmærksom på dette var det uforståeligt for ham at han ikke kunne komme tilbage til sin gamle arbejdsplads og mente ikke selv at, han havde nogle vanskeligheder, der ville være i vejen for dette job. Ifølge Lauersen og Pinner (2009) har enhver person, der udsættes for en skade der nedsætter dennes udfoldelsesmulighederne behov for bearbejdningstid i forhold til at opnå erkendelse af skadens omfang. Dette gælder i endnu højere grad for personer, der har fået en hjerneskade, da disse netop er ramt på det organ, som de skal forstå sig selv og skadens omfang med (Gade et al., 2009). Det beskrives ligeledes at *"en person med manglende erkendelse af hjerneskade er som regel mindre motiveret for at indgå aktivt i rehabiliteringsprocessen"* (Ibid., 499). Dette så vi også tydelige eksempler på hos flere af eleverne, som udtrykte stor frustration over at skulle deltage i eksempelvis morgenmøderne, som de ikke mente, var brugbar for dem, selvom flere af deres vanskeligheder, som blandt andet koncentration og overblik, netop blev trænet i dette forum. Lauersen og Pinner skriver ligeledes, at der oftest sker en aktivering af psykologiske

forsvarsmekanismer når en person konfronteres med tabte kompetencer og funktioner, hvilket kan være en yderligere forklaring på flere af de episoder, vi oplevede på centeret i forbindelse med at tale med eleverne om deres vanskeligheder og deres oplevelse af disse. Oftest kom dette tydeligst til udtryk i samtalegrupperne, hvor der netop er mulighed for at snakke om den enkeltes oplevelse af sine vanskeligheder og erfaring med at klare sig i hverdagen med disse. Flere af eleverne i gruppen gav hver især udtryk for, at netop han eller hun var heldige i forhold til resten af gruppen, da de anså dem selv for værende mindst hårdt ramt af alle og kun med behov for at træne ganske få og konkrete vanskeligheder, så som et par metoder til at huske bedre eller lignende. Desuden sagde en enkelt elev ganske klart, da en af de andre elever spurgte til, hvordan han kunne være så selvsikker og overbevist om, at han med garanti kom tilbage i job som leder af sit gamle firma, at "det var han simpelthen nødt til at tro på ellers vidste han ikke hvad han skulle gøre". Dette er et eksempel på, at en mand, der ellers ikke mener, at han oplever nogle vanskeligheder, for en kort stund erkender, at det på sin vis er en forsvarsmekanisme han er nødt til at bruge for ellers aner han ikke, hvad han skal gøre.

Som tidligere nævnt oplevede vi desuden, at enkelte af eleverne berettede om en masse oplevede vanskeligheder, så som dårlig koncentration, læsevne og overblik, som ikke kunne ses hverken under testning eller i træningsgrupperne. En af eleverne som særligt gjorde dette berettede om vanskeligheder på stort set alle områder, på trods af, at han var en af de mest velfungerende i gruppen og klarede sig oftest indenfor normalområdet indenfor diverse test. I dette tilfælde kunne man mistænke depressive symptomer, som ofte er en følge efter den traumatiske oplevelse det er for mange at få en hjerneskade. Dette eksemplificerer igen vores undren i forhold til, hvorledes man skal forholde sig anerkendende eller konfronterende i forhold til den manglende selvindsigt hos eleven og det udfald man som neuropsykolog ønsker at de skal få af rehabiliteringen. På CfH oplevede vi, at det er en fin balance at bevæge sig mellem de to poler, da man som neuropsykolog i rehabilitering af hjerneskadede oftest skal være mere aktiv og direkte i sit arbejde med eleven end man ellers vil være i andre terapeutiske relationer, men samtidig må konfrontationen "*dog aldrig overskride grænsen for, hvad den terapeutiske alliance kan bære,*" (Ibid., 506). I praksis gøres dette ved at arbejde med elevernes indsigt i forskellige grupper. Den kognitive træning og samtalegrupperne arbejder begge eksplicit med at eleverne opnår indsigt i deres egne vanskeligheder ved eksempelvis at udsættes for opgaver, der rammer netop deres vanskeligheder, for derefter at have mulighed for at snakke om dem enten i gruppen med de andre elever eller alene

med deres primærterapeut. Der er derfor fra centerets side et tydeligt fokus på at arbejde med elevernes selvindsigt for derigennem at opnå det bedst mulige resultat af rehabiliteringen.

5.2. Overførbare i forhold til job

Som nævnt i et tidligere afsnit er en del af formålet med arbejdet på Center for Hjerneskade, at træne eleverne således at de ideelt set kan vende tilbage til et job efter forløbet. I et studie (Svendsen, 2006) ses det, at Centerets succesrate når det gælder om at opfylde dette formål i høj grad lykkes. Hvad man dog skal holde sig for øje vedrørende disse resultater er, at arbejde lagt fra altid er lig med fuldtidsbeskæftigelse, men i højere grad forskellige alternativer som eksempelvis fleksjob, arbejdspraktik, nedsat tid og lignende (Ibid.).

Vores egen undren i forbindelse med det ovenstående tema udspringer blandt andet af de oplevelser vi havde i de kognitive grupper. Her skulle eleverne i starten arbejde med overstregningsopgaver, hvor man skal strege bestemte bogstaver eller tal ud på tid. Endvidere skulle nogle andre lave visuel opgaveløsning der gik ud på mentalt at dreje tegnede figurer og finde den rigtige løsning. For os som nytilkomne gav det anledning til megen undren idet vi ikke umiddelbart kunne se hvordan man blev trænet til et fremtidigt job via disse opgaver. Det blev dog klart, at disse opgaver har flere funktioner, eksempelvis som screeningsværktøj, som middel til at give eleverne indsigt i egne vanskeligheder og styrker, og derudover som en måde at se elevens tilgang til opgaveløsning og strategier forbundet hermed. Dermed var disse indledende opgavetyper med til at danne grundlag for den videre kognitive træning og dens fokuspunkter for den enkelte elev.

Mens vi var på Centret blev vi vidne til tilblivelsen af et nyt tiltag i Dagprogrammet, *praktisk kognitiv gruppe*, der opstod netop på baggrund af overvejelser omkring overførbare til efterfølgende job. Flere af eleverne havde en håndværksmæssig baggrund, og det var ønsket om at give disse mennesker mere praktisk orienteret træning der gav sig udslag i oprettelsen af gruppen. Man overvejede om det ville være gavnligt at slække lidt på en meget boglig og stillesiddende kognitiv træning for en gruppe elever, der ikke var vant til en sådan arbejdsform, og som tillige kunne tænkes at have fået endnu vanskeligere ved denne slags opgaver efter deres hjerneskade.

I praktisk kognitiv gruppe havde vi til at starte med en række håndværkere indenfor forskellige brancher, som fik forskellige praktiske opgaver som eksempelvis samling af IKEA-møbler og vandlåse, samt udregning af forskellige håndværkertilbud. Her opstod en særlig udfordring idet Centerets neuropsykologgruppe hovedsagligt består af akademisk uddannede kvinder, mens den

praktiske kognitive gruppe bestod af mandlige håndværkere. Udfordringen lå således i at skulle udforme relevante opgavetyper på et passende niveau og som var meningsfulde for eleverne. En enkelt elev gik hurtigt ud af gruppen da det viste sig, at han ikke havde nævneværdige koordinationsproblemer, mens de resterende var glade for en alternativ træningsmetode hvor de kunne se konkrete resultater. Et eksempel på en opgave i gruppen kunne være at samle en skammel efter en brugsanvisning, på tid og måle ugentlig fremgang. En opgave der blandt andet kræver overblik- og planlægningsevner og god fysisk koordination.

En anden episode, der kan vise noget om Centrets arbejde med at målrette træningen efter målet om tilbagevenden til arbejdsmarkedet var, da et nyt hold elever startede og vi overværede, hvordan en ny elev blev skuffet og protesterede over at være kommet i læse-skrive gruppe i stedet for erhvervskompetencegruppe. Han mente at han var kommet på Centret for at få udredt sin erhvervsevne og –kompetence, men var til at starte med kommet i den anden gruppe, idet han havde store læsevanskeligheder. Dette står for os som et meget klart eksempel på Centrets arbejde med hjerneskadede og de processer, der er forbundet hermed. Hvis man, som denne elev har mistet nogle helt basale færdigheder satser man på genoptræning af disse før man går videre til næste niveau. Endvidere kan ovenstående ses som et billede på de faser som vi har erfaret, at mange elever gennemgår i forløbet på Center for Hjerneskade. Mange kommer med et ønske om hurtig genoptræning, og helst til deres tidligere funktionsniveau. De fleste vil imidlertid opleve, at den første tid er præget af konfrontation med deres vanskeligheder og begrænsninger, og derudover erkendelsen af, at de måske ikke bliver som før. Derefter kan komme følelser af sorg over det tabte liv, men sådanne erkendelser kan samtidigt skabe rum for en nyorientering, hvor man langsomt finder ud af, hvad næste skridt skal være. Denne proces tager tid, og er et eksempel på at det helhedsorienterede tilbud kan hjælpe mennesker med hjerneskade videre på flere måder end blot via den strukturerede fysiske og kognitive træning (Kristensen og Nielsen, 2006).

5.3. Hvordan påvirker hjerneskade adfærd

Ifølge Kristensen og Nielsen (2006) vil en del mennesker have organisk betingede emotionelle reaktioner på grund af den erhvervede hjerneskade. I vores praktikforløb havde vi en lang række oplevelser, der fik os til at undre os over netop disse fænomener. En mængde tanker og spørgsmål pressede sig på i den forbindelse, for var de reaktioner og den adfærd vi så hos eleverne udtryk for en organisk skade, var der tale om helt almindelige emotionelle reaktioner, eller var den speciel for netop denne persons egen stil? Spørgsmålene finder vi særdeles relevante at beskæftige sig med,

idet arbejdet med den skadedes emotionelle og sociale problemstillinger som nævnt i et tidligere afsnit, er vigtig for personens tilpasning og livskvalitet på længere sigt. Et eksempel på hvorfor fokus på dette område er vigtigt kunne være i arbejdet med en elev der konstant brokker sig over ting og virker utilpasset og trist. Er denne adfærd organisk betinget af skaden, eller en normal reaktion på at være blevet skadet og at være ny elev på et center, der behandler hjerneskadede mennesker? Hvordan adresserer man som neuropsykolog en sådan elev, og vedbliver at være åben for mulige forklaringer?

Hos Kristensen og Nielsen (2006) beskrives nogle af de emotionelle følger af erhvervet hjerneskade. Eksempler kan være: Apati, affektfladhed, nedsat evne til indføling og empati, nedsat adfærdskontrol, eufori og ligegyldighed. Det kan udledes heraf, at symptomer som disse vil kunne give den skadede problemer i sociale sammenhænge, hvor konstant selvkorrektion og selvregulering er nødvendig for social tilpasning. Vi oplevede, i større eller mindre grad, alle de ovennævnte typer af adfærd hos eleverne, men da vi ikke havde mødt dem før de fik deres skade, var det indimellem vanskeligt at kende oprindelsen af adfærden.

En person der pludselig får en hjerneskade befinder sig nemlig i en kompleks situation, hvor en akut opstået begivenhed medfører store forandringer. Man er uforberedt, og pludselig mister man kontrollen over sit liv. Ofte betyder skaden store omvæltninger for personen og de pårørende og mange er derudover bange for om der eksempelvis kan støde flere blodpropper til med større skader eller død til følge. Det er derfor forståeligt, at diverse emotionelle reaktioner kan forekomme, og at man måske reagerer anderledes og stærkere end normalt. Herudover kan der ifølge Kristensen og Nielsen senere i genoptræningsforløbet opstå følelser som at miste værdien som menneske, og af at være til besvær, idet man ikke længere kan de samme ting som før. Opsummerende kan man sige, at en erhvervet hjerneskade kan kaste personen ud i en krise som medfører betydelige udfordringer og som kan være ekstremt emotionelt krævende. Læg hertil at man måske er skadet på de funktioner der har med emotionsprocessering og -styring at gøre, og situationen bliver særdeles kompleks.

En af de første oplevelser med ovenstående problematikker var, da én af os skulle være med til en indledende testning af en kommende elev. Her fortalte han, at han indimellem fik ”grådanfald” når han gik derhjemme, og at det undrede ham, da han ikke tidligere havde haft let til tårer. En anden elev fra samme hold viste sig også at have grådanfald, endda midt i timer og møder, hvilket irriterede ham meget. Vi undrede os over disse hændelser, og umiddelbart gik vores tanker på, at der i det første tilfælde meget vel kunne være tale om en normal reaktion på en uvant og usikker

situation, hvorimod det andet tilfælde kunne tyde på en mere organisk betinget emotionel labilitet. Elev nummer to kunne nemlig ikke kontrollere gråden, og den viste sig i situationer, hvor man normalt ville forvente at kunne holde tårer tilbage. Men i og med gråden altid opstod i forbindelse med emotionelt ladede situationer, så var der ikke tale om decideret *tvangsgråd* som omtalt i Jønsson & Hansen (2009)(Gade et al., 2009). Selv om gråden således ikke var strengt patologisk, var den ekstremt irriterende for eleven og han ønskede forståeligt nok hjælp til at kontrollere den. Det er dog svært lige umiddelbart at finde oprindelsen af de emotionelle udbrud, men gennem observation, samtaler med den skadede selv og vedkommendes pårørende kan man få et bedre billede af hvordan man kan sætte ind i forhold til bedring.

En anden oplevelse var med en elev der ved første øjekast virkede som en mand med en stor humoristisk sans og forholdsvist gode sociale evner, der med tiden virkede knap så velfungerende. Han havde altid en sjov bemærkning og en masse at sige, hvilket ifølge hans pårørende stod i kontrast til den stille, lidt indadvendte person han før havde været. Efterhånden kunne man også se, at der var en vis rigiditet i hans sociale adfærd, og at han havde svært ved at navigere på andre planer end blot den humoristiske, lidt overfladiske facon. Her kunne man tænke, at hans evne til selvindsigt og social fleksibilitet var nedsat. Som neuropsykologpraktikant er det interessant at arbejde med sådanne mennesker idet man på trods af sin forudgående faglige og teoretiske viden til stadighed må have en praksis, der indebærer respekt for det menneske man har foran sig. Fordi det er et komplekst område gælder det således om at tænke sig om inden man forklarer en elevs adfærd blot med vedkommendes skade.

5.4. Funktionsbedring og effekt af rehabiliteringen

Som tidligere nævnt er der lavet undersøgelse af effekten af et rehabiliteringsforløb på CfH og udfaldet af denne var, at 80 % kom tilbage i arbejde, hvilket er rigtig gode resultater og flotte tal, som Centeret ofte henviser til når det har medarbejdere ude for at ”rekruttere” nye elever hos kommunernes socialrådgivere og personer, der ellers har betydning i henvisningsprocessen af elever til CfH. I den tid vi var på centeret som praktikanter blev der flere gange luftet bekymringer fra personalets side omkring dette tal og om det mon stadig gjorde sig gældende. I en tid, hvor kommunerne sidder tungere på penge-kassen end de har gjort i mange år og dermed ikke henviser elever til centeret i lige så høj grad som tidligere, var bekymringen, at tallet var faldet. Dette skyldes, at centeret måske havde tilpasset sig flere elever, som ikke passede præcis ind i tilbuddet, hvilket i højere grad betyder at eleven ikke altid er motiveret og fokuseret mod et egentlig job, men

nærmere hen mod en afklaring omkring pension, hvilket trækker i en negativ retning i forhold til at opretholde en høj procentsats af elever, der kommer ud i arbejde. Dette lå til grund for endnu en undren i praktikforløb. For kan det arbejde, der udføres på CfH måles alene på, hvor mange der kommer tilbage i arbejde eller skal der måles på flere og mere komplekse parametre? Hvis en elev oplever klar bedring fra at have ligget i sengen i mere end 18 timer i døgnet til at være af sted og aktiv i 10 timer i døgnet. Er det så ikke en succes, selvom eleven ikke kommer tilbage i arbejde? En af eleverne som vi fulgte på CfH var selv meget optaget af at komme tilbage i arbejde og talte ofte om dette i flere af timerne. Han havde i begyndelsen af opholdet en forestilling om, at han efter ganske få uger kunne komme tilbage i arbejde og blev derfor dybt skuffet da han opdagede, at dette ikke var tilfældet. Dette fortsatte gentagne gange og han tog ofte dette emne op i samtalegruppen og med sin primærterapeut. Han havde dog indsigt nok i egen situation til at se, at det ikke var realistisk for ham at vende tilbage så hurtigt. Samtidig gjorde han store og flotte fremskridt på flere områder, blandt andet lærte han at læse, som han havde mistet evnen til efter sin hjerneskade og han fik bearbejdet sin grådabilitet, hvilket ligeledes var vigtige vanskeligheder for ham at få arbejdet med. I dette tilfælde er sandsynligheden for, at han kommer ud på arbejdsmarkedet efter endt forløb, ganske stor, men det vil være at negligere forløbet kun at måle på, om han kom tilbage i arbejde og ikke samtidig se på de andre mål han har opnået via forløbet på centeret.

En anden undren vi havde i forbindelse med de resultater centeret opnåede under vores praktik periode var om det er muligt at måle effektiviteten og kvaliteten af al arbejde en neuropsykolog udfører? Her tænker vi især på det terapeutiske arbejde, der udføres sammen med den kognitive og fysiske træning. En anden af de elever vi fulgte, viste sig ikke at have særlige kognitive vanskeligheder, hverken i forbindelse med testning og løsning af forskellige kognitivt krævende opgaver eller i hans daglige gang på centeret, selvom han selv berettede om mange forskellige kognitive vanskeligheder, som han oplevede gennem en almindelig dagligdag. Det viste sig ganske hurtigt, at dette kunne tillægges depressive tendenser, som højst sandsynligt også var til stede før hjerneskaden indtraf. Behandlingen blev derfor i langt højere grad af terapeutisk art og i form af social støtte. Dette betyder, at de bedringer som eleven tydeligvis oplever ikke vil være at måle i forbindelse med før og efter testning af de kognitive funktioner. Man kunne derfor frygte at, hvis ikke det er mulig at få denne elev i arbejde efter endt forløb, så vil det ikke være muligt at måle en bedring fra før til efter forløbet, selvom det er tydeligt for både eleven selv og os, der har fulgt forløbet, at der er sket en klar bedring. Ifølge Svendsen (2006) spiller den psykosociale støtte, der ydes på centeret en stor rolle i forhold til effekten af den bedring eleven oplever efter endt forløb på

CfH. Hvilket indikere, at det terapeutiske arbejde og den sociale støtte, der ydes på centeret i lige så høj grad som den fysiske og kognitive træning er essentielle for bedringen af den enkelte elev.

En tredje undren er, om det i virkeligheden blot er det faktum, at eleverne får en hverdag at stå op til, en struktur at følge og en række mennesker, der bekymrer sig om dem og fokuserer på deres bedring, der hjælper den enkelte til at komme tilbage på arbejdsmarkedet frem for den fysiske og kognitive træning de tilbydes på centeret. Flere af eleverne fortæller, at de ganske kort tid efter at være startet på centeret oplever, at deres træthed reduceres væsentligt og at de får dermed langt større overskud til at klare hverdagen og de opgaver de skal klare i løbet af en dag. Dette kunne være et eksempel på, at blot det at komme af sted hver dag og have en rutine medfører en bedring i forhold til den oplevede træthed hos flere af eleverne.

På CfH er der generelt et ønske om at arbejde evidensbaseret både fra ledelsen og medarbejdernes side, hvilket også er en klar styrke langt hen af vejen. Da dette dokumenterer effekten af et ophold på centeret og dermed hjælper til at få flere elever i forløb på centeret, samt er en klar begrundelse for, hvorfor centeret benytter den type træningsmetoder som de gør. Samtidig er der fare for at den type af rehabilitering, der ikke er mulighed for at vise samme evidens for, men som vi mener, at have set i lige så høj grad hjælper eleverne videre med en bedring af deres vanskeligheder og forhåbentlig på vej tilbage til arbejdsmarkedet, bliver negligeret og overset på grund af deres mindre målbare metoder. Dette vil vi se ydermere på i det følgende afsnit omkring deres arbejdsmetoder.

5.5. Arbejdsmetoder på Center for Hjerneskade

I Dagsprogrammet var de ved at indkooperere brugen af SMART-mål i deres arbejde med den enkelte elev mens vi var i praktikforløbet. SMART-mål er en måde at opstille målbare mål som både elev og neuropsykolog er indforstået med. Dette skulle gøres for at gøre det lettere, både for eleven, neuropsykolog og udenforstående at se, hvilke forbedringer, der sker i løbet af et rehabiliteringsforløb på CfH samt at sikre, at alle arbejder mod samme mål og dermed undgå mest mulig modstand eller misforståelser. Igen undres vi over hvorvidt det er muligt at måle alle processer og især synes vi at kunne se, at det til tider er svært at opstille målbare mål for det neuropsykologiske arbejde, hvorimod både audiologopæderne og fysioterapeuterne, så ud til at have langt lettere ved at opstille disse i deres arbejde med eleverne, da dette oftest er langt mere kvalitativt målbart. En anden undren vi fandt i forhold til centerets arbejdsmetoder er, at på trods af deres overordnede videnskabelige, målbare tilgang så synes der at være en stor fleksibilitet i

arbejdet, testning og planlægning, der i visse tilfælde kunne virke som tilfældigt planlægning i sidste øjeblik. Eksempelvis oplevede vi en situation, hvor en ny medarbejder netop var startet og i den anledning spurgte efter en mappe med instruktioner omkring udførelse og scoring af de forskellige test, hvorefter det viste sig, at der ikke foreligger en fælles mappe, men at alle neuropsykologer har hver deres instruktioner, som de kan have erhvervet fra tidligere jobs eller gennem en kollega på centeret. Dette er problematisk i forhold til deres ønske om evidensbaseret arbejde og videnskabelig tilgang, da der dermed gerne skal være sikkerhed om en vis ensretning af udførelse og scoring af de test, der udføres af forskellige neuropsykologer, som før og efter test på den samme elev. Flexibiliteten i personalegruppen kan dog også betyde, at personalet har mulighed for løbende at debattere de aktiviteter som de tilbyder eleverne og om de ser ud til at give mening i det forum de bliver benyttet. Eksempelvis blev Dagprogrammets samtalegruppe, under vores praktikforløb, ændret til erfaringsgrupper, der baserede sig mere på erfaringsudveksling via øvelser end decideret samtale i en gruppe, hvor ansvaret primært er lagt ud til den enkelte elev. Da neuropsykologerne alle var enige om, at grupperne ikke fungerede optimalt som de var. Flexibilitet betød desuden at planlægning af de enkelte timer oftest fandt sted kort før selve timen og dermed var fokuseret og helt tilpasset den enkelte elev. Ifølge Lauersen og Pinne (2009) er det ofte vigtigt for den hjerneskadede, at der opretholdes en stram struktur med fastlagte aktiviteter, hvilket centeret overordnet i høj grad følger. Dog ses der at den fleksibilitet som centeret ligeledes besidder, kan have stor negativ effekt på de elever, der er afhængige af de fastlagte rammer. Da personer med hjerneskade kan være præget af rigiditet og perseveration og dermed have meget svært ved at klare ændringer, der måske blot er tænkt som tilpasninger fra centerets side (Gade et al., 2009).

6. Opsamling

Gennem opgaven har vi forholdt os til nogle af de problematikker vi er stødt på i forbindelse med rehabilitering af de hjerneskadede elever på CfH. Vores afsæt har været de dilemmaer, der har undret os og dermed sat tanker i gang i løbet af vores praktikforløb. I opgaven har vi via disse dilemmaer fået et godt overblik over, hvorledes centeret arbejder med disse og hvilke tanker der ligger bag den praksis, der finder sted på CfH.

En stor del af det neuropsykologiske arbejde fokuserer på elevernes arbejde med indsigt i egne ressourcer og vanskeligheder, hvilket er essentielt for et godt udfald i rehabiliteringen, da motivationen for træning kan være dårlig hos elever, der mangler selvindsigt. Ligeledes er det vigtigt at forholde sig til de emotionelle forandringer en hjerneskade kan medføre. Som

neuropsykolog indenfor rehabilitering skal man dog også holde sig for øje, at mennesker er forskellige og dermed også adfærd, hvorfor al afvigende adfærd ikke kan forklares med hjerneskade, men måske i stedet blot en naturlig reaktion. Nogle elever kan til tider have svært ved at se relevansen af den træning de bliver udsat for, hvilket medfører at centeret i videst mulig udstrækning forsøger at tilpasse aktiviteterne til eleven, hvilket eksempelvis kom til udtryk ved oprettelsen af praktisk kognitiv gruppe og ændringen af samtalegruppen til en erfaringsgruppe. Centerets arbejdsmetoder følger overordnet et fastlagt skema og det er tydeligt at der er et stort ønske om en videnskabelig og målbar tilgang i de forskellige aktiviteter. Samtidig er der dog en stor fleksibilitet, der på sin vis gør det muligt at tilpasse programmet til den enkelte elev. Dette kan dog betyde en yderligere sårbarhedsfaktor for de allersvageste elever, som ikke kan overskue andet end et nøje planlagt og fastsat skema. Mange af de aktiviteter, der finder sted på CfH bærer umiddelbart præg af konkret træning og målbare metoder, dog ses det tydeligt i både teori og praksis, at det mindre målbare arbejde, som eksempelvis det terapeutiske støttende og rådgivende neuropsykologiske arbejde, er af mindst lige så stor, hvis ikke større, værdi for mange af eleverne på deres vej tilbage på arbejdsmarkedet.

7. Litteratur

- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2007). *Psykologi: Forskning og profession*. København: Hans Reitzels Forlag. Kap. 4, 6, 9. 98 NS.
- Brainin, M. & Heiss, W-D. (2010). *Textbook of Stroke Medicine*. New York: Cambridge University Press. Kap. 5, 6, 12. 44 NS.
- Caetano, C., Esteves, D. (2010). Evidens bag behandling af lette hjerneskader – Behandlingsperspektiver set gennem et litteraturstudie. *Fokus*, 3. 3,5 NS.
- Dagprogrammet – et intensivt, tværfagligt forløb*. Center for Hjerneskade. 2,5 NS.
- Forchhammer, H.B., (2009). *Optimering af rehabiliteringsforløb for apopleksipatienter*. Sygekassernes helsefond. 8 NS.
- Gade, A., Gerlach, C., Starrfelt, R., Pedersen P. M., (RED.) (2009). *Klinisk neuropsykologi*. København. Frydenlund. Kap. 16-17, 19, 21, 32-35. 89 NS.
- Hallas-Møller, G. (2006). Den dynamiske hjerne. *Fokus*, 4. 3 NS.
- Kristensen, H. K. & Egmont Nielsen, G. (2006). *Ergoterapi og hjerneskade. Aktiviteter i kognitiv behandling*. København: FADL's Forlag. Kap. 5, 7, 11. 36 NS.
- Larsson, C., Mathiesen, B.E., Lehrmann, T., Falk, B., Hedevang, K.H., Kristensen, H. K., Jensen, J.C.L., Kudahl, A. (2009) *Rehabilitering skaber sammenhæng for patienter med senhjerneskade – koordination, kommunikation og kontinuitet på tværs*. Region Syddanmark. Sygekassernes helsefond. 8 NS.
- Stuss, D. T., Winocur, G. & Robertson, I. H. (1999). *Cognitive Neurorehabilitation*. Cambridge: Cambridge University Press. Kap. 11, 12, 14-16, 18-21. 128 NS.
- Svendsen, A.H.A., (2006). *Long-term outcome following post-acute, neuropsychological rehabilitation: A controlled study*. PhD Thesis. Faculty of Science. University of Copenhagen. (7-8, 10-49, 111-114, 129-132, 156-158, 205-245) 93 NS.
- Svendsen, A.H.A. (2008). Genoptræning virker også på langt sigt. *Fokus*, 2. 3,5 NS.
- Sådan henviser du til Center for Hjerneskade*. Center for Hjerneskade. 2,5 NS.
- I alt: 519 NS.