

Beskrivelse og udvikling af

H20

**- et udadrettet neurorehabiliteringstilbud
under hospitalsindlæggelse**

Et praksisforskningsprojekt ved: Sygeplejerske Rikke Bondrup, sygeplejerske Hanne Bech Christensen, ergoterapeut Ulla Hansen, ergoterapeut Marianne S. Larsen, fysioterapeut Jette Kildahl Hansen, fysioterapeut Lone Hymøller, afsnitsleder Mette Torbensen og seniorforsker Tove Borg

Med bidrag fra: Neuropsykolog Eva Lind, afdelingslæge Karen Marie Mørk, talepædagog Trine Guld, socialrådgiver Bodil Nielsen m.fl.

Januar 2007

Det Udadrettede Neurorehabiliteringstilbud på H20 - et praksisforskningsprojekt

INDHOLDSFORTEGNELSE:

Forord	s. 05
Resumé	s. 07
Del I. Rammerne for H20's indsats	s. 10
1. H20 - en del af Hammel Neurocenter og neurorehabiliteringen i Århus Amt	s. 10
Organisering af rehabilitering i Århus Amt	s. 10
Patienternes rehabiliteringsforløb	s. 11
Målgruppe og visitation	s. 13
Formål	s. 13
Ressourcer	s. 14
Samarbejdspartnere	s. 14
2. Forandringer i sundhedsvæsenet	s. 15
Nye initiativer og nye fokusområder	s. 15
Hjemmetræning - rehabilitering i hjemmet	s. 16
Forandringernes betydning for H20's tilbud	s. 17
DEL II. Det udadrettede neurorehabiliteringstilbud	s. 19
3. Rehabiliteringens fire praksisformer	s. 19
4. Hverdagslivstræning	s. 20
5. Patienten ved ankomsten til H20	s. 21
6. De fysiske rammer	s. 22
7. En uge på H20	s. 22
8. Grundlæggende værdier	s. 25
9. Tilrettelagte neurorehabiliteringstilbud	s. 26
Introduktion til H20	s. 26
A. Deltagelse i praksisfællesskabet og dets opgaver	s. 27
Hverdagsliv og samvær	s. 28
Eksempler på aktiviteter/opgaver i fællesskabet	s. 30
B. Deltagelse i gruppeaktiviteter	s. 31
<i>Idrætsgruppe</i>	s. 31
<i>Kognitiv gruppe</i>	s. 32
<i>Madgruppe</i>	s. 33
<i>Samtalegruppe</i>	s. 34
<i>Bassinhold</i>	s. 34
<i>Ture ud af huset</i>	s. 35
<i>Havegruppe</i>	s. 36
<i>Selvtræning i Norsk Sekvens – styrketræningsudstyr</i>	s. 37
C. Deltagelse i individuelle behandlings- og rehabiliteringstilbud	s. 38

10. Den enkelte patients forløb	s. 38
En patientorienteret praksis.....	s. 38
Indlæggelsessamtale.....	s. 39
Tilrettelæggelse af forløbet	s. 40
<i>Målsætning</i>	s. 40
<i>Tværfaglige undersøgelsesredskaber</i>	s. 41
<i>Tværfagligt samarbejde og kontaktperson</i>	s. 42
<i>Planlægning af (A) deltagelse i praksisfællesskabet, (B) gruppe-</i> <i>aktiviteter og (C) individuel behandling og rehabilitering</i>	s. 44
<i>Samarbejde med pårørende</i>	s. 45
Udskrivelse.....	s. 46
11. Teoretisk grundlag og tankeredskeer	s. 47
Tankeredskeer:	
1. <i>Neuropædagogiske principper</i>	s. 48
2. <i>Udvikling af en handlesammenhæng til fremme af rehabilitering og læring</i>	s. 53
3. <i>Udvikling af empowerment</i>	s. 55
4. <i>Udvikling af motivation og samarbejde om "den nærmeste udviklingszone"</i>	s. 56
5. <i>Decentrering</i>	s. 59
12. Det monofaglige i det tværfaglige tilbud	s. 60
13. Personalets opgaver – en opsummering	s. 63
14. Patienteksempel	s. 64
Del III. Resultater, udviklingsmuligheder og perspektivering	s. 69
15. Resultater af praksisforskningsprojektet per januar 2007	s. 69
Den betydning som praksisbeskrivelsen og teoriudviklingen har fået per januar 2007	s. 69
Projektgruppens evaluering af resultat og proces	s. 71
16. Udviklingsmuligheder	s. 72
17. Perspektivering og et muligt opfølgingsprojekt	s. 74
Del IV. Om Praksisforskningsprojektet og dets rammer	s. 75
18. Projektansvarlige	s. 75
19. Formål	s. 75
20. Baggrund	s. 76
21. Mål	s. 76
22. Teoretisk og metodisk tilgang	s. 77
23. Projektets tilrettelæggelse	s. 77
24. Ressourcer	s. 78
Medarbejdernes indsats	s. 78
Undervisning.....	s. 78
Forskningstilknytning	s. 78
Forelæggelse af arbejdet udad til.....	s. 79

Referencer

A. Nyere initiativer indenfor sundhedssektoren med betydning for rehabiliteringsområdet og aktuelle rammer for H20's arbejde.....	s.80
B. Tidligere beskrivelser/artikler fra og om H20.....	s. 80
C. Referencer med betydning for eller relation til H20's rehabiliteringstilbud	s. 81
D. Referencer til de neurofaglige beskrivelser i kap. 11	s. 82
E. Om praksisforskning	s. 82

Bilag

1. Beskrivelse af patienter indlagt på H20 1998-2005 i tal	s. 84
Der indgår 337 patienter i tabelmaterialet. Tallene fra 2005 skal dog tages med et vist forbehold, idet opgørelsen er foretaget per 31. august. Data til tabelmaterialet er taget fra udskrivningsstatus. 2001 er ikke medtaget grundet manglende tid.	
1.1. Tabel 1 og 2: <i>Henvisning og diagnoser</i>	s. 84
1.2. Tabel 3, 4 og 5: <i>Køns- og aldersfordeling samt gennemsnitsalder</i>	s. 85
1.3. Tabel 6: <i>Variable, der kan have betydning for indlæggelsestid</i>	s. 86
1.4. Tabel 7 og 8: <i>Erhverv vs. pension</i>	s. 87
1.5. Tabel 9, 10 og 11: <i>NT, Bostøtte og Hjerneskadecentret</i>	s. 88
1.6. Tabel 12 og 13: <i>Fysioterapeutisk træning og andet</i>	s. 89
1.7. Tabel 14: <i>Antal dage fra skadestidspunkt til indlæggelse på H20</i>	s. 90
1.8. Tabel 15: <i>Den gennemsnitlige indlæggelsestid på H20</i>	s. 91
2. Resumé af diverse rapporter vedr. rehabilitering i hjemmet, hjemmetræning og udadrettet hospital	s. 92
2.1. Rehabilitering i hjemmet gør en forskel.....	s. 92
2.2. Hjemmetræning af sygehusindlagte patienter med apopleksi	s. 93
2.3. Hjemmehabilitering for apopleksipatienter	s. 93
2.4. Hjemmetræning af patienter med apopleksi	s. 93
2.5. Projekt Det Udgående Hospital	s. 93
2.6. Rehabilitering i eget hjem.....	s. 94
2.7. Projekt hjemmetræning i Ribe Amt	s. 95
2.8. Træning af patienter med apopleksi i eget hjem ved udgående terapeutteam fra Fredericia, Kolding og Brødstrup sygehuse.....	s. 95
3. Oversigt over sygdomsbegrebet	s. 96
4. Ugeskema	s. 97
4.1. H20 fælles Ugeskema.....	s. 97
4.2. Ugeskema for Hans, uge 4.....	s. 98
5. Kontaktpersonopgaver	s. 98
6. Introduktion til afsnittet	s. 100
7. Det monofaglige i de tværfaglige tilbud	s. 101

Forord

I denne rapport redegøres der for et praksisforskningsprojekt, som har fundet sted på Hammel Neurocenter (HN) i perioden august 2004 – december 2006. Der gives en status over dets foreløbige resultater. Projektet blev påbegyndt i august 2004 ud fra et ønske om at beskrive, forsknings-basere og udvikle H20's udadrettede neurorehabiliteringstilbud.

Neurorehabiliteringstilbuddet blev oprettet i 1998 med henblik på at give mennesker med moderat hjerneskade og komplekse, sammensatte følger herefter et særligt tilrettelagt tilbud i overgangen mellem institution og hjem. Det blev tidligere kaldt botræningstilbudet. Det er løbende blevet udviklet og beskrevet (se referencen B).

Rammerne for tilbudet har været under stadig forandring - indlæggelsestiden er blevet kortere, og målgruppens problemer synes i dag mere komplekse og sammensatte end da tilbudet blev oprettet. De rehabiliteringsmuligheder, der er til stede for målgruppen efter udskrivelse fra HN i amtet og i Danmark som helhed, er ligeledes under forandring. Interessen for at tydeliggøre tilbudet er derfor øget - også i den periode projektet har fundet sted. I dag er der således en særlig opmærksomhed på:

- (1) hvilken målgruppe, der kan drage størst nytte af initiativet
- (2) den særlige tilrettelægning af tilbudet
- (3) hvordan og i hvilket omfang den enkelte patient og vedkommendes nærmeste kan involveres som deltagere i rehabiliteringsmiljøet og -aktiviteterne med henblik på hverdagslivslæring
- (4) hvordan patientens deltagelse i et hverdagsliv på H20 kan forbindes med et fremtidigt hverdagsliv hjemme – på kortere og længere sigt.

Det er disse store spørgsmål, der er blevet arbejdet med i projektet.

Projektgruppen har bestået af afdelingsleder, ergoterapeut Mette Torbensen og alle ansatte på H20: sygeplejerskerne Rikke Bondrup og Hanne Bech Christensen, ergoterapeuterne Marianne Larsen og Ulla Hansen, fysioterapeuterne Jette Kildahl Hansen og Lone Hymøller samt seniorforsker, ergoterapeut, ph.d. Tove Borg, HN's forskningsenhed. Baggrunden for, at alle ansatte er involveret, er, at en tydeliggørelse og udvikling af H20's neurorehabiliteringstilbud er uløseligt forbundet med den tværfaglige og monofaglige kompetence, som gruppen af ansatte og de enkelte besidder. Det er de ansatte, der med deres kompetencer oppebærer tilbudet. Det er derfor også deres kompetence, der skal tydeliggøres og udvikles igennem en sådan beskrivelses- og udviklingsproces. Det praksisforskningsprojekt, der har fundet sted, har haft dette som omdrejningspunkt.

I projektets første fase august 2004 og et år frem er der arbejdet med projektet på 13 møder, et møde månedligt (å 2 ½ time). I efteråret 2005 har terapeuterne Jette Kildahl Hansen, Ulla Hansen og Mette Torbensen fået bevilget hver 6 uger til projektet. I 2006 er der endvidere afholdt 9 møder i gruppen. I marts måned præsenterede projektgruppen første udgave af rapporten for H20's lokale samarbejdspartnere neuropsykolog Eva Lind, talepædagog Trine Guld, læge Karen Marie Mørk og socialrådgiverne Anne Marie Nørgaard Andersen, Helga Nissen og Bodil Nielsen, der suppleret med udviklings-sygeplejerske Lena Aadal gav konstruktiv feedback med henblik på rapportens færdiggørelse. I juli 2006 fik gruppen 1 uge til færdiggørelse af denne rapport. Hertil kommer seniorforsker Tove Borgs deltagelse. Forskningssekretær Lena Bjørn har stået for renskrift af rapporten. Sammenlignet med tilsvarende udviklingsarbejder må projektet betragtes som et 'low budget-projekt'.

I projektets Del III findes udover projektgruppens opgørelse af resultater, forslag til udvikling af praksis samt et oplæg til evt. nye projekter.

Det er vores håb, at rapporten vil føre til konstruktive diskussioner om neurorehabiliteringsinitiativer, der kan udvikles til mennesker med særlig komplicerede og sammensatte problemer efter hjerneskade i perioden mellem institutionsindlæggelse og overgangen til hjem og evt. arbejde.

Projektgruppen, december 2006

Resumé

December 2006

I **DEL I** redegøres der for udviklingen af neurorehabiliteringen i Århus Amt, for organiseringen heraf og for mulige patientforløb. H20's målgruppe og visitation af patienter beskrives, og der redegøres for formål med indlæggelse, for personale og ressourcer. Derefter skitseres nye initiativer på området med særlig vægt på de mange amtskommunale og kommunale initiativer til hjemmetræning. Disse ordninger gennemgås kritisk, og der redegøres for målgruppe, indhold og resultater. Som noget nyt er fokus på de vanskeligheder patienter og pårørende har ved patientens overgang fra sygehus til hjem. Forandringerne betydning for H20 overvejes.

DEL II indeholder en fornyet teoriunderbygget redegørelse for H20's udadrettede neurorehabiliteringstilbud. I det indledende kapitel 3 sættes HN's neurorehabiliteringstilbud ind i en vidensteoretisk forståelsesramme med de fire praksisformer, som neurorehabilitering består af: En sygdomsorienteret, en situationsorienteret, en samfundsorienteret samt en patientorienteret praksis (se nærmere herom s. 19). De tre førstnævnte praksisformer relateres til ICF-terminologiens krops-, aktivitets- og deltagelsesniveauer. Det fjerde og sidste desuden til omgivelserne. I tilpasningen og individualiseringen af praksisformerne til den bestemte patient tages den fjerde praksisform, den patientorienterede, i anvendelse.

Undervejs i patientens rehabiliteringsforløb sker der en forskydning i de professionelle indsatser mellem de tre først nævnte praksisformer. Således lægges der på H20 særlig vægt på de situations- og samfundsorienterede indsatser. Fokus rettes mod de forhold, som patienten og de pårørende har behov for at få større klarhed over efter udskrivelsen, nemlig et hverdagsliv hjemme og en mulig arbejdssituation. På denne måde er H20 et udadrettet neurorehabiliterings-tilbud under hospitalsindlæggelse.

H20's neurorehabiliteringstilbud kan kaldes **hverdagslivstræning**. Det miljø eller hverdagsliv, der er tilrettelagt på H20, og de rehabiliterings-, lærings- og behandlingsmuligheder, der i princippet står **til rådighed for enhver patient**, beskrives i kapitlerne 4-9. De tilrettelagte tilbud betragtes som et midlertidigt 'handlerum' med mange muligheder for, at man som patient kan komme videre i sit rehabiliteringsforløb. Her kan man øve sig, eksperimentere og gøre sig erfaringer med mange af de opgaver og aktiviteter, der indgår i menneskers almindelige hverdagsliv. Man kan desuden få støtte til initiativer, der rækker frem i forhold til den kommende hjemlige situation (fx træning i diverse sociale færdigheder, etablering af bostøtte eller hjælp fra hjemmepleje), deltagelse i aktivitet udenfor hjemmet (fx fysisk træning i forening eller hos fysioterapeut) eller i forhold til egen arbejdssituation (tilbud på Hjerneskadecenter eller kontakt til arbejdsplads). Samtidig er patienten endnu i en hospitalssammenhæng med tværfaglig professionel støtte, udrednings- og behandlingsmuligheder i forhold til de specifikke problemstillinger, der fortsat måtte være på dette tidspunkt.

Beskrivelsen omfatter et indblik i, hvilken situation en given patient er i ved ankomsten til H20, et ugeforløb på afsnittet, samt de værdier der ligger bag HN og H20. Herefter følger en beskrivelse af, hvordan patienten introduceres til afsnittet, hvilke opgaver praksisfællesskabet generelt byder på, de gruppeaktiviteter man kan deltage i, og de individuelle behandlings- og rehabiliteringstilbud, der kan tilrettelægges. Der gøres endvidere rede for den højt specialiserede udredning og behandling, der til enhver tid er tilgængelig på HN. Beskrivelsen afrundes med, hvad et sådant hverdagsliv og samvær indebærer af krav og muligheder, samt hvordan disse rummer de terapeutiske værdier, som denne del af rehabiliteringstilbudet hviler på.

I kapitel 10 beskrives **den patientorienterede praksis**, der gennemføres for at forme, tilpasse og individualisere de gennemgåede generelle muligheder til den bestemte patient (og i et vist omfang til dennes pårørende). Her redegøres for indlæggelsessamtaler, for målsætning, for tværfaglige undersøgelses- og analyseredskaber, for samarbejde og kontaktperson, for planlægning af patientens deltagelse i praksisfællesskabet, gruppeaktiviteter og individuel behandling og rehabilitering, samt endelig for samarbejde med pårørende og udskrivelse. Mulighederne er mangfoldige, de skal tilrettelægges, koordineres og følges op terapeutisk.

H20's rehabiliteringstilbud karakteriseres ved følgende:

- Patientens mål - med fokus på det hjemlige miljø og tiden efter udskrivelse - er udgangspunkt for såvel de tværfaglige som de monofagliges indsatser. Patienten arbejder med en given problemstilling i flere forskellige sammenhænge og med mulighed for at følge op hele døgnet.
- Patienten har rige muligheder for at udvise initiativ og tage medansvar for sin egen rehabiliteringsproces i det omfang, han¹ er i stand til. Dette gælder i hele processen omkring målsætning og indhold i behandlingen/træningen, herunder også selvtræning.
- Der er mulighed for at få den nødvendige udredning, støtte, pleje, behandling og træning af et professionelt, tværfagligt organiseret personale, som har gode rammer for at koordinere deres indsats og for at trække på ekspertise fra hele Hammel Neurocenter. Hjælp til refleksion, evaluering og justering af deltagelse i rehabiliteringsmulighederne er ligeledes en del af tilbuddet.
- Patienten får adgang til et varieret, alsidigt, aktivt og stimulerende læringsmiljø med mulighed for aktivitet og deltagelse på mange planer og med mulighed for individuel tilpasning. Et miljø hvor det er trygt at eksperimentere og tilladt at fejle. Behandlingen foregår på H20, i resten af huset (sekvenstræning, varmtvandsbassin m.v.), i det omgivende miljø samt i deres hjemlige og fremtidige omgivelser - bredt set.
- Som patient indgår man i en gruppe af ligestillede med de muligheder, det giver. Man kan spejle sig og lære af andre i lignende situation, ligesom andre kan drage nytte af de erfaringer man selv har gjort. Fællesskabet på H20 indebærer en unik mulighed for at træffe andre, som har kendskab til de følelser, vanskeligheder og sejre, man gennemlever i denne proces.
- Gennem deltagelsen i gruppen og individuelt kan der arbejdes målrettet med både fysiske, psykiske og kognitive styrker og vanskeligheder. Herudover arbejdes der med sociale færdigheder. En vigtig del heraf er den feed-back, der gives og modtages patienterne imellem, og den refleksion der finder sted i samarbejde med personalet.
- Ved udskrivelsen, som er forberedt gennem hele indlæggelsen, lægges vægt på etablering og stærkelse af netværk med henblik på at skabe kontinuitet i den videre rehabiliteringsproces samt forebygge mulig isolation.

I projektet ønskes der redegjort for *de teoretiske forståelsesrammer*, der ligger bag tilrettelægning og gennemførelse af rehabiliteringstilbudet. Kapitel 11 viser, hvordan der er taget fat på denne opgave, og hvordan den tænkes ført videre. Der er udviklet en række 'tankeredskaber', som

¹ Målgruppen på H20 er både mænd og kvinder. Af nemheds grunde bruges det personlige stedord "han", når patienten omtales i 3. person.

anvendes i beskrivelsen og forståelsen af H20's tilbud. Det drejer sig i første omgang om 'tankeredskaberne':

1. Kognitiv neurorehabilitering – neuropædagogisk tilgang
2. Udvikling af en handlesammenhæng, der kan fremme rehabilitering og læring
3. Udvikling af 'Empowerment'
4. Udvikling af motivation og samarbejde om "den nærmeste udviklingszone"
5. Decentrering

I kapitlet redegøres der for formålet med tankeredskaberne og for deres udformning.

I kapitel 12 er det monofaglige indhold i de tværfaglige tilbud beskrevet. Kapitel 13 beskæftiger sig med personalets opgaver og i kapitel 14 gives et patienteksempel.

DEL III omfatter projektgruppens resultatopgørelse. Der redegøres desuden for de udviklingsmuligheder, der er en følge af praksisforskningsprojektet og sundhedsvæsenets udviklingstendenser på rehabiliteringsområdet. Del III afsluttes med perspektivering og oplæg til evt. nye projekter.

DEL IV drejer sig om projektet som praksisforskning. Der redegøres kort for, hvad der forstås ved praksisforskning samt for følgende forhold: projektansvarlige, formål, mål, teoretisk og metodisk tilgang, tilrettelægning af projektets faser og dets ressourceforbrug i form af arbejdstid.

Del I. Rammerne for H20's indsats

1. H20 - en del af Hammel Neurocenter og neurorehabiliteringen i Århus Amt

Hammel Neurocenter (HN) er et højt specialiseret neurorehabiliteringshospital, som varetager komplicerede neurorehabiliteringsforløb i fase 2. Neurocentret har ansvar for neurorehabilitering af børn og voksne med erhvervet svær hjerneskade fra Vestdanmark (landsdelsfunktion), samt børn og voksne med moderat hjerneskade fra Århus Amt (amtsfunktionen). Hammel Neurocenter er videnscenter indenfor neurorehabilitering af hjerneskader, og har egen forskningsenhed og udviklings- og uddannelsesafdeling. Forskningsenheden forsker bredt indenfor neurorehabilitering af patienter med moderat og svær hjerneskade. Udviklings- og uddannelsesafdelingen tilbyder kurser, seminarer og andre former for kompetenceudvikling indenfor rehabilitering.

Hammel Neurocenter ledes af en centerledelse. Organisatorisk hører centret under Silkeborg Centralsygehus. Fagligt er HN tilknyttet Århus Universitetshospital. På HN er der ansat fagpersonale indenfor alle specialer med relevans for intensiv neurorehabilitering: Neurologi, geriatri, intern medicin, almen medicin og neurokirurgi, neuropsykologi talepædagogik, socialrådgivning, diætik, sygepleje, fysioterapi og ergoterapi. På sygepleje og terapiområderne forefindes også specialuddannet personale.

Landsdelsfunktionen har 5 afsnit for voksne og 1 afsnit for børn med erhvervede svære hjerneskader. Landsdelsfunktionen råder over 50 sengepladser.

Amtsfunktionen på Hammel Neurocenter har 3 afsnit for voksne og 1 afsnit for børn med erhvervede moderate til svære hjerneskader.

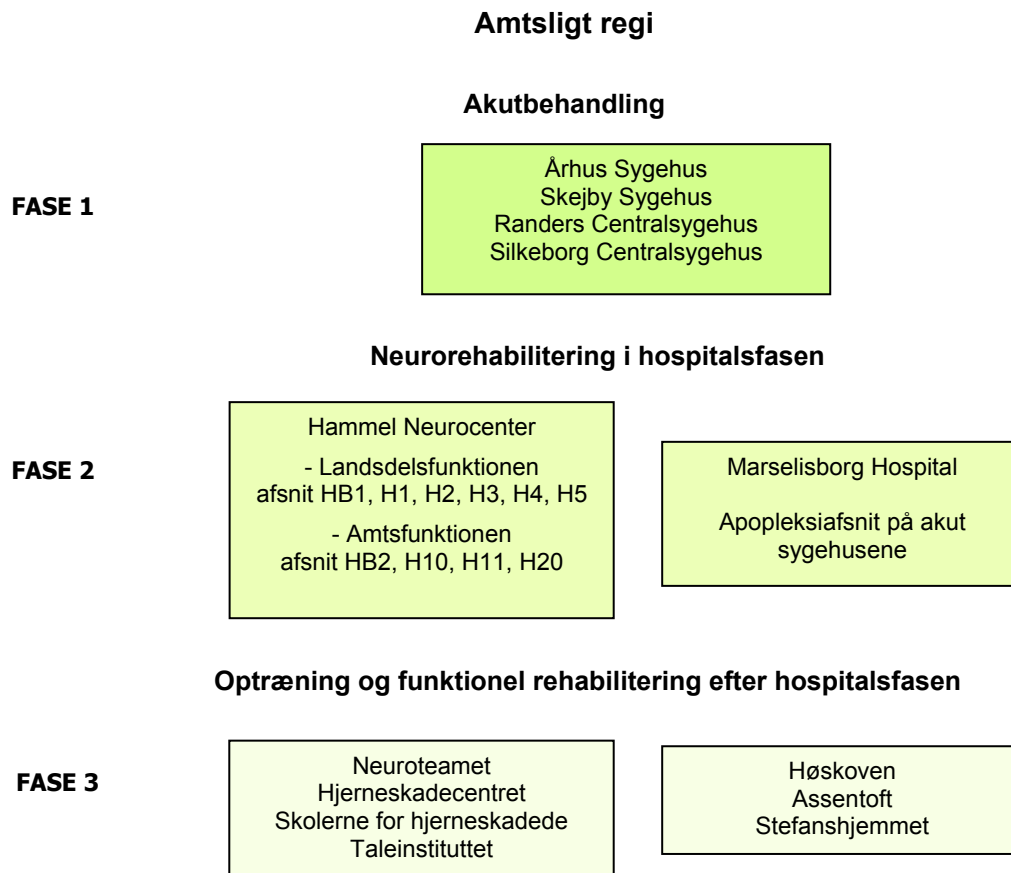
Afsnit H10, H11 og H20 har i alt 50 sengepladser til voksne. Afsnit H20, som dette projekt skal handle om, har plads til 10 patienter.

Afsnit H20 adskiller sig blandt andet fra de to andre amtsafsnit for voksne ved overvejende at modtage patienter med kognitive vanskeligheder som hovedproblem. Patienterne skal ved indlæggelse stort set være selvhjulpne med primær ADL (bad/påklædning/toilet), og de skal kunne være alene i afsnittet om natten, da der ikke er døgnbemanding i afsnittet. De neurorehabiliteringsmuligheder, som H20 stiller til rådighed, er tilrettelagt, så det stiller større krav om initiativ, ansvar og aktiv deltagelse i forpligtende sammenhænge. Afsnit H20 er oprettet i 1998 med de overordnede mål at lette overgangen mellem hospital og eget hjem og forebygge psykosociale konsekvenser som isolation.

Organisering af neurorehabilitering i Århus Amt

Afsnit H20 er et af flere neurorehabiliteringstilbud i fase 2 til voksne med erhvervede moderate til svære hjerneskader bosat i Århus Amt. Rehabiliterings på voksenafsnittet er rettet mod aldersgruppen 16 år og opefter. De øvrige fase 2 tilbud i Århus amt er overvejende rettet mod den ældre del af befolkningen (figur 1).

Oversigt over institutioner for rehabilitering af voksne med erhvervede hjerneskader i Århus



Figur 1. Institutioner for rehabilitering i Århus Amt's regi

Patienternes rehabiliteringsforløb

Patienter, der er indlagt på H20, kan have været igennem forskellige behandlings- og rehabiliteringsforløb fra indlæggelse på akut hospital til indlæggelse på H20. Det er sværhedsgraden af hjerneskaden, eventuelle komplikationer og følger, der er afgørende for rehabiliteringsforløbet (figur 2).

De tre mest almindelige rehabiliteringsforløb er:

- at patienten indlægges direkte på H20
- at patienten indlægges på H20 efter et forløb på amtsfunktionen (afsnit H10/11)
- at patienten indlægges på H20 efter et forløb på dels et landsdelsafsnit, og dels et afsnit på amtsfunktionen (afsnit H10/11).

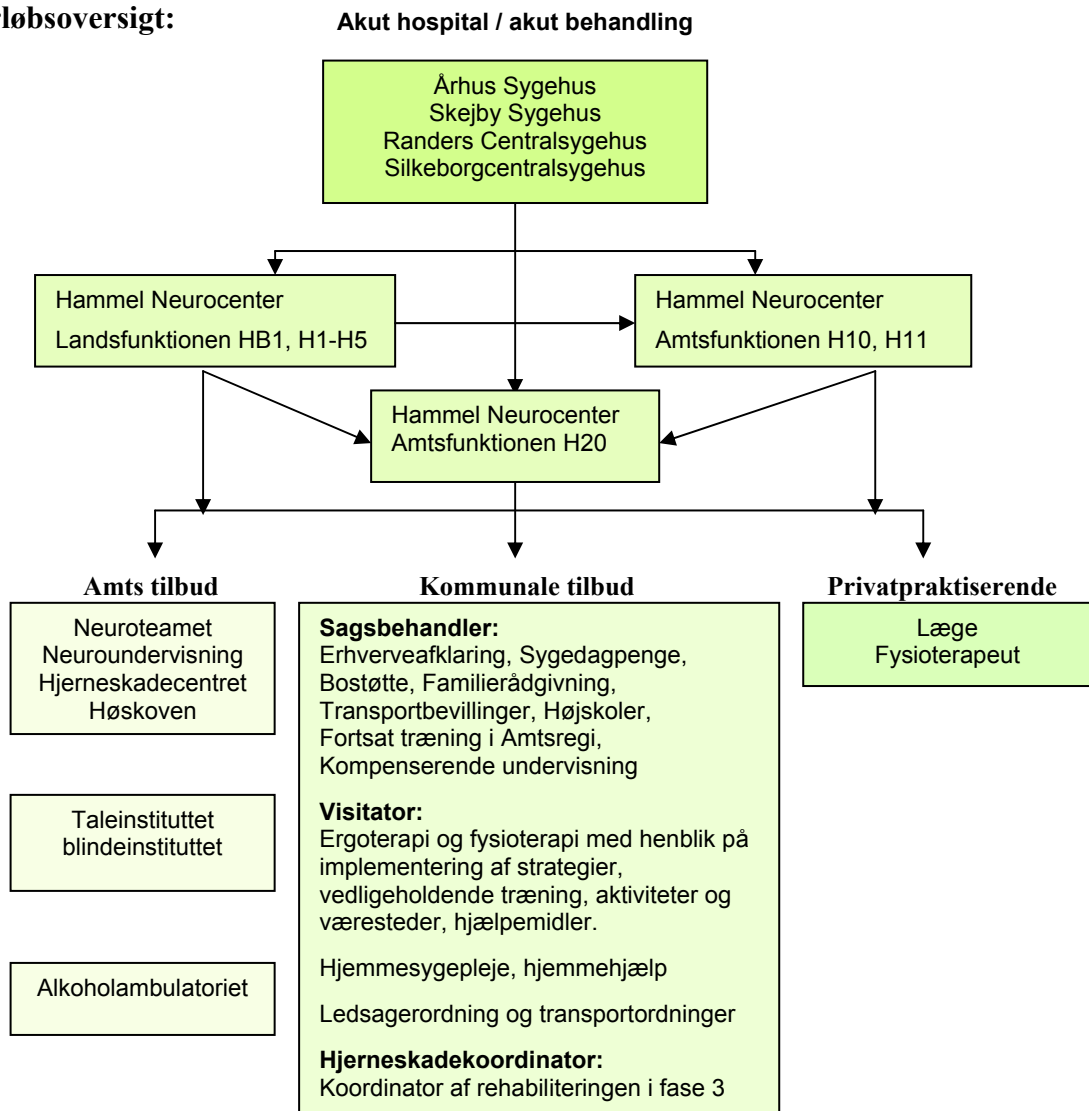
En mindre del af patienterne henvises til H20 af egen læge eller ambulatorielæger. Patienterne har her været hjemme i en kortere eller længere periode efter hjerneskaden – oftest uden nogen rehabiliteringsplan – og henvises nu, fordi de eller deres omgivelser har oplevet, at hjerneskaden har følgevirkninger, der er behov for at få udrett, behandlet og rehabiliteret.

Efter indlæggelsen på H20, der i gennemsnit varer 6-8 uger, udskrives patienten til hjemmet, og rehabiliteringsforløbet fortsætter i fase 3. Det videre rehabiliteringsforløb planlægges, koordine-

res og aftales med fase 3 inden udskrivelse fra H20. Rehabiliteringsplanen afhænger ikke kun af hjerneskadens sværhedsgrad, men af kompleksiteten af de samlede problemstillinger. Komplexiteten betyder ofte, at den samlede rehabiliteringsplan efter H20 skal sammensættes af tilbud fra forskellige sektorer i både kommunalt og amtskommunalt regi for at kunne dække patientens individuelle behov.

I såvel fase 1 som fase 2 er neurorehabiliteringstilbuddene samlet på henholdsvis primærhospital og neurorehabiliteringshospital. Dette fremmer mulighederne for at arbejde tværfagligt omkring den enkelte patients problemstillinger. I fase 3 er behandlingstilbuddene placeret i forskellige sektorer, der ikke umiddelbart samarbejder. Det er derfor vigtigt inden udskrivelsen fra H20 at få inddraget de forskellige sektorer og bidrage til, at de kommer til at samarbejde omkring det videre rehabiliteringsforløb.

Patientforløbsoversigt:



Figur 2. Oversigt over tilbud, der kan indgå i et rehabiliteringsforløb

Målgruppe og visitation

Målgruppe:

Afsnit H20's målgruppe er voksne med erhvervede hjerneskader – personer med følger efter blodprop, hjerneblødning, kranietraume, hjertestop eller hjernetumor. Målgruppen er moderat skadede patienter eller svært hjerneskadede patienter, der er kommet sig i det forudgående neurorehabiliteringsforløb og nu kan profitere af en indlæggelse på H20, hvor der stilles større krav og udfordringer i sociale sammenhænge og mindre strukturerede rammer.

Målgruppen har behov for døgnbaseret, tværfaglig udredning, behandling og neurorehabilitering i forbindelse med komplekse problemstillinger. Problemstillingerne er oftest en kombination af kognitive udfald (fx problemer med initiativ, planlægning, overblik, og struktur), personlighedsforandringer, sociale og adfærdsmæssige problemer, afasi, fysiske problemer og behov for yderligere medicinsk udredning. Følgerne efter hjerneskaden kan yderligere være kompliceret af psykiske og somatiske sygdomme, af forskellige misbrugsproblemer eller af komplicerede livsvilkår (bilag 1.3 tabel 6) I forbindelse med udskrivelsen har målgruppen behov for, at der aftales planer for den fortsatte rehabilitering i fase 3 og igangsættes koordinering imellem de fremtidige tilbud, samt at der opbygges netværk.

Visitation og visitationskriterier:

For at sikre optimale og smidige patientforløb er der en løbende dialog mellem Hammel Neurocenter og de henvisende afdelinger på akut sygehusene. Kontaktpersoner fra visitationsteamet på Hammel Neurocenter deltager i visitationsmøder på apopleksiafdelinger i amtet. Visitationsteamet mødes en gang ugentligt for at vurdere henvisningerne og indkalde patienterne. Ved behov visiteres løbende.

Visitationskriterier til H20 har siden 1998 været:

- diagnostisk afklaret
- lette fysiske vanskeligheder
- lette til moderate kognitive vanskeligheder
- lette til moderate sociale og adfærdsmæssige vanskeligheder
- primært selvhjulpen
- kunne være alene i afsnittet om natten eller kunne tilkalde hjælp via nødkald
- kunne sørge for transport hjem i weekenden eller være alene i afsnittet
- kunne administrere HN's generelle forbud mod alkohol og andre stimulanser
- forandringer sket siden 1998 peger på, at visitationskriterierne ikke stemmer helt med den aktuelle målgruppe.

Formål

Formålet med en indlæggelse på H20 er, at der bliver skabt et overblik over de samlede problemstillinger, og at der sideløbende med udredning og behandling af specifikke funktioner på kropsniveau og træning af aktiviteter også sættes fokus på deltagelse – dvs. på livet efter udskrivelsen, og at der bliver etableret et samarbejde med fase 3, således at der sikres helhed og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet (HN's værdigrundlag og strategi SC/HN).

Hjerneskaden påvirker hele livssituationen – det være sig den fysiske, psykiske, kognitive, følelsesmæssige, personlige og sociale funktionsevne, som så igen får indflydelse på den enkeltes arbejdsliv, familieliv (børn, roller, opgaver), fritidsliv, færden (transport), bolig mv. Samspillet mellem ovenstående og konsekvenserne for det fremtidige liv er i fokus og skal indtænkes i den samlede rehabiliteringsplan.

Ressourcer

I afsnit H20 er ansat ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker og serviceassistenter. Til at varetage den kliniske opgave er der foruden ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker (= det nære team), der kontinuerligt driver afsnittets neurorehabiliteringstilbud, tilknyttet læge, neuropsykolog, socialrådgiver og talepædagog (= det brede team), der kommer regelmæssigt og efter behov. Det er derudover muligt at trække på Hammel Neurocenters speciallæger, specialterapeuter mv.

Personalet er fagligt højt kvalificeret. De har gennem de seneste 10-15 år oparbejdet en faglig og tværfaglig specialviden indenfor udredning, behandling og neurorehabilitering af senhjerneskadede.

Kompetencerne er især bygget op omkring udredning og vurdering af funktionsevnen (fysisk, psykisk, kognitivt og socialt) set i relation til den enkelte patient og dennes fremtidige liv (familieliv, arbejdsliv, fritidsliv), og i forhold til planlægning og koordinering af neurorehabiliteringsmiljøet med individualiserede neurorehabiliteringsinitiativer samt i forhold til den efterfølgende rehabilitering med patientens fremtidige samarbejdspartnere. Der er desuden oparbejdet specialviden og overblik over muligheder for rehabilitering i fase 3. Personale-gruppen er stabil, fleksibel, har et lavt sygefravær og et godt, tæt og velfungerende tværfagligt samarbejde, som giver overblik og kontinuitet i samarbejdet med patienten.

Normeringen i afsnittet er relativ lav – 0,17 sygepleje og 0,37 terapeut per seng – til sammenligning er normeringen på de andre amtsafsnit 0,94 i plejen og 0,57 i terapien. Sengedagspris på H20 (2636 kr.) til en samlet klinisk normering på 0,54. Til sammenligning svarer sengedagspris på H10/H11 (4148 kr.) til en samlet klinisk normering på 1,51. Sengedags-prisen på H20 svarer til 63,5 % ($2636 \times 100 : 4148$) af prisen på H10/H11. Normeringen på H20 svarer til 35,8 % ($0,54 \times 100 : 1,51$) af normeringen på H10/H11.

H20 har ikke personaledekning om natten og i weekenderne, og patienterne skal stort set være selvhjulpne med primær ADL daglige færdigheder, men selv når dette forhold tages i betragtning, må normeringen siges at være lav. Sundhedsstyrelsens anbefalede i 2001 en normering på 1,3 plejepersonale og 0,8 terapeut per seng til behandling af apopleksipatienter.

Afsnittet har fra starten haft et rammebudget til udgifter, som afsnittet selv i en vis grad kan påvirke. Det er udgifter til løn, kurser, materialer og diverse i forbindelse med den daglige drift i afsnittet. Budgettet aftales en gang årligt mellem Centerledelsen og Sygehusledelsen på Silkeborg Centralsygehus. Budgettet har ikke ændret sig væsentligt siden oprettelsen i 1998. Der har været opnormeringer på sygeplejen på 33 ¼ time og 4 timer på terapeuterne. Budgettet for varekøb m.v. er nedskrevet.

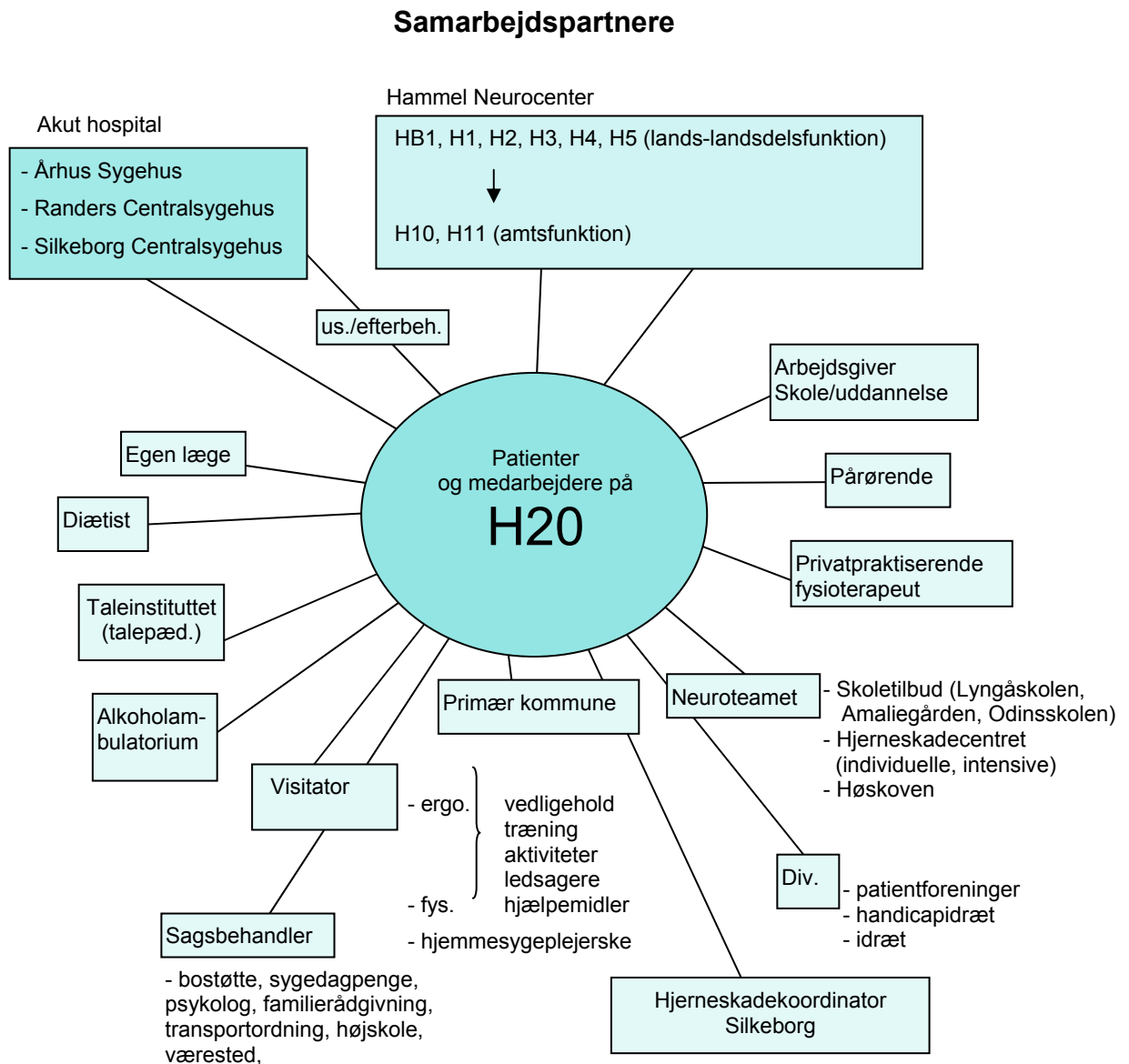
Samarbejdspartnere

I et patientforløb samarbejder personalet tilknyttet H20 (sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, læge neuropsykolog, talepædagog, socialrådgiver m.fl.) dels med patient og pårørende, dels med personale fra de henvisende instanser (hospital, egen læge, HN's øvrige afsnit) og dels med personalet i fase 3's forskellige sektorer med henblik på at få helhed og sammenhæng i indsatsen (figur 3).

Der findes både fast aftalte samarbejdsrelationer og mere behovsbestemte.

De faste samarbejdsrelationer er repræsenteret på visitationsmøder, overflytningsmøder (ved internt henviste patienter), og månedlige møder med Neuroteamet. Behovsbestemte samarbejdsrelationer kan være, møder med fase 3's bevilligende myndigheder og/eller patientens fremtidige samarbejdspartnere. Møderne afholdes afhængigt af indhold, på Hammel Neurocenter, i patien-

tens hjem, kommende træningssteder eller på arbejdsplads/uddannelsesinstitution. Samarbejdet foregår også telefonisk og skriftligt.



Figur 3. Samarbejdspartnere

2. Forandringer i sundhedsvæsenet.

Nye initiativer og nye fokusområder

Udviklingen indenfor behandling og rehabilitering af erhvervede hjerneskader er gået hurtigt de seneste år, både nationalt og internationalt. I Danmark har der siden 1990'erne været både politisk og faglig opmærksomhed på området med et særligt fokus på at udvikle en sammenhængende og evidensbaseret indsats. Udviklingen har i de senere år været påvirket af besparelser indenfor det offentlige samtidig med, at der fra politisk side er stillet krav om øget effektivitet

med hensyn til indlæggelseslængde og kortere ventetider. Fra politisk side er der blevet iværksat flere tiltag med henblik på at sikre kvalitet i patientbehandling, forløb og overgange.

I 1994 og 1997 udarbejdede Sundhedsstyrelsen redegørelser/strategier for indsatsen på henholdsvis apopleksiområdet (1994) og området for traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser (1997). Redegørelserne resulterede efterfølgende i oprettelsen af apopleksiafdelinger, traume-centre og landsdelsfunktioner indenfor neurorehabilitering af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser.

I 1994 udgav Sundhedsministeriet pjecen ”Mellem to stole”, som skulle øge opmærksomheden på gråzoneproblematikken mellem sektorerne. Formålet var at få sammenhæng i indsatsen, få en bedre kommunikation, mere kontinuitet og bedre koordination mellem sekundær og primærsektoren.

H20 kan ses som et af de tiltag, der blev udviklet i 1990'erne. Afsnittet blev oprettet i 1998. De overordnede mål var at lette overgangen mellem hospital og eget hjem og forebygge psykosociale konsekvenser, som fx isolation. H20 skulle således fungere som udslusningsafsnit med fokus på livet efter udskrivelsen - ikke kun med henblik på praktiske færdigheder, men også i forhold til sociale færdigheder, og til erkendelse af ressourcer og problemer. Patienten skulle igen tage ansvar for egen dagligdag og tage aktiv del i sociale sammenhænge både på og udenfor H20.

I 2001 trådte lovene om genoptræningsplaner i kraft. Den ene lov - en tilføjelse til Sygehusloven - præciserer, at det er sygehusenes ansvar at udarbejde genoptræningsplaner til patienter, der er indlagt på sygehus, og som har et lægefagligt begrundet behov for optræning efter udskrivelsen. Den anden lov er en tilføjelse til Serviceloven, som præciserer, hvilket ansvar kommunerne har i forbindelse med genoptræning.

Med baggrund i gråzoneproblematikken (overgangen fra sekundær- til primærsektoren), loven om genoptræningsplaner, et ønske om at målrette og højne kvaliteten i behandlingen, samt bestræbelser på at afkorte indlæggelsen, har der været iværksat en række tiltag og projekter.

I perioden 1998 og frem til nu har mange projekter haft fokus på hjemmetræning af apopleksipatienter. Projekterne går under betegnelserne hjemmetræning og hjemmerehabilitering, et enkelt benævnes Det udgående hospital.

Målet med hjemmetræning er at opnå en større effekt af de offentlige tilbud ved at træne daglige færdigheder dér, hvor patienterne skal fungere efter udskrivelsen. Samtidig ønsker man at reducere de problemer, der kan opstå, når patienterne skal klare overgange mellem institution og hjem.

Hjemmetræning – rehabilitering i hjemmet

Både danske (1-8 i referenceliste A) og udenlandske projekter peger samlet set på, at mange apopleksipatienter med fordel kan udskrives tidligt til fortsat rehabilitering i hjemmet – forudsat at rehabiliteringen understøttes af udgående personale fra den behandlende hospitalsafdeling.

De udenlandske undersøgelser, der henvises til i de danske projekter og en MTV rapport fra Syddansk Universitet, der også omhandler hjemmerehabilitering (4), peger på at initiativerne reducerer indlæggelsestiden, giver færre plejehjemsanbringelser, har positiv effekt på funktions-evne og at de giver en forventet økonomisk besparelse

De afsluttede danske projekter (1,2,3,6,7) peger på, at hjemmetræning gør flere patienter selvhjulpne målt med FIM (1,7). Der opnås samtidig bedre overgange fra hospital til hjem (1,2,3,7), bedre kommunikation, tættere tværsektorielt samarbejde (1,2,3,7), positive patient- og pårørendeoplevelser (1,2,7) og færre plejehjemsanbringelser. Der er ikke konstateret forskel i indlæggelsestid (2,3) og død (2). Som sidegevinst ses en udvikling af de faglige kompetencer i primærsektoren (1,6) samt forventede økonomiske besparelser, idet færre får brug for plejehjem, og hjælpbehovet generelt bliver mindre.

Indholdet i hjemmetræningen i de danske projekter har været træning af motorik og primære funktionsevner som personlig toilett, spisning, forflytning, gang/kørestol 50 m, hjælpeforanstaltninger, instruktion og information. Med ICF som begrebsramme har fokus været på krop og aktivitetsniveau – der har altså snarere været lagt vægt på genoptræning end på egentlig rehabilitering.

Et enkelt projekt (6) har haft en bredere tilgang rettet mod alle niveauer i ICF.

Målgruppen har i de foreliggende projekter, hvor hjemmetræning er afprøvet, været patienter med diagnosen apopleksi, en gennemsnitsalder på 60 og 74 år, ikke selvhjulpne med primær ADL, men heller ikke totalt hjælpkrævende. Da der ikke er nævnt kognitive problemstillinger og komplicerende sammensatte problematikker, må det antages, at sådanne ikke har været fremherskende.

Da initiativerne til hjemmetræning (rehabilitering i hjemmet og udadrettet hospital) repræsenterer tilbud, der set udefra kunne tangere H20's tilbud, gives der et uddybende resumé af dem i bilag 2.

Forandringernes betydning for H20

Forandringer i H20'aktuelle patientgruppe:

H20 modtager ca. 50 patienter årligt.

Patienter, der henvises til H20, har siden 1998 haft følgende gennemgående karakteristika:

- diagnoserne hjerneblødning eller infarkt, ca.70 % (bilag 1.1, tabel 2)
- gennemsnitsalder på 45-50 år (bilag 1.2, tabel 4)
- overvejende mænd, ca.60 % (bilag 1.2, tabel 3)
- erhvervsaktiv ved skadestidspunkt, 70-80 % (bilag 1.4, tabel 7)
- kognitive vanskeligheder
- negative variable - forskellige komplicerende faktorer (bilag 1.3, tabel 6)
- selvhjulpne med primær ADL

I de senere år har de forandringer, der er sket i sundhedssektoren på hjerneskadeområdet, betydet en forandring i målgruppens behov og problemstillinger. De politiske krav om kortere ventetid og kortere indlæggelser har fået betydning for, hvornår i rehabiliteringsforløbet H20 modtager patienten, hvilke mål der kan opstilles og indfries, og hvad der skal formidles og koordineres videre til fase 3.

Når patienterne direkte fra akutafdelinger blev indlagt på H20, var det i 1998 gennemsnitlig 68 dage siden, de havde pådraget sig deres skade. I 2003 var antallet af dage siden skaden faldet til 47,3 dage og i 2005 er det gennemsnitlige antal dage ned på 15, 3. Over disse knap 10 år er perioden reduceret til ¼.

Ved indlæggelse på H20 i forlængelse af en indlæggelse på et af Hammel Neurocenters andre afsnit, var det i 1998 gennemsnitlig 143 dage siden patienten havde pådraget sig skaden, i 2003

var der tale om 94,1 dage og i 2005 er tallet nede på 49,6 dage i gennemsnit (bilag 1.7, tabel 14). Denne variable er i samme tidsrum reduceret til $\frac{1}{3}$.

De tidlige indlæggelser har blandt andet betydet, at mange patienter ved indlæggelsen er i krise, og at de ikke er færdigt udredte sygdomsmæssigt og medicinsk.

Antallet af henviste patienter fra andre afsnit på Hammel Neurocenter har været stigende fra ca. 40-70 % (bilag 1.1, tabel 1). Patienter henvist fra andre afsnit på HN er patienter med moderate til svære hjerneskader, som er kommet sig i det forudgående behandlings- og rehabiliteringsforløb, og nu kan profitere af de større krav, der stilles på H20.

Især har behovet for støtte til hukommelse, struktur, planlægning og overblik for at kunne klare hverdagens opgaver både på H20 og ved udskrivelsen været støt stigende. I 1998 havde ca. 10 % af patienterne ved udskrivelsen til fase 3 behov for støtte, også kaldet bostøtte, til at klare hverdagens opgaver. I 2005 har næsten 50 % dette behov (bilag 1.5, tabel 10).

Antallet af patienter, der har behov for et tilbud fra Hjerneskadecentret i forbindelse med den videre erhvervsafklaring efter udskrivelsen, har også været stærkt stigende – fra 7,1 % i 1998 til 56,6 % i 2005 (bilag 1, tabel 11). Det samme gælder generelt for de amtslige behandlingstilbud efter udskrivelsen – tilbuddene som Neuroteamet visiterer til (bilag 1.5, tabel 9).

Om ændringerne skyldes, at H20 modtager patienterne tidligere i den samlede behandling og rehabilitering, og også sender patienterne ud i primærsektoren tidligere end før, eller om det er et udtryk for, at patienterne har sværere skader, vides ikke, men det kan konstateres, at forskellen er der, og forandringen har konsekvenser i dagligdagen - opgaverne er flere og kompleksiteten er steget. Som et sidste forandret vilkår for H20's neurorehabiliteringstilbud skal nævnes, at varigheden af indlæggelsen på H20 er reduceret (bilag 1.7, tabel 15).

H20's tilbud i forhold til de nye hjemmetræningstilbud

Erfaringerne fra de gennemgåede projekter er blevet overvejet indenfor dette projekts ramme.

Det står klart, at de ikke kan overføres til H20 af flere grunde. For det første er målgrupperne og deres træningsbehov ikke sammenlignelige. Dernæst rummer de tilbud, hjemmetræningen omfatter, ikke de bredere neurorehabiliteringstilbud af psykologisk og social art, som ligger i H20's tilbud.

Med hensyn til overgange, samarbejde mellem sektorerne og større patient- og pårørendetilfredshed, er disse allerede i større eller mindre grad tænkt ind i H20's patientforløb, blandt andet som et resultat af det i amtsfunktionen i 2003 afviklede projekt, "accelereret udskrivelse" (A 9).

Erfaringen på H20 er, at hjemmetræning, hvor denne er relevant, opkvalificerer neurorehabiliteringstilbuddet, men også at det personalemæssigt er mere ressourcekrævende. Desuden siger erfaringer, at det ikke er fuldt standardiserede tilbud, der er brug for, men forskellige fleksible tilbud, der kan tilgodese de mange forskellige patienters behov.

DEL II. H20's udadrettede neurorehabiliteringstilbud

Del II omfatter først en beskrivelse af de fire praksisformer, der - set i et videnskabsteoretisk perspektiv - indgår i neurorehabiliteringen (kapitel 3). Denne introduktion følges op af en præsentation af H20's tilbud, som *hverdagslivstræning* (kapitel 4). Derefter gives en beskrivelse af patienten ved ankomsten til H20 (kapitel 5), af de sammenhænge hvori hverdagslivet på H20 foregår, af de fysiske rammer (kapitel 6) samt et billede af en almindelig ugeplan (kapitel 7). Herefter præsenteres de grundlæggende værdier bag H20 og HN (kapitel 8). Kapitel 9 er en redegørelse for de tilrettelagte neurorehabiliteringstilbud, der står til rådighed for alle patienter. I kapitel 10 beskrives det, hvordan tilbuddene individualiseres i den enkelte patients forløb gennem en patientorienteret tilgang.

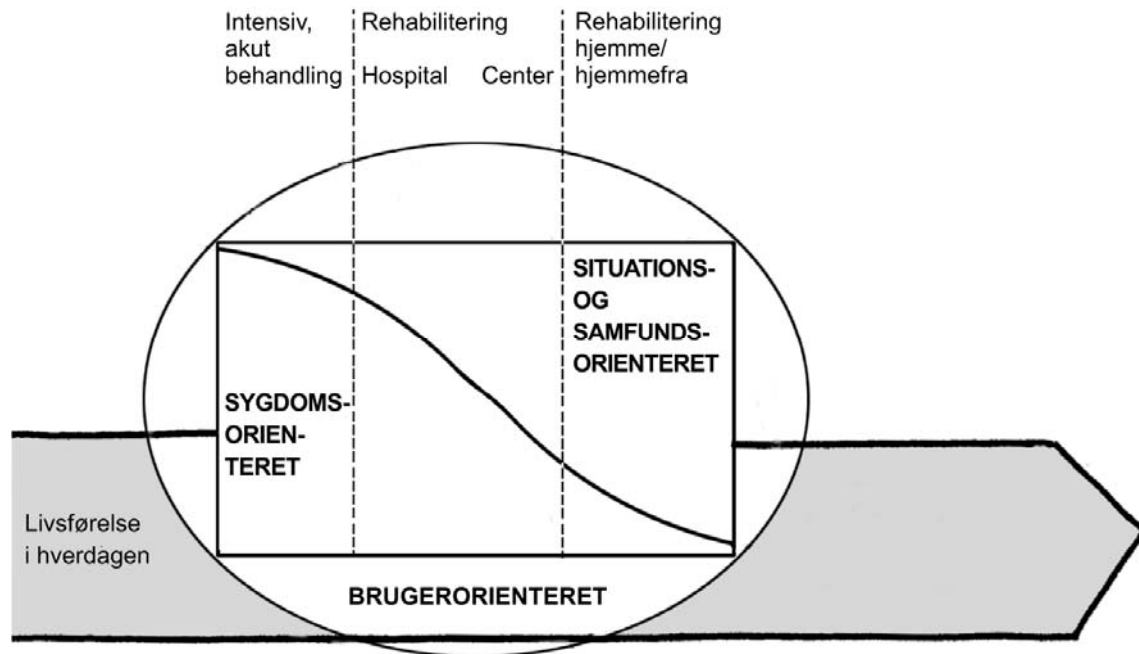
3. Neurorehabiliteringens fire praksisformer

Indholdet i rehabiliteringen kan beskrives på forskellige måder. I Forskningsenheden på HN er det blevet forsøgt at benytte en videnskabsteoretisk tilgang hertil, hvorefter der kan redegøres for fire forskellige praksisformer i neurorehabilitering (Borg T og Jensen UJ, 2005). De fire praksisformer er (1) en sygdoms-, symptom- og funktionsorienteret praksis, (2) en situationsorienteret praksis, (3) en samfundsorienteret praksis samt (4) en patientorienteret praksis. De spiller alle en rolle hele vejen igennem de faser i rehabilitering, som forløb almindeligvis deles op i og kan identificeres på HN.

Hver af disse praksisformer har forskellige formål og intervention, og de hviler på forskellige videnskabelige og empiriske grundlag, der hører til indenfor bestemte forskningsmæssige områder. En del af de praksisformer, der er tale om, hviler på empirisk grundlag, og mange er udviklet videnskabeligt. *Sygdoms-, symptom og funktionsorienterede praksisformer* kan eksempelvis være kirurgiske indgreb, medicinsk behandling og genoptræning af specifikke funktioner. Sådanne praksisformer er først rettet imod overlevelse og dernæst mod den bedst mulige behandling og genoptræning og er udviklet på et biomedicinsk sundhedsvidenskabeligt grundlag. I forhold til ICF (WHO's klassifikation af funktionsevne) drejer disse praksisformer sig om kroppens funktion og anatomi. *Situationsorienterede praksisformer* - eksempelvis træning af daglige færdigheder - er rettet mod personers livskvalitet og har ofte en humanistisk baggrund. Formålet med *samfundsorienterede praksisformer* - som fx forskellige former for sekundær forebyggelse og revalidering - er netop forebyggende, og de har en samfundsvidenskabelig baggrund. I ICF-terminologien er de situations- og samfundsorienterede praksisformer rettet imod menneskers aktivitet, deltagelse og omgivelser. En skematisk oversigt over de tre praksisformer kan ses i bilag 3.

En fjerde praksisform er *den patientorienterede praksis*. Den tager udgangspunkt i den bestemte person, der gennemgår et rehabiliteringsforløb og skal i hele forløbet sikre, at de generelle tilbud, som de tre andre praksisformer byder på, individualiseres til netop denne person og vedkommendes perspektiver, baggrund og vilkår. Den patientorienterede praksis er nødvendig i hele rehabiliteringsforløbet, men må nødvendigvis varetages af skiftende professionelle i de sammenhænge, patienten kommer igennem i rehabiliteringens tre faser. Den patientorienterede praksisform beskrives nærmere i kapitel 9.

Undervejs i et rehabiliteringsforløb ændres sammensætningen mellem de forskellige praksisformer, således at den sygdomsorienterede praksis, der er afgørende ved rehabiliteringens begyndelse, aftager til fordel for en mere situations- og samfundsorienteret praksis.



Figur 4. Rehabiliteringens 4 praksisformer. Borg 2003.

For de patienter, der er indlagt på HN, finder der en forskydning sted mellem praksisformerne gennem indlæggelsen. Fra at de sygdoms- situations- og samfundsorienterede indsatser eksisterer side om side, orienteres neurorehabiliteringen på H20 gradvist tydeligere omkring det hverdagsliv i bestemte omgivelser, som patienten og dennes pårørende kan få efter indlæggelsen. Ved indlæggelsen på H20 fremstår det som en central opgave at få større klarhed over den nærmeste fremtid med livet hjemme og en mulig arbejdssituation i fokus.

Forskydningen i praksisformerne har konsekvenser for hele neurorehabiliteringstilbuddet, såvel for tilrettelæggelsen af miljøet som for de krav, der stilles til patienternes deltagelse.

4. Hverdagslivstræning²

De personer, der indlægges på H20, står overfor den udfordring, at de indenfor en overskuelig fremtid skal kunne klare eget hverdagsliv i de sammenhænge, hvor de hører til.

Det miljø, der er tilrettelagt på H20, og de specialiserede neurorehabiliterings- lærings- og behandlingsmuligheder, der står til rådighed for patienterne, betragtes som et midlertidigt

² Brugen af begrebet hverdagslivstræning sker forsøgsvis og med en vis tøven. Begrebet skal illustrere kernen i rehabilitering, eksperimentering med forskelligartede aktiviteter og deltagelse i en hverdagslivskontekst planlagt ud fra den enkelte persons behov. Der er tale om en individualiseret indsats og ikke om en på forhånd standardiseret og instrumentel træning.

'handlerum' med mange muligheder for at komme videre. Her kan man øve sig, eksperimentere og gøre sig erfaringer med mange af de opgaver og aktiviteter, der indgår i menneskers almindelige hverdagsliv. Man kan få støtte til initiativer, der rækker fremad, både i forhold til den hjemlige situation, deltagelse i aktivitet uden for hjemmet og i forhold til egen arbejdssituation. Samtidig er man i en hospitalssammenhæng med professionel støtte og mange forskelligartede behandlingsmuligheder.

De erfaringsområder, der står centralt i hverdagslivstræningen kan beskrives på følgende måde:

Der er mulighed for at gøre erfaringer med

- egne aktuelle kropslige og mentale muligheder og begrænsninger
- praktiske konsekvenser af hjerneskaden og situationen, herunder at lære forskellige kompensatoriske handlemåder og foranstaltninger
- psykologiske og sociale konsekvenser af hjerneskaden og situationen, herunder at lære at modtage og at bede om hjælp, og at overveje hvordan man selv kan påvirke omgivelserne bl.a. i forhold til det at være funktionsevnebegrænset
- muligheder og begrænsninger for en livsførelse med funktionsevnebegrænsninger – alene, sammen med de nærmeste og andre. Lære aktuelle rammer at kende vedrørende relationelle, materielle og kulturelle forhold
- at komme til forståelse med sig selv og andre – på baggrund af en ny livsførelse under udvikling
- betydningen af genoptrænings- og rehabiliteringsinitiativer (muligheder og begrænsninger)

Som det fremgår, er det forhold, der har plads på alle ICF's områder, men vægten ligger især på Aktivitet og Deltagelse samt på de omgivelser, patienten skal lære at fungere i på ny.

H20's neurorehabiliteringstilbud kan således kaldes **Hverdagslivstræning**. Det omfatter (A) deltagelse i de neurorehabiliterings- lærings- og behandlingsmuligheder, der står til rådighed i miljøet, (B) deltagelse i gruppeaktiviteterne og (C) deltagelse i den individuelle behandling. Disse tre tilbud er hovedbestanddele i H20's neurorehabiliteringstilbud og står principielt til rådighed for alle patienter. Hverdagslivstræningens praksisformer er hovedsagelig *situations- og samfundsorienterede*, men bygger også på en *sygdomsorienteret neurologisk, neurofysiologisk og neuropsykologisk indsigt*. A, B og C beskrives i kapitel 9. Den bestemte patients forløb beskrives i kapitel 10.

5. Patienterne ved ankomsten til H20.

Tidsrummet der går, fra patienten er blevet skadet, til han overflyttes til H20, er som nævnt i de senere år blevet forkortet på grund af kortere indlæggelser på primærsygehusene og på HN. Det betyder, at patienten ikke er nået ret langt i sin bearbejdningsproces af det skete - fra at være en rask person til at være en person med hjerneskade. Den proces, som patienten erfaringsmæssigt skal gennemleve med sorg, tab, krise, erkendelse og bearbejdning af sin situation, er måske kun lige påbegyndt. Hvis patienten fx er trist eller begyndende deprimeret, har han i starten dels brug for at blive støttet, og dels at der arbejdes ressourceorienteret, så han får mulighed for at bruge og opleve sine stærke sider. I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt, at en nøjere udredning af problemfelter udsættes til patienten har fået mere fodfæste. I andre tilfælde har patienten ved indlæggelsen ikke nogen oplevelse af at have fået vanskeligheder som følge af sin hjerneskade. Her er der brug for, at patienten og de ansatte i fællesskab gennem oplevelser i hverdagen danner sig et klarere billede af, hvilke konsekvenser, skaden har.

Overflytning fra et andet hospitalsafsnit kan for nogle patienter være overvældende. På H20 lægges op til, at patienterne i højere grad lærer at fralægge sig patientrollen, varetager flere funktioner selv eller i samarbejde med de øvrige patienter, samt tager initiativer til selvstændigt at udfylde en del af deres dag. I det hele taget opmuntres patienterne til at tage større ansvar for egen læring og udvikling.

De fleste patienter oplever efter nogle dage dette miljøskift som positivt, selv om det kan være en stor omvæltning i starten, hvor alt er nyt - ikke blot i forhold til deres hidtidige indlæggelse, men også i forhold til deres tidligere liv. Falder patienten ikke til, individualiseres tilbuddet yderligere, eller der må søges andre muligheder.

6. De fysiske rammer

H20 er indrettet på 1. sal i en bygning med direkte adgang fra det øvrige Hammel Neurocenter via en glasgang. Der er 10 eneværelser med hver deres bad. Værelserne er indrettet med boks-madras, lænestole, lille bord, skrivebord, reoler, skab, kontorstol, TV, whiteboard, rullebord, blomster i vindueskarmen og billeder på væggene. Badeværelserne er indrettede, så de også kan bruges af kørestolsbrugere, der har brug for assistance. Alle værelser ligger ud til en gang, som fører til køkken og opholdsstue. Flere steder på gangen er der små siddegrupper og grønne planter. Pjecer og andet oplysende materiale er hængt op tæt på opholdsstuen. I en ende af gangen står en computer til fri afbenyttelse - uden internetforbindelse, men med en del træningsprogrammer. Køkkenet er stort, handicapvenligt og giver mulighed for, at flere kan arbejde samtidig. Alle skuffer og skabe har tekst, der viser indholdet. Der er opvaskemaskine. Opholdsstuen er indrettet med spisebord og stole til 14 personer, lædersofaer og sofabord, reoler med spil, bøger o.l., TV, video og DVD, computer med internetforbindelse, tavle hvor aftaler noteres, store grønne planter og farverige billeder på væggene. I den ene ende af gangen er der depot med vaskemaskine, tørretumbler, rengøringsartikler, strygebrædt o.l. Overfor er der depot og medicinrum. Desuden er der et grupperum. Kontorerne ligger placeret mellem værelserne ud til gangen. Uden for et af kontorerne hænger en tavle med billeder af alle ansatte. På HN er der desuden lokaler, som kan benyttes af alle på stedet, bl.a. en såkaldt Multisal, der giver plads for mange aktiviteter som fx idrætsudfoldelse, et varmtvandsbassin, et styrketræningslokale og et værksted (træ).

Der er to store altaner, den ene aflukket og beregnet til rygerum. Den anden altan har sol hele dagen, fin udsigt til en dejlig gårdhave, havemøbler til alle, blomsterkummer og parasoller. H20 bruger Hammel Neurocenters fælles udearealer bestående af bl.a. mobilitybane, sansehøve, græs- og terrassearealer samt drivhus, men har derudover sin egen have ved en gæstebolig på den anden side af vejen. H20 bruger desuden såvel by som skov og andre nærområder i rehabiliteringen.

7. En uge på H20

En uge på afsnit H20 indeholder mange, forskellige og varierede muligheder for at deltage i aktiviteter på forskellige niveauer (se bilag 4.1 og bilag 4.2).

Tilbuddet består af:

- A. Praksisfællesskabets opgaver.
- B. Gruppeaktiviteterne.
- C. Individuelle behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Neurorehabiliteringen er knyttet til og integreret i de tre typer tilbud og omfatter tvær- og monofaglig hverdagslivstræning, bearbejdning af egen livssituation, behandling, genoptræning, pleje, forebyggelse, sundhedsinformation, rådgivning/vejledning samt kompenserende foranstaltninger, herunder tilpasning af omgivelser evt. hjælpemidler.

En stor tavle over ugens aktiviteter kan ses i H20's opholdsstue. Den viser alle fælles og individuelle aktiviteter og aftaler (bortset fra selvtræning).

A: Praksisfællesskabets opgaver

Dagen starter med, at patienterne **står op** og gør sig klar til morgenmaden. Det sker oftest uden hjælp, men har patienten behov for støtte, eller er der behov for pleje/behandling, kan man få hjælp af personalet.

Den første i køkkenet dækker **morgenbord** til alle evt. med hjælp fra en medpatient eller fra personalet, hvis man ikke kan selv. Personalet deltager i en del af måltidet. Alle skal være færdige med at spise morgenmad inden kl. 8.45, hvor de, der bliver sidst færdige, skal rydde det sidste væk og tørre bordene af.

Patienterne er dagsansvarlige på skift. Opgaven indebærer ”den sidste finish” i køkken og opholdsstue efter måltiderne, opgaven er beskrevet og er en del af ”husordenen”.

Efter morgenmaden er der hver dag **morgenmøde** med deltagelse af alle patienter samt et personalemedlem. Hver dag synges en sang (som de tilstedeværende vælger).

På mødet afklares eventuelle spørgsmål til dagens program, eller andet aktuelt tages op. Mødet varer ca. 15 min. Om torsdagen afholdes et udvidet morgenmøde, **planlægningsmødet**, mellem klokken 9 og 10, hvor den kommende uges aktiviteter planlægges og aftales. Beslutningerne skrives på tavlen i opholdsstuen.

Efter morgenmødet er der mulighed for **deltagelse i gruppeaktiviteter, individuelle aftaler med teammedlemmer**³, eller man kan udfylde de ledige stunder med **selvtræningsaktiviteter**, gå tur, deltage i værkstedsaktivitet med beskæftigelsesvejleder, bage, læse avis, tage sig et hvil eller hvad man nu har lyst til og behov for.

Til **frokost** kl. 12. dækker en patient bord og retter maden an, ofte sker det med hjælp fra andre (se kap. 9)

Herefter er der mulighed for et **hvil** ind til kl. 14. Derefter begynder **eftermiddagens aktiviteter**. De svarer i princippet til formiddagens.

Patienterne arrangerer selv **kaffepause** en gang midt på eftermiddagen.

Sidst på eftermiddagen eller eventuelt endnu tidligere, går **aftensmadens** kok(ke) i gang (se kap. 9)

Nogle af patienterne holder pause for sig selv **efter aftensmaden**, nogle går tur eller spiller kort, bordtennis eller badminton og andre ser TV sammen i opholdsstuen. Andre bruger byens tilbud fx biograf og bowlingcenter.

³ Teammedlemmer se kap. 9.3.3. om teams

Er der kommet en ny patient, deltager alle så vidt muligt ved *velkomstkaffen* kl. 20. Én af patienterne er ansvarlig for at rette an til det, evt. også for at bage.

Under alle omstændigheder mødes man typisk til *aftenkaffe*, snak og hygge og måske til lidt TV.

Nogle af patienterne vælger at være sig selv på stuen om aftenen, andre går tidligt i seng.

Ofte vil én eller flere af patienterne have gæster på besøg om aftenen. De kan deltage af og til ved aftenskaffen, men patienten kan også vælge at have gæster på stuen.

Nogle patienter er hjemme enkelte dage på hjemmetræning, og deltager i de hjemlige aktiviteter.

Personalet går hjem kl. 21.

På det tidspunkt sidder der som regel en del patienter og snakker sammen i opholdsstuen.

Alle de opgaver, der skal gennemføres, og som udgør hverdagslivet, stiller en mangfoldighed af rehabiliterings- og læringsmuligheder til rådighed for patienterne.

Der er enkle praktiske opgaver, der kan udføres af én person, når det svarer til hans behov. Det kan fx være at tømme opvaskemaskine inden næste måltid. Der er intellektuelt krævende, komplekse og sammensatte opgaver, der skal koordineres mellem flere personer og måske oven i købet times. Det kan fx være at planlægge en tur ud af huset eller at lave mad. Derimellem findes alle tænkelige muligheder.

Opgavernes varetagelse er en del af det fælles hverdagsliv på stedet. De udføres således både fordi de er nødvendige for det fælles liv, og fordi de byder på nyttige læringsmuligheder.

Enhver opgave kan rumme læringsmuligheder alt afhængigt af, hvad den person, der udfører den, har behov for at lære.

Patienterne går selv spontant ind i fordelingen af opgaver; men personalet har det professionelle ansvar for udvælgelse af opgaver og opgavernes sværhedsgrad. Personalet analyserer, følger, superviserer og støtter. Da alle disse opgaver foregår i det samme miljø med de samme patienter og det samme personale, er der gode muligheder for at planlægge, at patienterne kommer til at eksperimentere med netop de aktiviteter og den deltagelse, de har brug for at udfordres af. Samtidig kan de følges tæt af de ansatte, således at erfaringer sammenholdes, og der gives feedback i de forskellige sammenhænge.

Erfaringsopsamling, dialog, refleksion

Erfaringsdeling, dialog og refleksion er centrale omdrejningspunkter i neurorehabiliteringen. Det finder sted i forhold til de erfaringer, patienten gør sig i dagligdagen og i grupperne bl.a. gennem individuelle samtaler med et personale fra patientens eget team⁴. Under sådanne samtaler sammenholdes patientens oplevelser med de observationer, personalet har gjort. Det vurderes desuden, hvilke justeringer af behandlingen der evt. skal foretages.

Erfaringerne fra grupperne og dagligdagen inddrages i de individuelle aktiviteter, ligesom det modsatte er tilfældet.

B: Gruppeaktiviteter

H20 har en række gruppetilbud, som patienterne kan deltage i, afhængigt af motivation/lyst, behov og evne. Det drejer sig om:

Idrætsgruppe, Kognitiv gruppe, Madgruppe, Samtalegruppe, Bassinhold, Ture ud af huset, Havegruppe og Norsk Sekvens.

Desuden kan der efter aftale rekvireres undervisning ved:

⁴ Teamarbejdet beskrives nærmere kap. 10.

Neuropsykolog om kognitive og psykologiske følger efter en hjerneskade.

Socialrådgiver om muligheder og rettigheder på det sociale område.

Diætist om sunde kostvaner relateret til målgruppen.

Sygeplejerske om madhåndtering og køkkenhygiejne.

C: Individuelle behandlings- og rehabiliteringstilbud

De individuelle behandlings- og rehabiliteringstilbud forstås her som den tid, hvor den enkelte patient, sammen med et eller flere teammedlemmer, arbejder hen mod den formulerede målsætning. De planlagte individuelle tider vil stå på H20's fælles tavle og i patientens kalender. Typisk vil det for "det nære teams" vedkommende, dreje sig om 2 behandlingstider pr. uge (fra hver faggruppe), men ofte vil der i praksis være daglig kontakt (og ofte også flere gange dagligt) mellem patienten og hans teammedlemmer. Behandlingstiderne hos neuropsykolog, læge, talepædagog og socialrådgiver aftales efter behov, og omfanget kan også her variere. Som en del af den individuelle behandling og træning instrueres patienten i selvtræningsopgaver af forskellige karakter og opfordres endvidere til at bruge tiden under indlæggelsen til at genoptage tidligere interesser.

8. Grundlæggende værdier

De grundlæggende værdier bag H20's neurorehabiliteringstilbud lægger sig op ad FN's definition på rehabilitering, hvor målet er at bidrage til at mennesker fortsat kan deltage i samfundslivet.

Hammel Neurocenters værdigrundlag er i øvrigt:

- At mennesket opfattes som et tænkende, følende og handlende individ. Mennesket forholder sig aktivt til og påvirkes af sine omgivelser og udvikler sig i samspil med disse. Mennesket betragtes som havende et vedvarende udviklingspotentiale. Udviklingspotentialet tager afsæt i det enkelte menneskes erfaringer, værdier og evner. Lysten til at udvikle sig kommer af den enkeltes behov for at udvide eller ændre sine handlemuligheder.
- At neurorehabilitering tager udgangspunkt i og inddrager krop, følelser, intellekt og samfund, og at vores indsats og fokus retter sig mod at forbedre patientens kropsfunktioner, aktivitetsmuligheder og deltagelse i samfundslivet.
- At udgangspunktet for patientens rehabilitering er patientens ønsker, behov og muligheder for fremtidigt liv og handlekompetence. Mødet med patienten er forbundet med støtte og vejledning til den, der ikke kan klare sig selv.
- At det sker i et ligeværdigt samarbejde, hvor fundamentet er respekten for det enkelte menneskes værdighed, livsværdier og ret til selvbestemmelse.
- At det er hele familien – også de pårørende, der bliver påvirket ved sygdom og ulykke. Derfor omfatter HN's rehabiliteringsindsats også patientens pårørende.

Desuden tilstræbes det i indsatsen på H20 at bygge på patientens ressourcer. Patienten har behov for og ret til også at opleve sine stærke sider i en vanskelig neurorehabiliteringsproces, hvor der ellers kan være meget fokus på vanskeligheder og problemer.

En patientorienteret tilgang er en vigtig forudsætning for at etablere et frugtbart samarbejde med patienten, og det falder fint i tråd med hele Hammel Neurocenters værdigrundlag. Denne tilgang bliver beskrevet nærmere i kap. 10.

9. Tilrettelagte neurorehabiliteringstilbud

I det følgende redegøres for de rehabiliteringstilbud, der står til rådighed for alle patienter. I kap. 10 beskrives, hvordan tilbuddene individualiseres til den bestemte patient.

Introduktion til H20.

Den første opgave er at give patienter adgang til H20's rehabiliteringsmiljø. **At give adgang** vil sige, at stille et midlertidigt "mulighedsrum" til rådighed, hvor der er tilrettelagt et miljø og nogle rammer, der giver mulighed for at eksperimentere med hverdagslivskompetencer.

Introduktionen til deltagelse i hverdagslivet på afsnittet foregår hovedsageligt i løbet af de første dage af opholdet. Men det fortsætter i princippet over en længere periode, da der hele tiden sker en regulering af den enkelte patients ansvars- og indsatsområder i takt med, at han lærer sig nyt. Patienten får en hovedkontaktperson⁵, der har ansvaret for ved hjælp af en checkliste at sikre sig, at han har fået den fornødne start-information (se bilag 6), og vurderer ligeledes i hvilket tempo og på hvilken måde han er i stand til at modtage den. Da der ikke er personale i afsnittet om natten, skal patienter have modtaget information om brand- og alarmeringssystemerne i afsnittet den første dag. Af andre praktiske informationer kan nævnes hus- og køkkenregler, ugeplan osv. Det er vigtigt, at afsnittets kultur og de terapeutiske idéer om deltagelse i afsnittets hverdag formidles til patienterne hurtigst muligt, fordi det ofte er nyt for patienterne.

For patienterne er alt nyt. De kommer til et sted, hvor hverdagen allerede kører, og hvor funktioner og rutiner skal læres helt fra bunden.

Det er derfor væsentligt, at patienterne oplever afsnittet som **et inkluderende miljø** - at der inviteres til deltagelse i en tryk hverdag, hvor der er plads til alle med forskellige ressourcer, vanskeligheder og personligheder, og hvor patienterne mødes med en positiv forventning om at tage så stort et ansvar som muligt for eget videre ophold. De fælles dagligdags aktiviteter i afsnittet er ikke "kun" træning, men også nødvendige for afsnittets dagligdag; dvs. man har et kollektivt ansvar, som udfyldes efter evne. Det skal fra starten være gennemskueligt for den nye patient, både hvad han selv kan gøre, og hvad de andre gør. På den måde får han også et indtryk af, hvilke udviklingsmuligheder der er for ham i disse rammer. Desuden skal det fra starten legitimeres, at alle kan deltage på det niveau, hvor de aktuelt befinder sig, så ingen føler sig pressede til at yde over evne eller får dårlig samvittighed over, at de ikke kan bidrage med så meget som nogle af de andre.

Alle disse inkluderende tiltag og holdninger er en vigtig del af den kultur, der er udviklet i afsnittet.

Det er en bestræbelse at indrette miljøet, så alle kan fungere i det. I de 8 ½ år afsnittet har eksisteret, er der løbende blevet justeret i takt med den feedback patienterne har givet og de erfaringer, der er akkumuleret i personalegruppen.

Værelserne betragtes som patienternes "eget hjem", som private rum, hvor personalet som udgangspunkt kun kommer på besøg, når patienterne har accepteret det. Man banker på døren eller har en aftale.

Afsnittet er forsøgt indrettet så "hjemligt" som muligt. Patienterne har således mulighed for at medbringe egne personlige effekter til eget værelse og fællesarealer, og møblerne er bevidst valgt med henblik på at undgå institutionspræg. Patienterne opfordres til så vidt muligt at holde deres eget værelse og vaske eget tøj.

Personalet går i privat tøj, selv om afsnittet er en del af et rehabiliteringshospital.

⁵ Se beskrivelse af denne funktion i kap. 10.

De patienter, som allerede er i afsnittet, når nye indlægges, spiller en væsentlig rolle i introduktionen/inklusionen. I mange tilfælde er det dem, der spontant følger op på startintroduktionen fra personalet med information om de rutiner, ritualer og vaner, der er knyttet til afsnittets hverdag. Ofte sker der en "omorganisering", når en patient udskrives og en anden indlægges. Hvis det fx har været en person, der har taget meget ansvar i dagligdagen, finder de tilbageværende efterhånden ud af, hvem der tager over efter ham - rollerne ændrer sig måske, og personer, der før var "lærlinge", tager over og instruerer "de nye". Det giver selvtillid, og de fleste vokser med opgaven. Der er tale om en form for "mesterlære", som bl.a. har til formål at sikre, at nye patienter roligt og ligeværdigt bliver sluset ind i opgaverne. Vejledningen kommer ofte fra en person, som er i samme situation som én selv, og som ved, hvordan det er at være ny i afsnittet. "De nye" observerer "de gamle", spørger, får informationer og prøver sig frem, justerer og evaluerer sammen med medpatienter og personalet.

Man bliver således - af både medpatienter og personale - hurtigt ansporet til efter evne og på rette tidspunkt at deltage i de opgaver og muligheder for samvær, der ligger i afsnittet. Mange patienter fortæller, at det er rart at gøre nogle af disse velkendte dagligdags ting igen; at man føler sig mere rask og tættere på det liv, man levede før sygdommen. De fleste mennesker har behov for at føle, at de bidrager til et fællesskab med noget, der er nødvendigt for andre end dem selv.

Andre har sværere ved at falde ind i de daglige opgaver. For nogle er det meget uvant at arbejde i et køkken. Måske er de vant til, at ægtefællen står for husholdningen. I sådanne tilfælde støtter personalet en graduering af opgaverne til det niveau, som patienten forventer at få brug for efter udskrivelsen. Motivation er en vigtig faktor fra starten. Den måde, patienten indgår i de fælles nødvendige opgaver på, afhænger ofte mere af patientens vilje end hans evne.

En patients manglende evne, kan til tider forveksles med manglende vilje; og den gode hjælp-somhed, der var til stede ved patientens indflytning, kan let ændres til irritation og modvilje hos medpatienterne. Her er det specielt vigtigt, at der i gruppen eksisterer en forståelse for, at det er legitimt at deltage på forskellige niveauer. Personalet skal sammen med den enkelte patient vurdere, i hvor høj grad medpatienterne skal inddrages i hans problemfelter og mål med rehabiliteringen. Jo bedre medpatienterne er informerede, jo højere grad af forståelse vil der være. Men der er en risiko for, at det kolliderer med patientens behov for privathed. Det er en overvejelse, som personalet foretager hurtigst muligt, når problemet dukker op.

A. Deltagelse i praksisfællesskabet

Når der i rehabiliteringen arbejdes med genindlæring af tabte færdigheder og indlæring af nye, er det vigtigt at tage udgangspunkt i patientens tidligere liv. Aktiviteterne skal i videst mulig omfang have relevans og betydning for alle. Man må derfor tilstræbe alsidighed og variation i aktivitetstilbuddene, så de kan tilpasses både den enkelte og gruppen – og helst i så naturlige læringsmiljøer som muligt. Det kan fx være at lave mad i H20's køkken, at være ude i byen for at handle eller cykle (i Hammel eller hjemme), at være i skoven på tur i ujævnt terræn eller at arbejde hjemme i eget værksted.

Ofte anvendes der flere indfaldsvinkler til at arbejde med de samme problemstillinger. Dette er endnu en grund til at tilstræbe alsidighed og variation i tilbuddene.

Der kan være mange forskellige mål med aktiviteterne; fx at lave et produkt, at blive bedre til noget, selve processen med samvær og kommunikation, eller at slappe af, opnå nydelse og rekreere sig.

I de fælles aktiviteter og i grupperne er der fokus på aktivitet og deltagelse med udvikling af social kompetence, men også fysisk, kognitiv og psykisk kompetence tilgodeses og trænes.

Hvad den enkelte patient har særligt fokus på, vil afhænge af hans individuelle mål, som fastlægges ved indlæggelsen (kap 10).

De fælles aktiviteter er således en vigtig del af den enkelte patients rehabiliteringsforløb på H20. De suppleres med individuelle aktiviteter, der også iværksættes ud fra patientens mål.

I de fælles aktiviteter kan man udnytte den dynamik, der opstår, når mennesker er sammen. Det bliver i disse sammenhænge tydeligt, hvor ressourcer og vanskeligheder er, bl.a. fordi det at indgå i en social sammenhæng stiller yderligere krav til ens kompetencer, end hvis "blot" man skulle lære noget sammen med et personalemedlem udelukkende med fokus på ens egne behov. Man oplever her både at skulle lære og at være den, der støtter andre i at lære.

Udgangspunktet for aktiviteterne er patienterne, og målet er en indsigtsgivende succesoplevelse - en oplevelse, man kan tage med og bygge videre på i en anden sammenhæng. Dette kræver, at de udfordringer, den enkelte tager og får, er på et passende niveau. Det er derfor vigtigt, at personalet individualiserer gruppeaktiviteterne.

En aktivitet ender ikke altid med en succes. Det kan fx skyldes, at patienten ikke har haft en fornemmelse af sine vanskeligheder og derfor har insistet på at udføre en opgave, der var for kompleks til den aktuelle formåen. Da er det vigtigt, at personalet står ved siden af og samler erfaringen op sammen med patienten. Det kan være, patienten skal igennem mange af den slags oplevelser, før det bliver tydeligt, hvor styrker og vanskeligheder ligger. Af og til ligger denne erkendelse og indsigt et stykke tid efter udskrivelsen, fx i forbindelse med, at patienten prøver at komme tilbage til sit tidligere arbejde. Da er det vigtigt, at professionelle i patientens hjemmemiljø står klar til at hjælpe ham og handle på de nye erfaringer. Med henblik på dette omfatter udskrivelsesproceduren, at der inden - i samarbejde med patienten - tages kontakt til de relevante parter.

Alle opgaverne i fællesskabet rummer vide muligheder for at eksperimentere i trygge rammer med den fornødne støtte, dialog og erfaringsopsamling. Man kan deltage på mange niveauer, og de enkelte opgaver har forskellige grader af kompleksitet.

For at patienten skal få udbytte af de muligheder, der står til rådighed, kræver det, at personalet og andre mere erfarne medpatienter afgiver ansvar i takt med, at patienten er klar til at overtage dette.

En vis risikovillighed skal være til stede. Denne baseres dels på personalets (og til en vis grad de øvrige patienters) erfaringer og dels på kendskabet til den aktuelle patients styrker og vanskeligheder.

Hverdagsliv og samvær

- At være en del af og at dele en hverdag.

De patienter, der indlægges på H20, er en sammensat gruppe med forskellige konsekvenser af deres hjerneskader. Mange kan desuden have problemer med andre sygdomme eller misbrug. Hertil kommer en vis aldersspredning, meget forskellige familie- og arbejdssituationer og store kulturforskelle. Når 10 personer med så forskellig baggrund skal fungere så tæt sammen, kræver det stor forståelse og tolerance patienterne indbyrdes samt en rummelig kultur. Alle har deres særlige vanskeligheder at kæmpe med, samtidig med at den enkelte skal tilpasse sig de andre og det, som de bringer ind i fællesskabet. Det er blandt andet disse aspekter, der rummer læringsmuligheder.

Det kræver et erfarent personale, der kan agere umiddelbart og ofte uden betænkningstid, hvis der opstår vanskelige situationer i gruppen. Der kan fx opstå en konflikt mellem to eller flere patienter under et måltid, eller når en patients vanskeligheder pludselig bliver åbenlyse i en

gruppesammenhæng. Personalet skal være i stand til hurtigt at vurdere, om man i den aktuelle situation skal beskytte patienten og forsøge at dække over vanskelighederne, eller om man evt. skal støtte ham i at få informeret de andre patienter om problemet. Endvidere skal man overveje, om situationen her og nu kan bruges som et levende eksempel til læring for både patienten selv og for de andre tilstedeværende. Det kræver en god intuition og kendskab til alle patienterne i afsnittet at tackle situationen med værdighed for alle parter.

På trods af patienternes meget forskellige baggrunde udvikler de oftest et fællesskab, også mellem personer som aldrig ville have fundet sammen i "det virkelige liv". De har deres situation som indlagte med en hjerneskade til fælles. I sådan en gruppe er der et stort potentiale til læring og gensidig støtte. Når man som her deler hverdag med ligestillede, kan der opnås en åbenhed, som gør det nemmere at tale om sejre og nederlag. Man kan måske i starten bedre få øje på andres dysfunktioner og derefter tænke over dem, tale om dem og overføre det til egne problemer. I andre tilfælde kan man få en oplevelse af, at andre er hårdere ramt end en selv, og det kan være en trøst. Ofte ser man, at en patient fx glæder sig over, at han trods alt ikke har fået den afasi, som én af hans medpatienter har, og afasipatienten glæder sig omvendt over, at han ikke har fået de lammelser, som den anden har.

Det kan føles naturligt at give og modtage hjælp fra "kyndige" i samme situation som en selv. At kunne hjælpe andre med råd, vejledning, videregivelse af egne erfaringer, konkret praktisk hjælp, trøst, forståelse, engagement og omsorg hjælper også en selv videre. Her vil langt de fleste patienter i perioder opleve at være én af de stærke.

Det er imidlertid også vigtigt for patienterne at være i kyndige professionelle hænder. Det giver tryghed at vide, at personalet er eksperter i neurorehabilitering og har erfaring i at guide patienterne videre i deres rehabiliteringsproces.

I samværet med andre hjerneskadede bliver funktionsevnebegrænsning en naturlig og integreret del af fællesskabet, så det ikke opleves som altoverskyggende. Man kan slappe af, være sig selv og føle sig trygge i hinandens selskab. Det giver meget af tiden en let og munter stemning i gruppen, og ofte opstår der en udpræget sort humor, hvor patienterne både kan grine af sig selv og hinanden, uden at nogen bliver sårede. Nogle patienter kan kunsten "at gå lige til strengen", og andre skal have "justeret" deres humor i forhold til gruppe og enkeltindivider. Også her har personalet en vigtig rolle i at vurdere, om de skal gribe ind i situationen, om de skal tale med en eller flere patienter på tomandshånd senere, eller de blot skal overlade det til de pågældende selv.

I det fælles miljø er der endvidere mulighed for at udvikle et "sprog", som patienterne kan bruge til at forstå egen krop og situation og forklare sig overfor andre. Det er vigtigt som et led i den proces, patienten befinder sig i, hvor han reorienterer sig på vej mod et liv på nye betingelser og med andre aktiviteter og roller; og det er betydningsfuldt i den proces, der drejer sig om at reorganisere det hverdagsliv, som patienten får mulighed for at påbegynde på H20. Ud over sproget har også det omtalte fællesskab med ligestillede samt erfaringer fra diverse aktiviteter og deltagelse i hverdagen betydning for patienternes reidentifikation. Identiteten ændres gradvist gennem de erfaringer, der skabes i dagliglivets aktiviteter og relationer i forskellige sammenhænge. Et konstruktivt forløb af disse processer er afgørende for at forebygge den isolation, mange risikerer at havne i efter en hjerneskade. Det er vigtigt at genskabe en rolle, som aktiv deltager i samfundslivet både i det nære liv hjemme og i mere udadrettede sammenhænge. Det er kun starten på denne proces, som patienten gennemlever under indlæggelsen på H20, men det er betydningsfuldt at få en vellykket begyndelse.

Eksempler på aktiviteter og opgaver i fællesskabet

Planlægningsmøde

Det er her, man melder sig til deltagelse i grupperne, til borddækning, madlavning og andre opgaver i fællesskabet. Her aftales det også, hvor næste uges tur ud af huset går hen, og hvem der undersøger dette nærmere omkring lokalitet/seværdighed, åbningstid, pris m.v. Mødet hjælper patienten til at danne sig et overblik over hans deltagelse i den kommende uge. Kontaktpersonen eller de andre teammedlemmer støtter patienten i forhold til udvælgelse og præcisering af deltagerens indhold og omfang.

Som regel er én fra personalet ordstyrer, men det er en opgave, patienterne kan varetage efter aftale og evt. med støtte. Varighed ca. 1 time.

Der ligger forskellige muligheder for læring i dette møde. Én kan være at mærke og reflektere over, hvordan det er at deltage i et koncentreret møde med andre mennesker, samtidig med at man måske har koncentrationsbesvær og hukommelsesvanskeligheder. En anden kan være at gøre erfaringer med, hvordan man selv kan håndtere at holde sig tilbage eller sige noget, når det er relevant, under sådan et møde. En tredje kan være af praktisk karakter; kan man fx være den, der styrer mødet med alt hvad det indebærer, evt. med støtte undervejs. Der er flere muligheder, der alle sammen indebærer behov for refleksion, samtale og justering af egen deltagelse i aktiviteten og også for at relatere oplevelserne til den kommende virkelighed efter udskrivelsen.

Dagsansvarlig

Patienten introduceres til opgaven både mundtligt og skriftligt af sin kontaktperson ved indlæggelsen. Derefter introduceres patienten praktisk af en medpatient valgt på planlægningsmødet første gang, det er patientens tur til at være dagsansvarlig. Er der fortsat behov for, at man har en med-ansvarlig, er det også en mulighed. Opgaven går på tur, så alle patienterne får denne funktion. I enkelte tilfælde kan der være individuelle hensyn, der gør, at en patient ikke kan eller skal varetage denne opgave, heller ikke sammen med en medpatient.

Her er der også mulighed for at deltage på forskellige niveauer. Art og omfang af deltagelse evalueres og justeres i samarbejde med personalet ud fra patientens oplevelser og personalets observationer.

Opgaverne er for de fleste velkendte, hvorfor de umiddelbart vil kunne indgå med deres aktuelle formåen. De fleste genlærte kompetencer vil også umiddelbart kunne anvendes hjemme.

Frokost

Bordet dækkes og maden rettes an af en patient. Det kan også, ved behov, foregå i samarbejde med en medpatient eller et personalemedlem. Maden kommer kold fra køkkenet i Silkeborg. Noget skal anrettes, og andet skal varmes op. Serviceassistenten varmer den lune ret, med mindre det aftales, at patienterne sørger for det.

Denne aktivitet rummer således mange delaktiviteter og mange niveauer for deltagelse og vil også for de fleste have mange velkendte elementer fra livet derhjemme.

Der spises kl. 12, med deltagelse af et personalemedlem.

Personalet kan have opgaver i forhold til medicin eller i vejledning omkring hensigtsmæssige måder at spise/drikke på ved fejlsynkning o.l. Det kan også dreje sig om at understøtte god bordskik eller at gå ind i sociale situationer, hvis der er behov for det. Der kan opstå konflikter, som patienterne ikke selv får løst, eller der kan være behov for at bidrage til at samtalen rundt om bordet ”glider”, så måltidet bliver en rar begivenhed for alle deltagere.

B. Deltagelse i gruppeaktiviteter

I dette afsnit præsenteres de gruppeaktiviteter, der i øjeblikket indgår som en fast bestanddel af H20's tilbud. Det vurderes individuelt i samarbejde med patienten, om han er interesseret i og kan siges at have behov for at deltage i den enkelte gruppeaktivitet.

Idrætsgruppe

Formål

Der er fokus på at arbejde med tilpassede idrætsaktiviteter, hvor især fysiske men også sociale, psykiske og kognitive kompetencer tilgodeses. Det tilstræbes i øvrigt, at patienterne oplever elementer som bevægeglæde, rytme, sansning, flow, fællesskab, konkurrence, udfoldelse og udfordring - kort sagt nogle af de kendetegn, der karakteriserer idræt og leg. For mange er det en dejlig oplevelse igen at blive rigtig forpustet og at have givet hinanden "kamp til stregen". Holdidræt er god til at udvikle forholdet til andre. Det er nødvendigt, at man samarbejder og er opmærksomme på hinanden, for at spillet skal blive sjovt. Desuden gøres der en indsats for at skabe interesse for et aktivt fritidsliv efter udskrivelsen.

Deltagere

De fleste patienter kan deltage, men da det foregår på et forholdsvist højt fysisk niveau, kan der være enkelte, som ikke får en positiv oplevelse ud af at være med, eller som ikke er interesseret i den type træning. Aktiviteten var som udgangspunkt især tiltænkt de fysisk velfungerende patienter med kognitive vanskeligheder, så de kunne få mulighed for at mærke deres ressourcer. Efterhånden er aktiviteten blevet mere inkluderende, så alle, der er interesserede, kan være med.

Rammer

Der deltager en fysioterapeut fra H20. Det varer en time og foregår oftest i multisalen på HN. Når vejret tillader det, kan aktiviteten også foregå udendørs på de grønne arealer rundt om huset.

Indhold

Aktiviteten er typisk sammensat af en opvarmningsdel, som foregår til musik, en boldspilsdel og til sidst en udspændingsdel med rolig musik, hvor formålet desuden er "nedvarmning". Boldspil kan være badminton, hockey, curling, boccia og et spil tilpasset gruppen og lokalet kaldet "multibold". Ud over boldspil kan der indgå forskellige idrætslege, nogle med fokus på fysiske udfordringer, og andre med et mix af fysiske og kognitive udfordringer. Fælles for boldspil og idrætslege er, at man kan deltage på mange forskellige niveauer i forhold til færdigheder, udholdenhed, overblik og spilforståelse, samarbejde og initiativ.

Form

Det er oftest en blanding af instruktion - "følg mig princippet" og rammestyring, hvor der frit kan eksperimenteres med kroppen og evt. musikken indenfor en afstukket ramme. Af og til aftales det på forhånd, at en patient instruerer i en afgrænset aktivitet fx opvarmning eller introduktion til og styring af et spil eller en leg. Det kan ligeledes være en patient, der tæller points eller er dommer. Det er også en mulighed at lade gruppen i fællesskab opbygge et boldspil med spilleregler, som aftales dels fra starten dels undervejs.

Personalets opgave

Type 1: Coache – opstille rammer – opmuntre til selvstændighed – støtte til refleksion.

Type 2: Træne – instruere – vise øvelser – følg-mig-princippet – korrigere – justere.

Det vil ofte i praksis blive en kombination af de to typer.

Når der spilles bold, er det vigtigt at fysioterapeuten sørger for at få lavet så jævnbrydige hold som muligt; og måske undervejs går ind og regulerer styrkeforholdet på de to hold for at få så

god en kamp som muligt. Hun kan have forskellige roller i boldspillet - medspiller, dommer eller ”træner” som giver gode råd undervejs. Det afhænger af gruppens størrelse, sammensætning og den aktuelle ”dagsform” hos spillerne. Desuden ligger der ofte en vigtig opgave i at motivere dem, som ikke er så aktive og/eller dæmpe dem, som er for aktive, og som måske kan være til fare for sig selv og de øvrige deltagere.

Kognitiv gruppe

Formål

Der er primært, men ikke kun fokus på arbejdet med kognitive styrker og vanskeligheder i en social sammenhæng. Erfaringerne fra gruppen, både i forhold til en selv og i forhold til de andre patienter, kan bruges i mange andre sammenhænge, både på H20 og derhjemme. At der i denne gruppe er et element af leg samt humor og glæde kan have en positiv effekt og gøre det lidt mere ufarligt at beskæftige sig med disse ofte meget svære problemstillinger.

Deltagere

Oftest vil de fleste af patienterne deltage i denne gruppe. Desuden deltager en ergoterapeut fra H20. Den optimale gruppestørrelse vil afhænge af gruppens sammensætning. I praksis sker der det, at der vælges en aktivitet, der bedst muligt matcher dagens gruppestørrelse.

Rammer

Foregår i uforstyrret lokale på H20. Varighed ca. 1 time.

Indhold og form

Midlet er som regel forskellige spil, hvor reglerne tilpasses efter gruppens aktuelle formåen. Indholdet i spillene kan være meget forskelligt vægtet, men fælles for dem alle er, at de giver mulighed for at arbejde med både kognitive, sproglige, sociale og også i mindre omfang de fysiske funktioner. Af spil kan nævnes; Jeopardy, Tegn og Gæt, Back-Up, Stikord, Kryds-og-Tværs, Trivial Pursuit, Triominos, kortspil, Krocket. Alle disse spil er afprøvet og fundet velegnede til formålet.

I gruppen er man inddelt i hold.

Patienterne kan efter aftale have forskellige opgaver, fx at sætte sig ind i et spil på forhånd (alene eller sammen med ergoterapeuten), eller én af patienterne kan være den, der med eller uden hjælp styrer spillets gang. Naturligt får patienterne en støttende rolle i forhold til den/dem, de er på hold med. Det er også nødvendigt at kunne udvise en rummelighed overfor andres vanskeligheder og særlige behov.

Personalets opgave

Ergoterapeuten kan have forskellige opgaver afhængigt af gruppens sammensætning. Formålet med deltagelsen ridses hver uge op.

Ergoterapeuten foretager holdopdelingen, så holdene så vidt muligt er jævnbyrdige under hensyntagen til de enkeltes stærke og svage sider.

Det kan være hende, der styrer spillets gang, eller hun kan flytte sig rundt i gruppen og hjælpe de patienter, der viser behov for det i varierende grad. Der kan også være en enkelt patient, der har behov for vedvarende støtte, fx på grund af sproglige vanskeligheder. Der kan være behov for at holde fast i, at der skal arbejdes med rummelighed i forhold til deltagernes specielle behov.

Andre gange kan opgaven være af mere tilbagetrukket karakter, hvor der ikke viser sig så meget behov for personalestyring og støtte. Her kan ergoterapeuten vælge at spille med.

Helt generelt er det vigtigt, at ergoterapeuten støtter op om, at den enkelte patient prøver sig selv af. Det er også det, der giver sejrene, når det lykkes. Viser der sig problemer - forventede eller

uventede - kan denne gruppe være et godt forum til at vise nogle af de kognitive problemer i praksis og tale om dem, hvor de opstår. Det kræver naturligvis, at trygheden er til stede.

Madgruppe

Formål

At lave varm mad til hele gruppen, hvis man har behov for det og er motiveret for at afprøve og øve dette. Der kan som en forebyggende foranstaltning eksperimenteres med hjerterigtige opskrifter og patienterne kan motiveres til at implementere dem i deres nye madvaner. Det er således hensigten, at madlavningen også kan fungere som den praktiske del af diætistens undervisning.

Udover muligheden for at få et konkret produkt ud af sine anstrengelser er der også den gevinst ved at lave aftensmad, at man får megen positiv respons fra sine medpatienter, dels undervejs (dufte fra køkkenet m.m.) og dels når maden serveres.

Deltagere

Den eller de, der har meldt sig til aktiviteten på det forudgående planlægningsmøde. Tilmeldingen aftales ofte med personalet, hvis aktiviteten findes relevant i forhold til de individuelle mål. Den person, der er på aftenvag, sygeplejerske eller ergoterapeut, deltager i madlavningen.

Rammer

Foregår i H20's køkken, evt. ude i byen, når der skal købes ind. Det er en del af opgaven at vurdere, hvor lang tid det vil tage at lave maden. Typisk varer det et par timer, men der kan også være behov for at bruge mere tid.

Indhold og form

Der er ret frie rammer for, hvad man kan vælge at lave som den varme aftensmad, men kosten skal være "hjerterigtig" (i forhold til en profylaktisk tænkning). Der arbejdes med undervisning og dialog for at motivere patienten til at støtte op om sådanne valg, når de skal lave mad. Det kræver koordination og støtte fra serviceassistent og det øvrige personale. Patienter på diæt får denne fra Silkeborg Centralsygehus.

Man kan vælge at deltage i tilberedelsen af aftensmaden på mange niveauer. Man kan få maden bragt fra centralkøkkenet i Silkeborg, så den bare skal varmes efter vejledning fra H20's serviceassistent, eller man kan bestille madvarerne via serviceassistenten for selv at tilberede måltidet fra bunden. Endelig er der mulighed for selv at købe ind i byens butikker, når der også er behov for at afprøve denne opgave, og tilberede maden selv.

Personalets opgave

I alle tilfælde er der mulighed for at få den støtte, vejledning og praktiske hjælp, man har brug for, enten fra medpatienter og/eller fra det personalemedlem, der er på aftenvag.

Der ligger mange opgaver i aktiviteten at lave mad både under planlægning og udførelse, og ofte vil det indebære et behov for planlægning (og opfølgning) i den individuelle behandlingstid.

Personalet i aftenvagten er således ofte orienteret fra patientens team om muligt støttebehov, og hvilke felter der er særligt behov for at lægge mærke til under udførelsen.

Hvordan går det fx med overblik, hukommelse, timing, færdiggørelse, disponering af nødvendige hvil, samarbejde, udtrætning og funktionsniveau når trætheden sætter ind?

Erfaringerne fra processen evalueres undervejs og efter madlavningen, ligesom der foregår en tilbagemelding til teamet om forløbet.

Samtalegruppe

Formål

At give rum og mulighed for at:

- tale om den enkeltes oplevede følger og deraf kommende problemstillinger efter hjerneskaden
- udveksle erfaringer og gode råd med andre i lignende situationer
- tale om aktuelle problemer opstået på afsnittet eller hjemme på weekendbesøg
- tale om fremtidsplaner for tiden efter indlæggelsen
- opnå forståelse og støtte fra andre i samme situation.

Deltagere

Gruppen er for alle, der er interesserede, med undtagelse af svært afatiske personer. Deltagelse er frivillig. Gruppen er en såkaldt åben gruppe, dvs. at der løbende kan komme nye personer ind i gruppen. Man forlader gruppen, når man bliver udskrevet fra H20.

Rammer

Der deltager 2 personale, henholdsvis neuropsykolog og ergoterapeut tilknyttet afsnit H20. Gruppen mødes 1 gang ugentlig af ca. 1 times varighed i afsnittets mødelokale. Der er tavshedspligt i gruppen, således at det, der bliver sagt her, ikke refereres andre steder. Der laves et kort anonymiseret referat fra hvert møde. Er man forhindret i at deltage, skal man melde afbud.

Indhold og form

Nye deltagere bydes velkommen og informeres kort om, hvordan gruppen fungerer. Derefter opfordres de til at fortælle baggrunden for, at de er indlagt, og de øvrige medlemmer af gruppen giver ligeledes en kort orientering om deres sygdomsforløb. Hver gang tages en runde, hvor hver enkelt deltager fortæller, hvad der optager dem i øjeblikket og gør status over den forløbne uge. Patienterne forholder sig ligeledes til deres aktuelle velbefindende. Hvis der er tid, tages et emne op i plenum, som enten udspringer af det, der er blevet fortalt under runden, eller som på forhånd er valgt af personalet.

Personalets opgave

Det er gruppeledernes opgave at spørge ind til det, deltagerne fortæller, med henblik på at den enkelte får mulighed for at reflektere over egen situation. Det er vigtigt at støtte den enkelte i det omfang, det er nødvendigt. At kunne fremhæve fællestræk og forskelligheder samt trække de store linier så alle er med på, hvad der bliver talt om. At fastholde strukturen således at der gives tid og rum til alle deltagere. At kunne inddrage, perspektivere, eksemplificere og informere, i det omfang det skønnes nødvendigt.

Bassinhold

Formål

Ved bassintræning er der fokus på at arbejde med tilpassede øvelser i vand, hvor især fysiske, men også sociale og kognitive kompetencer tilgodeses. Desuden er det et vigtigt mål, at patienterne under og efter træningen skal føle, at humøret løftes, og at man har haft det sjovt og hyggeligt i hinandens selskab. Man får afprøvet egne grænser – får afprøvet om man kan svømme igen evt. med få hjælpemidler eller alene. Man bliver tryk ved at opholde sig i vandet igen og oplever den bevægeglæde, det er at kunne nogle andre ting i vandet end på land. Samtidig får man en fornemmelse af, at kroppen er blevet arbejdet godt igennem, og der efterfølgende føles afspænding og velvære.

Formålet er ligeledes at blive mest mulig selvstændig omkring badesituation, af- og påklædning og at blive tryk ved at skulle ”vise sig selv frem” med de fysiske og kognitive vanskeligheder den enkelte måtte have.

Deltagere

De patienter, som har lyst til at træne i vand, kan deltage uanset den enkeltes funktionsniveau. Undtaget er dog patienter med inkontinens, sår/infektioner og alvorlige hjerteproblemer. Der kan således være stor spredning blandt deltagerne på holdet, hvilket gør, at træningen skal målrettes flere niveauer på en gang. Det kan stille store krav til personalets opfindsomhed og evne til at improvisere.

Rammer

Der deltager en fysioterapeut fra H20, som er med i vandet. Derudover er der en ekstra person, som står på kanten. Hendes rolle er ved behov at hjælpe patienterne med småting så som rette badetøjet til, være støtte fra omklædningsrum til bassin, være klar til at tilkalde hjælp osv. Hvis den enkelte ikke kan gå på trapper ned i bassinet, er der mulighed for at blive hejst ned med en stolelift.

Træningen forgår 1 gang om ugen i stedets varmvandsbassin, som er 34 grader. Der er mulighed for træning ca. ½ time i vandet.

Af og til flyttes træningen til byens lokale svømmehal, hvor fokus primært er, at få afprøvet at svømme over længere afstande i 28 grader varmt vand og at overvinde sig selv til at komme i en svømmehal igen.

Indhold

Når alle er kommet i vandet, startes der oftest med fælles opvarmning, som sikrer at hele kroppen arbejdes godt igennem. Den enkelte bliver mere fortrolig med vandet og kan blive inspireret til selv at arbejde videre i slutningen af ”timen”. I den sidste halvdel er der lagt op til mere fri leg og svømning alt efter den enkeltes fysiske formåen og fortrolighed med vandet.

I løbet af seancen arbejdes der med bevægelighed/smidighed, balance, koordination, styrke, mestringssevne af forskellige flyderedskaber og bolde osv., og der er stor fokus på velvære og leg.

Form

Der er oftest instruktion og ”følg mig princippet” i starten af tiden i vandet. Nogle gange arbejdes der med cirkeltræning, hvor den enkelte træner med sin egen øvelse i et tidsrum, før de går videre til næste øvelse i rækken. Dette stiller krav til den enkeltes fysiske og kognitive formåen. I slutningen er der mere rammestyring, hvor den enkelte frit kan eksperimentere med kroppen med og uden flyde/legeredskaber.

Personalets opgave

Fysioterapeuten har til opgave at instruere i de enkelte øvelser, opstille rammer, opmuntre til selvstændighed, opmuntre til at afprøve egne grænser, sikre at det bliver en god oplevelse for den enkelte patient, inspirere til at afprøve nye ting samt sikre, at den enkelte patient ikke overvurderer egne evner på uforvarlig vis.

Ture ud af huset

Formål

Der er flere formål med ture ud af huset, som udfordrer både de fysiske, kognitive og sociale færdigheder. Fysisk er der tale om at afprøve sig selv i naturlige rammer i et gerne for alle udfordrende miljø – målet er her at give succesoplevelser, opleve at man kan lidt mere, end man troede og endelig at bedre den fysiske udholdenhed generelt.

Kognitivt kan udfordringen være at planlægge turen, vise vej på turen, at få planlagt sin egen dag op til turen, så man ikke bliver for træt, til at kunne koncentrere sig om fx museumsbesøget.

Målet med turen er også at skabe rammerne for et socialt samvær udenfor institutionsmiljøet, dels at kunne fungere i en gruppe og dels at kunne begå sig i naturlige rammer i forhold til "livet udenfor" hospitalsvæsenet. Grundlæggende stræbes efter planlægning af nogle hyggelige ture, hvor der er plads til den enkelte patient.

Deltagere

Turen er for alle de patienter, der har lyst til at deltage. Turen tilrettelægges, så alle kan deltage uanset den enkeltes funktionsniveau. Der deltager altid to personer fra personalet - oftest en fysioterapeut og en sygeplejerske.

Rammer

Turen afholdes hver onsdag eftermiddag imellem kl. 14.00 – 17.00 med mulighed for at starte tidligere, hvis dette er hensigtsmæssigt, fx i forhold til åbningstider på de bestemte seværdigheder. HN har egen minibus. Patienterne betaler selv eventuel entre. Som hovedregel medbringes kaffe, the og kage fra HN, men enkelte gange købes det på stedet.

Der er frie rammer for, hvor turen går hen – det aftales på planlægningsmødet den foregående uge. Dog er der visse geografiske begrænsninger, når tidsrammen på ca. 3 timer skal overholdes. Indholdet i de enkelte ture kan være meget forskelligt og afhænger helt af, hvad gruppen kan blive enig om.

Indhold og form

Turen starter med, at kaffevognen bliver pakket og alle mødes ved bussen. Oftest er målet for turen natur- eller kulturoplevelser, fx Moesgård Museum og Marselisborg skov, Aqua Ferskvands Akvarium i Silkeborg og naturområderne omkring Silkeborgsøerne eller Himmelbjerget, som altid er en udfordring at bestige fra "søsiden". Ca. midtvejs drikkes der kaffe og the, som det nu passer sig på den enkelte tur.

Nogle gange er en af patienterne vejviser og fortæller om områder undervejs, eller er guide på hele turen til et område eller en destination, som han kender til.

Da der altid er to personaler med på tur, er der altid mulighed for at dele gruppen op i to mindre grupper, så der er udfordringer til alle uanset fysisk funktionsniveau – både dem der kan gå langt og hurtigt, og dem som går kortere og langsommere.

Personalets opgave

Hvis gruppen ikke selv kan finde ud af, hvor turen skal gå hen, støtter personalet med forskellige forslag. Det er ligeledes personalets rolle at sikre, at den enkelte tur tilgodeser flest mulige patienter, og at der bliver taget en demokratisk beslutning om, hvor turen skal gå hen.

Hvis det skønnes muligt, og det er nødvendigt, kan der være opgaver, som fordeles mellem patienterne. Det kan være at lave "kaffevogn", undersøge åbningstider og pris, finde egnede film, som resten af gruppen vil se, bestille bowlingbaner, checke vores fiskeudstyr osv.

Under selve turen er det personalets rolle at motivere den enkelte til at yde sit bedste, fx under en skovtur. Det kan også være nødvendigt at støtte nogle patienter i ikke at overskride egne grænser i højere grad, end de kan magte.

Havegruppe

Formål

At give patienterne mulighed for at opleve udendørslivet i haven, at yde og nyde efter evne og interesse med de muligheder som haven giver.

Deltagere

Alle, der har lyst til at opholde sig og arbejde i haven.

Rammer

Havegruppen mødes en gang om ugen (1 time) fra tidligt forår til sent efterår i afsnit H20's have. Haven er en almindelig villahave uden institutionspræg.

Indhold og form

Haverummet og havelivet tilbyder alle sanseoplevelser og kan opfylde basale behov for rekreation, afslapning, adspredelse og fysisk udfoldelse. Patienterne mærker, ser, dufter, føler og lytter. Disse oplevelser kan være genskabende for patientens psykiske velbefindende eller give stof til refleksion omkring patientens nuværende situation (et skridt på vejen til re-orientering). Arbejdet i haven består af jordbearbejdning, såning og plantning af blomster og krydderurter, etablering af nye bede, træfældning, frugtplukning med efterfølgende produktion af fx æblekage, maling af stakit og plukning af buketter til afsnittet.

Under arbejdet i haven sker der en naturlig erfaringsudveksling blandt patienterne omkring have-tips, og ofte munder det sociale fællesskab ud i samtaler omkring andre personlige emner, som rører sig i den enkelte patient.

I haven oplever patienterne et interessefællesskab på tværs af alder, køn og uddannelse, som styrker den sociale kompetence. Havearbejdet afsluttes med at gruppen samles på terrassen til kaffe/vand, som patienterne på skift sørger for at have med. Her er tid til en snak om dagens arbejde samt om ideer til, hvad der skal arbejdes med næste gang.

Personalets opgave:

Opmuntre til og dele haveglæde. At planlægge, graduere og koordinere arbejdet i haven, ofte i samarbejde med patienterne. Støtte til refleksion, når patienten oplever nederlag i havearbejdet, prøve at få patienten til at opleve glæden ved haven med de ressourcer han/hun har efter hjerne-skaden. Støtte patienten i at omsætte hans ideer til afprøvning i virkeligheden (fx. fælde træer, samle æbler, skufle, grave).

Styrketræning - selvtræning i Norsk Sekvens

Formål

Der kan være flere mål for selvtræningen alt efter, hvilken patient der er tale om. For nogle er det et spørgsmål om at få øget generel kondition, muskelstyrke og udholdenhed. For andre er det også et spørgsmål om at opøve den kognitive formåen – kan de selvstændigt følge programmet, indstille maskinerne rigtigt, og tage initiativ til at komme af sted. Endelig kan der også være tale om at bedre sine sociale kompetencer – kan man tage hensyn til de andre i gruppen, ikke snyde sig selv foran osv.

Deltagere

Selvtræningen er for alle de patienter, som kan træne selvstændigt enten ud fra hele deres øvelsesprogram eller dele deraf.

Rammer

Der er ikke noget personale, som deltager.

Der er mulighed for at udføre selvtræningen i løbet af hele ugen i HN's styrketræningslokale, når det passer ind i patientens program og dennes døgnrytme. En gang om ugen er styrketræningslokalet reserveret til patienterne fra H20 i 1½ time, hvor mange vælger at følge ad.

Indhold og form

Patienten starter med at varme kroppen op ved at cykle på kondicyklen uden alt for megen modstand af forskellig varighed ud fra den enkeltes kondition og udholdenhed. Herefter udføres de enkelte styrketræningsøvelser, som er beskrevet på det udarbejdede program. Her veksles mel-

lem øvelser for armene, benene, maven og ryggen, så en muskelgruppe ikke bliver for belastet. Typisk arbejdes der med 15 – 20 gentagelser ved den enkelte maskine, hvorefter der skiftes videre til næste maskine. Når alle øvelserne er gennemgået, kan man gentage programmet op til i alt 3 gange.

Som afslutning laves der udspænding for de store muskelgrupper – her kan der ligeledes være individuelle behov, som skal tilgodeses.

Personalets opgaver

Fysioterapeuten har på et tidligere tidspunkt udarbejdet et individuelt program med den enkelte patient, og dette er afprøvet det antal gange, patienten har behov for, før han selv kan udføre det. Det er ligeledes fysioterapeuten, som løbende sørger for at justere programmet.

Fysioterapeuten aftaler med den enkelte patient, hvornår han er klar til at udføre selvtræning, og hvor mange gange om ugen det vil være relevant. På bagsiden af programmet er der et skema til selvregistrering for at støtte hukommelse og initiativ, og for at patient og terapeut sammen kan evaluere aktiviteten.

C. Deltagelse i individuelle behandlings- og rehabiliteringstilbud

Indholdet i de individuelle behandlings- og rehabiliteringstilbud vil tage udgangspunkt i patientens mål for indlæggelsen på H20. De enkelte teammedlemmer vil gå ind i arbejdet med hver deres monofaglige vinkel og i samarbejde med patienten beslutte, hvad den individuelle tid skal bruges til.

For nærmere beskrivelse henvises til de monofaglige beskrivelser i kapitel 12.

10. Den enkelte patients forløb

En patientorienteret praksis

I kapitel 9 er der redegjort for, hvordan H20's rammer og dagligdags gøremål tilrettelægges. Hensigten med tilrettelæggelsen er at skabe muligheder for, at personer, der indlægges på afsnittet, kan eksperimentere med og udvikle nye måder at håndtere deres aktuelle og fremtidige liv på. I dette kapitel beskrives, hvordan disse muligheder *individualiseres* i forhold til den bestemte patient. De muligheder, der generelt er til rådighed, skal formes i forhold til det bestemte menneske og hans eller hendes bestemte livssammenhænge. Det finder sted i et samarbejde mellem patienten og de professionelle.

En sådan *patientorienteret praksis* er afgørende fra begyndelsen af indlæggelsen, ja, fra hele neurorehabiliteringsforløbets begyndelse, undervejs i hele forløbet frem til udskrivelsen, og indtil der er opnået kontakt med de professionelle, der fremover skal involveres i patientens forløb.

Den hjerneskadede person er under indlæggelsen patient; men i neurorehabiliteringen er det nødvendigt at udvikle en bred og dyb kontakt, der omfatter indsigt i personens, evt. familiens gængse hverdagsliv og vilkår samt deres historie. Dette er afgørende for neurorehabiliteringstilbuddenes relevans og neurorehabiliteringens resultat.

Nedenstående figur skitserer de principielle træk ved en patientorienteret praksis.

Det er centralt i denne tilgang, at patienten forstås som *deltager*. Det er patientens muligheder for deltagelse, der arbejdes med. Læg mærke til, at der er fokus på, at patientens livsførelse foregår i og på tværs af flere handlesammenhænge. Der tænkes her på de relationer, der skal arbejdes med mellem neurorehabiliteringsinstitution og hjem og måske også i forhold til en

arbejdsplads. Det er grunden til, at de ansatte må tilegne sig indsigt i patientens og de pårørendes hjemmesituation.

Patientens deltagelse forandres over tid. Det er denne udviklingsbevægelse, der står i centrum. Her er der ikke tale om opsplnitning af hverdagslivskompetencer i mindre isolerede dele af aktivitet og deltagelse, men snarere om at fastholde, at de er dele af en kompliceret og sammenhængende livsførelse.

En patientorienteret praksis

Rettet imod:

Støtte af patienten i dennes livsførelse i og på tværs af forskellige handlesammenhænge (herunder primært HN/H20 og patientens hjem).
Dertil knyttes støtte af patientens nærmeste.

Mål:

Det overordnede mål for den tværfaglige neurorehabilitering på H20 er at styrke personlige forudsætninger (herunder de kropslige), og de omgivelsesmæssige betingelser for den aktivitet og deltagelse, som patienten (og de pårørende) finder meningsfuld. Dette med henblik på at støtte patienten i at opnå størst mulig selvstændighed og deltagelse i et hverdagsliv i fællesskab med andre - under og efter indlæggelsen.

Intervention:

Interventionen skal sikre

- at der formuleres konkrete mål på kort sigt samt dannes billeder af langsigtede mål med udgangspunkt i patientens (og de nærmestes) perspektiver
- at neurorehabiliteringsindsatsen sammensættes, prioriteres og koordineres i forhold dertil
- at de forskellige praksisformer virker sammen i patientens livsførelse (med hver deres særlige mål: helbredelse, livskvalitet og sunde livsbetingelser(forebyggelse)).

Ansvarlige:

Patienten og de nærmeste i samarbejde med det nære team.

Indlæggelsessamtale

Patienter til afsnit H20 visiteres via amtsfunktionens fælles visitationsudvalg, og opholdet indledes med en indlæggelsessamtale.

Hvis patienten kommer ”udefra” - typisk fra et akutsygehus i amtet eller måske hjemmefra, deltager - ud over patient og pårørende - afsnittets læge samt repræsentanter fra patientens kommende H20-team. Ud over patient og pårørendes oplysninger er der adgang til journaloplysninger og fx fysioterapeut-/ergoterapeutstatus samt sygeplejerapport fra primærsygehuset.

Intern overflytning fra et af de øvrige afsnit i huset foregår, når visitationsudvalget og evt. repræsentanter fra H20 har vurderet, at patienten opfylder visitationskriterierne for H20 og vil kunne profitere af dette neurorehabiliteringstilbud. I indlæggelsessamtalen deltager - ud over patient og gerne pårørende - repræsentanter både fra patientens tidligere og det modtagende team. Ved overflytningen modtages overflytningsstatus gerne dagen før.

Formålet med indlæggelses-/overflytningssamtalen er først og fremmest at høre patientens og de pårørendes oplevelse af den aktuelle situation. Hvilke ressourcer og problemfelter mener patienten selv, han har. Hvor langt er han nået, og hvad mangler han især at kunne håndtere for at kunne vende hjem og genoptage sit afbrudte hverdagsliv. Og ud fra alt dette - hvilke mål ønsker patienten selv at arbejde frem imod?

Det er vigtigt, at der etableres en god og tryk kontakt mellem patient, pårørende og det kommende team, så patienterne oplever, at deres meninger tages alvorligt.

Det betragtes desuden som en betydningsfuld neuropædagogisk pointe, at der sker en hurtig udredning af ressourcer og vanskeligheder mellem patient, pårørende og de tværfaglige aktører, således at neurorehabiliteringen kan rettes imod patientens konkrete behov.

Ved overflytningen tages der desuden udgangspunkt i overflytningsstatus, hvor også patientens egen vurdering indgår. Derudover er det vigtigt at få viden om årsagen til indlæggelsen samt hvilke problemområder, der er arbejdet med på det afsnit, patienten kommer fra, og hvor langt man er nået med det. Flere og flere patienter overflyttes, før de er endeligt diagnostisk udredte, og mål fra den sygdomsorienterede praksis kan derfor komme til at fylde mere i målsætningen end tidligere.

Hvis der er uoverensstemmelser mellem patientens og personalets opfattelse af problemstillinger og dermed af, hvilke mål det er vigtigt at arbejde videre med, er det vigtigt at det fremgår af samtalen. For at gøre det muligt at tale åbent om det i overflytningssituationen, er det nødvendigt, at personalet på patientens tidligere afsnit har drøftet denne divergens med patient og gerne med de pårørende inden mødet.

Tilrettelæggelse af forløbet

Målsætning

Formulering af konkrete mål tager således udgangspunkt i patientens og de pårørendes opfattelse af situationen, deres ønsker, anbefalinger fra patientens tidligere team og det modtagende personales forslag. Forslag til målsætning diskuteres med patienten og aftaler indgås. Til sidst underskriver patient og hovedkontaktperson rehabiliteringsplanen med målene. I strukturering af arbejdet bruges forskellige analyseredskaber. Inspireret af Keld Fredens neuropædagogiske tænkning benyttes ofte Hiim og Hippes "didaktiske relationsmodel".

Modellen er af Keld Fredens udvidet med begrebet "tegn" (Hiim og Hippe 1997, Kjeld Fredens 2004). Den bygger på læringskategorierne:

Læringsforudsætninger, ramme faktorer, tegn, mål, indhold, læreprocesser og vurdering, som er placeret i et relationelt netværk. Hver kategori påvirker de andre.

Udvikling kan tage afsæt flere steder, vejene er mange.

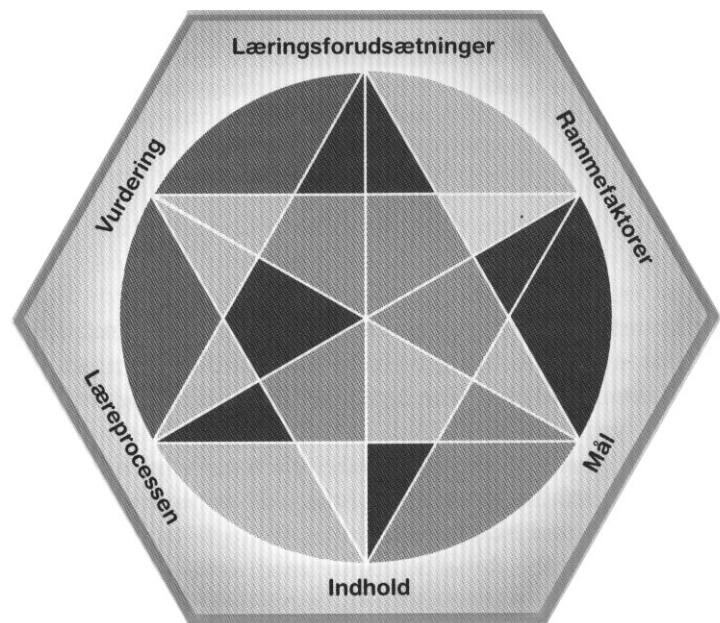


Fig. 5. Didaktisk relationsmodel

Patientens individuelle mål bliver altså en kombination af hans aktuelle behov set i lyset af hans viden om det liv, han har levet før og hans forventninger til sit kommende liv samt personalets viden om mulighederne i de rammer, der er på H20.

Når der sammen med patienten sættes mål for opholdet, er det vigtigt, at det ikke alene sker ud fra hans diagnose med fare for at fokusere ensidigt på problemer. Det er vigtigt også at inddrage patientens ressourcer og interesser i målsætningen. Patienterne kommer ofte med en forventning om, at neurorehabiliteringen hovedsageligt drejer sig om problemfelter. Dels er de vant til en sådan tankegang i sygehusvæsenet, dels har de og deres pårørende ofte i akutforløbet været mest optaget af at bedre funktionen med udgangspunkt i problemer især på kropsniveau. Denne forventning må omformuleres.

Ideelt set skal patienternes *egne mål* for deltagelse være omdrejningspunkt for samarbejdet mellem patient og personale. Men i de tilfælde, hvor personalet får det indtryk, at patienternes mål er urealistiske eller uopnåelige, må de ansatte gribe ind i processen og finde ud af, hvordan patienten kan hjælpes videre. Patientens mål kan fx formuleres som *et overordnet mål* på længere sigt, og derefter kan der i samarbejde med patienten fastsættes konkrete delmål, som virker mere realistiske på vej mod hovedmålet. Undervejs i processen må patientens forventninger afstemmes i forhold til, hvor langt det er muligt at nå under indlæggelsen, sådan at han gradvist forstår, at han ikke nødvendigvis får opfyldt hovedmålet, allerede mens han er på H20, men at det måske kan opnås i næste trin i rehabiliteringsprocessen. Fx opnås det sjældent, at patienten vender tilbage til sit arbejde umiddelbart efter indlæggelsen, selv om det ofte er hans ønske ved indlæggelsen. Men i løbet af indlæggelsen får han et billede af, hvordan en fremtidig erhvervsafklaring kunne se ud - fx om der efterfølgende skal anbefales et ophold på Hjerneskadecenteret.

Det er ofte vanskeligt at sætte mål på det sociale område helt fra starten af opholdet. Det fordrer, at patient, pårørende og personale tidligere i forløbet er blevet enige om, at det er et indsatsområde. Dette er det dog sjældent tilfældet. Nogle gange er personalet fra det afgivende afsnit opmærksomme på problemstillingen, men har enten ikke delt deres oplevelse af det med patient og pårørende, eller der er ikke opnået enighed. Andre gange er det først undervejs i opholdet på H20 og eventuelt i samarbejde med neuropsykologen, at vi bliver opmærksomme på det, fordi der her i afsnittet stilles større krav til patienterne sociale funktionsniveau, end der har været tidligere i forløbet.

For at vi kan sætte sociale mål på dagsordenen forudsætter det en vis indsigt fra patienten. Hvis ikke det er tilfældet, starter vi rehabiliteringsprocessen uden disse mål, og kan ofte i enighed med patienten senere i forløbet revidere rehabiliteringsplanen og få det med. Hvordan vi arbejder med indsigtsbearbejdning er bl.a. beskrevet i afsnittet om "Tværfagligt samarbejde og kontaktperson" samt i "Patienteksempel".

Hvis der ikke kan opnås enighed med patienten om det, må vi opgive at sætte det på rehabiliteringsplanen. Ofte kan det også være svært for de pårørende at se eventuelle vanskeligheder på dette område, dels fordi de måske endnu ikke har oplevet deres pårørende i hjemlige, kendte situationer hvor det ses, eller fordi de på nuværende tidspunkt i neurorehabiliteringen endnu ikke har nogle forventninger på det felt. Man regner måske med at en lidt ændret adfærd kan være resultat af krisereaktion, og at det sandsynligvis bliver bedre når patienten kommer hjem. Selv om målet ikke ender med at komme på rehabiliteringsplanen ser vi dog oftest, at patienten alligevel får et udbytte af processen, fordi han får en del respons og feed-back fra både personale og medpatienterne.

Tværfaglige undersøgelsesredskaber

Indlæggessamtalen betragtes som et tværfagligt undersøgelsesredskab, idet det giver det første billede af patientens egen oplevelse af problemfelter, ressourcer, interesser og mål for

opholdet. Det er også vigtigt allerede her at få indtryk af patientens hjemlige forhold, og hvad der er vigtigt i hans liv. Dette er vigtige pejlemærker i den proces patient og ansatte skal samarbejde om.

Det skal desuden afklares, hvorvidt patienten er i stand til at færdes ude alene til fods eller på cykel, om han kan administrere sin medicin selv, og om der er specielle kost- og allergiforhold. Oplysningerne fra indlæggelsessamtalen samles i ”Tværfaglig mappe”, en samlemappe fælles for de ansatte.

På alle afsnit på HN anvendes FIM (Functional Independence Measure) som tværfagligt evalueringsredskab én gang om måneden.

Undervejs i forløbet benyttes observationer og patient-observationer. Det er velegnede metoder til belysning af patienternes aktuelle funktionsniveau, idet personalet deltager meget i patienternes hverdag og træningsaktiviteter. Observationerne er relevante og anvendelige, når de deles både med patienten og de øvrige personalemedlemmer (se desuden afsnit om refleksion nedenfor og tværfagligt samarbejde kap. 10).

Monofaglige undersøgelses- og evalueringsredskaber vil efter behov blive anvendt til supplement til de tværfaglige (se vedrørende monofaglige undersøgelsesredskaber i kap. 12 og bilag 7).

Samtale, erfaringsopsamling og refleksion benyttes undervejs i en cirkulær proces både som undersøgelsesredskab og som en del af interventionen. Det bruges til løbende at justere og graduere trænings til den enkelte patient – hvor befinder patienten sig i processen, og hvad kan være det næste skridt. Det er vigtigt, at patienten både på egen hånd og i samarbejde med personalet hele tiden evaluerer de erfaringer, han gør sig i aktivitet og deltagelse og hermed bevidstgøres om yderligere udviklingsmuligheder. Det foregår hovedsageligt i samarbejde med patientens eget team, som kender patienten dels via egne oplevelser med og observationer af patienten dels via informationer fra de øvrige personalemedlemmer.

I modsætning til traditionel mål/middel styring, hvor man planlægger, udfører og til sidst evaluerer et behandlingsforløb, foregår der her en løbende justering, hvor de ansatte meget tæt - både tværfagligt og på tværs af teams - informerer hinanden om oplevelser med og observationer af patienterne, som viser, hvor disse befinder sig i deres proces (”tegn”). Ligeledes involverer de patienten i en dialog om, hvorvidt han selv mener, han er på rette spor.

Den løbende justering lader sig gøre, fordi H20’s personalegruppe er lille, fordi gruppen har fælles kontor, og fordi patientgruppen er lille og relativt overskuelig. Det er tillige en nødvendighed, fordi de ansatte i gruppeaktiviteterne og i vagterne ikke kun arbejder med egne, men også med det andet teams patienter. Dette forhold rummer også den fordel, at patienten møder andre ansatte udenfor teamet, der kan have en anden tilgang til ham. De behøver ikke i samme grad at være løsningsorienterede i forhold til patientens problemstillinger og har derfor andre roller i samarbejdet.

Omstående undersøgelsesredskaber suppleres med monofaglige redskaber efter behov (se kap. 12 og bilag 7).

Tværfagligt samarbejde og kontaktperson

Samarbejdet omkring og med patienten er organiseret i teams. Der er to ”nære” teams i afsnittet, som hver arbejder med halvdelen af patientgruppen, og som består af sygeplejerske, ergoterapeut og fysioterapeut. Derudover samarbejdes med læge, socialrådgiver, talepædagog og neuropsyko-log tilknyttet afsnittet. Alle faggrupper kaldes tilsammen ”**det brede team**”.

Samarbejdet i det nære team foregår kontinuerligt i dagligdagen. Der er fælles kontor og dermed tæt kontakt. Derudover holdes teammøde hver mandag af en times varighed.

På morgenmøder formidles information om nye patienter og deres specielle behov, både til det nære team og til serviceassistenterne. Sidstnævnte har fx brug for at vide, om der skal bestilles diætkost, ydes hjælp til rengøring, eller om der er sproglige problemer, hukommelsesproblemer eller andet der har betydning i kontakten.

Der afholdes patientgennemgang én gang ugentlig, hvor formidling af patienternes særlige problematikker foregår. Det er også her de to teams udveksler faglige tilgange.

Samarbejdet med de øvrige faggrupper foregår hovedsageligt på et ugentligt møde hver onsdag, hvor de nære teams skiftes til at deltage, således at den enkelte patient er ”på” hver 14. dag.

Teammedlemmer fra det andet nære team deltager så vidt muligt – dette med henblik på læring og sparring.

Her tages udgangspunkt i patientens målsætning og de fagspecifikke tiltag. Målet er at orientere hinanden om erfaringer fra undersøgelse og behandling, evaluere, fastholde en fælles kurs og diskutere en hensigtsmæssig tilgang. Desuden aftales det, hvem der arbejder videre med og følger op på de konkrete opgaver/mål.

Det nære team holder desuden løbende gensidig kontakt med de øvrige faggrupper via fx mail og telefon, ligesom der kan aftales yderligere møder med deltagere fra det brede team, hvor det skønnes nødvendigt. Det kan fx dreje sig om mere indgående vejledning fra neuropsykolog i forhold til tilgang til patienter med særligt svære problematikker.

Den fælles indsats i de nære teams falder ind under den forståelse af tværfaglighed, som kaldes transdisciplinær. Herved forstås et integreret samarbejde mellem flere faggrupper, der aftaler fælles mål i samarbejde med patienten, hvor målet formuleres ud fra patientens ønsker og behov. Teammedlemmerne har et indgående kendskab til hinandens fag, og indsatserne overlapper hinanden, således at hvert teammedlem har en bred faglig tilgang til patienten. Dette skal forstås på den måde, at ethvert teammedlem vil komme ud for at skulle formidle til og fra andre fagfelter fx på interne og eksterne møder. Desuden er det aktuelt i aftenvagterne, hvor der kun er én på arbejde. Denne form for arbejde kræver en bevidst og sikker indsigt i egen fagkerne og kompetencer hos de enkelte medlemmer.

På H20 er der en kontaktpersonsordning (se mere herom i bilag 5). Den er fordelt mellem alle ansatte i det nære team og gælder alle patienter. Formålet er, at der er én person, der er særlig forpligtet på den patientorienterede indsats, og som har ansvaret for, at der skabes kontinuitet i den enkelte patients neurorehabiliteringsforløb, indtil udskrivelsen til fase 3. Ved indlæggelsen på afsnittet får patienten udleveret et kontaktkort med navn, telefonnummer og titel på sin kontaktperson.

Kontaktpersonen repræsenterer teamet i forhold til patient, pårørende samt interne og eksterne samarbejdspartnere. Det gør det overskueligt for alle parter at etablere og vedligeholde kontakten. På den måde undgås også, at patienten og de pårørende behøver at involvere flere personer i meget private emner. Det kan også af andre grunde være hensigtsmæssigt, at ikke alle i teamet fordyber sig i denne del. Alle skal være orienteret om detaljer fra patientens liv, som har betydning i det aktuelle neurorehabiliteringsforløb. Men ikke alle i teamet behøver at bruge den tid, der skal til for at opbygge et godt og trygt samarbejde med de pårørende.

Patienten har mulighed for at tale med et hvilket som helst teammedlem om emner, han gerne vil have vendt, og nogle spørgsmål hører også naturligt ind under bestemte fagområder. De pårørende har ligeledes altid mulighed for at få afklaret faglige spørgsmål direkte med de enkelte teammedlemmer.

Af og til kan bestemte problematikker fylde så meget i patientens liv, at teamet vælger at henvise patienten til at henlægge samtaler om disse emner til kontaktpersonen. Dette sker for at støtte patienten i også at få energi til andre ting i neurorehabiliteringen, hvis det er muligt.

Kontaktpersonen har opgaver i forhold til igangsætning og opfølgning ved indlæggelsen, i forløbet undervejs og ved udskrivelsen. Opgaverne kan efter aftale uddelegeres til relevante parter.

Det er en vigtig del af den individuelle indsats, at personalet følger den proces, som patienten gennemgår fra at være en rask og velfungerende person til at være en person med hjerneskade - og ikke mindst følger, hvor han til enhver tid befinder sig i denne proces. Alle patienterne er i en situation, hvor de skal vænne sig til mange tab og sige farvel til meget, som før var selvfølgeligheder. I denne proces er det vigtigt, at personalet bruger egen intuition, observerer og følger tæt. Nogle gange skal der skubbes blidt andre gange holdes igen, hvis patientens eget udviklings-tempo er blevet forceret. Nogle gange skal personalet blot være åbne og stille spørgsmål, så patienten selv kommer frem til en løsning - lade patienten gå forrest og gøre sine egne erfaringer. Det skal nøje vurderes, hvornår patienten er parat til at tage næste skridt i retning af at indse, acceptere, handle og finde nye veje. Personalets rolle bliver her mere som en coach, der stiller rammer til rådighed, justerer dem, inspirerer og motiverer patienten til at bruge sine egne ressourcer.

Personalet skal turde være i situationen - også når det er svært - og skal agere empatisk, ærligt og troværdigt med respekt for de værdier, patienten har, så han bevarer sin værdighed og motivation for at fortsætte processen. Det er vigtigt at fokusere på både styrker og vanskeligheder for at bevare patientens selvværd.

En stor del af indsatsen på H20 drejer sig om patientens vej mod indsigt og erkendelse.

En ufravigelig forudsætning for at kunne hjælpe patienten på vej i dette arbejde er, at der er etableret et trygt og ligeværdigt samarbejde mellem patienten og teammedlemmet/-medlemmerne. Ligeledes er et tæt samarbejde med de pårørende vigtigt ved disse problematikker. At opnå erkendelse og indsigt er en langvarig proces for de fleste, og det er en proces, som ikke kan eller skal forceres. Det er befordrende, at patienterne kan spejle sig i hinanden og give hinanden feedback, ligesom en samlet indsats fra alle teammedlemmer på dette felt hjælper processen på vej. Hyppigt vil patienten have behov for at ”pendulere” mellem erkendelse i situationen og benægtelse af de faktiske forhold. I atter andre tilfælde kan patienten ikke opnå indsigt (pga. hjerneskadens placering). Patienten vil da være henvist til intellektuelt at anerkende vanskelighederne og være nødsaget til at støtte sig til omgivelsernes tilkendegivelser, herunder ikke mindst de pårørendes.

Under alle omstændigheder er arbejdet med indsigt og erkendelse vigtigt i forhold til patientens realitetsorientering og dermed også i forhold til hans muligheder for at finde et bæredygtigt ståsted under de nye betingelser, hjerneskaden har givet.

Planlægning af (A) deltagelse i praksisfællesskab, (B) deltagelse i gruppeaktiviteter og (C) deltagelse i individuel behandling og rehabilitering

Den første introduktion til deltagelse i H20's praksisfællesskab foretages som nævnt i kap.10 allerede ved ankomsten.

En af de første dage - når patienten er klar til det - har kontaktpersonen og patienten en samtale om de muligheder, der er for at arbejde hen mod de individuelle mål gennem aktiviteter, træning og behandling på H20.

Muligheden for at lægge noget af træningen i hjemmemiljøet præsenteres, både tidligt i forløbet og undervejs, hvor det findes hensigtsmæssigt. Alt foregår med det kommende individuelle hverdagsliv for øje.

Her tales også om forventningen til og muligheden for, at patienten er medansvarlig for at udfylde sin dag med meningsfulde aktiviteter. For at støtte op om patientens selvstændighed og

initiativ vil der tidligt i forløbet blive udarbejdet selvtræningsprogrammer i samarbejde med ham. Ligeledes undersøges, hvilke aktiviteter patienten allerede på nuværende tidspunkt finder meningsfulde og kan udføre alene, fx at gå tur i skoven, gå i træværkstedet osv.

Ud fra denne samtale tages altså en foreløbig beslutning om, hvad patienten ønsker at deltage i og på hvilket niveau. Det gøres klart, at det er naturligt og forventeligt i løbet af indlæggelsesforløbet at ændre sin deltagelsesgrad, og at det vil indebære evalueringer og justeringer undervejs - evt. også af målene.

Det er ligeledes først i forløbet, det er vigtigt at tage stilling til, om der er forhold vedrørende patientens vanskeligheder, som han ønsker, medpatienterne skal informeres om, dels for at hjælpe patienten i gang med de nye opgaver i de ukendte rammer, dels for at forebygge misforståelser. Sideløbende med dette foregår en formidling til de øvrige ansatte på H20 (teammøder, patientgennemgang, morgenmøder). Formålet er, at alle skal være tilstrækkeligt informeret til at kunne bakke op om den nye patient både i dagligdagen og i grupperne. Samtidig drager teamet derved nytte af den samlede viden, der bringes til veje, når patienten følges over hele døgnet. Som regel vil der også foregå en formidling til de pårørende om de foreløbige planer for patientens deltagelse, ligesom den løbende justering vil inkludere patientens og de pårørendes oplevelser fra weekends derhjemme, netop med henblik på at skabe en fremadrettet og sammenhængende neurorehabilitering.

Samarbejde med pårørende

Ud over den kontakt til pårørende, som etableres ved indlæggelsen, holdes løbende kontakt med dem afhængigt af deres og patientens behov. Al kontakt til pårørende sker med patientens accept og så vidt muligt, når han er til stede. Nogle pårørende har brug for tæt kontakt med meget information om, hvor patienten befinder sig i processen. De har måske svært ved at se patienternes problemfelter tydeligt især hvis de er af kognitiv og social art, eller de har blot en fornemmelse af det og har brug for at få deres oplevelser af patientens funktionsniveau justeret og/eller bekræftet. Andre har brug for på dette tidspunkt af rehabiliteringsprocessen at trække sig lidt tilbage, og overlade ansvaret til patienten og personalet. Det giver bl.a. de pårørende mere luft til at koncentrere sig om sig selv og det derhjemme, hvilket ofte har været forsømt især i den første del af forløbet. Det kan være træthedstegn, men det kan også være en positiv udvikling i patienten og de pårørendes indbyrdes relation.

Der er flere måder, de pårørende kan hente støtte og information på. Først og fremmest hos patientens team, hvor det er kontaktpersonen, der har det primære ansvar for samarbejdet med de pårørende. Desuden hos andre pårørende - uformelt når de mødes tilfældigt her som gæster og formelt i forbindelse med husets pårørendearbejde. Dette er organiseret i en pårørendegruppe, som dels arrangerer undervisningsaftener med relevante emner og dels tilbyder deltagelse i en pårørendegruppe. Undervisningen kan fx indeholde oplæg ved læge eller psykolog om emnet, "Følger efter en hjerneskade" eller oplæg fra en tidligere patient om, hvordan livet har formet sig efter udskrivelsen. Desuden afholdes "café" med deltagelse fra patientforeningerne, Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen.

Pårørendegruppen mødes hver 14. dag i 2½ time, hvoraf den første halve time primært er socialt samvær. Den enkelte pårørende kan deltage 5 gange, et forløb strækker sig over 2½ måned. Det er en åben gruppe med "løbende udskiftning", og det er også muligt at deltage, efter at ens pårørende er blevet udskrevet. Formålet med gruppen er at skabe et støttende rum, hvor de pårørende møder andre i samme situation, og hvor de får mulighed for at sætte ord på tanker og følelser; så de får startet en bearbejdnings- og erkendelsesproces og dermed understøttet deres indsigt i, at noget er forandret. Det er desuden givtigt at møde andre måder at tackle en forandret hverdag på, og mange etablerer et netværk, som de har glæde af - også efter forløbets afslutning.

På H20 har der været arrangeret møder, hvor afsnittets neuropsykolog har undervist de pårørende i kognitive vanskeligheder efter en hjerneskade. Der er her tale om et mindre forum, hvor det føles mere trygt at spørge om specifikke problemstillinger.

Udskrivelse

Allerede ved indlæggelsessamtalen bliver udskrivelsen berørt.

Spørgsmål som ”Hvad synes du, du mangler at kunne, før du er klar til at komme hjem”, og en foreløbig orientering om, at de fleste fortsat går til træning efter udskrivelsen, er med til at spore tankerne frem mod tiden efter udskrivelsen både hos patient, pårørende og behandlere.

At nævne hvilke muligheder, der er for træning, hjælp, støtte og aktivitet efter udskrivelsen, er med til at justere forventningerne, således at alle bliver bekendt med, at man sædvanligvis ikke er helt ”rask”, når man forlader H20. Ofte er det i denne fase, det bliver tydeligt for patient og pårørende, at funktionsevnebegrænsningerne i nogen grad nok kan være af længerevarende karakter.

Under indlæggelsessamtalen nævnes og diskuteres en forventet indlæggelseslængde (6-8 uger med individuel variation). En egentlig dato skal fastsættes så hurtigt som muligt. Den kan bl.a. afhænge af færdiggørelse af neuropsykologisk undersøgelse eller andet, det er vigtigt at få afklaret, inden patienten fortsætter sin rehabilitering et andet sted.

Forberedelsen af udskrivelsen er således i gang under hele indlæggelsen. Så snart patient, pårørende og personale begynder at få et overblik over muligt behov for træning, hjælp, støtte og aktivitet efter udskrivelsen fra H20, tages kontakt til eksterne og kommende samarbejdspartnere med henblik på at undersøge aktuelle muligheder for patienten.

Det kan dreje sig om fortsat fysioterapeutisk behandling, ergoterapeutisk træning, bostøtte i hjemmet, hjælp fra hjemmeplejen, tilbud via Neuroteamet (skoletilbud eller forløb ved Hjerneskadecentret) eller tilsvarende muligheder i andre amter, tilbud på lokalcentre, tilbud i interesseorganisationer og patientforeninger, undervisning via Taleinstituttet, hjælp fra kommunale sagsbehandlere, etablering eller genoptagelse af hold- og fritidsaktiviteter, etablering af højskoleophold osv.

For nogle er det aktuelt at besøge arbejdspladsen med henblik på aftale om tilbagevenden, men det vil som regel ligge noget senere i rehabiliteringsforløbet. Det bliver aftalt, hvem det er, der hjælper patienten videre med afklaringen af erhvervsevnen, når dette er aktuelt.

Nogle gange kan et videre forløb aftales telefonisk, andre gange afholdes møde med involverede parter - enten på Hammel Neurocenter, hjemme hos patienten eller på den institution eller hos de samarbejdspartnere, der er tale om.

Alle aftaler nedfældes på skrift - helst med dato for påbegyndelse - i Rehabiliteringsplanen i den tværfaglige udskrivningsstatus, som ved udskrivelsen udleveres til patient og pårørende, egen læge og kommende samarbejdspartnere med patientens accept.

Det er forskelligt, hvad de enkelte lokalområder har af tilbud efter udskrivelsen fra H20.

Det er vigtigt for patienter og pårørende, at der foreligger en konkret plan, så patienten kan undgå fornemmelsen af at ”svæve frit i luften”. Erfaringerne viser, at det vigtigt, at der afholdes et møde med de kommende samarbejdspartnere, hvor disse aftaler indgås. For de involverede parter er det nyttigt at have mødt hinanden, og samtidig kan et møde fremme kontinuiteten i det fortsatte forløb, således at det, der arbejdes med på HN, implementeres i hverdagslivet hjemme. Det er en stor hjælp, hvis der kan findes en tovholder i lokalområdet (fx bostøtte, visitator eller socialrådgiver). Det letter situationen for patient og pårørende, at der er én, der kan hjælpe med at bevare overblikket i hele forløbet. Det er desuden optimalt, hvis denne tovholder har et ind-

gående kendskab til almene hjerneskadeproblematikker og til de muligheder, der findes i kommunalt og amtsligt regi.

Det hele handler om, at overgangen til hverdagen hjemme skal foregå så lempeligt og tilfredsstillende som muligt. At patienten kommer i gang med aktiviteter, som han finder relevante og meningsfulde, og at han i videst muligt omfang får genoptaget den tilværelse, han ønsker at have.

Det tilstræbes, at rehabilitering handler om mål for deltagelse – og deltagelse vil her sige at leve sit eget liv.

Skriftlige evalueringer i forbindelse med udskrivelsen:

- Tværfaglig udskrivningsstatus. Den indeholder den tidligere nævnte ”Rehabiliteringsplan”. Status udfyldes dels af teammedlemmer dels af patienten og endelig i samarbejde mellem team og patient.
- Evaluering af de mål, der blev formuleret ved indlæggelsen (og som evt. er justeret undervejs). Dette foregår sammen med patienten.
- Den afsluttende FIM-scoring.
- Udfyldelse af Apopleksiskema. (NIP-projektet).

De tværfagligt udarbejdede evalueringer suppleres efter behov med monofaglige.

11. Teoretisk grundlag og tankeredskeer

I praksisforskningsprojektet er der arbejdet med at tydeliggøre *det teoretiske grundlag*, som rehabiliteringstilbuddet H20 hviler på. De professionelle på H20 har gennem en længere periode udviklet det tværfaglige tilbud med udgangspunkt i hver deres faglige og personlige ressourcer og institutionens værdigrundlag (kap. 8). Det grundlag, der var til stede fra begyndelsen, er blevet udviklet gennem erfaringer fra praksis med mange forskellige patienter og deres mangfoldige problematikker. Hertil kommer den viden, der er tilført gennem tværfaglige og faglige kurser på neurorehabiliteringsområdet og tilgrænsende felter.

De vidensområder, der oftest er blevet inddraget i det tværfaglige arbejde, er neuropsykologi og -pædagogik, movement science og almene psykologiske teorier hentet fra praksis inden for sygepleje, ergoterapi og fysioterapi. Hertil kommer den øvrige teori og metode fra de sundhedsprofessionelle felter, som anvendes i samtlige monofaglige initiativer (se kap. 12 og bilag 7).

I forbindelse med praksisforskningsprojektet gøres der forsøg på at koble særlige sider af tilbudets praksis til bestemte teoretiske tilgange. Hverdagslivstræningens generelle muligheder, som beskrevet i kapitel 9 og 10, hviler på almenpsykologiske og -pædagogiske principper kombineret med neuropsykologisk viden. Der er udviklet en række ’tankeredskeer’, som anvendes i beskrivelsen og forståelsen af H20’s tilbud.

Et tankeredskab har som formål i den kortest mulige form at stille vejledning til rådighed for de professionelle. Vejledningen skal tage udgangspunkt i den nyeste og bedst funderede teoretiske tilgang til praksisfeltets problematikker. Dertil knyttes referencer for videre fordybelse. Vejledningen giver ikke absolutte direktiver. Den giver oplæg til overvejelser, der er centrale for den bedst mulige problemløsning og vil altid stille krav til den professionelle faglige og tvær-faglige refleksion. Ved at tydeliggøre et givent tankeredskab bliver det muligt at udsætte dette for såvel individuel som kollektiv kritisk diskussion – også i forhold til andre konkurrerende tankeredskaber.

De tankeredskaber, der er udviklet, er i første omgang følgende:

1. Neuropædagogiske principper
2. Udvikling af en handlesammenhæng, der kan fremme rehabilitering og læring
3. Udvikling af 'Empowerment'
4. Udvikling af motivation og samarbejde om den nærmeste udviklingszone
5. Decentrering

De præsenteres i de følgende.

1. Neuropædagogiske principper – et tankeredskab

Formål

Sigtet med en neuropædagogisk intervention er at gøre patienten så selvhjulpne som muligt i sin livsførelse via en kognitiv rehabilitering. Kognitiv rehabilitering forstås her i den brede betydning, hvor kognition ikke kun er knyttet til hjernen, men til hele personen og dennes relationer til omverdenen.

Hvad er "Neuropædagogik"?

Neuropædagogik bygger på kognitive videnskaber (som neurologi og neuropsykologi) og på pædagogik og kan også kaldes pædagogisk anvendt neuropsykologi. I neuropædagogiske indsatser bygges bro mellem den teoretiske viden om hjernen og hjerneskader, og de praktiske og faglige kundskaber et personale har.

Neuropædagogiske tilgange supplerer almenpædagogiske tilgange med den faglige viden om følger efter en hjerneskade, fx vedrørende; indsigt, erkendelse og accept, krise og sorg, initiativ, motivation, opmærksomhed og koncentration, hukommelse, planlægning, følelsesmæssige og sociale kompetencer og sproglige vanskeligheder.

I neuropædagogik peges på særlige hensyn, der skal tages i forbindelse med læreprocesser hos mennesker med neurologiske sygdomme eller traumer. Neuropædagogik omfatter således pædagogiske overvejelser, fremgangsmåder og gennemførelse af undervisning og behandling af personer med funktionsnedsættelse, som skyldes sygdom, skade eller forstyrrelser i hjernen.

Neuropædagogik er helheds- og procesorienteret, handlingspræget og knyttet til dagligdagen.

Neuropædagogik er en tværfaglig disciplin, hvor hver enkelt faggruppe bidrager med sin del.

Principper og tilgange

Ved begyndelsen af indlæggelsen er det vigtigt med en fælles og hurtig udredning/afklaring af ressourcer og vanskeligheder, således at neurorehabiliteringen kan målrettes mod patientens konkrete behov. Deltagerne i denne udredning og afklaring er patienten, de pårørende og hele teamet. Der tages med det samme fat på arbejdet med at tilrettelægge aktiviteter, der giver patienten mulighed for at opleve styrker og vanskeligheder i konkrete, praktiske situationer, således at han får en realistisk mulighed for, i fællesskab med sit team, at vurdere sit nuværende

funktionsniveau og de konsekvenser, det har for hans hverdag. Dette praksisorienterede arbejde suppleres med specifikke undersøgelser.

Det har stor betydning, at viden om ressourcer og vanskeligheder løbende deles mellem alle deltagere i neurorehabiliteringen, dvs. patienten, dennes pårørende og hele teamet. Det kan fx ske som en del af en tilbagemelding efter en undersøgelse, som decideret undervisning, eller det kan foregå som evaluering i og efter aktiviteterne, hvor ressourcer og vanskeligheder tydeligt fremstår. Endelig opsamles løbende de erfaringer, patienten og de pårørende får, når de er hjemme i weekender. Patientens viden vil kunne hjælpe ham med at fastholde formålet med aktiviteterne og dermed også hjælpe ham med at bevare motivationen.

I den neuropædagogiske tilgang betragtes motorik og kognition som sammenhængende systemer. Motorik omfatter også kognition, og derfor spiller kropslige aktiviteter en vigtig rolle i udviklingen af kognitive funktioner. En følge heraf er derfor, at man må være opmærksom på at inddrage kroppen i al kognitiv rehabilitering og sørge for, at patienten er så motorisk aktiv som muligt.

I det følgende gives nogle *eksempler* på, hvordan man kan gribe arbejdet an ud fra en neuropædagogisk synsvinkel. På trods af den valgte punktvis opdeling betragter vi de forskellige funktioner som sammenhængende i et netværk. Opdelingen har således et praktisk sigte, det skal øge overskueligheden. Opdelingen af vanskeligheder og beskrivelsen af tiltag kunne også være foretaget i forhold til skadeslokalisering, da dette forhold altid tages i betragtning i neurorehabiliteringen. Vi har valgt følgende opdeling, der er orienteret omkring mentale funktioner.

Indsigt, erkendelse og accept

Arbejdet hermed er et af omdrejningspunkterne for personalets indsats i forhold til patientens rehabiliteringsproces, og er en stor neuropædagogisk udfordring.

I udredning og intervention i forhold til nedsat indsigt og erkendelse søger man at skelne mellem en psykologisk forsvarsmekanisme (erkendelse) og en organisk forklaring på indsigtspøblem. I forhold til psykologiske forsvarsmekanismer er tid og erkendelse vigtige elementer, men der kan også være behov for en terapeutisk intervention. Den organiske forklaring fordrer en undervisningsmæssig tilnærmelse. Man kan fx undervise i og udlevere skriftligt materiale til patient og pårørende om de vanskeligheder, patienten har. Man kan også gennemgå den medicinske journal sammen med patient og pårørende, undervise i hjernens opbygning og funktion samt i mulige følgevirkninger af en hjerneskade. Det er vigtigt, at patienten har mulighed for at spørge specifikt ind til egne problemstillinger, således at informationen bliver en individualiseret vejledning, og at undervisningssituationen ikke udløser en forsvarsreaktion hos patienten.

Ved vurdering af og intervention i forhold til nedsat indsigt og erkendelse kan der konkret anvendes følgende strategier:

- Sammenligning mellem patientens forudsigtelse af handlingen og dens egentlige udførelse.
- Sammenligning mellem aktivitetsudførelsen og patientens eget udsagn om, hvordan det gik.
- Sammenligning mellem patientens beskrivelse af det udførte og andres opfattelse af det, fx de pårørende.
- Vurdering af patientens evne til at korrigere fejl og håndtere sikkerhed.
- Undersøgelse af skadens lokalisering og følgevirkninger via journal og neuropsykologisk undersøgelse.

Strategierne kan umiddelbart virke meget konfronterende. De kan og skal oftest benyttes lempeligt, således at man i processen hele tiden giver tid og rum til patientens egne oplevelser og hans refleksion over det skete og derigennem søger at skabe en læreproces, hvor patienten føler, at han selv er med til at finde den nødvendige viden. For yderligere at bevare patientens selv-værd skal man huske at fokusere på hans ressourcer.

I afsnittet om ”Tværfagligt samarbejde og kontaktperson” har vi mere udførligt beskrevet, hvordan vi som personale går ind i denne proces.

Krise og sorg

Patienten befinder sig under indlæggelsen på H20 i en periode i sit liv, hvor hele tilværelsen ofte ser kaotisk og usikker ud, og hvor der som oftest er mange tab at forholde sig til. Til disse i sig selv belastende faktorer kommer, at patienten, pga. hjerneskaden, måske ikke har de mentale og fysiske redskaber til rådighed, som han tidligere har anvendt for at komme gennem en svær periode.

Således får sorg- og krisearbejdet en ekstra dimension; det er væsentligt at give patienten viden om, hvad der er sket, og hvad det betyder, og at følelserne af totalt kaos er helt naturlige.

Det er vigtigt at arbejde med fokus på patientens ressourcer, da virkeligheden i denne fase ellers kan blive for konfronterende og øge patientens risiko for at udvikle en egentlig depression, en risiko der i forvejen kan være øget pga. organiske/biokemiske årsager. Af samme grund kan deciderede undersøgelser udsættes, hvis det vurderes at være for belastende for patienten.

Som regel bliver følelsen af kaos mindre efter en vis tid, og der bliver mere overskud til at se virkeligheden i øjnene, i hvert fald i nogle situationer. Selv om patienten kan synes stærkere undervejs, er det dog fortsat vigtigt, at han til stadighed har mulighed for at tale om sine tanker og følelser, når han har behov for det.

I afsnittet om ”Tværfagligt samarbejde og kontaktperson” beskrives yderligere, hvordan vi som personale går ind i denne proces.

Initiativ og motivation

Andre væsentlige faktorer i neurorehabiliteringsprocessen er patientens initiativ og motivation. Mange patienter med en hjerneskade har nedsat initiativ, som en følge af hjerneskaden, så det er ofte relevant, at personalet med motivationsarbejde og fx strukturering i dagligdagen støtter op om det resterende initiativ.

Motivation og initiativ er det, der sætter en handling i gang og kan betragtes i forhold til følgende kernebegreber.

- Værdien af det du gør.
- Troen på det du gør.
- Følelsen for det du gør.
- Viljen til handling.
- Energien til at handle.

I motivationsarbejdet kan personalet fremme patientens oplevelse af, at en given opgave har værdi ved bl.a. at finde en ”for-forståelse” (erfaringer fra patientens liv), som er relevant for opgaven. Hvis han fx er vant til at arbejde med computer på sit job, vil han sandsynligvis finde det værdifuldt at træne kognitive vanskeligheder på computerprogrammer.

Patientens tro på, at en opgave vil lykkes kan bl.a. fremmes ved at sætte realistiske mål, sørge for succes første gang han prøver samt ved at henvise til lignende opgaver, som er lykkedes.

Det følelsesmæssige engagement hos patienten kan fremmes ved især at fokusere på de aktive følelser som glæde og nysgerrighed frem for på passive følelser som kedsomhed, frygt og angst.

Det er vigtigt at etablere en følelsesmæssig relation mellem patient og fagperson, hvor sidstnævnte optræder som rollemodel ved at være sig selv samt ved at møde patienten, hvor han er lige nu. Desuden skal de ansatte forsøge at overføre aktive følelser af engagement, håb, tiltro, respekt, forståelse og ærlighed.

Patientens vilje til at udføre en opgave kan, i relation til motivation, understøttes ved at fremme hans ansvar for egen læring, ved at arbejde mest muligt problemorienteret og ved at relatere aktiviteterne til den hjemlige situation.

Det er, i relation til initiativ, vigtigt at gøre det klart for alle involverede, at et nedsat initiativ som følge af en hjerneskade ikke har noget med manglende vilje at gøre; at patienten gør sit bedste ud fra de aktuelle forudsætninger.

Endelig kan patientens energiniveau bedres ved at arbejde med døgnrytme, søvn- og hvilemønstre, regulering af medicinering, dialog om vaner, afspænding, ved at fremme hans lyst til at motionere samt støtte til at skabe positivt samvær med andre.

Den motiverende samtale er et redskab i processen. Personalet udviser accept, er aktivt lyttende, viser respekt, indgår partnerskab og giver støtte så patienten føler, at de står til rådighed, når der er behov. (Se desuden tankeredskab nr. 3 om motivationsudvikling og samarbejde om "den nærmeste udviklingszone".)

Opmærksomhed og koncentration

Opmærksomhed og koncentration øves direkte og konkret med specifikke træningsopgaver. Det kan fx være ved færdsel i trafikken, træning ved computeren, tælle point i badminton, dosere medicin, madlavning.

Et vigtigt element er, at patienten får klarhed over, hvad der for ham er fremmede og hæmmende faktorer, fx hvor meget skal der være på programmet? Skal han have ro, når han skal arbejde? Hvor længe kan han arbejde uden pause, uden at det går ud over kvaliteten af arbejdet? Hjælper det at strukturere aktiviteterne på en bestemt måde? Går det bedre med at fastholde opmærksomhed og koncentration i bestemte sammenhænge?

Hukommelse

Der arbejdes dels på at støtte hukommelsens bedring og dels på at indarbejde kompensatoriske teknikker og redskaber. Det kan være specifik træning, fx på computer, ud fra den viden man har fra undersøgelserne, afklaring af, hvad der bedst huskes (det man hører, det man ser, det man gør?), indarbejde enkelhed, gentagelser, tilbagevendende aktiviteter, struktur, procedurer og rutiner, kalender, dagbog, huskelister/tjeklister, opskrifter, brug af kort og manualer, brug af mobilalarm, udarbejdelse af "ekstern hukommelse" i form af overskuelige mapper o.l., finde rundt på tidligere afprøvede ruter (til fods, på cykel, med bus), lære at anvende formidlet viden om fx speciel kost, medicinsk behandling og meget andet.

Planlægning

Et vigtigt udgangspunkt i neuropædagogikken er, at hver person har sin "læringsstil", hvilket lægger op til, at enhver opgave kan løses på mange måder, og at det væsentlige er, at patienten er aktiv og eksperimenterende i forhold til at lære at klare sig i sin nuværende og kommende hverdag.

(Se desuden tankeredskab nr. 2, 3, 4). Desuden anses det for afgørende, at læringen skal kunne anvendes i andre sammenhænge, end hvor den er erhvervet. Derfor lægges der vægt på varierede aktiviteter og omgivelser, og der tilstræbes en vis kompleksitet. (Se desuden tankeredskab nr. 5).

Ved problemer med planlægning opfordres patienten til, og støttes i, at prøve at strukturere opgaverne, fx ved at opdele aktiviteterne i mindre sekvenser, så han øger sin mulighed for at holde overblikket, dels under planlægningen af en opgave og dels under udførelsen. For mange patienter vil det at tænke en opgave igennem inden start, at skrive hovedpunkterne i udførelsen ned, at følge fremgangsmåden og at efterkontrollere via listen øge mulighederne for at gennemføre en opgave. Ligeledes opfordres patienten til at sætte tempoet ned, så han netop kan nå at tænke undervejs i handlingen.

Følelsesmæssige og sociale kompetencer

Tilbudet på H20 er indrettet, så der er gode muligheder for at opleve, observere og målrettet arbejde med de følelsesmæssige og sociale kompetencer, bl.a. fordi strukturen lægger op til deltagelse i det sociale fællesskab, og fordi en indlæggelse her giver mulighed for at opleve mange forskellige sammenhænge, i princippet over hele døgnet. Det er tilstræbt at skabe et trygt miljø/en kultur, hvor der er mulighed for at eksperimentere og prøve sig selv af med støtte fra personalet og medpatienterne. (Se desuden tankeredskab nr. 2)

Patientens refleksion, selvevaluering og evaluering med teamets medlemmer (ud fra oplevede situationer i gruppen på H20 og derhjemme og ud fra neuropsykologiske undersøgelser og skadeslokalisering) er de hyppigst anvendte redskaber.

Arbejdet med de følelsesmæssige og sociale kompetencer er et væsentligt indsatsområde i arbejdet på H20, og det er et område, hvor H20 i særlig grad differentierer sig fra mange andre rehabiliteringstilbud. Der er derfor i dette projekt mange steder beskrevet, hvordan det foregår. Der skal særligt henvises til kapitel 9 (Tilrettelagte neurorehabiliteringstilbud) og kapitel 14 (Patienteksempel).

Sproglige vanskeligheder

Det tilstræbes at skabe et trygt miljø, så patienten kan overvinde sin usikkerhed omkring kommunikation.

I samråd og efter aftale med patienten orienteres de øvrige patienter om hensigtsmæssig ”kommunikationsadfærd”, fx at patienten får den tid, der skal til for at forstå og for at formulere sig. Det skal afklares, hvor meget hjælp, patienten ønsker, og hvordan hjælpen gives bedst.

Patienten støttes i gruppesammenhænge – dog uden at hensynet til den afatiske patient hele tiden kommer til at overskygge de øvrige patienters behov.

Patienten støttes i at tage fat på kommunikationen til det omgivende samfund, fx butik, telefon, skriftlighed (afsende, modtage), genoptage fritidsinteresser sammen med andre.

Afslutningsvis skal det pointeres, at der, udover de nævnte eksempler, kan sættes ind med en neuropædagogisk indsats i utallige sammenhænge og i forhold til både fysiske, psykiske, kognitive og sociale funktioner; fx på deltagelse i møder, ved deltagelse i grupperne, i den individuelle træning og behandling, ved varetagelse af opgaver i fællesskabet og ved gennemførelse af andre ønskede aktiviteter i løbet af dagen, herunder også ikke-programmede. Her supplerer det neuropædagogiske tankeredskab de øvrige tankeredskaber 2, 3, 4 og 5.

Der findes forskellige styringsredskaber/-metoder, som kan hjælpe neuropædagoen med at strukturere arbejdet. Et velegnet redskab er ”den didaktiske relationsmodel”, som bygger på hovedbegreberne *læringsforudsætninger, rammefaktorer, tegn, mål, indhold, læreprocesser og vurdering*. Modellen er nøjere beskrevet i kapitel 10 samt i Kjeld Fredens’ bog: ”Mennesket i hjernen – en grundbog i neuropædagogik”.

Teoretisk grundlag bag dette tankeredskab:

Kjeld Fredens; 2004. ”Mennesket i hjernen – en grundbog i neuropædagogik”. Systime Academic.

Hjerneskerådsgivningen. Fyns Amt. 2002. "Håndbog i neuropædagogik". Odense Kommune. Desuden referencer fra de monofaglige beskrivelser samt referencerne B, C og D i dette projekt.

2. Udvikling af en handlesammenhæng, der kan fremme rehabilitering og læring - Et tankeredskab

Formål

Det er formålet at udvikle en handlesammenhæng (H20) for flere deltagere (her 10 personer), der åbner muligheder for både kollektiv og individuel deltagelse. Handlesammenhængen skal bidrage til at **udvikle deltageres aktuelle livsførelse** her samt deres kommende livsførelse i andre, fortrinsvis hjemlige sammenhænge. Udviklingen af en sådan handlesammenhæng omfatter organisering og strukturel tilrettelæggelse af den sociale praksis og dens terapeutiske håndtering, herunder udvikling af en kultur med særlige normer og værdier.

Hvad er en handlesammenhæng?

En handlesammenhæng dannes af flere eller færre deltagere omkring noget fælles, har et sted for deltageres handlinger og et sæt betingelser. En handlesammenhæng er forbundet med andre handlesammenhænge og eksisterer mere eller mindre midlertidigt. En handlesammenhæng kan være institutionaliseret på forskellige måder, som for eksempel Hammel Neurocenter, og der eksempelvis en afdeling som H 20. En handlesammenhæng kan også være et hjem, en familie, en arbejdsplads, en fritidssammenhæng. Handlesammenhænge er sammensatte med forskellige formål og opgaver for øje og karakteriseret ved forskellige muligheder for deltagelse, særlige relationer mellem deltagerne, konkrete materielle rammer, kultur m.v.. Ingen handlesammenhæng kan forstås isoleret, men må betragtes gennem dens relationer, både dens forbindelser med og dens adskillelse fra andre sammenhænge i den bredere sociale praksis. En handlesammenhængs forandring er påvirkelig af deltageres handlinger, men også afhængig af andre handlesammenhænge.

Principper

Følgende generelle principper skal suppleres og tilpasses i forhold til en række neuropædagogiske principper (Se tankeredskabet: Neuropædagogiske principper). Samtlige principper tages i anvendelse, når den enkelte patients deltagelse planlægges (individualiseres) i samarbejdet mellem patienten og en af de professionelle. Den handlesammenhæng, der udvikles, står principielt til rådighed for enhver patient, der visiteres til H 20.

H20 betragtes som et **midlertidigt mulighedsrum** for udvikling af den enkelte patients livsførelse her og har samtidig til hensigt at pege ud over opholdet på H20.

- H20 tilrettelægges som et miljø, der omfatter almindelige **dagligdags aktiviteter og deltagelse**, som er en del af de fleste menneskers livsførelse.
- Dagligdagen på H 20 skal omfatte **mange forskelligartede aktivitets- og deltagelsesformer**, der kan gennemføres **i fællesskab** mellem flere, men som også rummer opgaver, der kan udføres af **enkeltpersoner**. Nogle muligheder for aktivitet og deltagelse skal være **sammensatte og komplekse**, nogle **usammensatte og enkle**. Der skal være muligheder for deltagelse i opgaver af **stadig stigende kompleksitet** og på **stadig mere overblikskrævende niveauer**.
- Det der foregår, skal være **gennemskueligt**, således at deltagelse sammen med andre i sig selv kan give indsigt i mere sammensatte opgaver.

- Den generelle organisering omfatter et princip om **adgang** til H 20 og til deltagelse i miljøet. Det at give adgang og at **agere inkluderende** søges indarbejdet som en værdi i dagligdagen, både blandt medarbejdere og patienter. Det er en bestræbelse, at alle skal føle sig velkomne og få vist veje til at deltage i fællesskabet, såvel ved modtagelsen på H 20 som undervejs i hele opholdet.
- **Adgang** formidles blandt andet gennem samtale og analyse mellem den/de professionelle og patienten om hvilke aktiviteter og hvilken deltagelse, der i form af bestemte opgaver på et givet tidspunkt kan betragtes som egnede i forhold til patientens interesser og aktuelle udviklingsniveau. Med dette som udgangspunkt organiseres og tilrettelægges muligheder for at patienten kan realisere opgaverne (se tankereds-kabet: Næste udviklingszone).
- Deltagelse i den daglige handlesammenhæng omfatter således både det man gør (mere eller mindre målsat, mere eller mindre struktureret) og **refleksioner, erfaringsudvekslinger, dialoger og samtaler** på baggrund heraf. Samtaler omfatter endvidere spørgsmål, der melder sig i deltagerens aktuelle livsførelse på alle niveauer – også socialt.
- **'Decentrering'** drejer sig om at tilrettelægge muligheder for aktivitet og deltagelse på H 20, der er rettet imod den eller de hjemlige evt. arbejdsmæssige handlesammenhænge (læringsmulighederne rettes mod aktivitet og deltagelse andet sted, senere). Mulighederne på H 20 udvælges gennem sammenlignende analyser mellem H 20's handlesammenhænge og den eller de hjemlige evt. arbejdsmæssige handlesammenhænge. De muligheder, der udvælges på H 20, skal korrespondere med livsførelse og situationer i den eller de kommende, hjemlige evt. arbejdsmæssige handlesammenhænge (se tankereds-kabet: Decentrering).
- 'Decentrering' består endvidere i **inddragelse af pårørende/evt. arbejdskolleger eller ledelse** i samtaler/udvælgelse og planlægning af opgaver, der korresponderer med og foregriber livsførelsen i en kommende hjemlig/arbejds-mæssig situation.
- Udvikling af en sådan handlesammenhæng omfatter også udvikling af **et sprog**, der er egnet til det at reflektere over og inddrage andre i vanskeligheder - i snævrere og bredere betydning - i forbindelse med egen livsførelse i dagligdagen med de aktuelle funktionsevnebegrænsninger, egne kropsfunktioner m.v.(og bidrage til det tilsvarende hos andre).
- En given patient følger allerede og kommer dag for dag til at følge et individuelt spor i egen rehabiliterings- og læringsproces: Noget sker før noget andet, noget kommer til at finde sted efter noget andet. Disse benævnes **rehabiliterings- og læringsspor**. Indsigt i den bestemte patients rehabiliterings- og læringsspor kan anvendes ved den individuelle tilrettelægning. Her inddrages overvejelser over de forudsætninger, der er til stede og de forudsætninger, der gerne skal udvikles, i planlægningen. **Flere institutionelle rehabiliterings- og læringsspor**, der indeholder forskellige muligheder står til rådighed for den potentielle patient på H 20 (forskellige spor overvejes beskrevet).
- Den kultur, der udvikles skal fremme **eksperimentering**. Der er altid flere handlemuligheder til rådighed. I forbindelse hermed skal der gives forskelligartede billeder af, hvordan man kan leve **et godt liv** (også med hidtil ukendte funktionsevnebegrænsninger) i fællesskab med andre. Dette kan vise veje til udvikling af egen psykologiske og sociale håndtering af funktionsevnebegrænsning og selvforståelse.

- Gennem det at eksperimenterer, at handle og at gøre sig egne erfaringer, samt det være en del af et miljø, hvor andre er i samme situation, gives patienten mulighed for gradvist at komme til forståelse med sig selv og andre i den for ham eller hende nye situation. Dette tænkes dermed at kunne bidrage til udvikling af vedkommendes *personlige identitet*.

Teoretisk grundlag bag dette tankeredskab

Lave J & Wenger E (1991) *Situated Learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press. New York.

Lave J (1999) Læring, mesterlære, social praksis. I: Nielsen KK, & Kvale S. (red.) *Læring som social praksis*. Reitzels Forlag. København

Dreier O (2003) *Subjectivity and Social Practice*. Center for Health, Humanity, Culture and Culture, Århus Universitet. Skriftserie nr. 1. 2003. (Filosofisk Institut).

Dreier O (1999) Læring som ændring af personlig deltagelse i sociale kontekster. I: Nielsen KK, & Kvale S. (red.) *Læring som social praksis*. Reitzels Forlag. København.

Borg T (2003) *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering*. Center for Health, Humanity and Culture. Århus Universitet. Skriftserie nr. 2. 2003. (Filosofisk Institut).

I sidstnævnte reference findes de ovennævnte teoretiske tilgange videreudviklet i en rehabiliteringsramme.

3. Udvikling af 'empowerment' – et tankeredskab

Formål

Det er formålet

1. at organisere rammer og
2. at tilrettelægge indsatser, der kan bidrage til at styrke patienters empowerment.

Hvad er empowerment?

Empowerment har to dimensioner:

- A. En individuel
- B. En social-politisk

Ad A. Empowerment er en proces, hvorunder den enkelte person

- gentænker og forstår sig selv på ny i lyset af forandrede hverdagserfaringer
- føler sig bedre i stand til at håndtere livet og være tilfreds
- udvikler selvforståelse og værdsætter sig selv
- forliger sig med sin situation
- gradvist får mere tillid til at kunne sætte sig selv igennem
-
- gradvist får kræfter til at omsætte nyfundne følelser af energi til hverdagshandlinger
- gør noget for at realisere sine drømme om lighed og retfærdighed
- deler sin energi med andre horisontalt.

Ad B. Den social-politiske dimension af empowerment:

- en institution, evt. en nationalstat kan 'empower' mennesker, der er sårbare
- det gøres gennem lovgivning og regler, gennem institutionel organisering og rutiner
- ved at forandre udvalgte muligheder kan empowerment fremmes for bestemte grupper

Principper for individuelle dimensioner

Da en del patienter har vanskeligheder med at koncentrere sig, at overskue egen situation, at forestille sig processer, at huske, m.v., tages der særlige hensyn. Følgende generelle principper skal suppleres med og tilpasses i forhold til en række neuropædagogiske principper (se tanke-redskabet: Neuropædagogiske principper), der tages i anvendelse i forhold til den enkelte patient.

Den person, der p.t. er patient, betragtes principielt som en person, der er i stand til *at deltage* i og *være ansvarlig deltager* i sin egen og andres hverdag. Dette er udgangspunktet for al kommunikation med personen.

- Efterhånden som personen bliver i stand til det – gives **vedkommende i stigende grad ansvar for eget rehabiliteringsforløb** (for rehabiliteringens forskellige initiativer og for de betingelser, der skal etableres). (Se Udkast til etiske retningslinier for HN: Ansvar for den svage).
- Rehabilitering drejer sig ikke alene om at **klare genoptræning** og de forskelligartede initiativer, der er knyttet hertil, men om en **livsførelse i et hverdagsliv**. Derfor gives personen muligheder for at **eksperimentere** og **gøre erfaringer** med mange forskelligartede hverdagsaktiviteter – med støtte.
- Med henblik på at styrke patientens selvforståelse arbejdes der **ressourceorienteret**. For at sikre **succesoplevelser** og undgå nederlag gradueres udfordringerne
- For at stimulere personens vurdering af egen formåen, selvopfattelse og identitet gives vedkommende mulighed for i samarbejde med både de professionelle (her især patientens kontaktperson) og medpatienterne **at reflektere** over egen situation og tilstand og de nye hverdagserfaringer (på to-mandshånd og i grupper).

Principper for den socio-politiske dimension

- De organisatoriske rutiner evalueres løbende med henblik på deres indvirken på indlagte personer og disses muligheder for at deltage i tilrettelægnings af eget rehabiliteringsforløb i eget perspektiv.

Teoretisk grundlag

Dette teoretiske tankeredskab er udviklet med udgangspunkt i teori præsenteret i følgende referencer:

Townsend E (1998) *Good Intentions Over Ruled. A critique of Empowerment in Routine Organization of Mental Health Services*. Kapitel 3, side 3-29.

Fredens K. (2004) *Mennesket i hjernen – en grundbog i neuropædagogik*. Systime Academic.

Borg T (2003) *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering*. (3003). Center for Health, Humanity and Culture. Århus Universitet. Skriftserie nr. 2. 2003. (Filosofisk Institut).

I sidstnævnte reference benyttes i stedet for dette begreb 'empowerment' begrebet 'subjektorienteret indsats'. Forudsætningerne for en sådan indsats er udfoldet i kapitel 15. En teori om et praksisområde – diskussion og perspektivering.

4. Udvikling af motivation og samarbejde om 'den nærmeste udviklingszone' – et tankeredskab

Formål

Formålet er i et samarbejde mellem den professionelle og den person, der er patient på H 20

1. at give personen mulighed for at udvikle og styrke sin motivation for rehabilitering og det fortsatte liv

2. at personen finder frem til og retter fokus mod læring af nye kompetencer, der er meningsfulde i vedkommendes livsførelse (kognitivt, emotionelt, fysisk eller socialt) under indlæggelsen på H 20 og som kan knyttes til aktivitet og deltagelse på stedet – individuelt og i fællesskab med andre.

1. Hvad er motivationsudvikling?

Et motiv for en handling kan forstås som tilskyndelsen eller drivkraften til at handle. I motivet ligger hensigten og meningen med at være aktiv og deltage. Motiver giver handlinger en retning fx i form af et ønske om noget man gerne vil have, noget man vil opnå, evt. lære. Der er altid et motiv bag en handling, det kan være skjult eller ikke-bevidst for personen selv, men kan oftest italesættes. Motiver kan være meningsgivende for handlingen (afgørende) og de kan være stimulerende (medvirkende, ansporende).

Når der er overensstemmelse mellem et motiv for en handling og målet med den, kan der ske læring og udvikling.

Ex på motiver: at få noget at spise, at lære at tilberede et måltid, at bedre en somatisk funktion, at kunne klare sig selv.

2. Hvad er 'den nærmeste udviklingszone' og læring?

Begrebet 'den nærmeste udviklingszone' defineres her som forskellen mellem niveauet for løste opgaver, der kan klares under vejledning fra en mere erfaren, og niveauet for løste opgaver, der kan klares selvstændigt.

Teorien om 'den nærmeste udviklingszone' kaldes også ofte 'stilladsering'.

Læring defineres i denne sammenhæng som forandret deltagelse og forandret forståelse heraf.

Principper

Følgende generelle principper skal suppleres og tilpasses i forhold til en række neuropædagogiske principper (se tankereds-kabet: neuropædagogiske principper). De tages i anvendelse, når arbejdet tilpasses den bestemte patient (individualiseres).

Principper for motivationsudvikling

Motivationsudvikling er knyttet til patientens tidligere, aktuelle og fremtidige livsførelse.

Mulighederne for læring skal - for at være motiverende - have en meningsfuld plads i patientens hverdagsliv.

Motiver og motivationsudvikling kan forbindes med ønsker om:

- at lære/genlære bestemte arbejdsprocesser og erhverve sig kompetencer (vaske sig, dække bord, tilberede et måltid, genoptræne kraft og bevægelighed, tage bussen)
- at fremstille noget, der er nyttigt for personen selv eller for andre (havearbejde, måltider, en fortælling for andre om egne erfaringer, m.v.)
- at deltage i en udfordrende proces, et spil, en leg (selvtræningsprogrammer, spil, konkurrencer)

Medvirkende motiver kan være

- at det er sjovt at være med
- at der medvirker andre, der har nogle af de samme problemer som mig
- andre, som jeg gerne vil lære at kende
- at det kollektive element betyder, at jeg ikke behøver at kunne det hele selv
- m.v.

Det læringen er rettet imod skal for at motivere være relevant og have betydning for patienten i forhold til hans eller hendes hverdag – på H 20 og samtidig i forhold til det kommende liv hjemme (se nedenfor).

I de tilfælde hvor patienten ikke er motiveret fra begyndelsen, skal der arbejdes med andre metoder for motivationsudvikling. Det kan fx bestå i at involvere personen i bestemte opgaver, som vedkommende ikke umiddelbart er motiveret for, for derefter at diskutere de oplevelser, det resulterede i. Indsigt i forskellige muligheder for aktivitet og deltagelse medfører og muliggør ofte udvikling af motivation.

Principper for samarbejde om 'den nærmeste udviklingszone'

Potentielle udviklingszoner kan fremanalyseres ved brug af Laura Motts analyseredskab (Se side 59). Der vil altid være en række forskellige forhold på livsførelsens mange områder, hvor der er tale om potentielle udviklingszoner.

Med udgangspunkt i spændingsfeltet mellem den aktuelle og 'den nærmeste udviklingszone', støtter en anden mere erfaren person den lærende i at nå frem til det nye niveau. Den mere erfarne kan være en af de professionelle eller en medpatient.

Ud over at indkredse den 'nærmeste udviklingszone', skal der også findes og planlægges konkrete veje, som personen kan bevæge sig af med henblik på at realisere den forandrede deltagelse.

Ved at graduere støtten i spændingsfeltet mellem den lærendes aktuelle og potentielle formåen igangsættes udviklingsprocesser, der åbner muligheder for at den lærende kan forlade vant tanke- og handlemønstre og søge nye – og således bevæge sig fra den aktuelle udviklingszone til den nye udviklingszone. Den lærende overtager gradvist ansvar for læreprocessen og tilegner sig nødvendige redskaber til løsning af tilsvarende problemer i en fremtidig situation.

Samarbejde om udviklingszoner har blandt andet plads i målsætningsarbejde, hvor der arbejdes med både kortsigtede konkrete mål og langsigtede 'telos' (personens fremtidsbilleder af egen livsførelse og liv).

Teoretisk grundlag

De teoretiske tankeredskaber er udviklet med udgangspunkt i teori præsenteret i følgende referencer:

Vygotsky LS (1974) *Tænkning og sprog*. København: Hans Reitzel.

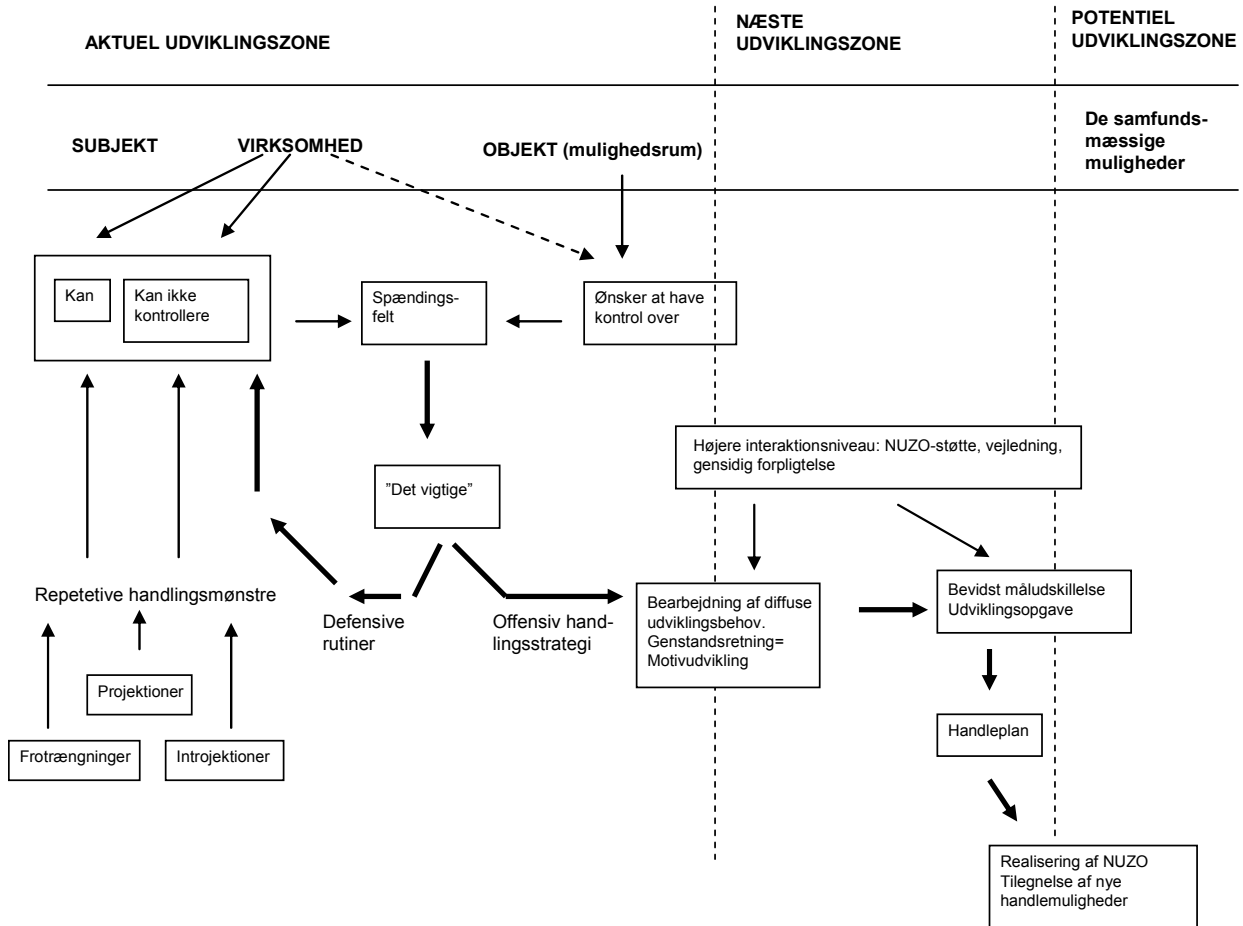
Vygotsky LS (1978) *Mind in Society. The development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.

Hansen JT (1999) *Stilladser og læring - et forsøg på afklaring*. I: Hansen JT og Nielsen K (red.) *Stilladsering – en pædagogisk metafor*. Århus: Forlaget Klim

Fortmeier og Thanning (2003) *Set med patientens øjne*. FADLs Forlag. 2. udgave.

Dreier O (1999) *Læring som ændring af personlig deltagelse i sociale kontekster*. I: Nielsen KK, & Kvale S. (red.) *Læring som social praksis*. Reitzels Forlag. København.

Borg T (2003) *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering*. (3003). Center for Health, Humanity and Culture. Århus Universitet. Skriftserie nr. 2. 2003. (Filosofisk Institut. Århus Universitet). S. 306- 307.



Figur 6. Analyse af "Den næste udviklingszone". Laura Mott: Systemudvikling, den menneskelige dimension, Licentiatafhandling 1991

5 Decentrering - Et tankeredskab

Formål

Formålet er i et samarbejde mellem den professionelle og den person, der er patient på H 20 at støtte personen i at udvælge og tilrettelægge aktivitet og deltagelse på H 20, der rækker frem mod det forestående og fremtidige liv (decentrering).

Hvad er 'decentrering'?

'Decentrering' kan beskrives som det forhold, at mange kompetencer læres med henblik på at finde anvendelse andre steder og til andre tider, end der og på det tidspunkt, hvor kompetencen tilegnes. På H 20 eksperimenteres med deltagelse i hverdagslivets forskelligartede aktiviteter og mange kompetencer læres. Men det egentlige formål er, at personen lærer det, der er behov for, for at kunne klare sig derhjemme, i fritiden eller på arbejde i det fremtidige liv. Som en følge heraf må der arbejdes med 'decentrering'. Med henblik på decentrering sammenlignes de muligheder, der er for aktivitet og deltagelse i den institutionelle handlesammenhæng med tilsvarende i den hjemlige, evt. arbejdsmæssige sammenhæng.

Principper for 'decentrering'

Gennem decentrering rettes læring mod den forestående og fremtidige livsførelse hjemme.

Decentrering skal fungere som en form for brobygning mellem flere handlesammenhænge, her især mellem H 20 og den hjemlige handlesammenhæng.

Decentrering forudsætter en analyse, der tydeliggør mulige læreprocessers relevans og betydning for personen i de hjemlige, evt. arbejdsmæssige sammenhænge.

Den relevans og betydning som forskellig aktivitet og deltagelse på H 20 kan have eller få for aktivitet og deltagelse i de hjemlige omgivelser afgøres gennem sammenlignende analyser med tilsvarende aktivitet og deltagelse i de hjemlige omgivelser. Der fokuseres på deltagere, opgaver/arbejdsdeling/rutiner/særlig betydende gøremål (såvel fælles gøremål, som individuelle), værdier samt materielle forhold (ex.: boligens indretning, trapper) m.v.. Mulighederne vendes historisk, i et nutids- og et fremtidsperspektiv.

Decentrering omfatter desuden involvering af pårørende til personen i rehabiliteringsaktiviteterne og afholdelse af møder, hvor overgangsperioden til patientens udskrivelse planlægges.

Teoretisk grundlag

De teoretiske tankeretskaber er udviklet med udgangspunkt i teori præsenteret i følgende referencer:

- Dreier O (1999) Læring som ændring af personlig deltagelse i sociale kontekster. I: Nielsen KK, & Kvale S. (red.) *Læring som social praksis*. Reitzels Forlag. København.
- Borg T (2003) *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering*. (3003). Center for Health, Humanity and Culture. Århus Universitet. Skriftserie nr. 2. 2003. (Filosofisk Institut. Århus Universitet). S. 306- 307.

12. Det monofaglige i de tværfaglige tilbud

H20's neurorehabiliteringstilbud oppebæres af de ansattes højt specialiserede mono- og tværfaglige kompetencer.

De tværfaglige og monofaglige kompetencer spiller sammen og er integrerede i hinanden i de aktuelle neurorehabiliteringstilbud til de indlagte patienter:

- A. Deltagelse i praksisfællesskabet
- B. Deltagelse i gruppeaktiviteter
- C. Deltagelse i individuelle behandlings- og rehabiliteringstilbud.

De udvalgte monofaglige indsatser, der er repræsenteret, har vist sig egnede til at indgå i de tværfaglige tilbud til den bestemte gruppe patienter med komplicerede og sammensatte problematikker efter hjerneskade.

Udvikling af de tværfaglige indsatser tager udgangspunkt i det overordnede mål. Det tværfaglige arbejde og samarbejde finder sted i et dynamisk samspil mellem de ansatte, hvor den bestemte monofaglige forankring og den personlige handlekompetence har betydning. På baggrund af patienternes behov er neurorehabiliteringstilbuddene blevet udformet og de forskellige monofaglige indsigter og kompetencer givet en placering i det tværfaglige arbejde, hvor de har vist sig hensigtsmæssige.

H20
20. april 2006
Praksisforskning
Tove Borg

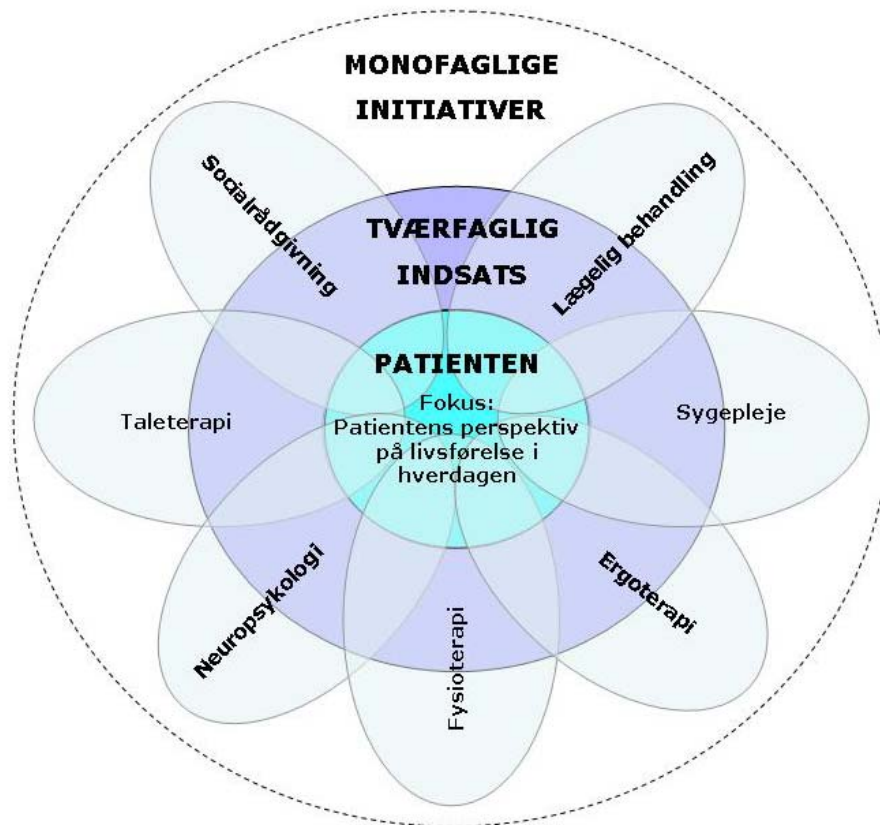


Fig. 7. Samspejlet mellem tværfaglige og monofaglige indsatser

Nogle af de monofaglige kompetencer har fået en gennemgående placering og andre træder lidt tilbage. Visse monofaglige indsigter og kompetencer er blevet integreret i det tværfaglige arbejde for at blive til tværfaglige kompetencer i den betydning, at alle kan påtage sig bestemte opgaver på denne baggrund. Tilbudets tilrettelæggelse har spillet en rolle for udvikling af forholdet mellem de monofaglige kompetencer. De ansattes forskellige sundhedsfaglige baggrunde kan siges at blive benyttet på en særlig måde i H20's neurorehabilitering, der kan karakteriseres som transdisciplinær.

Der er endvidere tale om en kontinuerlig udvikling af den tværfaglige kompetence. Over tid lærer de ansatte af hinanden, kompetencerne udvikles. Det har den konsekvens, at det ikke er muligt for en nyansat at indgå i det tværfaglige arbejde med så brede kompetencer som de medarbejdere, der har været ansat i længere tid. Nyansatte må gives tid til fuldt ud at lære at påtage sig ansvar i en tværfaglig bredde.

Den faktiske sammensætning af personalegruppen, antallet af ansatte fra hver faggruppe, har omvendt også en betydning for hvordan det tværfaglige arbejde har udviklet sig. Efter at gruppen var sammensat og den tværfaglige opgave blev tilrettelagt, skulle arbejdet deles og udføres af den pågældende gruppe, som så fortolkede, prioriterede og fordelte opgaverne imellem sig.

Som det fremgår trækker udvikling af de monofaglige kompetencer på erfaringer fra den mono- og tværfaglige praksis, men samtidig hentes faglige udviklingsressourcer fra egen faggruppe og egne faglige og videnskabelige sammenhænge. Derfor er det fortsat af stor betydning at de faggrupper der er repræsenteret på H20 og som samarbejder tværfagligt her også er en del af et større monofagligt netværk på HN.

Det mono- og tværfaglige arbejde omfatter følgende indsatser: hverdagslivstræning, bearbejdning af egen livssituation, behandling, pleje, forebyggelse, sundhedsinformation, rådgivning og vejledning, kompensatoriske foranstaltninger, herunder tilpasning af omgivelser og evt. hjælpemidler.

I det følgende redegøres der faggruppe for faggruppe for centrale elementer i det faglige arbejde: arbejdsprocesmodel, udredning og undersøgelser, intervention samt teoretiske referencer. Først præsenteres faggrupperne i ”det nære team”: ergoterapeut, fysioterapeut og sygeplejerske, dernæst de øvrige faggrupper i ”det brede team”: neuropsykolog, talepædagog, læge, socialrådgiver.

Beskrivelser af de monofaglige indsatser er beskrivelser af de konkrete indsatser på H20. De må ikke forstås som generelle beskrivelser af den enkelte professioners arbejdsområder og kompetencer. Beskrivelserne fremstår, som de blev formuleret af faggrupperne hver for sig med et fælles oplæg. Strukturen vil kunne ensrettes yderligere.

I beskrivelserne af de monofaglige kompetencer kan man se, at flere faggrupper bruger samme begreber for en indsats. Det kan derfor se ud, som om det er identiske indsatser, der er på spil. Her er det imidlertid nødvendigt at være opmærksom på, hvordan de pågældende faggruppers fagkerne og fag-lige fokus spiller ind både på indholdet og formen for indsatsen. Det vil beskrivelserne kunne formidle en forståelse af.

Beskrivelserne af de monofaglige indsatser findes i deres helhed i bilag 7. De omfatter hver faggruppes (1) kerneområder og fokus, (2) arbejdsprocesmodel, (3) udredning og undersøgelse og (4) interventions. Her præsenteres alene faggruppernes kerneområder og fokus.

Ergoterapeutens kerneområde og fokus

Ergoterapeutens faglige kerneområde på H20 er patientens aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Udgangspunktet er en klientcentreret tilgang. I arbejdet indgår graduering og tilpasning af aktiviteter og omgivelser. Målet med behandlingen er, at patienten – set i eget perspektiv – mestrer sit hverdagsliv i fællesskab med andre bedst muligt.

Fysioterapeutens kerneområde og fokus

Fysioterapeutens faglige kerneområde på H20 er menneskets bevægelse og kropslige udfoldelse. Med udgangspunkt i dette vurderes og afprøves muligheder for aktiviteter og deltagelse samt tilpasning til omgivelser, med henblik på at den enkelte patient opnår størst mulig selvstændighed i hverdagslivet.

Sygeplejerskens kerneområde og fokus

Sygeplejerskens fagkerne på H20 er at imødekomme patientens grundlæggende behov. Det er sygeplejerskens opgave at hjælpe patienten med at imødekomme opfyldelse af basale behov, hvor patienten ikke selv har den fornødne styrke, initiativ eller viden.

Neurosygeplejerskens sygepleje retter sig mod patientens neurologiske sygdom og konsekvenserne heraf samt patientens og de pårørendes oplevelse af sygdommen.

Neurosygeplejersken medvirker til neurorehabilitering af patienten i forhold til kroppens funktioner og anatomi, aktivitet, deltagelse, omgivelsernes og personlige faktorer.

Neuropsykologens kerneområde og fokus

Neuropsykologens faglige kerneområde er forholdet mellem hjerne og adfærd og herunder de ændringer en given hjerneskade kan medføre i forhold til sprog, kognition, emotioner og personlighed.

Neuropsykologen har fokus på vurdering af sådanne ændringer med henblik på at indtænke disse i rehabiliteringsprocessen. Der er desuden fokus på patientens reaktioner på at få en hjerneskade og den tilpasnings- og/eller indsigtspå proces der pågår. Endelig er der fokus på de pårørendes viden om og reaktioner på hjerneskaden.

Talepædagogens kerneområde og fokus

Talepædagogens kerneområde er at vurdere patientens kommunikative og sproglige ressourcer og problemfelter. Gennem rådgivning og undervisning søger talepædagogen at sikre at patientens kommunikative kompetence så vidt muligt øges.

Talepædagogen sætter i det tværfaglige samarbejde fokus på kommunikationen med patienten. Talepædagogen er desuden med til at opkvalificere det øvrige personale i forhold til at iagttage og tage initiativ til hensigtsmæssigt kommunikation med patienten.

Talepædagogen inspirerer det øvrige personale til at opbygge et miljø omkring patienten, der understøtter dennes kommunikationsevne.

Socialrådgiverens kerneområde og fokus

Socialrådgiverens faglige kerneområde er det sociale, som omfatter væsentlige livsvilkår som familie og netværk, bolig, fritid, arbejde og økonomi. Det drejer sig således om livsomstændigheder og ydre forhold/omgivelsesfaktorer, som har betydning for patientens mulighed for som socialt væsen at indgå i samspil med andre, det være sig på familie- eller samfundsniveau.

Fokus i arbejdet er patientens samspil med omgivelserne. Det professionelle fokus er således flyttet fra helbredsforhold til helbredsforholdenes betydning for funktionsevne og funktionsbegrænsning i relation til individet, familien og samfundet.

Lægens kerneområde og fokus

Lægens faglige kerneområde og fokus er at sikre, at patientens helbred - så vidt det er muligt - tillader deltagelse i rehabilitering samt at sikre, at patienten er udredt og bliver behandlet efter de til enhver tid gældende retningslinier.

13. Personalets opgaver - opsummering

Mange kapitler i dette projekt drejer sig om patienternes opgaver, funktioner og roller, andre om personalets håndtering af den monofaglige og tværfaglige indsats.

Personalets opgaver, funktioner og roller findes beskrevet flere steder i denne rapport, hvor det har relevans for sammenhængen.

Kerneområder i personalets tværfaglige indsats:

- At tilrettelægge et læringsmiljø med alsidige og varierede aktivitetsmuligheder og med mulighed for graduering i forhold til den enkelte patients behov.
- At præsentere miljøet inkluderende og transparent, så patienten ser mulighederne for at indgå i det, bidrage til det og drage nytte af det.
- At hjælpe patienten til at finde hans niveau for deltagelse samt løbende opsamle, evaluere og justere i forhold til patientens mål og det kommende hverdagsliv derhjemme.

- At støtte op om patientens selvstændighed, initiativ og ansvarsfølelse.
- At sørge for at den nødvendige ekspertise, som patienten har brug for, tilvejebringes og anvendes dels gennem det tværfaglige team og dels gennem andre instanser på og udenfor Hammel Neurocenter.
- At finde niveauet for og iværksætte den støtte, den enkelte patient har brug for i forhold til krisebearbejdning, restituering, reorientering, reorganisering, reidentifikation.
- At sikre varetagelse af den brugerorienterede indsats, og skabe sammenhæng og kontinuitet i patientens rehabiliteringsforløb under indlæggelsen.
- At have fokus på livet efter udskrivelsen under hele indlæggelsen, dvs. at relatere aktiviteter og erfaringer, der gøres på H20, til det fremtidige liv samt lave konkrete planer for fremtidige aktiviteter, herunder inddrage patientens fremtidige samarbejdspartnere.
- At etablere et samarbejde med de pårørende ved indlæggelsen og at fastholde dette under hele indlæggelsen med henblik på at de pårørende er forberedte, når patienten skal udskrives.

14 Patienteksempel⁶

Kort præsentation

26 årig kvinde, Lene, som 2 måneder før indlæggelsen på H20 blev påkørt af bil da hun var på vej over gaden. Hun blev indlagt på det lokale centralsygehus uden synlige sår, i vågen tilstand, med en Glasgow Coma Scale på 12. CT-scanning viste kranietraume, kraniefraktur frontalt, subduralt hæmatom og nogle kontusionsfølger i frontallapsregionen. Hun blev flyttet til neurokirurgisk afdeling, hvor hun dog ikke fik foretaget neurokirurgisk indgreb. Efter ca. 14 dage blev hun flyttet til Hammel Neurocenter, hvor hun var indlagt på afsnit for svært hjerneskadede i en måned, derefter på afsnit for moderat skadede i endnu en måned for efterfølgende at blive indlagt på H20. Kort efter indlæggelsen på Hammel Neurocenter havde Lene dryppen fra næsen. Det konstateres at det er cerebrospinalvæske. Det ses an og der overvejes om der skal foretages CT-scanning og rhinoskopi. Lene var i længerevarende antibiotikabehandling og fik lavet forundersøgelse med henblik på lukning. Sivningen standsede dog af sig selv under indlæggelsen. Der var desuden nedsat smagssans, meget nedsat /næsten ophævet lugtesans og et lille høretab på det ene øre.

Lene var gift med rask ægtefælle, de havde ikke nogen børn. Lene var bankuddannet og blev sygemeldt. Hun havde god kontakt til sine forældre og to ældre søskende.

Ved overflytning til H20

Lenes opfattelse af situationen: Lene er optimistisk og synes ikke, det er så slemt med de sociale, psykologiske og kognitive problemer, som personalet giver udtryk for. Dog føler Lene usikkerhed, fx når hun skal færdes ude på egen hånd. Lene er derimod meget usikker og bekymret over, hvad de symptomer, som hun oplever forskellige steder i kroppen, betyder. Med hensyn til fremtiden ser hun ikke på dette tidspunkt nogen hindringer for, at hun kan vende tilbage til sit arbejde.

⁶ Beskrivelsen er accepteret af den patient, hvis forløb den bygger på. Beskrivelsen er dog også anonymiseret.

I neuropsykologisk undersøgelse ses nedsat opmærksomhed og koncentration, let afledelighed, hun har svært ved at skabe overblik over en opgave, sværere ved stigende kompleksitet, har vanskeligheder i forbindelse med strukturering, har perseverationstendens, nedsat impulshæmning, og der er tale om personlighedsmæssige og emotionelle forandringer (let følelsesaffladigelse, ”speedet”, unaturligt forhøjet stemningsleje og manglende emotionelle reaktioner afpasset situationen, svært ved at aflæse ansigtsudtryk og dermed sociale sammenhænge).

Fysisk findes motoriske og sensoriske udfald på venstre crus med let dropfod, nedsat balance, smerter i lænd, stramhed i lændemuskulatur.

I dagligdagen har Lene gang i flere ting ad gangen, end hun kan magte, er ufokuseret, hurtig og ukritisk, fylder meget i sociale sammenhænge (rigelig og højlydt tale, lav frustrationstærskel), symptom- og behandlingsfokuseret på det fysiske område og angst i forhold til betydning af den daglige sivning af cerebrospinalvæske. Der er daglige samtaler omkring dette, også efter at sivningen er stoppet.

Lene er hjælpsom og interesseret i andre, motiveret, positiv, har humor, er samarbejdsvillig, vil gerne deltage og tage ansvar i fælles aktiviteter, er kreativ og aktiv.

De pårørende beretter, at Lene er mere følsom, end hun umiddelbart giver udtryk for, og at hun hurtigere bliver irriteret på andre mennesker end før. De oplever at hendes tolerancetærskel er nedsat og at hun er mindre tålmodig. Ligeledes ser ægtefællen, at hun ikke har den samme opmærksomhed på omgivelserne som tidligere.

Ægtefællen er, ligesom Lene, meget bekymret for de forskellige fysiske forandringer/symptomer, der er, og søger megen information hos personalet omkring dette.

Ud fra Lenes opfattelse af sig selv, de pårørendes opfattelse og det ”tidligere” teams erfaringer bliver Lenes **mål formuleret ved indlæggelsen:**

1. At kunne tage bussen hjem fra Hammel på kort sigt, og på længere sigt at kunne planlægge ture med offentlig transport fx til Århus.
2. At føle sig sikker i at færdes til fods alene.
3. At kunne færdes på cykel i trafikken.
4. Afklare/træne sociale færdigheder, så hun kan deltage i fællesaktiviteterne på H20 uden at komme i konflikt med de andre patienter.
5. At hun selv kan strukturere sin hverdag.
6. At hun bliver bedre til at mærke, hvornår hun bliver træt, og får lagt de nødvendige hvil/pauser ind i løbet af dagen.
7. At hun selv kan administrere sin medicin.
8. Bedre funktion i venstre ben, så hun igen kan cykle og gå tur med vandrestave i ujævnt terræn.
9. Fortsat afklaring af årsag til liquor-sivning samt støtte og vejledning til Lenes håndtering af dette.
10. At få en begyndende afklaring af den nærmeste fremtid. - Afklare behovet for og iværksætte træning til tiden efter udskrivelsen.

Hvordan arbejdes der med målsætningen? - Hvordan udnyttede Lene de muligheder, som ligger i miljøet her?

Mål 1. og 8. blev udsat lidt, men ellers blev der fra begyndelsen arbejdet på alle Lenes mål.

Det blev hurtigt klart, at mål 4 var vældig relevant, da Lene dels blev meget irriteret på enkelte patienter og dels irriterede de fleste af sine medpatienter med sin omfattende og højlydte tale. Umiddelbart kunne Lene ikke se, at hendes vanskeligheder med de andre patienter havde noget at gøre med hendes adfærd. Personalet valgte at møde Lene hvor hun var, og udvise forståelse for hendes opfattelse af situationen. Sideløbende hermed blev hun informeret generelt om personalets erfaringer med mulig sammenhænge mellem den type hjerneskade hun havde fået og ændret adfærd. Det aftales med Lene, at der arbejdes kompenserende og undersøgende i forhold til det sociale. Det blev der bl.a. arbejdet med gennem gruppeaktiviteter, hvor Lenes sociale færdigheder blev brugt, sat på prøve og reflekteret med Lene. Personalet har en relation med Lene, hvor man sammen med hende er undersøgende i hvad der sker og hvad der virker for hende. Undervejs i processen bliver Lene mere interesseret – oplever det bl.a. som et problem, at hun ikke kan se hvad folk føler.

Fra starten blev der konsekvent arbejdet med at give Lene *mest muligt ansvar for egen læring*. Hun tog med glæde imod udfordringen og var god til at udnytte de muligheder for læring der ligger i miljøet.

Der blev hurtigt iværksat *selvtræningsprogrammer* både med fysiske og kognitive udfordringer. Endvidere blev det, sammen med Lene, planlagt, hvordan hun kunne bruge de muligheder, der er på H20. Hun indgik i dagligdagens opgaver omkring *dagsansvarligfunktionen, madlavning, oprydning, rengøring, indkøb* o.l. Opgaver på dette plan og med den struktur, der er indbygget i afsnittet, *lærte Lene hurtigt at magte*, så de ikke voldte hende problemer. Det samme var tilfældet med de *huslige aktiviteter hjemme*, som Lene gradvist genoptog i det omfang, det var muligt i løbet af weekends. Strukturen i afsnittet og samtaler om søvn og hvile, var ligeledes med til, at Lene blev bedre til at *holde de nødvendige hvil*. Hvilene blev en del af den planlagte dagsrytme, som Lene hver uge evaluerede og justerede i samarbejde med personalet.

Personalet observerede undervejs, at selvom Lene godt kunne udføre de dagligdags opgaver både her og hjemme, havde hun alligevel brug for *hjælp til at strukturere ugen* samt ukendte og komplekse aktiviteter og sandsynligvis til at komme af sted hjemmefra til ønskede aktiviteter. Dette blev også tydeligt for Lene selv bl.a. gennem en uges hjemmetræning, hvor det var aftalt, at Lene selv skulle prøve at skabe en struktur i ugens opgaver. Lene havde mange gode ideer og intentioner, men måtte erkende, at det ikke var blevet til så meget, som hun havde ønsket, og at hun havde brug for hjælp til at få en kommende dagligdag til at hænge sammen derhjemme. I hele forløbet var der som nævnt fokus på Lenes sociale kompetencer. Der blev arbejdet med disse i mange forskellige sammenhænge fx under måltider og samvær med de andre patienter. Selvevaluering og evaluering med teammedlemmerne var velegnede redskaber i denne proces. Som eksempler på andre aktiviteter, hvor Lene arbejdede med de sociale færdigheder kan nævnes, at hun et par gange prøvede at være ordstyrer på planlægningsmødet, hvor målet var at vurdere og træne overblik, samtidig med at hun skulle forholde sig til medpatienternes behov, ressourcer og reaktioner. De samme færdigheder blev trænet i kognitiv gruppe, hvor Lene skulle prøve at være den, der styrede spillet.

I de efterfølgende evalueringer af ovennævnte aktiviteter fremgik det fra personalet, at det i det store og hele var gået godt, og at Lene demonstrerede et fint overblik og en rimelig indsigt i medpatienternes behov. Personalet oplevede dog, at Lene var lidt hurtig i starten og ikke helt opmærksom på, om de andre patienter kunne følge med. Lene opfattede dog personalets signaler undervejs og blev efterhånden bedre til at justere tempoet. Lene syntes selv, hun havde godt styr på opgaven, og at hun var opmærksom på de andre. I evalueringen blev det også vurderet, at det faktisk, at Lene efterhånden kendte medpatienterne, gjorde det lettere for hende at aflæse deres

kropsprog og ansigtsudtryk og handle derefter. I nye og ukendte sammenhænge ville hun muligvis opleve et ”tilbageskridt” i forhold til denne kompetence.

På det fysiske plan startede vi med at træne trafiksikkerhed til fods, så Lene kunne færdes alene dels ud i byen for at købe ind dels for at træne sin balance, koordination og udholdenhed ved gang over længere strækninger. Allerede i anden uge af opholdet følte hun sig igen tryk ved at færdes ude til fods på egen hånd. De sidste 3-4 uger trænede Lene på cykel i Hammel og omegn sammen med kontaktpersonen. Ved udskrivelsen havde Lene dog stadig behov for støtte til videre træning af trafiksikkerhed på stærkt trafikerede steder.

Lene var meget interesseret i at træne sine fysiske vanskeligheder. I starten havde hun brug for en del støtte, og der blev sammen med fysioterapeuten trænet dels i forskellige aktiviteter - boldspil, stavgang, styrketræning i Norsk Sekvens, dels med specifik træning af funktion i venstre ben og behandling af smerter i lænden. Efterhånden, som der blev udarbejdet selvtræningsprogrammer, overtog Lene hovedparten af den fysiske træning selv, så den sidste tids fysiske træning blev koncentreret om cykling og afklaring af fremtidige trænings- og motionsformer. Lene blev efterhånden meget motiveret for at arbejde selvstændigt med sin fysik, og hun undersøgte selv nogle af de muligheder for fysisk træning, som fandtes i hendes hjemmemiljø.

Lene var meget bekymret og angst for den sivning hun havde fra næsen. Hun henvendte sig dagligt til personalet for at få testet om det var cerebrospinalvæske. Lene havde et stort behov for at få information og viden omkring sine symptomer. Hun havde ligeledes behov for støtte til at mestre sin situation. I løbet af den første uge på H20 blev hun rhinoskoperet ved ørelægerne, hvor man ikke finder cerebrospinalvæske. Der er foreslået en kontrol tid 4 uger efter hvilket Lene afslår. Hun har oplevet undersøgelsen meget ubehagelig og ønsker den ikke gentaget. Lene havde behov for støttende samtaler i forhold til den beslutning hun havde taget, samt viden om risici ved ikke at få den lavet. Lene starter i antibiotisk behandling og administrer selv denne efter vejledning og oplæring. Lene måler 2 gange dagligt temperatur og er oplært i, både mundtligt og skriftligt, og har ansvar for at reagere på temperatur stigning, hovedpine eller nakkestivhed. Lene bliver undervist i håndhygiejne i forhold til infektionsprofylakse. Efter et forløb på ca. 3 uger ophører det med at sive fra næsen.

Lene havde et ønske om reducere sin vægt. Hun havde op til ulykken været i gang med dette og efter denne giver hun udtryk for at hun ikke længere har den samme mæthedsfornemmelse. Lene har samtale med diætist og vejledes i energi reduceret kost, hun blev frarådet pulverdrikke og andre slankemidler. Lene blev vejet 1 gang om ugen og støttet i at leve efter den vejledning hun havde fået hos diætisten.

I hele forløbet fik Lene støtte til fastholde de kreative interesser, som hun før skaden havde stor glæde af. Hun var, både på Hammel Neurocenter og derhjemme, meget aktiv og produktiv fx med maling, blomster og decoupage. At arbejde med de kreative aktiviteter kom til at fungere som Lenes helt egen coping-strategi. Hun blomstrede op og fik mere selvtillid, og det gav hende overskud til at deltage i de svære opgaver, hun skulle arbejde med i de ellers meget strukturerede rammer.

Ved udskrivelsen

Klip fra **Lenes egen vurdering** af sig selv og sin situation ved udskrivelsen:

”Det er vigtigt for mig, at folk accepterer, at jeg har en hjerneskade, men at de ikke af den grund behandler mig som en syg person. At folk omkring mig lytter og tager min mening alvorligt. At folk bare accepterer mig, som den jeg er nu.”

”Jeg føler nu, at jeg har lysten til at leve og har meget gå-på-mod. Livet går altså ikke i stå pga. en hjerneskade!”

”Jeg føler, at jeg nok skal blive den forstående, overbærende og lyttende person, som jeg var før, det tager bare tid. Det skal jo nok komme igen, når bare jeg kommer hjem og får lidt mere styr på mit eget liv”.

”Jeg vil gerne fortsat have støtte fra min mand. Jeg ønsker mig at få et liv derhjemme med hvad dertil hører. Selv at kunne bestemme igen. At mine pårørende værdsætter min mening. At få børn og en familie op at stå. At købe hus, hund og bil. At få et liv, som jeg er stolt af, når jeg fylder 80 år.”

”Jeg vil gerne kunne være sammen med mange mennesker i længere tid ad gangen. Over for vennerne ville jeg gerne virke lidt mere frisk og ikke så sårbar”.

”Jeg vil gerne videre med mit liv i form af at kunne vende tilbage til arbejde og hjerneskadecentret. Jeg er ikke særlig glad for at modtage støtte, men i øjeblikket er det nok nødvendigt. Jeg er jo ikke parat til at arbejde...så ville jeg få et slag over nakken og gå ned med det, er jeg overbevist om”.

Lenes ægtefælle følte sig tryk ved de planer, der blev lagt ved udskrivelsen og gav udtryk for, at han syntes, at Lene i stigende grad lignede sig selv.

Personalet oplevede ved udskrivelsen, at Lene nu var reflekterende i forhold til sine vanskeligheder, og hvad disse vanskeligheder eventuelt vil komme til at betyde for hende både på kortere og på længere sigt.

I takt med at Lene fik et klarere billede af sine ressourcer og vanskeligheder, tog Lene og hendes team i fællesskab fat på at **planlægge tiden efter udskrivelsen**:

Hjemkommunen bevilligede bostøtte i hjemmet to gange per uge hver af ca. 1½ times varighed med henblik på at støtte Lene i at strukturere ugens opgaver, at komme af sted til ønskede aktiviteter og at planlægge og udføre komplekse og ukendte aktiviteter.

Med hensyn til fysiske aktiviteter blev det ved udskrivelsen aftalt, at Lene skulle fortsætte cykeltræningen sammen med bostøtteepersonen i nærområdet. Derudover skulle Lene genoptage træningen på det motionscenter, hun havde benyttet før ulykken, både for at træne sin fysik og for at øve sig i at overholde aftaler. Desuden aftalte Lene med fysioterapeuten fra H20, at hun skulle selvtræne med stavgang og traveture i ujævnt terræn, bl.a. for at stimulere venstre ben optimalt, samt træne balance, koordination og udholdenhed generelt. Det blev endeligt aftalt, at bostøtteepersonen skulle støtte op om Lenes initiativer også omkring de fysiske aktiviteter.

Allerede under den sidste del af indlæggelsen tog Lene bussen til Hjerneskadeforeningen i Århus og deltog i sociale og kreative aktiviteter dér. Planlægningen af turen var en del af træningen og var et eksempel på ”en kompleks aktivitet”, der kunne volde Lene problemer, og som hun havde brug for hjælp til.

Lene fortsatte i Hjerneskadeforeningen efter udskrivelsen.

Via Neuroteamet blev Lene henvist til et senere forløb på Hjerneskadecentret med henblik på videre træning og erhvervsafklaring der.

DEL III. Resultater, udviklingsmuligheder og perspektivering

15. Resultater af praksisforskningsprojektet per januar 2007

Den betydning som praksisbeskrivelsen og teoriudviklingen har fået per januar 2007

Som det allerede fremgik af forordet til projektet, har hensigten med praksisforskningsprojektet været dobbelt. HN har ønsket at H20's udadrettede rehabiliteringstilbud skulle tydeliggøres, dets teoretiske grundlag fremhæves og dets praksis udvikles. Et sådant arbejde er uløseligt forbundet med den tværfaglige og faglige kompetence som gruppen af ansatte og de enkelte besidder. Det er de ansatte, der med deres kompetencer oppebærer tilbudet. Initiativer til en tydeliggørelse og udvikling af indsatsen bliver derfor ensbetydende med initiativer til de ansattes kompetenceudvikling. Af disse grunde har det været afgørende, at alle de ansatte har deltaget i projektet.

Alle lærings- og udviklingsprocesser tager tid. De er fyldt med dialektik mellem teori og praksis, arbejde og anstrengelser, begejstring og frustration, engagement og refleksion, op- og nedture – og vigtigst af alt en gradvis forandret forståelse af praksis og en gradvis forandret praksis med en klarere udviklingsretning. Det sidstnævnte er rapporten udtryk for. Her skal der gøres rede for de vigtigste resultater.

I rapporten redegøres der for det første klart for den forskydning mellem rehabiliteringens praksisformer, der finder sted ved en patients overflytning til H20 fra et af de andre afsnit på HN (kap 3). På H20 har rehabiliteringstilbudet større indhold af menneskelig deltagelse oveni de genoptræningsinitiativer, der fortrinsvis vægter kroppens funktion og anatomi og aktivitet (ICF-klassifikationen), som er og skal være fremherskende på alle afsnit.

Dernæst beskrives det tydeligere, end det tidligere har været muligt, hvordan de generelle lærings- og rehabiliteringsmuligheder, der ligger i hverdagsmiljøet på H20, udvikles (kap. 9) og hvordan individuelle forløb med patienter fra den særlige målgruppe tilrettelægges (kap. 10). Hvordan det - for patienten - ved siden af den helt konkrete behandling og genoptræning drejer sig om at lære at håndtere sin livsførelse og at lære at lære. Det er især beskrivelsen og den teoretiske baggrund for støtte af patienterne gennem deres deltagelse i H20's hverdagspraksis, der har åbnet for en fornyet forståelse. Den *specialiserede tværfaglige indsats*, der følger patienten i hele perioden, har også været genstand for analyser og beskrivelse, der fastholder det *intensive helhedsperspektiv*, der karakteriserer neurorehabiliteringen på H20. Forståelsen er egnet som vejledning i tilrettelæggelse af udviklings- og rehabiliteringsmuligheder og den trækker en fornyet praksisudvikling med sig (kap. 16).

Vigtigheden af sidstnævnte resultat understreges af, at der netop nu er en række udviklingstendenser på rehabiliteringsområdet, der ansporer til sammenligning med H20's tilbud. Det er forsøg og projekter med hjemmetræning, der peger på fordele ved at udskrive patienter hurtigt og samtidig etablere tilbud i deres hjemmesituation.

Den gennemførte del af dette projekt omfatter en undersøgelse af de aktuelle hjemmetræningsprojekters målgruppe og indhold og en sammenligning af disse forhold med de tilsvarende på H20. Den sammenlignende undersøgelse har vist en række forskelle mellem hjemmetræningsprojekterne og H20's tilbud, men også visse ligheder. H20's målgruppe har mere komplekse og sammensatte problemer end de aktuelle projekters målgrupper, og den aldersgruppe, H20 hen-

vender sig til, er yngre. H20's tilbud er endvidere bredere i sin rehabiliteringstilgang. Hvor de aktuelle tilbud overvejende har et genoptrænende indhold, omfatter H20's tilbud også indsatser, der har fokus på det sociale og på kognitive problematikker. Hertil kan føjes, at idéer om at skabe en mere lempelig overgang fra hospitalsindlæggelse til hjem, som hjemmetræning i de nævnte projekter skal formidle, har været et mål for H20's rehabiliteringstilbud helt fra dets etablering i 1998. Praksisforskningsprojektet har endvidere gennem en ny teoretisk underbygning (se tankeredskab nr. 5: Decentrering) udviklet nye strategier, der supplerer de mange tidligere erfaringer, og som kan skabe en hensigtsmæssig overgang for patienterne fra institution til hjem. Som konklusion på den sammenlignende undersøgelse kan der siges følgende: H20's målgruppe er unge til midaldrende personer med moderat hjerneskade og komplicerede og sammensatte følger herefter. H20's rehabiliteringstilbud er bredt rehabiliterende også socialt og ikke alene genoptrænende. De nyoprettede hjemmetræningsordninger kan af disse grunde ikke erstatte H20's tilbud til den bestemte målgruppe med komplekse og sammensatte problematikker.

Der er endnu et afgørende forhold, som projektet har belyst. Der er sket betydelige forandringer i H20's målgruppe. Forandringerne er konsekvenser af, at den periode, der forløber fra patienterne får en skade til de indlægges på H20, er blevet reduceret. For patienter, der blev indlagt direkte fra akutafdelinger på H20, var der i 1998 gennemsnitligt gået 68 dage siden skaden, i 2005 gennemsnitligt 15,3 dage. For patienter, der kommer i forlængelse af indlæggelse på et af HN's øvrige afsnit, var det i 1998 gennemsnitligt 143 dage, i 2005 gennemsnitligt 49,6 dage. Hertil kommer at varigheden af selve indlæggelsen på H20 er forkortet. Den var i 1998 gennemsnitlig 8 uger, i 1999 8,8 uger, for herefter stød at falde til i 2005 at være på 7,2 uger. Disse forandringer har til dels være upåagtede. De ansatte har diskuteret tegn på forandringer, men har først nu – i forbindelse med dette projekt, dokumenteret dem (se statistiske tabeller, bilag 1.7 og 1.8).

Som de ansatte oplever det, så er mange patienters tilstand ved indlæggelsen på H20 i dag i højere grad præget af krise, end de har været tidligere. Det betyder større krav til omsorg og støtte og til tider en tilbageholdenhed med at stille patienter overfor sådanne krav og udfordringer, som er rehabiliteringstilbudets særkende og værdi.

Et svagt led i resultatopgørelserne er de undersøgelsesredskaber, der er til rådighed. Der savnes redskaber for det tværfaglige rehabiliteringstilbud, som modsvarer patientens mål. Det skal være redskaber, der vurderer resultater af indsatsen i forhold til de aktiviteter og den deltagelse i det konkrete hverdagsliv, som rehabiliteringen er rettet imod for den bestemte patient og som også omfatter patientens egne perspektiver. Det har indtil nu ikke været muligt at tage hånd om denne problematik i projektsammenhængen. Men det betragtes som nødvendigt at finde nye løsningsmuligheder.

De bedste og mest præcise opgørelser af resultater af rehabiliteringen på H20 findes i de ansattes udskrivningsrapporter, hvori der også er udsagn fra patienterne om deres vurdering. Heri er der både kvalitative og kvantitative redegørelser for patienternes funktionsevneniveau. Vurderingerne er relateret til hverdagspraksis på HN og til det kommende hverdagsliv, som forberedes hjemme, hvad de har tilegnet sig i perioden på H20, og hvad de står foran af muligheder og problemer. Her anføres desuden hvilke aftaler, der dels er indgået mellem patienten og dennes nærmeste og dels med diverse institutioner om tilbud i perioden efter udskrivelsen.

Denne rapport viser rehabiliteringstilbudets styrker og hvilke muligheder, der er for yderligere udvikling. Det bør få konsekvenser også hvad indlæggelsestid og især hvad ressourcer angår.

H20 er et rehabiliteringstilbud, det har taget mange år at udvikle for den ansatte gruppe af erfarne praktikere. Der er mange muligheder for, at tilbudet kan udvikles yderligere og dets indplacering i forhold til HN's målgrupper og på HN som institution kan reguleres.

Projektgruppens evaluering af resultat og proces

Projektprocessen og den resultater er løbende blevet vurderet af deltagerne. I januar 2006 og i december 2006 blev der foretaget mere indgående evalueringer. Alle ansatte deltog. I det følgende opsummeres udsagn fra sidste evaluering.

Vedr. rapporten.

Udsagn fra evalueringen: Gruppen ser frem til at formidle erfaringer fra projektet. Der henvises især til udviklingsarbejdets resultater i form af beskrivelser af rehabiliteringstilbudets opbygning og den bagvedliggende teoretiske tænkning, som nu er tydeliggjort i de udviklede "tankeredskaber". Arbejdet betyder, at der er udviklet nye muligheder for at begrunde og diskutere praksis, og her især de relationelle og situationelle professionelle handlinger, som optager så stor en plads i hverdagen.

Vedr. processen

Fokus har været skiftende i projektperioden efterhånden som nyt indhold og nye arbejdsmetoder er blevet inddraget.

Forhold, som den enkelte oplever sig bedre til at håndtere i dag i kraft af deltagelsen i projektet

Udsagn fra evalueringen: Blevet mere fleksibel, tænker mere hjemmetræning ind, patientens erfaringer hjemme bliver i højere grad en del af behandlingsplanen, tænker mere på hvad patienten aktuelt har brug for.

Fået fornyet det faglige perspektiv på kontakten med patienten. Er blevet mere bevidst i egne observationer. Blevet mere opmærksom på betydningen af den indledende fase.

Er blevet mere bevidst om patienternes forskellige behov – til tider også for ikke at være med i fællesskabet – og overfor behov i deres hjemmesituation.

Blevet bedre til at samtale med patienterne om hvilke muligheder, der skal arbejdes med. Blevet bedre til at begrunde. Større tryk overfor patienter. Mindre konfliktsky – også i forhold til "vanskelige patienter". Har udviklet formidlingen af tilbuddet til andre, også til pårørende.

Eksempler på udvikling af gruppens håndtering af rehabiliteringspraksis

Udsagn fra evalueringen: Har udviklet forståelsen af miljøets muligheder og begrænsninger og er blevet bedre til at bruge mulighederne.

Fokus på det sociale er blevet tydeligere i arbejde med patienten og i samarbejdet. Vi er blevet mere opmærksomme på, hvor meget det sociale betyder. Bevidstheden om det sociale har virkelig rykket, vi er blevet bedre i supervision i forbindelse med kognitive problematikker og "problematisk adfærd".

Har udviklet samarbejdet især med neuropsykolog, men også med læge, øget dialogen om det, der erfarer og det, der skal arbejdes med.

Det ses desuden hvordan patienterne i højere grad i dag selv tager hånd om det der skal ske, de føler mere at det er deres, at de selv må være aktive i det, der sker i fællesskabet. Patienterne har gradvist fået nye roller.

Læring i forbindelse med projektet

Udsagn fra evalueringen: Der er sket meget med oplevelsen af egen faglighed, blevet mere bevidste om den og mere tilfredse med den. Blevet mere motiverede, mere nysgerrige.

I tilskud til det tværfaglige gør det monofaglige en forskel. Der er tanker bag, noget bestemt man koncentrerer sig om at observere. I kraft af arbejdet med de monofaglige bidrag til det

tværfaglige, er den faglige bevidsthed udviklet – det føles godt. Blevet bedre til også at tale for eget fag. Nu også teoribaseret.

Vigtigt at kunne argumentere for, hvordan ikke alene de ergoterapeutiske, men også både de fysioterapeutiske og sygeplejefaglige indsatser på H20 forbindes med patientens aktivitet og deltagelse.

Det mærkes også på faglige møder udenfor HN.

I det hele taget blevet mere glad for eget arbejde. Og stolt over tilbudet. Tør eksperimentere mere. Der er ikke noget, der hedder fiasko, snarere nye erfaringer.

Kan sætte flere ord på egne opgaver. Kan nu forklare fx hvad det vil sige at arbejde med den nærmeste udviklingszone. Empowerment-begrebet er virkelig brugbart. Tænker mere på hvad det vil sige, at hverdagslivet skal være inkluderende for den enkelte patient.

I projekter/opgaver knyttet til kurser udenfor HN er dette projekt i flere tilfælde blevet inddraget resulterende i nye overvejelser og tilskud til projektet.

Fået et nyt fælles sprog.

Her til sidst er det hele smeltet sammen.

Flere ønsker for det fremtidige arbejde

Vil gerne bruge hinanden mere to og to – også i de monofaglige relationer. Vil desuden gerne bruge gruppen mere fleksibelt.

16. Udviklingsmuligheder

De ansatte i det nære team ønsker nedenstående forhold styrket, ændret eller udbygget.

Udvælgelsen af emnerne er foregået som brainstorm på en fælles temadag på H20 i efteråret 2006 med deltagelse af alle ansatte.

De bestræbelser, der er opregnet under A finder allerede sted, men ønskes styrket.

Bestræbelserne nævnt under B forudsætter flere ressourcer til afsnittet, hvis de skal realiseret.

Målsætning - ønskes styrket, ændret eller udbygget ved

A:

- at målene, der fastsættes sammen med patienten, skal have tydeligt udgangspunkt i, hvad der er værdifuldt og betydende for patienten
- at der tilrettelægges mulighed for at holde målsætningsmøde i patientens eget hjem med deltagelse af pårørende og udvalgte teammedlemmer
- at holde målsætningsmøde på H20 med deltagelse af ”det brede team”. Det vil sige, at der udover ”det nære team” også gives mulighed for talepædagogens, lægens, psykologens og socialrådgiverens deltagelse
- at synliggøre sammen med patienten, at alle benyttede aktiviteter er relaterede til hans mål
- at evaluere løbende, og at fastholde en evaluering ved udskrivelsen sammen med patienten
- at fastlægge hvem der har ansvar for hvad (patient/pårørende/teammedlemmer) ved udarbejdelse af delmål.

B:

- at patienten forberedes og får mulighed for at gøre sig tanker om mål med indlæggelsen inden indlæggelsen. Der kan fx fremsendes et brev til patienten, hvor følgende indgår: ”Hvad er vigtigt for dig i dit liv? Det vil vi som ansvarlige på H20 gerne tale med dig om, når vi mødes”

- at der udarbejdes et nyt analyseredskab til mere systematisk at belyse patientens hjemmesituation
- at beskrive patientens forventninger og ønsker, evt. med udgangspunkt i en tværfaglig anvendelse af COPM.

Aktiviteter - ønskes styrket, ændret eller udbygget ved:

A:

- at afsætte mere tid til at inddrage patienten i planlægning og gennemførelse af aktiviteter
- at øge fokus på den sociale mellem menneskelige side af rehabiliteringen, øge bevidstheden om dette hos patienter og samarbejdspartnere, opbløde det tabu, som vanskeligheder på det sociale felt stadig er, samt beskrive observationer, målsætning, tiltag og resultater.

B:

- at omsætte en tidlig neuropsykologisk undersøgelse til praksissituationer, så der kan arbejdes med patientens styrker og vanskeligheder i aktiviteter, hvor patienten er motiveret (her mangler tilstrækkelige ressourcer)
- at afsætte mere tid til evaluering sammen med patienten og til at støtte denne i selvrefleksion. Både i forbindelse med individuel behandling og ved gruppeaktiviteter
- at afsætte mere behandlingstid i forløbet (mulighed for tre individuelle behandlinger per uge fra hver relevant faggruppe, bedre tid til at indarbejde strategier, mere tid til udredning og udskrivelse)
- at tilbyde bredere aktivitetstilbud (flere ”mande”-aktiviteter, flere kreative aktiviteter, mere eksperimentering med aktiviteter - ud fra patientens egne ønsker)
- at øge bevidstheden i personalegruppen om de forskellige pædagogiske tilgange, der er til rådighed i aktiviteterne (Supervision)
- at give mere plads til og sætte mere fokus på såvel progression som regression i valget af aktiviteter samt til pauser og rekreation. Det er vigtigt at give tid og rum til processen, krisen, reorienteringen, reorganiseringen. (Både for patienten og de pårørende) (behov for længere indlæggelser for visse patienter).

Hjemmebesøg/hjemmetræning - ønskes styrket, ændret eller udbygget ved:

A:

- at det gøres muligt at afholde møder med amt og kommune i patientens hjem
- at der tilrettelægges en overlapning/et samarbejde med den primærsektor, der skal varetage træningen i hjemmet efter udskrivelsen.

B:

- at der gives mulighed for et hjemmebesøg tidligt i forløbet. (Indblik i roller, arbejdsopgaver, forventninger, kontakt til pårørende)
- at der gives mulighed for mere hjemmetræning (samspil mellem HN og hjem).
- at medinddrage de pårørende i hjemmetræningen, hvor dette er relevant med tæt kontakt og koordinering, samt med grundig planlægning og opfølgning
- at der åbnes mulighed for fleksible pladser på H20.

Pårørendesamarbejdet - ønskes styrket, ændret eller udbygget ved:

B:

- at udbyde undervisningstilbud til patienter og pårørende på afsnittet
- at gøre tilbud til de pårørende mere fleksibelt, bl.a. i forhold til børn og unge. Herunder oplysning og information

- at give mulighed for i højere grad at forberede og informere patientens netværk - særligt med henblik på hvad kan de støtte/hjælpe med?
- at samle informationsmateriale til de pårørende, herunder udarbejde materiale om, hvad afsnittets enkelte fagpersoner monofagligt kan bidrage med og ”bruges til”.

Udskrivelse - ønskes følgende styrket, ændret eller udbygget ved:

B:

- at personale fra H20 gives mulighed for at foretage opfølgingsbesøg, der kan give tydeligere tilbagemelding end den nuværende patienttilfredshedsundersøgelse om, hvorvidt vi ”rammer rigtigt” mht. de iværksatte foranstaltninger. Det vil desuden kunne give et klarere billede af, om patienterne får det ud af rammerne her, som de har brug for, eller om rammerne skal ændres, for at den enkelte får større udbytte af opholdet
- at styrke opsamlingen ved fx en årlig besøgsdag for tidligere indlagte patienter med det samme formål som ovenfor beskrevet
- at styrke samarbejdet med hjerneskadecentret.

17. Perspektivering og et muligt opfølgingsprojekt

Hvad der ikke har været tid til

I forhold til projektbeskrivelsen for praksisforskningsprojektet på H20 (se Del IV), er der nogle initiativer, der ikke har været tid til at følge op. Der er søgt og indhentet forskellige beskrivelser, artikler og rapporter om tilsvarende eller lignende initiativer nationalt og internationalt. Ud over de nævnte projekter og rapporter om hjemmetræning, der er inddraget eksplicit i projektet og arbejdsrapporten her (se kap. 2.2. og 2.3 samt bilag 2) har der ikke været tid til at gå videre i studier af sådanne. Det vil være relevant i et evt. opfølgingsinitiativ. Der har således heller ikke været tid til at tage på de institutionsbesøg, der har været overvejet. Praksisbeskrivelser og teoretisk argumentation har figureret højest på den prioriterede liste over relevante projektmål.

Projektets betydning for neurorehabiliteringen på HN set i et bredere perspektiv

Det har endnu ikke været muligt, at afsætte tid til at diskutere i en bredere kreds, hvorvidt udviklingen på H20, kan berige rehabiliteringstilbuddene på de andre afsnit på HN. Men der er ingen tvivl om, at visse af de beskrivelser og teoretiske tilgange, der er gjort rede for i dette i denne rapport, vil kunne være af interesse for andre afsnit på HN, selv om der er forskelle mellem målgrupperne og det trin i rehabiliteringsprocessen som patienterne befinder sig i.

De monofaglige bidrag til det tværfaglige tilbud

Indenfor projektets rammer er der påbegyndt beskrivelse af de monofaglige indsatser, der bidrager til det tværfaglige arbejde. Materialet i bilag 7 må betragtes som et påbegyndt udviklingsarbejde med mange potentialer.

Et muligt opfølgingsinitiativ

Som opfølgning af det gennemførte arbejde vil det være relevant at tilrettelægge interviews med patienter, indlagte og udskrevne, med henblik på at få deres erfaringer eksplicit integreret i udviklingen af rehabiliteringstilbudet. Patienternes reaktioner og udsagn har hidtil løbende spillet en rolle for udviklingen af tilbudet. Men en gennemførelse af planlagte interviews byder på en mere systematisk evaluering, såvel af tilbudet generelt som af udvalgte dele af tilbudet. Forskellige planer står klar til realisering (se evt. projektbeskrivelsen).

Del IV. Praksisforskningsprojektet og dets rammer

Der er redegjort for praksisforskningsprojektet i projektbeskrivelse: *Beskrivelse, forskningsbaseret og udvikling af botræningstilbudet, H20, Hammel Neurocenter* ved Mette Torbensen og Tove Borg. August 2004. Der skal her gives et kort resumé.

Praksisforskningen hviler på den grundlæggende idé, at et systematisk arbejde med erfaringsopsamling og refleksion kan forbindes med udvikling af tilbudet, der inddrager aktuel viden på området. Erfaringsopsamling, refleksion og udvikling kan finde sted såvel i de professionelle perspektiv som i brugernes perspektiv. Fra projektets start var det tanken, at begge parter skulle inddrages i praksisforskningsprojektet.

Praksisforskningsprojektets første fase er gennemført af de professionelle, som er ansvarlige for den daglige praksis, og er dermed set i deres perspektiv. En af praksisforskningens pointer er, at det er den kompetence, de professionelle udvikler, der er basis for udviklingen af H20's neurorehabiliteringstilbud. De professionelle kompetenceudvikling svarer til udviklingen af det professionelle tilbud til patienterne.

I en mulig næste fase af projektet skal patienternes perspektiv inddrages gennem interviews. De erfaringer, der gøres på den måde, skal da bearbejdes i samarbejde mellem patienter og professionelle med henblik på næste trin i udviklingen.

18. Projektansvarlige

- *Projektmedarbejdere*: De professionelle, der har dagligt ansvar på H20. Det er sygeplejerskerne: Hanne Bech Christensen og Rikke Bondrup, fysioterapeuterne: Jette Kildahl Hansen og Lone Hymøller, ergoterapeuterne Marianne Larsen og Ulla Hansen, samt afdelingsleder, ergoterapeut Mette Torbensen.
- *Forskningsansvarlig*: seniorforsker, ph.d., ergoterapeut Tove Borg.
- *Koordinatorer for projektforsløbet*: afdelingsleder Mette Torbensen og Tove Borg.
- *Ressourcepersoner*: Der inddrages endvidere ressourcepersoner fra det bredere team: Neuropsykolog Eva Lind, talepædagog Trine Guld, læge Karen Marie Mørk og socialrådgiverne Anne Marie Nørgaard Andersen, Helga Nissen og Bodil Nielsen samt udviklingspsykiatriske Lena Aadal.
- *Følgegruppe*: Ledelsesrepræsentanter fra H10, H11 (overlæge Poul Mogensen), HT og CL (ledende terapeut Lis Kleinstrup).

Projektet forelægges i øvrigt undervejs i *Forskningsenheden* og på diverse konferencer internt og eksternt.

19. Formål

Det er initiativets formål at videreudvikle - herunder at beskrive og forskningsbasere H20's botræningstilbud til personer med svær hjerneskade gennem et *praksisforskningsprojekt* med flere faser.

Den tværfaglige og faglige rehabiliteringspraksis er baseret på praksiskundskab og teoretiske forståelser, der dels er tilført fra de erfarne professionelle faglige felter og tidligere erfaringer og dels udviklet i teamet over en årrække. Den kundskab, tilbudet er baseret på, ønskes beskrevet og videre udviklet. I forbindelse hermed vil der blive søgt inspiration (teoretisk og praktisk) fra lignende initiativer nationalt og internationalt.

Gennem involvering af de professionelle i et systematisk udviklingsarbejde tilstræbes en kompetenceudvikling af faglig og tværfaglig art samt indenfor udviklingsarbejde. Der lægges endvidere vægt på formidling af erfaringer på forskellig vis, internt og eksternt.

Endelig overvejes det indenfor projektets rammer, på hvilken måde og i hvilket omfang erfaringer fra H20 og fra dette projekt kan bidrage til udviklingen på andre afsnit på HN.

20. Baggrund

Botræningstilbudet har eksisteret siden 1998 og er i perioden siden da løbende blevet udviklet og beskrevet. Samtidig har rammerne for tilbudet ændret sig - især målgruppen og indlæggelsestiden, ligesom de muligheder, der er til stede for målgruppen i amtet og nationalt, er under forandring og udvikling (se projektbeskrivelsen og dette arbejdspapirs Del I). Samtlige forandringer giver anledning til at iværksætte projektet.

21. Mål

Målet med praksisforskningsprojektet er:

- I. at beskrive de institutionelle og samfundsmæssige rammer i forandring, som H20's rehabiliteringstilbud er en del af og fungerer indenfor.
- II. at beskrive, præcisere og begrunde H20's rehabiliteringspraksis i den forandringsproces den befinder sig i, herunder revurdere:
 - mål for rehabiliteringen (sygdoms-, situations- og subjektorienterede indsatser)
 - målgruppe og visitation (videreudvikle beskrivelse, som kan præcisere hvilke patienter, der kan profitere af dette tilbud)
 - den konkrete form for beskrivelse og dokumentation af brugernes funktionsevne-niveau ved indlæggelsen og ved udskrivelsen (beskrivelses- og dokumentations-status, der kan relateres direkte til mål for opholdet og vise forandringer)
 - beskrivelse af tilrettelæggelsen af den hverdagspraksis, som de professionelle stiller til rådighed for patienterne som en del af deres rehabilitering, herunder metoder til graduering af deltagelse
 - beskrivelse af specifikke tilbud og muligheder, som de professionelle søger at stille til rådighed for patienterne som en del af deres neurorehabilitering
 - de indlagte patienters og deres pårørendes vurdering af relevans, betydning og effektivitet af processen, herunder deres egen deltagelse. (Det har vist sig, at projektets ressourcer ikke rakte til indfrielse af dette mål).
- III. at bidrage til, at alle medarbejdere kan formidle/undervise i H20's særlige rehabiliteringskoncept for brugere og for samarbejdspartnere (internt og eksternt), herunder udvikle formidlings-/undervisningsmateriale.

- IV. at publicere 2-3 artikler om tilbudet:
- artikler i nationale professionsfaglige tidsskrifter, fx Sygeplejersken, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeuten (ansvar: De professionelle).
 - artikel i forskningstidsskrift (ansvar TB)
- V. Endelig er det et mål at genoverveje tilbudets navn 'H20, botræningsafsnittet' – såvel med henblik på daglig tale, som mere generelt.

I den periode praksisforskningen har stået på, har rammerne for H20's tilbud ændret sig, især målgruppen og indlæggelsestiden. De muligheder, der er til stede for målgruppen i amtet og nationalt, er ligeledes under forandring. Derfor er interessen for præcisering af tilbudet og dermed også målene for praksisforskningen strammet op.

I dag er der en særlig opmærksomhed overfor (1) hvilken *målgruppe*, der kan drage størst nytte af initiativet, overfor (2) *den særlige tilrettelægning af tilbudet*, og her især overfor (3) i hvilket omfang og hvordan den enkelte patient og dennes nærmeste kan *involveres som deltagere* i rehabiliteringsmiljøet og i aktiviteterne, der er rettet imod hverdagslivslæring. Endelig er der opmærksomhed på (4) hvordan patientens deltagelse i et hverdagsliv på H20 kan *forbindes med et fremtidigt hverdagsliv* hjemme – på kortere og længere sigt.

22. Praksisforskningens teoretiske og metodiske tilgang

Praksisforskning er karakteriseret ved følgende:

- iværksættes i professionel praksis, som den finder sted
- integrerer handling, forskning og forandring
- involverer de berørte, såvel professionelle som brugere. De involveres som deltagere i den sociale praksis' struktur, hvor de har hver deres perspektiver, og de involveres som medforskere
- forskningen omfatter den komplekse social strukturs forskellige handlesammenhænge i og på tværs af flere sammenhænge (er derved rettet mod de involveredes livsførelse i hverdagen). Det betyder, at forskningen også omfatter de sammenhænge (hjem, arbejde), der er aktuelle for den enkelte bruger
- det overvejes om de centrale teoretiske begreber i forskning kunne være: livsførelse, handlesammenhænge og livsførelsesbaner (person og livshistorie)

Den teoretiske tilgang trækker på praksisforskning i et kritisk psykologisk perspektiv (Dreier 1996, Holzkamp 1994)

Der er blevet anvendt forskellige metodiske tilgange, blandt andet praksisbeskrivelser ad modum Praksisportræt (Andersen A, Borg T et al, 2003), kollektiv analyse og refleksion (Andersen A, Borg T et al 2003), dokumentanalyse, m.v.

23. Projektets tilrettelæggelse

Projektet er tilrettelagt i faser. Hver fase tilrettelægges, gennemføres og evalueres, før næste påbegyndes. Udviklingsprocessen beskriver spiralforløb, hvor tidligere temaer mødes undervejs, men hver gang på et mere udviklet niveau.

Fase 1.

A. Praksisbeskrivelse samt videreudvikling af det teoretiske og videnskabelige grundlag for H20's generelle tilbud, herunder for dets samspil med de specifikke tilbud.
August 2004 til juli 2006.

B. Fra praksisbeskrivelse til en mere struktureret teoriunderbygget redegørelse. Svarer til den her foreliggende rapport.
August 2005 til december 2005.
Svarer til målene: I, II, 1 - 4.

Fase 2.

Praksisbeskrivelse, samt videreudvikling af det teoretiske og videnskabelige grundlag for H20's specifikke tilbud, herunder for dets samspil med det generelle tilbud.
Svarer til målene: I, II 5.

Fase 3 – En mulig næste fase.

Brugerinterviews ('brugere' skal her forstås som hjerneskadede personer og deres nærmeste pårørende) for at skabe samspil mellem brugernes forståelse/vurdering og de professionelles med henblik på praksisudvikling.
Svarer til målet II 6.

24. Ressourcer***Medarbejdernes arbejdsindsats***Fase 1. A.

Alle medarbejdere har som gruppe været medansvarlige for realisering af projektet. Alle har indgået i den løbende planlægning og arbejdsdeling. Alle har haft individuelle opgaver og deltaget i kollektiv refleksion og analyse samt i den undervisning, der har været tilrettelagt i forbindelse med projektet. Arbejdet har forudsat læseforberedelse hjemme – udenfor arbejdstiden.

Arbejdstid til rådighed for projektet: august 2004 - august 2005: *11 møder af 2 ½ time samt to hele arbejdsdage.*

Fase 1. B.

Her har tre medarbejdere, fysioterapeut Jette Kildahl Hansen og ergoterapeut Ulla Hansen, samt afsnitsleder Mette Torbensen haft hver *6 ugers arbejdstid* til projektet.

Herud over *to hele arbejdsdage* med hele gruppen samt 1 uges arbejde for alle i juli 2006.

Undervisning

Der er blevet undervist i: Praksisforskning, metoden 'praksisportrætter', hverdagslivsteori, læring i social praksis og under rehabilitering (kulturteoretisk forståelse af læring) ved Tove Borg.

Forskningstilknytning

TB har været fast tilknyttet i form af deltagelse som koordinator i tilrettelægningen af projektet og dets gennemførelse (sammen med afsnitslederen) og som underviser.

Tid til dette arbejde er foregået i TB's ansættelse.

I tilrettelægningen af arbejdet på H20 har indsatsen været integreret i den daglige praksis med givent hensyn til afsnittets opgave.

Forelæggelse af arbejdet udadtil

- Dansk Selskab for Ergoterapeutisk Forskning, februar 2005, ved Jette Kildahl Hansen, Ulla Hansen og Mette Torbensen
- På 'Fagligt Forum' for medarbejderne på HN, februar 2005, ved samme.
- Kursus i praksisforskning for Sygeplejeforskningsinitiativet Århus Amt, januar 2006, ved Tove Borg
- Præsentation af projektet i kapitlet "Praksisforskning ved Tove Borg, Karen Marie Bundgaard og Jette Rasmussen" I: Borg T, Runge U, Tjørnov J: Basisborg i Ergoterapi. 2. udgave 2007.

Referencer

A. Nyere initiativer indenfor sundhedssektoren med betydning for rehabiliteringsområdet og aktuelle rammer for H20's arbejde

- 1) Hviid M og projektgruppen (2001) *Rehabilitering i hjemmet gør en forskel*. Lemvig Sygehus.
- 2) Jepsen B (1999-2000) *Hjemmetræning af sygehusindlagte patienter med apopleksi*. Udviklingsprojekt 1999-2000.
- 3) Pedersen TJ, Henriksen IO (2005) *Hjemmetræning for apopleksipatienter*. Sygehus Fyn, Fyns Amt.
- 4) Larsen T (2005) *Hjemmetræning af patienter med apoplexi*. MTV-rapport, Sundhedsstyrelsen.
- 5) Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S Direktionen (2004) *Projekt Det Udgående Hospital*. Implementeringsprojekt.
- 6) Fredens K (2003) *Rehabilitering i eget hjem*. Ekstern evalueringsrapport af projekt. Vejlefjord.
- 7) Clausen B, Asmussen S, Hansen M m.fl. (2004) *Projekt hjemmetræning*. Ribe Amt, Sundhed - Kvalitet Og Udvikling.
- 8) Hansen D, Tørring G, Dalgaard AM m.fl. (2004) *Protokol for træning af patienter med apopleksi i deres eget hjem ved udgående terapeutteam fra Fredericia og Kolding Sygehuse og Brædstrup Sygehus*.
- 9) Hammel Neurocenter (2002) *Accelereret udskrivelse*. Hammel Neurocenter.

B. Tidligere beskrivelser/artikler fra og om H20

De ansatte på H20 har tidligere i forskellige sammenhænge beskrevet H20's særlige tilbud - i sin helhed og særlige dele af det.

- 1) *H20's hjemmeside: www.neurocenter.dk/afsnit_h20* (opdateres løbende)
- 2) Enghøj K (2003) *Fugletur*. Schalpellen nr. 6
- 3) Julie L (2002) *Hele familien ramt af hjerneskade*. Interview med ergoterapeut Lene Uhd Jensen om samtalegrupper på HN for de nærmeste pårørende. Ergoterapeuten, nr. 9
- 4) Greve IM (2001) *Det er sejrene, vi skal leve af*. Afsnit på Hammel Neurocenter ruster mennesker med moderate hjerneskader til virkeligheden. Artiklen er skrevet med udgangspunkt i interview med de ansatte. Ergoterapeuten, 2001; nr. 4, marts.
- 5) Greve IM (2001) *Handling frem for behandling*. De moderat hjerneskadede patienter lærer at bruge hverdagens aktiviteter som en del af genoptræningen. Artiklen er skrevet med udgangspunkt i interview med de ansatte. Fysioterapeuten, 2001; nr. 4, marts.
- 6) Fredslund M (2000) *Når ord gør ondt*. Artiklen handler om, hvordan man som professionel kan forholde sig til verbale trusler, offentlig kritik og vold på arbejdspladsen. Artiklen er skrevet på baggrund af interview med de ansatte. Ergoterapeuten, 2000; nr. 15.
- 7) Botræningsafsnittet H4. Statusrapport 1998. Strategi 1999.
- 8) Idékatalog til opstart af Botrænings på FH. Oktober 1997.

Ingen af ovenstående beskrivelser omfatter det teoretiske grundlag for arbejdet.

Herudover har fysioterapeut Jette Kildahl Hansen i et projekt under videreuddannelse på Institut for Idræt, Århus Universitet, 2002, skrevet et projekt, Idræt i rehabiliteringen. Dette beskriver erfaringer med fysioterapeutiske træningstilbud til H20's målgruppe. Projektet omfatter pædagogisk og didaktisk begrundede oplæg til holdidrætstilbud til senhjærskadede voksne tilrettelagt således, at de støtter op om den øvrige rehabiliteringsproces.

Endelig bedrager pårørendeundersøgelserne gennemført at Århus Amt med informationer om patienternes og de pårørendes tilfredshed - også med H20's indsats.

Århus Amt. Service- og kvalitetskontoret. Hvad mener patienter og pårørende på HN?

Spørgeskemaundersøgelser. 1. undersøgelse, maj 2001. 2. undersøgelse, marts 2002, 3. undersøgelse, marts 2003.

C. Litteratur med betydning for eller relation til H20's rehabiliteringstilbud

- 1) Christophersen AC (2005) *Patientperspektiver på apopleksi. En kvalitativ undersøgelse af patient-oplevelser og apopleksi i forbindelse med den subakutte rehabilitering.* Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- 2) Bredland EL, Linge OA, Vik K (1996) *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbejd.* Universitetsforlaget, Oslo.
- 3) Fredens K (2004) *Mennesket i hjernen. En grundbog i pædagogik.* Systime Academic.
- 4) Andersen I, Schwensen B (2004) *Idræt/fysiske aktiviteter i undervisningen af voksne senhjærskadede på Specialskolen for Voksne i Nykøbing F.* Videnscenter for specialpædagogik.
- 5) FN's definition på rehabilitering
- 6) Jakobsen A (2003) *Aktivitet og samvær - kan man, hvad man vil? Udvikling af hjærskadedes muligheder for meningsfuld aktivitet, selvstændighed og deltagelse i samfundslivet.* Hjärskadecentret, Fyns Amt.
- 7) Bjerregaard T et al. (1994) *Mellem to stole: temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver.* Sundhedsministeriet.
- 8) Sekretariatet for Referenceprogrammer (2003) Resumé af Referenceprogrammer.
- 9) Hammel Neurocenter (løbende) *Forløbsbeskrivelser.*
- 10) Vygotsky LS (1974) *Tænkning og sprog.* København: Hans Reitzel.
- 11) Vygotsky LS (1978) *Mind in Society. The development of Higher Psychological Processes.* Cambridge: Harvard University Press.
- 12) Hansen JT (1999) *Stilladser og læring - et forsøg på afklaring.* I: Hansen JT og Nielsen K (red.) *Stilladsering - en pædagogisk metafor.* Århus. Forlaget Klim
- 13) Fortmeier og Thanning (2003) *Set med patientens øjne.* FADLs Forlag. 2. udgave.
- 14) Dreier O (1999) *Læring som ændring af personlig deltagelse i sociale kontekster.* I: Nielsen KK, & Kvale S. (red.) *Læring som social praksis.* Reitzels Forlag. København.
- 15) Borg T (2003) *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering.* (2003) Center for Health, Humanity and Culture. Århus Universitet. Skriftserie nr. 2. 2003. (Filosofisk Institut. Århus Universitet). S. 306- 307.
- 16) Lave J, Wenger E (1991) *Situated Learning: Legitimate peripheral participation.* Cambridge University Press. New York.

- 17) Lave J (1999) Læring, mesterlære, social praksis. I: Nielsen KK, & Kvale S. (red.) *Læring som social praksis*. Reitzels Forlag. København
- 18) Dreier O (2003) *Subjectivity and Social Practice*. Center for Health, Humanity, Culture and Culture, Århus Universitet. Skriftserie nr. 1. 2003. (Filosofisk Institut).
- 19) Dreier O (1999) Læring som ændring af personlig deltagelse i sociale kontekster. I: Nielsen KK, & Kvale S. (red.) *Læring som social praksis*. Reitzels Forlag. København.
- 20) Borg T (2003) *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering*. Center for Health, Humanity and Culture. Århus Universitet. Skriftserie nr. 2. 2003. (Filosofisk Institut).
- 21) Sundhedsstyrelsen: *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnededsættelse og helbredstilstand*, Munksgaard, 2003 (i denne reference findes de ovennævnte teoretiske tilgange videreudviklet i en rehabiliteringssammenhæng, se evt. kapitel 8, side 149-196 og kapitel 15, side 349-386).
- 22) Borg T (2004) *Udkast til etiske retningslinier for forholdet mellem professionelle og patienter i en professionel praksis i spændingsfeltet mellem en patientorienteret indsats og ansvaret for at skabe mulighed for patienters udvikling og sikkerhed*. Arbejdsrapport. Hammel Neurocenter
- 23) Højbjerg AL, Nørskov A, Madsen TC (2004) *Forsprings rehabiliteringsmodel for unge med nedsat funktionsniveau*. Marselisborgcentret.
- 24) Hjerneskadeforeningen (2004) *Liv der reddes - skal også leves*. 3-årigt Socialfondsprojekt. Etablering af "Clubhouse"/Fountain House i Danmark for mennesker med erhvervet hjerneskade.
- 25) Laugesen H, *Tænk - har han virkelig stået på skateboard Livshistorier - på bo- og genoptræningscenter for senhjerneskedede i Varde*.
- 26) Gundersen K, Moynahan L, Olsen TS, Solberg S (1994) *Min historie - Vejledning*. Haugtussa Forlag. Danske udgave, Psykologisk Forlag 1998.
- 27) Prigatano G (1999) *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. Oxford University Press.
- 28) Kurhus' hjemmeside: Kurbo - Botræning for hjerneskade
- 29) Vejle Fjords hjemmeside

D. Reference til de monofaglige beskrivelser

se bilag 7

E. Om praksisforskning

- 1) Andersen A, Borg T, Jacobsen E, Vithner J (2003) Praksisforskning. I: *Basisbog i ergoterapi*. København. Munksgaard.
- 2) Borg T (2003) *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering*. Århus: Forskningscentret Sundhed, Menneske og Kultur. Århus Universitet. Skriftserie nr. 2 2003.
- 3) Drachmann J, Vithner J (2003) Arbejdspladsorienteret fagudvikling. I: *Basisbog i ergoterapi*. Borg, Runge og Tjørnov. Munksgaard.
- 4) Dreier O (1996) Ændring af professionel praksis på sundhedsområdet gennem praksisforskning. I: *Forskelle og forandring. Bidrag til humanistisk sundhedsforskning*. Jensen UJ, Quesel J, Andersen PF. Philosophia. Århus.

- 5) Markard M, Holzkamp K, Dreier O: *Praksisportræt. En guide til analyse af psykologipraksis*. Oversat af Dreier fra Reden(Schreiben über Praxis - Ein Briefwechsel. Forum Kritische Psychologie 1982; 10: 145-51. Dreier O. Tagungsbericht. Forum Kritische Psychologie 1994; 12: 184-8.
- 6) Torbensen M, Borg T (2005) *Beskrivelse, forskningsbaseret og udvikling af botrænings, H20, Hammel neurocenter*.
- 7) *Praksisportræt*. Udarbejdet på H20 2004-2005

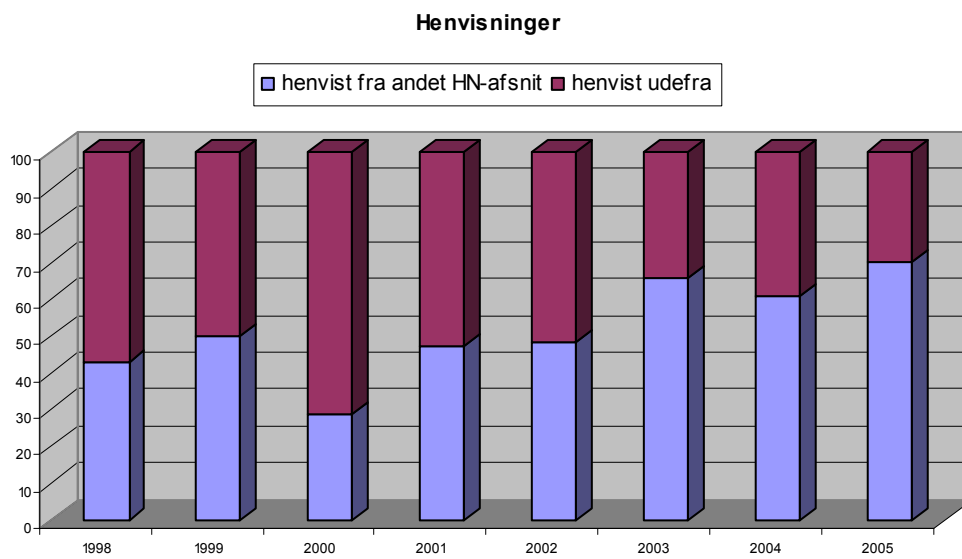
Bilag

1 Beskrivelse af patienter indlagt på H20 1998-2005 i tal

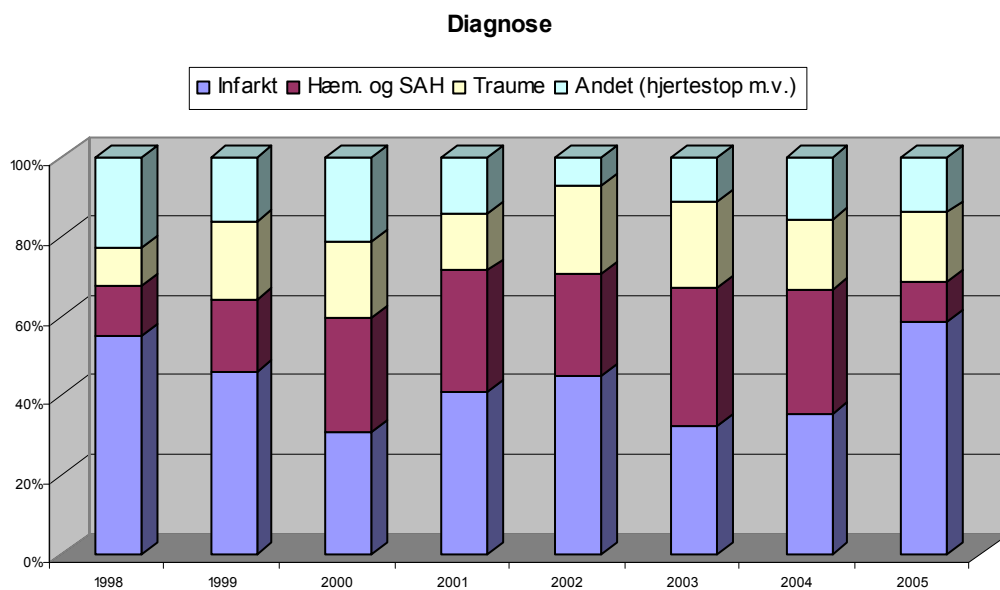
- Der indgår i alt ca. 400 patienter i materialet

Bilag 1.1

Tabel 1 - Henvisninger

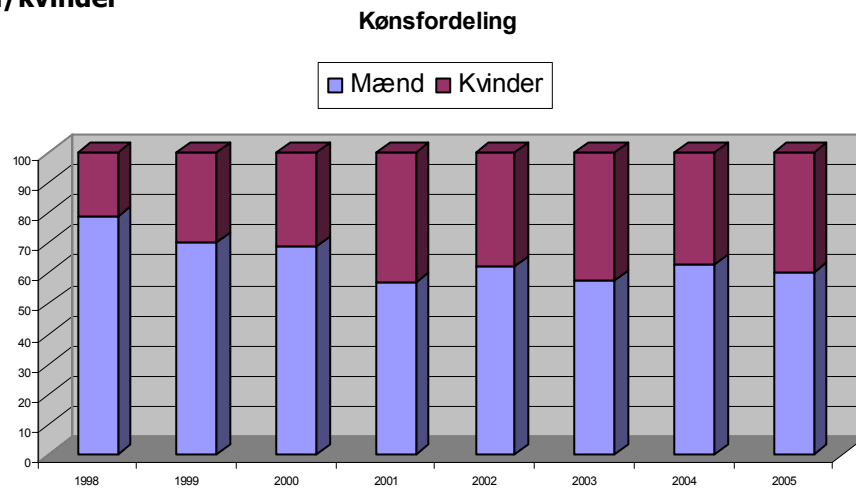


Tabel 2 - Diagnose

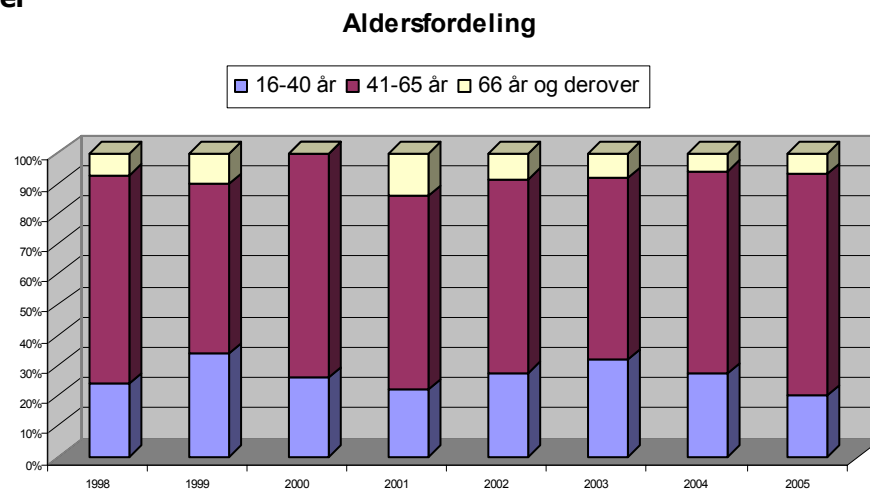


Bilag 1.2

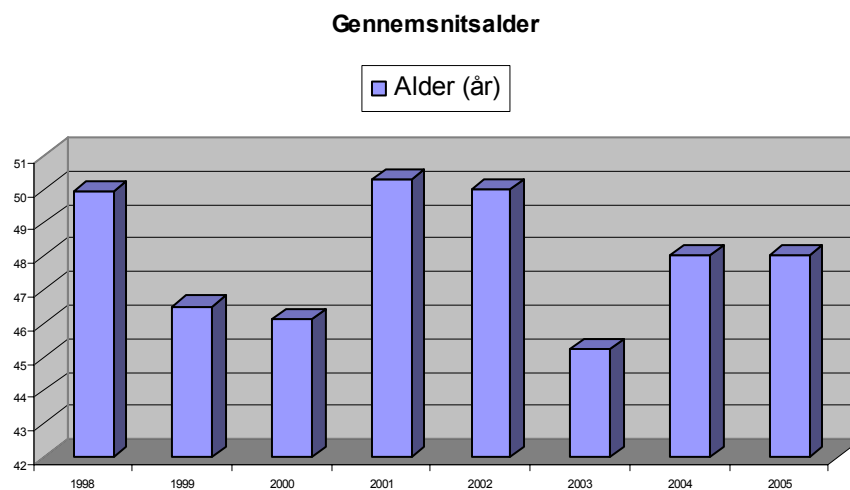
Tabel 3 - Mænd/kvinder



Tabel 4 - Alder

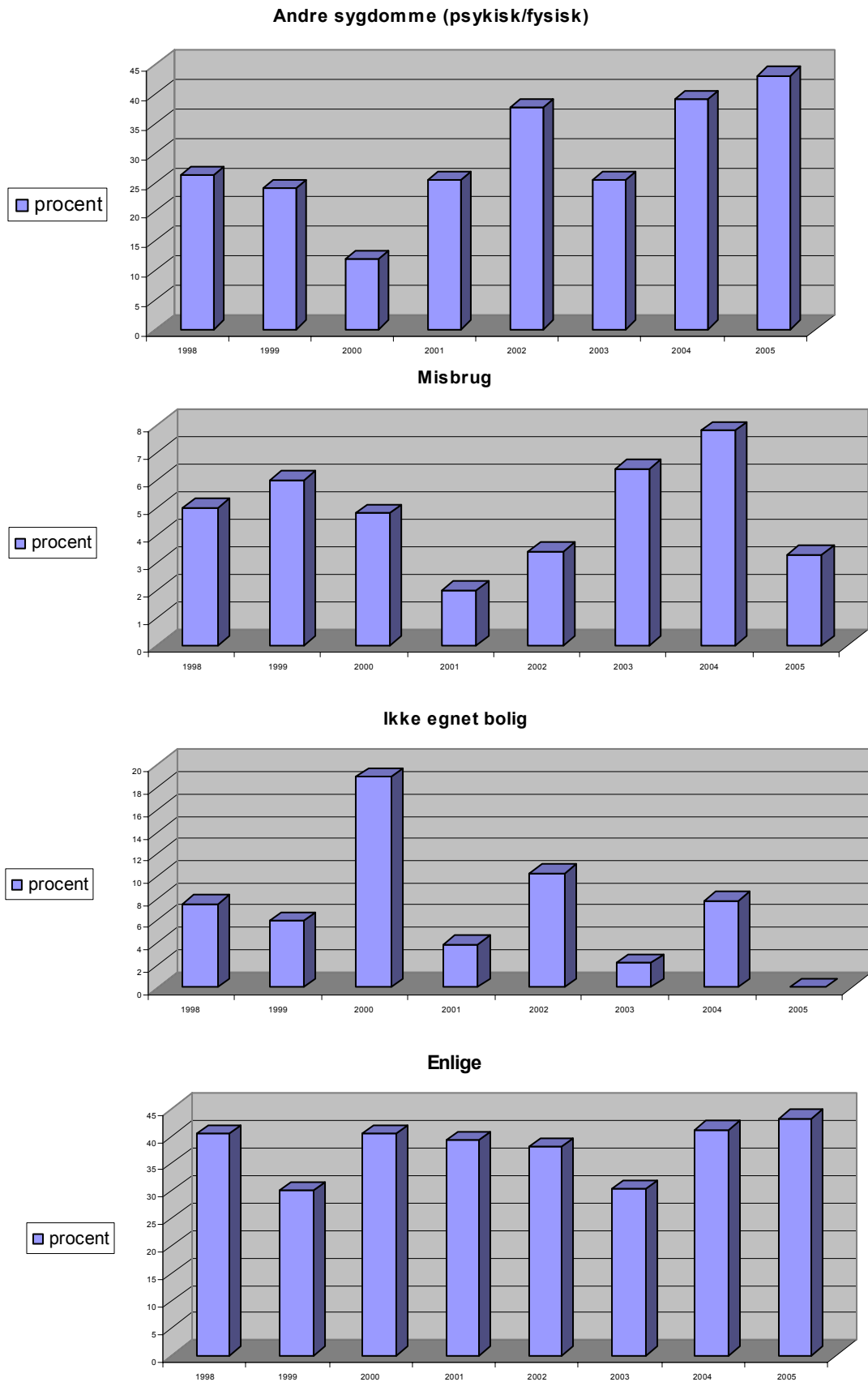


Tabel 5 - Gennemsnitsalder



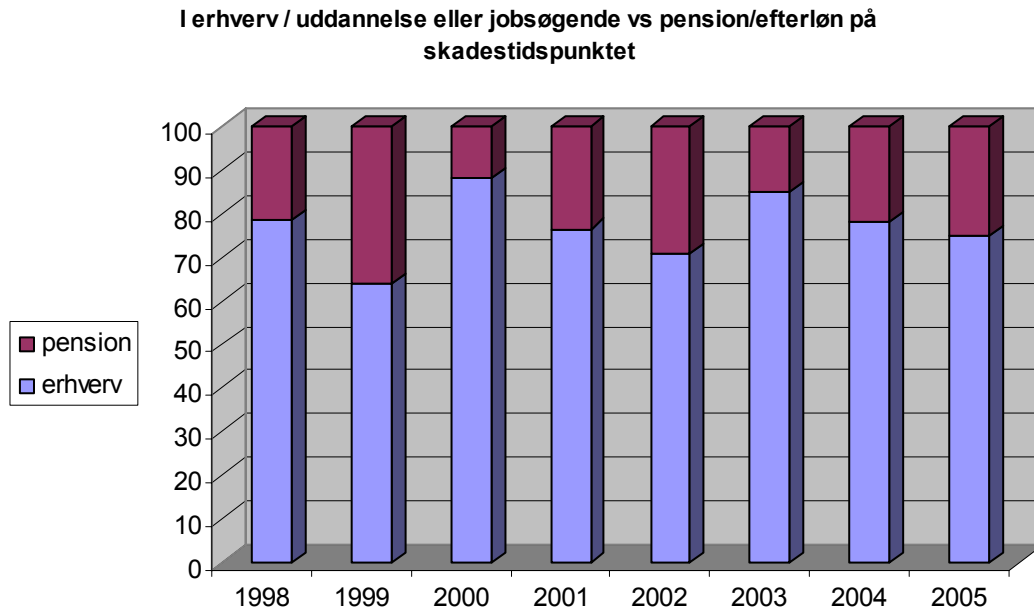
Bilag 1.3

Tabel 6 - Variable, der kan have betydning for varighed af indlæggelse

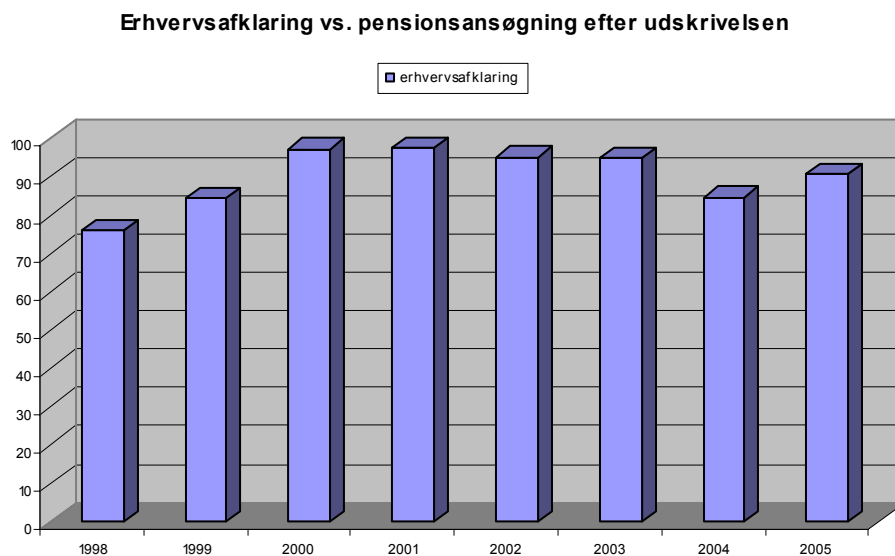


Bilag 1.4

Tabel 7 - Erhvervsaktive kontra pensionsberettigede på skadestidspunktet

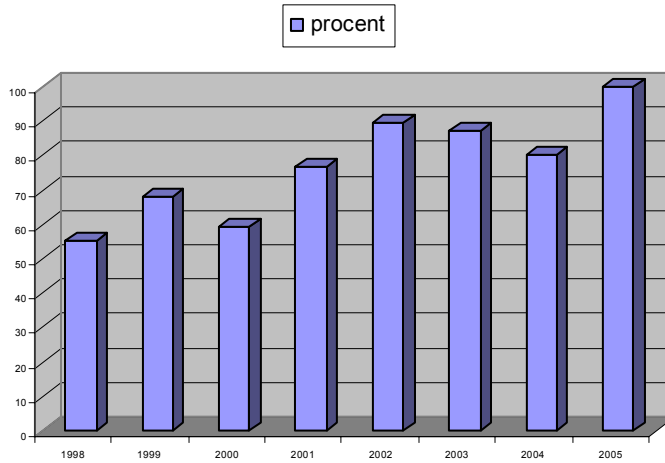


Tabel 8 - Erhvervsafklaring eller pensionsansøgning i forbindelse med sygdomsforløbet beregnet ud fra erhvervsaktive på skadestidspunktet



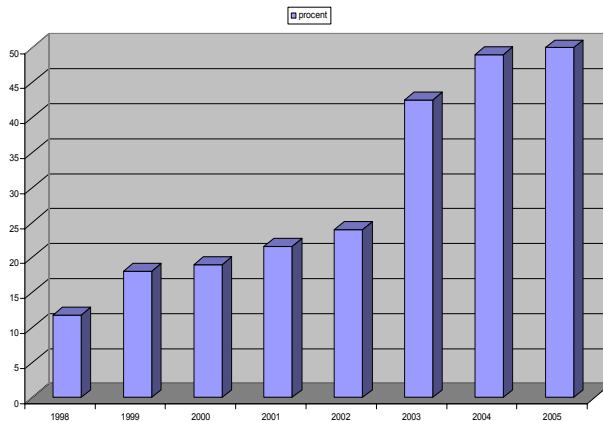
Bilag 1.5

Tabel 9 - Behov for Neuroteam tilbud efter udskrivelse



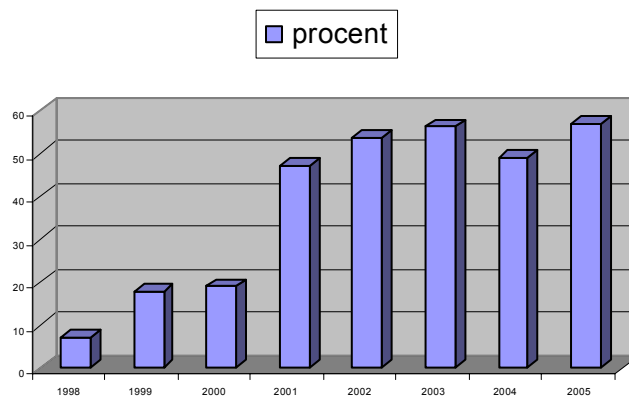
Tilbud fra Neuroteamet, Hjerneskadecentret, neuroundervisning på Lyngå Skolen, Amaliegården eller Odinskolen og Høskoven. I enkelte tilfælde kan patienten være tilmeldt Neuroteamet under et "her og nu" - behov. Neuroteamet fungerer da som sikkerhedsnet.

Tabel 10 - Behov for bostøtte



Bostøtte søges og bevilges oftest ved problemer med fx hukommelse, struktur, planlægning og overblik.

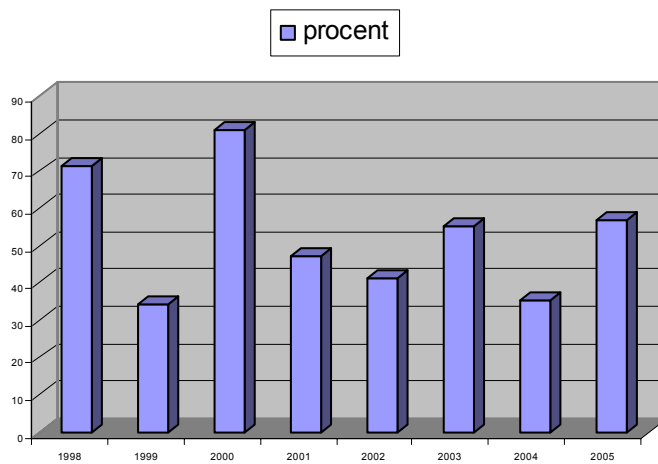
Tabel 11 - Hjerneskadecentret i forbindelse med erhvervsafklaring



Skal ses i relation til patienter, der tidligere var erhvervsaktive.

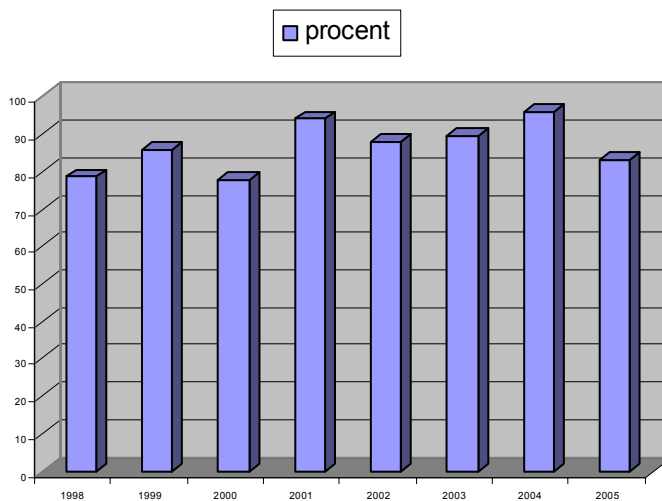
Bilag 1.6

Tabel 12 - Fysioterapeutisk behandling efter udskrivelse



Patienter, der har behov for vederlagsfri fysioterapi ved udskrivelsen.

Tabel 13 - Andre tiltag efter udskrivelse



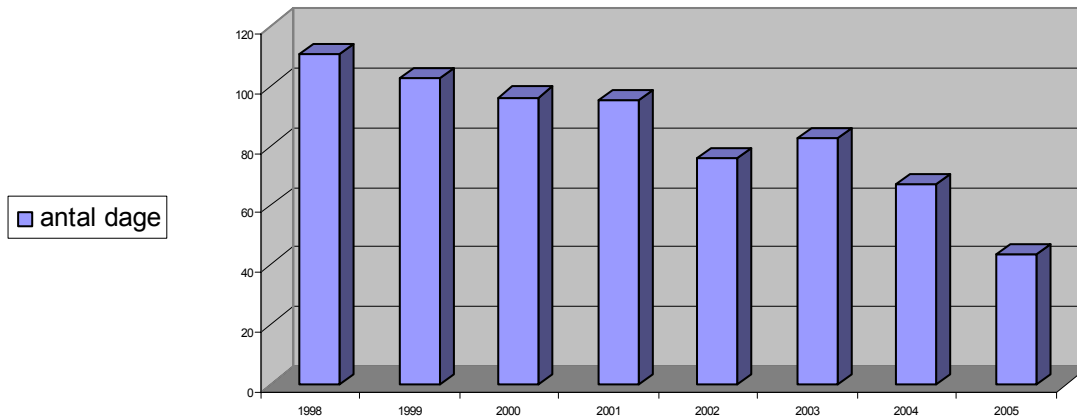
Andre tiltag kan være:

- Skoler for hjerneskadede
- Familiestøtte
- Patientforeninger
- Alkoholambulatorium
- Psykolog
- Transportordninger
- Ledsagere
- Motion/idræt
- Taletræning
- Lokalcentre
- Væresteder
- Handicapridning
- Højskole
- Div. fritidsaktiviteter med støtte

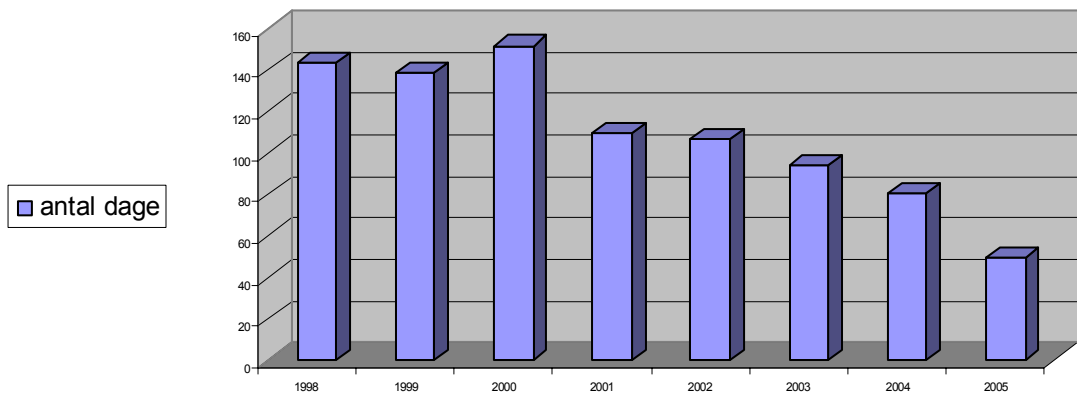
Bilag 1.7

Tabel 14 - Fra skade til indlæggelse på H20

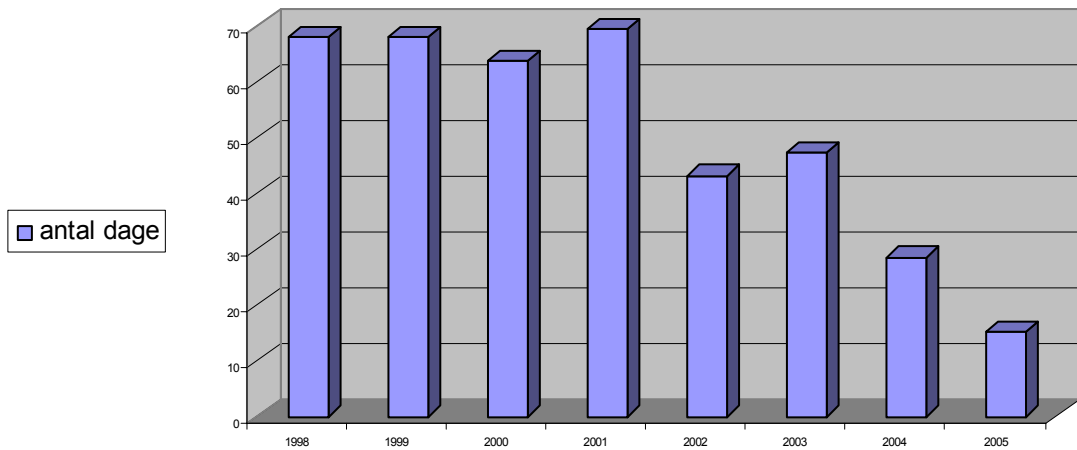
Gennemsnitlig antal dage fra skadestidspunkt til indlæggelse på H20 for alle patienter

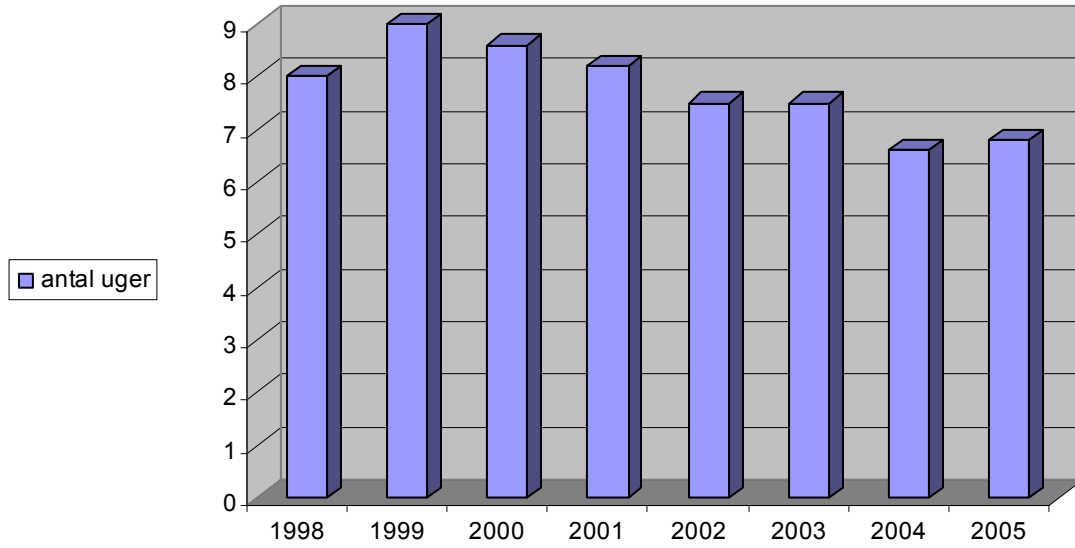


Antal dage fra skadestidspunkt til indlæggelse på H20, i de tilfælde hvor patienten først er indlagt på et af HN's øvrige afsnit (svært/moderat)



Gennemsnitlig antal dage fra skadestidspunkt til indlæggelse på H20 direkte fra akutafdeling



Bilag 1.8**Tabel 15 - Gennemsnitlig indlæggelsestid på H20**

2. Resumé af diverse rapporter vedr. rehabilitering i hjemmet, hjemmetræning og udadrettet hospital.

Initiativerne præsenteres kronologisk

Bilag 2.1 ”Rehabilitering i hjemmet gør en forskel”

Hvid M og projektgruppen, 2001. Projektet er et samarbejde mellem Lemvig og Thyborøn – Harboøre kommuner og Lemvig Sygehus, Ringkøbing Amt.

Målgruppe: Apopleksipatienter.

Deltagerne i projektet havde en gennemsnitsalder på 74 år, 3 % var i erhverv ved sygdomsdebut, 93 % var pensionister.

Formål: At undersøge om behandling på apopleksiafsnit kombineret med hjemmetræning, giver bedre resultater end behandling alene på apopleksiafsnit (traditionel behandling). Resultaterne sammenlignes med resultaterne som opnås på amerikanske højt specialiserede rehabiliteringsenheder.

Metode: Hjemmetræning under indlæggelse og efter udskrivelse. Fokus under træningen har været primær ADL, forflytninger, mobilitet (minimum 15 meter gang eller egen transport i kørestol), blære og tarmfunktion.

Projektteam: Ergo- og fysioterapeuter

Effekt mål: Andel af selvhjulpne patienter (selvhjulpne med primær ADL), patientens funktionelle og kognitive bedring under indlæggelsen og efter udskrivelsen (målt i FIM).

Resultat: Sammenlignet med den traditionelle behandling er andelen af selvhjulpne patienter i projektgruppen meget større, og på niveau med de amerikanske. Der er også større fremgang funktionelt og kognitivt under og efter indlæggelsen.

Sidegevinster: Større grad af kontinuitet, glidende overgang, mindre utryghed for patient og pårørende, færdigheder skal ikke overføres/genindlære i andre rammer ved udskrivelsen.

Pris: 100.000 per selvhjulpne patient som en engangsudgift. I gennemsnit 13 træningsseancer per patient – 8 under indlæggelsen og 5 efter.

Bilag 2.2 ”Hjemmetræning af sygehusindlagte patienter med apopleksi”.

Jepsen B, Ergoterapeut. Udviklingsprojekt 1999-2000, Sygehus Fyn Ringe.

Målgruppe: apopleksipatienter.

Deltagerne i projektet havde en gennemsnitsalder på 60 år, og en gennemsnitlig Barthel score på 10 (0-20).

Formål: At undersøge om det ville have en gunstig indflydelse på rehabiliteringsforløbet at tilbyde hjemmetræning som supplement til afdelingen sædvanlige behandlingstilbud, med hensyn til at målrette og individualisere behandlingen og optimere samarbejdet med patient, pårørende og kommunerne.

Desuden undersøges om hjemmetræning har indflydelse på traditionelle kvantitative mål for en rehabiliteringsafdeling produktivitet.

Metode: Hjemmetræning under indlæggelse – træningen vil hovedsagelig tage udgangspunkt i grundmotorik, ADL, instruktion, information og hjælpeforanstaltninger.

Projektteam: Ergo- og fysioterapeuter.

Effekt mål: Kvalitative -oplevelse af udskrivelse, livskvalitet, tværsektorielt samarbejde, tværfaglig og kompetence. Kvantitative – produktivitet fx indlæggelsestid, udskrivelse til plejehjem dødelighed, funktionsniveau.

Resultat: Undersøgelsen viser, at hvis en del af optræningen foregår i patientens hjem kan der opnås mærkbare resultater på de kvalitative områder. Foringet livskvalitet er en markant

og næsten konsekvent følge af apopleksi. Virkningen på livskvaliteten som helhed var ret beskeden.

På de kvantitative områder reduceres risikoen for at patienten udskrives til plejehjem. Der ses ingen forskel i indlæggelsestid, dødelighed og funktionsniveau.

Bilag 2.3 "Hjemmerehabilitering for apopleksipatienter".

Pedersen TJ, Henriksen IO, Implementeringsprojekt 2003-2004, Sygehus Fyn Svendborg.

Målgruppe: Nyopstået diagnosticeret apoplexia cerebri.

Deltagerne i projektet havde en gennemsnitsalder på 72 år.

Formål: At afprøve en model for hjemmerehabilitering baseret på udgående sygehusenhed, primært med fokus på organiseringen af et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde under og efter udskrivelsen.

Metode: Hjemmerehabilitering under indlæggelse og efter udskrivelse. Træningsindsatsen har handlet om grundmotorik, instruktion, hjælpemidler og ADL.

Projektteam: Overvejende ergo- og fysioterapeuter – sygepleje har deltaget i 3 % af hjemmerehabiliteringsbesøgene.

Resultater: Undersøgelsen har en del anbefalinger til en fremtidig organisering af hjemmerehabilitering, herunder at hjemmerehabiliteringen startes så tidligt som muligt, at der er tværfaglig enighed om, at patienten er egnet til hjemmerehabilitering, at hjemmerehabiliteringen er fleksibel, at alle faggrupper inddrages, god overlevering til det kommunale personale for at sikre kontinuiteten.

Omkostninger: 6000 kr. per patient. Gennemsnitlig 5 hjemmetræningsbesøg. Øgede hjemmehjælpsudgifter, tendens til fald i plejehjemsanbringelser. Ingen fald i indlæggelsesdage, men det har heller ikke været i fokus.

Bilag 2.4 "Hjemmetræning af patienter med apopleksi".

Larsen T, MTV- rapport, Sundhedsstyrelsen 2005

En systematisk litteratursøgning, hvor 6 udenlandske randomiserede hjemmetræningsforsøg analyseres. Litteraturstudiet suppleres med materiale fra hjemmetræningsforsøg på Lemvig sygehus og Sygehus Fyn Svendborg.

De enkelte forsøg med hjemmetræning taget hver for sig, er for små til at danne grundlag for evidensvurdering af hjemmetræningens effektivitet. Der er derfor udarbejdet en statistisk analyse på tværs af de enkelte forsøg, som beskriver mulige sandsynligheder.

Litteraturstudiet viser at hjemmetræning nedsætter indlæggelsestiden og reducerer død og institutionalisering. Der er også fundet positiv effekt i funktionsevnen, målt i Barthel Index ved udskrivelse og 3, 6 og 12 måneder efter udskrivelsen. Beregninger viser at ca. 50 % af kan have gavn af hjemmetræning – beregnet ud fra in- og eksklusionskriterier.

Økonomisk er der beregnet en forventet nettobesparelse på minimum 6000 kr. per patient. Hjemmetræning vurderes mere motiverende og lægger mindre op til institutionalisering.

Bilag 2.5 "Projekt Det Udgående Hospital".

Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S direktionen. Projektet er et implementeringsprojekt gennemført fra april 2004 og året ud.

Målgruppe: Patienter med apopleksi, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjerteinsufficiens. Patienter med langvarige og ofte kroniske sygdomme, typisk med gentagne indlæggelser. Apopleksipatienter der skal deltage i projektet skal have nået en Barthel score på 60 – middelsvær apopleksi.

Hvor mange patienter der kan være tale om, kan ikke bedømmes ud fra litteraturen, da det typisk er selekterede patienter der indgår i undersøgelserne. I Trondheim, hvor boligforhold, social struktur og plejemuligheder er sammenlignelige med danske forhold, kan 6 % af alle apopleksipatienter indgå i et program med tidlig hospitalsunderstøttet udskrivelse.

Formål: At optimere kvaliteten og effektiviteten af den samlede indsats overfor patienter med kroniske sygdomme.

Det er også et formål at patienterne vil opleve en smidigere overgang mellem hospital og eget hjem.

Metode: Gruppeundervisning af patienterne vedrørende deres egen sygdom inden udskrivelsen. Hjemmetræning med fokus på ADL 2-3 gange pr uge i alt 10-12 gange. Det anbefales fra arbejdsgruppen at der sideløbende sikres mulighed for behandling i daghospital. Hjemmetræning afsluttes ved 3 ens Barthel scores i to på hinanden følgende uger. Det anbefales desuden at Barthel-scores suppleres med individuel målsætning for behandlingsresultatet (*det vides ikke om de to foranstående anbefalinger følges*).

Projektteam: Læge, fysio- og ergoterapeut, talepædagog og plejegruppe.

Effektmål: Færre plejehjemsanbringelser og død, samt reduktion i antallet af genindlæggelser, færre sengedage, reducerede omkostninger.

Resultat: Projektet er gennemført, men det har ikke været muligt at finde frem til en evalueringsrapport.

Bilag 2.6 "Rehabilitering i eget hjem".

Fredens K. Ekstern evalueringsrapport af projekt udført af Hjerneskadeteamet Vejleffjord i perioden 2000-2002. Fire familier og fire jyske kommuner var inddraget i projektet.

Målgruppe: Voksne med erhvervet hjerneskade, som er udskrevet til eget hjem, og som har oplevet funktionsforstyrrelser i forhold til den daglige tilværelse, som er motiveret for genoptræning, og som ikke kan profitere af de eksisterende tilbud af forskellige grunde - fx manglende selvstændighed i forhold til primær ADL og lavt abstraktionsniveau, som besværliggør overføringserfaringer.

Formål: At analysere og beskrive det potentiale der er i patientens hjem og hjemkommune, og vurdere hvorledes det kan inddrages i rehabiliteringsprocessen, så man sætter en udvikling i gang, der kan fortsætte på hjemmets egne præmisser og initiativer.

Metode: Hjemmetræning med inddragelse af patient, pårørende, kommunal sagsbehandler og frontpersonale (personale der skal videreføre rehabiliteringen ude i kommunen).

Hjemmetræningen har omfattet et "helt" produkt – man har villet komme "rundt om hele familien" Produktet indeholdt følgende elementer:

- afdækning/udredning af skadesfølger med henblik på rehabiliteringsplan
- træningsforløb
- uddannelse af frontpersonale
- overlevering til kommunens sagsbehandler

Der er afsat 11 uger per familie.

Projektteam: Psykolog, fysio- og ergoterapeut, neuropædagog og socialrådgiver.

Resultat: Evalueringen har set på følgende:

- hvilken systematik har projektteamet udviklet
- hvilken tankegang og sprogbrug ligger bag projektteamets forsøg på at komme rundt om hele familien
- hvordan stemmer det overens med ICF
- hvilke pædagogiske overvejelser og læringssyn kan sikre sammenhæng mellem de tre ICF niveauer

- hvilken kompetenceudvikling skal man fremme, hvis det skal lykkedes både at fremme intensionerne i ICF- klassifikationen og sikre at projektteamet kan skabe et kollaborativt samarbejde.

Konklusionen er:

- at de anvendte undersøgelsesformer, undervisningsformer og samtaleformer tilsammen har mulighed for at komme ”rundt om hele familien”.
- at der er god overensstemmelse mellem undersøgelsesformerne og ICF
- at undervisningens indhold og form introducerer frontpersonalet til alle tre ICF niveauer
- at det er lykkedes projektteamet at få formidlet problemstillingen på alle tre ICF niveauer
- at det er lykkedes projektteamet at medinddrage frontpersonalet og kommunens sagsbehandler på en måde, der kan sikre overlevering.

Alt i alt - projektteamets arbejdsstrategi er velvalgt, men den fortsatte succes med rehabilitering i eget hjem efter overdragelsen vil afhænge af kommunens egen indre styrke på kompetenceområdet og dens evne til at møde nye udfordring.

Hvorvidt ovenstående lever videre vides ikke, og det anbefales, at det undersøges, om man på lokalt plan har fået den tilstrækkelige kompetenceudvikling, så der er sket en fortsat udvikling både i forhold til den konkrete patient og i forhold til vidensstyring i kommunen. Endvidere anbefales det, at gennemføre et projekt der kaster lys over ressourceomkostningerne i den projektbeskrevne arbejdsform sammenlignet med den eksisterende.

Bilag 2.7 ”Projekt hjemmetræning i Ribe Amt”

Ribe Amt, Sundhed – Kvalitet Og Udvikling. Projektet er et evidensbaseret udviklingsprojekt, gennemført af terapeuterne i Ribe Amts Geriatrike team (i forløbet ændret til Rehab Team). Marts 2002-februar 2003. Teamet er et tværfagligt ambulatorietilbud. Praksis var, at patienterne kom til terapeuterne i ambulatoriet.

Målgruppe: Nydiagnosticerede indenamts apopleksipatienter henvist af lægerne i Geriatrik team - en gruppe der ofte har store funktionstab, og har behov for langvarig støtte efterfølgende.

Formål: At bedre kvaliteten af apopleksipatienternes træningstilbud i Geriatrik Team ved at indføre hjemmetræningspraksis.

Formålet var også at evaluere kvaliteten ud fra et fagligt, et patient/pårørende og organisatorisk perspektiv.

Metode: Hjemmetræning. Minimum 25 % af kontakterne til patienten skal foregå i patientens vante omgivelser. Der trænes funktioner i relation til FIM målingerne.

Projektteam: Ergo- og fysioterapeuter.

Effekt mål: Bedre kvaliteten.

Resultater: Høj andel af selvhjulpne patienter (FIM) – 39,5 % sammenlignet med Lemvig og Tarm. Bedre kommunikation og styrket samarbejde med hjemmepleje og patient/pårørende. Patient og pårørende tager større ansvar for rehabiliteringen.

Bilag 2.8 ”Træning af patienter med apopleksi i eget hjem ved udgående terapeutteam fra Fredericia og Kolding Sygehuse og Brædstrup”

Horsted C, Hansen D, Tønning G mf. (alle repræsentanter fra de tre deltagende sygehuse). Projekt protokol. Projektet gennemføres fra august 2004 til og med juli 2005. Projektet er randomiseret.

Målgruppe: Apopleksipatienter fra Vejle Amt, der forventes udskrevet til eget hjem, og som kan transporteres siddende med max en hjælpeperson indenfor 1 måned efter indlæggelsen.

Formål: At undersøge overføringsværdien af træningen af dagligdagens funktioner ved træning på sygehus kombineret med hjemmetræning, sammenlignet med nuværende træning på sygehus.

Desuden ønskes en vurdering af de økonomiske konsekvenser af interventionen.

Metode: Hjemmetræning som supplement til træningen på sygehuset (minimum 3 gange, maksimum 8 gange), og hjemmetræning efter udskrivelsen (minimum 3 gange, maksimum 8 gange). Ved behov foretages traditionelt hjemmebesøg og supplerende træning på sygehus. Træningen vil hovedsagelig tage udgangspunkt i grundmotorik, ADL, instruktion, information og hjælpeforanstaltninger.

Projektteam: Ergo- og fysioterapeuter.

Effektmål: Ændringer i AMPS, omkostninger, helbredsrelateret livskvalitet – omregnet til kvalitetsjusterede leveår(QALY). Desuden ønskes en vurdering af hvilke patienter der profiterer bedst af træning i hjemmet – hvilke parametre har betydning for succes ved hjemmetræning.

Resultat: Foreligger ikke endnu.

3. Oversigt over sygdomsbegreber⁷

Sygdomsorienteret praksis	Situationsorienteret praksis	Samfundsorienteret praksis
Rettet imod: Den enkelte	Den enkelte	Grupper og populationer
Fokus: Sygdom, diagnoser, symptomer	Brugerens samlede situation	Sygdomsfremkaldende, forebyggende og sundhedsfremmende forhold
Mål: Forlænge liv	Livskvalitet	Sunde livsbetingelser
Intervention: Procedurer for hvordan patienter med bestemte sygdomme og problemer behandles Ex: styrketræning, balancetræning, kontrakturprofylakse	Et system af teoretiske og praktiske ressourcer til forståelse og støtte af det enkelte menneske i truede situationer Ex: ADL-aktiviteter, pårønderarbejde	Et system af teoretiske og praktiske ressourcer til forståelse og støtte af grupperes evt. truede situation og til sundhedsfremme Ex: sekundær forebyggelse af neurologiske sygdomme, foranstaltninger, der øger tilgængelighed
Ansvarlige: Læger, neuropsykologer, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, talepædagoger, m.v..	Praktiserende læger, psykologer sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere, pædagoger, m.v..	Læger, andre sundhedsprofessionelle og pædagoger, m.v..
Forudsætninger: Biomedicinsk tilgang	Humanistisk - samfundsvidenskabelig tilgang	Samfundsvidenskabelig tilgang, herunder en afklaring af grundlæggende værdiproblemer i samfundet, bl.a. det enkelte menneskes eget ansvar

⁷ Begreberne i tabellen er udviklet af Uffe Juul Jensen (fra Borg T (2002) Livsførelse i hverdagen under rehabilitering)

4 Ugeskemaer

4.1 Ugeskema fælles

NAVN: H20 fælles

Ad hoc grupper: have, ridning, værksted, interesse og behovsgrupper

Daglige opgaver: borddækning, oprydning efter måltiderne

Dagsansvarlig: sikre at der er ryddeligt i stue og køkken, borde tørret af og opvaskemaskinen tømt.

Dagsansvarlig:	Dagsansvarlig:	Dagsansvarlig:	Dagsansvarlig:	Dagsansvarlig:
MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
- 9.00 morgenmad	- 9.00 morgenmad	- 9.00 morgenmad	- 9.00 morgenmad	- 9.00 morgenmad
9.00 - 9.15 morgenmøde.	9.00 - 9.15 morgenmøde	9.00 - 9.15 morgenmøde u. personale	9.00 - 10.00 planlægningsmøde	9.00 - 9.15 morgenmøde
	9.15 - 10.15 Kognitiv gruppe (ergo)			9.15 - 10.15 Idræt (fys)
		11.00 - 12.00 Samtalegruppe (Neuropsyk. + ergo)		
12.00 - 12.30 frokost	12.00 - 12.30 frokost	12.00 - 12.30 varm mad	12.00 - 12.30 frokost	12.00 - 12.30 frokost
14.15 - 15.15 Norsk Sekvens (aftalt selv- træning)	14.00 - 15.00 Bassin (fys)	14.00 - 17.00 Tur ud af huset	14.00 - 15.30 ikke hver uge (undervisning ved neuropsyk, diætist, socialrådgiver)	Weekend
16.30 - Madgruppe	16.30 - Madgruppe		16.30 - Madgruppe	
17.45 - 18.30 varm mad	17.45 - 18.30 varm mad	17.45 - 18.30 kold mad	17.45 - 18.30 varm mad	
20.00 Fælles kaffe / velkomstkaffe	20.00 Fælles kaffe/ velkomstkaffe	20.00 Fælles kaffe / velkomstkaffe	20.00 Fælles kaffe / velkomstkaffe	

Alle patienter deltager i måltider (kaffe efter lyst og overskud) og møder. Deltagelse i andre grupper er ud fra behov og interesse/motivation.

4.2 Ugeskema Hans

Ikke planlagt tid er egen tid. Egen tid anvendes ofte til selvtræning, interessebetonede aktiviteter, rengøring af egen stue, socialt samvær mm.

Daglig støtte til kalender, praktiske opgaver, løbende sagsbehandling vedr. udskrivelse mm. er ikke altid programsat.

Uge 4

Dagsansvarlig

MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
8.00 - 9.00 morgenmad	8.00 - 9.00 morgenmad	8.00 - 9.00 morgenmad	8.00 - 9.00 morgenmad	8.00 - 9.00 morgenmad
9.00 - 9.15 morgenmøde.	9.00 - 9.15 morgenmøde	9.00 - 9.15 morgenmøde	9.00 - 10.00 planlægningsmøde	9.00 - 9.15 morgenmøde
9.15 - 10.00 Talepædagog	9.15 - 10.15 Kognitiv gruppe (ergo)	9.15 - 10.00 Ergo - kognitiv træning		9.15 - 10.15 Idræt (fys)
10.30 - 11.15 Fys - trafikikkerhed 11.45 - 12.00 Dække bord	10.30 - 11.30 Ergo - AMPS test	10.30 - 11.00 Socialrådgiver 11.00 - 12.00 Samtalegruppe (Neuropsyk. + ergo)	10.15 - Neuropsykolog	11.00 - 12.00 Møde med Amt og Kommune
12.00 - 12.30 frokost	12.00 - 12.30 frokost	12.00 - 12.30 varm mad	12.00 - 12.30 frokost	12.00 - 12.30 frokost
Hvil				
14.15 - 15.15 Norsk Sekvens (aftalt selvtræning)	14.00 - 15.00 Bassin (fys)	14.00 - 17.00 Tur ud af huset	14.00 - 15.30 ikke hver uge (undervisning ved neuropsyk, diætist, socialrådgiver)	Weekend
15.30 - 16.15 Sygepleje - medicin			16.30 - Madgruppe	
17.45 - 18.30 varm mad	17.45 - 18.30 varm mad	17.45 - 18.30 kold mad	17.45 - 18.30 varm mad	
	Velskomstkaffe	19.00-20.00 Fys-behandling		

5 Kontaktpersonens opgaver

Definition:

Kontaktpersonen repræsenterer teamet i forhold til patient og pårørende og andre samarbejdsparter

Formål

At skabe kontinuitet i den enkelte patients rehabiliteringsforløb under indlæggelse på HN og udskrivelsen til fase 3.

Struktur

- Kontaktpersonen vælges i teamet blandt fysioterapeut, ergoterapeut og sygeplejerske.

Handlinger

- Kontaktpersonen er ansvarlig for følgende punkter, og kan uddelegere arbejdsopgaver til øvrige teammedlemmer:
 - Indlæggelse:
 - Deltage i interne møder før overflytning fra andet HN afsnit.
 - Aftale tidspunkt for overflytning.
 - Aftale hvem fra teamet der tager imod patienten, og deltager ved indlæggelsessamtalen.
 - Forberedelse af patientens ankomst herunder:
 - tjekke værelsets inventar og sikre nødvendige hjælpemidler.
 - navneskilt til døren.
 - Information til de øvrige patienter m.h.t. en ny patients ankomst.
 - Oprette interne arbejdsopgaver.
 - Efter patientens ankomst:
 - introduktion til afsnittet (se under introduktion til afsnittet 1.-2. døgn)
 - mødeledelse ved indlæggelsessamtalen
 - sikre at nødvendige informationer videregives til det øvrige personale på H20 – fx særlige behov for hjælp, behov for rengøring, kostrestriktioner, særlige tilgange/støttebehov til patienten m.m.
 - kontakte talepædagog, neuropsykolog og socialrådgiver ved behov
 - udlevere et armbånd med patientdata på til patienten
 - udlevere kontaktkort til patienten, hvor H10's tlf.-nr. er påført
 - Udarbejdelse af rehabiliteringsplan i samarbejde med patienten, og løbende evaluere den.
 - Fastlæggelse af dato for 1. FIM-score, og ved udskrivelse.
 - Gennemgang af patienten på teammøder og ved tværfagligkonference.
 - Planlægge og indkalde til møder med patient, pårørende og eksterne samarbejdspartnere herunder:
 - udarbejde udførlig dagsorden ud fra mødeindkaldelsen
 - reservere mødelokale
 - aftale mødeledelse og referent
 - at udfærdige et referat som sættes i journal og sendes til relevante deltagere fra mødet.
 - at der forud for mødet afsøges muligheder for videre behandling, aktiviteter m.v. i hjemkommunen
 - ansvarlig for udarbejdelse, gennemgang og videresendelse af foreløbig udskrivningsstatus
 - Arbejdsopgaver vedrørende patienten
 - sikre at teamet arbejder mod de aftalte mål gennem relevante aktiviteter
 - gennemgang af patienten ved teammøde og ved tværfaglig konference
 - uddelegering af opgaver i teamet
 - at vigtige informationer/konklusioner formidles/skrives på whiteboard, i journalen, interne arbejdsopgaver, skrive i fælles kalender

- at tilbagemelding fra det øvrige personale inddrages i behandlings-tiltagene
 - at følge op på situationer, der opstår i gruppen og som ikke kan bearbejdes/afsluttes i situationen – indsigt, adfærd, kommunikation, fleksibilitet, samarbejde osv.
 - at koordinere og sikre inddragelse af talepædagog, neuropsykolog, socialrådgiver og læge ved behov fx i forbindelse med bolig, arbejde, økonomi, sproglige vanskeligheder, neuropsykologiske problemstillinger, lægefaglige problemer (henvisninger til røntgen, CT-skanning, øjenlæge, hudlæge m.v.)
 - at lægefaglige spørgsmål skrives på til ”stuegang” og dagsorden for møde i det store team
 - sikre bestilling af transport til undersøgelser
 - afklare transport med patienten og de pårørende til weekender
 - udarbejde ugeskema på patienten
- Udskrivelse:
 - Tidligt i forløbet at få igangsat arbejdsopgaverne i forbindelse med udskrivelsen fx hjemmebesøg, bostøtte, afsøge træningsmuligheder, arbejdsprøvning, hjælpemiddelansøgning/medicin ansøgning, kontakte hjemmeplejen etc.
 - At der ligger en samlet handleplan ved udskrivelsen og at der ved behov foreligger aftale om fremtidige kontaktperson/koordinator
 - Opstart af udskrivningsstatus
 - Udarbejdelse af fælles konklusion, patientens egen vurdering og at udskrivningsstatus gennemgås med patienten og sendes til de relevante samarbejdsparter
 - Sikre at apopleksidatabaseskema og brugerundersøgelse bliver udfyldt
 - Sikre at FIM – scoren bliver udfyldt
 - Lave skriftlig evaluering af rehabiliteringsplanen

6 Introduktion til afsnittet

Formål

At patienten lærer afsnittet at kende og kan finde rundt

At patienten bliver bekendt med afsnittets rutiner og regler

At patienten får kendskab til teamet og medpatienter

Struktur

- Introduktionen foregår i løbet af den første dag, når patienten er ankommet og varer 1 time
- Deltagere: patient, evt. pårørende og kontaktperson

Handlinger

- Indhold af introduktion:
 - Rundvisning på afsnittet
 - Adgangsforholdene til afsnittet
 - Kontorer og fællesarealer
 - Vise nødudgange (ikke bruge elevator ved brand), vise brandslukker, slanger, pulverlukker

- Gennemgang af køkkenets inventar
- Gennemgå fælles planlægningstavle – afklare behov for kalender? Ugeskema?
- Beskrive grupperne kort, afklare hvilke grupper patienten vil deltage i (samtalegruppe, kognitiv gruppe, bassin, Multisal, tur ud af huset, Norsk sekvens)
- Rundvisning på det øvrige hospital ved behov – evt. den følgende dag
- Vise de vigtigste steder i byen ved behov de følgende dage

- Gennemgå afsnittets døgnrytme – oppe inden kl. 9.00 og have spist morgenmad, morgenmøde, træning, middagsmad, træning, kaffe/the efter behov, aftensmad
- Alle hjælpes ad med de praktiske opgaver omkring køkkenet, laver mad, stille frokost an
- Dagsansvarlig
- Træning – individuelt, grupper og selvtræning/egen tid
- 2 gange individuelt træning ved fys. og ergo. om ugen
- pt. opfordres til at tage hjem i weekender, kan være på afsnittet – klare sig selv, selv sørge for transport, af sted efter frokost fredag, tilbage søndag aften eller mandag morgen
- nøgle udleveres - herunder kvittering på ark, låse egen dør når stuen forlades, nøgle passer til yderdøren v. blå tårn, yderdøren låses ca. 22.00
- afklaring om patienten selv har egen mobiltelefon med ellers låne en af personalet (selv anskaffe taletidskort)
- information til brandprocedure
 - røgalarm på de enkelte stuer – aktiveres denne direkte besked til brandvæsenet
 - vække medpatienter og komme væk/ud af fra bygningen
 - minus levende lys
- procedure ved tilkaldelse af hjælp i dagtimerne H20, aften, nat og weekender H10 – tryk på røde knappe
- gennemgang af stuens inventar – mangler der hjælpemidler?, ekstra puder osv.
- orientering om aktuel madordning
- pårørende – deltagelse i hverdag, overnatning, spise med, deltagelse i møder
- regler om alkohol, medicin og rygning
- ordensregler – almene hensyn til medpatienter, omgangstone, orden på fællesarealerne
- præsentation af øvrige patienter ved førstkommende måltid
- give patienten et armbånd på med patientdata
- udlevere kontaktkort til patienten, hvor H10's tlf.nr. er påført
- Forsikring af ejendele skal dækkes af egen husstandsforsikring
- Private ejendele som skal/kan medbringes

7 Det monofaglige i de tværfaglige tilbud

Ergoterapeutens monofaglige bidrag til det tværfaglige arbejde

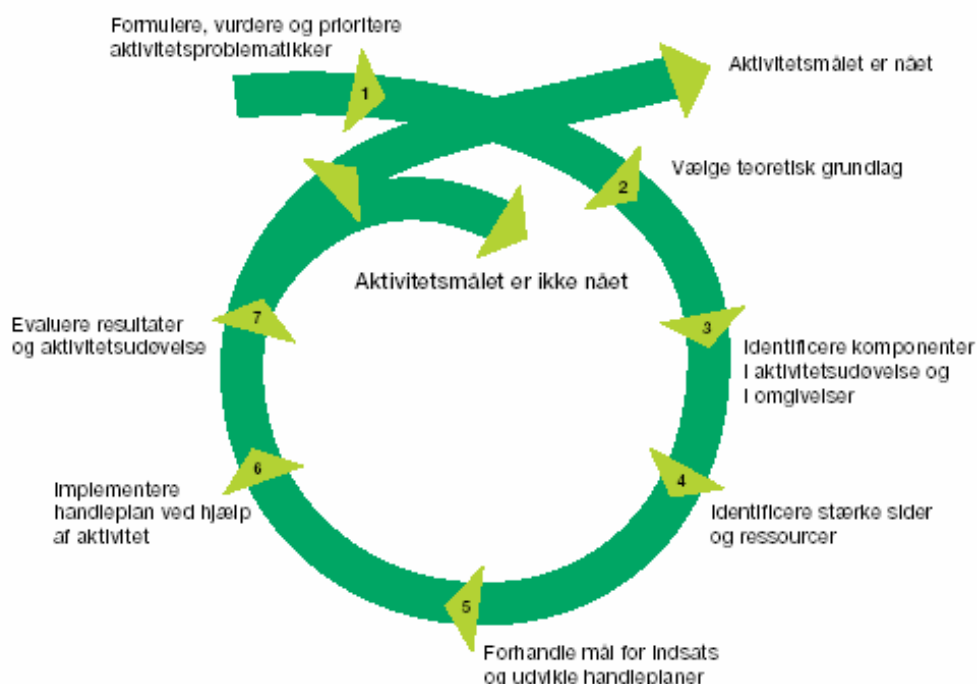
1) Ergoterapeutens faglige kerneområde og fokus

Ergoterapeutens faglige kerneområde på H20 er patientens aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Udgangspunktet er en klientcentreret tilgang. I arbejdet indgår graduering og tilpasning af aktiviteter og omgivelser. Målet med behandlingen er, at patienten – set i eget perspektiv - mestrer sit hverdagsliv i fællesskab med andre bedst muligt.

2) Arbejdsprocesmodel

Som arbejdsprocesmodel for den ergoterapeutiske ræsonnering anvendes OPPM (Occupational Performance Process Model, kilde nr. 2), som illustrerer en klientorienteret samarbejdsproces, hvor der lægges op til et ligeværdigt samarbejde i såvel udrednings- som behandlingsfasen.

Modellen beskriver en systematisk proces i forhold til informationsindsamling, mål for indsatsen, udvikling og implementering af handleplaner, fortløbende evaluering af aktivitetsproblematikker samt valg af teoretisk tilgang. Modellen beskriver en spiralformet arbejdsproces, hvor der løbende analyseres, vurderes og iværksættes nye handleplaner, der modsvarer patientens funktionsniveau på det pågældende tidspunkt i neurorehabiliteringsprocessen.



3) Udredning og undersøgelser

Interview med henblik på afdækning af patientens egen opfattelse af aktivitetsproblemer med baggrund i patientens vaner, kulturelle baggrund, interesser, værdisæt, roller og selvfølelse. Dette suppleres med udsagn fra de pårørende. Ud fra dette afklares, i samarbejde med patienten, formålet med og indholdet af den ergoterapeutiske intervention.

Gennem aktiviteter, der er meningsfulde for patienten på det aktuelle tidspunkt i rehabiliteringsprocessen, vurderes og analyseres patientens funktionsniveau.

Her anvendes aktivitetsanalyse, dvs. observationerne og vurderingerne af patientens fysiske, psykiske, kognitive og sociale ressourcer relateres til aktivitetens og omgivelsernes krav og muligheder. Ud fra patientens behov gradueres og tilpasses aktiviteten og omgivelserne. Ergoterapeuten har særligt fokus på patientens kognitive funktionsniveau.

Herudover arbejdes der yderligere med en række undersøgelser, der alle har til hensigt at danne overblik over patientens styrker og vanskeligheder på det aktuelle tidspunkt.

Nogle få er screeningsredskaber, hvilket er vigtigt at formidle til patienten, da den direkte relevans kan være svær at se uden en forklaring om formålet.

Udover de allerede nævnte undersøgelsesmetoder (interview og aktivitetsanalyse) anvendes efter individuel vurdering:

- AMPS
- A-ONE
- COPM
- Sensomotorisk undersøgelse
- FOTT-undersøgelse
- CT-50
- Rivermead Behavioral Memory Test
- Pakke-test

4) *Intervention.*

Ergoterapi hviler på følgende idegrundlag:

- at mennesker udvikler sig psykisk, fysisk og socialt gennem hele livet ved aktivitet og handling og samspil med omgivelserne.
- at mennesket gennem aktivitet og arbejde udvikler perceptuelle, intellektuelle, motoriske og kreative evner og færdigheder som forudsætninger for at klare de daglige aktiviteter.
- at arten og sammensætningen af aktivitet og arbejde har betydning for sundhed og livskvalitet.
- at sygdom, handicap, traumer, sociale problemer, belastende arbejds- og nærmiljø kan medføre, at menneskets nødvendige og udviklende hverdagsaktiviteter begrænses eller trues.
- at mennesket kan bedre sin sundhedstilstand og livskvalitet igennem styrkelse, vedligeholdelse eller genetablering af sine hverdagsaktiviteter.

Patientbehandlingen iværksættes og gradueres, ud fra analysen og vurderingen af undersøgelser og observationer, så den udfordrer patientens aktivitetsformåen. Der tages udgangspunkt i aktiviteter, der er nødvendige, meningsfulde og motiverende for patienten. Indsatsen målrettes så den tilgodeser patientens specifikke behandlingsbehov.

Den ergoterapeutiske indsats finder sted individuelt og i grupper.

Der arbejdes såvel med udfaldsorienterede som kompenserende tilgange i behandlingen, med henblik på at øge patientens evne til at mestre hverdagslivet bedst muligt. Træningen sker så vidt muligt i naturlige omgivelser, er aktivitetsorienteret, varieret, og vægter at patienten selv er aktivt problemløsende. Alt sammen med henblik på at patienten kan anvende de indlærte færdigheder i forskellige sammenhænge og forskellige miljøer.

Træningen kan foregå på H20 eller i hjemlige omgivelser, når det skønnes nødvendigt. Enten for at sikre at allerede indlærte kompetencer kan anvendes i de hjemlige omgivelser, eller fordi patienten i visse tilfælde har brug for at afprøve eller lære afgrænsede opgaver i sit eget, kendte miljø.

Som tidligere nævnt har ergoterapeuten særligt fokus på det kognitive område. Det drejer sig bl.a. om opmærksomhed, koncentration, hukommelse, initiativ, overblik og struktureringsevne. Indenfor arbejdet med de kognitive problematikker fylder især erkendelses- og indsigtspromatikken meget. Det er for mange patienter både vanskeligt og meget abstrakt at forestille sig, hvilken indflydelse de kognitive vanskeligheder har i hverdagslivet. Arbejdet med de dagligdags aktiviteter, individuelt og sammen med andre, er en meget konkret mulighed for patienten for at gøre sig erfaringer med dette. Indsigt og erkendelse handler ikke kun om problemer, det er lige så vigtigt at intakte funktioner og fremskridt fremhæves, dette også for at hjælpe patienten med at fastholde motivationen. Således bliver den fælles, opfølgende evaluering af erfaringerne gen-

nem aktiviteterne en væsentlig del af den ergoterapeutiske intervention. Der er mange faktorer der skal inddrages, for at forudsætningerne for et vellykket arbejde på dette felt er til stede. Dette er nærmere beskrevet under det tværfaglige samarbejde i kapitel 10.

Ergoterapeuten intervenserer gennem følgende:

- Afprøvning af og træning i dagligdags aktiviteter, fx:
 - Tilrettelæggelse af dags-/ugeprogram (kalender, huskesedler, dagbog)
 - Indkøb (udarbejde indkøbsliste, orientering i butikken, betaling, transport af varer)
 - Rengøring (afprøve hjælpemidler eller kompensatoriske teknikker)
 - Madlavning (udarbejde tjeklister eller anvende opskrifter, kunne håndtere hygiejne og sikkerhed)
 - Regnskab (afprøve regnefærdigheder, udarbejde månedsbudget)
 - Kommunikationsevne (telefonere, henvende sig til kendte som ukendte personer, læse, skrive, se TV)
 - Computerarbejde (sende og læse mails, hente informationer på nettet, skrive breve)
 - Værkstedarbejde (håndværksmæssige og kreative aktiviteter)
 - Færdsel i trafikken (primært fokus på kognitive formåen såsom planlægning af rejse, orienteringsevne, sikkerhed og udtrætning)
 - Fritidsaktiviteter og interesser (undersøge om man kan genoptage kendte og /eller introducere og iværksætte nye).

I alle aktiviteter vurderes patientens effektivitet, anstrengelsesgrad, sikkerhed, og selvstændighed. Desuden er der, i den individuelle behandling og i patientens samvær og samarbejde med andre, fokus på de psykosociale færdigheder.

- Samtale med forskelligt fokus, eksempelvis:
 - Motiverende, inspirerende
 - Støttende, med udgangspunkt i, og med respekt for, patientens aktuelle og tidligere livssituation (sorg/krise).
 - Bevidstgørende i forbindelse med erfaringerne via behandlingen (succesoplevelser/indsigt/erkendelse/nyorientering).
- Specifik træning af kognitive vanskeligheder via
 - ”skrivebordsopgaver” (fx opgaver der retter sig mod visuoperceptuelle vanskeligheder, hukommelse, overblik, struktureringsevne og abstraktionsevne).
 - computer (træningsprogrammer, og problemløsningsopgaver hvor internettet bruges).
- Afdækning og behandling ved spise-synkeproblemer.
- Instruktion i og opfølgning på selvtræningsprogrammer, f.eks håndøvelser, ansigtsøvelser, computertræningsprogrammer,
- Afprøvning af arbejdslignende funktioner. Forudgående laves i samarbejde med patienten en analyse af arbejdsfunktionerne og de krav der ligger der i. Disse sammenholdes med de nuværende ressourcer og vanskeligheder. Der afprøves delelementer. I enkelte tilfælde kan det blive aktuelt med besøg og/eller afprøvning på arbejdspladsen.
- Afprøvning og tilpasning af hjælpemidler, samt ansøgning om disse.
- Vurdering af behov for boligændringer og ansøgning om disse.
- Mundtlig og skriftlig formidling til patient, pårørende, interne og eksterne samarbejdspartnere med hensyn til strategier og støtteforanstaltninger i forhold til patientens aktuelle ressourcer og behov. Når det skønnes relevant, kan formidlingen foregå i hjemmet eller på andre institutioner.

5) Teoretiske referencer

- Ergoterapeutiske aktivitetsteorier.

- Neuroanatomi og -fysiologi.
- Neuropsykologi og almen psykologi.
- Neurologi.
- Neuropædagogik
- Sygdomslære
- Affolter, Bobath og Coombes koncepterne

Referencer til beskrivelse af ergoterapeutens indsats på H20

- 1) Tove Borg, Ulla Runge og Jytte Tjørnov.(2003), ”Basisbog i ergoterapi”. Munksgaard Danmark.
- 2) OPPM, s.228-231.
- 3) Ræsonnering i praksis 235- 243.
- 4) Crepeau, aktivitetsanalyse s. 243-245.
- 5) Undersøgelsesmetoder og – redskaber med aktivitet og deltagelse i fokus. s.249-270.
- 6) Fagprofiler s.186-187.
- 7) Elizabeth Townsend m.fl.(2002) ”Fremme af menneskelig aktivitet”. FADL’s forlag.
- 8) Hanne Kaae Kristensen og Grethe Egmont Nielsen (2003) ” Ergoterapi og hjerneskade”, FADL’s forlag.
- 9) Anne Fisher. (2003). “AMPS “ Three Star press, Inc.
- 10) Gudrún Árnadóttir.(1990). ”The Brain and Behavior.” The C.V. Mosby Company.
- 11) Jytte Tjørnov. (2000). ”Ergoterapeuters ræsonnering i praksis: Substansen i de faglige vurderinger”. Ergoterapeuten nr.5.
- 12) Jytte Tjørnov. (2000). ”Ergoterapeuters ræsonnering i praksis: Aktiviteters særlige rolle”. Ergoterapeuten nr.13.
- 13) Gunnar Schiøler og Tóra Dahl (2005). ”ICF” Munksgaard Danmark.
- 14) Susanne Fortmeier og Gitte Thanning. (1994) ”Set med patientens øjne”. FADL’s Forlag. s.13-19. og s.213-236.
- 15) Kjeld Fredens (2004). ”Mennesket i hjernen”. Systime Academic
- 16) Hammel Neurocenter/praksisvejledere (2004). ”Ergoterapeutiske kerneydelser på Hammel Neurocenter”.
- 17) Hammel Neurocenters forløbsbeskrivelse (2004). ”Ergoterapeutens rolle i det tværfaglige team”.
- 18) Hammel Neurocenter. (1998) ” Funktionsbeskrivelse for ergoterapeuter”.
- 19) Hammel Neurocenter/ Ergoterapi på afsnit for svært skadede patienter. (2004) ”Aktivitet og deltagelse i ergoterapeutisk arbejde.
- 20) Johan Cullberg (1994). ”Dynamisk Psykiatri”. Hans Reitzels Forlag s.37-46.
- 21) Marianne Davidsen-Nielsen og Nini Leick (1995). ”Den nødvendige smerte”. Munksgaard, København.
- 22) Annette Kjærsgaard.(2005). ”Ansigt, mund og svælg”. FADL’s Forlag.

Fysioterapeutens monofaglige bidrag til det tværfaglige arbejde

1) Fysioterapeutens faglige kerneområde og fokus

Fysioterapeutens faglige kerneområde på H20 er menneskets bevægelse og kropslige udfoldelse. Med udgangspunkt i dette vurderes og afprøves muligheder for aktiviteter og deltagelse samt tilpasning af omgivelser, med henblik på at den enkelte patient opnår størst mulig selvstændighed i hverdagslivet.

2) Arbejdsprocesmodel

Der arbejdes med en problemsløsende tilgang til undersøgelse og behandling, hvor patientens vanskeligheder og ressourcer afdækkes i den "Kliniske ræsonneringsproces", som er spiralformet.

Fysioterapeuten vurderer, opstiller hypoteser og afprøver tilgang ud fra informationsindsamling. Undervejs i behandlingen kan opstå nye problemstillinger. Disse analyseres og vurderes i samarbejde med patienten, og interventionen i forhold hertil integreres i den videre behandling.



Figuren 7 - Udarbejdet af de fysioterapeutiske praksisvejledere på HN i 2005 bl.a. på baggrund af Hans Kromann Knudsens artikel "Klinisk ræsonnering og beslutning i manuel terapi", MT-nyt nr. 2 1997 samt praksis.

3) Udredning og undersøgelser

Samtale og observation:

- Patientens egne udsagn er udgangspunkt for observation og undersøgelse
- Patienten observeres og analyseres funktionelt i hverdagslivsaktiviteter og gruppesammenhænge med fokus på handlekompetencer, selvansvar og initiativ. Der tages udgangspunkt i patientens fysiske, psykiske, sociale og kognitive ressourcer og problemfelter.
- Specielt interesserer fysioterapeuten sig for patientens grundlæggende motoriske funktioner samt tidligere motions- og idrætserfaringer, vaner og interesser.

Fysioterapeuten udvælger efter behov specifikke undersøgelser fx:

- Selektiv bevægelses kvalitet - rytme, tempo, koordination
- Balance
- Tonus
- Muskelstyrke og udholdenhed
- Kondition
- Ledbevægelighed
- Smerte
- Sensorisk information
- Inspektion og palpation
- Respiration

Specifikke test:

- Et punkts test på cykel – Åstrand/ submaksimal konditionstest
- Bergs Balancetest
- 10 meters gangtest
- Harvard steptest – konditionstest

4) Intervention

I den fysioterapeutiske intervention tages udgangspunkt i samarbejdet mellem patient og terapeut og evt. de pårørende.

Den fysioterapeutiske indsats finder sted individuelt og i grupper, og der arbejdes med såvel en udfaldsorienteret som en kompenserende tilgang.

Træningen kan foregå på H2O eller i hjemlige omgivelser, når det skønnes nødvendigt. Enten for at sikre at allerede indlærte færdigheder kan anvendes i de hjemlige omgivelser, eller fordi patienten i visse tilfælde har brug for at afprøve eller lære afgrænsede opgaver i sit eget kendte miljø.

Meget tidligt i forløbet afklares hvilke træningsaktiviteter patienten kan/eller hurtigt kan komme til at varetage selvstændigt. Dette prioriteres bevidst for hurtigst muligt at give patienten mulighed for aktivt at tage del i egen rehabiliteringsproces og vi kan som terapeuter fokusere vores indsats på mere specifikke områder.

Patienten deltager desuden aktivt i udvælgelsen af meningsfulde og motiverende bevægelsesaktiviteter helst i naturlige omgivelser. Terapeuten graduerer sin støtte ud fra patientens respons og trækker sig tilbage i takt med at han overtager ansvaret for egen læring (rum og muligheder).

Med udgangspunkt i patientens tidligere bevægelseserfaringer er hensigten, at inspirere ham til at leve et aktivt liv i bevægelse med de muligheder og begrænsninger, der er aktuelle efter hjerneskaden. Herunder at informere om vigtigheden af at være fysisk aktiv efter en hjerneskade (sekundær profylakse).

Fysioterapeuten skaber rammer for, at patienten kan eksperimentere med egne handlestrategier og evner, og støtter hermed patienten til at anvende en problembaseret tilgang i aktivitet og deltagelse. Samlet vil dette medføre en bredspektret bevægelseserfaring, som kan skabe mulighed for bedret kropsopfattelse og selvopfattelse og derved give den enkelte mere mod på og flere redskaber til at løse nye opgaver også i andre sammenhænge (Kissow og Pallesen, 2004).

Psykosomatikken som en forståelse af, at krop og psyke hænger sammen anvendes til at bevidstgøre patienterne om, at kropslige symptomer i nogle tilfælde kan have relation til deres aktuelle og tidligere psykiske tilstand. At de fx kan være anspændte, ømme i nakkemusklerner og have hovedpine i pressede situationer.

Der arbejdes med at påvirke mentale processer via fysiske aktiviteter – fx kan en travetur med samtale undervejs hjælpe på humøret og følelsen af overskud; samt med påvirkning af den fysiske tilstand via mental træning – fx afspænding.

Kropsbevidsthed forstås som kroppens bevidsthed om sig selv, eller der hvor kroppen tænker og handler af sig selv. Kropsbevidsthedstræning er en selvfølgelig del af de fleste bevægelsesaktiviteter, men kan også anvendes mere direkte - fx grounding, kropsafgrænsning samt når der reflekteres over bevægelsesaktiviteter.

I behandlingen arbejdes der med samspillet mellem handling og kognition eller ”krop” og ”tænkning”, hvor vi blandt andet arbejder med begreberne neuromotorik og psykomotorik.

Neuromotorik er motoriske færdigheder som i høj grad bygger på medfødte strategier i hjerne-stammen. Nøgleord er stabilitet og mobilitet.

Psykomotorik er en højere kognitiv funktion, hvor vi tilpasser vore handlinger og allerede tillærte færdigheder til hverdagens krav i en verden som er i konstant forandring. Nøgleord er fleksibilitet (Fredens, 2004).

En meget vigtig del af den fysioterapeutiske indsats på H20 er den helhedsorienterede tilgang, hvor vi løbende både i forbindelse med fysisk aktivitet og i almindelige samtalsituationer støtter patienten i forhold til erkendelses- og indsigtsproblematikker generelt. Hvilke mulige konsekvenser vil patientens eventuelle fysiske, psykiske, kognitive og sociale vanskeligheder få i hans fremtidige liv. Desuden benyttes den individuelle kontakt ofte til at støtte patienterne i deres bearbejdning af sorg og krise.

Konkrete tiltag som udvælges efter behov:

- Øge kondition og mental udholdenhed
- Øge muskelstyrke og -udholdenhed
- Opretholde og øge bevægeligheden muskulært og mobilisere nervevævet
- Bedre balance, koordination og rytme
- Læring af motorisk kontrol (stabilitet, mobilitet og fleksibilitet), herunder at normalisere tonusforhold
- Smertebehandling
- Afprøve og gennemføre afspænding og kropsbevidsthedstræning, herunder direkte og indirekte respirationsøvelser
- Udforme, afprøve og indøve selvtræningsprogrammer fx Norsk sekvens styrketræning, specifikke fysiske øvelsesprogrammer, afspænding, gå- og evt. cykelture
- Krisebearbejdning og bearbejdning af nye roller
- Træning af diverse kognitive udfald med udgangspunkt i fysiske aktiviteter
- Indsigtsbearbejdning igennem kropslige aktiviteter og samtale/reflektion
- Vurdere behov for, afprøve og indøve brug af mobilitets- og transporthjælpemidler
- Afprøve offentlige transportmidler – regional og bybus, tog
- Afprøve og forskellige motions og idrætsaktiviteter – gå, løb, cykle, stavgang, rulle-skøjter, sekvens styrketræning, forskellige boldspil, svømmehal, badminton, bordtennis, golf, tennis, dans – formidle kontakt til motionscentre og foreninger med idrætstilbud i dagtimerne
- Afprøve forskellige handicapidræt som fx ridning og varmtvandsbassin, herunder at formidle kontakt til fremtidige træningssteder og Dansk Handicapidrætsforbund
- Kontakt til kommunale og privatpraktiserende fysioterapeuter

- Hjemmetræning og -besøg
- Mundtlig og skriftlig formidling til patient, pårørende, interne og eksterne samarbejdspartnere.

5) Teoretiske referencer

- Træningslære og træningsfysiologi.
- Bevægevidenskabs teorier..
- Neuropædagogik og neuropsykologi.
- Almenpsykologiske teorier herunder psykosomatiske teorier og sorg/krise teori.
- Neuroanatomi og neurofysiologi.
- Affolter koncepterne.
- Bobath koncepterne.

6) Referencer til beskrivelse af fysioterapeutens indsats på H20

- 1) Kissow, Merete og Pallesen, Hanne (2004) *Mennesket i bevægelse*. FADL's forlag
- 2) Fredens, Keld (2004) *Mennesket i hjernen*. Grundbog i neuropædagogik. Systime Academic
- 3) Hans Kromann Knudsen: Klinisk ressonering og beslutning i manuel terapi. MT-nyt 2, 1997
- 4) Hammel Neurocenter v. praksisvejlederne (2004) "Fysioterapeutiske kerneydelser på Hammel Neurocenter"
- 5) Hammel Neurocenters forløbsbeskrivelse (2004) "Fysioterapeutens rolle i det tværfaglige team"
- 6) Fysioterapeutens opgaver, Koncept for Hammel Neurocenter afsnit H4, 2000
- 7) ICF- Den danske Vejledning og eksempler

Sygeplejerskens monofaglige bidrag til det tværfaglige arbejde

1. Sygeplejerskens faglige kerneområde og fokus

Sygeplejerskens fagkerne på H20 er at imødekomme patientens grundlæggende behov. Det er sygeplejerskens opgave at hjælpe patienten med at imødekomme opfyldelse af basale behov, hvor patienten ikke selv har den fornødne styrke, initiativ eller viden.

Neurosygeplejerskens sygepleje retter sig mod patientens neurologiske sygdom og konsekvenserne heraf samt patientens og de pårørendes oplevelse af sygdommen.

Neurosygeplejersken medvirker til neurorehabilitering af patienten i forhold til kroppens funktioner og anatomi, aktivitet, deltagelse, omgivelsernes og personlige faktorer.

2. Arbejdsprocesmodel

- Sygeplejeprocesen
 - Vurdering:
 - dataindsamling (VIPS modellen)
 - analyse og fortolkning
 - problemformulering
 - Planlægning:
 - prioritering af problemer
 - mål for sygeplejen
 - valg af handling

Udførelse:

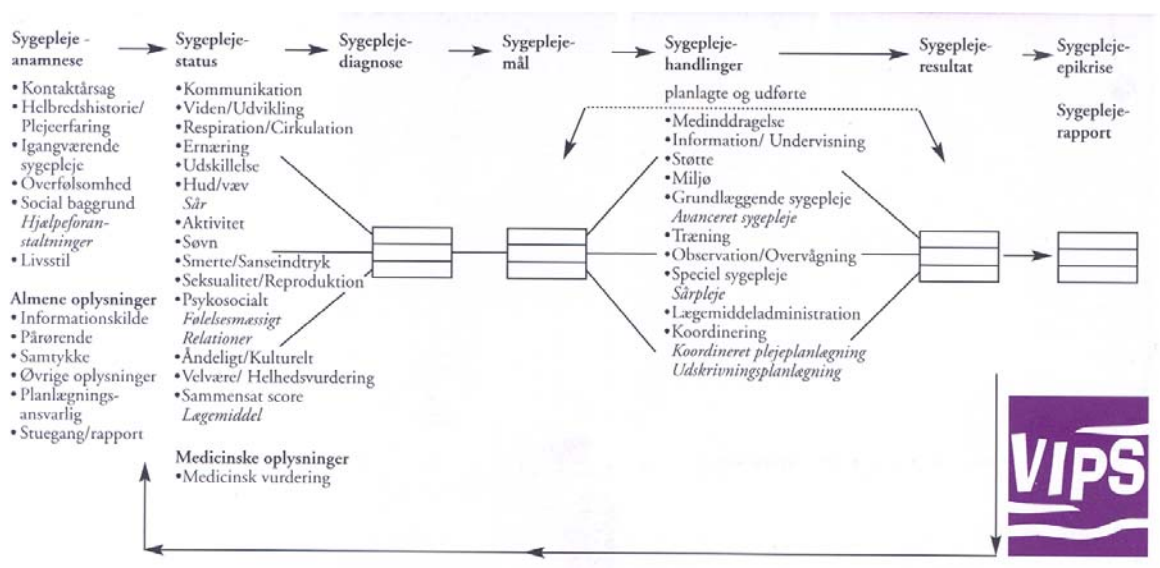
- sygeplejehandling
- fortsat dataindsamling

Evaluering:

- evaluering af om målet er nået
- evaluering af proces
- revision af plejeplan

3. Udredning og undersøgelser

- VIPS



- Ernæringscreening,
- Klinisk retningslinje for ernæring ved apopleksi
- Klinisk retningslinje for udskillelse af urin og afføring ved apopleksi
- BT – og temperatur skema
- Sårjournal (Sårpleje for Silkeborg Central Sygehus/Hammel Neurocenter)
- Samtale med patienten for at afdække behov omkring kommunikation, viden/ udvikling, aktivitet, søvn, smerte/sanseindtryk, seksualitet/reproduktion, psykosocialt, åndeligt/kulturelt
- EPJ

4. Intervention

Behov for sygepleje er til stede, når der er et misforhold mellem de ressourcer, mennesket er i besiddelse af, og de krav, der stilles til mennesket i relation til sundhed.

Sygeplejersken afdækker behovet for sygepleje i samspil med patient og pårørende. Sygeplejen planlægges sammen med patienten og i overensstemmelse med de for den enkelte patient udarbejdede mål med henblik på at styrke patientens egenomsorgskapacitet, således at patienten bevarer, genvinder eller opnår den for ham acceptable sundhedstilstand.

Sygeplejersken sikrer og varetager undervisning, kommunikation og kontinuitet i sygeplejen i forhold til patient og pårørende og sørger herunder for at formidle viden og opøve færdigheder hos den enkelte med henblik på fremme af sundhed.

Sygepleje retter sig grundlæggende mod at styrke mennesket til at varetage sine daglige fornødenheder, så mennesket oplever højst opnåelige grad af velvære og uafhængighed af professionel hjælp.

I sygeplejen opfattes menneskets sundhedstilstand som et samspil mellem indre og ydre faktorer. I sygeplejen erkendes det, at sundhed og sygdom er afhængig af menneskets individuelle, samfundsmæssige og kulturelle værdiopfattelser. Disse kommer til udtryk i menneskets viden, bevidsthed og adfærd i forbindelse med sundhed og sygdom. (Statusdokument).

- Kommunikation
Samtale med patienten, finde kommunikationsmåder, støtte til kalendertræning.
- Viden/udvikling
Sygeplejersken arbejder ud fra et helhedssyn på mennesket med respekt for menneskets ønsker og behov, ligesom det kræver, at sygeplejersken i sit arbejde konsekvent gør sig etiske overvejelser i forbindelse med vejledning, rådgivning, pleje og behandling. (Statusdokument)
Information, undervisning, rådgivning, vejledning, demonstration til patient og evt. pårørende med henblik på at øge viden, forståelse og motivation.

Indsatsområder:

Information (mundtlig/skriftlig) om hjerneskaden, dens konsekvenser og sygdomsforløbet. Sekundær profylakse: Sygeplejersken informerer og lægger til rette for opdagelse og læring i forhold til livsstil og adfærdændring omkring alkohol, kostvaner, rygning, hypertension og stress.

Herefter må patienten selv tage stilling til hvilken livsstil, han føler giver kvalitet i livet.

Oplæring i medicinadministration, information om virkning og bivirkning af medicin.

Undervisning i hygiejne og infektionsprofylakse.

Give patienten mulighed for indlæring via struktur (ved hjælp af dagsprogram, aktivitet i forhold til hvile, døgnrytme) og strategier (registrering af adfærd, dagbogsskrivning).

Give råd og vejledning i forhold til uhensigtsmæssig emotionel adfærd.

Medvirke til genoptræning af tabte færdigheder og almen adfærd i forhold til andre.

- Respiration/cirkulation
BT-måling og dokumentation. Information til patient og tage hånd om angst i forhold til hypertention. Støtte til egenomsorg.
- Ernæring
Samtaler om ernæring og livsstilssygdomme, kontrolvejning, væskeskema, screening og kostregistrering. Påmindelser om at drikke, samarbejde med diætist omkring ernærings- og væskebehov. Blodsuktermåling, bestilling af diæt.
- Udskillelse
Information om laksantia og obstipation. Analyse af problemstilling, planlægning af pleje og iværksættelse af handling i forhold til klinisk retningslinje for udskillelse af urin og afføring ved apopleksi.
- Hud og væv
Udføre sårpleje. Undervise/vejlede i egenomsorg omkring hud- og sårpleje.
- Aktivitet
Regulering af krav til selvhjulpethed i samarbejde med patienten, således at patienten hele tiden udfordres i forhold til næste udviklingszone. Følelsesmæssig eller praktisk støtte afhængig af patientens psykiske tilstand, træthed eller evne til koncentration.
- Søvn og hvile

Information omkring øget træthed efter hjerneskade. Tilpasning af krav og aktivitet efter evne. Støtte til indarbejdelse af en god døgnrytme, med særlig fokus på søvn- og hvileperioder. Registrering af søvn/hvile.

- Smerte/sanseindtryk
Samtale om smerte, karakter og lokalisation. Samtale om syns-, hørelses-, lugt-, smags-, følelses-, og balanceforstyrrelser. Vejledning og oplæring af patienten i smerteregistrering. Smertebehandling. Støtte patienten i at kunne mestre sin situation.
- Seksualitet/reproduktion
Information og samtale om samliv, krav og forventninger. Information og samtale omkring ændret seksualfunktion, roller, identitet og følelser. Støtte patienten i at forstå sammenhængen i seksuallivets funktion, angst, bekymring og tab. Efter fagligt skøn orientere om medicinsk behandling.
- Psykosocialt
Vurdering af patientens sindsstemning og sygdomsoplevelse ud fra observation og samtale. Ved hjælp af dataindsamling om patientens selvbillede og tidligere erfaring, vurderes patientens mestringssevne.
Støtte til bearbejdning af tab og rolleforandring. Aktiv lytning til patientens tanker og følelser, f.eks. angst, fortvivlelse, tristhed og vrede.
Informere/samtale med patienten omkring sygdom og forløbet så patienten bliver rustet til at leve med konsekvenser af sygdom, samt skabe mening og sammenhæng i sin tilværelse (hensigten med god information er at give patienten kontrol og indsigt i, hvad der sker, så patienten bedre kan mestre sin situation). Sygeplejersken støtter patienten i at bearbejde følelser, reaktioner og følelsesmæssige eftervirkninger af det skete, for at medvirke til at patienten udvikler kræfter, viden og vilje til selv at mestre og opnå kontrol over situationen.
Sygeplejersken giver patienten mulighed og rum for samtale da det skaber afstand til kaotiske tanker og følelser. Både patient og pårørende har behov for information om normale følelsesmæssige krisereaktioner og deres indvirkning på selvbilledet. Efter fagligt skøn informeres om depression og dens behandling
- Åndeligt/kulturelt
Samtale med patient om værdier, kultur, religion og livsanskuelser.
- Vurdering af behov for indhentning af tidligere undersøgelsesresultater, samt iværksætte tiltag til yderligere undersøgelser og prøver. Informere og vejlede patient og pårørende om undersøgelser, prøver og resultater.
- Etablere kontakt til primærsygeplejerske i hjemkommune.

5. Teoretiske referencer

- Sygdomslære
- Anatomi og fysiologi
- Neuroanatomi og neurofysiologi
- Psykologi og pædagogik
- Neuropsykologi og neuropædagogik
- Neurologi
- Profylakse
- ABC-koncept

Referencer til beskrivelse af sygeplejerskens indsats på H20

- 1) Status dokument, Sygeplejerskens virksomhedsområde, Dansk Sygeplejeråd
- 2) Strategi for dokumentation af sygeplejen i Århus Amt 2005 og 2006

- 3) Sygeplejerskens dokumentation – en praktisk håndbog. Studentlitteratur. Lund. Catrin Björvell (2001)
- 4) Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. Sundhedsstyrelsen Sfr (2003) Sekretariatet for Referenceprogrammer. København

Sygeplejeteori, pædagogik og profylakse:

- 1) Nursing, Concepts of practice, Second edition, 1980 (S. 200-220) Dorothea E. Orem
- 2) ICN – Sygeplejens grundlæggende principper. Dansk Sygeplejeråd. København. Virginia Henderson (2000)
- 3) Interaktionel Sygeplejepsis – vidensgrundlag – etik og sygepleje. Munksgaard. København (1994) ISBN 87-16-11174-5 Mette Elisabeth Scheel
- 4) Fra novice til ekspert – mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepsis. Munksgaard (1995) 1. udgave, 1. oplag. ISBN 87-16-11439-6. Patricia Benner.
- 5) Fra Marx til Løgstrup. Munksgaard Danmark ISBN 87-628-0043-4. Kari Martinsen
- 6) Sygepleje – fag og proces. 1. udgave, 2. oplag (1986) ISBN 87-16-09687-8 Mette Karoliussen; Kari Liserud Smebye.
- 7) Sygeplejebogen 1 – grundlæggende sygepleje. Gads Forlag, 1. udgave 1. oplag (2004) ISBN 87-12-03812-1. Redigeret af Tone Elin Mekki og Søren Pedersen
- 8) Sygeplejebogen 2 (1.del) Teoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje. Gads Forlag 1. udgave, 1. oplag (2003) ISBN 87-12-04112-2. Redigeret af Birthe Kamp Nielsen under medvirken af Unni Knutstad.
- 9) Sygeplejebogen 2 (2.del) Teoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje. Gads Forlag. 1. udgave, 1. oplag (2003) ISBN 87-12-04113-0. Redigeret af Birthe Kamp Nielsen under medvirken af Unni Knutstad.
- 10) Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. Munksgaard. Danmark København (2002) ISBN 87-7936-268-0. Joyce Travelbee.
- 11) Sygeplejeplanlægning – Diagnose og behandling. Ad Notam Gyldendal A/S 2. oplag. Oslo.
- 12) Doris L. Carnevali (1993)
- 13) At tale om forandring. Tobaksskaderådet, 2000. Peter Dalum, Torsten F. Sonne Mette-Marie Davidsen

Kliniske retningslinier:

- 1) Klinisk retningslinie for Udskillelse af fæces ved apopleksi
- 2) Kliniske retningslinier for Udskillelse af urin ved apopleksi. Artikel i sygeplejersken nr. 18. Susanne Zielke; Doris Christensen
- 3) Klinisk retningslinie for ernæring. Sygeplejerske nr. 18. Susanne Zielke; Doris Christensen
- 4) Psykologi og teori om sorg og krise:
- 5) Blandt løver – at leve med en livstruende sygdom. Socialpædagogisk bibliotek. København. Marianne Davidsen-Nielsen. (1995)
- 6) Den nødvendige smerte – om sorg, sorgterapi og kriseintervention. Munksgaard, København. Marianne Davidsen-Nielsen; Nini Leick (1995)
- 7) Dynamisk Psykiatri. Hans Reitzels Forlag (1994). Johan Cullberg
- 8) Motivation and Personality. Abraham Maslow

Afasi:

- 1) Referenceprogram – AFASI. Dansk Sygeplejeråd. FS15 (1995)

Seksualitet:

- 1) Apopleksi og seksualitet. fra Hjerne og seksualitet – aspekter af teori og klinik af Christian Graugaard et al. s 291. Munksgaard. København. Kersin & Axel Fugl-Meyer (1997)

Sygdomslære:

- 1) Hjerneprocesser – kognition og neurovidenskab. Frydenlund. København. Anders Gade (1998)
- 2) Neurologi og neurokirurgi. Nyt Nordisk Forlag. København. Vibeke Olsen et al.(2000)
- 3) Klinisk Neurologi og neurokirurgi. FADL 3. udg. Copenhagen. Olaf B. Paulsen et al.(2001)

ABC koncept:

- 1) Behandling af perceptionsforstyrrelser – Affolter konceptet. Munksgaard. København.
- 2) Félicia Affolter; Walther Bischofberger (1996)
- 3) Fokus på midten – selektiv truncusaktivitet i behandlingen af voksen hemiplegi. FADL. Patricia Davies (1991)
- 4) Skridt for skridt – en vejledning i behandling af voksen hemiplegikere. FADL. Denmark Patricia Davies. (1988)
- 5) Dysfagi. Ad Notam Gyldendahl A/S. Hellen Stensvold; Liv Utne (red) (1997)

Neuropsykologens monofaglige bidrag til det tværfaglige arbejde*1. Neuropsykologens faglige kerneområde og fokus*

Neuropsykologens faglige kerneområde er forholdet mellem hjerne og adfærd og herunder de ændringer en given hjerneskade kan medføre i forhold til sprog, kognition, emotioner og personlighed.

Neuropsykologen har fokus på vurdering af sådanne ændringer med henblik på at indtænke disse i rehabiliteringsprocessen. Der er desuden fokus på patientens reaktioner på at få en hjerneskade og den tilpasnings- og/eller indsichtsproces der pågår. Endelig er der fokus på de pårørendes viden om og reaktioner på hjerneskaden.

2. Arbejdsprocesmodel

Udredning af vanskeligheder indenfor de forskellige domæner foregår i et samspil med patienten, eventuelt de pårørende og teamet. På tværfaglige konferencer får neuropsykologen adgang til de observationer og refleksioner som de andre faggrupper har gjort sig vedrørende patienten. På den baggrund vurderes udredningsbehov og neuropsykologisk undersøgelse iværksættes. Undersøgelsen omfatter patientens oplevelser af sin situation, neuropsykologens observationer og indtryk i undersøgelsessituationen og en række psykometriske tests. Resultaterne af den neuropsykologiske undersøgelse formidles til teamet med sammen med anbefalinger til behandlingstiltag og ideer til planlægning af fremtiden.

Resultaterne gennemgås endvidere med patienten og de pårørende.

3. Udredning og undersøgelser

Neuropsykologen anvender en lang række psykometriske test til udredning af kognitive deficits. Indenfor domænerne: opmærksomhed, koncentration, psykomotorisk tempo, visuospatiale funktioner, indlæring og hukommelse, abstraktion, problemløsning, eksekutive funktioner og

social kognition.

4. Intervention

Neuropsykologen anbefaler behandlingstiltag og rehabiliteringsstrategier som i praksis udføres af det tværfaglige team.

I forbindelse med angst, depression og udtalte krisereaktioner kan korterevarende samtaleforløb komme på tale.

Formidling af viden og refleksion omkring hjerneskaden sker både generelt i gruppesammenhæng og specifikt til den enkelte patient og pårørende.

5. Teoretiske referencer

Neuropsykologen holder sig løbende orienteret indenfor sit fagområde for at sikre, at der i videst muligt omfang arbejdes ud fra empirisk dokumenteret viden om hjernens opbygning og funktion samt dokumenteret viden om forskellige rehabiliteringsmetoders effekt.

Herudover foreligger der en omfattende litteratur om teorier, ideer, metoder og programmer indenfor kognitiv rehabilitering.

Talepædagogens monofaglige bidrag til det tværfaglige arbejde

Nedenstående – *Talepædagogens rolle i det tværfaglige team* - er taget fra patientforløbsbeskrivelsen på Hammel Neurocenter. Talepædagoggruppen har i indeværende år ikke haft ressourcer til at beskrive talepædagogens monofaglige bidrag til det tværfaglige samarbejde, ud fra den model sygepleje, fysio- og ergoterapeut og neuropsykolog har anvendt.

Når den nye beskrivelse forligger, vil den erstatte nedenstående.

Talepædagogens rolle i det tværfaglige team.

Talepædagogens kerneområde er at vurdere patientens kommunikative og sproglige ressourcer og problemfelter. Gennem rådgivning og undervisning søger talepædagogen at sikre at patientens kommunikative kompetence så vidt muligt øges.

Talepædagogen sætter i det tværfaglige samarbejde fokus på kommunikationen med patienten. Talepædagogen er desuden med til at opkvalificere det øvrige personale i forhold til at iagttage og tage initiativ til hensigtsmæssigt kommunikation med patienten.

Talepædagogen inspirerer det øvrige personale til at opbygge et miljø omkring patienten, der understøtter dennes kommunikationsevne.

Den talepædagogfaglige indsats

Talepædagogen undersøger, rådgiver og underviser patienter med vanskeligheder på følgende områder:

- sproglige vanskeligheder
- stemmевanskeligheder
- dysartri
- læse-, regne- og skrivevanskeligheder

Talepædagogen har bl.a. følgende muligheder/metoder til at undersøge patientens rehabiliteringsbehov:

- sproglige tests og screeningsmateriale
- stemmefunktionsprøve
- dysartritests
- læse-, skrive- og regneprøver

- indhentet information fra pårørende omkring tidligere og aktuelle kommunikative kompetencer
- indhentede oplysninger fra det øvrige personale
- indhentede oplysninger fra evt. tidligere talepædagogisk undervisning/afdækning

Der foretages vurdering af almentilstand, orale funktioner, syn, hørelse, artikulation, sprog og sprogfunktion og kvaliteten af kommunikationen.

Talepædagogen vurderer sammen med det øvrige team behovet for supplerende specialistundersøgelser af fx syn, hørelse og stemmefunktion.

Undervisningen tilrettelægges ud fra didaktiske overvejelser. Den kan bl.a. indeholde:

- sprogstimulation
- sprog- og taleundervisning
- oralmotoriske øvelser
- stemmeøvelser
- læse-, skrive- og regneøvelser
- undervisning i kompenserende strategier

Der afprøves og undervises desuden i brug af kommunikationshjælpemidler.

Talepædagogen formidler til pårørende og personale, hvilke kommunikative ressourcer og problemfelter patienten har.

Ved udskrivning aftaler talepædagogen med patient og pårørende, hvorvidt der sendes anmodning om talepædagogisk revurdering til hjemamtets taleinstitut.

Socialrådgiverens monofaglige bidrag til det tværfaglige arbejde

1. Fagligt kerneområde og fokus

Socialrådgiverens arbejdsområde er det sociale, som omfatter væsentlige livsvilkår som fx familie og netværk, bolig, fritid, arbejde og økonomi. Det drejer sig således om livsomstændigheder og ydre forhold/omgivelsesfaktorer, som har betydning for patientens mulighed for som socialt væsen at indgå i samspil med andre, det være sig på familie, eller samfundsniveau.

Socialrådgiverens arbejdsområde er komplekst med mange aktører. Socialrådgiverens indsats tager udgangspunkt i den enkelte patient og denne patients personlige livshistorie, men det er i forhold til samspillet med omgivelserne, at kerneopgaven ligger.

På rehabiliteringsområdet betyder dette, at fokus flyttes fra helbredsforhold til helbredsforholdenes betydning for funktionsevne og funktionsbegrænsning i relation til individet, familien og samfundet.

2. Arbejdsprocesmodel

Socialrådgiveren arbejder reflektivt med helhedssyn omkring neuropatienten. Som medspiller i det tværfaglige team drøftes mulige indsatsområder, og sammen med patienten og pårørende udvikles forståelse af problemerne og løsningsmuligheder. På denne baggrund etableres samarbejde med amt og kommune og evt. andre eksterne samarbejdspartnere om fremtidig planlægning af det ændrede liv for patient og pårørende.

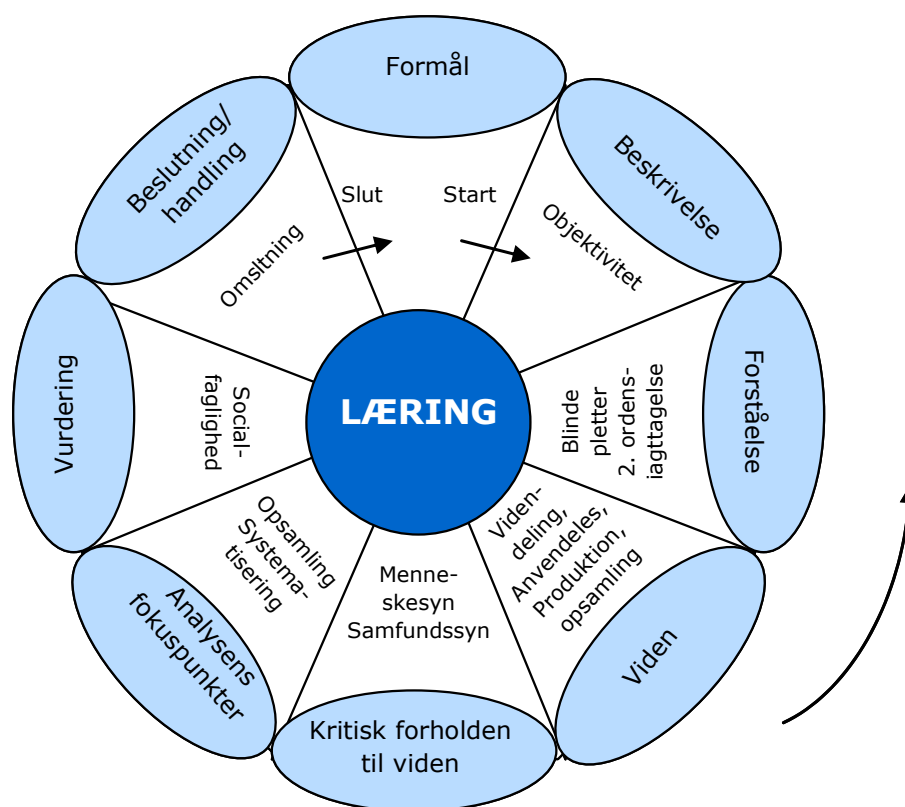
Der arbejdes ud fra et helhedssyn for patienten i relation til det socialretslige aspekt:

- Hvad betyder hjerneskaden for patientens fremtidige liv? Hvilke ændringer er sket i forhold til det tidligere liv, ressourcer, begrænsninger, værdier, mestringsstrategier og, hvad er der brug for i den nye situation?
- Hvad betyder hjerneskaden for patienten og familien? Hvad har hjerneskaden betydet for familien, og hvad er der brug for fremover for at familien kan fungere under de nye vilkår?
- Hvad betyder hjerneskaden i relation til arbejdslivet, fritidslivet og evt. andre relationer, som patient og pårørende nu befinder sig i? Hvilke behov er der på disse områder?

Den socialfaglige koordination i internt og eksternt samarbejde skal sikre, at den skadede får en fremtid, som så godt som muligt tilfredsstillende behovet for familienetværk, bolig, beskæftigelse, fritidsaktiviteter og økonomisk sikkerhed.

Udover den socialretlige viden og ”systemkendskabet” til de amtslige og kommunale forvaltnings opbygning, betyder kendskabet til sprogbrug og kulturer i den sociale sektor, at socialrådgiveren kan påtage sig rollen som koordinator i overgangen fra indlæggelse til udskrivning.

Som udviklingsmetode i det socialfaglige arbejde benyttes modellen ”Social Analyse”.



3 Udredning og undersøgelser

Socialrådgiverens arbejde bygger på fagets kernebegreber helhedssyn, kommunikation, etik og systematik.

Udredning og undersøgelse etableres i dialog med den hjerneskaderamte, dennes familie og med det tværfaglige team, der er omkring patienten. Den socialfaglige viden kan forstås som en dialogviden, fordi den etableres i en kombination af faglig viden og kommunikeret viden fra den enkelte om hans/hendes liv. Den subjektive dimension, den enkeltes/familiens egenoplevelse,

egenforståelse og problemformulering vægtes højt som udgangspunkt for samspillet med de samfundsmæssige muligheder.

Med udgangspunkt i viden om patientens ressourcer og modstandskraft (biologisk, psykologisk og socialt) og om den enkeltes reaktionsmåder og problemløsningsstrategier, skal socialrådgiveren samarbejde med patienten om hans/hendes fremtidsplan.

Socialrådgiverens kendskab til samfundets støtteforanstaltninger, såvel socialretligt som institutionelt, og til samfundsforhold i bred forstand (levevilkår, materielle, arbejdsmæssige og kulturelle forhold m.) skal indgå i den enkeltes fremtidsplanlægning for at tilpasse patientens ønsker til de aktuelle samfundsmæssige muligheder.

Socialrådgiverindsatsen har forskellige formål, dybde, varighed og krav til den faglige kyndighed og strækker sig over et kontinuum: vejledning/ekspedition, social rådgivning, social behandling, og omsorgsarbejde, hvor social behandling ikke er en behandlingsproces, der går indad i det behandlede menneske, men er en proces, der støtter menneskets samspil udad mod omverdenen. Relationen individ - omgivelser vægtes højt.

Socialrådgiverindsatsen omhandler fundamentale områder for patientens livsudøvelse: bolig, beskæftigelse, aktiviteter, fritid, familiemæssige forhold, økonomi mv. og indeholder en praktisk problemløsning af konkrete forhold. De nævnte områder har imidlertid betydning for identitetsopfattelsen, således at socialrådgiveren indgår i processen, der skal fremme patientens tilpasning til et forandret liv.

4. Intervention

I forhold til det socialfaglige/socialretslige område ydes der råd og vejledning til patienter, hvis livssituation er ændret som følge af sygdom.

Dette kan være omkring:

- familieforhold
- erhvervsforhold
- bolig
- økonomi
- forsikringer/erstatninger
- pension
- transport
- fritidsaktiviteter
- træningsmuligheder

Udover råd og vejledning direkte til indlagte patienter og deres pårørende tilbydes der kontakt eksternt til eksempelvis kommuner og amter. (fremover kommuner og regioner) med henblik på afklaring af forskellige sociale spørgsmål samt konkrete ansøgninger til de offentlige myndigheder.

Som videns- og erfaringsmæssig grundlag til at udføre denne opgave har socialrådgiveren:

- Generel viden om samfundsmæssige forhold, herunder familiens vilkår i samfundet.
- Er opdateret med hensyn til social lovgivning og tilgrænsende lovområder.
- Kan identificere og udrede sociale problemstillinger.
- Har viden om, hvordan sygdom/ulykke påvirker familien.

I forhold til udslusning af de indlagte patienter er socialrådgiveren igangsættende og koordinerende omkring udskrivningen til den kommunale og amtslige sektor.

I denne proces forestår socialrådgiveren i samarbejde med patient og pårørende og teamet planlægning og udførelse af udslusningen ud fra prognose, funktionsmæssige fremskridt og forventet indlæggelsesperiode.

Som grundlag for dette har socialrådgiveren:

- Viden om forskellige relevante træningstilbud, undervisningstilbud og botilbud for sen-hjerneskadede i kommuner og amter.
- Viden om den offentlige forvaltnings organisation.
- Kendskab til samarbejdspartnere og organisation af hjerneskadeområdet i forskellige kommuner og amter
- Ansvar for koordinering af udslusningsprocessen og styring af møder, der afholdes i forbindelse med udslusning af patienter.

5. Referencer til beskrivelse af socialrådgiverens indsats på H20

- 1) Rapport udarbejdet af fokusgruppe under Videncenter for Hjerneskade (2000) "Fra patient til menneske.
- 2) Bachelorprojekt fra Den Sociale Højskole i Århus v. Kirsten Henriksen, Rikke Alminde, Louise Cathrine Nørmark, Mona Stensgaard Andersen (2005) "Social Analyse".
- 3) Lis Hillgaard, Lis Kaiser (1979) "Social (be)handling", Munkgaards Forlag.
- 4) Tine Egelund, Dansk Socialrådgiverforening (1981) "Teori og metodeundervisning".
- 5) Gunn Strand Hutchinson, Siv Oltedal, Socialpædagogisk Bibliotek (2002) "Modeller i socialt arbejde".
- 6) Marianne Davidsen-Nielsen (1992) "Den nødvendige smerte – om sorg, sorgterapi og kriseintervention", Munksgaards forlag.
- 7) Lis Hillgaard, Lis Keiser, Lise Ravn (1990) "Sorg og krise".
- 8) Marianne Davidsen-Nielsen (1995) "Blandt løver"

Lægens monofaglige bidrag til det tværfaglige arbejde

1. Fagligt kerneområde og fokus

Lægens faglige kerneområde og fokus er at sikre, at patientens helbred - så vidt det er muligt - tillader deltagelse i rehabilitering samt at sikre, at patienten er udredt og bliver behandlet efter de til enhver tid gældende retningslinier.

I samarbejde med patienten at påbegynde behandling, at evaluere resultatet og tage stilling til afslutning, ændring eller fortsættelse.

Referencer til beskrivelse af lægens indsats på H20

- 1) Den almindelige Danske Lægeforening, Sundhedskomiteen. Tønnesen H, Bendix AF et al: *Lægens rolle i rehabilitering*, 2006.
- 2) Sundhedsstyrelsen: *Referenceprogrammet for behandling af patienter med apoplexi* (nyeste udgave).