

KOORDINATION I ET NYT LYS – SIKRING AF DE PSYKOLOGISKE INDSATSER I HJERNESKADEREHABILITERINGEN

Chalotte Glintborg¹ & Kristine Jensen de López²

Siden midt i 1990'erne har de psykosociale følger efter en erhvervet hjerneskade været kendt som en stor udfordring i rehabiliteringen. Ny forskning viser, at de psykosociale følger fortsat er en udfordring i 2013. Dette til trods for, at der siden 2007 er oprettet koordinationsstillinger på hjerneskadeområdet, og at koordination i hjerneskaderehabilitering igen i 2011 var en væsentlig del af Sundhedsstyrelsens anbefaling og prioritering for netop at sikre et sammenhængende og helhedsorienteret forløb for den enkelte borger. I denne artikel advokerer vi for, hvordan man ved hjælp af en indkredsning og revidering af koordinationsbegrebet kan inddrage nye psykologiske perspektiver og psykologiske faggrupper i hjerneskaderehabiliteringen sammen med de områder, der allerede er sikrede i den interdisciplinære rehabilitering. Vi antager, at en sikring af de psykologiske indsatser i hjerneskaderehabilitering kunne være et første skridt mod udviklingen af specialområdet rehabiliteringspsykologi i dansk psykologi.

Nøgleord: psykologisk rehabilitering, erhvervet hjerneskade, psykosociale følger

1. Introduktion

Psykologisk forskning, der omhandler de kort- og langvarige konsekvenser af en erhvervet hjerneskade, har primært haft fokus på de kognitive følger såsom opmærksomhed, hukommelse og de eksekutive funktioner, mens undersøgelser og dokumentation af de sociale og psykologiske forandringer i en persons liv efter en erhvervet hjerneskade har fyldt langt mindre (Levin & Eisenberg, 1991). De psykosociale følger efter en hjerneskade udgør blandt andet ensomhed med risiko for depression og angst. Endvidere befinder mange ramte sig i en identitetsmæssig krise, idet de er gået fra at være

1 Chalotte Glintborg er cand.pæd.psych. og ph.d.-stipendiat ved Center for Developmental and Applied Psychological Science (CeDAPS), Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet.

2 Kristine Jensen de López er cand.psych., ph.d., professor i udviklingspsykologi samt leder af Børnesprogklinikken og CeDAPS. Henvendelse vedrørende artiklen til: cgl@hum.aau.dk

raske og velfungerende til pludselig at have fået en hjerneskade og dermed opleve, at deres hverdag er blevet markant ændret fra den ene dag til den anden. I et litteraturreview om de psykosociale følger af en hjerneskade, som er publiceret for knap 20 år siden, konkluderede forfatterne, at social isolering med ensomhed som følge og på sigt angst og depression er nogle af de største udfordringer for en person med en erhvervet hjerneskade (Morton & Wehmann, 1995). Med studiet understregede forfatterne tydeligt, at de psykosociale aspekter spiller en væsentlig rolle i forhold til de langsigtede effekter af rehabiliteringen, fordi depression og angst blandt andet kan blokere for kognitiv rehabilitering. Når vi ser på dansk forskning om de kort- og langsigtede konsekvenser af en hjerneskade, viser resultater fra et epidemiologisk populationsstudie, at mindst 50 % af personer med både traumatiske hjerneskader samt apopleksier fortsat oplever forskellige psykosociale udfordringer ved 5-, 10- og 15-års-follow-up (Teasdale & Engberg, 2004; 2005). Endvidere ses det, at nogle af disse vanskeligheder er blevet kroniske 5 år efter skaden. Teasdale og Engbergs (2004) studie viser også, at den bedste prædikator for tilbagevenden til arbejde er den psykiske tilstand ved udskrivelse og *ikke* den fysiske.

Depression efter en hjerneskade er et af de mest rapporterede psykiatriske symptomer (Brenner & Homaifar, 2009; Hackett & Anderson, 2005). Hackett & Anderson (2005) har for perioden 1977-2002 gennemført en metaanalyse af 51 studier, der viser, at depression optræder hos 33 % af alle apopleksiramte. I et studie af Brenner & Homaifar (2009) rapporterer forfatterne om depression hos 77 % af personer med en traumatisk hjerneskade. Årsager til denne hyppige forekomst af depression skyldes personens ændrede livssituation, ændret identitet og ændret funktionsevne (Gade, Gerlach & Pedersen, 2009). Ny forskning peger på angst som den bedste prædikator blandt de psykosociale udfordringer hos personer med en traumatisk hjerneskade, og at den er en bedre prædikator end depression (Hsieh et al., 2012, p. 126). Der synes således at være behov for psykoterapeutiske interventioner til at støtte den ramte med at tilpasse sig omstændighederne efter en hjerneskade og genfinde mening i livet, som Prigatano allerede argumenterede for i 1990'erne (Prigatano, 1991).

Et skærpet politisk fokus på de psykosociale konsekvenser af en hjerneskade og på nødvendigheden af et styrket interdisciplinært rehabiliteringssamarbejde er faktisk også at finde i Danmark. Endvidere er den rehabiliteringspraksis, vi i Danmark har tilsluttet os, baseret på en helhedsorienteret indsats – det vil sige en bio-psyko-social indsats (den bio-psyko-social model vil blive gennemgået senere). Dette giver god mulighed for, at faggrupper inden for både det fysiske (kroppen), det sociale (aktivitet og deltagelse) og det psykologiske (psykologiske følger) felt samarbejder i det. Sundhedsstyrelsen (2011a) har defineret som et *interdisciplinært samarbejde*. Det er værd at understrege, at et interdisciplinært samarbejde er anderledes end et tværfagligt samarbejde. Det tværfaglige samarbejde er kendetegnet ved et

samarbejde mellem forskellige faggrupper, hvor hvert teammedlem varetager sit eget faglige område og mål og rapporterer tilbage (fx ved ugentlige konferencer) om sine resultater til det øvrige team. Ingen teammedlemmer har i praksis overblik over personens udvikling som helhed, og patienten er ikke en aktiv part i målsætning og planlægning (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Et interdisciplinært samarbejde er derimod karakteriseret ved:

Fælles planlægning, prioritering, revurdering og justering af rehabiliteringsindsatsen og det, at man arbejder mod fælles beskrevne mål – i tæt samarbejde med personen og dennes pårørende, forudsætter det interdisciplinære samarbejde, at der mellem aktørerne også findes en fælles forståelsesramme og terminologi samt en klar koordineret tidsplan, klar opgavefordeling og effektiv kommunikation (Sundhedsstyrelsen, 2011a, p. 19).

Til trods for, at der er sket en udvikling inden for hjerneskadeområdet, synes rehabiliteringen dog fortsat at rette sig primært mod genskabelse af funktionsevner i hverdagen, produktionsapparatet og arbejdsmarkedet. Med andre ord inddrager målsætningsarbejde og rehabilitering primært personens ydre livsverden forstået som den fysiske krop, aktivitet og deltagelse, og dermed overses et lige så vigtigt område i rehabiliteringen – *rehabilitering af personens indre livsverden* forstået som mestring af personlige, identitetsmæssige og følelsesmæssige udfordringer, som på sigt kan udvikle sig til psykosociale følger (depression, angst, PTSD etc.).

Formålet med denne artikel er derfor at undersøge, hvordan vi kan styrke det psykologiske ben af den bio-psyko-sociale model i den interdisciplinære rehabilitering, da denne har været underbelyst sammenlignet med for eksempel den fysiske rehabilitering (genoptræning). Vi ønsker at anvende koordinationsbegrebet i et nyt lys for derved at sikre dette manglende psykologiske perspektiv i rehabiliteringen. Artiklen tager derfor sit afsæt i en redegørelse for koordinationsbegrebet, og hvordan dette beskrives nationalt og internationalt inden for hjerneskaderehabilitering. Dernæst vil vi beskrive, hvordan et nyt koordinationsbegreb vil kunne repræsentere og integrere de manglende psykologiske indsatser i den interdisciplinære hjerneskaderehabilitering. Dette gøres ved at *indkredse koordinationsbegrebet i et historisk perspektiv, analysere eksisterende definitioner*, som er anvendt i forskningslitteraturen og i praksis, for dernæst at *videreudvikle koordinationsbegrebet*.

2. Transitioner i rehabilitering

En af de store udfordringer hos personer med en hjerneskade samt hos deres pårørende er, at de ofte oplever selv at skulle være tovholdere i deres rehabiliteringsforløb. En hjerneskade giver følgevirkninger på mange områder

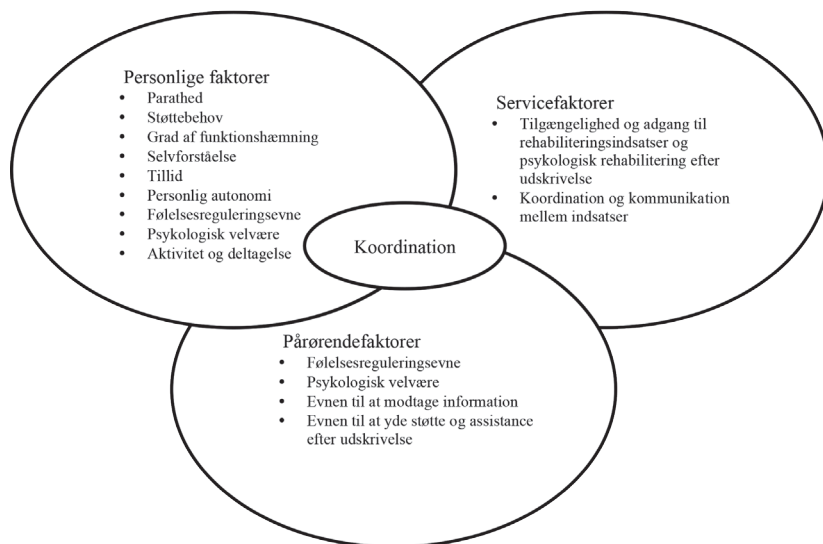
(job, bolig, indkomst, transport m.fl.), og de mange aktører udgør en væsentlig udfordring i forhold til at sikre glidende overgange mellem indsatser. Kommunalreformen i 2007 medførte organisatoriske ændringer med flere overgange, ikke kun internt mellem forvaltninger og afdelinger, men også mellem sektorer (region og kommune). Reformen betød nemlig en decentralisering af rehabiliteringsindsatsen ved at tillægge kommunerne ansvaret for den almene rehabilitering, mens den specialiserede rehabilitering sker i hospitalsregi (Sundhedsstyrelsen, 2011a, 2011b). Når man taler om overgange, er det dog vigtigt ikke kun at tænke i organisatoriske overgange. I hjerneskaderehabiliteringslitteraturen beskrives disse overgange som *transitioner*. Inden for forskningen i livstransitioner defineres transitioner som: "A passage of one life phase, condition or status to another" (Schlossberg, 1984, p. 23). Ifølge Schlossberg findes der to universelle karakteristika ved sådanne transitioner, nemlig: 1) at transitioner sker over tid, og 2) at transitioner omfatter en ændring i personens natur (identitet, rolle, relationer, adfærdsmønstre, evner). For en person med en erhvervet hjerneskade vil flere centrale transitioner finde sted undervejs i personens rehabiliteringsforløb. Hver transition medfører nye udfordringer for den ramte selv såvel som for de pårørende – udfordringer, som kræver en professionel vejledning. Forskningen, der knytter sig mere direkte til de enkelte transitionsperioder hos hjerneskaderamte, er sparsom, og den forskningslitteratur, der findes, er udelukkende centreret omkring overgangen fra hospital til hjem. Turner, Flemming, Ownsworth & Cornwell (2008) har dog påpeget, at overgangen fra hospital til hjem blot er én af flere transitioner, som hjerneskaderamte og deres pårørende oplever. Derudover må man forvente, at der yderligere vil opstå op til tre andre vigtige transitioner hos personen; disse får i øjeblikket kun meget lidt opmærksomhed i et rehabiliteringsforløb. Turner et al. identificerer i alt fire typer transitioner i hjerneskaderehabiliteringsforløb:

1. Fra akut hospital til neurorehabiliteringscenter
2. Fra neurorehabiliteringscenter til hjemmet
3. Fra syg til genoptagelse af forskellige aktiviteter og roller (arbejde, uddannelse, ægtefælle/forældre)
4. Fra skole/uddannelse til arbejde (for yngre ramte).

Disse transitioner er ofte forbundet med følelsesmæssige, kognitive og adfærdsmæssige udfordringer hos personen selv samt hos de pårørende og bør adresseres ved hjælp af psykologisk støtte i det interdisciplinære og koordinerede rehabiliteringsforløb.

Turner et al. (2008) peger på en række faktorer, der bør inddrages i den koordinerede hjerneskaderehabilitering for at sikre en håndtering af de psykosociale udfordringer, der kan opstå hos både den ramte selv samt dennes pårørende. Det er særdeles vigtigt at medtænke de pårørende i rehabiliteringsforløb, da de til tider kan være mere påvirkede end den ramte selv. De

tre mest centrale faktorer fra Turner et al.'s arbejde er fremstillet i figur 1 og tilpasset danske forhold.



Figur 1. Gentegning og oversættelse af Turner et al.'s (2008, p. 1171) model over faktorer, der bør indgå i koordinering af hjerneskaderehabilitering.

Som fremført i figur 1 er de tre centrale nøgelfaktorer, der indgår i transitionsprocesserne: *personlige faktorer*, *pårørendefaktorer* og *servicefaktorer*, som alle anses som væsentlige for den hjerneskadereamtes udbytte af et rehabiliteringsforløb. Faktorerne er beskrevet enkeltvis i det følgende:

1. Personlige faktorer: psykosociale faktorer som for eksempel tiltro til egne evner (*self-efficacy*), evne til at håndtere egen angst og depressionstilstande, selvværd og autonomi, evnen til at kunne deltage i meningsfulde aktiviteter efter udskrivelse, indsigt og accept, funktionsnedsættelse.
2. Pårørendefaktorer: den pårørendes evne til at cope med egen angst og depressionstilstande samt den ramtes krisereaktion, evne til at skabe et positivt hjemmemiljø efter udskrivelse, viden og indsigt (om skjulte følger), evne til at yde støtte, have modtaget information om at skabe rutiner i hjemmet efter udskrivelse med videre.
3. Servicefaktorer: adgang til psykologiske rehabiliteringstilbud, at have modtaget samtaler/terapi, information til borger og pårørende før og efter udskrivelse, koordination mellem indsatser/tilbud, gøre borgere klar til 'den virkelige verden' under indlæggelse, tilbyde meningsfulde aktiviteter til borgere med videre.

Modellen tilsiger, at disse tre nøglefaktorer interagerer dynamisk med hinanden og kræver ligevægtig opmærksomhed i de enkelte transitionsfaser. Der anbefales derfor en koordinering af faktorerne, hvor alle tre faktorer tilgodeses, og der derved sikres inddragelse af såvel de psykologiske som de biologiske og sociale aspekter i rehabiliteringsforløbet. Koordinationen ses derfor som afgørende og et overordnet aspekt, der skal sikre, at de tre centrale faktorer kan spille sammen på den mest optimale og dynamiske måde. Som nævnt tidligere synes transitionsmodellen på nuværende tidspunkt ikke at være implementeret i dansk rehabiliteringspraksis inden for hjerneskadeområdet. Vi vil derfor i det følgende afsnit rette blikket mod, hvilke tiltag der har været både nationalt og internationalt i udviklingen af koordinationsbegrebet i forhold til rehabilitering efter en hjerneskade.

2.1. Fra fokus på dele til fokus på helhedsorientering i rehabilitering

Når vi ser på dansk hjerneskaderehabilitering, har der det sidste årti været et stigende fokus på helhedsorienteret og tværsektoriel rehabilitering. Dog oprettede man allerede i 1985 Center for Hjerneskade i København. Centeret byggede på en kombination af Lurias tilgang til den individuelle kognitive genoptræning og Ben Yihays gruppebaserede psykosociale træning under indflydelse af George Prigatanos dynamisk-psykoterapeutiske tilgangsvinkel. I Jylland blev Vejleffjord Centerets tilbud til hjerneskaderecentre oprettet samme år. I halen på disse to kom yderligere fem hjerneskaderecentre (Aarhus, Aalborg, Roskilde, Sønderborg og Odense). Visionen bag disse centre var en neuropsykologisk og holistisk indsats. Genoptræningen havde ikke kun fokus på de skjulte skader, men også på at hjælpe den ramte tilbage til en hverdag med en ny identitet og med nye mål. Fra praksis blev der midt i 90'erne fremsat et ønske om at anvende det brede internationale begreb *rehabilitering*. Et af disse initiativer fra praksis var etableringen af MarselisborgCentret i 1996, hvor en række offentlige og private parter havde til hensigt at samarbejde om rehabilitering. Et andet tiltag var etableringen af Rehabiliteringsforum Danmark i 2001 samt iværksættelsen af Masteruddannelsen i Rehabilitering. Formålet med at udvikle en ny definition af rehabilitering var at skabe en fælles national forståelse af rehabilitering, som hidtil havde manglet. Faktisk blev det fra politisk side besluttet, at den nye definition af rehabilitering skulle være gældende for alle handicapområder. Definitionen af rehabilitering lyder som følgende:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (MarselisborgCentret, 2004, p. 16).

Med denne definition har vi i Danmark taget et første skridt til at imødekomme behovet for rehabiliteringsindsatser (ikke kun på hjerneskadeområdet), der ikke alene har deres fokus på de fysiske aspekter, men også på de sociale og psykologiske aspekter. Det danske rehabiliteringsbegreb baserer sig på den bio-psyko-sociale model. Historisk set blev den bio-psyko-sociale model allerede introduceret i psykiatrien for knap 40 år siden tilbage i 1977 af den amerikanske psykiater George Engel (1977). Med modellen var det Engels hensigt at opponere imod den dengang traditionelle og naturvidenskabelige tilgang, hvor sygdom eller en sygdomsproces alene blev forklaret ved hjælp af en patogen, genetisk eller udviklingsmæssig abnormitet. Som alternativ fremstillede Engel i stedet en model med udgangspunkt i, at sundhed bedst forstås som en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer – nemlig den bio-psyko-sociale model (BPS-modellen). Dele af denne BPS-model var inspireret af Banduras teorier om social indflydelse (*Social Cognitive Theory*) og Banduras grundtanke om den gensidige forbundethed mellem *adfærd, person* og *omgivelser*. Fokus på den gensidige sammenhæng mellem indre og ydre faktorer i forhold til sundhed ses også hos Antonovsky (2000), der peger på, at mennesker, der forbliver sunde trods store helbredsbelastninger, besidder fællestræk, som kaldes *Sense of Coherence* (SOC) – på dansk *følelse af sammenhæng i livet*. Jo mere en person har en følelse af, at hans eller hendes liv hænger sammen på trods af livstransitioner, jo bedre mulighed synes der at være for, at personen kan håndtere de kriser og ydre pres, som livet kan byde på. Antonovsky definerede SOC som en global tillid til, at tilværelsen er begribelig (*comprehensive*), håndterbar (*manageable*) og meningsfuld (*meaningful*) (Antonovsky, 2000, p. 35).

Noget af årsagen til, at det psykologiske ben af den bio-psyko-sociale model synes underbelyst og underrepræsenteret sammenlignet med for eksempel den fysiske rehabilitering (genoptræning), kan være, at vi inden for dansk psykologi på nuværende tidspunkt ikke har et rehabiliteringsbegreb med et sigte på diverse psykologiske faktorer relateret til det at få et handicap eller en kronisk lidelse. I følgende forslag til tiltag har vi derfor vendt os mod udlandet og er blevet opmærksomme på, at The American Psychological Association (APA) for mere end 50 år siden fremsatte følgende definition af det specialpsykologiske felt, der hedder *rehabiliteringspsykologi*:

Rehabiliteringspsykologi er et specialområde inden for psykologien, som fokuserer på studiet og anvendelsen af psykologisk viden og kompetencer i relation til personer med et handicap eller med kroniske sygdomme. Formålet er at fremme sundhed og velvære, uafhængighed og valg, funktionsevner og social deltagelse i løbet af personens liv (APA Division 22, n.d., vores oversættelse).

I EU (og Australien) er rehabiliteringspsykologi endnu ikke anerkendt som et specialområde inden for psykologien, som det er tilfældet i USA, hvor det

endvidere er muligt at tage en psykologisk specialistuddannelse som rehabiliteringspsykolog. Mange psykologer, der arbejder med handicapgrupper, tangerer dog området – for eksempel sundhedspsykologer og neuropsykologer. Flere europæiske lande (fx Tyskland, Norge og Sverige) har endvidere inden for de seneste 10-15 år etableret selvstændige forskningscentre inden for rehabiliteringspsykologi (se fx Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Psychologisk Institut, Freiburg Universitet, Tyskland, <http://www.psychologie.uni-freiburg.de/abteilungen/Rehabilitationspsychologie>). Grundene til, at vi i Danmark i år 2014 endnu ikke har udviklet et nationalt tiltag om at udvikle et specialpsykologisk område inden for rehabiliteringspsykologi, kan være mange, men faktum er, at vi inden for dansk psykologi ikke opererer med et begreb, der afgrænser området, mens vores nabolande allerede er i gang. Her er det vigtigt at holde sig for øje, at rehabiliteringspsykologi ikke begrænser sig til hjerneskadeområdet, men målretter sig til *alle* grupper af individer med et handicap eller en kronisk sygdom. Rehabiliteringspsykologi baserer sig, som vores danske rehabiliteringsbegreb, på den bio-psyko-sociale model.

3. Koordination i et historisk perspektiv og eksisterende definitioner

3.1. Koordinering en nødvendighed

For at vende tilbage til det, som vi håber vil kunne sammenflette og sikre en helhedsorienteret og interdisciplinær rehabilitering i Danmark, nemlig koordination, vil vi nu rette blikket mod de forskellige tiltag, der har eksisteret hidtil, og undersøge, hvordan BPS-modellen ses og sikres i særligt de nye tiltag om en koordineret indsats på hjerneskadeområdet.

I Danmark kender vi endnu ikke effekten af koordination i Social- og Sundhedsvæsenet, da der ikke foreligger national forskning i dette. I 2011 udgav Sundhedsstyrelsen (2011a, 2011b) to rapporter om hjerneskadeområdet, den Medicinske Teknologivurdering (MTV) og Forløbsprogrammet for Hjerneskaderehabilitering. Begge rapporter konkluderer, at koordinering og samordning af forløb på tværs af primær- og sekundærsektor og internt i kommunalt regi synes at være utilstrækkelig og dermed en væsentlig barriere for etablering af sammenhængende og helhedsorienterede hjerneskaderehabiliteringsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2011a, 2011b). På baggrund af disse to rapporters konklusioner og anbefalinger udmøntede Sundhedsstyrelsen i 2011 særlige satspuljemidler til hjerneskadeområdet til implementering af disse anbefalinger.

MTV's bud på definitioner af koordination synes primært at være rettet mod at skabe sammenhæng, mens der i langt mindre grad er fokus på, hvordan koordination kan være med til at sikre det helhedsorienterede forløb for personer med en hjerneskade. Den bio-psyko-sociale model operationaliseret ved WHO's (2001) *International Classification of Functioning* (ICF) er

foreslået i MTV'en som et potentielt redskab til at skabe helhed i interdisciplinære rehabiliteringsforløb. Til trods for MTV'ens anbefaling af den biopsyko-sociale model i rehabiliteringsindsatser synes der i rapporten at mangle en tydelig kobling til koordinationsbegrebet og dets rolle i forhold til en sikring af anvendelse af denne model i praksis.

Sammenfattende identificerer MTV'en på baggrund af en systematisk literaturgennemgang koordination som et behov, men rapporten giver ikke et fyldestgørende svar på indhold af koordination i rehabilitering til sikring af for eksempel det manglende psykologiske fokus i den interdisciplinære rehabilitering. Så selvom der faktisk er givet bud på definitioner af koordination undervejs, synes disse fortsat at være varierende og løse.

På baggrund af dette fremlægges i det følgende resultaterne fra en supplerende litteratursøgning. Litteratursøgningen har til hensigt at bidrage med viden, der kan kvalificere og samordne definitioner af koordinering, relateret til rehabilitering, til et anvendeligt begrebsapparat, der dels inkluderer og dels sikrer det psykologiske perspektiv i hjerneskaderehabiliteringen. Den er udviklet på baggrund af søgninger i databaserne PsycINFO, Web of Science, Scopus og MEDLINE.

Litteratursøgningen resulterede i 11 forskningsartikler og én bog, der opfyldte de angivne kriterier. Udvalgte dele af disse 12 værker er fremstillet i det følgende, hvor udvalgskriteriet har været, at værket skulle være rettet mod forskellige aspekter af koordinationsbegrebet i rehabilitering på hjerneskadeområdet, fra historisk beskrivelse over definition og indhold til modeller og tilgange. Hovedparten af artiklerne (8) behandler dog koordination i forhold til arbejdsrettet rehabilitering/revalidering (*vocational rehabilitation*) og vedrører derfor kun en specifik del af rehabiliteringsforløbet, som finder sted sidst i forløbet. Endvidere berører én artikel koordination i forhold til børneområdet, som heller ikke er den primære målgruppe i denne artikel. Disse artikler er derfor ikke medtaget i denne gennemgang. Endelig indgår reviewet af Turner et al. (2008) også blandt de 12 værker. Der findes særligt én artikel (Direnfeld, 1990), som mere fyldestgørende behandler koordination i et teoretisk og historisk perspektiv, hvorfor denne artikel også udfoldes mere specifikt i den nedenstående gennemgang. Resultater er opdelt inden for de førnævnte tre områder.

3.2. Koordination i historisk perspektiv

I et amerikansk studie fra 1990 udførte Direnfeld en teoretisk og historisk gennemgang af, hvordan koordinationsbegrebet blev udviklet i USA. Direnfeld anvender det engelske begreb *Case Management* (CM) til at beskrive koordination i rehabiliteringsforløb. På dansk kan dette begreb muligvis sidestilles med *forløbskoordinering*. Dog er CM i Danmark mest anvendt som en konkret metode, særligt inden for hjemløse- og misbrugsarbejde, der bygger på en antagelse om, at borgeren selv skal være en del af forandringsprocessen, for at den kan lykkes, og at indsatsen er *lokalt forankret* og altså

foregår der, hvor borgeren er. Fra CM-metoden kan det være væsentligt at supplere den bio-psyko-sociale model med antagelsen om, at kognitiv rehabilitering er afhængig af den kontekst, hvor rehabiliteringen finder sted – med andre ord er lokalt forankret.

Tendensen til at afskaffe offentlige institutioner, for eksempel til personer med handicap, og satse på at hjælpe borgerne i eget hjem (afinstitutionaliseringen) anføres som den direkte årsag til ophavet af koordination. I afinstitutionaliseringstiden, som begyndte i 1960'erne, blev koordination netop præsenteret som en løsning til at håndtere fragmenterede systemer. Direnfeld (1990) beskriver således primært koordination som en organisatorisk foranstaltning til at kompensere og bygge bro mellem de fragmenterede systemer. Selvom koordination startede med afinstitutionaliseringen i 60'erne, anses den i dag fortsat for at være en organisatorisk foranstaltning til at forbinde fragmenterede systemer. Sammenkædning af fragmenterede systemer er et velkendt behov i Danmark, hvor de tiltagende specialiseringer i Social- og Sundhedsvæsenet medfører et øget behov for koordinerende indsatser.

I Direnfelds gennemgang angiver han ikke en klar definition på det såkaldte CM-begreb, og det kan derfor være svært at få en entydig forståelse af, hvordan funktionen kan forstås i forhold til dansk praksis. Det er for eksempel uklart, hvorvidt en *Case Manager* eventuelt vil kunne sidestilles med en dansk socialrådgiver eller en hjemmehjælper, da der synes at være overlap i funktionsbeskrivelsen i forhold til begge faggrupper.

3.3. Indhold og kompetencer i koordination

Direnfeld (1990) identificerer fem nøgleopgaver i CM, nemlig udredning, planlægning, sammenkædning (af tilbud), monitorering og advokering. Det fremgår desværre ikke tydeligt i Direnfelds redegørelse, hvilke konkrete typer indsatser der kunne tilbydes den enkelte i rehabiliteringsforløbet – for eksempel hvorvidt det kun drejer sig om de fysiske aspekter, eller om det også inkluderer de psykologiske og sociale aspekter.

Ser vi på selve *indholdet* i de amerikanske uddannelser for koordinatore, varierer det, med hensyn til hvilke specifikke aspekter som prioriteres i uddannelsen. Følgende områder synes dog alle at være centrale områder, som koordinationen vægter, når der er tale om hjerneskadeområdet: pårørendearbejde (information og inddragelse i forløbet), rehabilitering rettet mod, at personen kommer i arbejde igen, rehabilitering rettet mod inklusion/reintegration i civilsamfundet, rehabilitering rettet mod, at personen bliver i stand en selvstændig livsførelse, rehabilitering rettet mod socialisering, rehabilitering rettet mod, at personen får adgang til tilbud i lokalsamfundet, samt rehabilitering rettet mod, at personen bliver i stand til at klare sine daglige gøremål/aktiviteter. Inden for disse områder er det muligt at identificere særligt de sociale rehabiliteringsaspekter i uddannelsen af koordinatore. Vi er enige i, at disse områder alle er særdeles centrale i et rehabiliteringsforløb, men efterlyser samspillet med de mere psykologiske rehabiliteringsaspekter og

inddragelse af psykologers særlige kompetence i forhold til at fremme inklusion. Der kunne det ønskes, at koordinatorene i højere grad også har mulighed for at henvise personen til et tilbud, der på kompetent vis kan forebygge eller håndtere de psykologiske følger.

3.4. Definitioner på koordination

Resultatet af litteraturgennemgangen viser, at kun ét studie (Ashley, 2003) angav en klar definition på, hvad koordination i forhold til personer med en hjerneskade bør indeholde. Definitionen tager afsæt i CM fra Case Management Society of America (CMSA) og har et stort overlap med de fem faktorer, som blev påpeget af Direnfeld (1990). Definitionen lyder som følgende:

Case management (koordination) er en samarbejdsproces bestående af: udredning, planlægning, facilitering og advokering i forhold til muligheder og tilbud for på denne måde at imødekomme en persons individuelle helbredsbehov via kommunikation og tilgængelige ressourcer. Formålet er at fremme kvalitet og omkostningseffektivt udbytte (CMSA, n.d., vores oversættelse).

Her ser vi, at fokus er på at identificere de rette tilbud, men der gives ingen nærmere beskrivelse af, hvorvidt dette sker ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv, eller om det alene er ud fra økonomiske betragtninger, som de pointerer i deres definition. En vigtig tværkulturel og samfundsmæssig forskel mellem USA og Danmark er, at koordination og koordinatorene i USA ofte er sponsoreret af forsikringsselskaber eller af arbejdsgivere for at minimere langtidsgifter, mens det i Danmark udbydes som en offentlig ydelse i det danske velfærdssamfund. CMSA tilbyder således selv koordinatorene samt uddannelser af disse. Ifølge CMSA vil en koordinator, der har modtaget en certificeret uddannelse fra dem, besidde de kompetencer og den erfaring, der kræves for at skabe de bedste forløb for borgere og serviceydere.

I USA har man yderligere som i Danmark også statsfinansierede programmer, der inkluderer koordination – for eksempel Missouri Head Injury Program, hvor en koordinator (*service coordinator*) udreder og undersøger patientens behov og matcher disse med det rette rehabiliteringstilbud (Reid-Arndt, Schopp, Brenneke, Johnstone & Poole, 2007). I studiet redegøres der ikke nærmere for, hvad disse behov konkret inkluderer. I sit teoretiske studie af korte og effektive rehabiliterings- og behandlingsforløb redegør Ashley (2003) for aspektet *health needs*, som synes at henvise til en mere overordnet forståelse af en persons helbredsbehov, men uden at de psykologiske og sociale behov specificeres.

Opsummerende efterlyses de psykologiske perspektiver i relation til hjerneskaderehabilitering i både de danske og de internationale definitioner af koordination. Litteraturgennemgangen viste blot ét enkelt sted, hvor de psykologiske aspekter tilnærmelsesvis synes at blive synlige. Dette var i beskrivelsen af

indholdet i koordinatoruddannelserne, hvor eksempelvis information og inddragelse af pårørende i forløbet, inklusion i samfundet samt arbejdsrettet rehabilitering nævnes. Dog er disse områder alle beslægtet med de sociale indsats-er, der kræves i forhold til hjerneskaderehabilitering. Det var ikke muligt for os at identificere konkrete tiltag, hvor den hjerneskaderamtes psykologiske behov var i fokus – for eksempel på det mere personlige niveau og i forhold til store eksistentielle ændringer, der ses ved en hjerneskade. Vi konkluderer derfor, at det primært er de biologiske/fysiske og sociale aspekter af den bio-psyko-sociale model, der tales om, og der derfor er behov for en revideret definition af koordinationsbegrebet. I artiklens afslutning giver vi således et bud på, hvordan et nyt koordinationsbegreb kunne tage sig ud for at sikre et ligevægtigt fokus på de bio-psyko-sociale aspekter i rehabilitering.

4. Koordination i et nutidigt perspektiv

Siden 2007 er der i Danmark oprettet koordinatorstillinger på senhjerneska-deområdet i kommunalt regi til sikring af et sammenhængende og helheds-orienteret forløb for hjerneskaderamte. Endvidere udgør WHO (2001) og Hvidbogens (MarselisborgCentret, 2004) definition af rehabilitering allerede det anbefalede fundament for fagpersoners fælles referenceramme for reha-bilitering i Danmark og dermed også den bio-psyko-sociale model. På trods af disse initiativer viser de foreløbige resultater af vores forskning, at særligt de psykologiske følger (depression og forringet livskvalitet) fortsat udgør de største udfordringer to år efter en hjerneskade (Glintborg, Søndergaard & Hansen, under udarbejdelse). Desværre indgår tilbud om psykologisk støtte til håndtering af de svære transitioner, som en erhvervet hjerneskade medfører, stadig ikke som en del af den koordinerede rehabiliteringspakke.

4.1. Koordineret hjerneskaderehabilitering – hvordan tager det sig ud i praksis?

Følgende er en præliminær gennemgang af, hvordan det står til inden for dansk praksis, belyst i forhold til de psykosociale konsekvenser i rehabilite-ringsforløbet, som er præsenteret i introduktionen. Resultaterne er del af et igangværende mixed-methods ph.d.-projekt af førsteforfatter, der har til hen-sigt at undersøge de psykosociale effekter af koordineret hjerneskaderehabi-litering inden for målgruppen 18-66 år (moderate til svære traumatiske hjer-neskader og apopleksier). Inkluderet i studiet er personer fra en større dansk kommune, der i 2011 fik en hjerneskade og blev indlagt på et dansk neuro-rehabiliteringscenter. Alle indlagte ($N = 55$) på neurorehabiliteringscentret i året 2011 blev tilbudt deltagelse i forskningsprojektet, hvoraf 37 hjerneska-deramte og 22 pårørende gav informeret tilsagn om deltagelse.

De første kvalitative resultater fra individuelle interviews er identificeret ved brug af en tematisk indholdsanalyse (Miles, Huberman & Saldana,

2013) udført af førsteforfatter. Resultaterne peger på fire temaer, som går igen hos alle de 37 interviewede personer (Glintborg et al., under udarbejdelse). De fire områder kræver alle et psykologisk fokus og er fremstillet i det følgende:

1. Pårørenderollen (ny situation – ny relation for både den ramte og de pårørende)
2. Identitet (transitionen fra rask til hjerneskadet og fra hjerneskadet til ?)
3. Psykisk påvirkning (angst og depression)
4. Reintegration (i hverdags- og arbejdslivet).

Med henvisning til transitionsmodellen, som vi præsenterede indledningsvist (Turner et al., 2008), synes der at være en overensstemmelse med de forskellige aspekter i modellen og de fire områder, vi nu har identificeret i dansk praksis. Områderne påkalder sig et interdisciplinært fokus, hvor også det psykologiske aspekt er medtaget. Resultater fra vores kvalitative data viser, at den eksisterende danske installation af koordinationsløsninger, som blev fremsat i 2007 og igen blev yderligere anbefalet i 2011, ikke synes at have formået at nå til en automatisk inddragelse af indsats, der på kompetent vis er i stand til at fokusere på og håndtere de psykologiske og sociale aspekter ved en erhvervet hjerneskade.

I flere af landets kommuner samarbejder man nu om at inddrage neuropsykologer i det indledende udredningsarbejde som et forsøg på at styrke det psykologiske aspekt af det interdisciplinære rehabiliteringsarbejde. Ud fra observationer fra et feltarbejde udført af førsteforfatter på et dansk neuropsychologisk rehabiliteringscenter i starten af 2013 kunne det konkluderes, at neuropsychologernes arbejde primært afgrænser sig til at omhandle neuropsychologisk udredning og testning, der bidrager med relevant information og præciseringer til rehabiliteringsplaner omkring den hjerneskaderamte samt bidrager med vigtig neurofaglig viden i forhold til rehabiliteringsarbejdet. Det bør anses som et stort skridt i den rigtige retning, at neuropsychologen var i stand til at teste og undersøge alle indlagte personer på rehabiliteringscenteret og på baggrund af disse neuropsychologiske undersøgelser bidrog med faglige vurderinger til rehabiliteringsforløbet. Gennem observationerne blev det dog tydeligt, at der i langt mindre grad var fokus på komorbiditet og håndtering af de psykologiske følger, som vi mener, bør være en integreret del af en helhedsorienteret koordineret rehabilitering. Såfremt der allerede i den akutte (fase 1) og sub-akutte fase (fase 2) viser sig kimen til psykiske følger hos en person, er det vigtigt, at der følges op på dette i den interdisciplinære rehabilitering. Ud fra feltobservationerne synes dette i øjeblikket ikke at være blevet integreret anno 2013. Flere af de indlagte personer med hjerneskade såvel som de pårørende udtrykte under samtaler med neuropsychologen, at hele situationen var svær for dem, og at de for eksempel var kedede af det eller bange for, hvad fremtiden skulle bringe med sig. Disse informationer om en

psykosocial udsathed blev ikke håndteret i den neuropsykologiske sammenhæng, hvilket der kan være forskellige årsager til, herunder ressourcemæssige. En anden forklaring kunne være, at neuropsykologer indtil for nylig har arbejdet med kontekstfri testning og med et mere generelt syn på kognition i modsætning til, at kognition er en uadskillelig del af konteksten, og at denne kontekst på sigt er personens hverdag. En tredje årsag er endvidere den, at neuropsykologers primære ærinde i den akutte og sub-akutte fase traditionelt har været at frembringe viden om personens kognitive funktionstilstand og ikke at tilbyde samtaleforløb til den ramte eller pårørende i krisetilstande og transitioner, som er noget af det, der ligger som en opgave hos rehabiliteringspsykologer. Dette resultat peger på, at de konkrete ændringer mod en helhedsorienteret koordination, der kunne identificeres i den psykologiske rehabiliteringspraksis i 2013, var ganske få. Vi konkluderer derfor på baggrund af de kvalitative resultater, at de personmæssige, de pårørendemæssige og de servicemæssige faktorer, som er fremsat i transitionsmodellen, ikke synes at være inddraget tilstrækkeligt i de tre rehabiliteringsfaser forbundet med en hjerneskade (akut behandling, sub-akut/rehabilitering under indlæggelse og rehabilitering efter indlæggelse). Derfor anbefaler vi som et konkret tiltag, at personer med en hjerneskade såvel som pårørende tilbydes et psykologisk samtaleforløb både i den første fase af rehabiliteringen og også senere i forløbet, hvor personer med en hjerneskade og pårørende især konfronteres med en ny hverdag. Det er desuden vigtigt at holde sig for øje, at det med en fyldestgørende forståelse af transitioner ikke er tilstrækkeligt at fokusere på den akutte og indledende rehabiliterende fase. Erkendelsen af funktionsnedsættelsens omfang og konsekvenser indtræffer nemlig ofte ved udskrivning og overgang til hjemmet samt i løbet af det første år, hvilket kan medføre de tidligere omtalte psykologiske reaktioner hos personen. Den psykologiske indsats bør derfor også dreje sig om psykologisk støtte til *kri-
sehåndtering, afklaring af og coping i forbindelse med (ny) identitet og livs-
situation for derved blandt andet at forebygge udvikling af depression og
angst og italesætte håb, optimisme, tro og positive emotioner*. Denne type psykologisk indsats kunne, som nævnt tidligere, med fordel tilføres rehabiliteringsforløbet ved at tilbyde *psykologiske samtaleforløb* (individuelle eller gruppebaserede) og *psykoedukation* til både personer med en hjerneskade og til de pårørende som en fast del af rehabiliteringspakken.

Med det øgede fokus på netop de psykiske funktionsnedsættelser i rehabiliteringsdefinitionen burde der være lagt kimen til, at det psykologiske perspektiv kan få en større og mere aktiv rolle i den interdisciplinære hjerneskaderehabilitering end hidtil – med andre ord den *psykologiske rehabilitering*. Det er vores opfattelse, at et selvstændigt specialpsykologisk felt, som allerede findes i en række andre lande, med fordel kunne integreres og funderes i Danmark i takt med, at den koordinerede helhedsorienterede rehabiliteringsindsats opbygges og implementeres. For at kunne sikre en parallel udvikling af rehabiliteringspsykologien som et nyt specialpsykologisk felt i

Danmark kræves blandt andet en langt større inddragelse af ikke kun neuropsykologer i det interdisciplinære felt, men også rehabiliteringspsykologer til udredning og behandling af eventuel komorbiditet i form af psykologiske følger. Rehabiliteringspsykologer arbejder interdisciplinært med faggrupper inden for det biologiske, psykologiske (fx neuropsykologer), sociale, miljø/omgivelsesmæssige og politiske felt for derved at opnå optimale rehabiliteringsmål (APA Division 22, n.d.). Man kunne også overveje en inklusion af psykologisk rehabilitering i den nuværende neuropsykologiske uddannelse og dermed en ændring af denne.

5. Koordinationsbegrebet i et nyt lys – ny model og definition

På baggrund af ovenstående synes koordinationsbegrebet at kalde på en revideret og ny definition, der kan sikre et fokus på de psykologiske aspekter på lige fod med de fysiske/biologiske og sociale. Vi ønsker således at supplere det danske rehabiliteringsbegrebsapparat med en model og en definition, der særligt retter sig mod begrebet koordination.

Fordi de psykologiske, men også de sociale følger af en hjerneskade på sigt viser sig som den største udfordring i rehabilitering efter en erhvervet hjerneskade, anbefaler vi, at Turner et al.'s (2008) transitionsmodel anvendes som model i den koordinerede rehabilitering. Ved at tage udgangspunkt i transitionsmodellen sikres det, at det ikke udelukkende bliver de organisatoriske overgange i rehabiliteringsforløb, der er i fokus, men også de livsmæssige (psykologiske og identitetsmæssige transitioner).

Når vi i Danmark ønsker at kunne tilbyde en helhedsorienteret rehabilitering, baseret på den bio-psyko-sociale model, og også har et ønske om at fremme en tydelig opmærksomhed på den psykologiske håndtering af transitioner i hjerneskaderehabiliteringsforløb, er det vigtigt, at vi sikrer en koordinering, der inddrager alle faktorerne i transitionsmodellen. Mens den bio-psyko-sociale model angives som en mere generel tilgang til personer på tværs af forskellige handicap, ønsker vi at plædere for at udvide og supplere modellen med transitionsmodellen, fordi transitioner netop anses for at være afgørende omdrejningspunkter i et hjerneskaderehabiliteringsforløb.

Der synes at være et klart behov for yderligere fokus på og forskning i transitionsfaser inden for rehabiliteringskontinuummet, såvel organisatoriske (fx overgang fra ét tilbud til et andet) som på personniveau (fx fra rask til syg til ?). Nye studier, der udforsker personer med erhvervet hjerneskade på forskellige tidspunkter under rehabiliteringsfasen/transitionsfasen, vil muliggøre en mere dybdegående forståelse af processen og facilitere en identifikation af prædiktorer for dårlige versus gode psykologiske udfald af et rehabiliteringsforløb. Ved at inkludere et hensyn til den ramtes bio-psyko-sociale behov i definitionen af koordination gives der mulighed for at skabe dette dobbeltblik på koordinering, nemlig dels på organisatorisk niveau (som

nu) i forhold til de faglige indsatser og som noget nyt og supplerende, dels et hensyn til personniveau i forhold til de personlige transitioner såvel som transitioner inden for familien. På baggrund af dette anbefaler forfatterne følgende ny definition af koordination:

Koordination i rehabiliteringsforløb er en kompetent samordning af de faglige indsatser både indholdsmæssigt og tidsmæssigt i forhold til det overordnede rehabiliteringsmål og med øje for borgerens *fysiske, psykologiske* og *sociale* støtte- og udviklingsbehov i organisatoriske og livsmæssige transitioner.

Endvidere er formålet med en koordineret indsats, at rehabiliteringsforløbet, både hvad angår personen med en hjerneskade selv, de pårørende, fagfolkene i forløbet og samfundet, sikres en høj kvalitet, hvad angår proces, indhold, ressourceforbrug og det endelige resultat. Dernæst kræver koordinati-on en tilstrækkelig organisatorisk ledelsesposition. Til sidst vil vi gerne hen-vise til, at samme eller lignende transitionsperioder, som vi har redegjort for i forhold til rehabilitering efter en hjerneskade, også kunne tænkes at være til stede hos andre grupper af personer (børn, såvel som voksne), der pludselig udsættes for et handicap. Dermed kunne transitionsmodellen muligvis fungere som en generel model for rehabiliteringspsykologien i Danmark. Fremtiden vil vise, om det fremsatte koordinationsbegreb kan udfoldes og indflettes i en dansk rehabiliteringspsykologi og dermed bidrage til udviklin-gen af et nyt dansk specialpsykologisk felt.

6. Opsummerende

Med rehabiliteringsbegrebets indførelse i dansk praksis i 2004 kom også ønsket om at styrke en helhedsorienteret og interdisciplinær indsats til perso-ner med funktionsnedsættelser generelt. På hjerneskadeområdet har man under-støttet dette ønske med anbefalinger fra den medicinske teknologivurde-ring om koordination i rehabilitering til at fremme det sammenhængende og helhedsorienterede forløb. Særligt er der i dansk praksis fokus på at skabe sammenhæng i overgangen mellem hospital og hjem. Dog viser forskning af Turner et al. (2008), at overgangen fra hospital til hjem blot er én af flere transitioner, som personer med en hjerneskade og deres pårørende oplever. En succesfuld, bæredygtig og personorienteret rehabilitering kræver ikke alene en glidende og sammenhængende overgang mellem de forskellige transi-tionsperioder og de forskellige typer af tilbud, personen modtager, den kræ-ver også helhedsorienterede tilbud, der tydeligt inddrager et interdisciplinært team af fagprofessionelle, der sikrer, at man kommer omkring de bio-psyko-sociale aspekter. Dog synes den psykologiske støtte, der rækker ud over de fysiske følger, fortsat at være underrepræsenteret i den interdisciplinære re-

habilitering. Ny dansk forskning påpeger – på lignende vis som den eksisterende forskning har gjort – at særligt de psykologiske følger udgør den største udfordring to år efter en hjerneskade, og som noget nyt, at de hjerneskadedramte selv eksplicit udtrykker et tydeligt ønske om psykologbistand. Formålet med denne artikel var derfor at undersøge, hvordan man ved hjælp af en indkredsning og revidering af koordinationsbegrebet vil kunne inddrage nye psykologiske perspektiver og faggrupper i hjerneskaderehabiliteringen på lige fod med de områder, der allerede synes sikrede (fysiske og kognitive).

Der blev taget udgangspunkt i koordinationsbegrebet historisk set, og dernæst fulgte en analyse af eksisterende nationale og internationale definitioner. Resultater af den supplerende litteratursøgning peger på, at koordinationsbegrebet i rehabiliteringssammenhæng historisk set kan tilskrives afinstitutionaliseringen – primært på det psykiatriske område – som begyndte i 1960'erne, hvor koordination blev set som et svar på fragmenterede servicetilbud. Endvidere findes der flere bud på definitioner på koordination, hvor der internationalt i amerikansk praksis anvendes betegnelser som for eksempel Case Management, mens der nationalt fra Sundhedsstyrelsens side har været forslået forskellige bud på definitioner:

Afslutningsvis foreslår og bidrager vi til en videreudvikling af et nationalt koordinationsbegreb, der bygger på Turner et al.'s (2008) transitionsmodel. Med indførelsen af denne nye model åbnes der op for en øget opmærksomhed på den ramtes såvel som de pårørendes psykologiske behov i transitioner, som hidtil har manglet. Fremtiden vil vise, om begrebet kan udfoldes og indflettes inden for en dansk rehabiliteringspsykologi og bidrage til et nyt specialpsykologisk område i Danmark. Til forskel fra de tidligere definitioner anbefaler vi her en ny sammenfattende definition af koordination, som inkluderer det psykologiske aspekt på lige fod med det fysiske og sociale.

Afslutningsvis er det vores håb, at denne reviderede definition kan udfoldes i dansk praksis og ikke blot i forhold til rehabilitering inden for hjerneskadeområdet, men også i forhold til rehabilitering inden for forskellige andre handicapområder.

Tak

Vi vil gerne rette en stor tak til Tia G. B. Hansen samt de to anonyme reviewere for mange konstruktive og nyttige kommentarer til tidligere versioner af denne artikel.

REFERENCER

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- APA Division 22 (n.d.). *What is rehabilitation psychology? Introduction*. Washington: APA Division 22. Hentet fra <http://www.apadivisions.org/division-22/about/rehabilitation-psychology/index.aspx>.
- Ashley, M. J. (2003). *Traumatic brain injury – Rehabilitation, treatment, and case management*. London: Taylor and Francis.
- Brenner, L. A., & Homaifar, B. Y. (2009). Deployment-acquired TBI and suicidality: Risk and assessment. In L. Sher & A. Vilems (Eds.), *War and suicide* (pp. 189-202). Haunouage, NY: Nova Science Publishers.
- Cameron, J. T., Tsoi, C., & Marsella, A. (2008). Optimizing stroke systems of care by enhancing transitions across care environments. *Stroke*, *39*(9), 2637-2643. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.501064.
- Claiborne, N. (2006). Efficiency of a care coordination model: A randomized study with stroke patients. *Research on Social Work Practice*, *16*(1), 57-66.
- CMSA (n.d.). *What is a case manager? Definition of case management*. Little Rock, AR: Case Management Society of America. Hentet fra <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>.
- Direnfeld, G. (1990). Traumatic brain injury and case management. *Cognitive Rehabilitation*, *8*(5), 20-24.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136.
- Gade, A., Gerlach, C., & Pedersen, P. M. (Eds.). (2009). *Klinisk neuropsykologi*. Frederiksberg: Frydenlund.
- Glintborg, C., Søndergaard, A. T., & Hansen, T. G. B. (under udarbejdelse). Bio-psycho-social outcome of ABI rehabilitation – From the clients' perspective.
- Hackett, M. L., & Anderson, C. S. (2005). Predictors of depression after stroke. A systematic review of observational studies. *Stroke*, *36*(10), 2296-2301.
- Hsieh, M. Y., Ponsford, J., Wong, D., Schonberger, M., McKay, A., & Haines, K. (2012). A cognitive behavior therapy (CBT) program for anxiety following moderate-severe traumatic brain injury (TBI): Two case studies. *Brain Injury*, *26*(2), 126-138.
- Langhorne, P., & Duncan, P. (2001). Does the organization of post-acute stroke care really matter? *Stroke*, *32*(1), 268-74.
- Levin, H. S., & Eisenberg, H. M. (1991). Management of head injury. Neurobehavioral outcome. *Neurosurgery Clinics of North America*, *2*(2), 457-472.
- MarselisborgCentret. (2004). *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet – Rehabilitering i Danmark*. Hentet fra http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF_er/Hvidbog.pdf
- Mitchell, G. K., Brown, R. M., Erikssen, L., & Tieman, J. J. (2008). Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke: A systematic review. *BMC Family Practice*, *5*(9), 44. doi: 10.1186/1471-2296-9-44
- Miles, M. B., Huberman, M. A., & Saldana, J. (2013). *Qualitative data analysis. A methods source book* (3rd ed.). California: Sage Publications.
- Miller, G. (1983). Case management: The essential service. In C. J. Sanborn (Ed.), *Case management in mental health services* (pp. 3-17). New York: Haworth Press.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* *6*(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Morton, M. V., & Wehman, P. (1995). Psychosocial and emotional sequelae of individuals with traumatic brain injury: A literature review and recommendations. *Brain Injury*, *9*(1), 81-92.

- Pallesen, H. (2011). *Fem år efter apopleksi – Fra sygdom til handicap* (Ph.d.-afhandling, Det Sundhedsfaglige fakultet, Syddansk Universitet, Odense). Hentet fra http://fysio.dk/Upload/Fafo/Ph.d.%20liste/Pallesen_%20PhD%20afhandling.pdf
- Prigatano, G. P. (1991). Disordered mind, wounded soul: The emerging role of psychotherapy in rehabilitation after brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6(4), 1-10.
- Reid-Arndt, S. A., Schopp, L., Brenneke, L., Johnstone, B., & Poole, A. D. (2007). Evaluation of the traumatic brain injury early referral programme in Missouri. *Brain Injury*, 21(12), 1295-1302.
- Rose, J. (2005). Continuum of care model for managing mild traumatic brain injury (MTBI) in a worker's compensation context: A description of the model and its development. *Brain Injury*, 19(1), 21-39.
- Schlossberg, N. K. (1984). *Counselling adults in transition: Linking practice with theory*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Struchen, M. A., Clark, A. N., Sander, A. M., Mills, M. R., Evans, G., & Kurtz, D. (2008). Relation of executive functioning and social communication measures to functional outcomes following traumatic brain injury. *Neurorehabilitation*, 23(2), 185-198.
- Sundhedsstyrelsen. (2008). *Forløbsprogrammer for kronisk syge – Generisk model og forløbsprogram for diabetes*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2011a). *Hjerneskaderehabilitering – En medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2011b). *Forløbsprogram for rehabilitering for voksne med erhvervet hjerneskade*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2011c). *Forløbsprogram for rehabilitering for børn og unge med erhvervet hjerneskade*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tang, K. (2007). *Kræftbehandling uden ventetid* (Notat). København: Danske Regioner. Hentet fra <http://www.regioner.dk/~media/migration%20folder/upload/filer/sundhed/kr%C3%A6ftbehandling%20uden%20ventetid%2027%209%202007.pdf>.ashx.
- Teasdale, T. W., & Engberg, A. W. (2001). Suicide after traumatic brain injury: A population study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 71(4), 436-440. doi: 10.1136/jnnp.71.4.436
- Teasdale, T. W., & Engberg, A. W. (2004). Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: A long-term population-based follow up. *Brain Injury*, 18(6), 535-545.
- Teasdale, T. W., & Engberg, A. W. (2005). Psychosocial consequences of stroke: A long-term population-based follow-up. *Brain Injury*, 19(12), 1049-1058.
- Tempest, S., & McIntyre, A. (2006). Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability Rehabilitation*, 28(10), 663-667.
- Turner, B. J., Fleming, J. M., Ownsworth, T. M., & Cornwell, P. L. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: A literature review and research recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 30(16), 1153-1176.
- Wade, D. (1995). Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation*, 19(8), 811-818.
- World Health Organisation. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organisation.
- Wulff, C., Søndergaard, J., Olesen, F., & Vedsted, P. (2010). Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter. *Ugeskrift for Læger*, 172(10), 801-804.