

AV ANNE SOFIE BØRRESEN

Traumatisk hodeskade Psykiske og sosiale aspekter

Det finnes i Norge i dag knapt nok noen institusjoner som har tilbud om kognitiv rehabilitering i senskadeforløpet etter hodeskade. Dette selv om forskning fra utlandet kan gi grunn til optimisme i forhold til trening av denne gruppen mennesker. Det vil være naturlig med spesialpedagogiske tiltak på området.

Hvert år blir omtrent 9000 personer i Norge innlagt i sykehus etter at de er blitt påført en traumatisk hodeskade, dvs. en skade som følge av ytre vold mot hjernen. Av disse personene har mellom 500 og 800 fått alvorlige skader med varig virkning (Finset, 1990). Det er godt samsvar mellom de norske tallene og tall fra andre land. Omtrent halvparten av alle traumatiske hodeskader skyldes trafikkulykker (Edna, 1987). Andre hyppige årsaksfaktorer kan være fallulykker i forbindelse med sport, fritid og hjemmeulykker. Også disse tallene korresponderer godt med tall fra utlandet. Heldigvis er andelen av hodeskader etter overfall og vold fortsatt liten i Norge. Det samme gjelder for skader rapportert etter arbeidsulykker. Forskning viser at årsakene til traumatiske hodeskader også varierer etter alder og kjønn. Når det gjelder fordeling av pasienter totalt, finner vi langt flere menn enn kvinner. Hva angår alder finner vi en opphopning av pasienter i 15-20 års alderen, men også en høy frekvens av pasienter i 70 års alder og eldre. I Ednas materiale fant han i tillegg at 32% av de innlagte var alkoholpåvirket da de ankom sykehuset.

En kan skille mellom direkte skader som oppstår i skadeøyeblikket, og indirekte skader som er sekundære eller som en følge av den primære skaden. Knusing av vev og avriving av nerveceller er eksempler på direkte skader, mens blødninger, hjernestammekompresjon og lav surstofftilførsel til hjernen er indirekte skader. Skader etter traumatisk hodeskade kan også deles inn på følgende måte : 1) avgrensede (fokale) skader og 2) diffuse og mer globale skader. Avgrensede skader innebærer gjerne funksjonssvikt i forhold til spesifikke kognitive funksjoner, avhengig av hvor i hjernen skaden er lokalisert. De diffuse eller globale skadene ser vi etter store, omfattende hjerneskader, og de fører ofte til en generell reduksjon av funksjon (Finset, 1990). Følgelig er det stor forskjell på typer hjerneskader og de konsekvenser disse får for den personen som blir skadet.

FØLGETILSTANDER ETTER HODESKADER

Etter en traumatisk hodeskade kan det forekomme nevrologiske følgetilstander, medisinske komplikasjoner, motoriske problemer, språk- og kommunikasjonsvansker, andre kognitive

vansker, seksuelle vansker, atferdsmessige- og psykiske følger osv. Funksjonshemninger etter skade kan med andre ord være av fysisk, kognitiv og personlighetsmessig art.

Nevropsykologiske -/ nevropedagogiske utredninger har som målsetning å kartlegge funksjonsutfall etter skade og konsekvenser av disse for individet.

Mange av de varige fysiske plagene skyldes naturlig nok hodeskaden og er derfor spesielle for denne gruppen mennesker. Det kan være infeksjoner i hjernevevet, posttraumatisk epilepsi, lammelser, kontrakturer i muskulaturen, forkalkning i leddene, koordineringssvikt, skjelvinger, nedsatt motorisk tempo, sansedefekter, perseptuelle vansker osv. En kan tenke seg problemer med muskeltonus og bevegelse som igjen virker inn på evnen til fysisk - og psykososial funksjon, og dermed fører til sekundære problemer for individet. Likeledes kan konsekvensene av språk- og kommunikasjonsvansker (f.eks. lammelser i taleapparatet og afasi) bli alvorlige etter hodeskade, fordi kommunikativ samhandling mellom mennesker synes å være et eksistensielt behov.

Språklig evne er nært knyttet opp til andre kognitive funksjoner. Eksempelvis kan hjerneskader gi svikt i regulering av atferd (reguleringsfunksjoner). Dette kan medføre initiativløshet, passivitet, økt trettbarhet, manglende motivasjon, redusert evne til å planlegge og styre aktiviteter, nedsatt oppmerksomhet, kritikkløshet, emosjonell avflatethet eller labilitet, generelt redusert intellektuell kapasitet osv. Hukommelsesutfall og problemer med nylæring er hyppig rapportert i forskningslitteraturen. Også mennesker uten påvist hjerneskade vil kunne nikke gjenkjennende til enkelte av disse utfallene, men her må presiseres at utfallene er organisk betinget. Spesielt etter skader i frontale deler av hjernen kan slike problemer oppstå, men også etter diffuse eller globale hodeskader generelt.

De følelsesmessige endringene kan være en direkte følge av en organisk betinget skade, men de kan også være naturlige psykiske reaksjoner på det å bli utsatt for en hodeskade. Det kan være vanskelig å stille differensialdiagnosen. Mennesker med hodeskader synes ofte å ha manglende realistisk oppfatning av egen situasjon og eget potensiale (innsiktsvansker). Den skadde kan også være helt eller delvis ubevisst sin skade (anosognosi). De emosjonelle reaksjonene og endringene kan bli så utpregede at de må betraktes som personlighetsendringer. Det finnes en mengde forskningslitteratur som beskriver ulike endringer i personlighet avhengig av skadelokalisasjon i hjernen.

PSYKISKE OG PSYKOSOSIALE ASPEKTER SPESIELT

Forskningsresultater på traumatiske hodeskader de siste 10-15 årene, synes å vise at fokus er flyttet fra forskning på spesifikke kognitive ressurser og begrensninger til det man kan kalle de tertiære følgene av hodeskaden, nemlig de emosjonelle og sosiale aspektene. Det var dette som var utgangspunkt også for egen undersøkelse (Børresen, 1996). Som spesialpedagog ved Øverby kompetansesenter, avd. for ervervet hjerneskade, kommer jeg hyppig i kontakt med voksne mennesker som befinner seg på ulike stadier i en rehabiliteringsprosess. Det har slått

meg at et flertall av disse menneskene gir uttrykk for at deres største problem er mangel på sosial kontakt, og / eller at de ikke lenger mestrer sosial omgang slik som tidligere. Jeg ønsket å sette fokus på denne tematikken ved å foreta en kvalitativ studie av fenomenet via et eksempel. Kasuset ble vurdert opp mot nyere norsk og internasjonal forskning på feltet.

Forskningslitteraturen viser generelt at de skadde selv og deres pårørende i stor grad rapporterer at emosjonell - og kognitiv funksjon er de to områdene som volder de største problemene flere år etter skadetidspunkt. Det er da lite overraskende at mange også opplever at deres sosiale nettverk er endret. Kontakten med familie har økt for mange, samtidig som det rapporteres at kontakten med venner er blitt mindre.

Flertallet av de yrkesaktive ved skadetidspunktet har opplevd store endringer med hensyn til egen arbeidssituasjon, og de studentene som fortsatt er i utdanning mener at følgevirkningene etter skade har medført alvorlige konsekvenser for utdanningsplaner og for hvordan skolearbeidet utføres. Alvorlighetsgrad og skadetype er svært avgjørende for å kunne si noe om potensiale i postakutt fase (senforløpet) og eventuell mulighet for å få et betalt arbeid. Det refereres til at bare ca. 50% av de med moderate og alvorlige hodeskader lykkes i forhold til det ordinære arbeidsmarkedet. Andre studier har rapportert lignende tall også for de med en lettere hodeskade. (Hodeskadeprojektet ved Sunnaas 1987- (ikke avsluttet), Stratton og Gregory, 1994).

Når det gjelder fritid, rekreasjon og hobbyer reduseres aktivitet og engasjement generelt på grunn av nedsatt aktivitetspotensiale. Det er funnet mangel på interesse og aktivitet spesielt hos de som ikke var i stand til å arbeide (Oddy m.fl., 1985).

Finset m.fl. (1995) presenterer resultater fra en undersøkelse med fokus på sosialt nettverk og mellommenneskelig støtte. I denne sammenheng vil jeg spesielt nevne at evne til / mangel på evne til initiativ blir fremhevet. De sier : "It is interesting that the item in the NIRS ratings (Norwegian Interdisciplinary Rating Scale) most significantly related to the network index was the ability of the patient to show initiative" (s.149).

Dette indikerer etter min oppfatning dystre perspektiver når vi vet at aspontanitet og redusert initiativ (ofte kalt det amotivasjonelle syndrom) er en hyppig observert følge av hodeskade, og at viktigheten av **gjensidighet i sosiale relasjoner** stadig understrekes i faglitteraturen.

De funn som forskerne presenterer viser klare tendenser. Det synes å være belegg for å si at hodeskader innvirker på fire viktige områder i et menneskes liv :

- 1) Høy risiko for reduksjon av vennskap og sosial støtte (utover nær familie).
- 2) Reduksjon av evnen og muligheten til å holde på gamle / etablere nye sosiale kontakter.
- 3) Mindre deltagelse enn før i arbeidsliv og fritidsaktiviteter.
- 4) Økt angst- og depresjonstendens er funnet i stor grad også lang tid etter skade.

Lezak (1987) fulgte hodeskadepasienter fra noen uker etter den posttraumatiske perioden til og med fem år etter skadetidspunkt. Resultatene i undersøkelsen hennes viser at i

alle tidsperioder er det problemer med sosial tilpasning som er de største. Med henvisning til denne forskningsartikkelen vil jeg oppsummeringsvis hevde at hodeskade svært ofte forandrer en persons liv i det minste for fem år og spesielt på de områdene som vanligvis gjør livet verdt å leve.

SOSIALE NETTVERK

Stort sett tror jeg vi alle tenker på kontakt og samhandling mellom mennesker når vi hører begrepet "sosiale nettverk". Nettverksbegrepet befinner seg i skjæringspunktet mellom en rekke fagområder, hvor de ulike profesjoner antagelig definerer begrepet teoretisk noe forskjellig, hvorpå "praksis" også blir ulik. Noen utdypende problematisering rundt begrepet ligger utenfor mitt fokus i denne sammenheng. Generelt kan sies at faglitteraturen understreker at nettverket ikke bare må oppfattes som en ytre realitet for et individ, men at det også er av avgjørende betydning hvordan individet selv påvirker sitt nettverk. Dette blir å oppfatte som et dialektisk samspill mellom individ og sosialt miljø. Det er også en voksende erkjennelse av at det er innen våre sosiale relasjoner vi skapes som mennesker; det er der i gjennom vi i stor grad legger premissene for helse, selvoppfatning og egen oppfatning av livskvalitet.

For mange er familien det tetteste nettverket. Som beskrevet i det foregående, er det en tendens til at voksne mennesker med hodeskader i langt større grad enn andre voksne forholder seg til familien. L.Fyrand (1994) sier at det er en hårfin balansegang mellom positiv og negativ kontroll i et tett nettverk. Dessuten kan et tett familiesentrert nettverk virke hemmende på variert sosial deltagelse. Sykdom eller skade kan påvirke det sosiale nettverket både kvantitativt og kvalitativt. Hjelpet behovet til den skadde blir gjerne større enn før, og dette sliter over tid på personene i nettverket. Forandringer i personlighet kan være vanskelig å forholde seg til. Familien og nære venner er vanligvis de som sist trekker seg unna. Likevel blir karakteren av samhandling mellom personene forandret; gjensidighet og likeverd blir kanskje erstattet med avhengighet. Samtidig vet vi at den skadde selv ikke i samme grad som før har muligheten til aktivt å endre nettverkets form og struktur. Dette er i seg selv et vanskelig utgangspunkt, og spesielt dystert blir bildet når vi sammenholder det med Finset m.fl. (1995) sine resultater som viste at individets evne til initiativ var den variabelen som var mest signifikant i forhold til nettverk.

Vi vet at muligheten for å gjenoppta tidligere utdanning og arbeid reduseres betraktelig, og at aktiv deltagelse i tidligere prioriterte fritidsaktiviteter blir mindre bl.a. som en følge av nedsatt aktivitetspotensiale. Dermed reduseres også de sosiale relasjoner man var en del av gjennom disse sammenhengene. Personen er (uforskyldt) kommet inn i en vond sirkel som det viser seg vanskelig å komme ut av igjen.

Det sosiale nettverket kan som nevnt ha både positive og negative virkninger på individet, men et støttende sosialt nettverk vil representere en mestringsfaktor og en buffer i

vanskelige og belastende livssituasjoner. Vår utredningsmodell på kompetansesenteret omfatter, i tillegg til nevropsykologisk og nevropedagogisk diagnostisering, i de fleste tilfeller også en sosial nettverkskartlegging sammen med brukeren. Målsetningen er å finne ut hvor stort nettverket er, hvilke personer som befinner seg der, hvilke personer som befant seg der før skaden, hvordan relasjonene er mellom aktørene og hvordan nettverket fungerer for brukeren. Vi ønsker å kartlegge både det uformelle og det formelle (dvs. det offentlige) nettverket. Gjennom denne kartleggingen vurderer vi grunnlag for intervensjon; enten for å vedlikeholde et allerede eksisterende nettverk eller for å medvirke til at et nytt etableres. Slik får vi som innovatører og fagpersoner også en god oversikt over de ressurser vi (sammen med lokale fagfolk) har å spille på i nettverket rundt den skadde. Ved vårt senter har vi personer som er spesielt kvalifisert for å foreta en slik kartlegging. De er studenter tilsluttet en forholdsvis ny utdanning i Norge som kalles "Teori og metode i nettverksintervensjon". Utdanningen har sin teoretiske forankring bl.a. i Urie Bronfenbrenners sosialøkologiske modell.

Hovedmålsetningen med først å foreta en sosial nettverkskartlegging for så eventuelt å intervensjonere, er et oppriktig ønske om å bidra til å styrke livskvaliteten til et medmenneske. Likevel må vi være realistiske å innse at nettopp dette; **det mest fundamentale for mennesker, kan vi som fagfolk gjøre minst med.** Det vil alltid være en balansegang mellom å initiere noe som profesjonell, og individets eget ønske om selv å skape sosiale relasjoner, kanskje uten å lykkes. Det vi uansett må forholde oss til i vårt arbeid, er at alle mennesker i utgangspunktet har et eksistensielt behov for å oppleve selvbekreftende og berikende treffpunkter med andre.

REHABILITERING I SENFORLØPET

Den mest vanlige tolkningen av ordet rehabilitering synes å være at den enkelte gjennom en personlig prosess i størst mulig grad blir i stand til å løse de daglige, praktiske oppgavene som vedkommende mestret tidligere, og at dette må skje i interaksjon med miljøet rundt. Ofte finner en livskvalitetsbegrepet implisitt i slike definisjoner. I rehabiliteringen vil konsekvensene av skaden stå i fokus; både de helsemessige, sosiale, yrkesmessige, psykologiske osv. Målet er ikke bare å gjenvinne, men ofte så langt som mulig bevare eksisterende funksjoner. Treningen kan også innebære å utvikle funksjoner eller kompenseringstrategier en tidligere ikke mestret eller benyttet. Gjenvinne, bevare og utvikle er stikkord for all rehabilitering. For mange av de personene vi møter vil en slik rehabiliteringsprosess være livet ut. Senforløpet, eller den postakutte fasen i en eventuell rehabiliteringsprosess, hentyder til det stadiet individet befinner seg på i en behandlingsskjede. Finset har i sin bok (1990, s.60) en skisse som viser denne behandlingsskjeden i Norge. Ved vår avdeling på Øverby kompetansesenter har vi til nå primært mottatt søknader om utredning

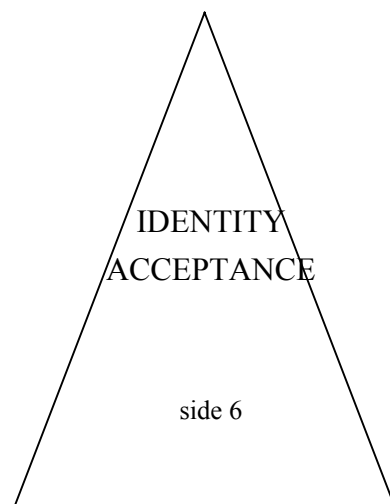
flere år etter skadetidspunktet. Her skal nevnes at denne tendensen delvis er i ferd med å snu, kanskje som en følge av at våre tjenester er blitt bedre kjent rundt om i landet.

Helsedirektoratet har punktvis skissert trinnene en rehabiliteringsprosess kan inneholde (Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91) :

- 1) Erkjennelse av skade og eventuell funksjonshemming
- 2) Kartlegging av funksjonsnivå
- 3) Rehabiliteringspotensiale
- 4) Rehabiliteringsmål
- 5) Rehabiliteringsplan
- 6) Gjennomføringsfasen
- 7) Oppfølging og evaluering

Dette anser jeg som et brukbart utgangspunkt og en ramme for eget arbeid med mennesker som har blitt utsatt for en ervervet hjerneskade. Her må presiseres at Øverby kompetansesenter i sitt arbeid er helt avhengig av et gjensidig forpliktende samarbeid med lokale fagfolk. Sist, men kanskje aller viktigst, er den kontakten vi eventuelt klarer å opprette med brukeren selv. Uten åpenhet og tillit er det lite vi som profesjonelle kan utrette. En overordnet målsetning for en slik omfattende prosess må etter min vurdering være å tilstrebe en holistisk tilnærming på alle trinn. Holismebegrepet må her betraktes som det motsatte av reduksjonisme; hvor reduksjonisme betyr at fenomenet som helhet blir underordnet de enkeltheter som helheten er bygd opp av. Mitt utgangspunkt for å introdusere holismebegrepet i denne sammenhengen er et ønske om å fokusere på viktigheten av en tverrfaglig og helhetlig tilnærming til rehabilitering. Når vi samarbeider med fagfolk i de lokale hjelpeapparat rundt om i landet, ser vi at det er på dette området det som regel skorter. Gode, faglig funderte planer eksisterer og mye bra arbeid gjøres fra mange hold, men koordinering, felles problemforståelse og helhetstenkning rundt tiltakene er ofte vanskelig å få til i praksis.

Y.Ben-Yishay og G.Prigatano (1990) har i en artikkel tatt for seg en holistisk og mangesidig /multidisiplinær tilnærming til rehabilitering. Artikkelforfatterne sier at en måte å gi en operasjonell definisjon av en holistisk kontekst på, er å definere operasjonelt den kliniske utfordringen et hvert nevropsykologisk rehabiliteringsprogram for hodeskadde vil stå overfor. De fremsetter en slik definisjon, som her blir presentert ved følgende figur :



CONTROL
MASTERY
AWARENESS
ENGAGEMENT

Forfatterne hevder at den skadde må avansere gjennom et hierarki som består av seks ulike nivåer. Disse nivåene utgjør, oversatt til norsk : **Engasjement** henviser til de intervensjoner som er ment å fremme (år)våkenhet, oppmerksomhet og konsentrasjon (nivå 1). **Bevissthet og oppmerksomhet** refererer til de terapeutiske intervensjoner som fokuserer på individets evne til å fatte og forstå konsekvensene av hjerneskaden, og gjøre vedkommende villig til å starte en prosess for om mulig å overvinne sine handicap (nivå 2). **Mestring og kontroll** (nivå 3 og 4) representerer intervensjoner med fokus på bedring av de kognitive og personlighetsmessige plager eller utfall. **Akseptering** oppnås ved at de foran nevnte utfordringer kan møtes på en realistisk måte. Personen har klart å reorientere seg i forhold til sin egen fremtid. Mål for livskvalitet er gjerne endret (nivå 5). **Identitet** refererer til en vellykket løsning på alle stadiene foran, da den skadde blir reintegrert i samfunnet, og at vedkommende kan føle seg produktiv og nyttig på tross av de begrensningene skaden har gitt. Vedkommende har fått en ny oppfatning av egen identitet (nivå 6).

Ben-Yishay og Prigatano peker på en svært viktig forutsetning for en vellykket rehabilitering, nemlig at individet selv så langt det er mulig må være bevisst, engasjert og aksepterende i forhold til sin endrede livssituasjon. Den operasjonaliserte definisjonen av rehabilitering betoner også at vi som hjelpere og profesjonelle aktivt må intervensjonere på de ulike stadiene i hierarkiet. Et vellykket avansement er ingen selvfølge, snarere tvert i mot, det kan innebære utfordrende og hardt arbeid fra alle impliserte parter. Bearbeiding på hvert av disse nivåene synes likevel etter denne modellen å være grunnleggende i rehabilitering av mennesker med hodeskader. Ved å praktisere en slik tilnærming ivaretar en etter min mening langt på veg hensynet til det hele mennesket med sine behov, ønsker og drømmer (jfr. den holistiske tilnærmingen).

G.Prigatano tar i to artikler (1989 og 1991) for seg psykoterapiens rolle i rehabilitering av mennesker med hjerneskader. Han mener at et viktig mål for all terapi må være å skape mening i livet til den som er skadet, hjelpe vedkommende til aktivt engasjement i egen rehabiliteringsprosess og endelig, hjelpe til å mestre det å leve med sin "wounded soul". Han presenterer tre begreper, nemlig "work, love and play" som han mener er begreper eller symboler som bør erstatte de tradisjonelle symboler som ofte styrer (amerikanske) menneskers liv; symboler som helse, skjønnhet, intelligens og gevinst. De to første begrepene trenger ingen nærmere forklaring. "Play" derimot oppfatter jeg som evnen til å delta sammen med andre mennesker. Prigatano sier at dette innebærer individets kapasitet til å erfare sine

unike eller individuelle aspekter via fantasi og kreativitet. "Play" betyr i denne sammenheng en indre evne til deltagelse og engasjement, mer enn det vi tradisjonelt tenker på når vi hører ord som fritidsinteresser, hobbyer og rekreasjon. Begrepet defineres slik jeg ser det på to plan; det indre og det ytre. Prigatano sier videre at: " If the TBI (traumatic brain injury) patients engage in work, love, and play, these symbols will help them establish a sense of meaning within our culture." (1991, s.9).

Hvordan harmonerer så disse tankene med de syv punktene Helsedirektoratet (op.cit.) skisserte som trinn i en rehabiliteringsprosess ? Etter min vurdering meget bra. En kan med fordel benytte Ben-Yishay og Prigatanos hierarki-tenkning som metode eller tilnærming på hvert av de skisserte trinnene i en rehabiliteringsprosess. Artikkelforfatterne beskriver videre en praktisk tilnærming illustrert ved et bestemt behandlingsprogram. For den interesserte leser kan denne fremstillingen anbefales.

En forholdsvis ny undersøkelse fra Center for Hjerneskade i Danmark (Teasdale, Christensen og Pinner, 1993) synes i denne sammenhengen viktig å referere. Forskerne undersøkte 22 hodeskadepasienter og 14 slagpasienter fra tiden før ulykke eller slag (retrospektive data), gjennom et 4-5 måneders intensivt rehabiliteringsprogram og til oppfølging ca. et år etter gjennomføringen av programmet. De satte fokus på psykososial rehabilitering, og konkluderte med at treningen hadde hatt positiv effekt på de som deltok. Dette kunne ikke alene skyldes spontanbedringseffekt, da alle pasientene deltok i programmet over 2.5 år etter skadetidspunkt. Undersøkelsen reflekterer etter min mening optimisme og følelse av utilstrekkelighet på samme tid. Jeg skal forklare hva jeg mener med dette.

Mitt inntrykk etter å ha studert internasjonal forskning på tematikken, er at de aller fleste personene som har deltatt i forskningsprosjekter som "informanter" på traumatiske hodeskader, i svært liten utstrekning hadde fått tilbud om intensiv, helhetlig trening over tid. Et nærliggende spørsmål bli da : Hadde den store mengden forskningsresultater generelt tendert i mer positiv retning med hensyn til psykisk - og psykososial funksjon hvis de undersøkte hadde fått trening som skissert ovenfor ? Undersøkelsen fra Danmark viste nettopp at trening hadde god effekt bl.a. på psykososial funksjon. Kanskje har vi som aktører på denne arenaen derfor grunn til å være optimistiske på vegne av våre brukere ?

Så til følelsen av utilstrekkelighet. Realiteten i dagens Norge er dessverre slik at det knapt nok finnes institusjoner som har tilbud om kognitiv rehabilitering i senforløpet etter hodeskade. (Sunnaas sykehus o.a. gir primært et slik tilbud i en tidligere fase). Tradisjonelt har det vært forbeholdt ulike medisinske institusjoner å arbeide med denne problematikken. Av den grunn ville det være spennende om vi ved vårt spesialpedagogiske senter snart fikk realisert planene våre om en avdeling for kognitiv rehabilitering av mennesker med ervervede hjerneskader ved Øverby kompetansesenter. Som en følge av politiske føringer fra Departementet og styret som vi er underlagt, har vi pr. dags dato ingen slik opptreningsenhet. Hensikten med en slik avdeling vil være å drive helhetlig (dvs. fysisk, kognitiv og

personlighetsmessig) trening, opplæring og bevisstgjøring over tid. Ved å opprette en slik enhet vil de ulike fagpersoner også få bedre anledning til å prøve ut og evaluere metoder og tiltak. Slik vår avdeling er organisert i dag, klarer vi ikke dette i stor nok grad, selv om vi i enkelte saker bruker store ressurser på oppfølging i brukerens lokalmiljø. Det er etter vår vurdering viktig å initiere spesialpedagogiske tiltak parallelt med f.eks. medisinske tiltak så tidlig som mulig i rehabiliteringsprosessen. Forskning viser at tidlig intervensjon i mange tilfeller gir gode prognoser. Det hadde vært spennende og utfordrende å få mulighet til å prøve ut de modeller og tilnærminger som er skissert ovenfor, og etter hvert kunne utvikle en egen tverrfaglig og helhetlig arbeidsmetodikk for denne målgruppen. Ved å arbeide med kognitive utfall (men også ressurser !), samt bevisstgjøring av egen funksjon etter skade, vil en også delvis kunne bidra til å avhjelpe de tertiære følgene som jeg har ønsket å fokusere på i denne sammenhengen, nemlig de emosjonelle - og sosiale aspektene ved det å leve med en hodeskade. Internasjonal forskning viser nesten entydig at slike problemer oppfattes som de største problemene for svært mange. Det synes også som om det er på disse eksistensielle områdene de skadde får dårligst hjelp og oppfølging. Egen kasusstudie (Børresen, 1996) bekreftet også denne tendensen.

Hvordan skal så de ulike instansene i behandlingsskjeden greie å "fange opp" og ivareta de personene dette gjelder så tidlig som mulig i en eventuell rehabiliteringsprosess? Etter min mening må samarbeidet mellom helse- og skole- / arbeidssektor formaliseres både på kommune-, fylkes- og regionnivå. Det bør opprettes bedre meldingsrutiner mellom nivåene og fasene i behandlingsskjeden for å sikre kontinuitet i de tilbud som gis. Målet for en hver rehabiliteringsprosess må være individets integrasjon i samfunnet og dennes opplevelse av livskvalitet. Sosial kompetanse og vekst synes å være en forutsetning for vellykket rehabilitering for voksne mennesker som har blitt utsatt for en hodeskade. Interaksjon både på individ - og systemnivå er antagelig viktigere enn aksjon.

REFERANSER

Ben-Yishay, Y., G. Prigatano : *Cognitive Remediation*. I : Rosenthal, M. m.fl. (eds.) : *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*. Philadelphia : F.A.Davis Company, 1990.

Børresen, A.S. : *Psykiske- og sosiale aspekter etter traumatisk hodeskade hos voksne. Rehabilitering i senforløpet belyst ved et eksempel*. Hovedfagsoppgave til 3. avd. spesialpedagogikk, Institutt for spesialpedagogikk, UiO, 1996.

Edna, T.H. : *Head injuries admitted to hospital. Epidemiology, risk factors and long term outcome.* Levanger: 1987. (Resyme av doktoravhandling).

Finset, A. : *Hodeskade. Virkninger og behandling av ulike typer hodeskader.* Oslo : Cappelen, 1990.

Finset, A., S.Dyrnes, J.M.Krogstad og J.Berstad : Self-reported social networks and interpersonal support 2 years after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 1995, vol.9, no.2, 141-150.

Fyrand, L. : *Sosialt nettverk - teori og praksis.* Tano, 1994.

Helsedirektoratets veiledningsserie, 3 - 91, *Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering.*

Hodeskadeprojektet ved Sunnaas sykehus, 1987-. (Data er publisert i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1995, nr.32, 616-620).

Lezak, M.D. : Relationships between personality disorders, sosial disturbances, and physical disability following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1987, 2(1) : 57-69.

Oddy, M., T.Coughlan, A.Tyerman and D.Jenkins : Social adjustment after closed head injury : a further follow-up seven years after injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1985, 48, 564- 568.

Prigatano, G. : Work, Love, and Play After Brain Injury. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1989, 53, 414-431.

Prigatano, G. : Disordered mind, wounded soul : The emerging role of psychotherapy in rehabilitation after brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1991, 6(4), 1-10.

Stratton, M.C., R.Gregory : Rewiew of subject. After traumatic brain injury : a discussion of consequences. *Brain Injury*, 1994, 8, nr.7, 631-645.

Teasdale, T.W., A.L.Christensen and E.M.Pinner : Psychosocial rehabilitation of cranial trauma and stroke patients. *Brain Injury*, 1993, vol.7, no.6, 535-542.