

Uddannelsesudvalget
UDU alm. del - Bilag 159
Offentligt

Socialminister Eva Kjer Hansen
Christiansborg
1240 København K.

Holte, den 7. januar 2007

Kære Eva Kjer Hansen,

Vedrørende beslutningsforslag B 20 om støtte til forældre til handicappede børn, der giver deres børn undervisning og træning i hjemmet

Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet har følgende kommentarer til De Samvirkende Invalideorganisationers (DSI) brev af 20. december 2006 til Bertel Haarder, Eva Kjer Hansen m.fl. vedrørende beslutningsforslag B 20:

1. Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet finder det positivt, at DSI er enig i, at forældre til hjerneskadede børn i Danmark er i en dårlig situation med få muligheder for kvalificerede tilbud om træning og undervisning.
2. Begge foreninger anerkender og arbejder for optagelse i DSI.
3. Begrundelsen for, at forældre til hjerneskadede børn vælger hjemmetræning, er mere nuanceret, end det fremgår af DSI's brev.

Det fremgår af Marselisborg Centerets 3-årige undersøgelse, "Hjemmetræning af børn med hjerneskade", at forældrene oplever fremgangen i familiens trivsel, som en vigtig begrundelse for at vælge hjemmetræning.¹

Hertil kommer, at medlemsundersøgelser i Hjerneaktiv og Hjernebarnet viser, at hjemmetræning giver forældrene indflydelse og ansvar for deres børns udvikling, hvilket opleves som en forbedring af livskvalitet for familien, herunder ikke mindst for det handicappede barns søskende, i en i øvrigt vanskelig situation. Forældrene begrundede også valget af hjemmetræning med, at de oplever en langt større fremgang hos barnet end tidligere, såvel helbredsmæssigt som udviklingsmæssigt.

4. Dokumentation

Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet ønsker at præcisere, at dokumentation er en mangelvare generelt for alle behandlingsformer inden for

¹ Marselisborg Centret april 2005, "Hjemmetræning af børn med hjerneskade", Evaluering af forsøgsordning efter Servicelovens § 138 for forældre, der træner et barn med hjerneskade i hjemmet.

handicapområdet. Dette gælder også de offentlige tilbud i specialinstitutioner og specialskoler, hvilket er bekræftet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet².

Syddansk Universitet har foretaget en undersøgelse af, hvor mange behandlinger i det danske sundhedsvæsen, der er videnskabeligt dokumenterede³. Det viste sig, at kun halvdelen af behandlingerne var videnskabeligt dokumenterede. De udokumenterede behandlinger er erfaringsbaserede behandlinger, hvilket også gør sig gældende for de metoder, som forældre til hjerneskadede børn optræner og underviser efter i Hjerneaktiv og Hjernebarnet.

5. Ikke afsluttede forskningsprojekter

Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet ønsker at fremhæve, at det igangværende forskningsprojekt om Doman-metoden, som er finansieret af Socialministeriet, jf. B 20, tidligst forventes afsluttet i 2009.

På det indledende møde med medlemmerne af forskerteamet bag undersøgelsen af Doman-metoden den 7. december 2006 fremgik det, at det er endog meget uvist, hvornår projektet er færdigt, og der herskede usikkerhed om undersøgelsens videnskabelige værdi og praktiske anvendelighed.

Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet kan oplyse, at der er lavet kliniske undersøgelser af hjemmetræning efter Doman-metoden.⁴

6. Undervisningspligt

Vi er enige med DSI i, at alle forældre, der hjemmetræner og hjemmeunderviser handicappede børn i den skolepligtige alder, skal opfylde gældende reglerne for undervisningspligt, hvilket bør afspejles i et kommende lovforslag.

7. Tilsyn

Vi er enige med DSI i, at der skal etableres tilsyn med samtlige hjemmetræningsordninger. Tilsynet bør sikre:

- at alle barnets rettigheder i Børnekonventionen overholdes
- at undervisningspligten overholdes for børn i den skolepligtige alder
- at familien som helhed trives med hjemmetræningsordningen
- indsamling af alle centrale erfaringer med den pågældende hjemmetræningsordning.

² Jf. vedlagte brev fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet af 11. september 2005.

³ Jf. vedlagte artikel fra Fyns Stiftstidende af 1. november 2004, og artiklen "Hvor evidensbaseret er medicinen?" fra Videnskab og Praxis af 31. marts 2003.

⁴ En klinisk undersøgelse af genoptræning efter FHC-metoden og en national kontrolgruppe blev foretaget af University of Buffalo i 2004. En undersøgelse af 13 børn, der er genoptrænnet efter IAHP-metoden, blev foretaget af den danske øjenlæge Helena Bergkvist i 2006. Lægeerklæringer og udtalelse fra psykologer og fysioterapeut inden for det danske etablerede system om 7 forskellige børn, der er i hjemmetræning, og om deres usædvanligt positive udvikling blev overrakt til medlemmerne af Socialudvalget på Christiansborg i forbindelse med Hjernebarnets foretræde for Socialudvalget den 23. februar 2006.

8. **Beslutningsforslagets omfang**

DSI er bekymret for beslutningsforslagets omfang. Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet har fulgt udviklingen i antallet af hjemmetrænende forældre fra 2001 frem til i dag. Antallet ligger stabilt på ca. 50 familier, der årligt har fulgt et hjemmetræningsprogram på fuld tid, og ca. 50-100 familier, der har kombineret hjemmetræning med et offentligt deltidstilbud.

Hovedparten af familierne (ca. 90%) hjemmetræner i 2-5 år, hvorefter forældrene vender tilbage til arbejdsmarkedet. For børnenes vedkommende bliver enkelte raske og returnerer til normal skole, hvorimod andre fortsætter i en specialinstitution på et højere niveau end før.

I Norge, hvor interessen for hjemmetræning er identisk med interessen i Danmark, ses samme tendens.

Vi er uenige i DSI's ønske om at begrænse hjemmetræning og hjemmeundervisning til ganske særlige børn med ganske særlige handicap. Man bør ikke afskære børn med lettere handicap fra at få en forbedret udvikling og livskvalitet.

DSI's bekymring om, at en bred lovgivning vil kunne true de gældende politiske intentioner om inklusion af børn, unge og voksne med handicap, er ubegrundet. Således vil vi gerne præcisere, at forældre, der hjemmetræner, netop arbejder for, at deres børn efter perioden med hjemmetræning, integreres i offentlige tilbud med større udbytte for barnet end før perioden med hjemmetræning. Motivationen for forældrene er således, at deres børn kommer til at få et mere normaliseret liv.

9. **B 20 kan ikke stå alene**

Vi er enige med DSI i, at B 20 ikke skal være det eneste tiltag, der bliver foretaget fra politisk hold med henblik på at sikre kvalificeret træning og undervisning af børn med handicap.

Det er ligeledes nødvendigt at arbejde hen imod en opkvalificering af de offentlige skole- og pasningstilbud til børn med handicap, således at det store flertal af familier, der ikke hjemmetræner deres handicappede børn, får adgang til trygge og kvalificerede trænings- og undervisningstilbud i offentligt regi.

Vi mener, at den hjemmetræningsordning, der sikres ved hjælp af B 20, er et meget vigtigt skridt på vejen hen imod den nødvendige opkvalificering af de offentlige tilbud til børn med handicap. Det er således oplagt at bruge de mange erfaringer, konklusioner, og dokumentation, der indhentes fra hjemmetræningsordningerne, som en del af vurderingsgrundlaget for, hvordan man bedst muligt opkvalificerer de offentlige tilbud.

10. **Arbejdsmarkedet**

Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet har positiv erfaring med, at forældre kommer tilbage på arbejdsmarkedet efter en periode med hjemmetræning. Derfor må DSI's bekymring for at forældrene efter perioden

med hjemmetræning og hjemmeundervisning ikke vil kunne opnå fodfæste på arbejdsmarkedet tilbagevises.

Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet har erfaring for, at forældrene på grund af de kompetenceområder, der opnås og styrkes gennem et intensivt hjemmetræningsprogram for deres handicappede barn, bliver betragtet som særdeles ressourcestærke forældre, som arbejdsmarkedet gerne ansætter.

11. DSI opfordrer til løsninger som sikrer, at forældre til børn med betydelige handicap får adgang til en tilstrækkelig vifte af trygge og kvalificerede trænings- og undervisningstilbud til deres børn, uanset de etableres i offentligt eller privat regi.

Foreningerne Hjerneaktiv og Hjernebarnet bemærker, at forældre til handicappede børn efter gældende regler ikke selv har mulighed for at vælge, hvilken specialskole deres barn skal gå på.⁵

Det bør ikke være muligt for kommuner – ved at gennemtriumfe et andet skolevalg – at forhindre familier i at få deres barn ind på den specialskole, familien ønsker.

Det skal afslutningsvist understreges, at vi i Hjerneaktiv og Hjernebarnet har en stor forhåbning om, at der er flertal i Folketinget for B 20. B 20 er efter vores opfattelse et stort skridt i den rigtige retning for familier med handicappede børn, som i dag er svært trængte på grund af den tilfældige og manglende støtte til at kunne foretage det valg, som er rigtigt for dem.

Med venlig hilsen


Margit Heilmann
Formand i Hjerneaktiv


Sarah Dalkær
Formand i Hjernebarnet

Kopi: Undervisningsminister Bertel Haarder
Folketingets Socialudvalg
Folketingets Uddannelsesudvalg

⁵ Jf. vedlagte avisartikler af 30. oktober 2006 fra Holbæk Amts Venstreblad.

Claus Reffstrup
Familien@leibowitz-refstrup.dk

Dato: 11. september 2005
Kontor: 3.s.kt.
J.nr.: 2005-11033-49

Sagsbeh.: JMJ
Fil-navn: Svar Claus Reffstrup

Indenrigs- og sundhedsministeren har modtaget Deres e-post af 2. oktober 2005, hvori De anmoder ministeriet om aktindsigt i henhold til §§ 4 og 11 i lov om offentlighed i forhold til, om der findes nogen klinisk dokumentation for fysioterapi, ergoterapi, kiropraktik, akupunktur, zoneterapi og talepædagogik.

Indenrigs- og sundhedsministeren har bedt mig takke for Deres henvendelse og har samtidig bedt mig besvare den.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan til orientering oplyse, at ministeriet ved søgning i ministeriets journalsystem for indeværende journalperiode (2003-2007) ikke har fundet nogen akter vedrørende klinisk dokumentation af nævnte behandlingsformer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan på den baggrund ikke bidrage med yderligere oplysninger.

Med venlig hilsen

Jacob Møller Jacobsen

Kilde: Fyens Stiftstidende

Du er her: [Forsiden](#) --> [Indland](#) --> [Artikel](#)
På nettet den 01/11/2004 kl. 01:00

[Print artikel](#)

[Send artikel](#)

Lægebehandling ofte usikker

SUNDHED: Halvdelen af etablerede behandlinger i sundhedssektoren er udokumenterede

Af Kaare Gottfredsen

Som patient kan man ikke regne med, at de behandlinger, man tilbydes i sundhedssektoren, virker.

En analyse fra i fjor viser, at virkningen af de behandlinger, som sygehusene tilbyder, kun er videnskabeligt dokumenteret i halvdelen af tilfældene. Hos de alment praktiserende læger ligger tallet på kun 38 procent.

Det er ekstern professor Peter Matzen fra Syddansk Universitet, der har foretaget analysen.

- Vi skal ikke gå og give behandlinger, der ikke virker. En række gængse behandlinger har ikke været undersøgt. Når de bliver det, viser det sig nogle gange, at behandlingen ikke virker eller har en uønsket effekt, siger Peter Matzen.

Han opfordrer til, at man skaffer den manglende dokumentation.

Operation eller medicin

For eksempel er effekten af en række behandlinger med antibiotika og en hel del operationsmetoder ikke videnskabeligt undersøgt.

Det gælder blandt andet operationer for galdesten og blindtarmsbetændelse.

Mange patienter, der opereres akut for blindtarmsbetændelse, har det slet ikke. Og andre, der har betændelsen, kan behandles med antibiotika. En operation er derfor ikke altid den bedste behandling. Videnskabelig dokumentation ville kunne afklare, hvad der er bedst at gøre.

I Sundhedsstyrelsen er man godt klar over, at der mangler dokumentation for mange behandlinger.

Annonce

I denne artikel:

[Operation eller medicin](#)
[Skadelige behandlinger](#)
[Risiko på længere sigt](#)

DOKUMENTATION

Hvor stor en andel af de behandlinger, patienterne modtager, er der videnskabelig dokumentation for?

Sygehuse: Op mod 62 pct. af behandlingerne.

Almen praksis: Op mod 38 pct.

Psykiatri: 65 pct.

Almen kirurgi: Op mod 45 pct.

Børnekirurgi: 11 pct.

Kilde: Ugeskrift for Læger, 2003

- Der er altid behov for dokumentation, men det er enormt kostbart og tager megen tid at fremskaffe. Og på nogle områder, hvor behandlingerne baserer sig på erfaringer, er det ikke nødvendigt, siger overlæge og kontorchef Michael von Magnus fra Sundhedsstyrelsen.

Skadelige behandlinger

Hos Det Nordiske Cochrane Center indsamler man pålidelig viden om alle former for behandlinger.

Lederen af centret, Peter Gøtzsche, understreger, at selv om virkningen af en behandling er udokumenteret, kan den godt virke alligevel.

- Når man i det etablerede sundhedssystem behandler uden baggrund i lodtrækningsforsøg - hvor patienter får henholdsvis medicin og "snydemedicin" - sker det som regel med baggrund i anden viden. Hvis vi ved, at en patient mangler insulin og går i koma, slutter vi os frem til, at det vil hjælpe at tilføre insulin. Den behandling har man ikke udført lodtrækningsforsøg med, fordi det virker, siger han.

Risiko på længere sigt

Dog er der en risiko forbundet ved at bruge behandlinger uden dokumentation for deres effekt.

- Nogle af de udokumenterede behandlinger er givetvist uvirksomme, og nogle er skadelige. Når man ikke ved, hvad man gør, så risikerer man at udsætte patienterne for risiko, siger Gøtzsche.

Han nævner som eksempel, at det længe har været populært at give hormonbehandling til kvinder i overgangsalderen for at forebygge hjerteproblemer. Desværre viste det sig senere, at behandlingen havde den modsatte effekt, og det kostede mange menneskeliv.

Hvor evidensbaseret er medicinen?

Et systematisk litteraturstudie

ORIGINAL MEDDELELSE

Peter Matzen

Resumé

Introduktion: I begyndelsen af 1990'erne mente man, at kun 10-15% af medicinske interventioner skete på baggrund af randomiserede kontrollerede forsøg. For at undersøge i hvilken grad kliniske interventioner ved behandling af den enkelte patient er evidensbaserede, blev der gennemført et systematisk *review* af publicerede empiriske undersøgelser på området.

Materiale og metoder: Ved litteratursøgning på MEDLINE 1995-2002 blev der fundet 15 publicerede arbejder, hvor der er taget udgangspunkt i konkrete patientforløb, og hvor den enkelte intervention er evalueret, således at den har kunnet klassificeres som byggende på randomiserede kontrollerede forsøg eller ej. Arbejderne blev læst kritisk for at udtrække antallet af patienter og interventioner, samt hvilken klinisk videnskabelig metode der har ligget til grund for interventionerne, herunder om deres effekt er vist i randomiserede kontrollerede forsøg.

Resultater: Inden for intern medicin synes over 50% af interventionerne at bygge på randomiserede kontrollerede forsøg, mens dette tal er noget lavere inden for almen medicin, kirurgi, anæstesiologi og dermatologi. Psykiatri er i en meget lille undersøgelse topscorer med 65% af interventionerne på baggrund af randomiserede kontrollerede forsøg, hvorfor flere undersøgelser, som evt. kan bekræfte dette, efterlyses.

Diskussion: Det tilrådes, at der gennemføres undersøgelser over evidensen for kliniske interventioner, helst med assistance fra kolleger uden for specialet. Der bør være tilstrækkelig adgang til litteraturlæser og til sekundær litteratur på området. Man bør sikre, at indikationen for en evt. intervention er belyst i randomiserede, kontrollerede forsøg ved sammenligning med observation uden behandling eller placebobehandling. Endelig er det ønskeligt, at forfatterne ville anvende et ensartet klassifikationssystem til evaluering af den litteratur, der danner basis for interventionerne. Det konkluderes, at der er behov for denne form for løbende audit for at sikre, at den behandling, der tilbydes patienterne, er i overensstemmelse med den bedste evidens.

Gennem 1990'erne var det en ofte citeret, men slet dokumenteret vandrehistorie, at kun 10-15% af de medicinske interventioner var baseret på solid videnskabelig dokumentation (1). Begrebet evidensbaseret medicin var samtidig ble-

vet introduceret som et paradigmeskift i klinisk medicin (2) og er af sine grundlæggere blevet defineret som »systematisk og afvejet brug af den bedste foreliggende evidens fra den kliniske forskning vedrørende håndteringen af den enkelte patients problemer« (3). Paradigmeskiftet bestod i, at klinikerne i stedet for især at basere sin patientbehandling på ekspertudsagn formulerer patientens kliniske problem, søger relevant litteratur, som læses kritisk, for at udtrække en løsning på problemet og iværksætter denne i samarbejde med patienten. I løbet af anden halvdel af 1990'erne har man på grund af den nævnte vandrehistorie på en række afdelinger og i en række specialer gennemført en vurdering af, i hvilket omfang interventioner inden for det givne speciale byggede på evidens fra klinisk videnskabelig forskning.

Formålet med nærværende arbejde var at gennemføre et systematisk *review* af publicerede empiriske undersøgelser over, i hvilken grad kliniske interventioner ved behandling af den enkelte patient er evidensbaserede.

Metode

Litteratursøgning og -udvælgelse

Der er i juli 2001 og atter i januar 2002 blevet søgt i MEDLINE via PubMed med følgende søgetermer: #1 »evidence based« (som også omfatter »Evidence based medicine« [MESH]); #2 »randomi* controlled trials« (som også omfatter »Randomised controlled trials« [MESH]); #3 »intervention*«; #4 »decision«; #5 »practices«. Resultaterne af #3, #4 og #5 er med OR sammenlagt til #6, hvorefter #1, #2 og #6 er kombineret med AND. Søgningen er begrænset til litteratur, der vedrører mennesker, har abstract og er publiceret efter 1994, da der intetsteds er fundet referencer til denne type undersøgelse, som er publiceret før 1995. Titler og abstract fra de fundne mere end 500 referencer er gennemgået af forfatteren, og artikler er udvalgt til kritisk læsning, hvis de opfyldte følgende kriterier: 1) tog udgangspunkt i konkrete patientforløb, dvs. at ikke alene behandlingsmodaliteter var evalueret, 2) evidensen for den enkelte intervention over for det enkelte kliniske problem var evalueret, og 3) evidensen for interventioner var klassificeret efter de tilgrundliggende studiers design. Som minimum om evidensen stammer fra randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), eller om dette ikke var tilfældet.

På grundlag af abstract blev der udvalgt 17 artikler, hvoraf to viste sig at være parallelpublikationer, hvis først publicerede udgave blev valgt. Der var derfor 15 arbejder til kritisk læsning.

Kritisk litteraturlæsning

Under læsningen af de udvalgte referencers metodeafsnit blev følgende noteret: publikationsår, undersøgelsesperiode, undersøgelsessted, det kliniske speciale, om under-

Tabel 1. I hvilken grad interventioner i forskellige specialer er baseret på resultater af randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) og systematiske reviews eller metaanalyser, hvis dette er angivet. Det er om muligt anført, om det er indikationen, der er påvist i RCT, hvor den aktive behandling er sammenlignet med ingen behandling eller placebo, eller der er tale om en sammenligning med en anden virksom intervention.

Oprindelsesland og reference	Speciale	Antal patienter/ interventioner	Antal interventioner på grundlag af RCT (heraf systematisk review eller metaanalyse)	RCT-baserede I% (95% s sikkerhedsgrænser)
Storbritannien (5)	Intern medicin	109 patienter	58	53 (44-63)
Canada (12)	Intern medicin	148 patienter	92	62 (54-70)
Sverige (14)	Intern medicin	197 patienter	186	50 (45-56)
		369 interventioner		
Hong Kong (17)	Intern medicin - alene behandling med lægemidler	129 patienter	162	52 (46-57)
		312 interventioner		
Storbritannien (6)	Hæmatologi	83 patienter	18	22 (13-31)
Storbritannien (8)	Almen medicin	101 patienter	31	31 (22-40)
Spanien (16)	Almen medicin	2.156 patienter	817	38 (36-40)
Storbritannien (9)	Almen kirurgi	100 patienter	24	24 (16-32)
Irland (18)	Almen kirurgi	222 patienter	101 (26)	45 (39-52)
Storbritannien (11)	Børnekirurgi	326 patienter	31	11 (7-15)
		281 interventioner		
Storbritannien (4)	Børnekirurgi	49 patienter	18	26 (15-36)
		70 interventioner		
Frankrig (15)	Laparoskopisk kirurgi	428 patienter	222	52 (47-57)
Australien (13)	Anæstesiologi	354 patienter	48 (13)	32 (25-39)
		150 interventioner		
Danmark (10)	Dermatologi	115 patienter	48	41 (32-50)
		118 interventioner		
Storbritannien (7)	Psykatri	40 patienter	26	65 (50-80)

søgelsen blev gennemført prospektivt eller retrospektivt, hvorledes det kliniske problem og den tilsvarende intervention blev defineret, hvorledes der blev søgt og udvalgt evidens fra litteraturen vedrørende interventionen, og hvordan denne evidens blev klassificeret af arbejdets forfattere. Af resultatafsnittene i referencerne er udtaget antallet af patienter og interventioner (hvis disse var forskellige fra antallet af patienter), fordelingen af de interventioner, som bygger på evidens, og hvordan denne blev klassificeret af forfatterne. Der er i denne forbindelse lagt vægt på, om interventionen for det aktuelle problem var fundet effektiv i RCT, samt i hvilket omfang det blev angivet, om der fandtes evidens for virksomme interventioner, som ikke blev gennemført. Hvor det har været muligt, blev der skelnet mellem evidens fra randomiserede forsøg vedrørende indikationen for interventionen, altså om der forelå evidens for interventionen på baggrund af en kontrolgruppe, der ikke blev behandlet, eller hvor der blev anvendt placebo, og evidens for at interventioner er ligeværdige eller for at én aktiv intervention er bedre end en anden. Resultaterne af denne litteraturgennemgang er indført i et resuméark, som er anvendt som grundlag for det videre arbejde med artiklerne, herunder udformning af tabeller.

Analyse

Det har pga. forskellighed i metode og validitet af de udvalgte referencer ikke været muligt at foretage en metaanalyse af de numeriske angivelser i materialerne. Det har derfor været nødvendigt at begrænse sig til et systematisk review med metodekritik, som er mundet ud i en verbalt formuleret syntese og forslag til, hvorledes eventuelle frem-

tidige studier af problemstillingen med fordel vil kunne udformes.

Resultater

Dataindsamlingen til de 15 fundne referencer blev foretaget fra 1995 til 1998, mens artiklerne er blevet publiceret i 1995-2001 (4-18). Arbejdernes oprindelsessted og speciale fremgår af Tabel 1. Seks af arbejderne er angivet at være gennemført prospektivt (5, 6, 9, 11, 13, 15), hvilket kun kan have været delvist muligt for det ene arbejdes vedkommende (5), mens de øvrige er retrospektive. Ni af arbejderne har alene undersøgt evidensen for én intervention over for de inkluderede patienters primære problem, mens de øvrige i større eller mindre omfang har medtaget interventioner over for flere problemer hos samme patient. Litteratursøgningen for at finde evidens for de forskellige interventioner har primært været via MEDLINE på Internettet eller på cd-rom, i fire tilfælde i The Cochrane Library og i andre tilfælde i diverse andre databaser. Der er anvendt forskellige klassifikationer af den foreliggende evidens, hvilket fremgår af Tabel 2. Otte af arbejderne har brugt en klassifikation, som er anvendt i den første undersøgelse af *Ellis & al* (5) eventuelt med modifikationer (16). Det er muligt ud fra alle klassifikationer at afgøre, hvor stor en del af interventionerne, der bygger på evidens fra RCT herunder også på systematiske reviews eller metaanalyser, der er foretaget på grundlag af RCT. Det er derfor angivet i Tabel 1, hvor stor en del af interventionerne der er baseret på RCT. De anvendte klassifikationer i de forskellige arbejder er angivet i Tabel 2. I 14 af arbejderne er der med forskellige definitioner angivet en klasse af interventioner, som bygger på anden god evidens,

Tabel 2. *Klassifikationer, der er anvendt i 13 arbejder, over i hvilken grad kliniske interventioner er evidensbaserede.*

Reference		(7)	(5, 6, 8, 9, 11, 12, 16*, 17)	(10)	(13)	(14)	(12)	(15)	(18)	(4)
Klasser af evidens	RCT, ** metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT	RCT, metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT	RCT, metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT	Metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT Mindst en god RCT	RCT, metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT	RCT, metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT	RCT, metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT	RCT, metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT	Systematisk review Metaanalyse RCT	RCT, metaanalyse eller systematisk review på grundlag af RCT
	Ikke-RCT	Overbevi- sende ikke- eksperi- mentel evidens	Sekundær evidens fra andre studier ved trans- ferering eller logiske slutninger	Evidens fra andre vel- designede studier	Indiskutabel konsensus Konsensus blandt ≥80% af adspurgte specialister	Kohorte og case- kontrol- studier	Kohærente resultater fra andre studier Ingen kohærent evidens	Prospektive studier	Self-evident Sammen- lignende undersø- gelser uden randomise- ring	
	Ingen betydende evidens	Ingen evidens	Evidens fra deskriptive studier, eksper- tkomiteer og respek- tede autoriteter	Ikke konsensus	Ikke kontrolleret serie Ingen evidens	Alene patientserier eller ingen evidens	Retro- spektive studier Ingen evidens	Opfølgings- eller retrospek- tive studier Ingen evidens eller ingen effekt ved RCT		

*) I dette studie (16) er de anførte tre niveauer suppleret med to kategorier: en helt uden evidens (44% af interventionerne) og en hvor evidensen kontraindicerer Interventionen (1% af interventionerne).

***) RCT: Randomiseret kontrolleret forsøg.

hvor forfatterne af forskellige grunde, oftest etiske, ikke har fundet det rimeligt at forlange evidens fra RCT. Imidlertid varierer definitionerne af denne kategori fra ganske få »alt eller intet«-fænomener til almindelig konsensus om, hvad der er den bedste behandling, hvorfor der ikke kan foretages en meningsfuld sammenligning. Ved »alt eller intet«-fænomener forstås her behandling på grundlag af publicerede resultater, hvor »alle døde, før man fik behandlingen, men nu overlever nogen efter behandling« fx resuscitation ved hjertestop, eller »nogen døde, før man fik behandlingen, nu overlever alle, der behandles« fx insulinbehandling ved diabetisk koma. Kun i tre af arbejderne fremgår det, at der i 1-5% af tilfældene er anvendt behandling i strid med resultaterne af RCT, uden at det er forklaret, hvorfor dette er tilfældet (12, 16, 18). Ud fra to arbejder er det muligt at afgøre, i hvilke tilfælde indikationen for intervention bygger på en ubehandlet eller en placebobehandlet kontrolgruppe (12, 16), hvorimod det for flere arbejder fremgår, at RCT sammenligner forskellige interventioner, mens det ikke er anført, om indikationen for intervention er undersøgt i en RCT. Et eksempel herpå er laparoskopisk kolecystektomi for ukompliceret galdeblæresten, som angives at bygge på evidens fra RCT (9, 15, 18). Imidlertid er der litteraturhenvisning til RCT, der sammenligner laparoskopisk kolecystektomi med åben operation, mens der ikke er henvisning til

RCT, hvor kolecystektomi er sammenlignet med observation uden operation. I de to britiske materialer om børnekirurgi er der ofte angivet evidens for indgreb, som bygger på resultater fra RCT gennemført på voksne (4, 11). Dette gælder fx for operation for gastroøsofageal refluks, som udgør 11 af de 18 operationer i materialet, der bygger på RCT (4). Relevansen af denne evidens kan derfor diskuteres.

Diskussion

Den vandrehistorie, som chokerede både patienter, klinikere, administratorer og sundhedspolitikere for mindre end ti år siden, at kun 10-15% af de interventioner, der udførtes på patienter i forskellige specialer, var baseret på solid videnskabelig dokumentation, må anses for at være manet i jorden. De mange RCT, der er udført gennem de seneste 50 år – i The Cochrane Controlled Trials Register er der i dag registreret 336.092 resuméer fra artikler, der er skrevet på grundlag af RCT – har naturligvis fået betydelig indflydelse på den behandling, der tilbydes patienterne. Mest konsistent ser dette ud til at være tilfældet i intern medicin (5, 12, 14, 17) og med hensyn til nye kirurgiske behandlingsmodaliteter såsom laparoskopisk kirurgi (15). Derimod fremgår det af *Nordin-Johansson & Asplunds* arbejde, at der er stor forskel på, i hvilken grad behandlingen inden for de intern medicinske subspecialer er baseret på RCT (14), specielt var

der ingen af de nefrologiske interventioner i den svenske undersøgelse og kun få af de endokrinologiske og hæmatologiske, der var baseret på RCT, hvilket er i overensstemmelse med en britisk undersøgelse af hæmatologiske interventioner (6). Den lille undersøgelse, som viste at 65% af de psykiatriske interventioner var baseret på RCT, kan nok ikke lægges til grund for et generelt udsagn om, at psykiatrien overvejende er baseret på RCT (7). Dertil er de inkluderede 40 patientforløb for få. Man kunne ønske sig en langt mere omfattende undersøgelse inden for dette store speciale. De noget lavere rater for interventioner på grundlag af RCT i almen medicin og inden for kirurgi er næppe overraskende, når specialernes karakter tages i betragtning.

Hvorvidt det er mest hensigtsmæssigt, at en undersøgelse af, i hvilken grad en afdelings behandling bygger på foreliggende evidens, udføres prospektivt eller retrospektivt, er et åbent spørgsmål. Et af argumenterne for at foretrække retrospektive undersøgelser er ønsket om at undgå den såkaldte Hawthorne-effekt, hvorved forstås risikoen for, at klinikerne skulle ændre adfærd, fordi man ved, at adfærd bliver underkastet kritisk revision (10). I den første af de 13 undersøgelser af *Ellis & al* er det anført, at undersøgelsen er prospektiv, hvad den imidlertid ikke kan have været i hele undersøgelsesperioden, da den er planlagt i de to første dage af april 1995, mens den er gennemført i hele april måned 1995 (5). Det er denne forfatters opfattelse, at undersøgelser af denne art bedst udføres retrospektivt som en audit, hvad de gennemførte undersøgelser i realiteten ser ud til at være også i de tilfælde, hvor der er sket en prospektiv registrering af indgåede patienter. Der må dog advares mod mulig bias på grund af selektiv udvælgelse af patientindgang ved retrospektive audit.

Med hensyn til hvilke problemer og deraf følgende interventioner, der bør undersøges i forbindelse med hvert enkelt patientforløb, hersker der også mange meninger. I de fleste undersøgelser havde man udvalgt et hovedproblem per patient, mens andre registrerede flere interventioner per patient. Det er ikke afklaret, hvorledes man mest hensigtsmæssigt forholder sig hertil. Der er heller ikke taget stilling til, hvorledes man skal forholde sig til patienter, der ikke er tilbudt nogen intervention. I to af de fire undersøgelser over kirurgisk praksis har man ekskluderet patienter, der ikke blev opereret (4, 11), mens observation i to af studierne anføres som en intervention (9, 18). Det må efter denne forfatters mening anses for rigtigt at opfatte observation eller konservativ behandling som en »passiv« intervention, som man i det enkelte tilfælde har valgt ud fra den foreliggende evidens. Denne problemstilling knytter sig nært til problemstillingen om, hvorvidt en »aktiv« intervention er indiceret. Det bør fremgå af RCT, om det kan forventes, at en aktiv intervention har en gavnlig effekt i forhold til ingen aktiv behandling. Herefter kan der tages stilling til, om den ene type af intervention er bedre end den anden, hvis der er flere muligheder. Dette er der ikke altid taget hensyn til i de fleste arbejder; i arbejdet fra *Michaud et al* er det dog anført (12).

Man må også spørge, om de arbejder, der anføres som evidensgrundlag, nu også er relevante for problemstillingen

hos den aktuelle patient. Det er således påfaldende, at 11 af de 18 operationer, der er foretaget på grundlag af RCT, i en undersøgelse af børnekirurgi drejer sig om antirefluxoperationer, der begrundes med randomiserede undersøgelser udført på voksne patienter, ja endog på veteraner, med gastroesophageal reflux (4). Der bør i sådanne tilfælde være taget eksplicit stilling til, om ekstrapolation fra resultaterne af RCT er acceptabelt, hvilket meget vel kan være tilfældet i en række kliniske situationer, hvor der praktiseres evidensbaseret medicin, men næppe i dette tilfælde (19).

Et gennemgående problem ved verifikation af evidensen er betinget af informationsteknologien i den periode, hvor undersøgelserne blev gennemført. Der forelå kun beskedne muligheder for verifikation i databaser over evalueret evidens, idet The Cochrane Database of Systematic Reviews, Best Evidence og Clinical Evidence enten ikke forelå, eller var langt mindre udbyggede end i dag (20). The Cochrane Library er således kun blevet anvendt i fire af de 15 arbejder (6, 13, 14, 18) og Best Evidence kun i et (18). Man har derfor oftest været henvist til at søge evidens via MEDLINE og oftest på cd-rom. Dette kan være såvel tidsrøvende som skuffende, da selv professionelle bibliotekarer ofte ikke finder den foreliggende evidens. I et enkelt tilfælde rådede man tilsyneladende kun over en cd-rom med de seneste fem års MEDLINE, hvorfor ældre RCT må være overset (16). I et tilfælde har man anvendt en personlig database over kritisk evalueret litteratur, altså evalueret evidens, som imidlertid også må antages at have dannet grundlag for en del af interventionerne på den undersøgte afdeling (5).

I flertallet af de gennemførte undersøgelser har man klassificeret evidensen i tre grader, som *Ellis & al* gjorde i den første undersøgelsesom I: evidens fra RCT, II: interventioner med overbevisende ikkeeksperimentel evidens og III: interventioner uden substantiel evidens (5). Især mellemgruppen er problematisk, idet den synes at være for rummelig, særlig når man som de fleste forfattere selv har været dommer over, hvorledes evidensen skulle fortolkes. Det er derfor langt mere hensigtsmæssigt at dele denne kategori op i ganske få indskudte interventioner, såsom insulinbehandling til dårligt reguleret diabetes mellitus og de øvrige, hvor man har undersøgt, om der er almindelig konsensus om interventionen hos et antal eksterne specialister (14). Det ville være ønskeligt, at man anvendte en klassifikation af evidens, som den Ugeskriftet anvender for oversigtsarbejder. Denne klassifikation svarer til den, der er angivet af *Eccles* (21), som kan udvides til at omfatte observationelle studier og klassifikation af studier over diagnostiske test (22).

For at undgå de muligheder for bias, som er anført, det vil sige relevans- og ekstrapolationsproblemet, bias fordi egen evalueret evidens har dannet grundlag for såvel intervention som evaluering, bias fordi spørgsmålet om indikationen er uafklaret, evaluering af styrken af evidens fra ikke-randomiserede studier etc., foreslås det, at der foruden bedømmere fra egen afdeling også deltager eksterne bedømmere, som kan fungere som »Djævelens advokat«, og som bør have den endelige afgørelse i tvivlsspørgsmål.

Som konklusion på dette review må det anføres, at der er

behov for løbende audit med hensyn til, om den behandling, man tilbyder, er i overensstemmelse med den bedste evidens. Mange interventioner – og langt flere end de formodede 10-15% – er især inden for visse specialer og subspecialer evidensbaserede. Der er dog fortsat et stort behov for RCT, men også for audit med henblik på om den kliniske videnskabs resultater kommer patienterne til gode.

Summary

Peter Matzen:

How evidence-based is medicine? A systematic review.

Ugeskr Læger 2003;165:1431-5.

Introduction: In the early 1990s, it was supposed that only 10-15 per cent of medical interventions were based on results from randomised controlled studies. A systematic review of available empirical studies on the topic was performed in order to elucidate to what extent interventions in different medical specialities are evidence-based.

Methods: Literature search in MEDLINE for the period 1995-2002 retrieved 15 published studies, which investigated to what extent interventions in individual patients were based on randomised controlled studies. The retrieved papers were read critically in order to extract data concerning the patients, their clinical problems, and the interventions performed. Finally, the classification of the clinical scientific methods, which was the evidence-base of the interventions, were extracted.

Results: In general internal medicine over 50 per cent of the interventions seems warranted by randomised controlled studies, whereas the figures are somewhat lower for general practice, surgery, and dermatology. A small study shows that psychiatry may candidate for the top score with 65 per cent of the interventions based on randomised controlled studies. However, more studies are requested to confirm this finding.

Discussion: It is suggested to perform regular studies of the evidence-base for clinical interventions in different specialities, preferably with assistance from colleagues from other specialities. There should be sufficient access to literature databases and databases of "digested" evidence, which was not always the case in the reviewed studies. It is important that the indication for an intervention has been evaluated in randomised controlled studies, which compared a possible intervention to observation without treatment or treatment with placebo – a mere comparison in randomised controlled studies of two active interventions may not be sufficient evidence. Authors are encouraged to agree on a comparable classification scale for grading the evidence in publications. It is concluded that there is a need for this kind of regular audit in order to safeguard that patients are offered interventions based on the best evidence.

Reprints not available. Correspondence to: Peter Matzen, Gastroenheden, Medicinsk Gastroenterologisk Afsnit 439, H:S Hvidovre Hospital, Kettegård Allé 30, DK-2650 Hvidovre.

E-mail: peter.matzen@hh.hosp.dk

Antaget den 20. september 2002.

H:S Hvidovre Hospital, Gastroenheden, Medicinsk Gastroenterologisk Afsnit 439.

Litteratur

1. Smith R. Where is the wisdom? *BMJ* 1991; 303: 798-9.
2. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
4. Baraklini V, Spitz L, Pierro A. Evidence-based operations in paediatric surgery. *Pediatr Surg Int* 1998; 13: 331-5.
5. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet* 1995; 346: 407-10.
6. Galloway M, Baird G, Lennard A. Haematologists in district general hospitals practise evidence based medicine. *Clin Lab Haematol* 1997; 19: 243-8.
7. Geddes JR, Game D, Jenkins NE, Peterson LA, Pottinger GR, Sackett DL. What proportion of primary psychiatric interventions are based on evidence from randomised controlled trials? *Qual Health Care* 1996; 5: 215-7.
8. Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *BMJ* 1996; 312: 819-21.
9. Howes N, Chagla L, Thorpe M, McCulloch P. Surgical practice is evidence based. *Br J Surg* 1997; 84: 1220-3.
10. Jemec GB, Thorsteinsdottir H, Wulf HC. Evidence-based dermatologic out-patient treatment. *Int J Dermatol* 1998; 37: 850-4.
11. Kenny SE, Shankar KR, Rintala R, Lamont GL, Lloyd DA. Evidence-based surgery: interventions in a regional paediatric surgical unit. *Arch Dis Child* 1997; 76: 50-3.
12. Michaud G, McGowan JL, van der Jagt R, Wells G, Tugwell P. Are therapeutic decisions supported by evidence from health care research? *Arch Intern Med* 1998; 158: 1665-8.
13. Myles PS, Bain DL, Johnson F, McMahon R. Is anaesthesia evidence-based? *Br J Anaesth* 1999; 82: 591-5.
14. Nordlin-Johansson A, Asplund K. Evidensbaserad sjukvård i praktiken. *Läkartidningen* 1999; 96: 3173-6.
15. Slim K, Lescure G, Voltellier M, Ferrandis P, Le Roux S, Dumas PJ et al. La pratique de la chirurgie coelioscopique est-elle « factuelle » (evidence-based)? Résultats d'une enquête prospective régionale. *Presse Med* 1998; 27: 1829-33.
16. Suarez-Varela MM, Llopi-Gonzalez A, Bell J, Tallon-Guerola M, Perez-Benajas A, Carrion-Carrion C. Evidence based general practice. *Eur J Epl-demiol* 1999; 15: 815-9.
17. Hui AC, Mak J, Wong SM, Fu M, Wong KS, Kay R. The practice of evidence-based medicine in an acute medical ward: retrospective study. *Hong Kong Med J* 2000; 6: 343-8.
18. Kingston R, Barry M, Tierney S, Drumm J, Grace P. Treatment of surgical patients is evidence-based. *Eur J Surg* 2001; 167: 324-30.
19. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
20. Kristensen FB. At praktiserer evidensbaseret medicin. *Ugeskr Læger* 2001; 163: 4169-71.
21. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guidelines development project: methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. *BMJ* 1998; 316: 1232-5.
22. Matzen P. Evidensbaseret medicin. I: Lorenzen I, Bendixen G, Hansen NE, eds. Medicinsk kompendium. København: Nyt Nordisk Forlag, 1999: 12-23.

Publikationsdato: Oct 30, 2006

Rubrik:

Dragsholm Kommune nægter hjerneskadet pige frit skolevalg

Indledning:

Hørve

Forældrene til en hjerneskadet pige er chokerede over, at de ikke kan bestemme, hvilken skole deres hjerneskadete datter skal gå på.

Brødtekst:

Det var en onsdag. Minderne er smertefulde og har dannet sig tydelige erindringer i hukommelsen hos Henrik Andersen, 39 år, og hans kone Bodil Andersen, 36 år. Deres datter Charlotte Andersen var et halvt år gammel, og hun skulle vaccineres mod difteri, stivkrampe, kighoste og polio.

Dagen før vaccinationen var Charlotte et veludviklet barn, der havde taget hul på livet med et spædbarns nysgerrighed.

Men allerede få timer efter vaccinationen vidste forældrene, at noget var gået galt. Hun blev hjerneskadet.

Seks år senere er Charlotte dog i støt udvikling som følge af forældrenes daglige træning efter Doman-metoden. Forældrene frygter, at deres datters udvikling er i fare, fordi Dragsholm Kommune fastholder, at Charlotte skal begynde på Ladegårdsskolen i Holbæk, hvor Doman-træningen ikke kan fortsætte.

Charlotte kan ikke sidde selv, men hun er lige begyndt at mave sig frem på en slikske, som Henrik Andersen har lavet til sin datters træning, og hun er begyndt at pludre. Familien er ikke i tvivl om, at datteren udvikler sig på grund af de otte timers daglig træning. Doman-træningen har givet familien det håb, som den tabte for seks år siden.

- Fire timer efter, at Charlotte var blevet vaccineret, gik det galt første gang. Hendes øjne og hænder blev helt spændte og himmelvendte. Hun havde fået sit første epileptiske anfald, og vi blev meget forskrækkede, fortæller Henrik Andersen.

Tre dage efter vaccinationen havde Charlotte 21 epileptiske anfald, og ingen kunne være i tvivl. Noget var gået helt galt.

Charlotte blev indlagt på Holbæk Sygehus og derefter overført til epilepsihospitalet i Dianalund.

- Epilepsien ødelægger hendes hjerne, og hun gik helt i stå i sin udvikling. Selv om hendes krop er seks år gammel, stoppede hendes hjerne udviklingen, da hun var seks måneder gammel, og der er hun i dag, siger Bodil Andersen.

Forældrene var sikre. Det var vaccinationen, som havde gjort deres datter syg. Efter et år gav Arbejdsskadestyrelsen familien ret. Charlotte Andersen var blevet 100 procent invalid som følge af en helt almindelig børnevaccine, og nu venter styrelsen blot på, at Charlotte bliver 15 år, så den kan regne ud, hvad hendes liv er værd i kroner og øre.

Sorgen over datterens sygdom var ved at slå den lille familie helt ud, men de fandt et lys i mørket.

Charlotte har fuldtidsansat hjælper

- Jeg så en artikel i et ugeblad om en pige, der hedder Sara, og hvis forældre havde meget gode resultater med at træne hende efter Doman-metoderne. Da jeg læste det, vidste jeg, at det var det rigtige for Charlotte, fortæller Bodil Andersen.

Siden har familien, med hjælp fra en fuldtidsansat hjælper, trænet Charlotte derhjemme.

- En forsøgsordning i serviceloven har gjort det muligt, at jeg kan være hjemme og stå for Charlottes træning. I de år vi har trænet Charlotte, har hun gjort tydelige fremskridt, siger Bodil Andersen. Hun bakkes op af sundhedsplejerske Nina Hammertoft, som for Dragsholm Kommune fører tilsyn med, at Charlotte ikke lider overlast ved den intensive træning.

I et statusbrev til børne- og undervisningsudvalget skriver sundhedsplejersken, at »der er en støt og rolig udvikling, efter hun er startet træning i hjemmet«, og at hun er »betænkelig ved at nedsætte træningsmængden«.

Alligevel kræver Dragsholm Kommune, at Charlotte Andersen skal begynde på Ladegårdsskolen i Holbæk, hvor der ikke er mulighed for at fortsætte Doman-træningen.

- Jeg har været på besøg på Ladegårdsskolen, og det er helt klart, at der skal Charlotte ikke hen. Det vil fuldstændig ødelægge hendes udvikling, fordi de ikke kan fortsætte den træning, som er så nødvendig, siger Bodil Andersen.

Bodil og Henrik Andersen ønsker i stedet, at deres datter skal starte på

Specialskolen Bramsnæsvig, hvor man træner børnene efter Doman-principperne, men det vil kommunen ikke høre tale om.

mhk@nordvest.dk

Publikationsdato: Oct 30, 2006

Rubrik:

Dragsholm Kommune har gode erfaringer med Ladegårdsskolen

Indledning:

Dragsholm

Forældrene til den godt seksårige Charlotte Andersen får ikke Dragsholm Kommunes støtte til et skoletilbud, der kan kombinere undervisning med træning.

Brødtekst:

På et møde hos skolepsykolog Ruth Oehlenslæger, Dragsholm Kommune, den 28 september fik Bodil Andersen et mundtligt afslag på familiens ønske om, at deres hjerneskadede datter Charlotte kunne modtage undervisning på specialskolen Bramsnæsvig. Det var ellers familiens ønske, fordi skolen kan tilbyde undervisning kombineret med fortsættelse af familiens Doman-træning.

Ifølge Bodil Andersen afslog Dragsholm Kommune familiens skole-ønske af flere grunde. Bl.a. fordi man har et større kendskab til Ladegårdsskolen i Holbæk, og fordi det ifølge kommunen ikke er godt at blive ved med at træne Doman-metoden.

Ruth Oehlenslæger ønsker ikke at udtale sig om sagen til avisen.

Ifølge Marianne Mikkelsen, der er leder af familieafdelingen i Dragsholm Kommune, er sagen ikke endeligt afsluttet.

- Når familien ikke har modtaget et skriftligt afslag, er den ikke endeligt afgjort. Men selvfølgelig har vi gjort vores holdning klar, og er familien ikke enig, kan de klage over vores afgørelse. Vi bestræber os på at finde et skoletilbud, som familien kan være enig i, og som vi mener er det bedste for barnet i den konkrete situation. Det er klart, at vi ikke kan visitere et barn til et skoletilbud, som familien ikke ønsker, men når vi træffer en beslutning, så er det ud fra, hvad vi fagligt skønner er det bedste for barnet, siger Marianne Mikkelsen.

Marianne Mikkelsen er sikker på, at kommunens kendskab til Ladegårdsskolen betyder meget.

- Det er klart, at vi ikke vil eksperimentere med et handicappet barn. Jeg kender ikke nok til specialskolen i Bramsnæsvig, men vi kender og har gode erfaringer med Ladegårdsskolen. De har meget gode erfaringer med at give et undervisningstilbud til svært handicappede børn, siger Marianne Mikkelsen.

mhk@nordvest.dk

Publikationsdato: Oct 30, 2006

Rubrik:

Bramsnæs eller Holbæk? To forskellige skoletilbud til handicappede

Indledning:

Hørve

Handicappede børn fra Odsherred kommer typisk på Ladegårdsskolen i Holbæk. Men familien Andersen foretrækker Specialskolen Bramsnæsvig, der er inspireret af Doman-metoden.

Brødtekst:

Dragsholm Kommune vurderer, at Charlotte Andersen skal gå på Ladegårdsskolen, men hendes forældre vil hellere have hende på en helt ny skole - Specialskolen Bramsnæsvig.

Det er en selvejende skole, der starter med 20 hjerneskadede børn 1. januar 2007. Specialskolen er oprettet på initiativ af Erik og Mette Holst, der selv har et hjerneskadede barn.

- Doman-metoden er ikke skolens koncept, men vi har lært en masse af at træne vores eget barn, og vi vil bruge det, der holder, siger lærer og skoleleder Erik Holst.

Han mener, at handicappede børns muligheder ofte undervurderes.

- Hvis børn ikke har sprog, bliver de tit betragtet som retarderede. Men nogle kan godt lære at læse, selv om de ikke kan læse højt, siger skolelederen, der også lægger vægt på sund kost uden sukker og gangtræning for kørestolsbrugende

Holbæk Amts Venstreblad

børn.

Specialskolen får driftsoverenskomst med Ny Lejre Kommune. Prisen for et heldagstilbud 460.000 kroner plus transportomkostninger. 15 ansatte arbejder direkte med børnene.

Ladegårdsskolen drives af Vestsjællands Amt og overgår fra 1. januar til Holbæk Kommune. Her går børn med forskellige handicap fra Odsherred og den kommende Ny Holbæk Kommune. Skolens elever er opdelt i mindre grupper ud fra deres funktionsniveau. Autister og børn uden verbalt sprog har eksempelvis hver deres specialtilbud.

- Der er maksimalt syv børn i en gruppe, og en del af tiden har eleverne en til en-kontakt med de ansatte, forklarer skolens leder Henrik Dahl Hansen.

Ladegårdsskolens børn får alle en individuel udviklingsplan skabt i samarbejde med forældrene. Skolen har blandt andet fysio- og ergoterapeuter og underviser i folkeskolens basale fag. Prisen er cirka 240.000 kroner for skolen efter 1. januar, dertil kommer omkring 100.000 kroner for fritidshjemmet. Transport til og fra skole er inkluderet, oplyser skoleinspektøren.

tf@nordvest.dk