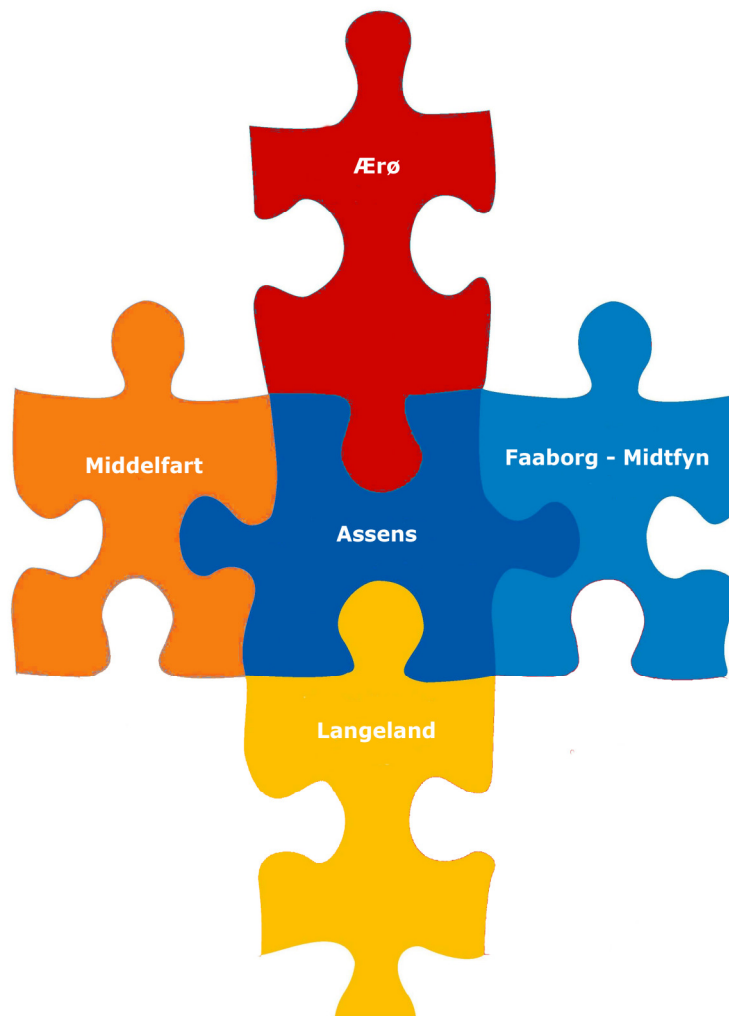


## NOTAT

# ”Evaluering af genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade samt videndeling omkring koordinatorfunktionen”



MARSELISBORGCENTRET

## **Titel - "Evaluering af genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade samt videndeling omkring koordinatorfunktionen"**

©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, Region Midtjylland, 2014

Emneord: ICF, rehabilitering, koordinering

Versionsdato: 10. maj 2014

Layout og korrektur: Inger Hornbech

Notat er sat med: Verdana

ISBN: 978-87996678-5-7 (pdf/elektronisk version)

Dette notat citeres:

Melchiorsen H, Maribo T. "Evaluering af genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade samt videndeling omkring koordinatorfunktionen"

Notatet kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Hanne Melchiorsen

MarselisborgCentret, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Email: [Hanne.Melchiorsen@stab.rm.dk](mailto:Hanne.Melchiorsen@stab.rm.dk)

Notatet kan downloades via:

<http://www.marselisborgcentret.dk/> - se under publikationer

## Indledning

I de senere år har der været øget fokus på den akutte behandling af erhvervet hjerneskade. Flere overlever alvorlige traumer og sygdomme i hjernen, hvilket medfører et øget behov for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade.

Følggevirkningerne kan være komplekse og mangeartede, og kan bl.a. omfatte både bevægelsesmæssige, mentale, sansmæssige og sproglige problemer. Den sårbare situation, som både personen der er ramt af hjerneskade og pårørende befinder sig i, stiller krav til de faglige kompetencer, koordinering og kontinuitet i rehabiliteringsforløbet (1).

Sundhedsstyrelsen har i 2011 udgivet MTV-rapporten: "Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering", der især omhandler effekt af rehabiliteringsindsatser samt organisering af rehabiliteringsforløb i såvel sekundær som primær sektor. MTV'en dokumenterer evidens for en række indsatser, der gives til personer med meget forskellige og ofte mangeartede problemer og rehabiliteringsbehov, der følger efter hjerneskaden.

Kompleksiteten i opgaverne betyder, at mange forskellige faggrupper bidrager med indsatser, der retter sig mod både fysiske, psykiske og sociale problemområder. MTV'ens formål er at give faglig rådgivning om, hvordan forløb til hjerneskaderehabilitering kan tilrettelægges tværsektorielt og tværdisciplinært med målrettet indsats, høj faglig kvalitet og sammenhæng (2).

Med afsæt i konklusionerne fra MTV'en udarbejdede Sundhedsstyrelsen et nationalt forløbsprogram mhp. at styrke indsatsen og øge kvaliteten i rehabiliteringen af personer med erhvervet hjerenskade. Forløbsprogrammet kan endvidere bidrage til at sikre anvendelse af evidensbaserede faglige retningslinjer samt bidrage til at sikre samarbejde mellem de involverede faggrupper og sektorer (1).

På en hjerneskadekonference i 2014, arrangeret af Kommunernes Landforening, blev der præsenteret nogle af de udfordringer, der er i forbindelse med rehabiliteringen til voksne med erhvervet hjerneskade bl.a. kompetencer, visitationsretningslinjer, vidensbaserede indsatser, koordinering af indsatser og myndighedsfunktioner, effektmåling og fælles plan.

Der er mange gode tiltag i kommunerne, og den viden der er i de enkelte kommuner kan med fordel deles med andre evt. i et tværkommunalt samarbejde (3).

En ny rapport: "Tværkommunal undersøgelse af kommunernes specialiserede rehabiliteringsindsats over for voksne borgere med erhvervet hjerneskade - en casebaseret auditundersøgelse" peger på, hvad der kan forbedre den fremtidige praksis. Rapporten kommer med anbefalinger, der omhandler følgende centrale områder: overgang og timing, koordinering, borgerinddragelse, pårørendeindsats og dokumentation (4).

I 2011 udbød Indenrigs- og Sundhedsministeriet puljemidler til at løfte indsatsen på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet for patienter, som efter en hjerneskade har været igennem lange og alvorlige sygdomsforløb. Et vigtigt led var, at patienterne skulle tilbydes et sammenhængende rehabiliteringsforløb af høj faglig kvalitet, og at indsatsen trak på høj viden og engagement. Midlerne blev fordelt i kommunerne til lokal udmøntning af forløbsprograminitiativer på baggrund af de to forløbsprogrammer for rehabilitering af hhv. voksne og børn og unge med erhvervet hjerneskade (5).

Fem fynske kommuner fik del i puljemidlerne, hvor dette notat omhandler en evaluering af ti sagsakter med supplerende oplysninger indhentet gennem et fokusgruppeinterview med deltagelse af koordinatore fra de inkluderede kommuner.

## Baggrund og formål

Assens, Faaborg – Midtfyn, Langeland, Middelfart og Ærø kommuner har ansøgt puljen om økonomisk tilskud til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i perioden 2011 – 2014. De deltagende kommuner havde et utilstrækkeligt befolkningsgrundlag, hvorfor Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anbefalede at etablere et samarbejde på tværs af kommunegrænser. De fem kommuner får dermed et samlet befolkningsgrundlag på ca. 151.000 indbyggere. Samarbejdets formål er at udvikle, afprøve og implementere en model for videndeling omkring koordinatorfunktionen, og en model for varetagelse af audit i forhold til borgerforløb i de enkelte kommuners projekter til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade.

Formålet med opgaven er beskrevet som:

1) at styrke rehabilitering ved at udarbejde/opkvalificere rehabiliteringsplanen til den enkelte borger med beskrivelse af funktionsevne, rehabiliteringsbehov, målsætning, indsatser og evaluering, samt koordinator/tovholder(e) på forløbet, og

2) at koordinatorene sikrer et kvalificeret og sammenhængende rehabiliteringsforløb for den enkelte borger og samtidig skaber et miljø for videndeling, såvel internt i kommunen som på tværs af de fem inkluderede kommuner.

MarselisborgCentret er inviteret til at varetage opgaven vedr. evaluering af genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade samt videndeling omkring koordinatorfunktionen, der i tæt samarbejde med de fem deltagende kommuner er defineret som beskrevet i metode og materiale afsnittet herunder.

## Metode og materiale

1. Journalaudit - der skal afdække genoptræning og rehabilitering til borgere med erhvervet hjerneskade
2. Fokusgruppeinterview - der skal afdække videndeling omkring koordinatorfunktionen i relation til implementeringsprocessen af genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade

Ad 1

I samarbejde med interessenter fra de fem deltagende kommuner, blev det besluttet at følgende fokusområder skulle danne baggrund for en audit:

- Indgang til kommunen fra henvisende instanser (sygehus, læge, speciallæge, borger) til kommunalt rehabiliteringsforløb.
- Overgange internt i kommunen samt afdækning af sideløbende forløb (sundhedsafdeling, jobcenter, handicapafdeling, familieafdeling m.fl.)
- Hvornår er koordinering slut, og hvad afsluttes der til?
- Brug og udvikling af kvalitetsstandarder/visitationsretningslinjer
- Inddragelse af borger/pårørende

Hver kommune indleverede to konsekutive sager efter fastsat dato, hvor alt relevant sagmateriale indgik. Herefter blev hver sag gennemgået mhp. belysning af ovenstående fokusområder med tilhørende indikatorer.

Ad 2

Resultater og oplysninger på baggrund af journalaudit dannede baggrund for formulering af spørgsmål til interviewguiden, der blev anvendt i et fokusgruppeinterview med koordinatorene.

- Hvordan fungerer det intrakommunale samarbejde?
- Hvordan fungerer det interkommunale samarbejde?

Med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide blev der afholdt et fokusgruppeinterview med koordinatore fra hver af de inkluderede kommuner.

## Resultater

### Audit

Det har ikke været muligt at belyse alle fem fokusområder ud fra det tilsendte materiale. Det første fokusområde: Indgang til kommunen; var noteret i syv cases, af dem var fem cases hvor borgeren var henvist fra sygehus, to med henvisning fra neurocenter og tre uoplyste. Overgange internt i kommunen; var ikke muligt at beskrive, da notater dels figurer i særskilte mapper, og dels var der sparsomt materiale fra to kommuner, der udelukkende har indsendt fra hhv. Sundhedsområdet/ældre og sundhed og koordinatorens samlede materiale. Fokusområderne hvornår koordineringen er slut og anvendelse af kvalitetsstandarder/visitationsretningslinjer fremgår ligeledes heller ikke af materialet. Inddragelse af borger og pårørende er et område, der er medtaget i alle ti cases.

Som alternativ løsning til belysning af fokusområderne er valgt at fremhæve, hvad der var godt, og hvad der var udfordrende ved gennemlæsning af de ti cases. Med dette valg håber vi at kunne bidrage til ønsket om et kvalitetsudviklende perspektiv.

Resultater præsenteres i anonymiseret form af hensyn til deltagerne. Fundene punktopstilles som hhv. generelle betragtninger ( dvs. kan forekomme i flere cases) samt uddrag af de enkelte cases, hvorfor der kan forekomme gentagelser. Fx kan udsagn som: "Tæt kontakt omkring borger og kontinuitet i plan" eller "Hjerneskadekoordinator kom meget sent ind i forløbet" forekomme i en enkelt eller flere cases.

### Hvad var godt i de ti cases:

- Mange relevante oplysninger om borgerne. Der var rigtig mange gode beskrivelser både af borgerens funktionsevne, indsatser, mål, planlægning samt korrespondance omkring samarbejde og koordinering. Dog ville en bedre struktur og større systematik være gavnligt for overskueligheden, gentagelser kunne dermed reduceres og vigtige tiltag omkring borgeren dermed fremstå tydeligere.
- Tæt kontakt omkring borger og kontinuitet i plan.
- Der har været tre gennemgående personer i hele sagen: (hjerneskadefaglig socialrådgiver, ergoterapeut (fra neuroteam) og socialrådgiver fra jobcenter)
- Meget beskrivende og informerende plan, opdelt efter ICF - der gør det overskueligt mht. mål, ansvarlige, tidsperspektiv og aktører.
- God og informativ rehabiliteringsplan!

- God oversigt med hhv. dato for oprettelse, ikrafttræden, ophørsdato og hvem der har oprettet sagen. Ligeledes indgik organisation og journalernæ. Gennemgående støtteperson til borgeren i hele forløbet.
- Effektiv og kompetent opstart efter udskrivelse. Flot, at man følger borgers ønske om at afprøve hjælpemiddel, så borgeren selv kan vurdere, om han magtede denne opgave og det ikke udelukkende var en faglig beslutning. Helhedsvurdering ca. hver 4. måned Beskrivelse fra Vejlefjord kunne være et rigtig godt udgangspunkt for en rehabiliteringsplan, tværfaglig og tværsektoriel.
- Fine beskrivelser af funktionsevne og indsatser, som desværre "drukner" i et opdelt og omfattende materiale.
- Genoptræningsplan er udførlig og kunne være første del af en rehabiliteringsplan.
- Samarbejds møderne med status og fremtidige tiltag. Fra mappen genoptræning var start på træning flot opdelt i ICF komponenter, ideel til rehabiliteringsplan, men indeholder ikke specifikke mål.
- Fra Hammel var en flot tværfaglig status, hvor funktionsevnen er skrevet ind under ICF kategorier af et tværfagligt team. Kunne være en fin start på en rehabiliteringsplan I plejelog var fin beskrivelse af borger ved udskrivningskonference, kunne være starten på en rehabiliteringsplan. Udarbejdet døgnrytmeplan.

### **Hvad var udfordrende i de ti cases:**

- Benævnelse af møder, udvalg o.l. Det kan være vanskeligt for udenforstående at få indsigt i typen af møder, formålet med møderne og hvem der inviteres til at deltage. Eksempler på benævnelsen af møder: Tværfagligt møde, møde på jobcenter, informationsmøde, opsamlingsamtale, hjemmebesøg, visitationsmøde, forummøde, tværfagligt orienteringsmøde, neuroteammøde, opfølgingsamtale, møde i pensionsudvalget, møde i rehabiliteringsteamet, hjerneskaderehabiliteringsmøde, samarbejds møde.
- Vanskeligt at skelne mellem de forskellige planer og notater: Opfølgingsplan, rehabiliteringsplan, forløbsplan, genoptræningsplan, funktionsevne og handleplan, caseflow, "åbne forløb", borgerjournal, neuropsykologisk udredning(undersøgelse).
- Inddragelse af mange forskellige fagpersoner samt tidspunkter for hvornår de forskellige medarbejdere indgik i borgerens forløb. Følgende fagpersoner fremgik af materialet: visitator, sagsbehandler, hjerneskadekoordinator, fysioterapeut (kommune/sygehus), ergoterapeut, sygeplejerske, overlæge, audiologopæd (talepædagog), hjerneskadefaglig socialrådgiver, socialrådgiver jobcenter, neuropsykolog, hjerneskadefaglig koordinator, neurokonsulent, misbrugsbehandler, sygedagpengesagsbehandler, egen læge, hjemmevejleder, børnesagsbehandler, leder af socialpsykiatri, børn og unge chef.
- Inddragelse af forskellige institutioner/forvaltninger/enheder: neurokirurgisk afdeling, neurorehabiliteringen, visitationsafdelingen, fagsekretariat, sundhed og handicap, jobcenter, neuroteam, social og arbejdsmarked, sygedagpengeafdeling, kriminalforsorgen, social og sundhedsforvaltningen, rehabiliteringsteam, hjerneskaderådgivningen

- En hel del fremstod indforstået, dermed var det svært at vide, hvor en person var ansat og hvilken afdeling? Meget overlap og dermed "overflødig" materiale.
- Manglende systematik i datoer og dokumenter og rigtig mange gentagelser. Personer nævnes ofte med fornavne, så det var vanskeligt at spore, hvem det var, også deres faglige baggrund og tilhørsforhold, afsnit, forvaltninger manglede. Papirer fra tidligere forløb og frem til aktuelle sag, kunne med fordel placeres i særskilt mappe.
- Jobcenter anvendte anden form for dokumentation end borgerjournal. Svært at adskille hjemmeplejen/hjemmesygeplejerske/hjemmevejleder, hvem er de og hvornår og med hvad, deltog de i borgerforløbet? Ved ny visitation medtages kopiering af tidligere status, der med fordel kunne sammenfattes. Dilemma mellem at borger ikke overholdte aftaler/besøg, deltog i møder m.m. og samtidig havde flere kontaktpersoner. Målsætning kunne med fordel foregå i tættere samarbejde med borgeren, så processen ikke kører i ring. Det var vanskeligt at se, om der var planlagt afslutning af rehabilitering.
- Hverdagsrehabilitering startede sent i forløbet - ½ år efter første kontakt. Fin beskrivelse af borgerens ønsker – men ikke defineret som mål. Borgerens motivation og egen ihærdige indsats burde fremgå tydeligere. Kunne måske overveje en mere samlet beskrivelse af træning og hjælpemidler, så borgerjournalen ikke var så omfattende med meget specifikke oplysninger, der specielt havde interesse for terapeuter og meget information om hjælpemidler, der skulle repareres m.m. Meget tidligere stof medtages, fx ved hver ny helhedsvurdering.
- "Åbne forløb udfoldet" - et udsagn der ikke rigtig giver mening for udenforstående, hvor det ville have været rigtig godt med en oversigt over kontakter/tiltag m.m. Det var svært at se, hvornår der var oprettet borgerjournal. Mange gentagelser. Funktionsevne og udvikling stod skrevet spredt i materialet, fx kunne vaske sig selv lidt i ansigtet med en vaskeklud under guidning, følger fint med øjnene, men siger ikke noget, kan smile. Sådanne oplysninger kunne med fordel indskrives i afsnit med målsætning og indsatser. Udførlig beskrivelse vedrørende problemer omkring afføring, hudproblemer, sondemad, problemer med seng og lift m.m. Mangler en samlet beskrivelse. Manglende systematik i rækkefølge af datoer i materialet, gør det uoverskueligt.
- Skema: "Åbne forløb" med en god opsamling på hvad der var omkring borgeren, men manglede beskrivelse af, hvordan det blev brugt i praksis. Skemaer: "ISU Plus – vurderingsområder". Hvordan er områderne udvalgt, og er det noget, der skal med i en kommende rehabiliteringsplan? Scoring F og scoring M giver ikke mening for udenforstående. Der var skrevet meget om rengøring og borgerens vekslende deltagelse. Dette kunne kortes og systematiseres ved en klar beskrivelse af funktionsevne, mål og indsatser samt tidsperspektiv for evaluering.
- Opdelingen i mapper for hhv. Hammel, Jobcenter, handicap og psykiatri og genoptræning. Ved at opdele i mapper, var der utrolig mange gentagelser – kopieringer.

Benævnelsen af de forskellige møder og benævnelse af deltagere til møderne, gør det svært, at danne sig et overblik.

- Uoverskueligt materiale fordelt i mange mapper fra de forskellige institutioner, forvaltninger, afsnit o.l.  
Materiale fra handicap og psykiatri indeholdte meget sparsomme oplysninger om, hvad det var for en borger, og hvor vi var i forløbet.  
Manglende støtte til borger og dennes ægtefælles ønske om at "komme hjem" til begivenhed.  
I mappen plejelogbog stod forløbsplan accepteret, men ikke af hvem og betydningen af det.  
Hjerneskadekoordinator kom meget sent ind i forløbet.  
Hvis der havde været sat målbare mål, kunne mange sider fjernes, og mange diskussioner nedtones.

## **Fokusgruppeinterview**

Fokusgruppemødet blev afholdt med deltagelse af koordinatore fra fire af de deltagende kommuner, hvor femte kommune var repræsenteret med visitator, med sygeplejefaglig baggrund. Fra én kommune deltog to koordinatore. Koordinatorernes faglige baggrund var hhv. ergoterapeuter, to socialrådgivere, en pædagog og en sygeplejerske.

Fokusgruppeinterviewet blev aflyttet og ikke transskriberet og analyseret efter forskrifter for kvalitative metoder, idet hensigten med interviewet var at indhente erfaringer og oplevelser i arbejdet med voksne med erhvervet hjerneskode, til læring og anvendelse i det fremtidige arbejde.

Ved aflytningen af interviewet blev udtrukket meningsgivende udsagn, der blev nedskrevet og sammenfattet. I det omfang, det har været muligt, er besvarelser anonymiseret. Sammenfatningen er struktureret med spørgsmål fra interviewguiden, efterfulgt af besvarelser fra deltagerne. Svarene er sat op i punktform og afspejler ikke altid kun svar fra én kommune. Ligeledes kan besvarelser fra én kommune være opdelt i flere punkter, hvis der forekommer undertemaer, eller nye temaer opstår under interviewet.

Afklarende oplysninger indhentet forud for fokusgruppeinterviewet:

I forbindelse med kommunalreformen, stopper to af de deltagende kommuner i 2008-2009 samarbejdet med Hjerneskerådgivningen i Odense Kommune (tidligere en amtlig institution). Odense Kommune overtog driften af Hjerneskerådgivningen, og indgik aftale med de øvrige kommuner om et årligt bidrag på x antal kroner beregnet ud fra indbyggertallet. Kommunerne kan benytte Hjerneskerådgivningen til borgere under 65 år. Ved borgere over 65 år, kan Hjerneskerådgivningen give rådgivning til personalet.

### **Tema: Kompetencer**

*Spørgsmål: Hvordan er I blevet introduceret/uddannet/"klædt på" til at være koordinatore?*

Svar:

- Alle koordinatorene har i tidligere funktioner, tilegnet sig viden og erfaring, som kan anvendes i koordinatorfunktionen. Efterfølgende har koordinatorene tilegnet sig yderligere kompetencer med uddannelser, individuelt, i tværfagligt regi og/eller på tværs af forvaltninger, så som:



- Diplomuuddannelse
- Tværfaglig neuropædagogisk uddannelse og lederuddannelse
- Tilpasset kompetenceudviklingsforløb med deltagelse af hele visitationsteamet, dvs. visitation, træning, hjælpemidler, socialområdet.
- Forløbskoordinationskursus primært for sygeplejersker og terapeuter og senere for sagsbehandlere og visitatorer. I første omgang for kronikerområdet, fulgt op af en tværfaglig neuropædagogisk uddannelse
- Ledelsesuddannelse hvori indgår neuropædagogik og psykologi

*Spørgsmål: Har I oplevet at have en koordinerende funktion?*

- a. Hvad har fungeret godt?*
- b. Hvad har fungeret mindre godt?*

*Besvarelsene bærer præg af, hvordan strukturen er bygget op i de enkelte kommuner.*

*Svar:*

- Kommunen har siden 2009 prøvet at bygge en hjerneskaderådgivning op, og at udvide og "bruge albuer" i de forskellige parallellforløb, der kører. Det tager tid at få et samarbejde op at køre, men der arbejdes på at forbedre det tværfaglige samarbejde. Efter opsagt samarbejde med hjerneskaderådgivningen, arbejder man på, at få forløbene til at køre gnidningsfrit. Det tager tid at manifestere sig i internt og eksternt samarbejde. De praktiserende læger henviser stadig til Hjerneskaderådgivningen i Odense, der svarer, at kommunen ikke længere er en del af Hjerneskaderådgivningen. Hjerneskaderådgivningen har lavet udredninger og den skabelon, de har anvendt, er tilpasset til anvendelse i kommunen. Hjerneskadecentret har mange (15-20 års erfaring) med en neuropsykolog som leder og hele paletten af medarbejdere, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og dermed meget erfaring, som kommunerne nu er ved at bygge op. Den neuropsykologiske undersøgelse hentes på sygehusene, men langt størstedelen af opgaven kan vi løfte selv. Hjerneskaderådgivningen har et undervisningstilbud til personalet, som kommunen ikke selv kan løfte.
- Noget, der er godt, er, at det kan mærkes, at man gør en forskel. Når funktionen ikke har været der før, er folk taknemmelige for at blive taget i hånden lidt tidligt i forløbet og opdage, at der er noget efter indlæggelsen, og nogle der står parate til at tage imod. Der er en række funktioner, der ikke har været der før.
- Det kan være en udfordring at have mange kasketter på, men også en udfordring at man ikke kan bevilge noget.
- De der kan bevilge, er sagsbehandlere og handicap og psykiatri i forhold til nogle paragraffer. Så bevilgende myndigheder kan være handicap, jobcenter, visitator, sagsbehandlere. Derfor er det vigtigt at have en person, der kan koordinere, for borgerne kan jo ikke gennemskue, hvor de skal gå hen, hvis de skal have hjælpemidler, éngangsydelser m.m.
- Der afholdes månedlige visitationsmøder, hvor alle relevante personer fra kommunens afdelinger samles. Det er ikke nødvendigvis den person, der har sagen, der deltager, men der vil være en repræsentant - det er rigtig godt. Det giver en grundig gennemgang af borgerens sag i forhold til at komme hele vejen rundt, som man ikke har set tidligere. Alle borgere tages op til de månedlige visitationsmøder. Borgere kan tages op til orientering, til drøftelse og til afslutning. I møderne deltager de to koordinatore (ergoterapeut og socialrådgiver), en fra hhv. hjælpemidler, visitator,

fysioterapeut fra træning, sygeplejerske, "myndighed social", jobcenter, neuropædagogisk team (dem der yder støtte i eget hjem), rehabiliteringscenter. Alle der deltager på disse møder, har været på uddannelse, så alle er klædt på til opgaven. Der er mødepligt.

Der meldes ind til koordinatorene, hvis der er en borgersag, der skal drøftes, ellers er det koordinatorene, der beslutter, hvem der skal på. Er det en sag fx mellem visitator og koordinator, tages den ikke op på visitationsmøder.

- Kommunen har et hjerneskadeteam i jobcenterregi. Der sidder fire faste medlemmer, der alle har en tværfaglig neuropædagogisk uddannelse. En psykolog og en fysioterapeut fra jobcentret, en ergoterapeut fra genoptræningen/specialundervisning, hjerneskadekoordinatoren fra handicap og psykiatri og teamleder fra jobcentret. Alle sagsbehandlere fra jobcentret kan melde en sag ind. Sagsbehandlerne er med ad hoc, hvis det er dem der har en borgersag. Møderne afholdes hver fjerde uge. Borgeren kan tages op tidligt i forløbet, hvor det kan være hjerneskadekoordinatoren, der melder en sag ind, fx hvis en borger ikke har en genoptræningsplan. Nogle sager kan omhandle, hvad skal der ske efter genoptræningen, skal det være specialundervisning eller "nu er tilstande stationær", hvad skal der sættes ind med af aktiviteter evt. arbejdsprøvning. Det bliver oftere psykologen i jobcentret, der laver de psykologiske undersøgelser, men vi kan ikke kalde det neuropsykologiske undersøgelser. I hjerneskadeteamet vurderes det, om kommunen selv kan varetage rehabiliteringsopgaven - med udgangspunkt i tilbagevenden til arbejdsmarkedet - eller om det er nødvendigt med tilkøb af faglig ekspertise tilbud om forløb på Hjerneskadecenter mv.  
Hjerneskadekoordinatoren har ikke første kontakt med borgeren. Hun kommer ind længere henne i forløbet! Der er lavet den aftale, at hvis der kommer en forløbsplan, en genoptræningsplan eller jobcentret får en kontakt til en borger med erhvervet hjerneskade, så melder de ind til hjerneskadekoordinatoren, der så tager kontakt til borger eller terapeuter for at finde ud af, hvem gør hvad.  
Så aftalen er, at det er hjerneskadekoordinatoren, der skal have første kontakt til borgeren, uanset hvordan de kommer ind i systemet. Her kommer udfordringen, at hvis hjerneskaderådgivningen er inde omkring, de får jo også ofte henvisninger, hvem er det så lige, der har kontakten først, og hvordan får vi det koordineret. Der er jo mange af de samme opgaver, der ligger i hjerneskadekoordinatorens og i hjerneskaderådgivningens funktion.  
Hvor det er mere komplekst, holder vi løbende møder i forløbet, hvor borgeren og ofte pårørende er med. Så inviteres også terapeuter og sagsbehandler fra jobcentret og hjerneskaderådgivningen, eller hvem der nu er aktuelle i forhold til den konkrete sag. Det gør vi som det første omkring tre måneder henne i forløbet, fordi det er tit der, genoptræningsforløbet er ved at være afsluttet. Så hvor er vi henne nu, og hvad er næste skridt, vi tager i forhold til mål og delmål? Borgeren bliver hørt og kommer med deres bud på, hvad han/hun tænker kan være relevant (vedrører kun borgere under 65 år).  
På et spørgsmål om det er genoptræningsplanen, der afvikles først er svaret: Nej, ikke nødvendigvis, der kan godt være fx specialundervisning, der kører parallelt med.
- En mindre kommune er ikke kommet så langt, men har lavet et mindre hjerneskadeteam med en fysioterapeut, en ergoterapeut, en sygeplejerske og visitator indenfor jobcentret.
- På et spørgsmål om egen læge deltager, svarer én kommune, at egen læge har været med til rundbordsamtale, ikke så tit, men det er sket. Andre har haft egen læge med til koordinationsmøder.

- En kommune har den udfordring i forhold til koordinering, at de udover OUH, der sender til hjerneskaderådgivningen, også har Vejle og Kolding sygehus. De har en aftale med deres sundhedschef om at besøge Vejle og Kolding sygehus for at fortælle om deres funktion. Ved genoptræningsplanen tænker sygehusene ikke hjernekadepkoordinatorer ind, det er kun i Ringe. Det er også kun Ringe, der inviterer til møde (kaldet tværfaglig stuegang), inden borgeren udskrives.
- En kommune tilstræber at alle borgere, der får en hændelse, der påvirker hjernen, får et brev fra os, fordi der jo kan opstå noget senere i forløbet, og nogle borgere kommer jo hjem uden genoptræningsplan. Formidlingen vedr. hjerneskadepkoordinatorer via sygehuse kan være vanskelig, da borgerne tilhører mange forskellige kommuner med forskellige tilbud. Så det foreslås, at tage kontakt til sygehusene og fortælle om kommunernes tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade. Udfordring: Det opleves, at det er svært at få sygehusene til at "huske", at kommunen har relevante tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade.

### ***Hvad har fungeret godt?***

- En kommune rapporterer, at koordinatorfunktionen har været med til at støtte op omkring at fx borgere er kommet hurtigere tilbage på arbejdet. Her har det også betydning, at der er en tidlig kontakt til sygehuset, så borgerens ønsker og dermed indsats kan planlægges og iværksættes tidligt i forløbet.
- Hjerneskaderådgivningen har rigtig gode kompetencer, men det giver også noget at være i nærmiljøet, og ikke skal igennem ekstra led, og at man i kommunen har blik for, hvad det er for et serviceniveau, vi opererer med. Det giver basis for et godt forløb, at vi sidder med overblikket og tilbudsviften. Hjerneskaderådgivningen har jo ikke det forkromede overblik over, hvad man kan i kommunen. Det kan være problematisk, hvis hjerneskaderådgivningen har talt med en borger om, hvad der videre kan ske, og det så ikke er det, man kan tilbyde i pågældende kommune (sagsbehandleren bliver "sorteper").
- En kommune har brugt Vejlefjord til en afklaring af borgeren på arbejdsmarkedet, men der er en udfordring at få overførelsesværdien fra Vejlefjord hjem til eget område. Det er nu forsøgt at få fysioterapeut og ergoterapeut med til at koordinere lige fra starten. De laver træningen i hjemmet, så har vi overføringen i små processer, hvor vi laver afklaringen fra starten sådan, at inden borgeren kommer på arbejdsmarkedet, er vi grundigt med hele vejen igennem – det, synes vi, er godt. Her kommer igen fordelene ved nærmiljøet, der har alle grene og kan samle folk og gøre det hurtigt, med ændringer og tilføjelser. Det, der hidtil er foregået, er, at det indlærte på Vejlefjord er svært at omsætte til hverdagen, dvs. overførelsesværdien er ganske vanskelig, hvad er det, de har lært, og hvordan kan man føre det videre, så det lærte ikke falder til jorden igen. (Vejlefjord kan tilbyde forskellige forløb, kan fx være målrettet jobsituationen, kognitive vanskeligheder m.m.) Jo mere der kan forgå hjemme eller i nærmiljøet, jo større er overførelsesværdien. Det er nemmere, når man ved, hvem man skal gå til også med de små besked. Det er en fordel, at borgeren kan følges i kommunen i hele forløbet, mhp hvad er det for en indsats, der skal tilbydes på nuværende tidspunkt, og hvad er den næste.

## Rehabiliteringsplanen

*Spørgsmål: Hvordan har det været at arbejde med en rehabiliteringsplan?*

- a. Hvad har været godt?*
- b. Hvad har været udfordrende?*

*Svar:*

Når du siger rehabiliteringsplan, hvad tænker du så på?

*Jeg spørger uddybende om, der skrives i fælles et dokument eller hver afdeling/forvaltning skriver i eget sagsmateriale?*

- En kommune skriver sagsnotater, men har også en rehabiliteringsplan, som de også skriver ind i, men det er primært ved tungere forløb, avancerede og specialiserede niveau. Ved basale sager (den ældre apoplexipatient), der laver vi ikke store forkromede rehabiliteringsplaner.  
Vi laver den ved komplekse sager, hvor vi har forsøgt at finde inspiration udefra, men det har været svært at finde ud af, hvad den skal rumme. Vi er også nået frem til et godt resultat, hvor vi er vandret over udredning til rehabilitering.  
Planen indeholder anamnese med diagnoser, tidligere diagnoser, sammenfatning af undersøgelser fra sygehus, psykolog m.m. der er en beskrivelse af funktionsniveauet, fysisk, psykisk og kognitivt baseret på ICF med afstikkere til voksenudredningsmetoden. Vi har forsøgt at tage højde for, at sagsbehandlere i jobcentret og myndighed og social skal kunne kopi/paste til deres systemer. Man kan sige, at denne plan er en fælles plan i visitationsteamet, hvor vi også skriver indsatser og mål ind. Det er forsøgt udformet, så det kan vedlægges, hvis sagen skal videre på fx rehabiliteringsteamet.  
Udfordringen er IT systemer, hvor et system fx er bygget op omkring voksenudredningsmetoden. Materiale sendes ud til alle medlemmer af visitationsudvalget, da det ikke kan placeres under ét IT system, som alle har adgang til. Koordinatorerne i denne kommune har fået adgang til alle de IT systemer, der er brug for, for at kunne følge op på sager. Så nu mangler vi bare at få en fælles platform for medlemmer i visitationsteamet, så vi ikke skal scanne, og sende masse af materiale rundt. Alle kommuner arbejder på at finde en fælles platform.  
I samme kommune udarbejdes en forberedende del forud for visitationsmøderne, hvor der er indsamlet undersøgelser m.m. På visitationsmødet kommer tilføjelser fra forskellige medlemmer, og der laves mål, som vurderes at være til gavn for borgeren, ud fra de behov som koordinatoren har forsøgt at beskrive til at starte med. Borgerens eget mål indgår også i valg af indsatser.  
(Deltagere i fokusgruppen spørger om de kan få en kopi af en sådan sag/skabelon)  
Planen har været langt omkring og skrevet om adskillige gange. En "ligtudgave af ICF". Det har været givende, at to koordinatører med forskellig faglig baggrund har diskuteret rehabiliteringsplanens ordlyd, fx forskellige forståelse af ordet anamnese.
- En anden kommune udtrykker at de skal til at skrive ind under voksenudredningsmetoden.
- En anden kommune arbejder med forskelligt sagsmateriale, jobcenter skriver i deres, terapeuterne har deres og handicap og psykiatri et helt tredje, da det er tre forskellige journalsystemer, der skrives i. Man kan ikke kigge i hinandens notater/systemer, kun koordinatoren har læseadgang, og kan så tage vigtige oplysninger med på møder.

Undertiden men ikke altid skrives i to "IT systemer", med risiko for at der smutter noget.

- Andre kommuner har samme problemer – hvor de skriver i forskellige systemer og kan ikke se i hinandens, så det er kun, når de mødes og snakker sammen, at de får kendskab til hinandens materiale.
- Der er ingen kommuner, hvor hver afdeling skriver ind i det samme system. De fleste har et system i jobcenter, et andet i social og et tredje i sygeplejevisitation/terapeuter.
- En anden kommuner skriver i det samme system, på nær hjemmepleje og sygepleje, hvis notater skrives særskilt, som andre har mulighed for at læse. Hvor meget de forskellige kigger i andres materiale, før de skrives er "lidt op ad bakke".

*Spørgsmål: Har I haft fokus på målsætning i jeres arbejde, med at tænke rehabilitering til borgeren?*

*Svar:*

- En kommune har indarbejdet målsætning i deres skabelon. Det er noget af det, vi drøfter på vores visitationsmøde. Hvad er det overordnede mål, delmål, hvilke handlinger bliver sat i gang, hvem er ansvarlig og effekten.
- Kommuner, hvor der er opdelt sagsmateriale, sætter mål for hver deres område fx jobcenter sætter mål, genoptræning sætter mål, hverdagsrehabilitering sætter mål. Det er så koordinatorens opgave at arbejde videre med målene og få indkaldt relevante medarbejdere til at planlægge, fx "det er ikke smart, du går i gang med det der nu, for hun er for træt, så det er bedst, vi gør det her først" ...osv. Er borgerens mål at komme tilbage på arbejde, ja så tages der kontakt til arbejdspladsen, hvor borgeren så oplever, at han ikke arbejder så hurtigt som tidligere og bliver hurtigere udtrættet, og hans mål med at arbejde fuld tid, når han ikke – han er selv med i erkendelsen. En anden case: En yngre mand havde fået problemer med en skulder, og træningen blev så målrettet de funktioner, han skulle varetage på arbejdet, således en tæt kontakt mellem arbejdsplads og trænende terapeuter. Arbejdspladsen rådførte sig med fysioterapeuterne om han måtte genoptage arbejde, der krævede de og de bevægelser. Det kan give problemer med en sådan proces, hvis deadline for udbetaling af sygedagpenge er ved at udløbe, så en jobafklaring skal være her og nu. Dette er også en begrundelse for, at koordineringen skal komme ind så tidligt som muligt, for det med at komme ind når der er gået en fem-seks måneder er for sent. Det bliver nu lavet om pga. sygedagpengelovgivningen. Oftest får borgeren forlænget sygedagpengeperioden, så de ikke når over på kontanthjælp, men kommer der psykiatri ind omkring, bliver det mere komplekst, så når vi det ikke altid.

*Spørgsmål: Hvordan har funktionen tovholder/kontaktperson fungeret?*

- a. Ved forløb i egen afdeling*
- b. Ved overgange i forvaltningen, andre forvaltninger og andre kommuner*

*Svar:*

- Det er meningen, at borgeren kun skal have en kontaktperson, og dette er koordinatoren. Det betyder jo ikke, at de ikke skal have kontakt til andre, sagsbehandlere osv. I denne her udredningsfase med afdækning af behov og indsatser,

bestræber vi os på, at det er koordinatoren, der har kontakten med andre faggrupper/forvaltninger, så borgeren ikke skal rende fra "Herodes til Pilatus".

- Det kan være vanskeligt, hvis en borger både har en kontakt indenfor kommunen og Hjerneskaderrådgivningen. Hvis de kommer i ressourceforløb, som er flere tværfaglige indsatser fra kommunen (her benævnt som rehabiliteringsforløb i jobcentret), bliver de tildelt en koordinerende sagsbehandler. Den koordinerende indsats vil hyppigst ligge i jobcentret, men kan også placeres i handicap og psykiatri, hvis borgerens problemer hovedsagelig er indenfor dette område. Det vil teamlederne indenfor sygedagpenge ikke være glade for, da de gerne vil have den røde tråd i forløbene. Det, vi gør, er, at når der er et ressourceforløb for en borger med erhvervet hjerneskade, er hjerneskadekoordinatoren inde omkring.
- De fleste af de deltagende kommuner er med i rehabiliteringsteamet, når det handler om borgere med hjerneskade.

*Spørgsmål: Hvad er forskellen på rehabiliteringsforløb og ressourceforløb?*

*Svar:*

- Ressourceforløb er indenfor arbejdsmarkedsområdet, hvor et rehabiliteringsteam arbejder med det sigte at få borgeren i beskæftigelse. Det omhandler kun borgere med udsigt til at komme i arbejde og borgere under 65 år og er affødt af den nye pensionslov. Borgere under 40 år kan få op til 3 ressourceforløb af 5 års varighed = 15 år.  
Borgere over 40 år kan tilbydes ét ressourceforløb = max 5 år.  
Såfremt det, efter fornyede undersøgelser/indsatser, viser sig at der ikke er indsatser, der kan bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet, kan borgeren igen få sin sag for rehabiliteringsteamet og det kan resultere i tilkendelse af førtidspension

*Samarbejde*

*Spørgsmål: Hvordan fungerer det intrakommunale samarbejde?*

- c. I egen afdeling/forvaltning
- d. Mellem forvaltninger

*Svar:*

- Der er sket rigtig meget indenfor projektperioden, med at arbejde på tværs af afdelingerne.
- En kommune har udarbejdet et samarbejds katalog, hvor to arbejdsgrupper går ud og interviewer og laver samarbejdsaftaler med dem, de har kontakt til. Det betyder meget at der er en aftale om, hvem der gør hvad og hvornår. En idé andre vil tage til sig. For selvom man siger at samarbejdet i visitationsteamet er godt, så er der stadig nogle, der ikke er med i teamet, der også skal forholde sig til, at der er en hjerneskadekoordinator, og det bliver altså glemt i hverdagen. Nogle er gode til at huske os, andre ikke, så samarbejdsaftaler vil være godt.
- En anden kommune arbejder på at "få brudt siloer ned" mhp en fremtidig forløbskoordination. Vi har tilbudt at komme rundt i forvaltningerne og sidde en dag i myndighed, en dag i jobcentret, en dag i træningen. Lederen sendte mail rundt til de forskellige afdelinger, der takkede nej, for det havde de ikke ressourcer til. Der er ikke lederopbakning i de forskellige afdelinger, men medarbejderne synes, det er en god idé.

- En anden kommune har en projektgruppe, hvor der sidder teamledere på tværs af forvaltningen, og det er besluttet, at det skal fortsætte. Som koordinator skal jeg løbende komme i de forskellige afdelinger/forvaltninger og fortælle om min funktion til nye medarbejdere. Jobcentret var skeptisk i starten, mht. at bestemte sagsbehandlere varetager hjerneskadeområdet, men det kører nu. Der er fokusmedarbejdere alle steder indenfor hjerneskadeområdet, to personer i træningen og to i psykiatri og handicap. Så det bliver mere specialiseret efterhånden.
- I en mindre kommune har der været stor adskillelse til jobcenter, der ligger langt væk fra de øvrige afdelinger. En ny kommunaldirektør vil, at der skal arbejdes mere på tværs mellem forvaltningerne. Men samarbejds kataloger er ikke lige nu.

*Spørgsmål: Hvordan fungerer det interkommunale samarbejde og samarbejdet med henvisende instanser?*

*Svar:*

- I forbindelse med at Neurorehabiliteringen i Ringe nedlagde socialrådgiverfunktionen, blev der afholdt en eftermiddag, hvor det blev drøftet, hvordan kontakten til kommunerne skulle være fremover, hvad kunne kommunen hjælpe med, når der nu ikke var en socialrådgiver i Ringe. Samarbejdet med Ringe er rigtig godt.
- I forbindelse med inddragelsen af de praktiserende læger, er der praksiskonsulenter, som vi har koblet på til en markedsdag, hvor vi skal have en stand og fortælle noget om, hvad vi har af sundhedsfremmede og forebyggende tilbud til borgerne. Det er også meningen, at vi skal møde op på kvartalsmøderne for praktiserende lægers praksiskonsulenter. Vi har tidligere talt med praksiskonsulenterne, men der er ikke sket noget, de husker os ikke. Vi overvejer, at koordinatoren tager på besøg hos de praktiserende læger og fortæller lidt om os og lægger en pjece.

*Videndeling*

*Spørgsmål:*

*Hvordan har I formidlet viden til hinanden internt i afdelingen, forvaltningen, og eksternt?*

*Hvordan bruger I erfaringer/viden nu og hvordan er det tænkt ind i det videre arbejde/samarbejde?*

*Svar:*

- I en kommune er der i neuroteamet besluttet, at de der er i gang med en uddannelse, skal undervise de andre i teamet.
- En anden kommune arbejder på at lave et koncept, hvor vi klæder hjemmeplejen på til et kendskabsniveau – fx hvad vil det sige at have en hjerneskade? Det er meningen, det skal lægges i kursuskataloget og gentages gange to årligt.
- En anden kommune har udført tilsvarende information/undervisning til plejepersonale.
- En anden kommune har på forskellige niveauer uddannet 60 medarbejdere i hjemmeplejen i temaet "borger med hjerneskade", hvor de efterfølgende har dannet netværksgrupper. Det er Social- og Sundhedsskolen i Odense, der har udbudt uddannelsen.

- En anden kommune planlægger også undervisning på tværs af forvaltninger. Vi sender også løbende nye medarbejdere af sted til hjerneskaderådgivningen for at give et kompetenceløft. Hjerneskaderådgivningen udbyder forløb to gange om året.
- En mindre kommune bruger hjerneskaderådgivningen både i undervisning og i forhold til den enkelte borger. Der foregår også forløb med undervisning i plejen "trænende hjemmepleje".

### *Borger/pårørende inddragelse*

*Spørgsmål: Hvordan er borger og evt. pårørende inddraget i rehabiliteringsprocessen?*

- Hvordan medtages borgerens ønsker og behov?*
- Hvordan medtages borger/pårørende i målsætningsarbejde?*
- Hvordan medtages borger i prioritering af mål?*

*Svar:*

- Det bedste eksempel er Ringe Sygehus, hvor vi bliver indkaldt til en tværfaglig stuegang efter patienten har været indlagt i 14 dage. Der inviteres borger og pårørende samt hjerneskadekoordinator, en ergoterapeut og hvem der ellers kan være relevant fra kommunen ind sammen med sygehusets personale. Det er vigtigt at komme tidligt ind i forløbet, for der er meget, der er uoverskueligt, specielt nu hvor der ikke længere er en socialrådgiver. Der er forløb, hvor borgeren har svært ved at deltage, og hvor pårørende dermed får en stor rolle. Det er sjældent, man kommer til møder, hvor der ikke er pårørende med. Vi hører, hvad de pårørende tænker, det kan være, at de fx ikke kan overskue at få ægtefællen hjem. Sjældne gange er kun pårørende med, hvis borgeren simpelthen er for dårlig.
- En kommune har en konsulent ansat to dage om ugen til at støtte op omkring de pårørende. Der er også samarbejde med hjerneskadeforeningen med møder, hvor både ramte og pårørende deltager, opdelt i korte seancer med pårørende og ramte sammen - hver for sig - og sammen igen. Møderne afholdes en gang om ugen/hver 14 dag. Der arbejdes også på at lave café-møder hver anden måned, hvor kommunen fortæller om de tilbud de har - i forhold til de pårørende.
- En anden kommune har ansat en pårørenderådgiver, der indgår i et samarbejde med hjerneskadeforeningen og hjernesagen. Vores neuropædagogiske team har en netværksgruppe for de ramte, der afholdes én gang om måneden. Ligeledes er der et tilbud om pårørende samtaler, hvor vi kan sige, at pårørenderådgiveren kan hjælpe borgeren rundt i de forskellige tilbud. Der er endvidere ansat en pædagog med en psykoteraeutuddannelse, der hjælper pårørende med at mestre det at have en ægtefælle eller andre pårørende med en hjerneskade.
- En anden kommune har en café, der kører i frivilligt regi, hvor der er ansat en koordinator et par timer. Der er omkring tyve personer, der mødes en gang om ugen. Derudover kører også specialundervisningstilbud til både borgere og pårørende.
- En mindre kommune har en sygeplejerske, der kører pårørendegrupper og prøver at inddrage pårørende med erfaringer. Vi holder også individuelle møder for de ramte. Vi er så små og tager ofte ud til borgeren, hvor vi får en tæt kontakt.



- En anden kommune sendte tilbud i samarbejde med hjerneskadeforeningen, men ingen er mødt op. Problemet er nok, at der er så få, at det er vanskeligt at sammensætte grupper ud fra køn, alder eller diagnose som i de større kommuner.

*Spørgsmål: Andre erfaringer I har lyst til at fortælle om?*

*Svar:*

Ingen supplerende oplysninger.

## **Konklusion**

### ***Journalaudit***

Det samlede materiale indeholder mange gode og relevante oplysninger omkring borgeren, borgerens funktionsevne, mål, hvilke indsatser der er planlagt eller igangsat, tovholdere/koordinatorer, inddragelse af borger og pårørende m.m.

En kommune har bygget rehabiliteringsplanen op omkring ICF komponenterne, hvilket giver en systematik og overskuelighed.

I cases, der indeholder en genoptræningsplan, er beskrivelsen af borgerens tilstand ligeledes bygget op omkring komponenterne i ICF med fokus primært på træning.

I andre cases er ICF anvendt ved udskrivelse fra rehabiliterings- og neurocentre.

Materialet indeholder meget udførlige beskrivelser fra hvert område/forvaltninger med kontaktperson og datoer for tiltag. Hvert område/forvaltning kommer let til at medtage detaljer, som givet er relevante for den enkelte person/faggruppe og forvaltning, men som samtidig bevirker, at vigtige oplysninger nemt kommer til at "drukne".

I samtlige cases er beskrivelser af kontakt og information til og graden af inddragelse af borger og pårørende.

Forskelligheden af både borger, helbredstilstand, pårørende, indsatser og forløb beskrives, også med de vanskeligheder, der kan være mht. inddragelse af såvel borger som pårørende.

Der er mange betegnelser af de forskellige møder, hvad de indeholder, hvilke personer der deltager, og hvornår i forløbet møderne afvikles samt konklusion på møderne. Ligeledes er det vanskeligt for en udenforstående at skelne mellem de forskellige betegnelser af planer og notater.

### ***Fokusgruppeinterview***

#### *Koordinatorer og kompetencer*

Alle koordinatorerne har fra tidligere funktioner en viden og erfaring, der kan drages nytte af i koordinatorrollen. Endvidere har alle kommuner uddannet koordinatorer enten individuelt, i tværfagligt regi eller på tværs af forvaltninger.

Koordinatorfunktionen har betydet tidligere kontakt til borgeren evt. under indlæggelse på sygehus eller ophold på rehabiliteringscenter. Dette muliggør en tidligere indsats og dermed større tilfredshed og afkortning af rehabiliteringsforløb. Specielt indenfor arbejdsmarkedsområdet med tidligere kommunal kontakt, er der registreret tværsektorielt samarbejde, der muliggør, at borgeren kommer hurtigere tilbage til arbejdet.

Siden 2009 har kommuner arbejdet med at opbygge hjerneskadekoordinationen, en langvarig proces, der udover ny viden og indsatsområder også kræver et samarbejde på tværs af faggrupper, internt og mellem forvaltninger og med eksterne samarbejdspartnere. Kommunerne er ikke lige langt i processen. Dette kan dels skyldes kommunernes størrelse og dermed varieret antal medarbejdere til opgaverne, og dels at der er forskellig ledelsesmæssigt fokus og prioritering af opgaverne i kommunerne.

En kommune er nået langt og har gode erfaringer og tilfredshed med Hjerneskaderådgivningen både blandt medarbejdere og borgere. Dette eksempel er valgt (uddrag fra sammenfatningen) medtaget i afsnittet anbefalinger og perspektivering

### *Rehabiliteringsplanen*

Der er ingen af de deltagende kommuner, der udelukkende arbejder med rehabiliteringsplanen. Et af de store problemer er, at forvaltningerne har hver deres IT system, der ikke arbejder sammen med andre systemer, hvorfor det er nødvendigt at oprette særskilte notater.

Det betyder, at notater undertiden skal omskrives til andre forvaltninger, eller oplysninger fra andre forvaltninger skal indhentes og omskrives, hvilket udover ressourceforbrug også giver risiko for, at oplysninger ikke medtages i et samlet materiale eller går tabt.

Kun i en af de deltagende kommuner har koordinatoren adgang til alle IT systemer. En anden kommune har koordinatoren læseadgang.

Også indenfor arbejdet med rehabiliteringsplanen, er der en af de deltagende kommuner, der er nået et godt stykke vej, hvor dette eksempel (uddrag fra sammenfatningen) er medtaget i afsnittet anbefaling og perspektivering.

### *Målsætning*

I overstående rehabiliteringsplan indgår målsætning. Ingen af de andre deltagende kommuner har fælles mål for borgeren. Her sættes mål for hvert område, hvor det så er koordinatorens opgave at indkalde relevante personer til møder, mhp. planlægning, prioritering og koordinering af indsatser.

### *Tovholder/kontaktperson*

Planen er, at det er rehabiliteringskoordinatoren, der i udredningsfasen har kontakten til sagsbehandlere og kontaktpersoner i andre forvaltninger, så det ikke er borgeren, der skal surfe rundt i systemet.

Er borgeren i et ressourceforløb bliver de tildelt en koordinerende sagsbehandler, der typisk er en person fra jobcentret. Ligger borgerens hovedproblemområder indenfor handicap og psykiatri, kan den koordinerede indsats ligge her.

### *Samarbejde*

Alle kommuner oplever, at der er fokus på samarbejde, både indenfor egen afdeling som på tværs af forvaltninger. Der er også mange tiltag bl.a. samarbejdsaftaler, besøg i hinandens afdelinger/forvaltning.

I det eksterne samarbejde er det især hos de praktiserende læger, hvor der er tiltag i gang med at fremme samarbejdet. Der er bl.a. taget initiativer til at deltage i møder og aflægge besøg i kommunens lægepraksis.

### *Videndeling*

I alle kommuner arbejdes der med at formidle viden, både til samarbejdspartnere i egen afdeling, i egen og på tværs af forvaltninger og i plejen, der har den tættere kontakt til borgere med erhvervet hjerneskade.

### *Borger/pårørende inddragelse*

Alle kommuner har meget fokus på at undervise, vejlede og støtte op omkring både borgere og deres pårørende. Der er igangsat forskellige initiativer som ugentlige møder for hhv. ramte og pårørende, café-møder med information om kommunens tilbud til hjerneskadede, ansættelse af pårørenderådgiver og en psykoterapeut til at hjælpe pårørende med at mestre det at have en ægtefælle eller anden nær person med hjerneskade.

### **Anbefalinger og perspektivering**

På baggrund af indhentede oplysninger fra hhv. journalmateriale og fokusgruppeinterview med koordinatorene foreslås nedenstående udviklingstiltag.

En beskrivelse af borgerens hele situation ved første kontakt, er et godt og solidt grundlag for en rehabiliteringsplan: denne funktion kan varetages af medarbejdere (kontaktpersoner) fra alle afdelinger/forvaltninger.

Beskrivelsen kunne med fordel skrives ind i en skabelon bygget op omkring ICF komponenterne, hvilket ville give en systematik og dermed fremme overskueligheden og muligheden for en rehabiliterende tilgang.

En rehabiliteringsplan skal medtage borgerens ønsker og de mål, som borger og fagpersoner sætter i fællesskab, prioritering af mål og hvilke fagpersoner, der skal inddrages, med hvilke indsatses og hvornår i forløbet. Endelig er det vigtigt, at der indgår en tidsfaktor for iværksættelse af indsatses, varighed af indsatses, evaluering af mål, om de er nået, eller der skal sættes nye mål.

I målsætningen er det vigtigt, at alle der har kontakt med borgere inddrages i en fælles målsætning, der kan gå på tværs af faggrupper og forvaltninger.

Udpluk fra praksis i en af de deltagende kommuner:

"Der afholdes månedlige visitationsmøder – med mødepligt, hvor alle relevante personer fra kommunens afdelinger samles. På møderne er der en grundig gennemgang af borgerens sag, mhp at komme hele vejen rundt omkring borgeren. Alle borgere tages op til de månedlige visitationsmøder, enten til orientering, drøftelse eller afslutning. I møderne deltager de to koordinatorene (ergoterapeut og socialrådgiver), en fra hhv. hjælpemidler, visitator, fysioterapeut fra træning, sygeplejerske, "myndighed social", jobcenter, neuropædagogisk team og rehabiliteringscenter. Alle, der deltager på disse møder, har været på uddannelse, så alle er klædt på til opgaven.

Er der en borgersag, der ønskes drøftet på møderne, meldes det ind til koordinatorene. Ellers er det koordinatorene, der beslutter, hvilke borger der skal tages op på møderne. Er det en mindre sag fx mellem visitator og koordinator, tages den ikke op på visitationsmøder.

” Rehabiliteringsplan udarbejdes til tungere forløb, på mere avanceret og specialiseret niveau. Planen indeholder anamnese med diagnoser, tidligere diagnoser, sammenfatning af undersøgelser fra sygehus, psykolog m.m. hvori indgår en beskrivelse af funktionsniveauet, fysisk, psykisk og kognitivt baseret på ICF med afstikkere til voksenudredningsmetoden. Der er forsøgt taget højde for, at sagsbehandlere i jobcentret og myndighed og social skal kunne copy/paste til deres systemer. Planen er en fælles plan i visitationsteamet, hvor der også skrives indsatser og mål. Det er forsøgt udformet, så det kan vedlægges, hvis sagen skal videre på fx rehabiliteringsteamet.

På visitationsmødet kommer tilføjelser fra forskellige medlemmer, og der udarbejdes mål som vurderes at være til gavn for borgeren ud fra de behov, som koordinatoren har forsøgt at beskrive til at starte med, bl.a. borgerens eget mål. Hefter bliver det besluttet, hvilke indsatser der skal iværksættes”

Udover anbefalinger, der er baseret på data til denne rapport, kan det anbefales løbende at holde sig ajour i litteraturen, på hjemmesider, konferencer, seminarer o.l., da der til stadighed sker en kvalificeret udvikling af rehabilitering til personer med erhvervet hjerneskade. Nedenstående anbefalinger er hentet fra nylig auditering af kommunernes specialiserede rehabilitering overfor voksne med erhvervet hjerneskade (4).

- Overgang og timing
  - Prioritere overlevering af neurofaglig viden i forbindelse med udskrivningen og inddrage denne viden i vurderingen af borgerens rehabiliteringsbehov
  - Sikre at relevant information overdrages til relevante fagpersoner.
- Koordinering
  - Afholde tidligt koordinerende møde i hjemkommunen, mhp tværfaglig behovsvurdering og planlægning af indsatser med inddragelse af fagpersoner med neurofaglig viden, herunder vigtige aktører fra jobcentrene.
  - Sikre ledelsesmæssig opbakning til varetagelse af koordinatorfunktionen.
  - Sikre en organisatorisk struktur, der kan understøtte koordinatorens arbejde
  - Inddrage almen praksis til varetagelse af ansvarsområder, der ligger i deres regi.
  - Sikre at den neurofaglige viden inddrages i erhvervsevneafklaringsforløb
- Borgerinddragelse
  - Sikre at borgerens perspektiv spiller en central rolle i hele rehabiliteringsprocessen og -forløbet.
- Pårørendeindsats
  - Tænke pårørende og øvrige netværk i rehabiliteringsprocessen og -forløbet, ud fra hvad hhv patienter og pårørende ønsker og magter.
- Dokumentation
  - Udarbejde og anvende fælles rehabiliteringsplan.
  - Skabe tydelighed om vigtigheden af at dokumentere faglige overvejelser i forbindelse med beslutninger.

På et møde med koordinatorene for de fem deltagende kommuner, blev dette notat gennemgået. Som supplement til anbefalingerne var der bred enighed om at nedenstående punkter også er vigtige at tænke ind og fokusere på i det fremtidige rehabiliterende arbejde med målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade.

- Vigtigt at holde fast i funktionen: Hjerneskadekoordinator. Af det materiale der indgår i auditeringen og fra fokusgruppinterview, fremgår det tydeligt at hjerneskadekoordinatoren har en meget stor og betydningsfuld rolle, både som koordinerende person i hele rehabiliteringen i forhold til borger/patient, pårørende, på

tværs af faggrupper og forvaltninger samt som bindeled til jobcentre, mellem sektorer indenfor social og sundhedsvæsenet.

- Vigtigt at der er etableret et hjerneskadeteam på tværs af forvaltninger, herunder også jobcentret.
- Vigtigt at borgere i alderen 65+ også tilbydes et kvalificeret hjerneskaderehabilitering, så de oplever livskvalitet og et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt.
- Vigtigt at pårørende medtænkes som en væsentlig del i borgerens hjerneskaderehabilitering og kontaktes tidligt i forløbet med oplysning om muligheder for støtte og hjælp. Opmærksomhed på at pårørende får oplysning om tilbud i kommunen fx netværksmøder, pårørendegrupper o.l. Fagpersoner indenfor hjerneskadeområdet etablerer forskellige pårørende tiltag, der forventeligt efterfølgende kan fortsætte ved egen drift.
- Vigtigt at der afsættes ressourcer til at rådgive og vejlede øvrige fagpersoner, der deltager i rehabiliteringsprocesser, fx plejecentre, dagcentre, m.fl.
- Vigtigt at hjerneskaderehabiliteringen ikke slutter efter den akutte og postakutte fase, men at der planlægges systematiseret opfølgning fx efter hhv. ½, 1 og 2 år.
- Vigtigt at der afholdes afklarende møde mellem de fem deltagende kommuner mhp afdækning af behov for sparring, erfarings- og videndeling samt optimering af viden og nye tiltag.

## Referencer

1. Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen; 2011
2. Hjerneskade – en medicinsk teknologivurdering (MTV). Sundhedsstyrelsen: 2011
3. <http://www.kl.dk/hjerneskadekonference2014>
4. Tværkommunal undersøgelse af kommunernes specialiserede rehabiliteringsindsats overfor voksne borgere med erhvervet hjerneskade. Den Administrative Styregruppe for Social- og Specialundervisningsområdet i de midtjyske kommuner, DASSOS. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2013
5. [http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Puljer/2011/Juni/~media/Filer%20-%20dokumenter/ansoegninger\\_indkaldelse\\_hjerneskadepulje/Indkaldelse.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Puljer/2011/Juni/~media/Filer%20-%20dokumenter/ansoegninger_indkaldelse_hjerneskadepulje/Indkaldelse.ashx)