



MARSELISBORGCENTRET

midt
regionmidtjylland

Evaluering af Projekt for senhjerneskadede i Randers Kommune



CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Evaluering af Projekt for senhjerneskedede i Randers Kommune

©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, Region Midtjylland, 2015

Emneord: Rehabilitering, Voksne med erhvervet hjerneskeade, kvalitativ analyse

Sprog: Dansk

Udgivet af: CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, oktober, 2015

Design: CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Layout: Inger Hornbech

Forside-foto: flickr.com

Rapporten er sat med: Verdana

ISBN: 978-87996678-8-8 (pdf/elektronisk version)

Redaktion/forfattere:

Merete Tonnesen

Thomas Maribo

Denne publikation citeres således:

Forfattere: Tonnesen M, Maribo T.

Titel: Evaluering af Projekt for senhjerneskedede i Randers Kommune

Aarhus: Region Midtjylland, CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, 2015

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling

P.P. Ørumsgade 11, bygning 1B

8000 Aarhus C

Tlf. 7841 4440

E-mail: Inger.Hornbech@stab.rm.dk

Hjemmesider: www.marselisborgcentret.dk og www.cfk.rm.dk

Rapporten kan downloades fra www.marselisborgcentret.dk eller www.cfk.rm.dk under publikationer.

Indholdsfortegnelse

Resumé	4
Indledning	7
Læsevejledning	8
Del 1	9
1. Evalueringens formål og datagrundlag	9
2. Historik i indsats & organisering og målgruppe	14
Del 2	23
3. Kettet, der får forløb til at hænge sammen	23
4. Flow og barrierer for flow i rehabiliteringsforløbet	45
5. Oplever de involverede medarbejdere det tværfaglige samarbejde som styrket? ..	52
6. Borgeres og pårørendes oplevelse af indflydelse på forløb, og forløbet generelt ...	57
Del 3	65
7. Konklusion og anbefalinger	65
Litteraturliste	71
Bilag	73

Resumé

Hvert år bliver omkring 185 borgere i Randers Kommune ramt af en senhjerneskode, heraf er ca. 1/3 under 65 år. Randers Kommune har fra 2011 til 2015 arbejdet med at udvikle kommunens indsatser for borgere under 65 år med erhvervet hjerneskode. Evalueringen fokuserer på enkeltkomponenter i rehabiliteringsindsatserne: neuro-rehabiliteringsplanen, tværfaglige møder, målsætning, samt på medarbejderes oplevelse af det tværfaglige samarbejde og på borgeres og pårørendes oplevelse af forløbene, herunder oplevelse af flow og indflydelse i forløb.

Overordnet set viser evalueringen, at indsatsen synes at være på rette vej, med den understregning, at der et stykke vej fra beskrivelse til udførelse i praksis: ting tar' tid. Der er fortsat behov for bevågenhed fra styregruppe og refleksionsrum for involverede. Hovedparten af de adspurgte borgere og pårørende udtrykker tilfredshed med forløbet, og flere roser medarbejdere for deres indsats og tilgang. Herunder er kort resumé af hovedpointer fra evalueringen:

Neuro-rehabiliteringsplanen, den skriftlige plan for rehabiliteringsforløbet, er genstand for en del debat blandt medarbejdere, og frustration omkring manglende understøttelse af IT systemer og dobbeltdokumentation fylder i diskussioner. Planen, i den nuværende udgave, er testet på forholdsvis få borgere. For de fleste interviewede borgere og til dels pårørende drukner rehabiliteringsplanen i det øvrige materiale, de modtager. Enkelte borgere understreger, ligesom de fleste af de adspurgte medarbejdere, at det er vigtigt at have en fælles skriftlig plan. Der spores en tendens til, at pårørende værdsætter at have en plan for forløbet. Indholdet af planen lever op til de rammer, der er sat for neuro-rehabiliteringsplanen, dog med undtagelse af, at indsatserne ikke er tidsangivne. Det kan anbefales, at flere aktører får læseadgang til andres dokumentationssystemer; at anvende rehabiliteringsplanen til komplekse forløb for borgere over 65 år; at optimere viden om ICF hos medarbejdere, da det kan styrke det fælles sprog og den fælles forståelse i borgersager; at fokusere på angivelse af tidsramme og prioritet i rehabiliteringsplanerne og endeligt at tænke i overleveringen af planen til borger.

Fælles mål. Audit viser, at mål og delmål dokumenteres i alle rehabiliteringsplaner. Interviews med medarbejdere viser, at de finder selve målsætningsprocessen svær; særligt når der skal sættes fælles mål. Da de fælles mål er styrende for forløbet kan det anbefales, at medarbejdere og ledere sætter fokus på følgende dele af målsætningsprocessen: fælles sprog og forståelse for mål på tværs af faggrupper og forvaltninger, klar ansvarsfordeling, overvejelser om evt. behov for standardiserede redskaber (f.eks. COPM, GAS).

Styrkelse af tværfagligt samarbejde – herunder tovholderrollen. Medarbejdere oplever, at det tværfaglige samarbejde er styrket gennem de senere år, men ønsker en mere udbygget viden om hinandens roller og arbejdsgange. Særligt efterlyses større viden om arbejdsrammerne for medarbejdere i Jobcentret, samt generelt tættere samarbejde med Jobcentret. Hjernecentret fungerer kun delvist som det kompetencecenter, det oprindeligt var tænkt som. Flere finder dette ærgerligt, men giver ikke én forklaringsramme, men mange forskellige forklaringer på, hvorfor det forholder sig sådan.

Det er "ikke bøjet i neon", hverken for borgere eller medarbejdere, hvem der varetager rollerne som tovholder og kontaktperson i et givent forløb, og hvilke opgaver, der ligger i rollerne. Arbejdet med at finde den gode model for de tværfaglige møder er fortløbende. Der er forskellige holdninger til møderne. Nogle finder dem ineffektive, andre givende.

Det kan anbefales, at styrke det tværfaglige samarbejde yderligere ved at arbejde med parametrene i relationel koordinering; at fortsætte med at arbejde i dybden og i detaljer med rollerne som tovholder og kontaktperson; at have en forventningsafstemning omkring "det gode tværfaglige møde"; at medarbejdere får mulighed for at gå på opdagelse i hinandens hverdag; at der arbejdes med muligheder for mere smidigt samarbejde med Jobcentret; at det planlægges, hvordan og af hvem nytilkomne kolleger introduceres til indsatsen; at sætte fokus på strategier for at mindske den gråzone i starten af forløb, hvor det er svært at vide, hvem der er inde over et forløb; samt at flere aktører har læseadgang til andres dokumentationssystemer.

Øget fokus på psykologiske aspekter af at være ramt af hjerneskade. Enkelte borgere efterspørger i interviews mulighed for psykologbistand. Blandt medarbejdere efterspørges større tilgængelighed af neuropsykologiske kompetencer. Dette er i proces ved evalueringstidspunktet.

Borgerinddragelse og indflydelse. Interviews med borgere og pårørende giver indtryk af, at de fleste er tilfredse med forløbet. Flere udtrykker, at de er imponerede over indsatsen i Randers Kommune, og flere roser medarbejderes tilgang og indsats. Inddragelse og indflydelse kan ske på forskellig vis: ved fælles målsætning, ved deltagelse i møder, ved mundtlig og skriftlig kommunikation (og dokumentation). Flere borgere har svært at forholde sig til begreberne indflydelse og mål, og når det bliver forklaret, hvad der menes, ytrer nogle af de interviewede, at det ikke betyder så meget for dem – tingene sker bare, og medarbejderne har vel styr på, hvad de foretager sig. De pårørende, der er interviewet i denne undersøgelse kender og benytter tilbuddene for pårørende i Randers Kommune og finder dem vigtige.

Borgere og pårørende anbefaler, at de inviteres med til tværfaglige møder – altid. Så skal de nok selv sige ja tak eller nej tak. Hvis borger ikke har pårørende, så er det vigtigt at tilbyde mulighed for at have en bisidder med. De anbefaler også, at der gives klare oplysninger om, hvem de vigtigste personer i forløbet er; at der sættes fokus på et højt informationsniveau til pårørende i forløbet, og at træningen tager udgangspunkt i de ting, der virkelig betyder noget for borger.

Flow og koordinering af forløb. Forløbene opleves overordnet set af borgere og pårørende som koordinerede, og der er generel tilfredshed med den måde, hvorpå borgere føler sig modtaget som borger med senhjerneskade i Randers Kommune. Der er dog undtagelser; herunder særligt borgere, som ikke har en genoptræningsplan eller har en gammel skade. Både medarbejdere og borgere og pårørende har peget på flere konkrete områder, med potentiale for bedre flow i forløbet. Herunder at kigge på muligheder for nedsættelse af sagsbehandlingstiden på specifikke indsatser; at sikre kontinuitet også i ferieperioder; at arbejde med muligheder for at skabe bedre flow for borgere med gamle skader, uden genoptræningsplan

Fortsat behov for udvikling og implementering

Senhjerneskadeområdet er stort med mange involverede aktører. Der er mange små hjul, der skal drejes for at få dampen op. Det kan være svært at vurdere, hvornår noget er "implementeret", for der vil altid dukke nye vinkler op, nye retningslinjer mv. Ét er klart, hvis man konsulterer implementeringshåndbøger: ting tar' tid.

Det anbefales at have faste refleksionsrum, hvor praksis kan drøftes og evalueres; fortsat at have ledelsesmæssigt fokus på området, samt overveje, hvorvidt der stadig er behov for at have en medarbejder med koordinatorfunktion for at sikre fokus på de gode erfaringer og videre implementering af delområder.

Indledning

Evaluering af projekt for senhjerneskedede i Randers Kommune

Hvert år bliver omkring 185 borgere i Randers Kommune ramt af en senhjerneskode. Endskønt det er forskelligt fra person til person præcis, hvordan de bliver ramt, og hvilken betydning det har for deres og deres familiers hverdag, er det kendetegnende for forløb efter en skade på hjernen, at det kræver involvering af mange offentlige aktører – herunder hospitaler, praktiserende læger, genoptræningscentre, kommunal hjemmepleje mv. En senhjerneskode vil ofte gribe ind på forskellige livsarenaer, og derfor kan alder have betydning for antallet af aktører i et forløb og derved koordineringsbehovet. Det gør en forskel, om man er 80 eller 50 år. En erhvervsaktiv borger med hjemmeboende børn har som oftest brug for at inddrage eksempelvis arbejdspladsen, sygedagpengeafdeling, A-kasse, og måske skole, familie- og socialafdeling for at støtte op om familien. Ca. 30% af de ramte borgere er under 65 år.

Randers Kommune har fra 2011 til 2015 arbejdet med at udvikle kommunens indsatser for borgere under 65 år med erhvervet hjerneskode, i projektet "Styrkelse af genoptræning og rehabilitering til personer med erhvervet hjerneskode i Randers Kommune", herefter omtalt som Projekt for Senhjerneskedede. Som del af projektet er der udarbejdet en retningslinje for rehabilitering af voksne borgere med erhvervet hjerneskode. For at skabe sammenhæng og sikre koordinering i forløb er der arbejdet med at skabe én indgang til kommunen, udviklet en tværfaglig rehabiliteringsplan og indført faste funktioner (tovholder og kontaktperson) og tværfaglige møder i borgersager. Endvidere er der etableret et Hjernecenter med det formål danne rammen om et tættere samarbejde mellem de eksisterende tilbud.

Randers Kommune har ønsket en evaluering af rehabiliteringsforløbene med fokus på ovenstående tiltag og med øje for flow og sammenhæng i indsatsen, medarbejderes oplevelse af det tværfaglige samarbejde og borgeres og pårørendes oplevelser af forløbene.

MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling under CFK, Center for Kvalitetsudvikling, er ekstern evaluator.

Læsevejledning

Rapporten er bygget op i tre dele.

Del 1 er den indledende del med metodeafsnit, oprids af historik ift. opbygningen af området, beskrivelse af målgruppe, rehabiliteringsforløb og den organisatoriske ramme herfor i Randers Kommune.

Del 2 er den evaluerende del, og opdelt i fire kapitler. Et kapitel omhandler det kit, der får rehabiliteringsforløb til at hænge sammen: fælles målsætning, tværfaglige møder, fast definerede roller i forløb (kontaktperson og tovholder) og den tværfaglige rehabiliteringsplan. Et andet kapitel handler om flow og barrierer for flow. Et tredje kapitel handler om tværfagligt samarbejde, mens et fjerde kapitel handler om borgeres og pårørendes oplevelse af forløb.

Del 3 indeholder konklusion og anbefalinger.

Del 1

1. Evalueringens formål og datagrundlag

Evalueringens formål er at gøre status på den samlede model for forløb for senhjerneskadede borgere og anbefale, hvilke komponenter skal styrkes for at sikre koordinerede forløb med borgerindflydelse.

Hovedspørgsmålene i evalueringen er:

- Oplever borgere, pårørende og medarbejdere flow i forløbet i overgangen mellem faser og indsatser og ved indgangen til Randers Kommune?
- Er tovholderfunktionen og rehabiliteringsplanen implementeret?
- Oplever de involverede medarbejdere det tværfaglige samarbejde som styrket?
- Oplever borgere og pårørende indflydelse ift. planlægning og gennemførelse af forløbene?

Spørgsmålene lægger sig tæt opad mål fra projektansøgning til Projekt for Senhjerneskadede¹. Da det er valgt, at evalueringen gennemføres som en kvalitativ undersøgelse for at kunne gå i dybden med holdninger til og erfaringer med de enkelte spørgsmål, er det ikke muligt at vurdere kvantitative mål som: "80% af borgere og pårørende oplever indflydelse involvering ift. planlægning og gennemførelse af forløb", eller hvorvidt "Borgerens ventetid til de enkelte elementer i indsatsen, målt på udvalgte borgerforløb, er nedsat med 25 % ift. ventetid før projektet". Det sidste mål er i øvrigt ikke muligt at vurdere, da der ikke er lavet en baseline før projektstart. Herunder et skema med de datakilder, der ligger til grund for rapporten.

¹ Undtagen målepunkter vedrørende kompetenceudviklingsforløb og sags-supervisioner, som dog på evalueringstidspunktet synes opfyldt. Det er i øvrigt værd at bemærke, at fra første snak om evaluering til primær dataindsamlingsperiode er der gået 3 år. Der har været skifte i bemanningen både i Randers Kommune (projektkoordinator) og på MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling (evaluator). Projektet og indsatsen rykker sig, og i takt med dette er også evalueringens fokus rykket en smule, eksempelvis er fokus på Kompetencecenter (Hjernecenter), samt visitationsmodellen nedtonet i denne evaluering ift. de indledende snakke omkring evaluering.

Datakilder	Antal og uddybende kommentarer
Fokusgruppe-interviews	2 med medarbejdere involveret i forløb
Interviews	10 med borgere, heraf 4 hvor pårørende deltog 3 med hhv. projektkoordinator, hjerneskadekoordinator og formand for styregruppen.
Journalaudit	I alt 15 rehabiliteringsplaner indgår i audit
Dokumentation	Foruden rehabiliteringsplan er følgende dokumentation inddraget i forbindelse med de auditerede borgerforløb: Stamark, fælles samtykkeerklæring, mailkorrespondance mellem medarbejdere, referat fra samarbejds møde, handleplaner og statusnotater fra involverede faginstanser, eksempelvis Hammel Neurocenter og logopæd, samt lægeattester. På kommunalt niveau indgår referater fra styregruppemøder og diverse beskrivelser af indsatsen for senhjærskadede.

Alle interviews er semistrukturerede (se bilag 1 for interviewguides til borgere og pårørende, og til medarbejdere). Der har i interviews været plads til og nysgerrighed for at forfølge temaer og udsagn fra interviewede, som ikke nødvendigvis har været del af interviewguiden. Alle interviews er transskriberet i fuld længde. I analysen er der brugt meningskondensering, en metode, hvor kvalitative data reduceres til kortfattede formuleringer.

Interviews med borgere og pårørende

Der er blevet foretaget interviews med 10 borgere, fem kvinder og fem mænd. Udvælgelseskriterier har været borgere under 65 år, som har fået udarbejdet en rehabiliteringsplan. Af 12 adspurgte, har 2 takket nej til interviews. De interviewede borgere er fra starten af 40'erne til begyndelsen af 60'erne. Tre har børn under 18 år, som boede hos dem før hjerneskaden; af de tre har en enkelt fortsat børnene boende hjemme på interviewtidspunktet.

Hovedparten har haft enten en hjerneblødning eller en blodprop i hjernen. Af de 8 er skaden sket omtrent et år før interviewet, ved en enkelt er der tale om ældre skader og en er blevet ramt i 2015. De fleste er udskrevet fra hospital eller døgnrehabiliteringscenter i efteråret 2014 eller vinter 2014/2015. Alle er fortsat i forløb i Randers Kommune. To boede i andre kommuner, da skaden skete og her derved erfaringer med andre kommuners rehabiliteringstiltag.

Det er forskelligt fra person til person, hvilke områder i hjernen, der er blevet skadet, og det er forskelligt, hvilken påvirkning skaden har. For mange af de interviewedes vedkommende har hjerneskaden forårsaget symptomer som f.eks. hurtig udtrætning, manglende koncentration og manglende hukommelse.

Enkelte har været ramt på talens brug. Der er derfor for så vidt muligt taget hensyn til dette i interviews. Det vil sige, der er indledningsvist blevet talt om evt. brug for pauser, at der er tid til interviewet og tid til at vente på, at de formulerer svar, samt mulighed for at stoppe, hvis det bliver for meget for dem.

Hvert interview varede mellem 45 minutter og 1 time og et kvarter. Fokus for interviewet har været borgernes oplevelse af tilbud fra Randers Kommune, men der har i interviewsituationerne været plads til at høre om øvrige aspekter af deres oplevelser: hvad der skete, da de blev ramt, hvordan skaden i hjernen påvirker deres hverdag, mv.

De interviewede har selv kunnet vælge, om interviewet skulle foregå hjemme hos dem selv eller på Sundhedscentret. To af de 10 interviewede valgte at blive interviewet på Sundhedscentret.

I fire interviews har **pårørende** været med, og i et enkelt interview har den interviewede ønsket, at en offentlig ansat støtteperson deltager. Det er indledningsvist blevet italesat fra interviewers side, at interviewet er med den senhjerneskadede selv, mens det allersidste spørgsmål er til pårørende. I praksis har de pårørende enten siddet med under interviewet eller gået rundt og lavet lidt forskelligt tæt på interviewsituationen. I flere tilfælde har borgere med senhjerneskade selv henvendt sig til de pårørende under interviewet for at få bekræftet, at de husker rigtigt eller få svar på noget konkret. I et enkelt tilfælde med en borger med taleproblematikker har den pårørende svaret uddybende, efter borgeren selv har svaret. Pårørende defineres bredt, dvs. ikke nødvendigvis personer med familiemæssige relationer til borger, men personer, som borger selv opfatter som pårørende.

Interviews med medarbejdere

Der er valgt at lave tre enkeltinterviews med medarbejdere, som enten har særligt organisatorisk kendskab til baggrunden for projektet og udviklingen i de generelle indsats på senhjerneskadeområdet (formand for styregruppe, projektkoordinator), eller er involveret i de fleste forløb for borgere under 65 år og derved har bred erfaring med samarbejdet på tværs (forløbskoordinator for de under 65 årige, projektkoordinator). Disse interviews har genereret en nødvendig baggrundsviden og været med til at skærpe fokus på bestemte dele af indsatsen.

Der er foretaget to fokusgruppediskussioner, med deltagelse af 14 personer i alt:

2 myndighedspersoner (en socialrådgiver fra socialafdelingen og en visitator fra Sundhed og Ældre, som visiterer til personlig pleje og praktisk hjælp)

2 bostøtter (kaldet specialvejledere)

1 logopæd

1 forløbskoordinator for 65+

2 neuroundervisere

2 fysioterapeuter og en ergoterapeut fra Sundhedscenter

1 medarbejder fra døgnoptræningscenter i Assentoft

2 jobkonsulenter for hhv. sygedagpenge/kontanthjælpsområdet

Deltagerne i fokusgruppediskussionerne har forskellig grad af involvering i og viden om forløb. Nogle er med i styregruppen, og aktører i de fleste forløb, mens enkelte kun har været aktører i få forløb, eller været med på sidelinjen af forløb. Der er også forskel på, hvornår i forløbet, de møder borgeren: myndighedspersoner og forløbskoordinator vil typisk møde borger i starten af forløbet, mens eksempelvis neuroundervisere møder borgere langt senere i forløb.

Journalaudit

Randers Kommune ønskede en analyse af rehabiliteringsplaner for at evaluere, hvorvidt indholdet af rehabiliteringsplanerne lever op til de rammer, der oprindeligt blev sat: Planen skulle tage udgangspunkt i den tværfaglige status, der udarbejdes på de specialiserede sygehuse, afspejle borgers behov og individuelle mål, samt tydeliggøre mål med indsatsen (fællesmål og delmål) og tidsramme.

I alt er rehabiliteringsplaner for 15 borgere blevet analyseret. Evaluator har sammen med projektkoordinator udarbejdet en guide til brug for audit, som sikrer viden om, hvorvidt de opsatte rammer er blevet fulgt. Evaluator har dokumenteret oplysninger fra hver rehabiliteringsplan i excel ark og siden analyseret/talt op. Denne måde at auditere på fungerer således mere som en analyse af indholdet af rehabiliteringsplanerne end som kilde til tværfaglig diskussion om egen praksis. For læsevenlighed er et samlet resultat fra journalaudit samlet i bilag 2, mens dele af analysen inddrages i hovedrapporten.

Refleksioner omkring metodevalg og udsigelseskraft

I en evaluering med borgere med senhjerneskade er det væsentligt at være opmærksom på, at der kan være forskelle på borgers refleksioner over forløbet alt efter, hvornår de interviewes. I nærværende evaluering er borgere stadig i fase 3, dvs. i gang med rehabiliteringsindsatser i Randers Kommune, og datamaterialet er derved et nedslag i en bestemt fase i deres rehabiliteringsforløb. Selvom datamaterialet ganske givet havde været anderledes, hvis det havde været muligt at følge borgere undervejs, har det vist sig, indenfor nuværende rammer, at alle har kunnet skue tilbage og derved reflektere over det foreløbige forløb. Selvom der er forskel i forløb, ligger neuroundervisning i regi af Hjernecentret som oftest sent i forløb, og flere af de interviewede er endnu ikke startet eller i starten af et neuroundervisningsforløb. Der er derfor sparsomme data på den del af den samlede indsats.

I alt fire pårørende medvirker direkte i undersøgelsen, hvilket er for få til at udsige noget generelt. Dog har det styrket udsigelseskraften, at flere af de interviewede borgere har forholdt sig til pårørende på forskellig vis, herunder børns oplevelser af samtaler med medarbejdere, ægtefællers oplevelse af møder og brug af skriftligt materiale med videre. I de interviews, der indgår som del af dette datamateriale, er pårørende blevet interviewet, mens borger var til stede. Hvis pårørende var blevet interviewet alene, ville refleksioner omkring dét at være pårørende til et menneske med senhjerneskade sikkert have fyldt mere i interviews. Da det ikke var formålet med evalueringen at få viden på dette punkt, har det været givende at opleve pårørende og borgere sammen og derved få et glimt af dagligdagen, ift. hvordan borgere inddrager pårørende som "huskere", og hvordan pårørende kan nuancere fortællingen af forløbet og bringe andre perspektiver i spil.

I det oprindelige evalueringdesign var planen at analysere 20 neuro-rehabiliteringsplaner. Da nærværende udgave af rehabiliteringsplanen blev lanceret senere end forventet (1. nov '14), er der på evalueringstidspunktet kun lavet 16 rehabiliteringsplaner. I alle rehabiliteringsplaner på nær én, har samme medarbejder været ansvarlig for at samle indhold til planen og skrive det sammen. Derved er det muligt at dykke ned i indholdet, men ikke kommentere på en evt. mere gennemgående forskellighed i medarbejderes arbejde med planen.

2. Historik i indsats & organisering og målgruppe

Dette kapitel indeholder en kort skitsering af den historiske udvikling af indsatsen for senhjerneskedede borgere i Randers Kommune og en beskrivelse af den organisatoriske ramme for den tværfaglige indsats, herunder faser i rehabiliteringsforløb og en målgruppebeskrivelse. Kapitlet afsluttes med tre case-beskrivelser.

Siden Strukturreformen i 2007 har Randers Kommune varetaget rehabilitering af kommunens borgere med senhjerneskeade, efter udskrivning fra hospital. De seneste 4 år har der været arbejdet på en større udviklingsplan på området. Der er flere underpunkter i denne plan; et underpunkt er Projekt for Senhjerneskedede, hvor fokus er på de organisatoriske faktorer, der kan understøtte rehabiliteringsforløbene for borgere under 65 år: rehabiliteringsplan, rollefordeling (tovholder og kontaktperson), oprettelse af Hjernecenter og indførelse af tværfaglige møder. Fokus for denne evaluering er punkterne under Projekt Senhjerneskedede.

Herunder en tidslinje for den væsentligste historik fra 2007-2015.

- 2007** • Randers Kommune overtager ansvaret for rehabilitering af mennesker med senhjerneskeade efter udskrivning fra hospital, som følge af Kommunalreformen
- 2008** • Randers Kommune ansætter hjerneskeadeforløbskoordinator
- 2010** • Oprettelse af "Koordinationsteam for senhjerneskeadede", hvor fag- og myndighedspersoner drøfter komplekse sager
- 2011** • Arbejdsgruppe² diskuterer fremtidig udvikling på senhjerneskeade området i Randers Kommune, med udgangspunkt i anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskeade"
 - Randers Kommune bevilliges 2,5 mio. fra den nationale pulje til senhjerneskeadede til kompetenceudvikling, udarbejdelse af fælles rehabiliteringsplan og etablering af et avanceret trænings- og rehabiliteringstilbud i nyt kompetencecenter
- 2012** • Arbejdsgruppen bliver til en styregruppe, med fokus på den overordnede udviklingsplan. Indsatserne under puljemidlerne (de 2,5 mio.), samles i Projekt Senhjerneskeadede. En projektkoordinator ansættes
 - Publicering af "Samlet plan for senhjerneskeadeområdet i Randers Kommune³": Udvikling af organisation: ny visitationsmodel, ny rolle definition for forløbskoordinator, fortsættelse af tværgående team, fokus på tilknytning af neuropsykolog, rehabiliteringsplan. Udvikling af botilbud: oprettelse af flere døgnrehabiliteringspladser, botilbud til yngre senhjerneskeadede. Etablering af kompetencecenter; kompetenceudvikling af medarbejdere; udvikling af tilbud til pårørende
 - Taleområdet (Logopæd) overgår fra regionen til Randers Kommune, i regi af Center for Specialundervisning for Voksne (CSV). Kompetenceudvikling for medarbejdere

² Bestående af ledere fra myndighedsområderne og fra tilbuddene til borgere med senhjerneskeader, samt forløbskoordinatoren

³ Udarbejdet af Social- og arbejdsmarkedsforvaltningen sammen med Sundhed- og ældreforvaltningen

- 2013**
 - Hjernecenter Randers åbner (er organisatorisk en del af Center for Specialundervisning for Voksne (CSV))
 - Pilottest af rehabiliteringsplan samt model til koordineret visitation
- 2014**
 - Ny projektkoordinator (tidl. bliver leder af Hjernecentret)
 - Kompetenceudviklingsforløb for medarbejdere afslutter, temadag for medarbejdere på tværs af forvaltninger
 - Implementering af ny version af rehabiliteringsplan, samt koncept for indsatsen (tovholder, kontaktperson funktion, tværfaglige møder mv) (1. november '14)
- 2015**
 - Fortsat justering og implementering af rehabiliteringsplan
 - Fokus i styregruppen på boligdelen af udviklingsplanen
 - Projektfase slut sommer '15, overgang til drift. Kursus i Relationel koordinering efterår '15

Organisering af den tværfaglige indsats

Senhjerneskadeområdet involverer mange forskellige faggrupper, som ofte vil være organiseret i forskellige forvaltninger, med forskellige regelsæt, lovgivninger, forståelser af begreber, måder at udrede på, dokumentere på, og med forskellige handleplaner. For at sikre sammenhæng og koordinering på tværs, er der i Randers Kommune en styregruppe, der har fokus på den overordnede indsats, samt fra 2012-2015 en projektkoordinator med fokus på udvikling og implementering af rehabiliteringsplanen mv.

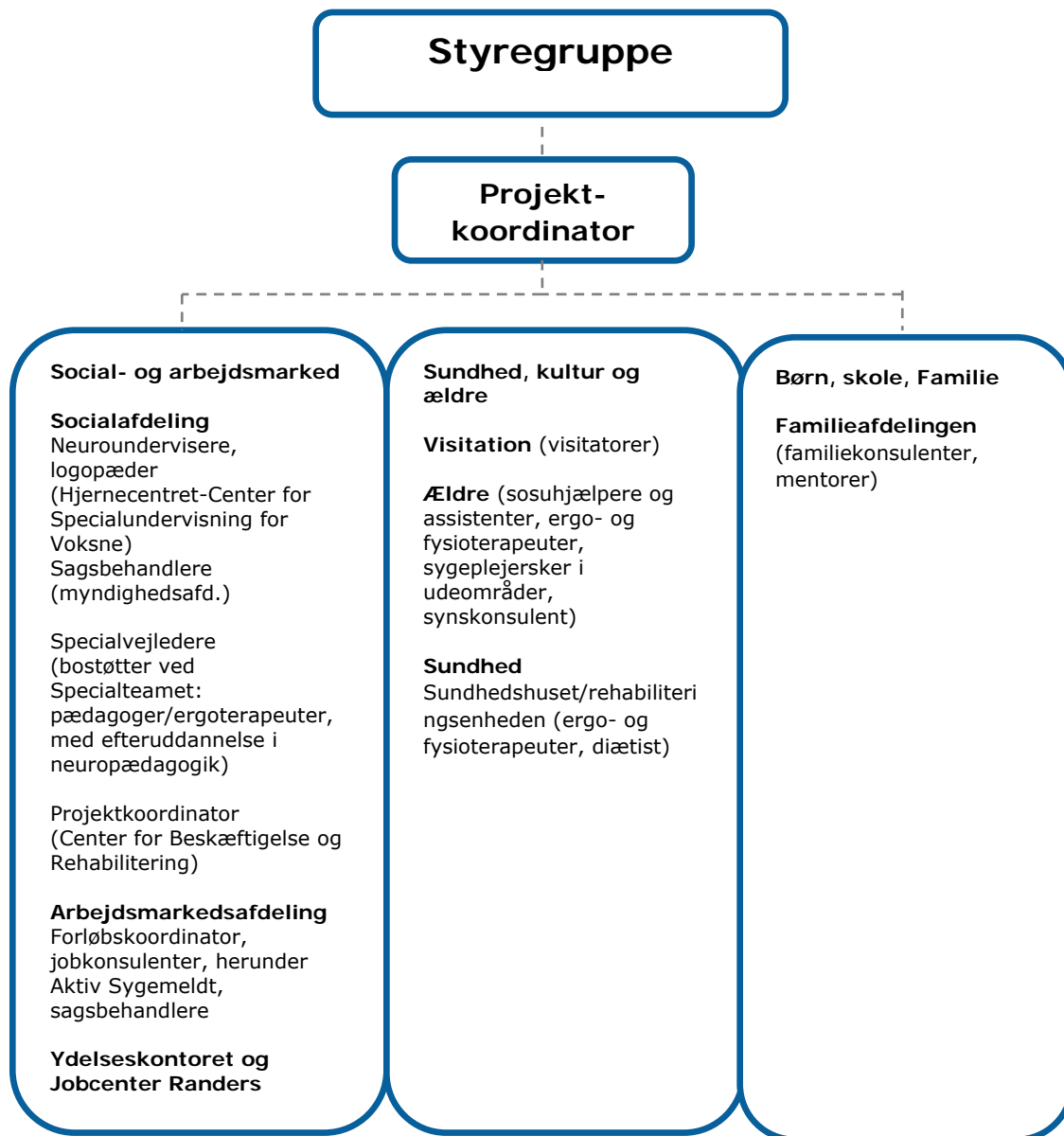
Der er ansat to hjerneskadekoordinatore, en til borgere fra 18 år til 65 år og en til borgere over 65 år.

Opgaverne som hjerneskadekoordinatore er centreret omkring at guide borger igennem forløb og sikre, at de får de rigtige indsatser på rette tidspunkt.

Herunder ses en oversigt over forvaltninger og afdelinger i forvaltningerne, hvor medarbejdere har direkte kontakt med borgere med senhjerneskader, samt en oversigt over de tværgående lovgivninger og lovfastsatte individuelle planer, som anvendes i neurorehabilitering⁴.

Oversigten synliggør, hvor mange elementer, der skal sammentænkes og koordineres i indsatsen på senhjerneskadeområdet i kommunalt regi.

⁴ For oversigt om tværgående lovgivninger se blandt andet Sundhedsstyrelsen (2011): Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011 Serienavn 2011; 13(1)



Tværgående lovgivninger: Patientrettigheder, procesretssikkerhed og retsgarantier

Sundhedslovens regler om patientrettigheder
Offentlighedslovens regler om notatpligt
Forvaltningslovens regler om sagsbehandling, herunder god forvaltningsskik
Lov om retssikkerhed og administration

Lovfaste individuelle planer, som anvendes i neurorehabilitering

Genoptræningsplaner i Sundhedsloven
Handleplaner i Lov om social service
Undervisningsplaner i Lov om specialundervisning
Uddannelsesplaner i Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov
Jobplaner og opfølgingsplaner i Lov om aktiv beskæftigelsesindsats, herunder rehabiliteringsplan i de forløb (fx ressourceforløb), hvor personer skal have behandlet deres sag i et rehabiliteringsteam.

Til grund for at lave disse forskellige planer, er der forskellige udredningsmetoder – de mest almindelig er på beskæftigelsesområdet arbejdsevnetoden, på voksenalderen Voksenudredningsmetoden (VUM), indenfor social-og omsorgsområdet funktionsevnetoden, fællessprog II(I). I alle sager om jobafklaringsforløb, ressourceforløb, fleksjob, tilskud til selvstændige erhvervsdrivende og førtidspension er det obligatorisk at udarbejde en rehabiliteringsplan efter beskæftigelsesindsatsloven til brug for forelæggelse af borgerens sag for kommunens rehabiliteringsteam⁵. Denne rehabiliteringsplan er ikke den samme som neuro-rehabiliteringsplanen.

Indsatserne i rehabiliteringsforløbene foregår på forskellige matrikler, eksempelvis borgers hjem, Kasernen (Jobcenter), Hjernecenter, "nede på kommunen" (Laksetorvet, den administrative hovedbygning), Sundhedshuset, Svaleparken i Assentoft som tilbyder neurologisk døgngenoptræning, Lene Bredahls Gade (bo- og aktivitetstilbud for voksne med erhvervet hjerneskade). Hertil kommer plejecentre, hvor borgere kan deltage i genoptræning. Der er forskel på graden af specialisering og viden om neuro-området: eksempelvis arbejder en enhed i Sundhedscentrets rehabiliteringsenhed med senhjerneskade-området, og i visitationsenheden og i Socialafdelingen er der ligeledes faste medarbejdere på området. Med undtagelse af én medarbejder, som er tilknyttet Aktiv Sygemeldt, et tilbud for borgere med senhjerneskade på sygedagpenge, er der ikke en særlig enhed på Jobcentret, der arbejder specifikt med borgere med senhjerneskade. Projektkoordinator og hjerneskadekoordinator har lavet aftaler med Jobcenteret om at få allokere kontaktpersoner både i kontanthjælps- og sygedagpengeafdelingen, så der er en konkret indgang til Jobcentret. Som væsentlig pointe i forhold til det tværfaglige samarbejde er repræsentanter fra hhv. familieafdelingen og kontanthjælpsafdelingen kommet senere med i samarbejdet om tværfaglige møder og rehabiliteringsplan, mv.

Rehabiliteringsforløb & målgruppe

Der er 4 faser i forløb for voksne med erhvervet hjerneskade⁶, se skemaet herunder. Såvel regionen som kommunen kan have opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Randers Kommune har flest opgaver i fase 3 og 4⁷. Denne evaluering tager udgangspunkt i fase 3.

⁵ Se Bekendtgørelse af lov om aktiv beskæftigelsesindsats, jf. lovbekendtgørelse nr. 415 af 24. april 2013 (<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=164698>)

⁶ Sundhedsstyrelsen (2011): Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Forløbsprogrammet slutter ved overgangen fra fase 3 til 4.

⁷ Der kan være behov for at kommunen yder indsatser i fase 2: familiemæssige indsatser (f.eks. pasning af børn), arbejdsmæssige indsatser (f.eks. sikre rettidig sygemelding) og økonomiske indsatser (f.eks. anmeldelse til forsikringsselskaber, sikre at regninger bliver betalt), jf. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram (2011, s. 24).

Selvom de enkelte forløb er forskellige, er der nogle overordnede skridt i alle forløb, se herunder⁸.

Fase 1 Den akutte behandling	Fase 2 Rehabilitering under indlæggelse	Fase 3 Rehabilitering efter udskrivelse	Fase 4 Vedligeholdende fase
---	--	--	--



Fase 3 Rehabilitering efter udskrivelse			
Opstart af sag i kommunalt regi	Iværksættelse af indsatser	Indsatserne arbejder	Overgang til vedligeholdende indsatser
Samarbejde med regionale sygehuse eller specialtilbud omkring afdækning af rehabiliteringsbehov og evt. behov for akutte indsatser ved udskrivning	Indsatser bevilges og iværksættes	Koordinering og løbende evaluering af rehabiliteringsplanen	Opfølgning på plan
Valg af tovholder og kontaktperson	Koordinering og løbende evaluering af rehabiliteringsplanen, herunder fælles mål og delmål for indsatsen	Evt. nye mål og indsatser	Afslutning af indsatser
Opstart af rehabiliteringsplan			
Udskrivningsmøder Visitationsmøde Målsætningsmøde	Tværfaglige møder	Tværfaglige møder	Tværfaglige møder

Indgangen til og opstart af Randers Kommunes indsatser

Overgangen fra fase 2 til fase 3 er ganske forskellig alt efter skadens omfang og hvor i fase 2, borger kommer fra.

⁸ Skemaet med beskrivelse af skridtene i et forløb i fase 3 tager udgangspunkt i tids- og proceslinje i Neuro-rehabiliteringsplan for borgere i Randers kommune, 2014. Faserne gennemgås ikke nødvendigvis i kronologisk rækkefølge. F.eks kan nogle borgere få brug for et regionalt rehabiliteringsforløb, efter de er overgået til fase 3.

Indgangen til Randers Kommune er via forløbskoordinator og/eller visitatorer fra Sundhed og Ældre, som modtager besked fra hhv. apo team, Hammel/Skive, og laver en indledende screening ift., hvem der skal ind over/hvem der skal deltage i udskrivningsmøde på Hammel/Skive. Der er udarbejdet en model til fælles visitation, således at der er én indgang til kommunen. Modellen indeholder: 1) en beskrivelse af forskellige målgrupper og de tilbud, der kan medtænkes fra kommunens afdelinger⁹. 2) Procedure for hvem gør hvad. 3) Fælles koordinationsmøder, ift. hvilke ydelser bevilliges fra hvilke myndigheder

Når en borger har været indlagt i Hammel/Skive, er der et udskrivningsmøde, hvor forløbskoordinator, og / eller myndighedspersoner fra Ældre og Sundhed, Socialforvaltningen eller Jobcentret kan deltage, alt efter hvem er relevant. I fase 3 tilknyttes hver borger en:

- tovholder, som er myndighedsperson, dvs. sagsbehandler eller visitator i Sundhed og Ældre, eller Social og Arbejdsmarked. Tovholderfunktionen indebærer at sikre rette indsatser på rette tid, sikre fremdrift, rettidig opfølgning, og at bevillingsperioder overholdes. Funktionen kan overdrages i forløbet. Udover myndighedspersoner kan forløbskoordinator varetage tovholderfunktionen.

- kontaktperson, som oftest er en udfører med tæt kontakt til borgeren (bostøtte, sosuhjælper, ergoterapeut mv) eller forløbskoordinator; har som opgave at være bindeled mellem borger og evt. pårørende og kommunen. Kontaktpersonen skal sikre, at indsatserne supplerer hinanden.

Koordineringsfora og -midler

Forskellige koordineringsfora og -midler er med til at skabe sammenhæng i forløbene. Der er en række forskellige mødefora, heraf nogle faste, andre ad hoc (foruden diverse interne møder), samt fælles dokumenter, herunder rehabiliteringsplan. Se boksen herunder.

⁹ Målgruppe 1 er borgere med let nedsat funktionsevne på et eller flere områder eller moderat nedsat funktionsevne på enkelte områder. Der er velafgrænsede og ukomplicerede problemstillinger. Målgruppe 4 er borgere med svært nedsat funktionsevne på et eller flere områder og har svære komplekse problemstillinger ift. pleje, fysiske og kognitive problemer. **(fra dokumentet: Målgruppersonkreds for den fælles visitationsmodel).**

Hvilke tværfaglige koordineringsfora/midler benyttes ¹⁰ ?	
Mødefora - tværfaglige	<ul style="list-style-type: none"> • Tværfaglige møder i det enkelte borgerforløb • Sundhedscenterregi: møde en gang ugentlig med forløbskoordinator, fysioterapeuter, ergoterapeuter, jobkonsulent fra Aktiv Sygemeldt (alle fysisk placeret på Sundhedscentret) + evt. logopæd, neuroundervisere fra Hjernecentret • Pårørendesamtaler (sundhedscentermedarbejdere og pårørende) • Koordineringsmøder på myndighedsområdet 1 x mdt. med rep. fra Visitation, Socialafdelingen og Familieafdelingen • Ad hoc koordineringsmøder i borgersager, f.eks. med ergoterapeut og specialvejleder
Dokumentation, skriftlig kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabiliteringsplan • Stamark • Tværfaglig samtykkeerklæring • Mails ift. koordinering i enkeltsager
Øvrig kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonsamtaler ift. koordinering i enkeltsager

Målgruppe

Målgruppen for Projekt Senhjerneskedede er 18-65 årige borgere med erhvervet hjerneskode med bopæl i Randers Kommune¹¹.

Årsager til senhjerneskedede er apopleksi (blodprop eller blødning i hjernen), traumer (efter slag, fald eller vold), infektioner (fx meningitis, borrelia), cancer (tumor i hjernen), anoksi (skade efter iltmangel pga. fx hjertestop, kvælning) og toksisk skade (forgiftning).

Forløbskoordinatorer og myndigheds personer er i interviews blevet spurgt, hvordan de vurderer, hvem der skal ind i projektet, dvs. på tværfaglige møder og have udarbejdet en rehabiliteringsplan. Det er tilsyneladende kompleksitet og volumen af indsatser, der er retningsvisende ift. udvælgelse.

Inklusionskriterier er, ifølge myndigheds personer, borgere som:

- har haft længerevarende indlæggelse i Skive, Hammel
- har mange instanser inde over
- har gamle skader, men enten er overflyttet fra andre kommuner, eller hvis sager er gået i hårdknude og der er behov for en tværfaglig afklaring og indsats
- inden/efter skaden er havnet på kontanthjælp, hvor det er vigtigt for flow i indsatsen, at der laves en plan

¹⁰ Her nævnes kun fora, som er beskrevet i dokumenter fra indsatsen eller er blevet nævnt i interviews med medarbejdere og ledere.

¹¹ Se ansøgning fra 2012: Revideret ansøgning om økonomisk tilskud fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskode 2011-2014. Omkring borgere over 65 år: Disse borgere er ikke en del af projektet, men har i enkelte, særligt komplekse tilfælde, er der afviklet tværfaglige møder og lavet en rehabiliteringsplan på samme vis som ved borgere under 65 år.

Én af de adspurgte forklarer:

"Der er ingen klare visitationskriterier, men nogen gange kommer vi til at skyde gråspurve med kanoner, hvis vi satte hele det her maskineri [tværfaglige møder og rehabiliteringsplan] i gang for en 1-2 måneders periode."

En anden siger:

"...hvis det er kompleksiteten, vi kigger på; hvor der er mange aktører omkring en borger, så er der et andet koordinationsbehov og behov for en samlet plan, den røde tråd".

Cases

Herunder tre typiske cases, som eksempler på forskellige overgange og forløb. De beskrevne cases er fiktive, men sammensat af forskellige beskrivelser fra såvel borgere som medarbejdere.

Liselotte er 44 år. En dag på vej hjem fra arbejde får hun en hjerneblødning. Hun indlægges nogle få dage på Århus Sygehus, og er efterfølgende indlagt på Hammel Neurocenter i tre måneder. Ved udskrivningsmødet deltager medarbejdere fra Hammel og en myndighedsperson og en hjerneskadekoordinator fra Randers Kommune. Liselotte er en smule forvirret over alle de mennesker og hvad der bliver talt om, men hendes søster er med, som "husker". Hjemme igen har Liselotte vanskeligheder med at tale, hun udtrættes hurtigt og har svært ved at koordinere hverdagsagtige ting som f.eks. at lave mad. Liselotte bor alene med to børn under 18. De har boet hos deres far, mens Liselotte var indlagt, men vil nu gerne hjem igen. Liselotte har svært ved at overskue, hvordan de skal få en hverdag til at hænge sammen. På udskrivningsmødet er det aftalt, at Liselotte skal have en specialvejleder (bostøtte). Specialvejlederen kommer på besøg dagen efter, Liselotte er kommet hjem. Over de næste uger starter Liselotte med genoptræning (ved logopæd, ergoterapeut og fysioterapeut), Familieafdelingen kontaktes og der er i en kort periode tilknyttet en familiekonsulent, da børnene flytter hjem igen. Liselotte vil gerne tilbage på jobbet som pædagog, hun snakker arbejdsprøvning med Aktiv Sygemeldt; efter nogle måneder starter hun på Hjernecentret med neuroundervisning.

Hans Henrik er 62 år. Han får en blodprop i hjernen. Da han udskrives fra universitetshospitalet, kommer han hjem. To dage efter bliver han ringet op angående genoptræning. Fra den første samtale til Hans Henrik er i gang, går der ikke mere end 4 dage. Han er rigtig glad for at komme i Sundhedshuset, og synes det går fremad med balancen efter den fysiske træning. Han har også haft stor hjælp af en synskonsulent, som har givet mange små fif, der gør hverdagen lettere. Derhjemme er han nu begyndt at vove sig ud på små ture

alene, og laver lidt mad engang imellem, selv om hans kone stadig kigger ham over skulderen for at tjekke, om han har tændt de rigtige kogeplader og slukket dem igen. De er vant til aktive liv begge to, og blodproppen har ændret deres hverdag væsentlig. Hans Henrik skal tit hvile sig, så det er svært at opretholde deres sociale liv. Han er på sygedagpenge, og bekymret over økonomien og muligheder for at blive på sin arbejdsplads. Det fylder meget i samtalerne med hjerneskadekoordinator og jobkonsulent i Aktiv Sygemeldt.

Kim er 55 år og på kontanthjælp. Han får for et par år siden hjertestop, og er uden ilt så længe, at der opstår en skade på hjernen. Efter et kort genoptræningsforløb, har Kim klaret sig uden støtte fra det kommunale system, men kun fordi hans kone hjalp med at holde styr på aftaler og med at klare sig hverdagens aktiviteter. Nu er de blevet skilt, og Kim er flyttet til Randers Kommune, hvor hans bror bor. På Jobcentret bliver det efterhånden klart for medarbejdere, at der er noget galt. Det er svært for Kim at få hverdagen til at hænge sammen, han husker dårligt og udtrættes hurtigt. De kontakter derfor hjerneskadekoordinatoren, som skal vurdere, hvorvidt der synes behov for en tværfaglig indsats. Processen besværliggøres af, at det er svært at skaffe de rette papirer fra den tidligere kommune; det tager tid at stykke et billede sammen af Kims situation og muligheder.

Opsummering af Del 1

Den historiske tidslinje fra strukturreform til 2015 viser, at der er iværksat en række indsatser på senhjerneskade-området, som alle er guidede af Forløbsprogram for Rehabilitering af Voksne med Erhvervet Hjerneskade. Evalueringspunkterne i nærværende rapport er derved nedslag i den samlede indsats.

Beskrivelsen af den organisatoriske opbygning giver et billede af områdets kompleksitet. Der er mange forskellige faggrupper, forvaltninger, lovgivninger, handleplaner, udredningsmetoder, der alle skal spille sammen. Koordinering af forløb, med funktioner som tovholdere, hjerneskadekoordinatorer og kontaktpersoner, er derfor essentiel. De tre cases illustrerer, hvor forskellige forløb kan være, og de er skrevet ind i evalueringen for at give et billede af kompleksiteten i forløb på individniveau – hver borger rammes forskelligt, er i forskellige livssituationer og har derfor brug for skræddersyede forløb, der præcis matcher deres situation.

Del 2

3. Kittet, der får forløb til at hænge sammen

Dette kapitel indleder den evaluerende del af rapporten. Randers Kommune har ønsket en evaluering af rehabiliteringsforløbene med fokus på koordinering og den røde tråd. En rehabiliteringsproces involverer mange indsatser på mange niveauer, der ofte er spredt ud over en længere periode og foregår forskellige steder. Der er derfor brug for at koordinere forløbene, så borger oplever at få rette tilbud på rette tid, og medarbejdere ved, hvem der gør hvad, hvornår. Dette kapitel omhandler det kit, der skal binde et borgerforløb sammen, sikre flow og gennemsigtighed i forløb og sikre, at alle arbejder efter samme mål: målsætningsprocessen, tværfaglige møder, neuro-rehabiliteringsplan og tovholder/kontaktperson funktionen. Alle fire dele hænger uløseligt sammen, i analysen behandles de særskilt, med særligt fokus på, hvorvidt tovholderfunktionen og rehabiliteringsplanen er implementeret.

Fælles målsætning

Formålet med at sætte mål i et rehabiliteringsforløb er at forbedre kliniske resultater, at kunne evaluere resultater, styrke borgers autonomi og indflydelse samt imødekomme lovkrav og fagprofessionelle standarder¹². I notatet Neuro-rehabiliteringsplan for borgere i Randers Kommune (2014) er det beskrevet, at det er "vigtig at indkredse, hvad der har betydning for borgeren og for de pårørende, og at den fælles (og overordnede) målsætning, så vidt det er muligt, tager udgangspunkt i disse mål".

Derved lægger Randers Kommune sig op ad dels Forløbsprogram for Rehabilitering af Voksne med Erhvervet Hjerneskade, hvor der står: "Alle indsatser tilrettelægges med opmærksomhed på personens ønsker, behov, motivation og kapacitet"(2011, s.20) og dels op ad Hvidbogens rehabiliteringsdefinition, der indledes med sætningen: "Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk"(2004, s. 4). Mål tager udgangspunkt i den enkelte borgers konkrete ønsker, og for at nå disse, opstilles overordnede, fælles mål og en række delmål¹³. De fælles mål skal være med til at sikre koordineringen af de mange forskellige indsatser. Målsætning har været en del af programmet for en temadag for medarbejdere i efteråret 2014.

¹² Siegert, R & Levack W (2015): Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practice and Evidence. Boca Raton: CRC Press/Taylor & Francis Group

¹³ Hjortbak, BR, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H (2011): Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark.

I casen med Liselotte, vil både logopæd, ergoterapeut, bostøtte, fysioterapeut og jobkonsulent arbejde med målsætning i forhold til deres specifikke indsatser. Men for at sikre koordineringen og den røde tråd i det samlede forløb, opstiller de ligeledes fælles mål, dvs. overordnede mål, baseret på Liselottes ønsker og behov. Målene dokumenteres i rehabiliteringsplanen.

Se herunder et eksempel fra en konkret rehabiliteringsplan.

Borgerens ønsker og behov	Fælles målsætning	Delmål
x vil rigtig gerne blive bedre til at tale og forbedre sin hukommelse. x ønsker endvidere at tabe sig. Endeligt er det vigtigt at forholdet til arbejdspladsen bliver afklaret	Der er enighed om at arbejde med udgangspunkt i x' mål. Vigtigt at x har overskud til deltagelse i de forskellige indsatser og derfor skal disse tilrettelægges så x får mulighed for at hvile sig ind i mellem, gerne kun én aktivitet dagligt.	Logopæd: genoptræning af kommunikationsfærdigheder. Ergoterapeut: kognitive funktioner og mestring. Fysioterapeut: genoptræning, vægttab. Jobkonsulent: afklare under hvilke omstændigheder x kan vende tilbage til job

Auditresultater (se bilag 2) viser, at der generelt i rehabiliteringsplanerne synes at være en god sammenhæng mellem borgers ønsker og behov, fællesmål og delmål.

Ofte kan det dog være en udfordring at gøre målene til styrings- og koordineringsredskab i rehabiliteringen¹⁴, og i interviews med medarbejdere i Randers Kommune fremgår det, at de oplever målsætningsprocessen som uklar og til tider svær. Derved slutter medarbejderne i Randers sig til mange andre rehabiliteringsaktører i verden.

I en bog om målsætning i rehabilitering udgivet i 2015¹⁵, er hovedpointerne:

- der findes ikke ét gyldent regelsæt for målsætningsprocessen
- der er stigende evidens for, at den konkrete målsætningspraksis ikke matcher ideologien og idealismen omkring det at sætte mål. Eksempelvist bliver borgerinddragelse i målsætningsprocessen internationalt set italesat som en stadig større selvfølgelighed, om end en selvfølgelighed, der kan være svær at leve op til i praksis
- der er stigende anerkendelse af, at målsætningspraksis kan og skal være forskelligt alt efter hvilket område, man har fokus på. Eksempelvis kan det være en stor udfordring at

14 Hjortbak, BR, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H (2011): Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark.

15 Siegert, R.J. & Levack W.M.M.(eds.) (2015): Rehabilitation Goal Setting . Theory, Practice and Evidence. Boca Raton: CRC, Press/Taylor & Francis Group

gennemføre en målsætningsproces med borgere med afasi (talevanskeligheder), eller en målsamtale med en person med store kognitive vanskeligheder, hvor der er diskrepans mellem en terapeuts forståelse af realistiske mål og en borgers forståelse af samme. Tendenserne synes at gå i retning af større grad af individuelt skræddersyede målsætningsprocesser¹⁶.

Mål - hvornår, hvordan og hvor realistisk?

I Randers Kommune er praksis, at hvis borger kommer fra Hammel eller Skive, indeholder status derfra en passus om borgers ønsker og behov, og disse danner ofte baggrund for den begyndende målsætningsproces i kommunalt regi, sammen med de drøftelser, der har været på udskrivningsmødet. En medarbejder siger i en fokusgruppediskussion:

"Hvis de har været indlagt i Skive eller Hammel, så giver det næsten sig selv, så har de nogle mål, dem kan vi altid korrigere og spørge, om de stadig har dem".

Men helt så nemt er det ikke, mener en myndighedsperson:

"Jeg synes, det er svært at lave de mål, for som regel er det fra udskrivningsmødet, at man lissom bliver enige om, hvad det er for en indsats, jeg skal indstille til [Fortæller det som regel skal gå stærkt, de rette indsatser skal i gang hurtigt, og der sidder mange til mødet, som alle siger noget], borgerne har rigtig svært ved at forholde sig til, at nu skal vi lave mål, nu skal vi lave en handleplan. Så bliver det meget at snakke om, hvad de tænker, og fortælle dem om, hvilke muligheder der er og så lytte sig lidt ind på dem. [...]. I hvert fald i den første handleplan bliver det mig, der kommer til at lave mål, lave forslag til det i hvert fald, for der er mange, der er lidt urealistiske, som bare vil hjem og fortsætte deres liv som før. Hjem på 3. sal, selvom de ikke kan komme derop".

Der er flere væsentlige aspekter at trække frem i disse citater. For det første betydningen af konteksten, de ydre omstændigheder for målsamtalen. I dette tilfælde med mange mennesker, og mange agendaer: medarbejdere på det regionale tilbud skal afslutte forløb, overlevere viden og summere status for delområder op, myndighedsperson fra modtagerkommune skal lytte, spørge ind og tage beslutninger om det videre forløb og mulighederne i hjemkommunen, borger og evt. pårørende skal lytte, reflektere og spørge, og sortere i informationerne, og i situationen kan det være svært for borger at forholde sig til ønsker og egne mål.

For det andet spørgsmålet om, hvad tid og sted betyder i forhold til det at sætte mål.

¹⁶ En i øvrigt interessant pointe i bogen er, at endskønt der er stigende interesse for teori og god praksis ift. målsætning, så forefindes der pt. lav grad af evidens for, at det at sætte mål i rehabiliteringsforløb giver bedre helbredsrelateret livskvalitet, højere grad af borgerdeltagelse i forløb eller bedre mestring. Ifølge bogens redaktører har forskere og klinikere på tværs af verden fokus på at udarbejde bedre teori på feltet og på at udføre forskning og forsøg, der kan belyse graden af evidens for effekten af målsætning.

Hvorvidt kan og bør mål overføres fra én "setting" til en anden? Vil mål, som er sat under indlæggelse på et neurorehabiliteringscenter nødvendigvis kunne overføres til livet i eget hjem? Eget hjem er måske nok et velkendt sted, men måske er det ikke muligt at udføre de velkendte aktiviteter som at gå på trapper, lave mad, tale i telefon? Måske er borger i en anden fase af sygdomsforløbet og oplever andre behov¹⁷? Og vil borger være tilbøjelig til blot at sige "ja", hvis adspurgt om de stadig har de samme mål?

For det tredje bemærkningen om, at "der er mange, der er lidt urealistiske". Flere medarbejdere fortæller, at det er de små skridts kunst at sætte mål, og særligt, hvis borger har urealistiske mål. En medarbejder fortæller om en oplevelse med en direktør i en virksomhed, som var blevet ramt af en blodprop. Vedkommende ville tilbage til jobbet, og medarbejderne oplevede, at de ikke kunne komme i dialog med ham om at det, der efter deres vurdering, var urealistisk:

"Vi kunne kun få ham derud og prøve. Når han så først sad derude på sin arbejdsplads, så gik det op for ham. Nogen gange er vi nødt til at gøre de ting, hvor de måske kommer lidt ud over kanten, før borgeren kan forstå det, hvor svært skadede de er, eller hvad der egentlig er sket.

En anden tilføjer:

"-så skal vi træde varsomt [...] for vi skal også tage hånd om det menneske - men det er rigtig svært med den dialog med borgeren, hvordan kan vi opnå det samme mål".

Flere borgere reflekterer ligeledes omkring det at være realistisk, og hæfter sig ved, at der kan være tale om en længere erkendelsesproces.

Har du været med til at sætte mål for det, du gerne ville?

"Jamen, det kommer an på hvad du mener med mål. Jeg troede, da jeg kom hjem, at det bare lige ville være en måneds tid, og så ville jeg begynde at arbejde fuldstændig igen. Sådan troede jeg, at hele verden gik. Men jeg må ligesom erkende, at der er sgu altså er et eller andet galt heroppe, for jeg kan ikke holde mig vågen en hel dag, vel? Og det...det har taget meget lang tid at lære, der er ikke noget at gøre ved det. Du er nødt til at ind og sove på et eller andet tidspunkt for ellers går det galt, ellers kan du ikke klare resten af dagen, det har mere været mig, der har været problemet end de andre, for de siger hele tiden: husk nu, når du føler, du er træt, så må du gå hen og sove. Og det har taget mig lang tid at lære".

17 Flere studier har vist, at der er forskel på borgeres mål sat i hospitalsregi og i kommunalt regi. Fagpersoner bør derfor være opmærksomme på, at borgers behov og mål kan ændres i transitionsfaser og over tid (Siegert, R.J. & Levack W.M.M.(eds.) (2015): Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practice and Evidence. Boca Raton: CRC Press/Taylor & Francis Group).

Så hvad er det for mål, og hvor vil du gerne hen?

"Jeg troede, jeg kunne det hele, men jeg må indrømme, at i dag er det anderledes, jeg skal lære at tale ordentlig og lære at skrive ordentlig, og så kan vi begynde med arbejdsprøvning og alt det der, men inden de ting er i orden, der synes jeg, det er svært for mig.... men det synes jeg også, jeg får lov til."

"Det tager lang tid at lære", siger denne borger, og hentyder til den lange erkendelsesproces, som mange borgere med senhjerneskeade ofte gennemgår. Samtidig er citaterne eksempler på de dilemmaer, der kan opstå i hverdagen mellem, hvad medarbejdere vurderer, er realistiske mål, og hvad borger vurderer. Og det taler ind i debatten omkring borgers motivation kontra realistiske mål. I en artikel om målsætning og apopleksi advarer forfatterne, Rosewilliam, Pandyan & Roskell (2015) dog mod, at medarbejdere sætter deres bud på et realistisk mål op som målestok. De henviser til en undersøgelse som viste, at borgere arbejdede aktivt mod de mål, der fra medarbejdernes perspektiv syntes urealistiske og uopnåelige, og sat af borgere i en fase af forløbet, hvor de, iflg. medarbejderne var i en sorgfase af et rehabiliteringsforløb på apopleksi området.

Fællesmål – delmål

I Randers Kommune er der ikke valgt standardiserede redskaber til brug i målsætningsprocessen. Der synes at være flere måder at nå til det overordnede fælles mål, men det tværfaglige møde bliver omtalt som omdrejningspunktet i forhandlingen om den fælles målsætning. Til et fokusgruppemøde fortæller en medarbejder, at når en sag startes op, holdes der enten en fælles målsætnings snak med borgeren, eller hver medarbejder har en målsætnings samtale med borger. Før det tværfaglige møde har hjerneskeadekoordinator ofte haft et møde med borger og pårørende inden for at høre dem: hvad fylder, hvad er vigtigt. Mødeleder lægger ud med, at borger får givet udtryk for disse ønsker og behov. Men flere medarbejdere vurderer, at det er svært at komme frem til det overordnede "paraply mål" på mødet, og mener samtidig ikke, processen omkring at sætte mål er tydelig, hverken for medarbejdere eller borgere og pårørende:

"Jeg synes, de der mål på det første møde bliver meget overordnede. For mit vedkommende har jeg ikke mulighed for at lave et mål indenfor det kognitive de første 3-4 uger, for det er borgeren bare slet ikke klar til, eller sjældent klar til ift. indsigt og erkendelse.

-[det bliver tit] en vattet omgang: at vende bedst muligt tilbage til eget liv-agtigt, for det kan alle sige, det er en god idé, det vil alle gerne. Og det kan godt dække mit [delmål] om, at de skal kunne gå til Brugsen uden at falde, og det kan også dække alle andres...det er nemlig svært, og hvis borger sidder med, tænker jeg - for det tager dælendytme lang tid at lave et godt mål."

Interviewer spørger, om man kan lave mål uden borger? Der er tavshed og så griner alle, mens der bliver sagt: "Det er lidt nemmere", "Det går hurtigere". Her udstilles skismaet tydeligt mellem ideologien om borgerinddragelse i målsætning og den reelle praksis, hvor det tager tid at sætte fællesmål, som ikke er "vattede". Generelt efterlader data fra interviews med medarbejdere et indtryk af, at selvom alle i en borgersag deltager i målsætningsprocessen med viden eller konkret sætter mål med borger, så opleves målsætnings- processen som uklar, og der synes at være forskellige måder at anskue den gode målsætningsproces på, eksempelvis hvad mål er, og hvornår mål kan sættes. Nogle sætter faglige delmål, før der er opstillet fællesmål, andre oplever, der går 3-4 uger, før borger er klar til målsætning. I diskussioner og analyse af rehabiliteringsplaner og anden dokumentation, toner et billede frem af, at der er forskel mellem faggrupper på, hvilken slags mål, der sættes. Hvis man ser på eksemplet på mål fra en konkret rehabiliteringsplan side 24, ville de fleste ergoterapeuter sætte spørgsmålstejn ved, hvorfor der ikke sættes aktivitets- og deltagelsesmål. Med aktivitet- og deltagelsesmål ville sætningen: "x vil rigtig gerne blive bedre til at tale", blive udvidet med: "fordi x gerne vil kunne deltage i kortspilsaften om torsdagen igen". Derved bliver målene specifikke, der bliver lukket op for det, der er særligt vigtigt for borger, og det bliver ikke medarbejderes egen vurderinger af, hvorfor det nok er vigtigt at tale, der bliver bærende.

Når borgere i interviews er blevet spurgt omkring mål, er det ofte blevet opfattet som et svært spørgsmål. Enten fordi selve begrebet "mål" danner forskellige billeder, og har i flere tilfælde skullet forklares ved at sige: ønsker og behov for fremtiden. Eller, som citaterne fra to borgere herunder viser, fordi det er svært sætte mål, når fremtiden er så uvis i forhold til, hvor langt man når med den fysiske/kognitive genoptræning.

Hvad er dine mål?

"At blive så normal som man kan blive i hovedet. Det er jo svært, for man bliver sat noget tilbage, når man får sådan en omgang, det kan ikke undgås, jo! Selvom man ikke kan se det eller noget, så sker der et eller andet derinde, der er noget, der svigter derinde".

Men jeg spurgte til hvilke mål?

"Mål...ja, det ved jeg sgu ikke".

Har de snakket med dig om, hvad du gerne vil?

"Ja i det små, for jeg vil gerne job, men kan jeg ikke, så glemmer vi det, så er der sgu ikke noget at gøre ved det. Jeg ved det ikke rigtig, nej det ved jeg ikke."

Hvad er dine mål - er du blevet spurgt til det?

"Mine mål, hmm, den er nok lidt svær. Nej og ja, det er jeg sådan set, men det er meget svært at svare på, vi har snakket om, at jeg skal på arbejdsmarkedet igen, men hvad kan jeg holde til [...] Så det er sådan meget uklart, så derfor har jeg også svært ved at sætte mig et mål, for det afhænger meget af [mit helbred], hvad kan jeg holde til."

Mens andre har haft nemmere ved at svare end de, der citeres herover, matcher svarene, hvad der beskrives i litteratur om borgere/patienters oplevelse af barrierer ift. målsætning (Playford 2015, s. 93): 1. borgere føler ikke, de er kompetente til aktivt at deltage i målsætningsprocessen – de mangler viden eller evner. 2. de føler, systemet hindrer deres deltagelse, ved at de er fjernt fra beslutningsprocessen.

Opsummerende om målsætning

Målsætning er en del af rehabiliteringsprocessen for borgere med senhjerneskader i Randers Kommune. Borgere vil opleve, at der bliver arbejdet med mål i forskellige faser, og blandt forskellige fagpersoner. Når de i interviews bliver spurgt om mål, kan de være usikre på, præcist hvilke mål menes, og de kan have vanskeligheder med at svare, fordi fremtiden er uvis. Målene dokumenteres i rehabiliteringsplanen, og der er i rehabiliteringsplanerne en rød tråd mellem mål opstillet i de regionale tilbud og de handlinger, der iværksættes i Randers Kommune.

Det er ikke nemt at sætte mål, mener medarbejderne. Især ikke det fælles mål. I litteraturen om medarbejderes oplevelse af barrierer i målsætningsprocesser nævnes blandt andet manglende tid, at nogle borgere ikke er klar til at sætte mål, og at medarbejdere mangler de rette redskaber (Playford 2015, s. 92). Medarbejdere i Randers efterspørger en tydeligere målsætningsproces.

Tværfaglige møder

En fast del af rehabiliteringsforløbene har siden 2014 været afholdelse af tværfaglige møder. Indtil november 2014 fungerede møderne som koordineringsmøder for medarbejdere på tværs af forvaltninger og afdelinger, som var aktører i samme borgersag. På et styregruppemøde blev denne mødeform drøftet og en beslutning taget om, at borger og pårørende "som hovedregel"¹⁸, skal inviteres med til møderne. Det har betydet, at omkring en måneds tid efter udskrivelse fra hospital, afholdes det første af (som oftest) flere tværfaglige møder. Mødeformen er tredelt: først et hurtigt koordineringsmøde med medarbejdere, herefter selve

¹⁸Referat fra styregruppemøde afholdt 10/12 2014.

rehabiliteringsmødet, og til slut aftaler medarbejdere indbyrdes de praktiske ting.

Medarbejderes oplevelse af det tværfaglige møde

I interviews med medarbejdere fremgår det tydeligt, at det er en igangværende proces at finde den rette form på møderne. Og det er ligeledes tydeligt, at der er forskellige holdninger til og oplevelser af møderne. Nogle medarbejdere oplever møderne som vigtige og givende, fordi det skaber kendskab til hinanden og hinandens arbejdsområder, samt er forpligtende for ens eget bidrag. Særligt det første tværfaglige møde i en sag fremhæves som vigtigt, fordi man her får lidt bedre overblik over, hvem de øvrige teammedlemmer er, og hvilke indsatser er i gang eller på vej. Andre oplever møderne som ineffektive, med for lidt relevans for ens eget arbejde og sætter spørgsmålstegn til, om de rette personer er inviteret med. Alle synes dog enige om, at møderne har været med til at skabe større kendskab til hinanden generelt, og "få sat ansigt på hinanden", hvilket vurderes som positivt. I evalueringsperioden har projektkoordinator indkaldt til møderne, booket lokaler mv., hvilket i nogle borgersager kan være tidskrævende. Medarbejdere i begge fokusgruppediskussioner udtrykker bekymring for placering af dette ansvar, når projektfasen stopper, og koordinator derved ikke er tilknyttet længere.

Herunder medarbejderes refleksioner ift. indhold og mødedeltagere:

Mødeindhold og mødeforberedelse

Medarbejdere beskriver det tværfaglige møde således:

"det er her, vi sørger for, at vi retter ind på de samme mål og samler indsats ift., at det giver mening for borger"; "[mødet handler om:] de her indsatser er i gang, de her afsluttes, hvad skal vi sætte i værk".

Men samtidig har flere reflekteret over, at der ikke synes at være konsensus om, hvilket indhold møderne skal have, og hvad forventningerne er i forhold til udkomme. Der skal laves en fælles målsætning, men hvordan? Er det ok at lave sagsbehandling på møderne? Hvordan sikres, at alle er velforberedte? En del af disse refleksioner går på vigtigheden af forberedelse til møderne. Til en fokusgruppediskussion fortæller en medarbejder, at

"... dén der har sendt en indkaldelse har været meget konkret med, hvad jeg skal forberede, så det har været rigtig rart".

Behovet for tydelige forventninger understøttes af en anden medarbejders erfaringer:

"...det er rigtig vigtigt, at der er en, der skriver til hver enkelt, hvad forventes af dig til det her møde, så sagsbehandler f.eks. møder op og ved noget om borgers forsørgelse. Der har vi haft nogle møder, hvor de bare mødte op; de vidste ikke, hvad det her handler om, så vi

starter med at spørge til borgers forsørgelse, det vidste de ikke. Og så ved vi jo, at al anden indsats afhænger af det, det synes jeg, er enormt frustrerende”.

Flere nævner, at jo flere møder, man deltager i, desto mere ved man, hvad der forventes af en. Dog er det af hensyn til nye medarbejdere vigtigt at stille tydelige forventninger.

Hvem skal inviteres med og hvornår i forløbet?

Flere stiller spørgsmålstejn ved, om de rette deltagere inviteres til møderne, herunder hvorvidt borgere skal inviteres med. Her citerer fra den ene fokusgruppediskussion:

”En af udfordringerne ved de her møder er – revl og krat bliver indkaldt, og jeg er selv en af revl og krat, og det er ikke altid lige relevant, at alle er med. [.....] det kræver faktisk en neurofaglig viden; hvor er vi henne nu, hvem skal ind nu, for det er jo et puslespil, der tænker jeg, man kunne spare nogle ressourcer i hvert fald, som det er nu.

- Nogen gange møder folk [fagpersoner] ikke frem, de synes ikke, det er relevant, de har ikke fået bevilling endnu. Så det er lidt svært nogen gange at vide, hvem skal med, hvem skal ikke med.”

I diskussionerne med medarbejdere fremgår det dels, at det kræver godt kendskab til hinandens faglighed at vurdere, hvornår det er relevant at deltage, og dels at der er forskellige vægtninger af vigtigheden af at have et forum, hvor man møder hinanden. Det sidste kan eventuelt have sammenhæng med de øvrige møder, som finder sted, se boks s. 20. Eksempelvis mødes flere faggrupper, som er inde over disse sager i Sundhedscenter regi en gang ugentlig, og kan måske derved opleve et vist overlap. Forskellen er dog, at borger og pårørende er med til de tværfaglige møder. Netop borgers og pårørendes deltagelse i møderne er drøftet blandt medarbejdere i fokusgruppe-diskussionerne: hvorvidt alle borgere kan kapere at deltage, og hvem der skal vurdere, om de kan deltage:

”-Nogle gange har personalet sagt, at de ikke kan rumme alle de der mennesker, og de der budskaber. Så det bliver de indsatser, der er tæt på borger, som lissom kan vurdere, hvor meget kan borger rumme.

- jeg kan godt se, man kan have en anden vinkel på det, hvor borger og pårørende selv tager stilling til, om de kan rumme det.

- jeg tænker faktisk, de fleste borger ville sige, det kan jeg godt kapere, det vil jeg godt være med i. Men så tror jeg faktisk nogen af dem kræver, at bostøtten er der, når de kommer hjem. Til at sortere alt det her. For det er mange informationer, man får på sådan et møde.

- og mange mennesker!

- og hvis man er forholdsvis nysgerrig, så ...det kan man ikke bære, man kan ligefrem se,

hvordan det vælter ud af borgeren. Altså, sådan er nogen, så er der osse nogen, de har kone og familier, og de kan godt magte det, de har nogen, de kan snakke med bagefter."

Medarbejderne rører her ved flere af tidens væsentlige begreber, nemlig borgerinddragelse, medindflydelse på eget forløb og empowerment. Disse begreber har været genstand for diskussion og definition de senere år, og ses nu praktisk taget som en selvfølgelighed¹⁹. Omsætningen af begreberne til daglig praksis kan dog, som citatet herover viser, være genstand for refleksion om, hvem der eksempelvis har definitionsretten, ift. at vurdere om borger kan holde til at deltage.

De adspurgte borgere og pårørende har et ret klart svar på dette.

Borgeres oplevelse af mødet

Borgerne og de pårørende udtrykker generelt forvirring over, hvilke tværfaglige møder, der spørges til – dem på Hammel, på Jobcentret, på Hjernecentret? I forhold til de tværfaglige møder i regi af Projekt Senhjerneskedede er oplevelsen fra borgernes side lidt forskellige. Flere fortæller, at der ganske vist er mange med, men at det er kendte personer, "mit team". Flere understreger, som medarbejderne, at det er vigtigt at have nogen med, som kan hjælpe med at lytte og spørge og fremfor alt huske, hvad der er blevet sagt efterfølgende. En enkelt har oplevet det som overvældende og ikke ønsket at deltage igen, en anden har en negativ oplevelse, og synes, at systemet er for sammenspist og for tungt, at der "tærskes langhalm", og ikke bliver truffet beslutninger, der bringer forløbet videre. Vedkommende vil dog gerne inviteres med, for "ellers får du aldrig en finger på pulsen. Det kan være, der falder et eller andet guldkorn af, hvis man sidder der". To fortæller, at det er motiverende at høre om de fremskridt, der er sket.

Alle vil gerne inviteres med til mødet, både som en principsag "det er jo mig det drejer sig om, så selvfølgelig skal jeg med", og fordi de og deres pårørende har mulighed for at danne sig et overblik over indsatser. Tre interviewede pårørende har oplevet at få relevant information til møderne, en har ikke haft mulighed for at deltage, men vil gerne. Flere borgere fortæller, at møderne er vigtige for deres ægtefæller.

Efter du kom hjem fra Hammel, må der have været tværfaglige møder, du har været med i?

"Ja".

¹⁹ Eksempelvis i de politiske visioner, mål og værdier for sundhedsaftalen 2015 i Region Midtjylland står der blandt andet: "Vi inddrager aktivt borgerens og pårørendes viden og ressourcer i patientforløbet. Vi møder borgeren i en ligeværdig dialog, hvor vi lytter til og anerkender den viden og de behov, som borgeren og pårørende har." (Region Midtjylland (2015): Mere sundhed i det nære - på borgerens præmisser. Politiske visioner, mål og værdier for sundhedsaftalen 2015 i Region Midtjylland.)

Hvordan har det været?

"Det var meget sådan– alle de mennesker, hvad skulle der til at foregå, altså uvisheden, hvad der skal ske, men ellers bortset fra det, så var det godt".

Og hvad går sådan et møde ud på?

"Hmmm, jamen det går ud på øhm, de fortæller om, hvor langt, om der er sket fremskridt, eller hvor jeg står lige nu, hvor hver enkelt person fortæller sådan og sådan".

Hvordan oplever du mødet?

"Det er ikke så slemt, for det er jo mit team, så det er nogle mennesker, jeg kender. De ved også, de ikke bare skal sidde og bralre derudaf, de ved jo efterhånden, hvordan man er".

Har du været på mere end et? Tværfagligt møde?

"Jo og nej. De hedder nok ikke det samme. Jeg har været oppe på jobcentret også [fortæller hvilke medarbejdere var med], så jeg har hele tiden nogen med mig. Også fordi hvis jeg skal ind til nogen, og den bare kører derudaf, så lukker det hele ned, og så kan jeg ikke huske et pip af, hvad der er sagt."

Der er mange informationer i dette citat. Blandt andet, at der er uvished forbundet med møderne, i forhold til hvor er forløbet på vej hen, hvad skal der ske nu, og at det synes mere trygt at være til møder med medarbejdere som kender til én, og kan kommunikere med hensyntagen til de problematikker, herunder koncentrations- og hukommelsesproblematikker, man kan have som borger med en hjerneskade. En anden borger fortæller:

Hvordan oplevede du det tværfaglige møde?

"...det var vel godt nok, er jeg næsten nødt til at sige. Mange af de ting de siger, jeg hører ikke det halve af det, jo jeg hører det, men det går bare igennem. Men jeg har altid [ægtefælle] med, som lytter til det hele. Jeg slapper af, når [ægtefællen] er ved siden af, hører jeg det ikke, så hører [ægtefællen] det"

Synes du, det er vigtigt at være med til møderne?

"Det synes jeg da helt bestemt, det er. Altså, jeg ved godt, de holder møde inden eller efter, måske begge dele, det er jeg ligeglad med, men det der angår mig, der vil jeg i hvert fald være med i noget af det, ja bestemt da, for ellers er det da ligesom om, at så får man bare et diktat ud, og så er man slet ikke med i det."

Igen i dette citat skinner det igennem, at borger er ramt på koncentrations- og hukommelsesevnen, og at det derfor er væsentligt at have en pårørende med til møderne. Samtidig understreger borgeren det vigtige i at være med til mødet. Flere interviewede har i mere skarpe vendinger understreget det principielle i borgerdeltagelse i møderne. En

pårørende til en borger, siger for eksempel: "nu var det lidt uheldigt med det møde, der blev holdt, hvor [borgeren] ikke kunne være med. Det synes jeg også er helt uacceptabelt, at x ikke var med, for det er det samme som at snakke hen over hovedet på folk, at man ikke regner folk for noget. ... jeg synes jo i princippet, x er den vigtigste person i det her."

Og en borger fremhæver samme standpunkt:

Så du har været til tværfaglige møder - hvordan har det været?

"Øh...altså, jeg vil da sige, det er noget af en oplevelse, hvor mange var vi samlet – 8?"

Og hvad tænkte du?

"Jamen, jeg tænkte, det var temmelig voldsomt, faktisk, det synes jeg".

[Interviewer fortæller, at der bliver spurgt til oplevelsen af møderne, fordi borgeren tidligere ikke deltog] [Har det]normalt foregået hen over hovedet på borgeren! Det synes jeg i bund og grund er frækt. Ja ikke engang frækt, det er uartigt! [...] jeg synes da ikke, det er rimeligt, at man kan få et referat – "vi har holdt møde om dig, og vi er blevet enige om"; altså den person, som det handler om, skal da så sandelig have lov til at være med. Ja, det mangler da bare. Så det kan da godt være det lige umiddelbart virker voldsomt, men det har da været lidt givtigt også".

Hvordan?

"Jamen på den måde...at se...hvordan de samarbejder. Og osse ja, jo få nogen ting at vide, som de normalt ikke siger til mig, men det kommer så frem i sådan et forum, jo det har været ganske udmærket, plus det er osse rart, man som person kan få nogen ting formidlet videre[...]... det er jo noget nemmere, når alle er samlet i stedet for én og én, så går man til møde med den, og så med den og så videre, så jo, i bund og grund synes jeg, det har været givtigt".

Blandt de adspurgte borgere og pårørende synes der således at være konsensus om, at borger skal inviteres med til de tværfaglige møder, og det er så op til den enkelte, hvorvidt de ønsker at deltage. Selvom det kan være en "voldsom oplevelse", fordi der er så mange til stede, så bruger borgere og pårørende mødet til at få informationer om status og det næste skridt, til at iagttage samarbejdet mellem de tilknyttede medarbejdere, og som potentielt talerør for at få formidlet egen ønsker og behov, som citatet herover viser. Da møderne er informationstunge, opleves det som vigtigt at have en pårørende eller en bisidder med, som kan lytte, spørge og være med til at huske, hvad der blev sagt. Møderne opleves som mindre forvirrende, når borger kender medarbejderne, og de er opmærksomme på i hvilken form, kommunikationen foregår, med hensyntagen til borgers eventuelle vanskeligheder.

Opsummerende omkring de tværfaglige møder, viser data fra interviews, at borger og pårørende bør inviteres med. Hvis borger ikke har pårørende, så er det vigtigt at tilbyde

mulighed for at have en bisidder med.

Internt i den tværfaglige medarbejdergruppe bør der laves en forventningsafstemning i forhold til krav om mødeforberedelse, hvilket indhold møderne skal have, hvilket udkomme ønskes, og der synes behov for større kendskab til, hvornår det er relevant for hvilke faggrupper at komme ind i en sag, samt en diskussion om, hvorvidt der skal foreligge en bevilling, før en fagperson deltager.

Desuden er det vigtigt med en afklaring på den fremtidige organisering ift., hvem står for selve mødet- indkaldelse, booke lokaler mv.

Rollefunktioner

Hver borger tilknyttes en tovholder og en kontaktperson. Funktionerne er adskilt efter BUM modellen (BestillerUdførerModel), hvor tovholder er bestiller, dvs. en myndighedsperson, som har til opgave at sikre fremdrift, rettidig opfølgning, og at bevillingsperioder overholdes, mens kontaktperson er udfører, der fungerer som bindeled mellem borger og evt. pårørende og kommunen og skal sikre, at indsatserne supplerer hinanden.

Begge roller er beskrevet i Neuro-rehabiliteringsplan for borgere i Randers Kommune (2014), drøftet på et temamøde i oktober 2014, og navne på tovholder og kontaktperson står anført i rehabiliteringsplanerne. Men "Det står nok ikke bøjet i neon", hvem der er kontaktperson og tovholder, og hvad der ligger i rollerne, fortæller en medarbejder i et fokusgruppeinterview og bakkes op af kolleger:

- *Når jeg kigger på de sager, jeg har været med i nu, kan jeg ikke præcis huske, hvem der lige har været tovholder og kontaktperson*
- *Det kan jeg heller ikke*
- *Det er ikke synligt for mig.*

Og hvorfor tænker du, det er sådan?

- *En mulighed er at jeg ikke kan huske det og en anden mulighed er, at det faktisk ikke bliver nævnt helt præcist og tydeligt, så det ikke står klart bagefter, og så netop det med, at det ikke er fuldstændig klart defineret, hvad der ligger i at være kontaktperson. Jeg tænker mere i de forløb jeg har været i efter det, at vi har mødtes, at vi skriver sammen på kryds og tværs og koordinerer ting, så informationerne flyder rigtig fint, når vi har haft et møde, men det er ikke sådan at jeg tænker, der er en, der sidder og trækker – hvad har I nu gjort og tager ting ind.*
- *jeg synes, der har manglet noget respekt for, hvor kompliceret den egentlig er, den rolle som tovholder og kontaktperson, og der er ligesom givet udtryk for, at det ved den person bare, det gør de bare. Og så kan man sidde derude og tænke, der er ikke nødvendigvis*

nogen, der tager tæten på det. Så på en eller anden måde er der nødt til at være en koordinerende funktion, for ellers kommer det bare ikke til at ske”.

Ordvekslingen viser, at nok er rollerne beskrevet, men endnu ikke levendegjort i praksis. Der er enighed om behovet for en koordinerende funktion, selvom der løbende sker en koordinering, og informationer deles mellem de involverede.

Det står heller ikke ”bøjlet i neon” for hverken borgere eller pårørende, hvem tovholder og hvem kontaktperson er, og hvad der ligger i de roller. I interviews, hvor borgere og pårørende er blevet lidt forvirret over begreberne, er de blevet spurgt, hvorvidt der er én, der har haft særlig hånd i hanke med deres forløb, og hvorvidt de føler, deres forløb har været koordineret, altså der har været en rød tråd i forløbet. Alle interviewede borgere og pårørende svarer, med en enkelt undtagelse, at de oplever, at forløbet som koordineret og med en rød tråd. Flere borgere nævner, at det er deres pårørende, der har hånd i hanke med forløbet, det er dem der har styr på alle papirer, deltager i møder, snakker med medarbejdere mv. Andre nævner, at forløbet kører fint, uden det helt er tydeligt for dem, hvem der er tovholder og kontaktperson. De oplever, at de bare behøver gå til én medarbejder, så videreformidles relevant information til de øvrige i teamet, hvilket flere udtrykker lettelse over. En svarer: *”Én der har haft særlig hånd i hanke med forløbet? Næ, jeg ved ikke, hvem jeg skal ringe til, men det er vel alle i mit team, som jeg kan spørge- de snakker sammen.”*

Efter lidt snak med pårørende om, hvem der egentlig er tovholder, svarer en borger:

”hun har jo egentlig stået som bindeled mellem mig og kontakten til det offentlige, været tovholder i hele behandlingssystemet, og det har hun gjort helt fantastisk.”

En anden borger stiller sig omvendt kritisk i forhold til den rolle, både tovholder og kontaktperson har som bindeled til det offentlige, idet de selv er en del af ”systemet”, og derved, mener denne borger, ikke neutrale.

I to interviews har borgere og pårørende udtrykt behov for en rolleafklaring. En borger forklarer, at det var forvirrende i starten med alle de personer, der var inde over sagen, og anbefaler, at det gøres tydeligt, hvilke 2-3 fagpersoner, der vil være mest inde i forløbet. En pårørende har fundet det forvirrende at finde ud af, hvem de skulle henvende sig til og roser en visitator for at hjælpe med diverse spørgsmål. Men, siger den pårørende ”det er sådan set ikke hendes job”, og efterlyser tydelighed ift., hvem tovholder er. Interessant nok er den pågældende visitator ifølge rehabiliteringsplanen netop tovholder.

Opsummerende

Selvom rollerne som tovholder og kontaktperson er beskrevet og gennemgået på temamøde, og drøftet i forskellige fora, er der utydelighed omkring rollerne, både i forhold til hvem

varetager disse roller i et givent forløb og i forhold til, hvilke opgaver ligger i rollerne. Utydeligheden kan skabe usikkerhed blandt medarbejdere, i forhold til, hvorvidt der bliver handlet på det nødvendige.

Selvom rollerne derved ikke kan siges at være implementeret, opleves forløbene overordnet set som koordinerede. Og der er blandt borgere tilfredshed med den interne videndeling i teamet, da det betyder, at man som borger ikke skal huske at videregive information til alle i teamet. Enkelte borgere og pårørende har dog efterlyst klarere information omkring, hvem de skal henvende sig til ved spørgsmål.

Neuro-rehabiliteringsplan

En rehabiliteringsplan er et tværfagligt dokument med mål og planer for det enkelte rehabiliteringsforløb. Planen justeres typisk i forløbet, i takt med at mål og planer ændres. I Randers Kommune er ønsket, at planen skal være med til at sikre synlighed om den fælles plan for alle involverede, og dermed være med til at skabe rød tråd og et godt koordineret tilbud til borgeren²⁰. Det er forventningen, at planen kan fungere som et fælles arbejdsredskab for alle medarbejdere.

Dette afsnit indledes med en skitsering af processen med at udvikle rehabiliteringsplanen, efterfulgt af en kort gennemgang af resultaterne af en audit af 15 rehabiliteringsplaner. Herefter hvordan rehabiliteringsplanen anvendes i den nuværende form, samt i hvilken grad medarbejdere, borgere og pårørende finder den anvendelig og brugbar i rehabiliteringsforløb.

Udvikling af rehabiliteringsplan

Udvikling af rehabiliteringsplanen har primært været drevet af projektkoordinatorerne, med sparring fra medarbejdere på området. Arbejdet med at udvikle en rehabiliteringsplan er dog stødt på logistiske problemer i forhold til it-systemer. Fra midtvejsevaluering til ministeriet i 2013 står der: "det er en udfordring, at de forskellige forvaltningsområder er organiseret forskelligt, arbejder forskelligt, og at de involverede faggrupper dokumenterer og journaliserer i forskellige it-systemer, der ikke kan dele". Medarbejdere på senhjerneskadeområdet dokumenterer i flere forskellige systemer; kun få har læseadgang til mere end et system. Der har været forsøg med at arbejde med rehabiliteringsplanen i et IT system (SBSYS), der kunne gå på tværs af forvaltninger, men en sparrings- og pilottest gruppe, bestående af

²⁰ Randers Kommune (2012): Samlet plan for senhjerneskadeområdet i Randers Kommune, s. 19. Randers Kommune følger derved anvisningen fra Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, hvori der står: "Der bør foreligge en skriftlig plan for rehabiliteringsindsatsen, som revurderes og justeres efter behov. Planen udarbejdes på baggrund af målene for rehabiliteringen og fungerer som et fælles arbejdsredskab for fagpersoner, for personen og de pårørende", (Sundhedsstyrelsen 2011, s. 20.)

hovedaktører på området, vurderede, at der var for meget dobbeltdokumentation ved brug af systemet²¹. Ud fra tilbagemeldinger fra pilottesten er der udviklet en ny udgave af rehabiliteringsplanen, som har været i brug siden 1. november 2014.

Det er beskrevet som en tovholders opgave at udfylde rehabiliteringsplanen²², men på starttidspunktet for nærværende evaluering er praksis, at projektkoordinator beder hovedaktører i en borgersag om at sende beskrivelser af status og delmål. Projektkoordinator samler så al information og skriver det ind i rehabiliteringsplanen, sender rehabiliteringsplanen til alle, der gemmer den i deres respektive IT system²³. Når rehabiliteringsplanen tilrettes, følges samme procedure.

På evalueringstidspunktet har den nuværende rehabiliteringsplan været afprøvet på ca. 16 borgere, hvilket giver et forholdsvis lille erfaringsgrundlag. Der er forskel på, hvor mange planer de interviewede medarbejdere har erfaring med.

Auditresultater

Der er udstukket følgende rammer for rehabiliteringsplanen²⁴: Planen skal udarbejdes med ICF som referenceramme, tage udgangspunkt i den tværfaglige status, der udarbejdes på de specialiserede sygehuse og afspejle borgers behov og individuelle mål, tydeliggøre mål med indsatsen (fællesmål og delmål) og tidsramme. I forbindelse med audit ønskes en analyse af forløbskoordination, herunder hvilke faggrupper/fagpersoner er med i planen, og hvorvidt rollefordelingen fremgår tydeligt.

Auditresultaterne er fremkommet ved gennemlæsning af 15 rehabiliteringsplaner og viser i hovedtræk²⁵:

- Der er mellem 4 til 12 kommunale medarbejdere tilknyttet i de 15 borgersager. I snit 8.
- Rollefordelingen fremgår tydeligt. Det er tydeligt, hvem der er tovholder og kontaktperson, samt hvem der er del af det tværfaglige team. Det giver et godt overblik.
- I alle udfyldte rehabiliteringsplaner står borgers ønsker og behov anført, og der er en tydelig kobling fra disse til fællesmål og evt. delmål og til de indsatser, der beskrives i fokusområder. Der er ligeledes en tydelig rød tråd mellem evt. anbefalinger fra

²¹ Randers Kommune (2014): Erfaringsopsamling på pilottest af neuro-rehabiliteringsplan i Randers Kommune

²² Randers Kommune (2014): Senhjerneskedede. Neuro-rehabiliteringsplan for borgere i Randers Kommune

²³ I audit indgår mailkorrespondancen mellem projektkoordinator og øvrige parter, og det ses tydeligt, at korrespondancen i høj grad er centreret omkring oplysninger der indgår som del af rehabiliteringsplanen.

²⁴ Se Randers Kommune (2012): Revideret ansøgning om økonomisk tilskud fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskeade 2011-2014, s. 6-7.

²⁵ En mere omfattende gennemgang af auditresultaterne forefindes i bilag 2.

regionale indsatser, og de ønsker og behov, fællesmål og delmål, der står skrevet i rehabiliteringsplanen. Eksempelvis kan man se, at status fra Hammel bruges aktivt i senere kommunale handlinger.

- I to rehabiliteringsplaner er borgere 65 år+. Det synes relevant at bruge rehabiliteringsplanen på denne målgruppe.
- Det er utydeligt, hvordan målene er sat. I enkelte rehabiliteringsplaner står der omkring mål, at der tages udgangspunkt i mål fra Hammel, og at borger fortsat mener, det er disse mål, der er de vigtige. Så kan man se, at der har været forholdt sig til det, men ikke hvordan og af hvem.
- Tidsrammen er generelt utydelig i rehabiliteringsplanen. Det er hverken muligt at danne sig et overblik over tidslinjen i forløbet, hvornår indsatser er igangsat efter første kontakt, eller hvad tidsperioden for en indsats er.
- Planen synes logisk opbygget, da man som læser rent intuitivt forstår komponenterne og de temaer, der indgår. ICF klassifikationen følges ikke stringent; det fremgår ikke tydeligt, om fokusområder vedrører Aktivitets- og deltagelses eller kropsniveau, og de brugte begreber divergerer fra ICF sprogbrug.
- ICF kategorier bruges til at beskrive funktionsevnen, men da det er meget omfattende til brug i hverdagen, er der lavet såkaldte Brief Core Sets. Ved at linke hvert fokusområde til ICF klassifikationen og sammenligne det med de korte (brief) core sets der er udvalgt internationalt på hhv. Stroke, Traumatic Brain Injury og Neurological post-acute, altså de områder, der dækker målgruppen for senhjerneskeindsatsen i Randers Kommune, ses det, at undertemaerne i rehabiliteringsplanen i vidt omfang dækker de områder, der anbefales i de tre core sets. Det gælder særligt i forhold til Aktivitet og deltagelse. I forhold til kroppens funktioner, anbefaler alle tre core sets at inkorporere følgende: Energi og handlekraft (b 130) og Følelsesfunktioner (b152). To core sets inkluderer: Overordnede kognitive funktioner (b164). Ingen af disse er med i den nuværende udgave af rehabiliteringsplanen.

I interviews med medarbejdere synes der at være forskel på faggrupper grad af kendskab til ICF klassifikationen og til forståelse af forskellige begreber. En optimering af viden omkring ICF kunne med fordel iværksættes for at sikre et fællesprog i tværfaglige borgersager.

Anvendelse og anvendelighed

Dette afsnit zoomer ind på, hvordan rehabiliteringsplanen anvendes i den nuværende form, samt i hvilken grad borgere, pårørende og medarbejdere finder den anvendelig og brugbar i rehabiliteringsforløb.

Anvendelse

Når medarbejdere, borgere og pårørende er blevet spurgt, hvad de bruger rehabiliteringsplanen til, falder svarene i 3 kategorier:

1. Overblik/orientering over problematikker og aftaler
2. Forberedelsesdokument før møder med borger (særligt det tværfaglige møde) til at huske de aftaler, der er indgået og få overblik over historik i forløb
3. Styringsinstrument for den retning, alle skal arbejde hen imod

Anvendelighed - Borgere og pårørende

Når borgere i interviews er blevet spurgt til rehabiliteringsplanen, er det tydeligt, at flere af dem har problemer med at overskue de papirer, de får ind af døren, som én siger: "vi har oprettet en hel mappe til alle de papirer".

Halvdelen (5 af de 10 interviewede) er uforstående overfor hvilken plan, der er tale om, selv når interviewer viser et eksempel. "Den synes jeg ikke, jeg har set", og "Det siger mig ikke noget, jeg har kun fået en handleplan for bostøtten" er nogle af udsagnene. En enkelt borger mener, der må være tale om den plan, der har med Jobcenteret at gøre. Kun én af de interviewede borgere siger med det samme: "Den har jeg lige her". Denne borger synes, den er udmærket og anvendelig og giver et genkendeligt billede af, hvad der sker.

I flere interviews tydeliggøres, at det kan være vanskeligt at læse og huske den information, der kommer ind ad døren, herunder rehabiliteringsplanen. Det er kendetegnende, at det primært er pårørende, som holder styr på papirer. Herunder citater fra to forskellige interviews:

Der er lavet en rehabiliteringsplan – er det en, du bruger?

?? [borger kigger spørgende på pårørende]

Pårørende: "du har fået den"!

Borger: "Ja, det sørger [nævner navn på kommunal medarbejder] jo nok for, jeg er blevet meget ydmyg overfor det, jeg følger bare med i det hele".

Det er ikke sådan en, du tager frem og læser i?

Pårørende: *"nej, for x [nævner borgerens navn] kan alligevel ikke huske det"* [borger nikker bekræftende]

Er det en du bruger? [henvendt til pårørende]:

Pårørende: *"nej, jeg bruger det, jeg kan se og høre, og det går fint...vi får det mundtligt, og det er fint nok. Det er ikke sådan, at du går hen og læser den igennem igen og x kan ikke, jo x kan godt læse den, men det fiser lige igennem"*.

Borger: *"Det er noget mærkelig noget. Men jeg vil sige, at jeg fik en status fra fys'en, for nu skulle hun jo slutte. Og det synes jeg er sjovt at læse. For så kan jeg se, nå det er det, der var i vejen med mig, for jeg kan ikke sætte ord på tingene."*

Og en anden borger:

Har du fået en rehabiliteringsplan?

"Jeg har fået en frygtelig masse ting [....det bliver klart, borger ikke husker at have set en rehabiliteringsplan], vi har en speciel mappe derhjemme med det hele. Men det er svært for mig at læse og så begynde at læse en hel tekst...jeg får måske kun fat i det halve af det og med kancelli bliver det da helt galt".

Tænker du, at tanken om at have en plan er vigtig?

"Det er da vigtigt, det har jo noget at gøre med mig, nu skal jeg til møde i den her måned. Hvis de kommer med noget dér, har jeg det da nemmere med at sige til dem: den går altså ikke. Fordi sådan og sådan."

I det første citat har pårørende styr på papirer, men foretrækker mundtlig formidling frem for skriftlig. De øvrige pårørende henviser under interviewene til flere forskellige former for skriftligt materiale, og i interviews, hvor der ikke deltager pårørende, fortæller borgere, at deres pårørende læser, hvad der kommer, og følger godt med i forløbet på den måde. Begge borgere har generelt udfordringer med at læse og huske det skriftlige materiale. Den ene borger synes at finde det vigtigt at have et papir, som sætter ord på det, "der er i vejen", da det er noget, borgeren ikke selv kan sætte ord på. Den anden borger antager en mere principiel holdning og mener, der bør være en plan på skrift, et aftalepapir, som kan bruges i forbindelse med møder til at holde medarbejdere op på indgåede aftaler.

Interviews med borgere og pårørende giver et billede af, at rehabiliteringsplanen blot er en del af en større mængde skriftligt dokumentation, som ikke umiddelbart synes at tillægges større betydning end anden dokumentation.

Anvendelighed - medarbejdere

Overordnet mener de interviewede medarbejdere, at ideen om at have en fælles plan er god, men i praksis fungerer det knap så godt. Det positive er, at planen er med til at danne overblik over en borgersag og kan fungere som koordineringsredskab. I den henseende nævner flere, at den er anvendelig også til borgere over 65 år. Det problematiske er, at den er ufleksibel, fordi der ikke er fælles it-system, og dermed tidskrævende. Citaterne fra fokusgruppeinterviews opsummerer disse pointer:

Hvor anvendelig finder I rehabiliteringsplanen i arbejdet?

- "intentionen med rehabiliteringsplanen er fin: hvad er det vi har gang i, og borger kan også få et overblik over alle indsatserne. Men man skal finpudse det, ind og arbejde med det så at det bliver operationelt, så vi kan være i det, og det bliver effektivt".

- "sådan hvis jeg skal være helt ærlig, så får jeg ikke rigtig kigget på den. Det er min egen handleplan, jeg forholder mig til. Men jeg synes, det giver god mening, når vi sidder sammen og laver den og koordinerer, så man har styr på hinanden, og hvem der gør hvad".

- "men det er ikke et arbejdsredskab, kan man sige"

- "nej, men det burde det måske være, men jeg får den ikke hevet frem"

- "jeg tænker, den skal koges mere ned til maggiterning, for den er meget omfattende"

- "måske er det bare noget proceduremæssigt, at vi gør, som vi plejer og får måske ikke fulgt op på"...

- "men det er jo osse en hæmsko, at den ligger i hver vores system, så det ikke er et dokument, der er dynamisk, så vi ikke kan opdatere den, så alle kan se den".

- "for hvis du opdaterer den, så skal du jo til at sende den ud til alle"

- "det gør den ufleksibel"

- "besværlig."

"Altså jeg synes planen er rigtig, rigtig fin, fordi det giver et rigtig fint overblik over, hvor de forskellige indsatser arbejder hen imod- det vi hver i sær laver skulle gerne afspejle det, vi bliver enige om. Når jeg skal lave undervisningsmål, så er det rigtig fint at have rehabiliteringsplanen liggende på bordet og lige kan skimme; du sagde til det her møde, at det var lige præcis dine mål, og hvordan matcher det så den undervisning, der kan leveres her."

Alle medarbejdere er kritiske over den manglende it-understøttelse. Hver faggruppe skal opfylde de dokumentationskrav, der er indenfor deres eget fag og eget felt. Indenfor hvert felt er der forskellige dokumentationssystemer; hver bygget op over hver sin systematik og overskrifter. Det gør det vanskeligt at kopiere tekst direkte over i rehabiliteringsplanen, da overskrifterne ikke at matcher. Omformulering af tekst fra eget system til rehabiliteringsplanen og besværet med at sende den rundt ved opdateringer og få gemt seneste version gør, at den tværfaglige dokumentation opleves som besværlig, tidskrævende og som en ekstraopgave.

Den nuværende praksis, hvor projektkoordinator samler, koordinerer og indskrifter oplysninger fra teammedlemmerne letter opgaven noget. Ingen mener, dette er optimal praksis, men samtidig vægrer alle sig for at skulle have tæten ift. udfyldelse af rehabiliteringsplanen, med henvisning til, at de ikke har tiden til det. Styregruppemedlemmer fortæller, at problematikken har været drøftet på et styregruppemøde, i forhold til hvorvidt det er en opgave for forløbskoordinatorerne, eller en opgave, der varetages af den fagperson, der er mest inde over et forløb.

For nogle er den manglende it-understøttelse en del af grunden til, at de ikke bruger rehabiliteringsplanen aktivt, mens andre finder den anvendelig som pejlemærke ift. egen faglige indsats og som pejlemærke ift. kommunikation med borger omkring delmål. Bemærkningen om, at "det måske bare er noget proceduremæssigt" er værd at hæfte sig ved, da erfaringsgrundlaget i forhold til arbejdet med nuværende version af rehabiliteringsplanerne er forholdsvis lille. Med denne sætning påpeger medarbejderen, at det tager tid at implementere nye procedurer.

Det er ligeledes værd at hæfte sig ved bemærkningerne om, "at den skal koges ned til en maggiterning". Enkelte medarbejdere har udtalt dette. I én af rehabiliteringsplanerne, der indgår i audit, er det udeladt at beskrive fokusområder. Sammenlignet med de øvrige planer, er der megen information, der går tabt, og som læser får man ikke samme fornemmelse for, at der er kigget rundt om borgers situation.

I et interview har en medarbejder anbefalet, at der skabes en sammenhæng mellem rehabiliteringsplanens opbygning og den måde, medarbejdere forbereder sig på, og måden det tværfaglige møde kører på. Dvs. en dagsorden, der i højere grad knytter sig til overskrifterne i rehabiliteringsplanen end den nuværende praksis, hvor hver fagperson gør status.

Opsummerende om neuro-rehabiliteringsplanen

Planen anvendes til at få overblik/orientering over problematikker og aftaler, som forberedelsesdokument før møder (særligt det tværfaglige møde) til at huske de aftaler, der er indgået og få overblik over historik i forløb og som styringsinstrument for den retning, alle skal arbejde hen imod. Audit viser, at selve indholdet af planen lever op til de rammer, der er sat for neuro-rehabiliteringsplanen, dog med undtagelse af, at indsætterne ikke er tidsangivne.

Den er udarbejdet med ICF som referenceramme; i et eksemplar af en konkret rehabiliteringsplan er fokusområderne ikke udfyldt, og i dét tilfælde forsvinder ICF som referenceramme. Det kan anbefales, at inkorporere yderligere tre ICF kategorier, som anbefales internationalt for målgruppen.

Anvendeligheden er der delte meninger om, selvom alle principielt mener, en fælles plan er vigtig. Der har været arbejdet med neuro-rehabiliteringsplanens opbygning og form gennem

længere tid. Den nuværende udgave blev taget i anvendelse 1. november 2014 og er på evalueringstidspunktet testet på forholdsvis få borgere, men kritikken fra medarbejdere er, at der er megen dobbeltdokumentation, samt at den er besværligt at sende den frem og tilbage, og det er et stort arbejde at være den, der samler alle informationerne. Enkelte medarbejdere fremhæver, at de finder den anvendelig som pejlemærke ift. egen faglige indsats og til brug i kommunikationen med borger om mål. Rehabiliteringsplanen synes at drukne i de øvrige materialer, som borgere modtager.

Samtidig indikerer de fleste borgere og pårørende, at særligt pårørende læser det tilsendte materiale, og måske særligt de pårørende, der er erhvervsaktive og derfor ikke altid kan være til stede, når medarbejdere kommer eller ved møder. Enkelte borgere har svært ved at læse planen; andre understreger, at det er positivt for dem at læse om de fremskridt, der er sket. For at sikre implementering af rehabiliteringsplanen bør der ske en drøftelse blandt de involverede medarbejdere af, hvad formålet med planen er. Hvis formålet matcher den måde, planen anvendes på i dag (til overblik/orientering over problematikker og aftaler, som forberedelsesdokument før møder, og som styringsinstrument for den retning, alle skal arbejde hen imod), hvilke oplysninger er så nødvendige i planen? Der kan med fordel arbejdes med at skabe en fælles forståelse af, hvad mål er, og mere præcis sprogbrug.

Medarbejdere er begyndt at bruge rehabiliteringsplanen til komplekse forløb for borgere over 65 år, hvilket synes at give god mening. Det kan med fordel drøftes, hvordan borger modtager neuro-rehabiliteringsplanen; skal der evt. mere forklaring til, så det bliver klart, at det er et fælles dokument, en fælles plan?

4. Flow og barrierer for flow i rehabiliteringsforløbet

Mens det foregående kapitel zoomede ind på det kit, der skal være med til at binde borgerforløb sammen, omhandler dette kapitel medarbejderes, borgeres og pårørendes oplevelser af flow og barrierer for flow i rehabiliteringsforløbene. Flow er det modsatte af unødigt forsinkelse, et begreb der i Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade inkorporeres således: "Alle indsatser iværksættes uden unødigt forsinkelse, da forsinkelse mindsker chancerne for maksimering af funktionsevnen" (Sundhedsstyrelsen 2011, s. 20). Der er kort sagt brug for et vist flow i et forløb, i betydningen indholdsmæssig og tidsmæssig sammenhæng mellem indsatser. I Region Midtjyllands Sundhedsaftale for 2015-2018²⁶ står det bl.a. "[vi vil] i aftaleperioden arbejde for, at rehabiliteringsindsatsen er sammenhængende og for integrerede forløb både internt i og på tværs af sektorerne." (2015, s. 31). Overgange mellem sektorer har ofte vist sig at være vanskelige, og det er derfor et område med bevågenhed eksempelvis i sundhedsaftaler. I Sundhedsaftalen fra 2011-2014 i Region Midtjylland er der et tillæg om voksne med erhvervet hjerneskade, som vedrører overgangen i patientforløbene mellem hospitalerne og kommunerne, og konkret beskriver ansvarsfordeling²⁷.

Randers Kommune ønsker med nærværende evaluering et fokus på, hvorvidt borgere, pårørende og medarbejdere oplever flow i forløbet i overgangen mellem faser og indsatser, samt konkret viden om, hvorvidt den tværfaglige rehabiliteringsplan tager udgangspunkt i den tværfaglige status, der udarbejdes på de specialiserede sygehuse.

Flow i overgang mellem fase 2 og 3

I en gennemlæsning af de 15 rehabiliteringsplaner og øvrige dokumenter i borgersagerne ses en tydelig rød tråd mellem evt. anbefalinger fra regionale indsatser, og de ønsker og behov, fællesmål og delmål, der står skrevet i rehabiliteringsplanen. Eksempelvis kan man se, at status fra Hammel Neurocenter bruges aktivt i de senere kommunale handlinger. Der ligeledes klare aftaler beskrevet til overgang fra region til kommune i Hammel Neurocenter status. Den røde tråd bekræftes i interviews med borgere, som har været indlagt på de specialiserede regionale tilbud.

Otte af de interviewede borgere har været indlagt på de regionale specialiserede tilbud: Hammel Neurocenter (fem af de interviewede) og Neurorehabilitering Skive²⁸ (tre af de

²⁶ <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/sundhedsaftale.pdf>

²⁷ Se Region Midtjylland (2011): Politisk sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade. Heri står anført, at kommunens ansvar i overgangen og i forbindelse med udskrivelse er at deltage med relevante fagpersoner i eventuel udskrivelsessamtale, hurtigt etablere relevante tilbud til borgeren og medvirke til fortløbende opfølgning på tilbud. (2011, s. 17-18)

²⁸ Neurorehabilitering Skive er organisatorisk en del af Hammel Neurocenter, placeret på egionshospitalet Skive.

interviewede). Indlæggelsen har været mellem 1-5 måneder. De fremhæver alle, at de har været meget tilfredse med deres ophold på de regionale centre, om end det bliver fremhævet, at Skive er langt fra pårørende, rent geografisk. To af de otte har efterfølgende haft ophold på kommunale døgnrehabiliteringscentre, heraf et i Randers og et i en anden kommune. To af de interviewede borgere har ikke været på Region Midtjyllands specialiserede tilbud; én er kommet direkte hjem fra neurologisk afdeling på hospital, en anden boede andetsteds, da skaden opstod.

I overgangen fra regionstilbud til Randers Kommune er der et udskrivningsmøde, hvor borger, pårørende, og personale fra hhv. Hammel Neurocenter / Neurorehabilitering Skive og Randers Kommune deltager.

De interviewede husker dette møde som lidt overvældende, fordi der var så mange med, og de er alle lidt usikre på, hvad præcist der blev drøftet. Samtidig nævner flere, at de er imponerede over, at der kom flere medarbejdere fra Randers Kommune, her med citater fra to forskellige borgere:

"I Hammel der mødte de jo op til et kæmpemøde, jeg var helt chokeret: fra Hammel mødte de 3-4 op, og der var faktisk en 3-4 stykker fra Randers Kommune, og det synes jeg var rigtig flot. Sådan så de lige skulle kunne gribe mig, jeg fik ikke lov til at komme hjem og så gå og så blive kontaktet, de tog ligesom om mig i Hammel, og jeg tror, jeg var hjemme en dag, så ringede de, nu sku' jeg møde op i Sundhedscenteret – så det var ikke meget ferie, jeg fik der [griner]."

"Jeg tror, det var to dage, så blev jeg ringet op angående genoptræning, og det blev faktisk sat i gang to dage efter. Så det gik lynhamrende hurtigt, det var jeg meget imponeret over".

Med en enkelt undtagelse har alle interviewede og deres pårørende samme oplevelse som de citerede borgere, nemlig at medarbejdere fra Randers Kommune hurtigt har "grebet dem" i overgangen. Medarbejdere oplever ligeledes, at der hurtigt tages kontakt til borger efter hjemkomst fra hospital.

Den nævnte undtagelse er en borger, som har fået hjerneskaden for længe siden, og her er oplevelsen en ganske anden, med papirer, der er blevet væk og langsommelighed i såvel overgang fra den ene kommune til den anden som i forløbet generelt.

Interessant nok nævner flere borgere, at de er glade for at have været på regionale neurocentre, blandt andet fordi der så er en plan, som kommunen skal følge.

Når de bliver spurgt ind til dette, fortæller de, at de på deres vej efter skaden, har mødt andre personer med senhjerneskader, og fra fortællinger om forløb kan de høre, at det kan være vanskelige forløb, hvis man ikke har en plan med sig. Dette er ligeledes en problemstilling, som nævnes af flere medarbejdere: Hvis skaden er af ældre dato, og der ikke foreligger en genoptræningsplan, kan det være en træg opstart af en sag, da der er mange løse ender,

meget information at indhente.

Overgangen fra fase 3 til fase 4 er ikke berørt i borgerinterviews af den simple grund, at alle er i gang med fase 3 indsatser. Medarbejdere fortæller i fokusgruppeinterviews, at det kan være svært at sige præcis, hvornår en indsats er afsluttet i fase 3, for indsatserne afsluttes typisk og noget andet tager over. Som en medarbejder siger: *"nogen ting går jo lisså stille fra at hedde rehabilitering til at hedde vedligeholdelse i den almindelige hverdag. Det er vel alt efter halvt til to år, eller noget i den retning"*. Flere medarbejdere nævner, at nogle forløb kan afsluttes helt, mens andre forløb kører lidt i ring, hvor borger i perioder kan have brug for en tværfaglig indsats igen, "så samler vi hele flokken igen".

I det ene fokusgruppeinterview bliver deltagerne spurgt, om de har oplevet, at ventetiden på forløb er afkortet med indførelsen af rehabiliteringsplaner, tværfaglige møder osv. Her er svaret først et klart nej, der er kommet flere møder, og tidligere samarbejdede man også på tværs af afdelinger. Siden kommenterer flere, at de nu kender mere til hinanden på tværs af byen, og ved i højere grad, hvem de skal kontakte.

Barrierer for flow i rehabiliteringsforløbet

Det er ikke muligt at danne sig et overblik over kronologien i et forløb, og dermed det tidsmæssige flow i indsatser, ud fra gennemlæsning af rehabiliteringsplaner. Selv ved inddragelse af øvrige statusdokumenter er det i hovedparten af de 15 auditerede forløb ikke muligt at lave en tidslinje for, hvornår skaden opstår, tid for indlæggelse og udskrivelse i fase to, samt hvornår hvilke indsatser sættes i gang og afsluttes i fase tre. Dét, man kan læse af dokumenterne, både rehabiliteringsplan og i særlig grad interne mails medarbejdere imellem, er tilfælde hvor borger eller pårørende udtrykker beklagelse over træghed i forløb, eller hvor medarbejdere skriver, de venter på afgørelse fra et sted for at kunne komme videre i sagen. I 10 af de 15 auditerede forløb er borgerne blevet interviewet. En sammenligning med data fra interviews og data fra audit viser, at de betragtninger, borgere og pårørende har i interviews omkring flow i forløb, oftest gengives i den skriftlige dokumentation. I et enkelt interview har borger udtrykt stor frustration over manglende flow i forløb, hvilket ikke fremgår af tilgængelig skriftlig dokumentation²⁹.

Det skinner tydeligt igennem i interviews, at borgere er særligt frustrerede, når der ikke er flow i indsatser, som de føler, de virkelig har brug for. Måske det er en indlysende pointe, men ikke desto mindre er det noget, der kan "farve" hele borgerens oplevelse af et ellers længere forløb. Eksempler kan være manglende flow i hjælp til at få ny bolig, manglende flow i det

²⁹ For at sikre, at den udtrykte utilfredshed ikke var påvirket af dagshumør og nyligt indtrufne hændelser, blev en pårørende, som var til stede under slutningen af interviewet spurgt til oplevelsen af flow. Den pårørende bekræftede i store træk borgers udlægning.

lovede indhold af en indsats, aflysninger af eller ventetid på f.eks. logopæd, hvis borger oplever talevanskeligheder som en stor hæmsko i hverdagen, eller manglende skred i afklaringen af fremtidig forsørgelsesgrundlag og økonomi. I to interviews med borgere har manglende flow på specifikke områder påvirket den overordnede oplevelse af forløbet i så høj grad, at det i begge tilfælde var pårørende, som under interviews nuancerede fortællingen af forløbet ved at minde om, at der har været noget, som har fungeret godt. I det ene tilfælde var borger enig, men ikke i det andet tilfælde.

Data fra interviews med medarbejdere, borgere og pårørende tyder på, at selvom der overordnet set synes at være at være tidsmæssigt og indholdsmæssigt flow i indsatser, så er der specifikke barrierer på det organisatoriske plan, som hindrer forløb i at glide så hensigtsmæssigt, som de burde. Herunder er de nævnte barrierer anført.

Manglende synlighed om, hvem der er involveret i en sag

Medarbejdere fortæller, at det i opstartsfasen kan være vanskeligt at finde ud af, præcis hvilke medarbejdere der er inde i en sag, og hvem der gør hvad. Flere medarbejdere fortæller, at forløbsansvarlige ofte fungerer som gps'ere i en sag; hvis det ikke er muligt at se tilknyttede medarbejdere i borgers stamark, så henvender de sig ofte til forløbskoordinatoren for at få oplyst f.eks. navn på specialvejleder. Forløbskoordinatorene selv fortæller, at selvom de har været med til udskrivningssamtaler på Hammel og derfor ved, hvilke indsatser skal sættes i gang, så kan det være lidt af et detektivarbejde at finde ud af, hvilke konkrete medarbejdere er koblet på. Her fortæller den ene:

"Nogle ting kan slås op i systemet, men det kan det sjældent. Så har jeg efterhånden fået 2-3 stykker, jeg kan skrive til for at sige: hvem af jer tager den her. Det her er en sag for socialafdelingen, Hvem? Det her er en sag for visitationen: hvem? Og så melder de tilbage. Jobcentret – der er jeg nødt til at vente 6-8 uger inden der bliver sat sagsbehandler på."

Ventetid og tidspres

Flere medarbejdere nævner, at det i perioder med travlhed kan være svært at prioritere eksempelvis tværfaglige møder, eller forberede sig til møderne. På interview tidspunktet fortæller medarbejdere om konkrete ventetider på aktivitetstilbud på Lene Bredahlsvej, på neuroundervisning, og til tider på specialvejledning og logopæd³⁰. To borgere fortæller ligeledes, at det har været frustrerende at vente på tid ved logopæd.

³⁰ I forhold til neuroundervisning og logopæd kæder medarbejdere ventetiden sammen med en lang sagsgang: borgere skal ind til forsamtale, have udfyldt visitationspapirer, sende dem tilbage til socialafdelingen, som så tager stilling til evt. bevilling af forløb. Ift. specialvejledning prioriteres de akutte sager, hvis der er ventetid.

Mange medarbejdere understreger ventetiden på Jobcenteret som en særlig barriere for flow.

I et enkeltinterview siger en medarbejder, som er inde over de fleste borgersager

"Der er meget bureaukrati omkring at indhente og gøre, og det forstyrrer forløbene. De der indsætter [udover det jobrettede], der skal sættes på, synes jeg ikke, der er problemer med: der er lidt ventetid på noget talepædagog, og fordi de skal passes ind på hold på noget neuroundervisning. Det er det andet, der fylder: de sagsge der er ift. Jobcentret".

Samme problematik berøres i et fokusgruppeinterview:

"Jeg ved, at nogle af dem vi har, hvor vi fra en start tænker, de skal ned i Aktiv Sygemeldt, der kan der godt gå nogle uger, før sagsbehandlingen lissom kommer igennem, og de kommer derned, hvor vi kunne tænke, at borger allerede nu sidder med spørgsmål, som kunne være aktuelle at få i Aktiv Sygemeldt.....det trækker en smule ud pga. sagsbehandlingstid".

Og problematikken understøttes i mailkorrespondancer mellem medarbejdere.

En medarbejder skriver i mailkorrespondance: *"det tager alt for lang tid at få dem henvist uden fast kontaktperson på Jobcentret. Jeg arbejder reelt med borger uden henvisning".*

Og en sagsbehandler fra jobcenteret skriver: *"jeg vil gerne deltage i tværfagligt møde - min kalender er desværre booket indtil først i x måned [halvanden måned efter mail afsendes]."*

I forhold til de interviewede borgere, har ingen af de 7 borgere på sygedagpenge nævnt, at der har været ventetider fra Jobcentret. De tre borgere på kontanthjælp fortæller derimod, at det tager tid med afklaring ift. Jobcenter. En har søgt pension og siger: *"altså der er en ny, der har overtaget min sag, hun har ikke fået læst den endnu [...]Altså der bliver byttet rundt og rundt hele tiden og så igen [på sagsbehandlere]; det er rimelig træls"*

En anden siger om jobcentret: *"jeg har fuldstændig tabt alt. Fordi det er så utrolig tungt et system at komme igennem og det tager så lang tid".* Og en tredje fortæller om behovet for at få afklaret forsørgelsesgrundlaget, da parrets økonomi er dårlig, men siger at det trækker i langdrag med beslutninger fra Jobcentret.

Manglende genoptræningsplan

Som beskrevet tidligere (se s. 46) reflekterer flere medarbejdere over, at der er mere flow i forløb, hvis der foreligger en genoptræningsplan.

Aflysninger og ferietid

En enkelt borger oplever manglende flow ift. tale-indsats, pga. flere aflysninger ved logopæd. I ferietider kan der opstå huller i personaledækningen, selvom medarbejdere pointerer, at de forsøger at dække for hinanden, så der kan blive ved med at være flow. En borger har oplevet, at det pga. ferieperiode var svært at få den fornødne hjælp til sine børn fra familieafdelingen.

Forskellige IT systemer

Medarbejdere på senhjerneskeområdet dokumenterer i forskellige systemer; kun få har læseadgang til mere end et system. Dette vanskeliggør som tidligere beskrevet gennemsigtighed og smidig kommunikation i borgerforløb ikke kun i forhold til rehabiliteringsplanen, men også i forhold til den tværfaglige samtykkeerklæring, som er udarbejdet for at smidiggøre arbejdsgange. Det er juridisk dokument, hvor borger i starten af forløbet kan give samtykke til nogle eller alle forvaltninger i kommunen på én gang. Da der er forskellige dokumentationssteder, er det ofte uklart, hvorvidt dette dokument er underskrevet. Her et udsagn fra en medarbejder i en fokusgruppediskussion:

"Jeg synes, vi har et stort problem om samtykke, som ikke er i orden. Vi ved ikke, om den er udarbejdet, hvilke krydser der er sat, så for at være på den sikre side, så laver man en ny. Så er vi tilbage ved det gamle, hvor vi alle skulle lave en samtykkeerklæring [alle nikker]."

To borgere, som boede i en anden kommune, da hjerneskadens indtraf, har desuden oplevet, at dokumenter er blevet væk i "systemet".

Bud på, hvad der skal til for at skabe flow

Medarbejdere er kommet med følgende ideer:

- Tilgængelige oplysninger om, hvem er med i sag, hvad gør andre, hvad gør jeg
- Viden om hinandens områder og vilkår ("*så kunne vi osse være lidt mere forstående og kunne forklare borgerne [at det kan tage lidt tid].*")
- Faste kontaktpersoner på Jobcentret
- Forberedelse til møde og rettidig tilbagemelding, når man har haft møde
- Samme IT system, og hvis det ikke er muligt, så bør flere aktører have læseadgang til andres dokumentationssystemer
- Nedsættelse af sagsbehandlingstiden ved 1. Rameaftale om, at jobkonsulent i Aktiv Sygemeldt "*bare var på i de her sager*" 2. Kigge på muligheder for at smidiggøre sagsbehandlingsprocessen omkring logopæder.

Opsummerende omkring flow-aspekter, er der generel tilfredshed med den måde, hvorpå borgere føler sig "grebet" fra fase 2-3. Undtagelsen kan være borgere uden genoptræningsplan, med gamle skader, en problematik, som både borgere og medarbejdere peger på. I disse tilfælde kan det synes særligt vigtigt at få udredt problematikken, få samlet information, sikre god kommunikation til borger og pårørende og frem for alt være opmærksom på at sikre fremdrift og flow i processen. Randers Kommune har ønsket at vide, hvorvidt ventetiden på de enkelte elementer i indsatsen er nedbragt. Dette spørgsmål kan ikke besvares ved gennemlæsning af skriftlig dokumentation, da denne ikke giver et overblik over tidslinjen i et forløb. Umiddelbart mener medarbejdere ikke, at ventetiden er nedbragt. Medarbejdere er kommet med en række konkrete forslag til skabelse af større grad af flow, som er helt oplagte at tage fat i.

5. Oplever de involverede medarbejdere det tværfaglige samarbejde som styrket?

I de seneste to kapitler, har flere citater strejft det tværfaglige samarbejde. I dette kapitel zoomes ind på et af de spørgsmål, som Randers Kommune ønsker svar på, nemlig medarbejderen vurdering af, hvorvidt projektet har skabt mere kendskab til hinanden på tværs af fag og forvaltninger og styrket samarbejdet. I en samlet plan for senhjerneskadeområdet i Randers Kommune fra 2012 er det beskrevet, at et Kompetencecenter (det nuværende Hjernecenter) som noget nyt skal danne rammen om et tættere samarbejde mellem de eksisterende tilbud for borgere mellem 18-65 år med erhvervet hjerneskade. Denne evaluering omfatter ikke en evaluering af Hjernecentret som sådan, men inddrager medarbejderen refleksioner af Hjernecentrets rolle i forhold til det tværfaglige samarbejde.

Tværfagligt samarbejde og relationel koordinering

Senhjerneskadeområdet er præget af mange forskellige indsatser, der skal arbejde sammen. Indsatserne er struktureret efter gældende love, forløbsprogrammer, og faglige retningslinjer. På det kommunale ledelsesniveau er der både organisatoriske og økonomiske faktorer at tage i betragtning i det interne samarbejde, herunder grænseflader mellem indsatser: hvem gør hvad og for hvilke midler. På medarbejderniveau er der ligeledes mange aspekter at tage i betragtning for at sikre et godt tværfagligt samarbejde. I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade står der følgende om tværfagligt samarbejde: "Effekten af den samlede indsats hænger sammen med indsatsens organisering i et tæt teambaseret, interdisciplinært samarbejde – og med medvirken af relevante faggrupper på relevante tidspunkter. Der er således dokumentation for, at organiseringen af rehabiliteringsindsatsen har positiv betydning for den fremtidige funktionsevne" (2011, s. 19). Jody Hoffer Gittell, amerikansk politolog og professor i management, har arbejdet med, hvad der skal til for at skabe samarbejdsformer, der sikrer kvalitet, effektivitet og modstandsdygtighed³¹. Hun arbejder med begrebet "relationel koordinering", som består af to hovedelementer: relationer og kommunikation. Basis for at skabe gode relationer i samarbejde på tværs er fælles mål, fælles sprog og viden samt gensidig respekt. Kommunikation er med til at understøtte relationerne; Gittell fremhæver, at det er væsentligt at fokusere på kommunikationshyppighed, timing og præcision. Og, siger hun, når problemer opstår, er det vigtigt at fokusere på at løse problemer, snarere end at pege fingre ad hinanden. Med forskning indenfor luftfart, sundhed- og omsorgssektoren, har Gittell påvist evidens for, at når graden af relationel koordinering øges, skaber dette en markant forbedring i arbejdsprocessen.

³¹ Gittell, J.H. (2009). High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. New York: McGraw-Hill.

Denne forbedring kan facilitere en øget effektivitet og skabe bedre kvalitet i kerneydelsen. Gittell understreger vigtigheden af at fokusere på roller, frem for på enkeltindivider.

Da Randers Kommune har besluttet, at medarbejdere på senhjerneskade-området i efteråret 2015 kommer på kursus i relationel koordinering, er det valgt til denne evaluering at holde Gittells parametre op mod vurderinger fra de interviewede medarbejdere.

Styrket tværfagligt samarbejde?

Data fra hhv. interviews og et spørgeskema udsendt i forbindelse med pilotfase viser tydeligt, at såvel kendskab til hinanden som det tværfaglige samarbejde er øget gennem de senere år. Svaret på overskriftens spørgsmål er derved ja. Men, kan man med rette spørge, er der mulighed for yderligere styrkelse af det tværfaglige samarbejde? Her er svaret ligeledes ja.

På det relationelle plan, opstiller Gittell følgende vigtige parametre for at sikre god koordinering: fælles mål, fælles sprog og viden, samt gensidig respekt. Audit viser, at mål og delmål dokumenteres i alle rehabiliteringsplaner. Men som det fremgår af afsnittet omkring målsætning, efterlyser medarbejdere en tydeligere målsætningsproces, og flere finder de fælles mål "vattede". I samme afsnit fremgår det, at der ikke nødvendigvis er et fælles sprog blandt medarbejdere. Eksempelvis kan være forskellige måder at anskue begrebet "mål" på. Der er således potentiale for styrkelse af det tværfaglige samarbejde ved at fokusere på målsætningsprocessen og det fælles sprog.

Ifølge Gittell er det væsentligt at have fælles viden om hinandens roller og arbejdsgange, så den enkelte derved kan se, hvordan ens specifikke opgaver relaterer sig til hele processen. I afsnittet omkring tovholder og kontaktpersonfunktionen viser en ordveksling mellem medarbejdere, at nok er rollerne beskrevet, men endnu ikke levendegjort i praksis, "ikke bøjet i neon". Flere medarbejdere giver udtryk for, at de ved mere end tidligere om hinandens arbejdsområder, men gerne vil udbygge denne viden. Eksempelvis efterlyser en medarbejder helt konkret mere viden om arbejdsbetingelser på Jobcenteret:

"...så kunne vi osse være lidt mere forstående og kunne forklare borgerne, så de ikke stillede for store forventninger og ikke lige kuller helt ud, fordi de ikke kan komme op og tale med den der jobkonsulent eller sagsbehandler."

Og i en anden fokusgruppediskussion viser følgende ordveksling, at der med fordel kan arbejdes med fælles viden om roller og arbejdsgange for at styrke graden af relationel koordinering:

"Med hensyn til formål, det er jo os, som myndighedspersoner, der skal lave det, det man arbejder efter. Og så kommer alle de her ...det er vel det I kalder SMART mål, alle de her delmål underneden, det er jo de ting, I andre gør. Men jeg er ikke så langt inde i dit felt, [nævner navn på kollega]"

- lige måde

- og heller ikke herude [på Hjernecentret], jeg synes, I er langt væk, jeg kan ikke finde ud af, hvornår folk må komme her. Og det er nok fordi dem, jeg har, er i den hårdere ramte skala, og de er alle sammen lidt for dårlige; og jeg har haft lidt samarbejde med logopæd, men ellers er det lidt lukket land for mig."

Nærværende datamateriale giver ikke mulighed for at vurdere graden af gensidig respekt blandt de involverede i det tværfaglige samarbejde.

De tre relationelle dimensioner forstærker og bliver forstærket af kommunikation, hvori Gittell har påvist, at hyppighed, timing og præcision er vigtige parametre, sammen med et "øje på bolden", altså på problemløsning snarere end pegen fingre, når der opstår problemer i en borgersag, eller i samarbejdet.

Data viser, at de fleste mener, at når først borgersagen er i gang, og de involverede kender til hinanden, så flyder informationsstrømmen generelt fint, særligt pr. mail. Dog er der en gråzone i starten af et forløb, hvor det er uvist, hvem man kan kontakte for viden om sagen, og som tidligere nævnt i rapporten kan det tage tid at få tilbagemeldinger fra enkelte instanser, f.eks. Jobcenteret ift., hvem er på en sag. De interviewede medarbejdere, som har været ansvarlige for at indhente viden til rehabiliteringsplan, mener, at det går trægt med tilbagemeldinger fra de involverede parter; tilbagemeldinger kommer sjældent proaktivt, men kun efter sommetider gentagne forespørgsler fra den ansvarlige. Omkring præcision viser auditresultaterne, at der kan arbejdes med at præcisere ordlyden i rehabiliteringsplanen (se bilag 2). Der er således ingen tvivl om, at et kommende fokus på også de kommunikative parametre af relationel koordinering, vil kunne styrke det tværfaglige samarbejde yderligere. Herunder citater fra medarbejdere om det tværfaglige samarbejde:

"Det er jo ikke, fordi vi vælter i sager med senhjerneskedede, men dem, vi har, er store sager, meget tidskrævende og mange involverede parter. [Med projektet] har vi fået en viden om, hvad er det man kan tilbyde senhjerneskedede, hvem er det vi kan trække i. [...] der rigtig mange mennesker også i familieafdelingen, som jeg kender meget bedre til. Det har også medført, at vi mødes en gang om måneden, repræsentanter fra visitationen, socialafdelingen og familieafdelingen, netop for at forbedre samarbejdet. [Jeg ved], at det er den og den jeg ringer til, for de kender min sag alle tre. Jeg oplever rent fagligt, at det har haft meget at sige; vi havde også et godt samarbejde før, det har bare bredt sig mere ud."

"Det forpligter, når du sidder med andre fagligheder og laver mål om at "til næste gang arbejder jeg med", det bliver ikke så tilfældigt mere...og det er rigtig godt, at man bliver holdt mere op på ens egen indsats."

Hjernecentret og tværfagligt samarbejde

Følgende citat fra et styregruppemedlem dækker de refleksioner, der er fremkommet, når medarbejdere har talt om Hjernecentret som magnet for tværfagligt samarbejde:

"Vi havde et ønske om at lave et kompetencecenter, det er også sket hen ad vejen, men nok ikke ift. den vision vi havde fra starten af; vi havde troet, det var muligt at trække flere faglige kompetencer ind i Hjernecenteret, end det der reelt er sket, men omvendt så har vi fået samlet noget, der aldrig har været samlet tidligere".

Flere udtrykker beklagelse over, at faggrupper på tværs af forvaltninger ikke har base på Hjernecentret, så den faglige ekspertise kunne centreres og forstærkes, frem for som i dag, hvor indsatsen foregår på forskellige matrikler, og hvor nogle medarbejdere er på Hjernecentret dagligt, mens andre er der på mere ad hoc basis. En medarbejder siger:

"Faglighed og alt mulig andet er i spil her, vi er alt for små enheder her til at kunne levere på et avanceret niveau, vi ville kunne lave nogle hurtigere og billigere forløb, hvis vi var samlede".

Flere kredser om, hvad man lægger i ordet tilstedeværelse, dvs. hvor meget skal man være på Hjernecentret for at skabe et kompetencecenter, hvorvidt de forskellige faggrupper har interesse i at have Hjernecentret som arbejdsbase eller prioriterer faglig sparring i deres egne enheder med fagfæller højere, hvorvidt den ledelsesmæssige opbakning til at sige:

"Jamen, det skal faktisk ske" er til stede, og endelig at det også er et ressourcspørgsmål: "f.eks. var det tænkt, at fys/ergo fra områdecentrene kunne tage herud til borgerne, i stedet for at borgerne skulle komme til dem. Og det synes de, der er for meget vejtid i for dem, så der kommer ressourcspørgsmål ind i det".

Fælles viden om neurorehabilitering er søgt opnået blandt andet via kompetenceudviklingskurser. Flere medarbejdere fortæller, at de oplever forskel i den viden, kolleger har om neuro-rehabilitering. Noget af forskellen kan henføres til grad af specialisering i de enkelte afdelinger, mener de. I interviews ytres ønske om ansættelse af en neuropsykolog, som dels kan udføre de indsatser der pt. rekvireres udefra, dels kan yde supervision og "højne det faglige vidensniveau". Der er pt. en proces i gang omkring ansættelse af neuropsykolog.

Opsummering

Kendskabet til hinanden er øget og det tværfaglige samarbejde er styrket gennem projektperioden. Der er mulighed for yderligere styrkelse af det tværfaglige samarbejde ved at arbejde med parametrene i relationel koordinering. Konkrete eksempler er: at være mere præcise ift. ordlyden i rehabiliteringsplanen, give tilbagemeldinger til dem der skal lave rehabiliteringsplan, arbejde med forståelse af begreber, herunder hvad der præcist forventes af tovholder/kontaktperson, forsøge at mindske den gråzone i starten af forløb, hvor det er svært at vide, hvem der er inde over et forløb og give mulighed for læseadgang til andre dokumentationssystemer.

Hjernecentret fungerer kun delvist som det kompetencecenter, det oprindeligt var tænkt som. Flere finder dette ærgerligt, men giver ikke én forklaringsramme, men mange forskellige på, hvorfor det forholder sig sådan. Der bred enighed om, at ansættelse af en neuropsykolog i Randers Kommune vil kunne gavne indsatsen.

6. Borgeres og pårørendes oplevelse af indflydelse på forløb, og forløbet generelt

De interviewede borgere er forskellige som individer, i deres livssituation og i forhold til, hvordan hjerneskaden påvirker deres liv. De enkelte interviews afspejler denne forskellighed, og casene i starten af rapporten tydeliggør dette. Hvert interview er et lille indblik i en verden, som er blevet væsentligt ændret fra før skaden, og hvor den enkelte bruger forskellige strategier til at mestre en på mange måder ny hverdag og genvinde tidligere funktionsevne så godt som muligt. Det betyder naturligvis noget, hvornår i livet man rammes. De interviewede borgere er fra starten af 40'erne til begyndelsen af 60'erne. Tre har børn under 18 år, som boede hos dem før hjerneskaden, og tanker om, hvad børnene har oplevet i forbindelse med både den akutte og den post-akutte fase har fyldt en del i disse interviews³². Uagtet alder har økonomi og fremtidig forsørgelsesgrundlag været et tema, som hovedparten af de interviewede har fremhævet. Enkelte har nævnt, at de i perioder kan have svært ved at holde humøret oppe³³. To er flyttet fra andre kommuner til Randers. Den ene udtrykker utilfredshed med begge kommuner, den anden har oplevet en stor og positiv forskel ved kommuneskiftet og følt sig hørt og hjulpet i Randers Kommune. Flere borgere har snakket om, hvor tæt på, medarbejdere kommer ens liv. Det er en ny oplevelse for de fleste, at "kommunen kommer så tæt på". En enkelt har frasagt sig en indsats, fordi vedkommende følte, at en medarbejder kom for tæt på, mens de øvrige har fremhævet, at medarbejderne har været gode til at balancere i dette spænd. Alle borgere er blevet interviewet, mens de stadig er i gang med forløb i Randers Kommune; hovedparten er ramt af skaden indenfor det seneste år. Interviewene indeholder derved ikke refleksioner på afslutning af forløb i fase tre. Det skal understreges, at følelsen af kontrol over forløb og indflydelse herpå kan tænkes at variere alt efter, hvor man er i forløbet, og hvordan man er blevet ramt. Borgere er blevet bedt om at reflektere over deres forløb – har de oplevet, at deres ønsker og behov er blevet hørt? Føler de, de har indflydelse på forløb? Hvad har været godt, hvad har været mindre godt? Har de anbefalinger til Randers Kommune? Pårørende er blevet bedt om at forholde sig til deres oplevelse af forløbet.

³² Én af de tre interviewede har på interviewtidspunktet børn boende hjemme.

³³ Angst og depression er kendte følger for personer med erhvervet hjerneskade. Ca. 40% af de personer, som får apopleksi oplever mild til moderat depression indenfor det første år, ca. 25 % oplever angst. Angst og depressione følges ofte ad (Socialstyrelsen(2014): Voksne med erhvervet hjerneskade. Sociale indsatser der virker). Se endvidere Glintborg, C. & Krogh, L. (2015) om identitets (re)konstruktioner hos mennesker med erhvervet hjerneskade.

Borgeres oplevelse af indflydelse

De interviewede borgere er blevet spurgt, hvorvidt de har oplevet, at deres ønsker og behov er blevet hørt, og at de har haft indflydelse på deres forløb.

En enkelt borger er meget utilfreds med forløbet, føler sig ikke hørt og uden indflydelse:

"Indflydelse! Det får du aldrig. Du kan godt komme med noget, men indflydelse det får du aldrig!"

En anden oplever at være i en håbløs situation, med en uholdbar boligsituation på et plejecenter med "gamle, senile" og personale, der ikke tager sig tid til at lave taletræning. Tovholder har sat gang i ansøgning om ny bolig, men borger giver udtryk for at befinde sig i en nedadgående spiral, uden mulighed for indflydelse. En anden føler sig overordnet set og hørt, men ville gerne have haft indflydelse på specifik indsats ved at fortsætte på SundhedsCentret i stedet for at komme til HjerneCentret:

"men det kunne jeg ikke få lov til, der var jeg en afsluttet sag. Men jeg har sådan en fornemmelse af, at det der Bakkevej, det skulle lige fyldes op, at de gerne ville have folk derud. Jeg ved det ikke, det er min egen lille fornemmelse"

De øvrige interviewede har været delt mellem de, der føler sig hørt, set og med indflydelse:

"ja, det har jeg haft indflydelse på. Altså, de lytter jo på mig og observerer mig og sådan noget", "jeg er ikke vant til strukturer[.....], og det har de virkelig taget højde for, synes jeg...jeg har ikke følt mig klemt"

De, der måske nok føler sig hørt, men indflydelse har de ikke nødvendigvis haft; i stedet er det personalet, der har guidet dem gennem forløbet og været på forkant med situationen:

"Ja, det synes jeg, jeg er blevet taget på høring, synes jeg, men de har måske også hjulpet mig mere på vej, end jeg selv måske har været klar over og kunne gøre selv. At "synes du ikke det ville være en god ide" eller "tror du ikke det ville være bedst, hvis vi gjorde", noget i den stil, også fordi jeg har svært ved at vurdere det selv, det kan jeg slet ikke overskue, det kan jeg ikke tage stilling til, lad os tage det efterhånden, men hvor de er så professionelle, vil jeg sige, at de ved godt, hvad der måske er bedst."

"Jo, jeg synes, de er gode til at oplyse mig om, hvad de har bestemt [griner].....men jeg skal nok sige, hvis det er, og det har de fundet ud af. Især sammen med x, hun er god til at spørge ind til mig. [.....] de spørger til, hvad jeg mener om det, det synes jeg faktisk, de gør. At de så ikke tager det til efterretning, det er så noget andet. Men altså, det er jo mig, der er syg, eller hvad skal man sige, og det skal man selvfølgelig lære at indordne sig under."

Hvad mener du med, at de ikke tager det til efterretning?

Jeg mente jo ikke, det var nødvendigt, at jeg skulle have en bostøtte, f.eks. Jeg synes, det var mange ressourcer og tænkte, at der nok var nogen, der havde mere brug for det end mig. Men så alligevel, når jeg tænker over det, så har hun givet mig mange fif, den bostøtte."

Føler du, du har haft indflydelse på, hvad der er sket i forløbet?

Nej, det gør jeg sgu ikke, det er alle andre, der har bestemt det. Jeg synes jo, når man ser tilbage på det, så har de gjort det rigtige, de har gjort det godt. Med både det ene og det andet.

Er der noget, du gerne ville have haft indflydelse på?

Jeg ved ikke, hvad det skulle være.

Så ift. de ønsker og behov du har haft, føler du, de er blevet imødekommet?

Ja, det synes jeg, jamen hvad er det for behov? For man ved det ikke, før man har været igennem det. Det er først, når man kigger tilbage, man kan se, det er udmærket, det de har gjort. For man aner jo ikke en skid om det selv, det hele er slået fejl på et eller plan, så det synes jeg, de har gjort godt."

Som citaterne viser, kan det være svært at forholde sig til begrebet indflydelse.

Borgerinddragelse, medindflydelse og samskabelse er alle begreber, som ethvert projektforslag på det social- og sundhedsfaglige felt med respekt for sig selv indeholder. I praksis er medarbejderne på balancegang mellem borgers mål, ønsker og behov, og hvad medarbejdere vurderer vil være godt. Borgere i krise, hvor "det kører rundt i hjernen på mig", og som ikke helt synes at kunne mønstre det at skule tage valg og forholde sig til andet end det, medarbejdere foreslår. De fleste er dog positive, og synes de er blevet guidet godt på vej, og mange medarbejdere er blevet rost for deres tilgang.

Pårørendes oplevelse af forløb

Ordveksling mellem ægtefæller:

"Jeg kan ikke sætte ord på tingene. Jeg døjer, når folk siger: jamen fejler du noget? Ja, det siger de jo. Jeg kan ikke selv se, jeg fejler noget, overhovedet.

- Det er nok den største skade, du har!

- Ja, det er det sgu nok"

En pårørende henvendt til borger:

"I dag, der tager du bare det hele ind og så kører det rundt i hjernen, der er ikke sortering. Vi andre parkerer det forskellige steder, vi sorterer det hele, og ved dig kommer det hele ind og ræser rundt, hvor du ikke kan finde ud af, hvad du skal gøre ved det."

Ægtefælle om situationen:

Det er svært, det er meget svært. Der skal fandeme ikke meget til [før ægtefælle udtrættes], så kan man godt blive lidt irriteret, det er klart, så går jeg en lang tur. Det tager også lang tid for mig at vænne mig til personlighedsændringerne, for der er også sket noget, mere end x selv tror, eller vil erkende i hvert fald. Det er ikke særlig nemt. Men nu er det sådan, det kan man ikke lige lave om på. Jeg kan selvfølgelig overdrage x til kommunen, så kan de sørge for x ! [vi griner].

Evalueringen har ikke haft fokus på pårørendes oplevelse af den ændrede hverdag, og hvilken betydning, det har for dem. Men der har under interviews alligevel vist sig mange eksempler på dette, som eksempelvis citaterne herover. På ægtefæller, hvis kone/mand hurtigt udtrættes og derfor ikke kan deltage i sociale arrangementer som tidligere, har vanskeligheder ved at udføre hverdagsaktiviteter som f.eks. madlavning, eller har fået personlighedsændringer. På pårørende, som holder styr på papirer, skal tage fri fra job eller andre forpligtelser for at deltage i møder, lægekonsultationer og hospitalsbesøg og er blevet "huskere" i forhold til, hvad der bliver sagt til møder mv. På børn, som har oplevet, at deres forælder faldt om, eller pludselig svævede mellem liv og død, eller pludselig ikke kunne tage sig af dem i en længere periode.

I de interviews, der er foretaget i forbindelse med nærværende evaluering er det tydeligt, at pårørende til de senhjerneskadede ofte er meget inde over forløbene. De tager med til møder, husker aftaler, og hvad der er blevet sagt, læser de sendte papirer, tager over praktiske ting og så videre. De diskuterer oplevelser og er med til at skabe orden i oplevelserne, og på den måde er det måske naturligt, at de langt hen ad vejen giver udtryk for samme opfattelse af forløb som deres pårørende. I et tilfælde har borger ikke pårørende at trække på, hvorfor professionelle har udfyldt rollen som dem, der hjælper igennem et forløb. I to interviews, hvor borgers oplevelse af forløbet er påvirket af en utilfredsstillende situation på interviewtidspunktet, har pårørende været enige i kritikken, men samtidig modereret kritikken, og nuanceret fortællingen med eksempler på, hvor det har været godt, hvor en medarbejder har hjulpet forløbet på vej, eller hvor borger selv skulle have sagt til eller fra.

Der er i Randers Kommune flere tilbud til pårørende, herunder deltagelse i pårørende gruppe på Randers Sundhedscenter og deltagelse i temaaftener på Hjernecenter Randers, med temaer som f.eks. "Familielivet efter en hjerneskade" og "Hjernen og følgeskader".

De interviewede kender alle til disse tilbud. Tre af de interviewede har deltaget og syntes, det har været godt at få mere at vide og møde andre i samme situation, selvom, som en siger "situationerne er helt forskellige". En ønsker at deltage, men har ikke haft mulighed hidtil.

Der er endvidere en teenagegruppe for unge mellem 12 og 17 år, hvis mor eller far har fået en senhjerneskade eller er ramt af kræft.

De pårørende fremhæver, at kommunikation med pårørende er vigtig. To af de fire har oplevet, at medarbejdere ringer til dem for at høre, hvordan de synes, det går eller for at give information om forløbet, og de understreger begge, at det er godt og vigtigt med den kontakt. En siger, at det er godt, hvis der er en person, som pårørende kan henvende sig til for hjælp og rådgivning igennem systemet "det er jo en jungle" (vedkommende har selv oplevet hjælp gennem processen).

En pårørende understreger, hvor vigtigt det er med referater fra møder, "for x kan ikke huske noget".

To pårørende roser forløbene, og er imponerede over indsatserne og den måde, hvorpå medarbejdere går til opgaven. Dog har begge kritik af, at deres pårørende skulle møde op på Jobcenteret, selvom de var meget syge.

I interviews med borgere har en borger fortalt, at sygdommen har taget på parforholdet, og de er tilbudt parundervisning. En anden borger fortæller, at efter lang periode, hvor familien prøvede at "råbe familieafdelingen op" for at få hjælp til teenagebørnene i familien, kom hjælpen endelig og var helt fantastisk, med både familievejleder, bostøtte og ergoterapeut som alle har snakket med og hjulpet børnene.

Det gode og det mindre gode ved forløb

Interviews med borgere og pårørende giver indtryk af, at de fleste er tilfredse med forløbet. Flere udtrykker, at de er imponerede over de ressourcer, Randers Kommune bruger, eksempelvis at medarbejdere fra kommunen deltager i udskrivningsmøder og hjælper dem på vej i hverdagen. De har fremhævet forskellige medarbejdere eller redskaber, der har haft særlig betydning, og det har været interessant, hvor individuelt dette er. Enkelte synes, det er svært at komme med anbefalinger og siger: "det fungerer godt og har virket godt på mig, det tror jeg det ville gøre på de fleste". Følgende aspekter ved forløbene er fremhævet af flere borgere og pårørende:

Det gode ved forløbene:

- **God opstart.** Generelt har de fleste oplevet en god opstart i Randers Kommunes del af den samlede indsats. Flere er imponerede over, hvor hurtigt, det kom i gang.
- **Medarbejderes tilgang og kompetencer.** Det har ikke været del af interviews at spørge specifikt til borgeres og pårørendes tilfredshed med medarbejderes tilgang og

kompetencer, men alle har forholdt sig til det i løbet af interviews: "De lytter", "De kæmmer ikke over én kam", "God støtte, da jeg blev udskrevet", "Dygtige og gode medarbejdere", "Været gode til at tage mig på det niveau, jeg var", "Vi kan grine sammen", er nogle af de pårørende og borgeres kommentarer. Som disse citater viser, så er det vigtigt at føle sig set og hørt, både som borger og som pårørende – og gerne krydret med humor.

- **Positivt at være på hold.** 7 af de 10 har været på hold enten i regi af Sundhedscenteret og/eller Hjernecentret, og alle taler godt om dette. Enten fordi det er rart at møde andre, der ligeledes har fået hjerneskade og høre deres historier og drage paralleller til egen situation, eller fordi det er rart at komme ud blandt andre.
- **Interesse for viden om hjernen og skader på hjernen,** både pårørende og borgere. Pårørende er glade for de tilbud, der er for deltagelse i oplæg om hjernen mv.

Det mindre gode ved forløbene:

- **Ventetid eller manglende fremdrift** ift. indsatser, som borger og pårørende føler, der er behov for.
- **Oplevelse af urimelige krav fra "systemet".** "Systemet" er i interviews synonymt med Jobcenteret. Eksempelvis siger en pårørende om Jobcenteret: *"de er sgu ligeglade, sidste gang var de ikke forberedte, men hvis x ikke møder op, så sløjfer de jo kontanthjælpen – det er ingen undskyldning i det system...."*. Hvortil ægtefællen tilføjer: *"Der mangler nok lidt velvilje for at se, hvad der er realistisk."* En borger, som var ramt på talen, oplevede at sidde til møde med Jobcentret men kunne kun fremstamme "oh, ja, nej - ikke et ord rigtigt, altså det var mareridt".
- **Mangelfuld eller svigtende kommunikation og information.** Det opleves som meget problematisk, hvis dokumenter forsvinder eller statusrapporter er længe om at komme til rette sted, eller hvis pårørende ikke ved, hvem de skal kontakte ved evt. spørgsmål.

Anbefalinger fra borgere og pårørende

Giv klare oplysninger om, hvem de vigtigste personer i forløb er. Herunder tovholder.

En borger siger: *"I starten var det forvirrende med alle de mennesker, siden fandt jeg ud af, at det er 2-3, jeg skal have noget at gøre med. Det havde været en stor hjælp hvis de bare havde sagt det fra starten af"*.

Neuroundervisning i Hjernecentret tidligere i forløbet? Enkelte borgere har nævnt, at den viden, de får i Hjernecenteret, ville de rigtig gerne have haft noget før. En borger siger

endvidere: *"Der mange gode foredrag for pårørende til hjerneskadede, men det er jo for pårørende; jeg ville også gerne høre dem [ikke sammen med pårørende, men før i forløb]."*

Bevar et højt informationsniveau til pårørende. Som en siger: *"Det er godt at blive inddraget- jeg er blevet ringet op, og de har opdateret mig og holdt mig ajour".*

Kontinuitet i forløb. Aflysninger betyder diskontinuitet og påvirker muligheden for at kunne klare sig bedre i hverdagen.

Vigtigt at få hjælp til at træne de ting, der virkelig betyder noget

Invitér altid borgere og pårørende med til de tværfaglige møder. De siger selv nej tak, hvis det ikke er relevant at deltage. Hvis borger ikke har pårørende, så er det vigtigt at tilbyde mulighed for at have en bisidder med.

Mulighed for psykologhjælp. Tre borgere har i interviews efterlyst psykologhjælp som del af indsats.

I et interview med en borger og en pårørende, anbefalede de, at koordinator burde være en uafhængig, en udefra. Andre har ikke kommenteret på uafhængighed.

Som note skal det bemærkes, at medarbejdere er blevet stillet spørgsmålet: Hvordan tror I, borgere oplever forløbene? Det er interessant, at medarbejderes svar i høj grad matcher borgeres og pårørendes svar. Der er forskel på, hvornår medarbejdere møder borgere – i starten, hvor meget er kaotisk og borgerne "sejler i alle mulige retninger", eller længere henne i forløbet, hvor borger kan efterreflektere over forløb, og det påvirker deres svar. Flere medarbejdere understreger, at det er personbestemt, hvordan forløb opleves, samt "de har jo ikke noget at sammenligne med", en bemærkning, som flere borgere også er fremkommet med. Desuden er der forskel på borgere og pårørendes forhåndskendskab til "systemet", og hvad de kan forvente.

Medarbejdere mener overordnet, at de fleste er tilfredse med forløbet og oplever et højt niveau i indsatsen, de føler sig i trygge hænder, og oplever, at alt kommer hurtigt i gang med undtagelse af Jobcenter. Flertallet af pårørende er glade for hjælpen, vurderer medarbejdere, og understreger, at det er "en stor mundfuld" for pårørende at få borgere – nu med hjerneskader - hjem, samt skulle forholde sig til de mange mennesker og instanser, der er inde over. Måske oplever nogle pårørende en mangelfuld information. En medarbejder som er inde over mange borgerforløb, stiller spørgsmålstegn til, hvorvidt særligt de erhvervsaktive pårørende burde eller kunne inddrages mere i forløb. Medarbejdere vurderer, at borgere uden genoptræningsplaner ikke er så tilfredse, at der nogen gange ikke opleves den store sammenhæng i forløb, at det opleves overvældende for borgere og pårørende med de mange fagpersoner omkring, samt at borgere kan være frustrerede over "styring fra Jobcenteret"; at ting går langsomt.

Opsummerende: At få en senhjerneskeade betyder for de interviewede borgere, at "systemet", eller "kommunen", kommer tæt på. De fleste har ikke et forhåndskendskab til, hvordan "systemet" fungerer, hvad en sagsbehandler eller en ergoterapeut laver, hvilke krav der er til arbejdsprøvning og så videre. Medarbejderne kommer tæt på, med spørgsmål, med træning, med råd, men altovervejende har de interviewede udtrykt, at de oplever medarbejdere holder sig på en fin grænse i forhold til, hvor tæt offentlige medarbejdere skal komme ens liv.

Omkring følelsen af indflydelse er borgeres oplevelser delte. To føler ikke, de har indflydelse på deres forløb, og resten er delt mellem klart at svare ja, de føler de har indflydelse, og at svare tja måske ikke, men vi er blevet guidet godt på vej. Pårørendes oplevelse af forløb er stort set den samme som borgers. De har oplevet en stor indgriben i deres liv, med hjerneskeaden, og er ofte meget inde over forløb. De pointerer, at kommunikationen med de pårørende er vigtig. De kender og benytter tilbuddene for pårørende i Randers Kommune. Både borgere og pårørende fremhæver som positivt: de ressourcer Randers Kommune bruger på målgruppen, blandt andet ift. opstart af forløb, medarbejders kompetencer og tilgang, at være på hold og muligheden for at lære om hjernen og skader herpå. Det mindre positive inkluderer: ventetid, oplevelse af urimelige krav fra "systemet" og mangelfuld kommunikation.

De er kommet med en række anbefalinger, se herover, som Randers Kommune kan tage med i den videre udviklingsproces i indsatsen for senhjerneskeadede.

Del 3

7. Konklusion og anbefalinger

Evalueringens formål har været at gøre status på den samlede model for forløb for senhjerneskadede borgere og anbefale, hvilke komponenter skal styrkes for at sikre koordinerede forløb med borgerindflydelse.

De foregående kapitler har omhandlet hovedspørgsmålene i evalueringen omkring de involveredes oplevelse af flow i forløb, hvorvidt tovholderfunktionen og rehabiliteringsplanen er implementeret, om de involverede medarbejdere oplever det tværfaglige samarbejde som styrket, og om borgere og pårørende oplever indflydelse ift. planlægning og gennemførelse af forløbene? Flere andre underspørgsmål er inddraget som del af evalueringen, herunder praksis for og refleksioner over målsætningsprocessen og tværfaglige møder.

Indsatsen for senhjerneskadede i Randers Kommune består af mange enkeltdele, som hver især har faglige og lovmæssige rammer for indsatsen, men samtidig skal samarbejde med de øvrige enkeltdele og samles til det, der for de berørte borgere og pårørende gerne skal opfattes som et samlet hele. Modellen for forløb er beskrevet, og lægger sig op ad dels Forløbsprogram for Rehabilitering af Voksne med Erhvervet Hjerneskade, dels op ad Hvidbogens rehabiliteringsdefinition.

Overordnet set synes indsatsen at være på rette vej. Men som evalueringen viser, er der et stykke vej fra beskrivelse til udførelse i praksis: ting tar' tid. Der er fortsat behov for bevågenhed fra styregruppe og refleksionsrum for involverede. Herunder ses hovedområderne i evalueringen med en ganske kort konklusion og anbefalinger. Anbefalingerne bygger i høj grad på medarbejdere, borgere og pårørendes egne refleksioner og ideer, samt resultater fra audit af neuro-rehabiliteringsplaner.

Rehabiliteringsplan

Den tværfaglige dokumentation i form af rehabiliteringsplan er genstand for en del debat, og på evalueringstidspunktet testet på forholdsvis få borgere, i den nuværende udgave. Frustration omkring manglende understøttelse af IT systemer og dobbeltdokumentation fylder i diskussioner om planen. Planen anvendes til at få overblik/orientering over problematikker og aftaler, som forberedelsesdokument før møder og som styringsinstrument for den retning, alle skal arbejde hen imod. Indholdet af planen lever op til de rammer, der er sat for neuro-rehabiliteringsplanen, dog med undtagelse af, at indsatserne ikke er tidsangivne. Den er udarbejdet med ICF som referenceramme. For de fleste interviewede borgere og til dels pårørende drukner rehabiliteringsplanen i det øvrige materiale, de modtager. Enkelte mener, det er vigtigt at have en fælles skriftlig plan, og der spores en tendens til, at nogle pårørende værdsætter at kunne læse planen og det øvrige skriftlige materiale.

I den videre udvikling af indsatsen på senhjerneskeområdet er det væsentligt fortsat at have fokus på rehabiliteringsplanen, herunder anbefales at:

- Drøfte formålet med planen. Hvis formålet matcher den måde, planen anvendes på i dag, hvilke oplysninger er så nødvendige i planen?
- Optimere viden om ICF hos medarbejdere, da det kan styrke det fælles sprog og den fælles forståelse i borgersager
- Fortsat bevågenhed fra styregruppe omkring vigtigheden af ICF som referenceramme. A) beslutning om, hvorvidt der skal dokumenteres i fokusområderne, B) beslutning om, hvorvidt fokusområderne skal udvides til at omfatte: Energi og handlekraft (b 130), Følelsesfunktioner (b152), Overordnede kognitive funktioner
- Have mere fokus på angivelse af tidsramme og prioritet i rehabiliteringsplanerne
- Vurdere, hvorvidt det giver mening at inkorporere oplysninger om borgerens uddannelses- og jobmæssige baggrund
- Sikre at flere aktører får læseadgang til andres dokumentationssystemer
- Tænke i overleveringen til borger: skal der evt. mere forklaring til, så det bliver klart, at det er et fælles dokument, en fælles plan?
- Anvende rehabiliteringsplanen til komplekse forløb for borgere over 65 år

Styrkelse af tværfagligt samarbejde

Der har været samarbejde på tværs af kommunen i borgersager på senhjerneskeområdet, men medarbejdere oplever, at kendskabet til hinanden er øget og det tværfaglige samarbejde er styrket gennem de senere år. Hjernecentret fungerer kun delvist som det kompetencecenter, det oprindeligt var tænkt som. Flere finder dette ærgerligt, men giver ikke én forklaringsramme, men mange forskellige på, hvorfor det forholder sig sådan. Evalueringen viser, at der kan være mulighed for yderligere styrkelse af det tværfaglige samarbejde ved at arbejde med parametrene i relationel koordinering. Basis for at skabe gode relationer i samarbejde på tværs er fælles mål, fælles sprog og viden samt gensidig respekt, mens kommunikation bør være hyppig, præcis og rettidig.

- **Fælles mål.** Audit viser, at mål og delmål dokumenteres i alle rehabiliteringsplaner. Men medarbejdere efterlyser en tydeligere målsætningsproces, og flere finder de fælles mål "vattede". Det kan anbefales, at medarbejdere og ledere sætter fokus på målsætningsprocessen for at:
 - Skabe samme sprog og forståelse for mål på tværs af faggrupper og forvaltninger

- Aftale ansvarsfordeling: hvem har tæten i forhold til fælles mål, og hvad præcist det vil sige at "have tæten"
- Diskutere, hvorvidt mål skal være realistiske, hvad det vil sige at inddrage borgere og evt. pårørende, hvordan sikres magtbalancen i målsætningsprocessen, så der indgås et ligeværdigt samarbejde, hvad man kan gøre, hvis borgere har afasi, er kognitivt skadede
- Overveje, om der er behov for standardiserede redskaber (COPM, GAS)
- Finde rette form at arbejde med fælles mål på, på de tværfaglige møder
- Vurdere, om det er hensigtsmæssigt at overføre de mål, der er lavet f.eks. i Hammel / Skive eller på døgnoptræningscentret i Assentoft.

➤ **Fælles sprog og viden (herunder tovholder rollen)**

Der er ikke nødvendigvis et fælles sprog blandt medarbejdere (f.eks. omkring mål, se herover). Medarbejderne giver udtryk for, at de ved mere end tidligere om hinandens roller og arbejdsgange, men gerne vil udbygge denne viden. I forhold til de ikke-fagspecifikke roller som tovholder og kontaktperson, er disse beskrevet og gennemgået på temamøde, og drøftet i forskellige fora, og fremgår tydeligt af neuro-rehabiliteringsplaner, men det er "ikke bøjet i neon", hvem varetager disse roller i et givent forløb, og hvilke opgaver, der ligger i rollerne. Det er i øvrigt heller ikke "bøjet i neon" for borgere og pårørende. Det kan derfor anbefales at:

- Medarbejdere får mulighed for at gå på opdagelse i hinandens hverdag. Eksempelvis kort præsentation af "Sådan så min arbejdsdag ud i går", med fortælling om typiske opgaver i forløb med borgere med senhjerneskader, samt refleksioner over det, der kan være vanskeligt, set fra et fagspecifikt og/eller organisatorisk perspektiv. Eller mulighed for at være "føl" en formiddag eller eftermiddag.
- Arbejde med muligheder for mere smidigt samarbejde med Jobcentret. Mange medarbejdere har sagt, at "nu skal det ikke lyde som kritik af Jobcentret", men der er mange kommentarer på tværs af interviews og skriftligt materiale, der peger på, at der er behov for et styrket samarbejde. Det er svært at vurdere, hvorvidt nogle af kommentarerne hænger sammen med, at aktører fra Jobcentret er inviteret lidt senere ind i samarbejdet ift. andre aktører, og der derved ikke har været mulighed for at finpudse samarbejdet og arbejde med smidigere sagsgange. Og hvorvidt samarbejdet vil vurderes som nemmere, nu der er allokeret "indgangspersoner" i Jobcentret. I et af

citaterne i denne evaluering efterspørger en medarbejder direkte mere viden om de rammer, sagsbehandlere og jobkonsulenter arbejder under, og her kunne man starte.

- Fortsætte med at arbejde i dybden og i detaljer med rollerne som tovholder og kontaktperson. Italesætte på tværfaglige møder med borgere og evt. pårørende, hvem der er tovholder og hvem der er kontaktperson, og hvad det indebærer.
- Vurdere, hvordan og af hvem nytilkomne kolleger introduceres til indsatsen.

➤ **Kommunikation: hyppig, rettidig og præcis (herunder rehabiliteringsplan)**

Medarbejdere fortæller, at kommunikationen i det store og hele flyder som den skal, særligt på mail, når forløbet er i gang, og man ved, hvem der ellers er aktører i forløbet. Arbejdet med at finde den gode model for de tværfaglige møder er fortløbende, og der er forskellige holdninger til møderne. Nogle oplever dem som ineffektive, andre som givende. Det anbefales at:

- Sætte fokus på strategier for at mindske den gråzone i starten af forløb, hvor det er svært at vide, hvem der er inde over et forløb.
- Forventningsafstemning om: krav til mødeforberedelse, mødeindhold, ønskeligt udkomme af møder, hvornår det er relevant for hvilke faggrupper at komme ind i en sag, samt gensidige ønsker til rettidig tilbagemelding efter et møde. Nogle medarbejdere har foreslået at arbejde med faglige teams som mødes og drøfter borgersager, og udvælger relevante medarbejdere til møder med de specifikke borgere og evt. pårørende.
- Afklaring på den fremtidige organisering ift., hvem står for selve mødet - indkaldelse, booke lokaler mv.
- Samme IT system; ellers flere aktører med læseadgang til andres dokumentationssystemer, hvor muligt.
- Faste kontaktpersoner på Jobcentret.
- Flere borgere har peget på billeder af f.eks. hjerneskadekoordinator, når de har forklaret om forløb, og det kunne vurderes, om flere faggrupper skal inkorporere billeder i kommunikationsmateriale.

Øget fokus på psykologiske aspekter af at være ramt af hjerneskade

Tre borgere efterspørger i interviews mulighed for psykologbistand. Blandt medarbejdere er der bred enighed om, at ansættelse af en neuropsykolog i Randers Kommune vil kunne gavne indsatsen, hvilket er i proces ved evalueringstidspunktet.

Borgerinddragelse og indflydelse

Denne evaluering viser, at inddragelse og indflydelse kan ske på forskellig vis: ved fælles målsætning, ved deltagelse i møder, ved mundtlig og skriftlig kommunikation (og dokumentation). Hovedparten af de adspurgte borgere og pårørende udtrykker sig positivt om det foreløbige forløb i Randers Kommune; de føler sig guidet godt på vej, og flere roser medarbejdernes indsats og tilgang. Det interessante er, at flere borgere har svært at forholde sig til begreberne indflydelse og mål, og når det bliver forklaret, hvad der menes, ytrer nogle af de interviewede, at det ikke betyder så meget for dem – tingene sker bare, og medarbejderne har vel styr på, hvad de foretager sig. Tidens diskurs er, at borgerinddragelse og –indflydelse er væsentlig for at sikre, "det gode forløb". Spørgsmålet er, om det altid og for alle forholder sig sådan? Eller om det som regel, men ikke for alle forholder sig sådan? Eller om fagpersoner mangler de rette greb til at sikre eller synliggøre borgerinddragelse og -indflydelse? Anbefalingerne herunder kommer primært fra de interviewede borgere og pårørende:

- Inviter borger og pårørende med til tværfaglige møder – altid. Så siger borger selv til og fra. Hvis borger ikke har pårørende, så er det vigtigt at tilbyde mulighed for at have en bisidder med.
- Giv klare oplysninger om, hvem de vigtigste personer i forløb er. Herunder tovholder.
- Mere forklaring omkring rehabiliteringsplan.
- Bevar et højt informationsniveau til pårørende.
- Vigtigt at de ting, der virkelig betyder noget, bliver der også trænet.
- Inddragelse kan for pårørende betyde viden om det at have en hjerneskade. De pårørende, der er interviewet i denne undersøgelse kender og benytter tilbuddene for pårørende i Randers Kommune, og finder det vigtigt at bevare de nuværende tilbud.

Flow

Forløbene opleves overordnet set af borgere og pårørende som koordinerede, og der er generel tilfredshed med den måde, hvorpå borgere føler sig "grebet" fra fase 2-3. Der er dog undtagelser; herunder særligt borgere, som ikke har en genoptræningsplan eller har en gammel skade. Det anbefales:

- At styregruppen vurderer forslag til nedsættelse af sagsbehandlingstiden, herunder:
 - 1) Rammeaftale om, at jobkonsulent i Aktiv Sygemeldt "bare var på i de her sager"
 - 2) Kigge på muligheder for at smidiggøre sagsbehandlingsprocessen omkring logopæder.

- At vurdere det indholdsmæssige flow i forløb – kunne det give mening at iværksætte hele eller dele af neuroundervisning i Hjernecentret tidligere i forløbet?
- At være særligt opmærksomme på kontinuitet i forløb på områder, som er af særlig betydning for borgeren. Herunder sikre kontinuitet også i ferieperioder.
- At iværksætte en tværfaglig brainstorm med fokus på muligheder for at skabe bedre flow for borgere med gamle skader, uden genoptræningsplan. Er der f.eks. behov for styrkelse af neurofaglig viden specifikke steder hos de involverede aktører, så der tidligere kunne sættes ind.

Fortsat behov for udvikling og implementering

Senhjerneskadeområdet er stort med mange involverede aktører. Der er mange små hjul, der skal drejes for at få dampen op. Det kan være svært at vurdere, hvornår noget er "implementeret", for der vil altid dukke nye vinkler op, nye retningslinjer mv. Ét er klart, hvis man konsulterer implementeringshåndbøger: ting tar' tid.

Det anbefales:

- Fortsat at give medarbejdere muligheder for refleksionsrum i form af fx faglige temadage, hvor praksis kan drøftes og evalueres.
- Fortsat at have ledelsesmæssigt fokus på området.
- At overveje, hvorvidt en medarbejder skal have ansvar for at bære fanen højt, dvs. have ansvar for at planlægge de faglige dage, sikre at indsatsen evalueres, at de anbefalinger, som styregruppen vælger at gå videre med, sker i praksis.

Litteraturliste

Bekendtgørelse af lov om aktiv beskæftigelsesindsats, jf. lovbekendtgørelse nr. 415 af 24. april 2013 (<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=164698>)

Gittell, J.H. (2009). High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. New York: McGraw-Hill

Glintborg, C & Krogh, L. (2015): Identitets (re)konstruktioner hos mennesker med en erhvervet hjerneskade: et casestudie af selv-narrativer og diskurser på hjerneskadeområdet. I: *Globe: A Journal of Language, Culture and Communication*,1: 93-106

Hjortbak, BR, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H (2011): Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark

Maribo T, Melchiorsen H, Rubak DB et al (2014). Rehabilitering baseret på den biopsiko-soziale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. *Ugeskrift for Læger* 2014;176:V01140031

Marselisborgcentret (2004): Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: Marselisborgcentret

Playford, D.E (2015): Goal Setting as Shared Decision Making. I: *Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practice and Evidence*. Boca Raton: CRC Press/Taylor & Francis Group

Region Midtjylland (2015): Mere sundhed i det nære - på borgerens præmisser. Politiske visioner, mål og værdier for sundhedsaftalen 2015 i Region Midtjylland

Region Midtjylland (2015): Sundhedsaftalen 2015-2018. Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner

Rosewilliam, Pandyan & Roskell (2015): Goal Setting in Stroke Rehabilitation. I: *Rehabilitation Goal Setting. Theory, Practice and Evidence*. Boca Raton: CRC Press/Taylor & Francis Group

Siegert, R.J. & Levack W.M.M.(eds.) (2015): *Rehabilitation Goal Setting . Theory, Practice and Evidence*. Boca Raton: CRC Press/Taylor & Francis Group

Sundhedsstyrelsen (2011): Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade

Sundhedsstyrelsen (2011): Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011 Serienavn 2011; 13(1)

Socialstyrelsen (2014): Voksne med erhvervet hjerneskade. Sociale indsatser der virker

Baggrundsdokumenter fra Randers Kommune

- Randers Kommune (2011): Revideret ansøgning om økonomisk tilskud fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Randers Kommune (2012): Samlet plan for senhjerneskedeområdet i Randers Kommune
- Randers Kommune (2014): Senhjerneskedede. Neuro-rehabiliteringsplan for borgere i Randers Kommune
- Randers Kommune (2014): Erfaringsopsamling på pilottest af neurorehabiliteringsplan i Randers Kommune
- Pulje til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i perioden 2011-2014
- Randers Kommune (2013/2015): Midtvejsevalueringsskema og Slutrapportsskema for pulje til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i perioden 2011-2014
- Randers kommune (2015): Opfølgning fra møderunde i forbindelse med implementering
- Randers Kommune (?): Målgruppepersonkreds for den fælles visitationsmodel
Referat fra styregruppemøde 10/12 2014

Bilag

Bilag 1 - Interviewguide borgere/pårørende

Fortæl om dit forløb, efter du kom hjem fra hospitalet

Hvad har været godt ved forløbet?

Hvad har været mindre godt?

Føler du, du har haft indflydelse på dit forløb?

Har du været med til tværfaglige møder?

Oplever du, at dine ønsker og behov er blevet hørt/imødekommet?

Er der en der særligt har hånd i hanke med dit forløb?

Har din rehabiliteringsplan været brugbar/nyttig?

Hvis ja, til hvad/hvordan?

Oplever du, de forskellige indsatser har været koordineret?

Har du været tilknyttet Hjernecentret? Hvordan?

Er der noget du synes jeg ellers skulle spørge til?

Pårørende: Hvordan er din oplevelse af forløbet, set fra en pårørendevinkel?

Interviewguide fokusgruppeinterviews medarbejdere

Baggrund

Faglig baggrund

Erfaringsgrundlag ift. udarbejdelse af rehabiliteringsplan, deltagelse i tværfaglige møder

Organisering af rehabiliteringsforløb

Hvordan kan et neurorehabiliteringsforløb se ud?

Hvem kan være samarbejdspartnere?

Er der lige stort flow, når vi kigger på forløbet fra visitation til afslutning?

- Hvordan oplever I visitationsprocessen?
- Kommer de rette borgere ind?
- Hvordan oplever I tovholder + forløbskoordinator funktionerne?
- Er der steder i forløbet, som kunne organiseres bedre/anderledes?
- Er ventetiden nedsat for borgere?
- Oplever I der er kommet mere styring af forløb? Og hvem styrer?
- Hvad er det vigtigste for at sikre et godt og sammenhængende forløb?
- Barrierer for sammenhængende forløb på tværs af fag/af forventninger?
- Har forløbene ændret jeres kendskab til hinandens fagligheder?

Oplevelser af Rehabiliteringsplan

Hvordan bruger I neuro rehabiliteringsplanen?

Hvordan synes I, at neuro rehabiliteringsplanen fungerer?

- Har alle borgere fået udarbejdet plan? Hvis nej – hvad er så grunden?
- Synes I rehab. planen indeholder de komponenter/områder der er relevante? Tilstrækkeligt med fokusområder?
- Virker rehab plan som et godt afsæt til borgerens rehabiliteringsforløb?
- Sikrer rehab planen rette fagperson til rette indsats på rette tid?
- Hvordan sætter I fælles mål? Og hvordan prioriterer I dem? Hvem har den endelige beslutningskompetence til at fastsætte mål?
- Og er den fælles målsætning styrende for de valgte indsatser?

Borgeroplevelser

Hvordan tror I, borgere oplever forløbene?

- oplever borger at blive hørt/kunne komme igennem med ønsker + spørgsmål (borgerinddragelse)

Hjernecentret

Hjernecentret er en del af projektet –udfylder det den rolle, det var tiltænkt?

Bilag 2 - Auditresultater

– hvad kan man læse af neuro-rehabiliteringsplanerne

Randers Kommune ønsker en analyse af rehabiliteringsplanerne på senhjerneskadeområdet for at evaluere, hvorvidt indholdet af rehabiliteringsplanerne lever op til de rammer, der oprindeligt blev sat:

Planen skal udarbejdes med ICF som referenceramme, tage udgangspunkt i den tværfaglige status, der udarbejdes på de specialiserede sygehuse, afspejle borgers behov og individuelle mål, samt tydeliggøre mål med indsatsen (fællesmål og delmål) og tidsramme. Derudover ønskes en analyse af forløbskoordination, herunder hvilke faggrupper/fagpersoner er med i planen, og hvorvidt rollefordelingen fremgår tydeligt.

I alt er rehabiliteringsplaner for 15 borgere blevet analyseret³⁴. Rehabiliteringsplanen tilrettes efter hvert tværfagligt møde; 8 borgere har opdaterede rehabiliteringsplaner, som alle indgår i journalgennemgangen.

For at kunne vurdere sammenhængen mellem status fra de regionale tilbud og handlingerne i det kommunale system, indgår tværfaglig status fra Hammel / Skive Neurorehabilitering som del af journal/det skriftlige materiale, tillige med en andre statusnotater og mailkorrespondance mv.³⁵.

Analysen er struktureret efter overskrifterne 1. baggrundoplysninger, 2. forløbskoordination, 3. ICF som referenceramme, 4. Mål, tidsramme og borgers ønsker og behov. Under hver overskrift er analysens samlede resultat vist, med tilknyttede kommentarer fra evaluator.

1. Baggrundoplysninger

De 15 rehabiliteringsplaner er planer for hhv. 5 kvinder og 10 mænd i alderen 41-66 år, og med en gennemsnitsalder på 54 år. 6 er skilt/enlig/ugift, mens 9 er gift/samlevende.

Hovedparten har haft enten en hjerneblødning eller en blodprop i hjernen. I 12 borgersager er skaden sket i 2014 eller begyndelsen af 2015, ved 3 er skaden ældre.

³⁴ I det oprindelige evalueringsdesign var planen at analysere 20 rehabiliteringsplaner. Da nærværende udgave af rehabiliteringsplanen blev sat i søen senere end forventet (1. nov '14), er der på evalueringstidspunktet kun lavet 16 rehabiliteringsplaner. Oplysninger fra hver rehabiliteringsplan er dokumenteret i excel ark og siden analyseret/talt op.

³⁵ Følgende skriftligt materiale er blevet læst igennem i forbindelse med auditopgaven: Stamark, fælles samtykkeerklæring. Mailkorrespondance mellem medarbejdere, referat fra samarbejds møde, indsatsområder fra KMD care, VUM handleplan. Tværfaglig status fra Hammel / Skive Neurorehabilitering. Status fra: specialvejleder, logopæd, ergoterapeut og fysioterapeut fra Sundhedscenteret, ergo- og fysioterapeut fra døgngenoptræningen i Assentoft, neuroundervisere. Lægeskøn fra Jobcenter Randers, sygedagpengerehabiliteringsteamets indstilling. Lægeattest, generel helbredsattest, neuropsykologisk notat

7 er erhvervsuddannede, 2 har mellemlange videregående uddannelser, ved 6 er det ikke muligt at se uddannelsesniveau. 2 får pension, 9 sygedagpenge og 4 kontanthjælp.

Kommentarer:

- af ovennævnte baggrundsoplysninger indgår kun "diagnose" som selvstændigt felt i rehabiliteringsplanen
- Borgers uddannelsesniveau og evt. beskæftigelse før hjerneskaden, fremgår kun i ganske få tilfælde af rehabiliteringsplanen, men kan søges frem i anden dokumentation i borgersagen, bla. i stamark (fremgår dog ikke i alle stamark).
- Borgers arbejdsmarkedstilknøytning er ikke umiddelbart synlig, men kan tydes ved hjælp af de indsatser, der tilknyttes, f.eks. Aktiv Sygemeldt, som er et tilbud til sygedagpengeberettigede.

2. Forløbskoordination

Følgende spørgsmål ønskes besvaret: Fremgår rollefordelingen tydeligt?

Hvem er første forløbskoordinator? Hvilken faglig baggrund har tovholder/forløbskoordinator?

Tovholder. Der er anført tovholdere i alle 15 rehabiliteringsplaner. I 14 forløb af de 15 alle forløb står myndighedspersoner (sagsbehandlere/visitorer) og / eller forløbskoordinator anført som tovholdere. I ét forløb datter / sosu-assistent.

Kontaktperson. I 14 af 15 rehabiliteringsplaner er der anført kontaktperson.

Kontaktpersonerne udgør bredt faggruppegalleri: specialvejleder, forløbskoordinator, datter/sosu ass., logopæd, neurounderviser, jobkonsulent, visitor, socialrådgiver.

Tværfagligt team. Der er mellem 4 til 12 kommunale medarbejdere tilknyttet i de 15 borgersager, gennemsnitligt er der 8 medarbejdere tilknyttet. Herunder et eksempel fra en konkret rehabiliteringsplan på en typisk sammensætning af medarbejdere omkring en borgersag:

"Sagsbehandler social afd., sagsbehandler jobcenter, jobkonsulent (Aktiv Sygemeldt), fysioterapeut, ergoterapeut, specialvejleder, neurounderviser x2, logopæd, forløbskoordinator".

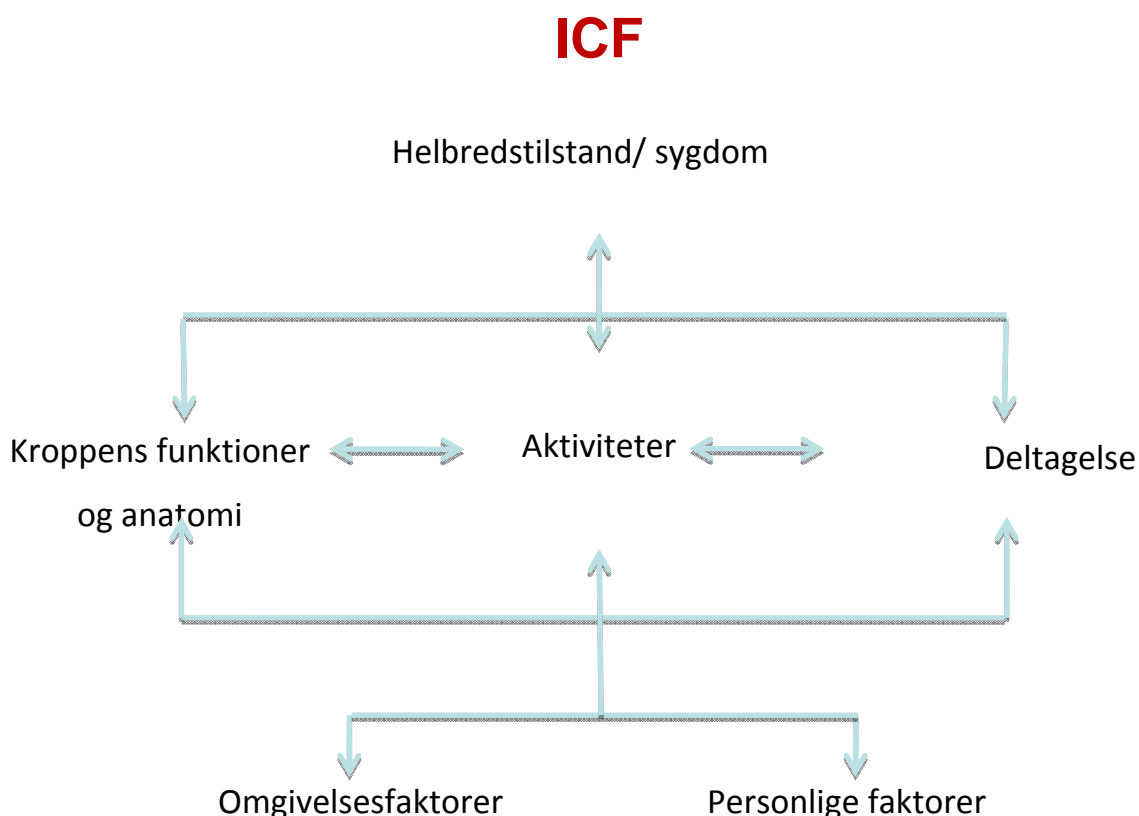
Det tværfaglige team står opført i rehabiliteringsplanerne ved fulde navn og som regel jobtitel. Det er forskelligt, hvornår i borgerforløbet medarbejdere har "aktie" i forløbet og dermed er en del af det tværfaglige team, der deltager i tværfaglige møder. Teamet er dermed de fagpersoner, som har eller er på vej til at få aktive roller i forløbet, og derfor inviteres med til det tværfaglige møde.

Kommentarer:

- Rollefordelingen fremgår tydeligt. Det er tydeligt, hvem der er tovholder og kontaktperson, samt hvem der er del af det tværfaglige team. Det giver et godt overblik.
- Det er svært at gætte sig til medarbejders funktion, hvis jobtitel er udeladt.
- Meget koordineres og formidles blandt medarbejdere via mails, f.eks: "Været til fremtidsmøde i skive, når x udskrives er der brug for træning, ergoterapeut, fysioterapeut, logopæd, og på sigt Aktiv Sygemeldt. Ægtefælle vil gerne inddrages, der er indhentet samtykke, vi sender tider for den første træning inden udskrivelsen".

3. ICF som referenceramme

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, er en bio-psyko-social model, hvor helbredstilstanden ses som et dynamisk samspil mellem funktionsevne (kroppens funktioner og anatomi, aktivitet og deltagelse) og kontekstuelle faktorer (omgivelsesfaktorer og personlige faktorer), se modellen herunder.



Anvendelse af ICF som referenceramme kan sikre, at man "kommer omkring" væsentlige aspekter af en borgers situation, og muliggør analyse og beskrivelser af borgeres ressourcer og begrænsninger indenfor krop, aktivitet og deltagelse, som kan bruges til fastsættelse af mål og indsatser (Maribo et al. 2014). ICF er en klassifikation, med faste definitioner af begreber, og derfor særlig brugbart at anvende som et fællessprog i indsatser, hvor der indgår forskellige faggrupper fra forskellige forvaltninger med potentielt forskellige opfattelser af og forståelse for samme begreber. ICF kan således forbedre kommunikation på tværs af faggrupper. På overordnet niveau er ICF opdelt i komponenter (Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer). Hver komponent er inddelt i domæner, også kaldet kapitler. Kapitlerne er niveau 1, og under kapitlerne er der kategorier på niveau 2,3 og 4.

Optimal brug af ICF kræver, at alle faggrupper har en god forståelse for modellen og principperne bag.

ICF kategorier bruges til at beskrive funktionsevnen, men da det er meget omfattende til brug i hverdagen, er der lavet såkaldte Brief Core Sets, som har valgt specifikke områder ud, som er særligt vigtig, hvis man arbejder på specifikke områder. Af relevans for målgruppen i Projekt Senhjerneskedede er der udviklet følgende Core Sets: Traumatic Brain Injury, Stroke eller Neurological Post-Acute (se <http://www.icf-core-sets.org/en/page1.php>).

Hovedoverskrifter og undertemaer i rehabiliteringsplanens fokusområder adskiller sig i flere tilfælde fra ICF ved at anvende andre begreber og ved i enkelte af hovedoverskrifterne at have flere domæner. Fokusområderne i rehabiliteringsplanen er opdelt i hovedoverskrifterne: Egenomsorg, Praktiske opgaver i hjemmet, Fysiske færdigheder, Kognitive færdigheder, Socialt liv, Materielle forhold og Job, uddannelse og fritid. Under hovedoverskrifterne er der undertemaer, f.eks. Indkøb og måltider, rengøring mv. under Praktiske opgaver i hjemmet. Denne opbygning følger ikke ICF, fordi ét fokusområde omfatter flere ICF domæner, og det bliver ikke så tydeligt for læser, hvorvidt der er tale om fokusområder på aktivitet og deltagelsesniveau, på kropsniveau mv. Rehabiliteringsplanen synes dog logisk opbygget, da man som læser rent intuitivt forstår opbygningen og undertemaerne.

I 3 rehabiliteringsplaner er der desuden skrevet ekstra fokusområde ind; alle vedrørende borgers psykiske velbefindende og tiltag på denne front.

For hvert fokusområde er der tilhørende felt med overskrifterne: prioritet, indsats og tidsperiode, ansvarlig og opfølgingsdato. Analysen viser, at der er anført, hvem der er ansvarlige på alle rehabiliteringsplaner. Derimod er de konkrete fokusområder generelt ikke tidsafgrænsede (12 planer uden tidsafgrænsning, 3 planer med tidsafgrænsning på delområder), og ikke alle har opfølgingsdato noteret (7 planer har opfølgingsdato anført, 4 planer uden, 4 delvist, f.eks. "om ca. tre måneder", "når x afklaret"). I kun én ud af de analyserede rehabiliteringsplaner er indsatserne prioriterede.

Rehabiliteringsplanens fokusområder kan, når de linkes til ICF klassifikationen, i det store og hele henføres til de kategorier der er udvalgt i relevante core sets for hhv. Stroke, Traumatic Brain Injury og Neurological post-acute, særligt på Aktivitets og deltagelsesområdet. Hvis man ydermere linker borgers ønsker og behov med fokusområder, er der særligt tre ICF kategorier inden for kroppens funktioner, som ikke er med i fokusområder. Disse tre kategorier er samtidig udvalgt i alle eller flere af de ovennævnte ICF Brief Core sets:
Energi og handlekraft (b 130) – inkluderet i alle tre core sets
Følelsesfunktioner (b152), - inkluderet i alle tre core sets
Overordnede kognitive funktioner (b164) - inkluderet i to af de tre core sets

Kommentarer:

- Både hovedoverskrifter og undertemaer adskiller sig i flere tilfælde fra ICF klassifikationen ved at anvende andre begreber og ved i enkelte af hovedoverskrifterne at sammenblende domæner, fx under overskrifter "kognitive færdigheder", hvor undertemaet "opmærksomhed" hører til domænet "Kroppens funktioner" og undertemaet "læse" hører til "Aktivitet og deltagelse". Planen følger derved ikke ICF stringent. Som læser får man dog intuitivt for en fornemmelse for, hvad der ligger i det enkelte fokusområde, endskønt man ved enkelte begreber, f.eks. mobilitet kan være lidt i tvivl om, hvad der menes.
- Ved at linke hvert fokusområde til ICF og sammenholde det med de (brief) core sets, der er udviklet internationalt på hhv. Stroke, Traumatic Brain Injury og Neurological post-acute, altså de områder der dækker målgruppen for senhjerneskeadeindsatsen i Randers Kommune, ses det, at undertemaerne i rehabiliteringsplanen i vidt omfang dækker de områder, der anbefales i de tre core sets. Det gælder særligt i forhold til Aktivitet og deltagelse. I forhold til kroppens funktioner anbefales at inkorporere følgende: Energi og handlekraft (b 130), Følelsesfunktioner (b152), Overordnede kognitive funktioner (b164). Ingen af disse er med i den nuværende udgave af rehabiliteringsplanen.

4. Mål, tidsramme og borgers ønsker og behov

Følgende spørgsmål ønskes besvaret: Tager planen udgangspunkt i den tværfaglige status, der udarbejdes på de specialiserede sygehuse? Afspejler den borgers behov og individuelle mål? Fremgår mål med indsatsen (fællesmål og delmål) og tidsramme tydeligt? Er indsatser prioriterede, tidsafgrænsede, anført med ansvarlig person, samt opfølgingsdato? Hvornår efter første kontakt er indsatser igangsat?

De 15 borgere, der har fået udfyldt en rehabiliteringsplan, er alle meget forskellige og ramt

forskelligt af hjerneskader, hvilket afspejles i de ønsker og behov, der er beskrevet i rehabiliteringsplanerne.

Der synes generelt at være en god sammenhæng mellem borgers ønsker og behov, fællesmål og delmål. Se herunder et eksempel fra en konkret rehabiliteringsplan.

<u>Borgerens ønsker og behov</u>	<u>Fælles målsætning</u>	<u>Delmål</u>
x vil rigtig gerne blive bedre til at tale og forbedre sin hukommelse. x ønsker endvidere at tabe sig. Endeligt er det vigtigt at forholdet til arbejdspladsen bliver afklaret	Der er enighed om at arbejde med udgangspunkt i x' mål. Vigtigt at x har overskud til deltagelse i de forskellige indsatser og derfor skal disse tilrettelægges så x får mulighed for at hvile sig ind i mellem, gerne kun én aktivitet dagligt.	Logopæd: genoptræning af kommunikationsfærdigheder. Ergoterapeut: kognitive funktioner og mestring. Fysioterapeut: genoptræning, væggtab. Jobkonsulent: afklare under hvilke omstændigheder x kan vende tilbage til job

For at danne et overblik over, hvorvidt der er særlige kategorier (domæner i ICF terminologi), som synes væsentlige for borgerne, er alle ønsker og behov splittet op og analyseret i skemaet herunder, med brug af ICF klassifikationen som reference ramme³⁶. Der er i skemaet flere steder med nedtonet farve: I sætninger, hvor der nævnes flere forskellige aktiviteter, er sætningen taget med i fuld længde, men de aktiviteter, der ikke hører til ICF kategorien er nedtonet i farven.

³⁶ F.eks. sætningen "x vil rigtig gerne blive bedre til at tale og forbedre sin hukommelse", opsplittes i hhv. "bedre til at tale" og "forbedre sin hukommelse".

Linkning af udsagn fra neuro-rehabiliteringsplanerne vedrørende "borgers ønsker og behov" til ICF kapitler	
ICF kapitler ICF kategorier på 2. niveau hvor muligt	Udsagn fra rehabiliteringsplanen
Aktiviteter og deltagelse (d)	
Kapitel 1: Læring og anvendelse af viden Læse (d166) Skrive (d170)	"Vil gerne forbedre læse, skrive færdigheder" "bedre til at skrive"
Kapitel 4: Bevægelse og færden Bevæge sig omkring (d455) Bruge transportmidler (d470) Køre (d475)	"komme så meget som muligt tilbage til oprindelige liv, herunder blive bedre fysisk, mere sikker balance, at kunne cykle, svømme." "komme så meget som muligt tilbage til oprindelige liv, herunder blive bedre fysisk, mere sikker balance, at kunne cykle, svømme." "køre bil igen, da det giver frihed"
kapitel 6: Husførelse Lave husligt arbejde (d640) Lave mad (d.630) Skaffe sig bolig (d610)	" at genoptage huslige funktioner" "selv klare madlavning, rengøring, tøjvask" "selv klare madlavning, rengøring, tøjvask" "få orden i boligforhold" "ny bolig" "ønsker stuelejlighed" "vigtigste er at x har fået lejlighed "
Kapitel 7: Interpersonelt samspil og kontakt Skabe familiære relationer (d760)	"muligt at magte samvær med børn"
Kapitel 8: Vigtige livsområder Have lønnet beskæftigelse (d850) Have økonomisk selvforvaltning (d870)	"komme i arbejde igen" (d850) "At få et arbejde, fx fleksjob, men med mening ikke kun aktivering"(d850) "at forholdet til arbejdspladsen bliver afklaret" (d850) "behov for at få klarhed over sin situation ift. job" (d850) "få orden i økonomi" "Få økonomi på plads, herunder selvstændigt forsørgelsesgrundlag, så ikke afhængig af samlevers indtægt." "Bedre overblik over økonomi, hvor længe få sygedagpenge, hvad få bagefter" " afklaring af fremtidig forsørgelsesgrundlag.

	<p>Vigtigste er økonomi, har store udgifter til medicin" " At kunne agere i egen økonomi" "Ønske om overblik ift. økonomi" "behov for at få klarhed over sin situation ift. indtægtsforhold." "afklare mulighed for erstatning pga. kritisk sygdom" "afklaring på forsørgelse" " få afklaret sit fremtidige forsørgelsesniveau"</p>
<p>Kapitel 9: Samfundsliv, socialt liv og medborgerskab</p> <p>Deltage i fællesskaber (d910)</p> <p>Deltage i rekreative aktiviteter og fritidsaktiviteter (d920)</p>	<p>"komme på Bakkevej for det sociale" "Fortsætte med neuroundervisning og komme på hjernecentret – oplever frirum"</p> <p>"at komme lidt ud (gå ture, shoppe)" "give muligheder for fritidsinteresser"</p>
Omgivelsesfaktorer (e)	
(Ingen ønsker og behov ift. omgivelsesfaktorer)	
Kroppens funktioner (b)	
<p>Kapitel 1: Mentale funktioner</p> <p>Energi og handlekraft (b130)</p> <p>Hukommelse (b144)</p> <p>Følelsesfunktioner (152)</p> <p>Overordnede kognitive funktioner (b164)</p>	<p>"ønsker at arbejde med udtrætning, koncentration (b140) og hukommelse (b144)"</p> <p>" forbedre sin hukommelse"</p> <p>"ønsker at arbejde med udtrætning , koncentration og hukommelse"</p> <p>"mere psykologisk støtte"</p> <p>"struktureret hverdag"</p> <p>" hjælp til at styre hverdagen med alt hvad det indebærer"</p> <p>"fortsætte kognitiv genoptræning"</p> <p>"fortsætte kognitiv og fysisk genoptræning"</p>
<p>Kapitel 2: Sanser og smerte</p> <p>Vestibulære funktioner (b235)</p>	<p>"opnå så god fysisk balance som muligt "</p> <p>"komme så meget som muligt tilbage til oprindelige liv, herunder blive bedre fysisk, mere sikker balance, at kunne cykle, svømme."</p>

Kapitel 3: Stemme og tale	"bedre til at tale og skrive" "bedre til at tale " "Vil gerne blive bedre til at tale"
Kapitel 5: Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner Vægtregulering (b530)	"ønsker endvidere at tabe sig"

Nedenfor ses udsagn som ikke kan linkes (jf. linking rules) til en kategori i ICF. Disse udsagn er markeret som "not definable":

- "Klare sig hjemme"
- "Fungere selvstændigt i videst muligt omfang"" så selvhjulpen som muligt"
- "komme så meget som muligt tilbage til oprindelige liv"
- "at tilværelsen bliver tålelig"
- "blive bedre fysisk"
- "blive så rask som muligt"

Ud fra tabellen kan det ses, at borgernes ønsker og behov vedrører komponenterne "Aktivitet og Deltagelse" og "Kroppens funktioner", og der er således ingen ønsker og behov vedrørende "omgivelsesfaktorer".

Ved at bruge ICF klassifikationen som referenceramme, fremtræder det tydeligt, indenfor hvilke domæner, borger har ønsker og behov. Mange af borgeres ønsker og behov handler om deltagelse i hverdagslivet, både i forhold til samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, men også, og måske i særlig grad i forhold til arbejde og økonomi, det, der i ICF terminologi er kategoriseret som "Vigtige livsområder". Ift. kroppens funktioner er det særligt de mentale funktioner, borgere har ønsker i forhold til.

Af skemaet fremtræder det ligeledes tydeligt, at der er sætninger, der ikke umiddelbart er omsætteligt til anvendelse i praksis. Eksempelvis sætningen: "Fungere selvstændigt i videst muligt omfang", hvor man som læser mangler at vide, hvad præcist selvstændigheden henviser til.

Kommentarer

- I alle udfyldte rehabiliteringsplaner står borgers ønsker og behov anført, og der er en tydelig kobling fra disse til fællesmål og evt. delmål og til de indsatser, der beskrives i fokusområder. Der er ligeledes en tydelig rød tråd mellem evt. anbefalinger fra regionale indsatser, og de ønsker og behov, fællesmål og delmål, der står skrevet i rehabiliteringsplanen. Eksempelvis kan man se at status fra Hammel bruges aktivt i se

senere kommunale handlinger. Der er klare aftaler beskrevet til overgang fra region til kommune i statusnotater fra Hammel.

- Det er utydeligt, hvordan målene er sat. I enkelte rehabiliteringsplaner står der omkring mål, at der tages udgangspunkt i mål fra Hammel, og at borger fortsat mener, det er disse mål, der er de vigtige. Så kan man se, at der har været forholdt sig til det, men ikke hvordan og af hvem.
- Tidsrammen er generelt tydelig i rehabiliteringsplanen. Det er hverken muligt at danne sig et overblik over tidslinjen i forløbet, hvornår indsatser er igangsat efter første kontakt, eller hvad tidsperioden for en indsats er.

Konklusion

Overordnet set tager rehabiliteringsplanerne udgangspunkt i den tværfaglige status, der udarbejdes på de specialiserede sygehuse og afspejler borgers behov og individuelle mål. Mål med indsatsen fremgår tydeligt, og der er anført ansvarlig person. Rollefordelingen fremgår tydeligt. Det er tydeligt, hvem der er tovholder og kontaktperson, samt hvem der er del af det tværfaglige team. Det giver et godt overblik.

Tidsrammen fremgår ikke tydeligt. Indsatserne er ikke prioriterede. Selvom planen ikke følger en stringent ICF opbygning, synes den dog logisk opbygget, da man som læser rent intuitivt forstår opbygningen og undertemaerne. Enkelte medarbejdere giver i interviews udtryk for, at rehabiliteringsplanen er for omfattende.

Anbefalinger:

- Optimere viden om ICF hos medarbejdere, da det kan styrke det fælles sprog og den fælles forståelse i borgersager.
- Fortsat bevågenhed fra styregruppe omkring vigtigheden af ICF som referenceramme. A) beslutning om, hvorvidt der skal dokumenteres i fokusområderne, B) beslutning om, hvorvidt fokusområderne skal udvides til at omfatte: Energi og handlekraft (b 130), Følelsesfunktioner (b152), Overordnede kognitive funktioner.
- Mere fokus på angivelse af tidsramme og prioritet i rehabiliteringsplanerne.
- Auditresultaterne viser, at det kan give god mening at anvende rehabiliteringsplanen i komplekse forløb for borgere over 65 år.
- Vurdere, hvorvidt det giver mening at inkorporere oplysninger om borgerens uddannelses- og jobmæssige baggrund.

Se i øvrigt kapitel 3 for øvrige anbefalinger vedrørende rehabiliteringsplanen, på baggrund af data fra interviews med borgere, pårørende og medarbejdere.

