

Rehabilitering på specialiseret niveau

Del 1. Faktadokument

1. Baggrund

1. januar 2015 trådte "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivelse fra sygehus" og "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" i kraft. Bekendtgørelsen hører ind under Sundhedsloven. Med den nye bekendtgørelse blev en ny kategori af genoptræningsplaner indført: Genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Dette niveau er primært henvendt til borgere med erhvervet hjerneskade. Det er de regionale enheder (Skive, Holstebro og Lemvig) og den højt specialiserede enhed (Hammel), som kan henvise til dette niveau.

For at sikre en fælles forståelse af begrebet "rehabilitering på specialiseret niveau" indenfor Region Midtjylland, har kommunerne og regionen nedsat en arbejdsgruppe. Arbejdsgruppens opgave:

- Udarbejde et faktadokument, som beskriver, hvordan rehabilitering på specialiseret niveau defineres og iværksættes. Den eksisterende definition forklares og tydeliggøres
- Beskrive hvilke krav, der er til den funktionsevnevurdering, som ligger til grund for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau
- Beskrive hvilke kompetencer, fagpersonerne skal have for at varetage rehabilitering på specialiseret niveau
- Beskrive hvilke krav til kvalitet, tilbuddene skal have, for at de er på et specialiseret niveau
- Beskrive, hvad der forstås ved matrikelløse tilbud, og hvordan kvaliteten sikres i de matrikelløse tilbud

Arbejdsgruppens kommissorium fremgår af bilag 1. Medlemmer af arbejdsgruppen fremgår af bilag 2.

Arbejdsgruppen har beskæftiget sig med børn og unge samt voksne. I dokumentet dækker begrebet "borgere" over både børn, unge og voksne. Teksten er bygget op med flere indledende faktuelle afsnit, som er baseret på gældende lovgivninger og vejledninger (se referencer). De første afsnit leder frem mod afsnit 9, som omhandler udfordringer og anbefalinger på området for specialiseret rehabilitering. Det vil i teksten fremgå, hvis der særskilt er områder gældende børn og unge.

2. Historisk udvikling

Før kommunalreformen havde amterne forsyningsansvaret for at sikre midlertidigt ophold i boformer til borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse. De 4 tidligere amter i Region Midtjylland (Ringkøbing, Vejle, Viborg og Århus) drev forskellige midlertidige og varige botilbud, specialiseret revalidering samt special- og undervisningstilbud til målgruppen med erhvervet hjerneskade¹.

Med strukturreformen i 2007 blev der på flere områder ændret på opgavefordelingen. Genoptræningsplanerne blev indført, og genoptræning efter udskrivelse overgik til kommunalt myndighedsansvar. På det sociale område begyndte kommunerne selv i et vist omfang at etablere både midlertidige og varige tilbud efter Servicelovens §§ 107 og 108. Nogle

¹ "Behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser"- SST 1997

kommuner etablerede døggenoptræning, hvor borgere med erhvervet hjerneskade modtog genoptræning med efterfølgende indsatser fra andre kommunale forvaltningsområder.

Børn og unge med erhvervet hjerneskade modtog almen genoptræning sammen med indsatser fra andre kommunale forvaltningsområder.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har over de sidste år udgivet nationale fælles bekendtgørelser og vejledninger². Målet er at sikre, at volumen og specialiseringsgraden i de kommunale tilbud til rehabilitering på specialiseret niveau fastholdes. Samtidig har Socialstyrelsen oprettet National Koordination til monitorering af kvaliteten af deres tilbud³.

3. Målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau

Bekendtgørelsen og den faglige visitationsretningslinje definerer målgruppen med behov for rehabilitering på specialiseret niveau på følgende måde:

- Borgeren har komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.
- Funktionsevnenedsættelsen viser sig typisk ved følgende eksempler:
 - svære og omfattende mentale funktionsnedsættelser af væsentlig betydning for funktionsevnen
 - adfærdsproblemer og/eller betydelige problemer med orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for dem selv eller andre
 - svære funktionsnedsættelser af sproglige funktioner og tale og/eller ingen mulighed for kommunikation
 - svære udtrætningsproblematikker
 - svære funktionsnedsættelser af bevægefunktioner og andre kropsfunktioner
 - på baggrund af hjerneskaden har svære og komplekse problemstillinger i forhold til familiesituation, arbejdsmarkedet og/eller boligsituation
 - komplekse intellektuelle funktionsnedsættelser i forhold til tidligere funktion

Ovenstående eksempler på mulige funktionsevnenedsættelser skal ses ind i den komplekse sammenhæng, hvor borgeren typisk har flere funktionsevnenedsættelser på en gang. I dette dokument operationaliseres målgruppen som de borgere, som oftest er afhængig af støtte til at gennemføre basale hverdagsaktiviteter.

En genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau tilbydes de borgere, som lægefagligt vurderes til at have behov og potentiale for dette niveau af genoptræning efter sygehus⁴. Ifølge Sundhedsstyrelsens estimat vil der være ca. 100 nye borgere, som skal have rehabilitering på specialiseret niveau, om året i Region Midtjylland⁵. Indtil september 2016 blev genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau registreret manuelt, og data fra

² Sundhedsstyrelsen har udgivet: Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (2014), Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (2014), denne vejledning vedrører også Serviceloven, Visitationsretningslinje om genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade (2014) og Visitationsretningslinje om genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade (2014). Socialstyrelsen har udgivet: Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (2014), Specialiseringsniveauer på social- og specialundervisningsområdet (2014) og Forløbsbeskrivelsen rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade(2016).

³ National Koordination til monitorering af kvaliteten i tilbuddene omfatter både børn, unge og voksne.

⁴ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 1.5.2

⁵ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, s. 61

før den periode kan derfor være behæftet med fejl. I september 2017 vil det være muligt at trække data for antallet af genoptræningsplaner for et helt år.

4. Definitioner

4.1. Rehabilitering

Rehabilitering er målrettede og tidsbestemte forløb af koordinerede ydelser og tilbud på sundheds- social, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som har til formål, at borgeren erhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne, så borgeren kan leve så selvstændigt og meningsfuldt et hverdagsliv som muligt⁶ 7.

Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Indsatsen baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats⁸.

4.2. Rehabilitering på specialiseret niveau

Rehabilitering på specialiseret niveau tager afsæt i ovenstående generelle definition af rehabiliteringsbegrebet, men konkretiserer sig ved en særlig målgruppe og særlige krav til de faglige kompetencer, der skal være til stede for at løfte rehabiliteringsopgaven. Rehabilitering på specialiseret niveau retter sig i denne sammenhæng mod de borgere med erhvervet hjerneskade, som har en kompleksitet i problemstillingen eller en flerhed af problemstillinger, som kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden. Indsatsen skal være betydelig, intensiv og helhedsorienteret og rette sig mod alle relevante områder af funktionsevnen. Højt specialiserede indsatser og tilbud er kendetegnede ved, at de varetages af eller i samarbejde med andre specialiserede vidensmiljøer⁹.

Borgerne har behov for både genoptræningsindsatser (jf. sundhedsloven) og andre rehabiliteringsindsatser, ofte på socialområdet¹⁰, undervisningsområdet og beskæftigelsesområdet, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer. Genoptræning er dermed en del af den samlede rehabiliteringsindsats¹¹.

Rehabilitering på specialiseret niveau organiseres som teambaserede, tværfaglige, intensive, sammenhængende og helhedsorienterede forløb¹². Der stilles særlige krav¹³ til tilrettelæggelsen, hvor timing og faglig koordinering af den samlede specialiserede indsats er nødvendig¹⁴.

Indsatsen omhandler typisk:

⁶ Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, 2015, afsnit 2.2

⁷ Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, bilag 9.3. p.52

⁸ Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, 2015, afsnit 2.2:

⁹ Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, bilag 9.3. p.52

¹⁰ Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, 2015, afsnit 1.6, 2, 7

¹¹ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 1.6

¹² Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.1.3 og Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, afsnit 5.1.2. og bilag 9.3. p.53

¹³ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.0

¹⁴ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.1.3

- Håndtering af mentale funktionsnedsættelser, kommunikation og mobilitet
- Særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse, samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos det faglige personale
- Betydelige og specialiserede indsatser til afklaring og eventuelt træning i forhold til uddannelse, arbejde, boligsituation og andre livsområder
- Særlige familieorienterede indsatser i relation til børn og andre pårørende
- Evt. døgntilbud, så indsatsen kan støtte patienten på alle tider af døgnet

Der vil ofte kun være behov for rehabilitering på specialiseret niveau i en afgrænset periode, hvorefter rehabiliteringsforløbet kan varetages på avanceret niveau. Overgangen kan ofte ske gradvis. I den forbindelse kan det specialiserede tilbud bidrage med rådgivning og vejledning til de sundhedspersoner og andre fagpersoner, som skal overtage rehabiliteringsforløbet. Dette for at sikre sammenhængende forløb og den videre udvikling.

Særligt for børn og unge:

Barnet, den unge har behov for både genoptræningsindsatser (jf. sundhedsloven) og andre rehabiliteringsindsatser, ofte på socialområdet, dagtilbudsområdet, undervisningsområdet herunder specialundervisningsområdet, indsats fra Pædagogisk Psykologisk Rådgivning og i enkelte tilfælde beskæftigelsesområdet, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer. Genoptræning er dermed en del af den samlede rehabiliteringsindsats¹⁵.

I de tilfælde, hvor børnene skal modtage et matrikelbundet døgntilbud om specialiseret rehabilitering, skal der jf. serviceloven startes en anbringelsessag¹⁶. Dette betyder, at der f.eks. forud for anbringelsen skal laves en børnefaglig undersøgelse (Serviceloven §50). Alle børneydelse ophører omkring barnet i anbringelsesperioden. Efter rehabiliteringsindsatsen udenfor hjemmet genanbringes barnet/den unge i familien igen.

Rehabilitering på specialiseret niveau organiseres som teambaserede, tværfaglige, intensive, sammenhængende og helhedsorienterede forløb¹⁷. Der stilles særlige krav¹⁸ til tilrettelæggelsen, hvor timing og faglig koordinering af den samlede specialiserede indsats er nødvendig¹⁹. Forældrene, som er barnets/den unges støtte i hverdagen, inddrages i genoptræningen og rehabiliteringen. Derudover bør der være fokus på forældrenes og eventuelle søskendes krise og sorgarbejde. Familiens samlede behov for viden, støtte, rådgivning og kompenserende indsatser varetages samtidig med, at barnets behov for indsatser varetages²⁰.

Børnene/de unge har typisk behov for:

- Betydelig, intensiv og helhedsorienteret indsats, som retter sig mod alle relevante områder af funktionsevnen, og hvor tilstedeværelsen af samtidig interdisciplinær ekspertise er nødvendig

¹⁵ Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, 2015, afsnit 1 og 2

¹⁶ Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 7 om frivillig anbringelse udenfor hjemmet.

¹⁷ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.1

¹⁸ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.0

¹⁹ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.1

²⁰ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 3.2.5.

- Specialiserede indsatser i forhånd til håndtering af mentale funktionsnedsættelser, kommunikation og mobilitet
- Særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse, samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne
- Betydelige og specialiserede indsatser til afklaring og eventuel træning i forhold til dagtilbud, skole og uddannelse
- Særlige familieorienterede indsatser i relation til forældre og søskende
- Nogle børn og unge vil have behov for et døgntilbud, så indsatsen kan foregå i alle barnet/den unges vågne timer²¹.

5. Hospitalers og kommuners ansvar ved rehabilitering på specialiseret niveau

5.1. Fundamentet for det tværsektorielle samarbejde

Samarbejdet om borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau tager altid udgangspunkt i intentionen med den nye bekendtgørelse. Intentionen er, at kvaliteten i genoptræningsindsatsen og sammenhængen i den samlede, koordinerede rehabiliteringsindsats skal styrkes og, at der skal være sikkerhed for, at alle borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau får en effektiv og rettidig indsats uanset, hvor de er bosat.

Det er grundlæggende for det tværsektorielle samarbejde omkring borgere, som får en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, at:

- Der sikres sammenhæng og fleksibilitet gennem dialog
- Indsatsen tilrettelægges i en tæt dialog og samarbejde mellem borger, pårørende, hospital og kommuner.
- Indsatsen afpasses efter behovet
- Udskrivningen begynder ved indlæggelsen
- Hospitalet hurtigst muligt orienterer kommunen om, at der er sandsynlighed for, at borgeren udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, og det aftales mellem hospital og kommune, hvordan det konkrete samarbejde skal etableres
- Hospitalet afholder en udskrivningssamtale med kommunen, hvor blandt andet indholdet af genoptræningsplanen drøftes

5.2. Hospitalets ansvar

Hospitalet skal udarbejde en genoptræningsplan, når borgeren har behov for og har potentiale til rehabilitering på specialiseret niveau. Genoptræningsplanen beskriver en tidsafgrænset indsats.

Der er følgende krav til en genoptræningsplan, som henviser til rehabilitering på specialiseret niveau:

1. Alene hospitalsenheder med mindst regionsfunktion kan udstede en plan.
2. Planen udstedes med baggrund i at hospitalets tværfaglige team i fællesskab beslutter og argumenterer for at patienten har komplicerede problemstillinger og derfor behov

²¹ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7 og 7.1.

for den særlige indsats der kan ydes af et specialiseret tværfagligt team. I planen beskrives de specialiserede faglige indsatser, der ligger udover almindelige genoptræningsaktiviteter og som vurderes nødvendige for at patienten kan rehabiliteres til så højt niveau som muligt.

3. En genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau giver en nøje og nuanceret beskrivelse af patientens funktionsevne, således at det særligt fremgår, hvilke indsatser, der bør fokuseres på, og at funktionsevnebeskrivelsen nuanceret beskriver specifikke rehabiliteringsproblemstillinger. En detaljeret beskrivelse og sammenfatning af patientens samlede funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse. Patientens vanlige funktionsevne beskrives i det omfang, det er nødvendigt og relevant for patientens aktuelle problemstilling.
4. Relevante funktionsevnevurderinger og særlige undersøgelser, for eksempel neuropsykologiske undersøgelser og behandling, audiologopæders undersøgelser og behandlinger samt andre relevante faggruppers undersøgelser og behandling inkluderes.
5. Hvis der er et sundhedsfagligt begrundet behov angives en tidsfrist for rehabiliteringsindsatsens opstart efter udskrivning.

Ud over de krav, der er om oplysninger i genoptræningsplanen til rehabilitering på specialiseret niveau, fremgår det også af bekendtgørelsens vejledning, afsnit 5.4.3, at der eventuelt kan gives anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videre indsats. Hermed har lægen videre beføjelser i forhold til at beskrive konkrete indsatser i kommunalt regi, end det er tilfældet ved de andre typer af genoptræningsplaner.

5.3. Kommunens ansvar

Kommunen har myndighedsansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau. Som følge heraf, skal kommunen tilrettelægge genoptræningsindsatsen. Dette skal ske i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til borgerens samlede rehabilitering i henhold til sundhedsloven samt anden lovgivning. Det er derfor en forudsætning, at indsatsen koordineres på tværs af kommunens forvaltninger.

Indsatserne skal være individuelt tilrettelagt. Dette kan ske ved, at borgerne eksempelvis tilbydes et ophold på en specialiseret institution og/eller et matrikelløst tilbud, som sammensættes efter borgernes behov for rehabilitering.

Kommunen kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering af borgerens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov, herunder om borgeren har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Borgeren visiteres af kommunen til et eller eventuelt flere specialiserede rehabiliteringstilbud, som har de nødvendige kompetencer til at varetage borgerens samlede rehabiliteringsbehov på specialiseret niveau.

Det er den kommunale myndighed, som har ansvaret for koordineringen på tværs af forvaltninger og sektorer²². For at imødekomme behovet for koordinering kan rehabilitering på

²² Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, afsnit 3.3

specialiseret niveau i kommunalt regi hensigtsmæssigt tilrettelægges og koordineres af en hjerneskadekoordineringsfunktion²³.

- Hjerneskadekoordineringsfunktionen varetager opgaver både i forhold til den enkelte borger og i forhold til intern og ekstern koordinering for den samlede målgruppe. Det er i den forbindelse væsentligt, at der i hjerneskadekoordineringsfunktionen er medarbejdere fra relevante forvaltninger med viden og kompetencer i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade. Derudover bør det sikres, at de nødvendige kompetencer i forhold til tværfagligt samarbejde omkring borgere med hjerneskade og involvering af pårørende er til stede. Det kan endvidere være hensigtsmæssigt, at hjerneskadekoordinationsfunktionen samarbejder på tværs af kommuner, ligesom det særligt for mindre kommuner kan være relevant, i samarbejde med andre kommuner at etablere en fælles hjerneskadekoordineringsfunktion²⁴.
- Hjerneskadekoordineringsfunktionen kan hensigtsmæssigt udpege en tovholder eller kontaktperson i forhold til den enkelte borger med hjerneskade²⁵.

Særligt for børn og unge:

Der bør være særlig opmærksomhed på overgange i barnets liv, som overgang fra daginstitution til skole og fritidsordning, overgang fra skoleafslutning til ungdomsuddannelse, ligesom der er særlige udfordringer med overgangen fra ung til voksen, når den unge fylder 18 år. Derudover er der administrative overgange i lovgivning og administrative afdelinger²⁶.

For børn og unge gælder desuden det særlige, at der minimum hver tredje måned bør foretages en tværfaglig vurdering af forløbet, herunder om barnet/den unge profiterer af genoptrænings- rehabiliteringsindsatsen i forventelig omgang. Hvis ikke dette er tilfældet, foretages fornyet udredning og revurdering af barnet/den unges genoptrænings- og rehabiliteringsbehov samt rehabiliteringspotentiale med henblik på re-visitation. I den forbindelse inddrages tværfaglige fagpersoner i kommunalt regi. Hospitalet tilbyder i den forbindelse en ambulant vurdering, hvis hospitalet og kommunen er enige om behovet herfor²⁷.

Det gælder særligt for genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade, at:

- Genoptræning og rehabilitering som hovedregel foregår i samarbejde med det specialiserede niveau på grund af det lille volumen
- Koordinering af rehabiliteringsindsatsen sker i samarbejde med PPR psykologer og UU-vejledere, mens skole/daginstitution inddrages tidligt i forløbet. Barnet/den unge er omfattet af undervisningspligten. Genoptræningen skal derfor tilrettelægges i sammenhæng med et undervisningstilbud
- De mest centrale pædagoger/lærere og støttelærere har kompetencer i forhold til børn med erhvervet hjerneskade og/eller har mulighed for sparring
- De involverede fagpersoner har adgang til rådgivning og vejledning fra specialiseret niveau, herunder samarbejde med psykologer og så vidt muligt børneneuropsykologer

²³ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.1.3

²⁴ Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, afsnit 4.3.2

²⁵ Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, afsnit 4.3.2

²⁶ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 3.2.5.

²⁷ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 3.2.5 og 3.2.6.

- Der sikres et tæt samspil omkring barnet igennem hele dagen, herunder i relation til fritidstilbuddet
- Indsatsen foregår i et koordineret, tværfagligt samarbejde mellem lærere, pædagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, audiologopæder m.fl. og med inddragelse af forældrene

Barnets familie har ofte behov for relevant støtte af varierende karakter, dels i forhold til bearbejdning af sorg og krisereaktioner i forbindelse med barnets hjerneskade, dels i forhold til løbende indsatser med henblik på at sikre barnets og familiens trivsel.

Kommunen kan hensigtsmæssigt etablere et samarbejde med det specialiserede niveau, herunder både hospitalerne og de specialiserede rehabiliteringstilbud. Samarbejdet kan være omkring generel kompetenceudvikling, herunder supervision. Derudover kan samarbejdet omfatte rådgivning i konkrete patientforløb i forhold til problemstillinger i relation til f.eks. mentale funktionsnedsættelser, sprogfunktioner, kommunikation, uddannelse, adfærd, personlighedsmæssige ændringer samt medicinske problemstillinger m.v.²⁸

6. Krav til kompetencer hos leverandører af tilbud til rehabilitering på specialiseret niveau

Borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau skal til en hver tid mødes med relevante specialiserede faglige kompetencer. Der er typisk behov for en eller flere af følgende indsatser:

1) Håndtering af mentale funktionsnedsættelser

- Hvis borgeren har behov for indsatser i forhold til mentale funktioner, herunder hukommelse og opmærksomhed, overordnede kognitive funktioner, følelsesfunktioner, adfærd, perception m.fl., skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have tilknyttet neuropsykologer og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer ift. disse områder

2) Kommunikation og kommunikationsudstyr

- Hvis borgeren har behov for indsatser i forhold til sprogfunktioner, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have tilknyttet audiologopæder med specialiserede kompetencer ift. dette område, ligesom der skal være adgang til at anvende udstyr i form af særlige kommunikationshjælpemidler samt ansat fagpersoner med særlige kompetencer i forhold til at anvende kommunikationshjælpemidlerne

3) Hjælpemidler og udstyr

- Der er krav om, at der kan anvendes hjælpemidler og udstyr²⁹, som er særligt kostbart og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede og specialfremstillede hjælpemidler³⁰.

4) Mobilitet

- Hvis borgeren har behov for indsatser i forhold til bevægelsesfunktioner og andre kropsfunktioner, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat fysioterapeuter,

²⁸ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 5.3.2

²⁹ Udstyr er ikke nærmere defineret og kan derfor ikke efterspørges.

³⁰ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.1.2 og Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, afsnit 3.2

ergoterapeuter og eventuelt sygeplejersker/sundhedsplejersker med specialiserede kompetencer

5) Dagtilbud, skole, uddannelse, arbejde, boligsituation og andre livsområder

- Hvis borgeren har behov for indsatser ift. omsorg for sig selv, daglig livsførelse, mobilitet, beskæftigelse og uddannelse, skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have ansat ergoterapeuter, pædagogisk personale, neuropsykologer, børnepsykologer og socialrådgivere samt andre relevante faggrupper med specialiserede kompetencer

6) Svære somatiske eller psykiatriske følger

- Hvis borgeren har svære somatiske eller psykiatriske følger af hjerneskaden eller betydelig ko-morbiditet, kan der være behov for, at der på det specialiserede rehabiliteringstilbud er adgang til lægelig behandling og sygepleje på specialiseret niveau. I andre tilfælde vil dette kunne varetages i et samarbejde med hospitalet og/eller borgerens praktiserende læge³¹

7) Forældre og øvrig familie

- Betydelige og specialiserede indsatser til afklaring og eventuelt træning i forhold til særlige familieorienterede indsatser i relation til pårørende (partner, forældre, børn, søskende og andre pårørende)

8) Døgntilbud

- Nogle voksne vil have behov for et døgntilbud, så indsatsen kan foregå i alle borgerens vågne timer³²

9) Dag- og Døgntilbud

- Nogle børn og unge vil have behov dag- eller døgntilbud, så indsatsen kan foregå i alle barnets/den unges vågne timer³³

Kompetencerne hos sundhedspersoner (eksempelvis ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker, læger, neurologer, bandagister, diætister) og andre fagpersoner (eksempelvis talepædagoger, pædagoger, speciallærere, socialrådgivere og neuropsykologer³⁴), som leverer de højt specialiserede indsatser, opnås ved, at de:

1. Beskæftiger sig primært med hjerneskadeområdet og målgruppen af borgere med en kompleks erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau. De ser og behandler tilstrækkeligt mange³⁵ borgere med komplekse problemstillinger og opnår derigennem viden om målgruppens behov.
2. Har – foruden deres grunduddannelse – opnået specialiseret neurofaglig ekspertise og har gennemgået relevant efteruddannelse/videreuddannelse³⁶
3. Kan foretage udredninger samt en konkret individuel vurdering af borgerens behov
4. Har kompetencer til og erfaring med at arbejde i tværfaglige teams. Arbejder ud fra fælles forståelsesramme og terminologi

³¹ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.3

³² Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.1

³³ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.1

³⁴ Psykologer, der har erhvervet Psykologforeningens godkendelse som specialist i neuropsykologi.

³⁵ Det er ikke defineret fra national side, hvad "tilstrækkelig mange" dækker over.

³⁶ Det er ikke defineret fra national side, hvad "relevant efteruddannelse/videreuddannelse" dækker over.

5. Modtager fast og hyppig supervision³⁷
6. Rådgiver og superviserer fagpersoner og tilbud på lavere specialiseringsniveauer og på tværs af sektorer
7. Følger forskningsbaseret viden og nationale retningslinjer i det omfang de findes, både hvad angår udredningen af borgeren og selve indsatsen
8. Anvender validerede undersøgelsesmetoder i det omfang, det er muligt³⁸

For de sundhedsfaglige indsatser i specialiserede rehabiliteringsilbud gælder, at der er forskningsforpligtigelse, selvom der kan være tale om et tilbud, der er forankret i socialområdet. Det vil sige, at de sundhedsfaglige personer skal holde sig opdateret på evidensen på hjerneskadeområdet, samle evidens og sprede den, medvirke til at levere data og samt eventuelt iværksætte forskning på hjerneskadeområdet. Der er formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning³⁹.

7. Krav til kvaliteten

Formålet med at fastsætte sundhedsfaglige kvalitetskrav for specialiserede rehabiliteringstilbud er at sikre, at borgere med et sundhedsfagligt behov for rehabilitering på specialiseret niveau får et relevant rehabiliteringstilbud af høj kvalitet.

Kvalitet i rehabilitering på specialiseret niveau er tæt sammenhængende med beskrivelserne i afsnittene om kompetencer og funktionsevnebeskrivelsen, idet kvaliteten skal underbygge og tage afsæt i den individuelle vurderede funktionsevne gældende for den enkelte borger.

Specialiserede rehabiliteringstilbud er ofte forankret i socialområdet, men varetager indsatser i samspil og på tværs af sundheds-, undervisnings-/dagtilbuds-, beskæftigelses- og socialområdet.

7.1. Kvalitet i overgangene

Overgangen mellem hospital og kommune er central for, at kommunen kan sammensætte et forløb, som svarer til den funktionsevneudsættelse, der er beskrevet i genoptræningsplanen og borgerens samlede rehabiliteringsbehov. Kvaliteten sikres ved, at udskrivelsen planlægges ved indlæggelsen og, at genoptræningsplanen er korrekt udfyldt jf. afsnit 5.3.

Når borgeren afsluttes fra rehabilitering på specialiseret niveau, udarbejdes en status over patientens sundhedsfaglige rehabiliteringsforløb og aktuelle funktionsevne⁴⁰.

7.2. Kvalitet i koordineringen og organiseringen af indsatsen

De sundhedsfaglige indsatser kan indgå i forskellig grad i det enkelte rehabiliteringsforløb, herunder i samspil med kommunens almindelige sundhedsfaglige indsatser og det avancerede niveau som et led i et integreret rehabiliteringsforløb, også når borgeren ikke er i døgntilbud.

Rehabilitering på specialiseret niveau er organiseret som et koordineret sammenhængende, teambaseret, tværfagligt, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig

³⁷ Det er ikke defineret fra national side, om supervision er i forhold til samarbejdsrelationer, personlige kompetencer eller indsatser i forhold til borgerne.

³⁸ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.1.1

³⁹ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.2.6

⁴⁰ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.4.

koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig⁴¹. Effekten af den samlede indsats hænger sammen med organiseringen af indsatsen. Der er dokumentation for, at organiseringen af rehabiliteringsindsatsen har positiv betydning for den fremtidige funktionsevne⁴².

7.3. Kvalitet i kompetencerne hos medarbejderne

Faggruppesammensætningen og medarbejdernes kvalifikationer er som beskrevet under afsnittet om kompetencer. Faggruppesammensætningen skal matche borgerens individuelle funktionsnedsættelse og behov for rehabilitering jf. den individuelle genoptræningsplan⁴³.

7.4. Kvalitet i specialisering af tilbuddet

De sundhedsfaglige kvalitetskrav skal fungere som støtte til kommunerne i forhold til valg af specialiseret rehabiliteringstilbud, når kommunen skal visitere borgere med genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

Rehabiliteringstilbud på specialiseret niveau skal have tilstrækkelig kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne alle dage året rundt. For sundhedsområdet gælder, at der skal være ansat minimum 2-3 indenfor hver faggruppe, så det sikres, at de relevante kompetencer er til stede, også under sygdom og ferier i personalegruppen⁴⁴. Retningsgivende for det sociale område er, at der er mindst 3 fagpersoner, der har relevant praktisk og teoretisk viden og kompetencer i forhold til målgruppen med henblik på at de højt specialiserede tilbud har tilstrækkelig robusthed til at opretholde et højt fagligt miljø⁴⁵. Der henvises til afsnit om volumen i afsnit 3.

Ved behov skal det specialiserede rehabiliteringstilbud have adgang til lægelig behandling og sygepleje på specialiseret niveau. Her kan der være tale om samarbejde med hospital således, at lægen fungerer som konsulent.

7.5. Monitorering

Højt specialiserede indsatser og tilbud har en systematisk dokumentation af indsatsernes effekt på borgerniveau⁴⁶. Højt specialiserede indsatser og tilbud følger forskningsbaseret viden og nationale retningslinjer i det omfang, de findes, både hvad angår udredningen af borgeren og selve indsatsen. Desuden anvendes validerede undersøgelsesmetoder i det omfang, det er muligt. Endvidere skal højt specialiserede tilbud samarbejde med lokale, regionale og nationale vidensmiljøer samt VISO⁴⁷ og have et tæt samarbejde med sygehussektoren.

De nationale vejledninger beskriver ikke krav til monitorering og dokumentation i fase I, II, III og IV. Hospitalerne er akkrediteret i forhold til den specialiserede indsats i fase I og II. I fase III og IV findes der ikke en national monitorering af tilbuddenes kvalitet.

⁴¹ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.1.3

⁴² Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, afsnit 3.1.3

⁴³ Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, afsnit 3.3

⁴⁴ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.2.2

⁴⁵ Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, afsnit 3.1

⁴⁶ Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, afsnit 3 og Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.1.4

⁴⁷ Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, afsnit 3.2

De specialiserede indsatser monitoreres efter overordnet strategiske mål via Socialstyrelsens Nationale koordination. Strategien skal på overordnet plan sikre, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud og ved vejlednings- og forløbsbeskrivelser og dialog. De specialiserede institutioner modtager socialtilsyn efter kvalitetsmodel med indikatorer gældende for både almen- og specialiserede tilbud⁴⁸.

På de regionale hospitaler kan der trækkes data for antallet af udarbejdede genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.

8. Matrikelløse tilbud

Rehabilitering på specialiseret niveau kan leveres som en matrikelløs indsats. Organiseringen er forskellig, men det er de samme forudsætninger (herunder krav om kompetencer, kvalitet og samarbejde), som stilles til både de matrikelløse og matrikelbundne indsatser.

Det tilstræbes, at der findes ét rehabiliteringstilbud, som kan varetage borgerens samlede rehabiliteringsbehov på specialiseret niveau. I nogle tilfælde vil der dog være behov for, at flere rehabiliteringstilbud på specialiseret niveau arbejder sammen, for at borgeren kan opnå bedst mulig funktionsevne på alle områder⁴⁹. Dette sætter større krav til koordination samt øger koordinationskompleksiteten.

Nogle borgere vil have behov for et døgntilbud således, at indsatsen kan foregå i alle borgerens vågne timer⁵⁰. Dette kan enten foregå som et ophold eller med afsæt i borgerens eget hjem⁵¹, eller som kombination i forløbstransitioner.

Et matrikelløst tilbud sammensættes af et fagligt kompetent team, der etableres uafhængigt af, om borgeren opholder sig i eget hjem eller på et tilbud, som ikke er specialiseret⁵².

Det, der karakteriserer matrikelløse indsatser, er, at⁵³

- De leveres af et tværfagligt kompetent team nedsat ad hoc med udgangspunkt i den enkelte borgers behov
- Den overordnede koordination varetages af kommunens myndighedsfunktion
- De har tilknytning til flere højt specialiserede tilbud. Det vil sige, at borgeren modtager indsatser fra forskellige specialiserede tilbud, som samarbejder og tager ansvar for at koordinere indsatserne
- De højt specialiserede matrikelløse tilbud skal koordinere indsatsen mht. indholdet i de respektive faggruppers indsats. Indsatserne skal have et fælles udgangspunkt i den samlede vurdering af borgerens funktionsevne
- Der skal være fokus på rækkefølgen i indsatserne således, at de supplerer hinanden optimalt, for at borgeren oplever et sammenhængende forløb
- Indsatsen skal bygge på et neuropsykologisk og neuropædagogisk fundament

⁴⁸ Kvalitetsmodel for socialt tilsyn – temaer, kriterier og indikatorer for tilbud:

<https://socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/socialtilsyn/kvalitetsmodel-tilbud-18122013-2.pdf>

Lov for den nationale koordinationsstruktur: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=163866>

⁴⁹ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.3.

⁵⁰ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.1.

⁵¹ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 5.5.1.

⁵² Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 8.1

⁵³ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 6.1.2.

Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene, hvilket hensigtsmæssigt kan være det tilbud, som varetager borgerens primære genoptræning⁵⁴.

Der vil ofte kun være behov for rehabilitering på specialiseret niveau i en afgrænset periode, hvorefter rehabiliteringsforløbet kan varetages på avanceret eller eventuelt basalt niveau. Overgangen kan ofte ske gradvis⁵⁵.

Særligt for børn og unge:

Hensynet til nærhed bør inddrages i planlægningen, da rehabiliteringsforløb ofte er langvarige. Særligt for barnet/den unge gælder, at nærhed til familie og andre pårørende har afgørende betydning for trivslen, hvorfor der særligt skal tages højde for nærhedsprincippet i rehabiliteringen af børn og unge.

Valg af rehabiliteringstilbud ved specialiseret rehabilitering afhænger af barnet/den unges funktionsevnededsættelse og behov for rehabilitering. Derudover er der behov for, at rehabiliteringstilbuddet, så vidt det er muligt, er placeret i nærhed af barnets/den unges bopæl, så familien kan holdes samlet, og så barnet/den unge kan opretholde størst mulig kontakt med nærmiljøet. Børn og unge er således afhængige af at kunne spejle sig i jævnaldrende unge, så de kan følge normaludviklingen og bevare motivationen under rehabiliteringsforløbet. I organiseringen af indsatser bør der derfor tænkes på, i hvilket omfang indsatsen kan varetages i form af udgående funktioner, så barnets tilknytning til hjemmet og lokalmiljøet kan opretholdes⁵⁶.

⁵⁴ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.4.

⁵⁵ Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.4.

⁵⁶ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 7.3.

Del 2: anbefalinger

9. Anbefalinger

Arbejdsgruppen vil gerne fremhæve nogle udfordringer, som specialiseringsniveauet rehabilitering på specialiseret niveau medfører for tilrettelæggelsen og udførelsen af rehabiliteringsindsatsen. Arbejdsgruppen har på baggrund af udfordringerne følgende anbefalinger, som Hjerneskadesamrådet for voksenområdet og Hjerneskadesamrådet for børne-ungeområdet kan arbejde videre med.

9.1. Anbefaling vedr. krav til kvalitet i tilbuddene:

Arbejdsgruppen anbefaler, at kommunerne arbejder sammen om at undersøge, hvordan alle kommuner kan levere en indsats til rehabilitering på specialiseret niveau, som lever op til kravene i Vejledningen om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

Kommunerne er forskellige hvad angår antal indbyggere og dermed muligheden for at opbygge erfaring. Antallet af borgere i Region Midtjylland med behov for rehabilitering på specialiseret niveau skønnes at være omkring 100 personer om året. Kommunerne i Region Midtjylland kan udpege institutioner i regionen, som skal kunne varetage rehabilitering på specialiseret niveau. De udvalgte institutioner skal arbejde ud fra krav om kvalitet og kompetencer, som beskrevet, og må nødvendigvis have en økonomisk ramme for det.

9.2. Anbefaling vedr. forskning, dokumentation og udvikling:

Arbejdsgruppen anbefaler, at udvalgte tilbud til rehabilitering på specialiseret niveau tilknyttes videns- og forskningsinstitutioner i Region Midtjylland.

Arbejdsgruppen anbefaler, at regionen udarbejder en oversigt over, hvem der er de relevante aktører.

Der er krav om, at fagpersonerne på de tilbud, som tilbyder rehabilitering på specialiseret niveau deltager i forskning, dokumentation og udvikling.

9.3. Anbefaling vedr. monitorering af tilbud:

Arbejdsgruppen anbefaler, at Hjerneskadesamrådene opfordrer til, at National Koordinering under Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen sikrer kvaliteten i tilbuddene via systematisk monitorering. Der bør udføres monitorering af effekten for borgeren. Det nationale arbejde med effektmål bør afventes.

Vejledningen beskriver krav til kvaliteten i indsatser indenfor rehabilitering på specialiseret niveau. Det beskrives imidlertid ikke, hvordan kravene implementeres og monitoreres. Der sker ikke en systematisk monitorering af den faglige og organisatoriske kvalitet i de tilbud, som udbyder rehabilitering på specialiseret niveau. Kvaliteten i indsatsen kan variere meget fra borger til borger.

9.4. Anbefaling vedr. monitorering af genoptræningsplaner:

Arbejdsgruppen anbefaler, at hospitalerne systematisk monitorerer på genoptræningsplanerne ved årligt at lave udtræk på antal G-GOP til de forskellige niveauer således, at der opnås et overblik over udviklingen af G-GOP. Det anbefales at se på eventuelle klager over valg af genoptræningsniveau.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der udføres audit på genoptræningsplanerne og på effekten af indsatsen for borgeren på både børne-unge- og voksenområdet.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere at sikre øget opmærksomhed på monitorering/indikatorer af forløbet, samt støtte fremtidig forskning på området.

Der sker i dag ikke en systematisk opfølgning på, om det er de rette borgere, som får en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

9.5. Anbefaling vedr. målgruppen:

Arbejdsgruppen anbefaler, at operationaliseringen af målgruppen afklares yderligere af Hjerneskadesamrådene med støtte fra repræsentanter fra arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppen har haft vanskeligheder med at operationalisere målgruppen. Udover den beskrevne definition for målgruppen, som ses under punkt 3, har arbejdsgruppen arbejdet med en afgrænsning af borgernes funktionsevnedesættelse. Arbejdsgruppen har derfor arbejdet med en at definere målgruppen, som de borgere, der som oftest er afhængig af støtte til at gennemføre basale daglige aktiviteter. Mens ovenstående beskriver hovedparten af forløbene, vil der skulle tages højde for forløb, som ikke følger denne regel.

9.6. Anbefaling vedr. information fra hospitalet til kommunen om borgerens behov:

Arbejdsgruppen anbefaler, at parterne følger de retningslinjer for udskrivning, der er beskrevet i Sundhedsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade og Sundhedsaftalen for børn og unge med erhvervet hjerneskade.

For at kommunen har mulighed for at tilrettelægge det forløb, en borger med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau skal have, er det vigtigt, at hospitalet informerer kommunen i god tid om de behov, borgeren får ved udskrivelsen.

9.7. Anbefaling vedr. ikke beskyttede titler:

Arbejdsgruppen anbefaler, at kommunerne er opmærksomme på, at neuropædagog og neuropsykolog ikke er beskyttede titler, når de ansætter personale og benytter sig af tilbud.

Neuropædagog og neuropsykolog er ikke beskyttede titler, og de er ikke nationalt autorisationsgodkendte faglige titler. Titlerne anvendes konsekvent i de nationale dokumenter og i de faglige forståelser. Udfordringen er, at der ikke nødvendigvis følger de rette

neurofaglige kompetencer med, når benævnelserne anvendes. Monitorering af den rette faglige tilstedeværelse med opfølgning på ubeskyttede titler, kan via tilsyn sikre kvaliteten i tilbud i borgerens rehabilitering.

Anbefalinger vedr. børn og unge:

9.8. Anbefaling vedr. tværkommunalt samarbejde om rehabilitering på specialiseret niveau:

Arbejdsgruppen anbefaler, at rehabilitering på specialiseret niveau udføres i samarbejde på tværs af kommunerne og forankres i relevante tilbud, som har den nødvendige kapacitet, kompetencer og udstyr til at løse opgaven, for derved at arbejde strategisk med udvikling af det faglige kompetenceniveau for målgruppen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der trækkes data for antallet af børn og unge, som udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau for 2015 og 2016.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at det tydeligt udmeldes hvilke afdelinger, der kan udarbejde genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, og hvor målgruppen behandles i regionalt regi.

Der er relativ få børn og unge, som har behov for rehabilitering på specialiseret niveau. Der findes ikke regionale eller kommunale specialinstitutioner i fase III og IV, som har børn og unge med erhvervet hjerneskade som primær målgruppe. Volumen af børn og unge med erhvervet hjerneskade gør, at der ikke kan etableres fagligt robuste/specialiserede miljøer på de specialiserede tilbud, kommunerne benytter.

Dertil er det en forholdsvis lille volumen af denne målgruppe, som tilbydes et forløb uden for familierammerne. Dette er en udfordring, fordi det ikke er muligt at opfylde kompetencekravene svarende til beskrivelser i de nationale retningslinjer og forløbsbeskrivelser.

9.9. Anbefaling vedr. læringsplan:

Arbejdsgruppen anbefaler, at der lægges en læringsplan for det enkelte barn/unge med kompleks erhvervet hjerneskade, som tager afsæt i barnets/den unges læringsform og mulighed, som er beskrevet i den neurofaglige udredning. Der skal sikres sammenhæng mellem læringsplanen i skolen/dagtilbuddet og den kommunale rehabiliteringsplan. Det bør præciseres, hvad en kommunal rehabiliteringsplan indeholder.

Den samme praksis er gældende, når den unge forlader folkeskolen således, at den unges mulighed for at gennemføre ungdomsuddannelse understøttes af de neurofaglige læringsbeskrivelser⁵⁷.

Målrettet specifik neurofaglig indsats: I Hjerneskadeforeningens Børnetask-force arbejder man på, at børn med hjerneskade har krav på neuropsykologisk undersøgelse med henblik på, at indsatsen - især i skolen - bliver målrettet og specifik fremfor generel. Der henvises i

⁵⁷ Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, afsnit 5.3.3

vejledninger til, at ergo- og fysioterapeuter skal følge op på rehabiliteringsindsatsen, men der vil være tale om mange andre typer opfølgning, eksempelvis kommunikativt, kognitivt og socialt.

Jf. Folkeskoleloven har de enkelte skoleledere ansvaret for indsatsen omkring barnet. Relevant lovgivning i forhold til undervisning ved rehabilitering på specialiseret niveau fremgår af bilag 3.

9.10. Anbefaling vedr. hjerneskadeteam:

Arbejdsgruppen anbefaler, at alle kommuner etablerer sagskoordinerende hjerneskadeteam, som systematisk og fortløbende koordinerer forløbet gennem alle barnets barne- og ungdomsår, samt, at der i overgangen fra barn til voksen sker en systematisk overlevering til hjerneskadeteam for voksne. Der bør ske den anbefalede opfølgning hvert ½ år.

Der skal være særlig opmærksomhed i overgangssituationer i barnets liv: Overgang fra daginstitution til skole og fritidsordning, overgangen fra skoleafslutning til ungdomsuddannelse, ligesom der er særlige udfordringer med overgangen fra ung til voksen, når den unge fylder 18 år. Selv tilsyneladende små overgange som overgangen fra indskoling til mellemtrin kan være svær for et barn med en erhvervet hjerneskade. Parallelt hermed vil der være administrativt betydningsfulde overgange imellem de forskellige afdelinger og forvaltninger i kommunen.

9.11. Anbefaling vedr. anbringelse af et barn:

Arbejdsgruppen anbefaler, at et barns rehabiliteringsbehov og mulighed for rehabilitering understøttes således, at kommunerne ikke behøver at udarbejde en anbringelsessag for at sikre barnet en passende specialiseret rehabilitering uden for hjemmet efter, at det har erhvervet sig en svær hjerneskade.

Arbejdsgruppen anbefaler, at Hjerneskadesamrådet for børne-ungeområdet drøfter, om problematikken bør rejses i KL.

På området for børn og unge er der ikke en paragraf til at bevilge et ophold på en specialiseret døgninstitution uden, at der laves en anbringelsessag jf. Serviceloven, § 52.3.7. En anbringelsessag kræver, at der forud laves en børnefaglig undersøgelse efter Serviceloven § 50, hvilket er en omfattende og tidskrævende opgave. Ved rehabiliteringsopholdets afslutning foretages en genanbringelsessag, hvor barnet igen anbringes hos familien.

En anbringelsessag medfører ud over de psykologiske konsekvenser, at familien mister alle offentlige ydelser, herunder ydelser, som eksempelvis kan begrænse familiens samvær med barnet - tabt arbejdsfortjeneste, kørselsgodtgørelse mv. Dette skal sammenholdes med, at det fagligt anbefales, at familien indgår i barnets rehabiliteringsforløb. Udviklingspsykologisk vurderes det ofte, at barnets mentale udvikling bedst støttes inden for familiens rammer. Praksis er, at der ofte anvendes matrikelløse tilbud til barnet/den unge i et ad hoc individuelt sammensat forløb.

Anbefalinger på nationalt plan:

9.12. Anbefaling vedr. supervision:

Arbejdsgruppen anbefaler, at supervision defineres nærmere på nationalt plan.

De nationale vejledninger anbefaler, at der anvendes supervision i indsatser med rehabilitering på specialiseret niveau. Det er ikke klart om supervisionen rettes mod psykologiske perspektiver, personalearbejds miljøet, det faglige samarbejde eller er rettet mod borgerens hjerneskademæssige udfordringer.

9.13. Anbefaling vedr. manglende fælles begrebsafklaring mellem styrelserne:

Arbejdsgruppen anbefaler, at begreberne fremover ensrettes mellem de sociale og sundhedsfaglige styrelser.

Hjerneskadekoordinering starter med retningsgivende nationale retningslinjer. Styrelserne udarbejder nationale dokumenter, som omfatter en og samme borgers forløb og omhandler samme indsats på tværs af sektorerne. Udfordringen er, at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen ikke har fælles begrebsafklaring. Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen bruger eksempelvis forskellige begreber: "Specialiseret", "højt specialiseret" og "mest specialiseret". Det er en udfordring for brugerne / læserne af diverse vejledninger og retningslinjer at konkretisere, om det dækker de samme kvaliteter, når de benyttes forskelligt. Derudover anvender de to styrelser forskellig faseinddeling. Sundhedsstyrelsen opdeler forløbene i 4 faser, mens Socialstyrelsen opdeler forløbene i 5 faser. Når medarbejderne taler om faser, skal de præcisere, om de henviser til Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens inddeling.

Del 3: Cases

10. Cases

Rehabilitering på specialiseret niveau eksemplificeres ved to cases – en for voksenområdet og en for børne-ungeområdet.

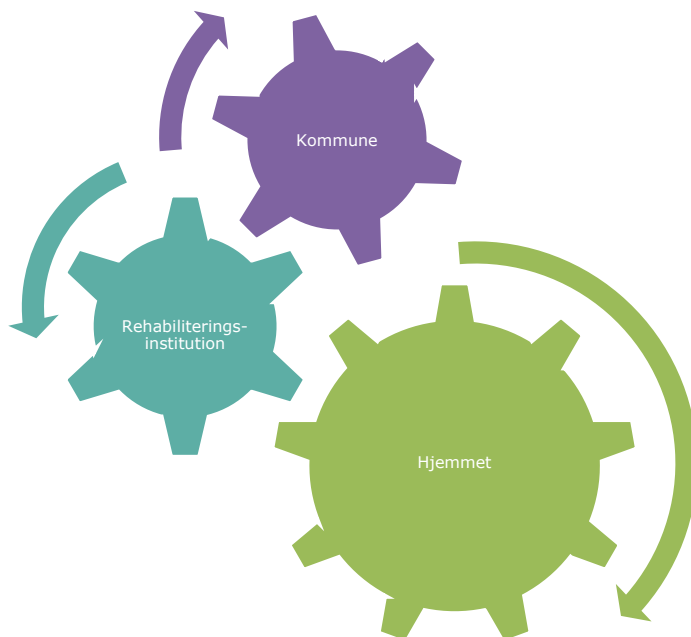
10.1. Voksen, genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau

46 årig kvinde udskrives med genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Efter ca. ½ år forventes kvinden at kunne overgå til almen genoptræning. Casen er beskrevet yderligere i bilag 4.

Hovedpunkter i forløbet:

- Alvorlig hjerneskade med kompliceret forløb gennem akut og rehabiliteringssygehus
- Udskrives til rehabilitering på specialiseret niveau på døgninstitution
- Brug for neurofaglig støtte døgnet rundt
- Fremtidig afklaring af boform
- Fremtidig afklaring af arbejdssituation

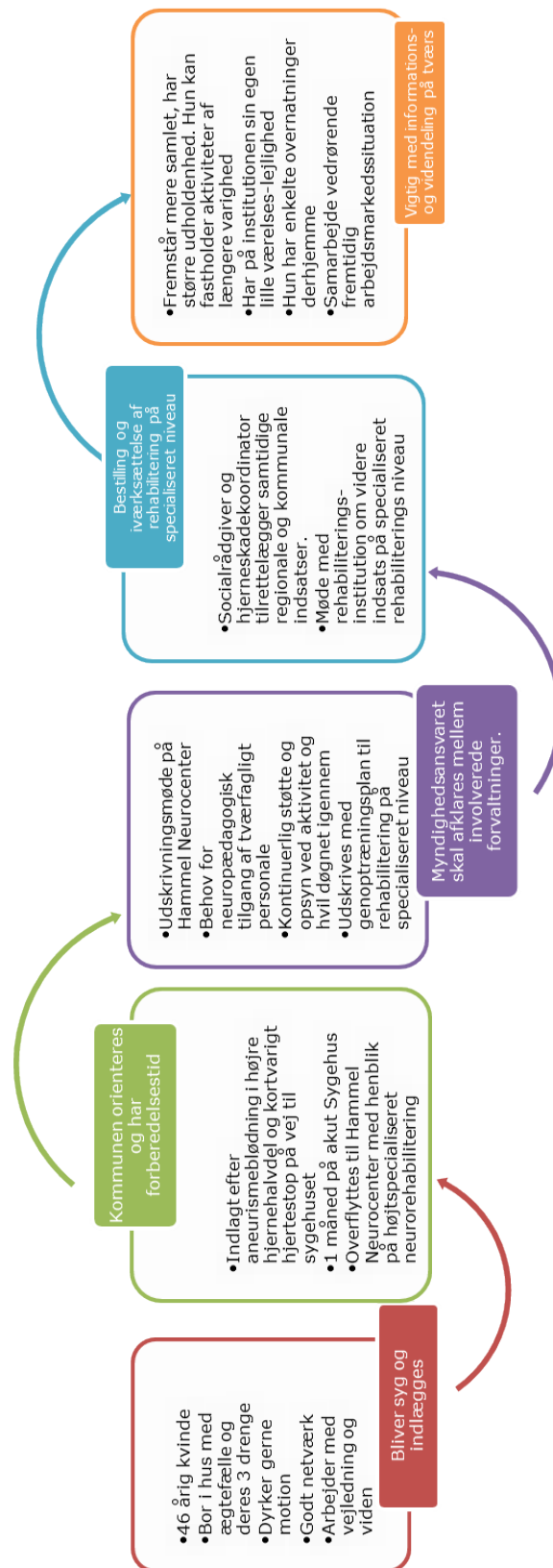
Borgerens rehabiliteringsarenaer:



Hjerneskadekoordinator og den koordinerende sagsbehandler samarbejder om den kommunale planlægning og tilrettelæggelse af de specialiserede rehabiliteringsindsatser. Eftersom der er tale om samtidige regionale og kommunale indsatser, stiller det store krav til informations- og videndeling på tværs af organisering, hvor hyppig, rettidigt, præcis og problemløsende kommunikation mellem de involverede partere er altafgørende. Samarbejdet bør understøttes af gensidigt respekt, fælles målsætning og hensyntagende planlægning.

Rehabiliteringsforløbet:

I denne figur illustreres rehabiliteringsforløbet:



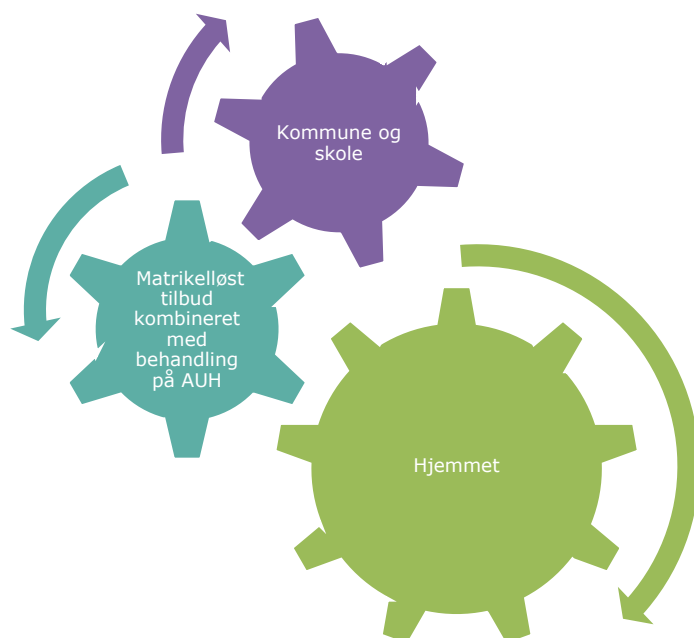
10.2. Børn, genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau

12 årig dreng udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Det er ikke afklaret, hvornår drengen kan overgå til genoptræning på alment niveau.

Hovedpunkter i forløbet:

- Alvorlig hjerneskade på baggrund af en akut dissimimeret demyelisering
- Indlæggelse på AUH, derefter indlæggelse på Hammel Neurocenter
- Udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Drengen har samtidig behov for behandling på AUH
- Drengen er startet op i samme skoleklasse

Borgerens rehabiliteringsarenaer:



Hjerneskadekoordinator og den koordinerende sagsbehandler samarbejder om den kommunale planlægning og tilrettelæggelse af de specialiserede rehabiliteringsindsatser. Flere samarbejdspartner er involveret: sagsbehandler, hjerneskadekoordinator, skole, PPR, psykologer, talepædagoger, terapeuter, sundhedsafdelingen og læger på hospitalet.

Eftersom der er tale om samtidige regionale og kommunale indsatser, stiller det store krav til informations- og videndeling på tværs af organisering, hvor hyppig, rettidigt, præcis og problemløsende kommunikation mellem de involverede parter er altafgørende. Samarbejdet bør understøttes af gensidig respekt, fælles målsætning og hensyntagende planlægning.

I forhold til hjemmet er der indsatser omkring forældres og søskendes reaktioner på forløbet, på familiens ønsker om normalisering og familiens forståelse af drengens handicap. Dertil kommer praktiske forhold omkring tabt arbejdsfortjeneste, deltagelse i genoptræning og familiens egen indsats i rehabiliteringen.

I forhold til skolen er der følgende aktører: Leder, lærere og kammerater.

Der er indsats i forhold til:

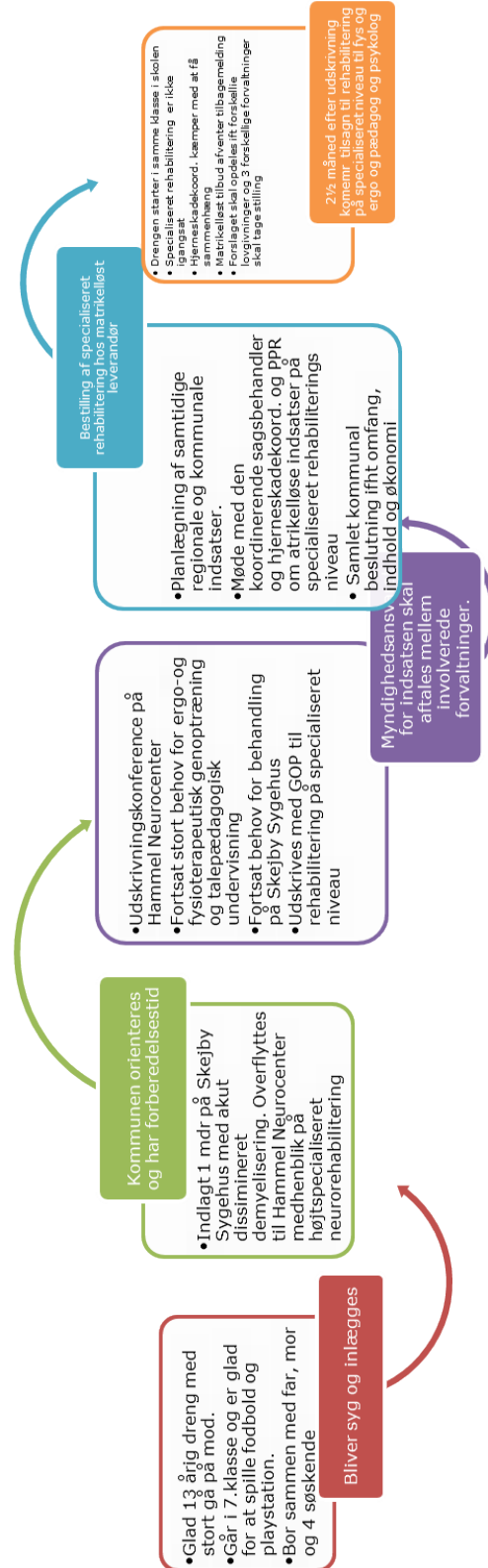
- Undervisningspligten
- Krav/forventninger til drengen – hans faglige niveau inden skaden
- Samarbejde med forældre, PPR og terapeuter fra matrikelløst tilbud
- Inklusion og rummelighed i forhold til det faglige og til kammeraterne

Neurofaglige indsats omkring borgeren:



Rehabiliteringsforløbet:

I denne figur illustreres rehabiliteringsforløbet:



11. Referencer

- Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde
<http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/voksne-med-kompleks-erhvervet-hjerneskade-1>
- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus
- Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner
- Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade
<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/425B29A5B3CF4C69B2E7E8F3B7D520BC.ashx>
- Forløbsprogram for børn og unge med erhvervet hjerneskade
<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/CD719C73C9654990907080A6E23C40FE.ashx>
- Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje
- Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje
- Sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade:
<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/samarbejde-med-kommunerne/hjerneskadesamradet/sundhedsaftale---voksne---til-sundhedskoordinationsudvalget-version-2.pdf>
- Sundhedsaftale om børn og unge med erhvervet hjerneskade:
<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/samarbejde-med-kommunerne/hjerneskadesamradet/sundhedsaftale---born-og-unge---til-sundhedskoordinationsudvalget-version-2.pdf>
- Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade
<http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/voksne-med-kompleks-erhvervet-hjerneskade>
- Bilag 1 til central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, Socialstyrelsen 1. nov. 2014 <http://socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/national-koordination/bilag-1-til-den-centrale-udmelding-for-voksne-med-kompleks-erhvervet-hjerneskade.pdf>
- Koncept for den Gode GOP i værktøjskassen "Trin for trin guide til Den Gode Genoptræningsplan"
- Specialiseringsniveauer på social- og specialundervisningsområdet, Socialstyrelsen, 6. juni 2016

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. rehabilitering på specialiseret niveau

Genoptræningsgruppen, Hjerneskadesamrådet for børne-ungeområdet og Hjerneskadesamrådet for voksenområdet skal sammen beskrive rehabilitering på specialiseret niveau.

Formål

Formålet med arbejdsgruppen er at opnå en fælles forståelse af begrebet rehabilitering på specialiseret niveau på tværs af sektorerne, herunder definition af begrebet, krav til funktionsevnevurdering og krav til kompetencer og kvalitet.

Opgave

- Arbejdsgruppen udarbejder et faktadokument, som beskriver, hvordan rehabilitering på specialiseret niveau defineres og iværksættes. Den eksisterende definition forklares og tydeliggøres
- Arbejdsgruppen beskriver hvilke krav, der er til den funktionsevnevurdering, som ligger til grund for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau
- Arbejdsgruppen beskriver hvilke kompetencer, fagpersonerne skal have for at varetage rehabilitering på specialiseret niveau
- Arbejdsgruppen beskriver hvilke krav til kvalitet, tilbudene skal have, for at de er på et specialiseret niveau
- Arbejdsgruppen beskriver, hvad der forstås ved matrikelløse tilbud, og hvordan kvaliteten sikres i de matrikelløse tilbud

Afsæt for opgaven er bl.a.:

- "Bekendtgørelse genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus"
- "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner"
- "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade"
- "Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade"
- "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje"
- "Øget faglighed i genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus – Stratificeringsmodel, specialiseringsniveauer og krav til genoptræningsplaner"
- G-GOP

Arbejdsgruppen anbefales at arbejde ud fra eksisterende patientcases for derigennem at skabe en forståelsesramme for beskrivelserne.

Følgende værdier ligger til grund for arbejdet:

- Individuelle og skræddersyede tilbud
- Respekt for borgerens hele liv
- Løsning og ressourcer i netværk (private civilsamfund og mellem offentlige aktører)
- Mestring og inklusion i fokus
- Eksperter til borgerne frem for borgerne til eksperterne

- Matrikelløs i et fagligt miljø
- Specialiserede tilbud på matrikler

Arbejdsgruppen refererer til Sundhedsstyregruppen, Genoptræningsgruppen, Hjerneskadesamrådet for børne-ungeområdet og Hjerneskadesamrådet for voksenområdet.

Medlemmer

Genoptræningsgruppen, Hjerneskadesamrådet for børne-ungeområdet og Hjerneskadesamrådet for voksenområdet udpeger hver 2-3 repræsentanter (herunder formandskab), som indgår i arbejdsgruppen.

Formandskabet udgøres af en kommunal repræsentant udpeget af Hjerneskadesamrådet for voksenområdet og en regional repræsentant udpeget af genoptræningsgruppen.

Sekretariatfunktionen varetages af Sekretariatet for Rammeaftaler og Nære Sundhedstilbud.

Tidsplan

Der afholdes tre møder i arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppens faktadokument behandles på følgende møder:

- Fællesmøde for begge hjerneskadesamråd den 6. oktober 2016
- Møde i Sundhedsstyregruppen den 3. november 2016
- Møde i DASSOS den 16. november 2016
- Møde i Sundhedskoordinationsudvalget den 28. november 2016

Godkendelse

Faktadokumentet godkendes af Sundhedskoordinationsudvalget.

Bilag 2: Medlemmer af arbejdsgruppen

- Jim Jensen, udviklingsansvarlig ergoterapeut, Hammel Neurocenter, jim.jensen@hammel.rm.dk, regional medformand
- Birgit Madsen, hjerneskadekoordinator, Ringkøbing-Skjern Kommune, birgit.madsen@rksk.dk, kommunal medformand
- Bodil Kloborg, afdelingsleder IKH, bodil.kloborg@ps.rm.dk
- Henny Holmgaard, koordinator, Herning Kommune, cbfhh@herning.dk
- Irma Edqvist, hjerneskadekoordinator, Skanderborg Kommune, irma.edqvist@skanderborg.dk
- Peter Seebach, chefterapeut, Hospitalsenheden Vest, peter.seebach@vest.rm.dk
- Gurli Laursen, leder Neurocenter og Ortopædisk GenoptræningsCenter, Aarhus Kommune, gula@aarhus.dk
- Ole Laursen, ledende neuropsykolog, Aarhus Kommune, olau@aarhus.dk
- Ann-Christina Frederiksen, områdeleder, Region Midtjylland, ann-christina.frederiksen@ps.rm.dk
- Charlotte Brøndum, udviklingskonsulent, Silkeborg Kommune, charlotte.brondumrestrup@silkeborg.dk
- Charlotte Jensen, AC-fuldmægtig, Region Midtjylland, chajes@rm.dk

Bilag 3: Lovgivning i forhold til undervisning ved rehabilitering på specialiseret niveau

Bekendtgørelse af lov om folkeskolen - *LBK nr 747 af 20/06/2016*

[Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand - BEK nr 693 af 20/06/2014](#)

[Bekendtgørelse om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen - BEK nr 999 af 15/09/2014](#)

[Bekendtgørelse om folkeskolens prøver - BEK nr 1132 af 25/08/2016 \(Vedrørende særlige prøvevilkår\)](#)

[Bekendtgørelse om hvilken kommune udgiften til folkeskolens undervisning m.v. endeligt påhviler - BEK nr 1000 af 15/09/2014](#)

[Bekendtgørelse om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand efter folkeskoleloven i dagbehandlingstilbud og anbringelsessteder - BEK nr 702 af 23/06/2014](#)

[Bekendtgørelse om sygeundervisning af elever i folkeskolen og frie grundskoler - BEK nr 694 af 20/06/2014](#)

[Bekendtgørelse om befordring af elever i folkeskolen - BEK nr 688 af 20/06/2014](#)

[Bekendtgørelse om anvendelse af test i folkeskolen mv. - BEK nr 1000 af 26/10/2009](#)

Bilag 4: Voksen case, genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau

46-årig borger, A, indlagt efter aneurismeblødning i højre hjernehalvdel og kortvarigt hjertestop på vej til sygehuset. Havde tidligere på året aneurismeblødning på højre carotis interna. Kendt med forhøjet blodtryk.

Begge blødninger havde gennembrud til ventrikelsystemet og kompliceret af problemer med at lukke aneurismet og styre det intrakranielle tryk. Første gang var der blod i højre temporallap og venstre frontallap, hvor aneurismet blev coilet og anlagt stent. Der blev ligeledes behov for ventil-løs VP shunt.

I aktuelle forløb var det særligt vanskeligt at lukke aneurismet og styre det intrakranielle tryk.

Skanninger viser ikke store substansstab i hemisfærerne, hvilket giver anledning til håb for fremgang fortsat. Kontrol-CT afviste øget intrakranielt tryk. God effekt af medicinsk behandling.

A har i aktuelle forløb været indlagt til intensivt højtspecialiseret neurorehabiliteringsforløb, hvor der ved overflytning var udtalt nedsat kognitiv formåen i form af nedsat hukommelse og koncentration/opmærksomhed, hvor hun var let afledelig og urolig i adfærd. Havde nedsat opmærksomhed for venstre side af krop og rum. Var desorienteret i fht. tid, sted og egen situation.

Behov for ekstern styring i alle aktiviteter.

Motorik:

Der ses målrettet brug af arme og ben præget af bradykinesi/nedsat tempo. Let nedsat truncusstabilitet. Mobiliseres gradvist til stående og gående.

Kognition:

Vågnet gradvist mere op og bliver mere samarbejdende. Udviklet øget grad af initiativ. Har en fase med ukritiske handlinger.

Hypertension:

Velbehandlet under indlæggelse. Sep. Amlodipin pga ødemer og Metoprololsuccinate pga lav puls.

Anæmi:

Hæmoglobin var langsomt faldende pga lavt jernniveau. Suppleres med jerntabletter i 6 uger.

Humør:

Behandlet med Citalopram mod depression. Reevalueres efter 6 mdr.

Personlige faktorer:

Bor i hus med ægtefælle og deres 3 drenge. Arbejder som bibliotekar.

Funktionsevne før sygdom:

Efter første blødning i hjernen i vinter fik A et kort genoptræningsforløb og udskrevet til hjemmet uden hjemmehjælp og med tilsyn/hjemmetræning ved ergoterapeut. Kort efter fik hun reblødning.

Før første blødning var A nærmest afhængig af motion. Gik lange ture og stavgang, samt træning i motionscenter og løb 1-2 gange ugentligt (5-7 km).

A og ægtefælle var fælles om huslige opgaver.

Mentale funktioner:

Konfusionstilstand med manglende orientering i tid, sted og egne data over flere måneder. Ved supplerende udredning efter ca. 2 mdr. fandtes – trods begrænset opmærksomhedskapacitet - også visuel neglekt for rummet til venstre.

Efter 1½ måned opnås stabil døgnrytme med god nattesøvn fra kl. 21.00 kun afbrudt af toiletbesøg.

Sover en gang i løbet af dagen og supplerer med mange hvil. Udtrættes efter ca. 30-45 minutters aktivitet. Formåen fysisk og kognitivt er meget påvirkelig af udtrætning og særligt forvirring og uro præger her adfærden.

Genkender familie og venner men ikke personalet.

Reagerer oftest på toilettrang, sult, og følelser ved at søge ud af stuen. Har herfra behov for støtte til bl.a. orientering og kan ind i mellem redegøre for behov – eksempelvis at "hun skal hjem".

Svært nedsat korttidshukommelse og kan ikke huske dagens aktiviteter eller seneste aktivitet. Kan redegøre for det familiære liv før skaden.

Søger ikke information i omverden og er højreorienteret i rummet. Har eksempelvis behov for støtte til at orientere sig i forhold til møbler ved stillingsskift. Har generelt behov for stimuli taktilt, visuelt eller verbalt når opmærksomhed svækkes efter ca 10 minutters aktivitet.

Neuropædagogisk strategi og dagsprogram følges tæt af tværfagligt personale, som forsøger at være så gennemgående som muligt.

Sanser og smerter:

A er ikke smertepreget, men er i stand til at give udtryk for smerte.

Indtryk af nedsat overflade- og dybdesensibilitet i venstre hånd og/eller nedsat opmærksomhed, hvor bevægelser og kontakt med genstande ikke registreres.

Inddrager venstre hånd i aktiviteter men hænger passivt mellem aktiviteter.

Kardiovaskulære, hæmatologiske, immunologiske og respiratoriske funktioner:

Kendt hypertension. Reduceret i blodtryksmedicin under indlæggelsen.

Puls ligger til den lave side, dog velbefindende. BT + puls måles x 2 dgl.

Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner:

A spiser og drikker alle konsistenser. Væskeregistreres for at sikre tilstrækkelig indtag, da hun skal nødes til at drikke sufficient. Har behov for støtte til strukturering under måltidet og kun have aktuelle ret foran sig. Pga neglekt drejes tallerkenen undervejs.

Inkontinent og benytter bukseble pga inkontinens for afføring.

Har nu sin habituelle vægt på 61 kg og skal fortsætte med vægtvedligeholdelse.

Kønsorganer, urinveje og forplantning:

Reagerer oftest ved vandladningstrang ved at søge ud af værelset og begynde at knappe bukser op. Har problemer med orientering til badeværelset og kan have uheld når hun reagerer for sent pga aktivitet eller træthed. Bukseble findes mest naturligt for A og kan være kontinent med faste toilettider. Dog helt afhængig af styring fra personalet.

Bevægeapparat:

Funktion i alle ekstremiteter med nedsat styrke og latenstid på initiering af bevægelser i venstre kropshalvdel. Neglekt mod venstre for krop og rum.

Siddestilling præget af thorakal kyfose pga nedsat tonus i truncus og nedsat kropsbevidsthed.

Rejser sig og går selvstændigt. Nedsat balance ved aktiviteter såsom bad og påklædning samt stående på ustabil underlag (nedsat reaktionsevne og latenstid).

Læring og anvendelse af viden:

Der ses små tegn på nyindlæring af delaktiviteter som er gentaget mange gange under indlæggelsen, såsom placeringen af servietholderen, at trække ud efter toiletbesøg samt brug af tandkrus til skylning af mund ved tandbørstning. Er begyndt at vise følelser som frustration ved styring/følge og enkelte udtryk for behov og har på eget initiativ lagt sig til hvil 2 dage i træk. Kendte bevægemønstre begynder at vise sig i dagligdags aktiviteter. Kan ind i mellem træffe konkrete valg mellem 2 bluser eksempelvis, men er oftest ikke i stand til at træffe valg. Personalet har en plan for aktivitet og styring som nedsætter forvirring og formålsløse handlinger.

Visuel neglekt besværliggør læsning, og indhold kan ikke fastholdes. Har skrevet korte sætninger - oftest ikke relevant.

Almindelige opgaver og krav:

Kan deltage i de fleste daglige aktiviteter via fysisk formåen og vha kontinuerlig støtte til igangsætning, at sortere stimuli, fastholdelse i aktivitet samt afslutning. Verbal og fysisk støtte gradueres i aktiviteten. Hvis hun forlades mister fokus og kan ikke afslutte aktivitet. Der er lavet beskrivelser af forløb af daglige aktiviteter.

Der stræbes mod fejlfri indlæring og hjælper kompenserer i aktiviteter. Forberedelse af aktivitet er nødvendig.

Kommunikation ved behandlende team:

Er blevet lidt mere talende og kan deltage i "small-talk" om mad, bolig og tøj og typisk med 2-3 korte sætninger når hun er frisk. Kan indlede sætninger som "jamen vi skal da ..." uden at fuldende. Indhold ofte præget af konfusion.

Bevægelse og færden:

Går med følge pga neglekt mod venstre, hvor hun kan gå ind i dørkarme. Overser objekter og har tendens til at miste balance mod venstre – reagerer for langsomt ved usikkerhed. Hjælper går på højre side, da hun ikke registrerer person til venstre.

Nedsat inddragelse af venstre arm.

Tegn på svimmelhed når hun rejser sig fra liggende – kan være tegn på perceptionsproblematik.

Støtte af 1 person og gelænder ved trappegang. Ved træthed støder venstre fod mod trinnet og der er øget efterslæb ved gang. Med relevant objekt i hånden som tøjkurv eller bold øges opmærksomheden.

Kørestol benyttes ved længere ture udenfor afd. Kan evt gå ved den som rollator.

Omsorg for sig selv:

Behov for kontinuerlig støtte til egenomsorg. Små tegn til at hun begynder at mærke behov.

Ved personlig pleje kan hun selv udføre mange aktiviteter automatiseret med tydelig støtte.

Husførelse:

Inddraget i alle processer ved tøjvask, skifte sengetøj, smårengøring på stuen samt små aktiviteter i køkkenet som at lave kaffe, dække bord og oprydning generelt.

Interpersonelt samspil og kontakt:

Genkender oftest sin nære familie, men kan dog overraskes over deres tilstedeværelse hvis hun har haft et ærinde ude af stuen under deres besøg. Tager ikke initiativ til socialt samspil og er oftest passiv i fht. mennesker omkring hende. Responderer automatiseret på smil og "hej". Kan også være fraværende i blikket, stirrende og mimikfattig uden respons på tiltale. Kan forveksle personalet med andre hun kender eller omtale nærværende person i 3. person.

De sidste par uger er set flere smil og hørt humoristiske kommentarer end tidligere.

Deltager ikke i sociale aktiviteter i afd. for at undgå overstimulering. Spiser typisk med sine besøgende som en naturlig aktivitet at samles om. Har besøgsstrategi.

Har tidligere været social med nær familie og veninder, dog ikke kendt som en meget udadvendt person.

Vigtige livsområder:

A har ikke været glad for sit arbejde. Aktuelt opsagt pga sygefravær, hvilket hun ikke er orienteret om. Dyrker gerne motion. Godt netværk.

Støtte og kontakt:

Har ofte besøg af og god støtte i ægtefælle og nære familie. Ligeledes besøg af nærmeste familie og venner.

Patientens egen vurdering af sin situation:

Mangler forståelse af at have haft en hjerneblødning. Desorienteret i sted og egen situation. Accepterer oftest forklaring om at genoptræne, men hun har også indtryk af at det ikke er

hende det vedrører og kan være afvisende. Frustreres ind i mellem og vil hjem. Kan være vedholdende - dog kan ændres fokus ved afledning.

Rehabiliterings- og plejebehov ved udskrivelsen:

A har behov for,

- længerevarende rehabiliteringstilbud med neuropædagogisk tilgang af tværfagligt personale
- kontinuerlig støtte og opsyn ved aktivitet og hvil døgnet igennem pga sikkerhedsrisici ved færden og aktivitetsudførelse
- støtte til struktur og formål med handling for at undgå forvirring
- fysioterapi rettet mod bedring af fysisk færden, balance, muskelstyrke i ben og opmærksomhed mod venstre. Har trænet individuelt og i rammer der begrænser stimuli.
- ergoterapi rettet mod genlæring af daglige aktiviteter med udfordringer på passende niveau og med indretning der fremmer deltagelse.

A udskrives med genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Efter ca. ½ års rehabilitering på specialiseret niveau forventes A at kunne overgå til almen genoptræning.

Videre forløb i kommunen

X – kommune har indstillet A til videre genoptræning på døgninstitution, hvor hun kan modtage rehabilitering på specialiseret niveau.

A har på institutionen sin egen lille værelses-lejlighed med eget bad og et lille tekøkken. Pårørende kan overnatte en enkelt dag eller to. Det tværfaglige personale træner A i større selvstændighed i daglige gøremål. Det være sig problemløsningsaktiviteter og fysisk aktivitet, som stimulerer til bedre kognitiv funktionsevne samt højere grad af mobilitet. A modtager både ergoterapi og fysioterapi dagligt. Det øvrige personale støtter op omkring den neuropædagogiske strategi. Det tværfaglige personale modtager supervision fra neuropsykolog i forhold til håndteringen af de kognitive vanskeligheder.

Eftermiddag og aften er der fortsat fokus på at støtte A med den neuropædagogiske strategi, samtidig som der er en opmærksomhed i at støtte A ind i mere sociale aktiviteter. Dette gøres primært af plejemedarbejdere samt pædagog.

A fortsætter en positiv udvikling som indebærer at hun fremstår mere samlet, har større udholdenhed og bliver ikke længere så forvirret. Hun er klar over, hvor hun er henne og kan fastholder aktiviteter af længere varighed. Hun har fortsat hukommelsesvanskeligheder og glemmer aftaler etc. Gør udpræget brug af kalender.

A har interesse i at genoptage nogle af sine gamle fritidsinteresser, som indeholder motion. Der arbejdes på at strukturere dagsprogrammet, sådan at hver dag indeholder en motionsøvelse.

As rehabiliteringsforløb har rettet sig mod hjemmet, ift. at øge As mestring af hverdagsopgaver og ift. at støtte A i relationen med sin familie.

A har på institutionen blandt andet haft et stort samarbejde med neuropsykolog, hvor der har været en særlig vægtning på redskaber til adfærdsregulering, undervisning af børnene og observationer af A og familien under samvær.

I rehabiliteringsforløbet har fagpersoner fra det tværfaglige netværksteam deltaget i 3 statusmøder på institutionen og der har derudover været tæt opfølgning med As samlever. Ligeledes er der løbende afholdt interne faglige netværksmøder med fagpersoner foruden de sagskoordinerende hjerneskadeteammøder.

A blev tilkendt førtidspension efter arbejdssevneudviklingsforløb.

Opgaven var ikke at A skulle ud i et afklaringstilbud, men at støtte jobrådgiver i, at forstå den tværfaglige status fra Hammel og beskrive As funktionsniveau ift. at samle sagen til kommunens rehabiliteringsteam i Beskæftigelse.

Sideløbende med As rehabiliteringsophold på institution har der været indsatser ift. de tre børn, på børnenes skole og daginstitutioner. Siden As indlæggelse på Hammel er der ydet omsorgs- og relationsopgaver til hvert enkelt barn, her blandt andet hjælp til madpakker, vasketøj, hårpleje og samtaler om personlige forhold.

Rådgiver har udarbejdet § 50 udredning på børnene, da der har været en bekymring for børnenes trivsel.

Der er afholdte tre netværksmøder på børnenes skole med bred deltagelse af fagpersoner, der er aktører i indsatser til familien, i forbindelse med at A har fået en erhvervet hjerneskade.

As samlever var været først fuldtidssygemeldt og siden juni delvis raskmeldt pga. belastningsreaktioner i forbindelse med As sygdomsperiode.

Der har i forløbet været samarbejde med samleverens rådgiver i Beskæftigelse og hans arbejdsplads, da indsatser til familien er afgørende for, hvilke muligheder han har for at vende tilbage til sit arbejde som tidligere.

Matrikelløs rehabilitering på specialiseret niveau i eget hjem

A skal udskrives fra institution – planen er at A skal hjem og bo med sin familie.

Der er valgt at benytte den aftale omkring rehabilitering på specialiseret niveau i eget hjem (15 timer ugentligt – 16 uger), hvor det er neurofaglige terapeuter der varetager indsatsen mhp. botræning og få overført de tillærte færdigheder fra institution til hjem og familien. Der var behov for en neurofaglig tilgang.

Ligeledes vil der ved hjemkomst være indsatser ift.

- Hjemmesygepleje
- Bevilliget rengøring i hjemmet 3 gange ugentligt,
- Der er netop ved at blive etableret aflastning til børnene
- øvrig indsats er ved at blive planlagt
- Ved udskrivelse fra institution vil A i en periode modtage almen genoptræning ved henholdsvis ergo- og fysioterapeut med supervision fra neurologisk specialegruppe, med kompetencer til at varetage genoptræning på avanceret niveau.