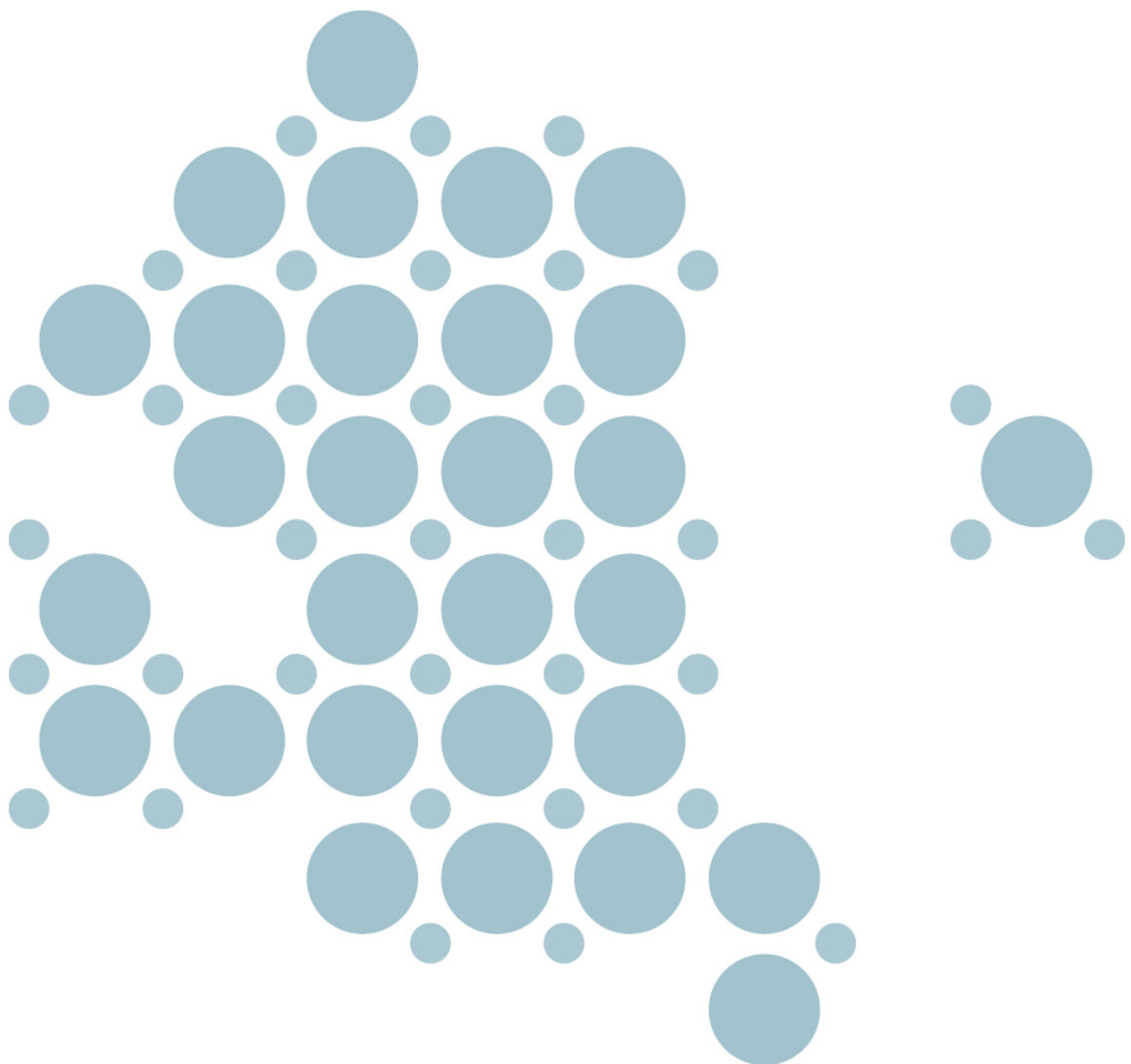


# **Centrale budskaber og anbefalinger vedrørende velkoordinerede og målrettede indsatser for voksne med erhvervet hjerneskade**



**PIXI version**

**KKR Hovedstadens kortlægning vedrørende borgere i  
den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade**

**Oktober 2012**

## INDHOLD

Baggrund.....	3
Formål med kortlægningen .....	3
Forståelsesramme.....	4
Opsummering af centrale resultater og budskaber.....	5
Målgruppen – voksne med erhvervet hjerneskade .....	5
Tidlig opsporing og rettidig indsats.....	5
Kommunernes interne organisering .....	7
Visitation .....	7
Kompetencer .....	8
Bevægelser i kommunernes tilrettelæggelse af området .....	9
Tilbud målrettet borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade .....	10
Anbefalinger til tiltag i hovedstadsregionen.....	12
Anbefaling – Tværfaglig koordinering internt i kommunerne .....	12
Anbefaling – Klarhed omkring snitflader mellem eksterne tilbud .....	13
Anbefaling – Ændring af arbejdsgange og procedurer i samarbejdet mellem kommuner og eksterne .....	13
Anbefaling – Benchmarking på tværs af kommuner .....	14



## BAGGRUND

Senhjerneskadeområdet har gennem en lang årrække haft stor bevågenhed. Bevågenheden tager blandt andet afsæt i de problemstillinger, der er forbundet med, at der typisk indgår mange forskellige aktører i indsatsforløb for borgere med komplekse følger af erhvervet hjerneskade. Udfordringer, forbundet med koordination og kommunikation mellem de mange aktører, har præget området, og var også i fokus, da kommunalreformen skulle formes. Kommunalreformen gav anledning til at genvurdere ansvarsområder og snitflader, og gav således et nyt udgangspunkt for at tilgå problemstillingerne også på senhjerneskadeområdet. Derudover har målgruppen gennem de sidste årtier gennemgået en udvikling i retning af, at volumen gennemgående er blevet større og kompleksiteten er blevet en anden. Årsagen hertil er blandt andet, at nye og bedre behandlingsmetoder øger overlevelsesraten hos mennesker, men ofte med den konsekvens, at følgerne for disse mennesker bliver flere og komplekse problemstillinger, der udfordrer deres hverdag. Samtidig er fokuset i indsatserne ændret til i højere grad at sigte mod rehabilitering og mestring af eget liv, hvilket også skaber behov for at tilpasse måden, hvorpå problemstillingerne på området anskues og tilgås.

I efteråret 2011 besluttede KKR Hovedstaden således, at senhjerneskadeområdet skulle være et særligt tema i Rammeaftale 2012. Baggrunden herfor var blandt andet, at KL anbefalede, at kommunerne udpegede senhjerneskadeområdet som et særligt udviklingstema for Rammeaftale 2012 netop med fokus på koordinering mellem de sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser.

Fokus i kortlægningen er borgere med hjerneskade eller apopleksi i alderen 18-65 år, det vil sige borgere i den erhvervsaktive alder.

Kortlægningen er udarbejdet af Fælleskommunalt sekretariat for det specialiserede socialområde i tæt samarbejde med en til formålet nedsat arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra kommunerne Egedal, Gentofte, Glostrup, Hillerød og Københavns kommuner. Desuden er resultater og anbefalinger udledt af dialogmøder m.v. afholdt mellem arbejdsgruppens medlemmer samt repræsentanter fra Region Hovedstadens administration og hospitalerne i hovedstadsregionen, Center for Hjerneskade og kommunikationscentre i hovedstadsregionen.

Kortlægning er desuden baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt alle kommunerne i hovedstadsregionen.

Nærværende er en forkortet og bearbejdet version af den oprindelige afrapportering, og indeholder opsummeringer af udvalgte centrale resultater og budskaber. Desuden indeholder nærværende version en række anbefalinger til tiltag i hovedstadsregionen, som arbejdsgruppen vurderer vil kunne styrke udviklingen på området i hovedstadsregionen.

Den samlede afrapportering af kortlægningen i sin fulde længde kan læses i rapporten Barrierer og muligheder for at sikre velkoordinerede og målrettede indsatser for voksne med erhvervet hjerneskade, oktober 2012, der kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

## FORMÅL MED KORTLÆGNINGEN

Formålet med nærværende kortlægning er overordnet at få øget indsigt i de barrierer og muligheder, der er for at sikre for at sikre rettidige og sammenhængende indsatsforløb for



borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Fokusset herfor er primært de organisatoriske rammer både internt i kommunerne og på tværs af sektorer og parter.

Resultater og anbefalinger tager udgangspunkt i de rammer, der er sat op for området i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011 samt Sundhedsaftalen for Region Hovedstaden 2011-2014.

## FORSTÅELSESRAMME

Begrebet rehabilitering er præget af forskellige tilgange og afgrænsninger. For at skabe en fælles ramme for processen omkring kortlægning har det derfor været relevant at skabe klarhed omkring definitionen af rehabilitering.

Hvidbogens definition af rehabilitering anvendes som den fælles forståelsesramme for rehabiliteringsbegrebet i forbindelse med kortlægningen. Definitionen er som følger:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."*<sup>1</sup>

Det centrale i Hvidbogens definition er, at rehabilitering angives som tidsbestemt.

Desuden ansues rehabilitering som et dynamisk forløb, hvor der løbende tages stilling til behovet hos den enkelte borger i forhold til borgerens progression m.v.

Ovenstående definition anbefales desuden som ramme for indsatserne i hovedstadsregionen.

---

<sup>1</sup> Hvidbog for rehabilitering, Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborg Centret, 2004.



## OPSUMMERING AF CENTRALE RESULTATER OG BUDSKABER

Kortlægningen viser, at alle kommuner i hovedstadsregionen i disse år har stort fokus på udviklingen af hjerneskadeområdet, men også at der er stor forskel på, hvor langt kommunerne er i forhold til at implementere anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram, ligesom der er forskel på kommunernes erfaringer på området.

Kortlægningen tydeliggør, at området er omfattet af en række barrierer, herunder arbejdsgange såvel internt i kommunerne som på tværs af sektorerne, der udfordrer muligheden for at sikre tidlige, rettidige, velkoordinerede og målrettede forløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Et udsnit af de væsentligste resultater, budskaber og barrierer opsummeres nedenfor.

Kortlægningen i sin fulde længde kan læses i den samlede rapport Barrierer og muligheder for at sikre velkoordinerede og målrettede indsatser for voksne med erhvervet hjerneskade.

### MÅLGRUPPEN – VOKSNE MED ERHVERVET HJERNESKADE

Det er i forbindelse med kortlægningen blevet tydeligt, at kommunerne generelt har et begrænset og utilstrækkeligt overblik over antallet af borgere inden for målgruppen, over det samlede indsatsforløb og udgifterne forbundet med borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Den primære årsag hertil er, at flertallet af kommunerne ikke har samlede registreringer af hjerneskadesagerne. Afdækningen af målgruppen er således præget af skønsmæssige og begrænsede angivelser. Dog kan kommunernes angivelser omkring målgruppen give en indikation af omfang og udviklingen inden for målgruppen.

I flertallet af kommunerne havde 0,06 til 0,15 procent af det samlede antal borgere i alderen 18-65 år i 2011 en igangværende sag om rehabiliteringsbehov som følge af en erhvervet hjerneskade.

Desuden havde flest kommuner i hovedstadsregionen i 2011 mellem 0 og 40 igangværende sager vedrørende borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Af de samlede igangværende sager i 2011 udgjorde knap to tredjedele nye udredningssager fra 2011. Omkring en tredjedel af det samlede antal igangværende sager i 2011 var således af ældre dato, og havde været i gang i mere end et år.

Endelig kan det konstateres, at gruppen af borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade er heterogent sammensat. Det samme gælder for den enkelte borgers behov for rehabilitering, der kan variere fra intet behov til et omfattende og langvarigt behov. Følgerne af en erhvervet hjerneskade er ofte komplekse og sammensatte, og kan omfatte både fysiske, psykiske, kognitive, sociale og personlighedsmæssige aspekter. Den enkeltes rehabiliteringsbehov afhænger blandt andet af skadens omfang og placering, indlæggelsestiden efter en skade, alder da skaden opstod samt omfang, grad og kombinationer af funktionsnedsættelser. Desuden har personens netværk og øvrige sociale situationer samt personens indsigt og motivation også en betydning.

### TIDLIG OPSPORING OG RETTIDIG INDSATS

På baggrund af analysen kan det konstateres, at tidlig identifikation, timing og ubrudte forløb er væsentlige faktorer i forhold til at opnå den bedste effekt af rehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Der skal således være fokus på at etablere den rigtige indsats, på det rigtige tidspunkt og med den rette hastighed. Tidshorisonten



for hvor længe borgeren er væk fra arbejdsmarkedet, er et væsentligt aspekt, ligesom forsinkelse i indsatser typisk reducerer chancerne for maksimering af en borgers funktionsevnen. Derfor bør alle indsatser iværksættes uden unødigt forsinkelse. Ved en tidlig indsats kan det desuden ofte undgås, at psykosociale faktorer, som ofte udvikler sig senere hen, øger kompleksiteten, og reducerer chancen for en succesfuld genoptræning og tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Kompleksiteten udvides ofte af de psykosociale faktorer, og vil i mange tilfælde blokere for borgerens evne til at indgå i træningen.

At sikre den rette indsats så tidligt som muligt og på det rigtige tidspunkt er dog underlagt flere udfordringer. Nogle af udfordringerne er manglende kompetencer hos sagsbehandlere, at hospitalerne inddrager handlekommunen sent i forløbet, begrænset koordination mellem sektorer og parter på området, begrænset koordination og kommunikation internt i kommunerne, herunder også mellem aktiviteter og finansieringen, styringsmekanismerne på området m.v. Der er dog stor forskel på, hvor langt kommunerne i hovedstadsregionen er i forhold til at implementere blandt andet Sundhedsstyrelsens anbefalingerne til, hvordan disse barrierer kan mindskes eller fjernes.

I forlængelse heraf har alene halvdelen af kommunerne i hovedstadsregionen en særlig praksis for at sikre tidlig opsporing af borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Tilsvarende er det alene omkring halvdelen af kommunerne, der har visitatorer og social-/handicaprådgivere, der besidder neurofaglig viden, mens det kun er en tredjedel af kommunerne, der har sygedagpengerådgivere, der besidder denne kompetence.

Kun halvdelen af kommunerne oplever, at de altid eller ofte bliver inddraget som samtalepart i god tid inden en borger udskrives fra et hospital, mens halvdelen sjældent oplever at blive inddraget så tidligt i forløbet. To tredjedele af kommunerne deltager altid eller ofte i udskrivningssamtaler på hospitalet i forbindelse med sager om borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade, mens en tredjedel sjældent deltager i sådanne samtaler. Dette siger dog ikke noget om, hvor ofte kommunerne bliver inviteret til udskrivningssamtaler, men alene hvor ofte kommunerne selv deltager i sådanne, når de bliver inviteret. Dette til trods kan der konstateres et potentiale for forbedring i forhold til, at kommunerne i højere grad lever op til sin del af samarbejdsaftalen i Sundhedsaftalen, hvor de blandt andet er forpligtet til at møde op fysisk på hospitalet ved udskrivning af en borger med erhvervet hjerneskade.

Endelig har to tredjedele af kommunerne valgt at have udskrivningskoordinatorer eller lignende, der har fast og systematisk kontakt med et eller flere hospitaler.

Derudover har flertallet af kommunerne ikke en særlig praksis for at sikre koordination med eksterne parter/tilbud i forbindelse med rehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Alene to femtedele har en praksis herom.

Derimod har flertallet af kommunerne en særlig praksis for at sikre koordination mellem kommunens forvaltningsområder i forbindelse med rehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Her er det kun knap en tredjedel af kommunerne, der ikke har sådan en praksis. Til trods for at et flertal af kommunerne har en særlig praksis herfor, er oplevelsen dog, at der fortsat er en række barrierer for at sikre koordinationen mellem forvaltningsområderne. Uigennemskuelighed og opsplnitning af både visitation til aktiviteter og finansieringen heraf opleves i høj grad at bidrage til konflikter mellem kommunernes forvaltninger/centre i forbindelse med rehabiliteringsforløb, der hver især forsøger at overholde et fastsat budget.



Kortlægningen viser desuden muligheder for betragtelige besparelser ved et fagligt velfunderet, sammenhængende, rettidigt og tværdisciplinært rehabiliteringsforløb, der kan sikre en hel eller delvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Der tegnes et billede af, at hjerneskadeområdet er i en onde spiral, hvor der i mindre grad tænkes langsigtet, og ud fra én fælles overordnet målsætning om at få borgerne fra varige ydelser over på midlertidige ydelser med henblik at opnå den højeste mulige grad af selvforsørgelse. Der skabes således opmærksomhed på, at det som udgangspunkt er hensigtsmæssigt for alle parter at investere pengene på området anderledes, således at tilførsel af flere penge til tidlig og målrettede indsatser kan reducere udgifterne på forsørgelsesgrundlag. Dette er ud fra en forventning om, at antallet af borgere med erhvervet hjerneskade, der er på fuld offentlig forsørgelse, som udgangspunkt vil blive reduceret.

Det kan konkluderes, at det er nødvendigt med en kulturel turn-around internt i kommunerne såvel som mellem sektorerne, hvor man kommer ud af silotankegangen og tænker helhedsindsatsen for borgeren ind i de enkelte tilbud og tiltag.

## KOMMUNERNES INTERNE ORGANISERING

Et rehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade kan involvere sagsforløb i en række forvaltninger/centre. En typisk udfordring er at sikre koordination mellem de forskellige beslutningsforløb, men i høj grad også at sikre, at borgeren med erhvervet hjerneskade har klare indgange til kommunen. Desuden opleves ofte lange sagsbehandlingstider, når bevillingen af en ydelse involverer en behandling i eller finansiering fra flere forvaltninger/centre. Herunder forekommer der ofte forhandlinger mellem forvaltninger/centre om, hvor finansieringen af en ydelse skal placeres. Dette fører til unødige ventetider for borgerens forløb, og konsekvensen kan være, at der ikke vælges de nødvendige langsigtede løsninger for borgeren.

Desuden er koordination på tværs af hospital og handlekommune et helt centralt element i forhold til at kunne sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgere med erhvervet hjerneskade. I forhold til borgere med erhvervet hjerneskade anbefaler Sundhedsstyrelsens forløbsprogram, at kommunerne etablerer koordinerende funktioner. Også her er der betydelige forskelle i kommunernes erfaringer hermed, samt hvor langt kommunerne i hovedstadsregionen er i forhold til at implementere anbefalingerne.

Eksempelvis har halvdelen af kommunerne en hjerneskadekoordinator eller en lignende funktion, mens halvdelen ikke har en sådan funktion. Dog har en fjerdedel planer om at etablere en hjerneskadekoordinatorfunktion.

Desuden har flere, men langt fra alle, kommunerne et tværfagligt koordinerende team på hjerneskadeområdet.

En central konklusion er, at koordinerende funktioner med visitationskompetence i kommunalt regi kan være med til at reducere nogle af barriererne for at sikre en tidlig, rettidig og målrettet indsats. Om den koordinerende funktion organiseres som en hjerneskadekoordinator, et hjerneskadesamråd eller lignende er ikke så afgørende, som at funktionen har kompetence til at visitere borgere til rehabiliteringsforløb.

## VISITATION



Mens rehabilitering på sygehus er en regional opgave, er rehabilitering efter udskrivelse som udgangspunkt en kommunal opgave.

I kommunens visitation anbefaler Sundhedsstyrelsens forløbsprogram, at genoptræningsplanen inddrages sammen med en eventuel yderligere kommunal interdisciplinær vurdering af borgerens funktionsevne og livssituation. Desuden anbefales det, at målene med rehabilitering inddrages samt behovet for intensitet og varighed af indsatsen. Endelig anbefales det, at der i alle kommuner foreligger visitationsretningslinjer for rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade, ligesom der bør foreligge beskrivelser af de specialiserede hjerneskadetilbud, således at visitationer i kommunalt regi tager udgangspunkt heri.

Det kan konstateres, at de forskellige redskaber, der anbefales i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram, til at etablere en målrettet og koordineret indsats, samt til at skabe større ensretning i visitationen og større klarhed blandt borgere og pårørende om, hvad de kan forvente, i varierende grad anvendes systematisk i kommunerne i hovedstadsregionen.

Desuden anvender størstedelen af kommunerne altid eller ofte genoptræningsplanen som det primære omdrejningspunkt i forbindelse med kommunens visitation af borgere med erhvervet hjerneskade, der er udskrevet fra hospital. Derimod er kommunerne splittet omkring, i hvilken grad der følger en tilstrækkelig dækkende genoptræningsplan med, når en borger i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade udskrives fra et hospital. Således oplever halvdelen af kommunerne, at genoptræningsplanen altid eller ofte er tilstrækkeligt dækkende, mens halvdelen oplever, at planerne sjældent er tilstrækkelig dækkende. Der kan konstateres stor forskel på kvaliteten af genoptræningsplanerne, hvor der i flere tilfælde mangler vurderinger af kognitive, emotionelle og sociale problemstillinger, ligesom genoptræningsplanen stadig i nogle tilfælde ikke er udarbejdet af hospitalet, når en borger med erhvervet hjerneskade udskrives. Dette får ofte konsekvenser for handlekommunens mulighed for at etablere en tidlig, rettidig og målrettet indsats for borgerne inden for målgruppen.

Samtidig er der stor forskel på, hvorvidt kommunerne udarbejder planer for rehabilitering for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade, ligesom der er stor forskel på omfang, indhold og kvalitet af de planer, der udarbejdes.

Desuden har halvdelen af kommunerne retningslinjer eller andre vejledende beskrivelser af kriterier for visitation for *nogle* af rehabiliteringstilbud målrettet borgere med erhvervet hjerneskade, mens kun få har for alle tilbud. Tilsvarende er der stor spredning i, hvorvidt kommunerne har beskrivelser af både interne og eksterne tilbud, alene af interne eller alene af eksterne tilbud eller ikke har nogen form for beskrivelser af tilbuddene på området. Overordnet set er kommunerne dog opdelt, således at omtrent halvdelen har beskrivelser for nogle eller alle af tilbuddene på området, heraf dog flest med beskrivelser af interne tilbud, mens halvdelen af kommunerne slet ikke har nogen beskrivelser.

## KOMPETENCER

En væsentlig forudsætning for at sikre målrettede rehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet senhjerneskade er tilstedeværelse af neurofaglig viden. Der er borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade, som har behov for et specialiseret tilbud, og som kræver specialiserede kompetencer og tilbud, som den enkelte kommune ikke altid selv kan løse i eget regi.

På baggrund af kortlægningen kan det konstateres, at kommunerne i hovedstadsregionen har meget forskellige forudsætninger for at tilvejebringe og opretholde specialiserede kompetencer





særligt i forhold til de mest specialiserede borgere inden for målgruppen. Dette skyldes dels forskelle i befolkningsgrundlaget, organisatoriske forskelle og historiske forhold som eksempelvis placeringen af de tidligere amtslige tilbud. Adgang til de relevante kompetencer og tilbud kræver som udgangspunkt en vis volumen og gennemstrømning af målgruppen.

Kortlægningen viser blandt andet fordelingen af neurofaglige kompetencer hos kommunerne inden for forskellige relevante faggrupper. Overvejende har kommunerne fysio- og ergoterapeuter til rådighed, der besidder den nødvendige neurofaglige viden. Derimod er det alene en relativ lille andel kommuner, der har social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere, der besidder denne kompetence, mens halvdelen af kommunerne har sygeplejersker med viden om neurorehabilitering. Halvdelen af kommunerne har desuden en særlig tværgående specialistfunktion, som kommunale medarbejdere, der arbejder med rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade kan trække på

Desuden fremgår det af kortlægningen, at en tredjedel af kommunerne har indgået formelle samarbejdsrelationer med andre kommuner vedrørende adgang til relevante kompetencer m.v. En tredjedel af kommunerne har planer om at indgå sådanne samarbejdsrelationer.

Flest kommuner har ikke et interdisciplinært team eller lignende til rådighed i forbindelse med rehabiliteringsforløb for borgere med erhvervet hjerneskade, mens en tredjedel har et sådant. Ikke overraskende er det i langt overvejende grad store kommuner, der har et interdisciplinært team eller lignende, ligesom det også i højere grad er store kommuner, der har planer om at etablere sådan en funktion. Adgang til specialistkompetencer, i lighed med dem, der kan indgå i et interdisciplinært team, kræver typisk en vis volumen og gennemstrømning i målgruppen.

Derudover har en begrænset andel kommuner systematisk adgang til specialiserede kompetencer gennem konsulentordninger, supervision eller lignende fra eksterne specialiserede tilbud. En tredjedel af kommunerne har adgang hertil i en afgrænset projektperiode. Her henvises til projekter igangsat i kommunerne, som led i Sundheds- og Forebyggelsesministeriets puljemidler på hjerneskadeområdet. Endelig har en tredjedel af kommunerne ikke adgang hertil, og forventer heller ikke fremadrettet at få det.

Kortlægningens viser desuden, at langt hovedparten af kommunerne inddrager Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO) i forbindelse med sager om borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. Alene tre kommuner har aldrig inddraget VISO i sager vedrørende målgruppen. De kommuner, der inddrager VISO, inddrager dem overvejende i forbindelse med specialrådgivning og udredning. I den forbindelse vurderer knap to femtedele af kommunerne, at VISO fremadrettet kan bistå kommunerne på nye områder, mens flertallet ikke ved, hvorvidt det er relevant. VISO er en del af Socialstyrelsen under Social- og Integrationsministeriet, og har først og fremmest til formål at være en støttefunktion for kommuner og borgere i de mest specialiserede og komplicerede sager.

## BEVÆGELSER I KOMMUNERNES TILRETTELÆGGELSE AF OMRÅDET

På baggrund af kortlægningen kan det konstateres, at alle kommuner i hovedstadsregionen i disse år har stort fokus på udviklingen af hjerneskadeområdet.

28 ud af samlet set 29 kommuner i hovedstadsregionen har ansøgt om Sundheds- og Forebyggelsesministeriets puljemidler på samlet set 150 mio. kr., der skal anvendes til styrkelse af kommunernes indsatser overfor mennesker, der har fået en hjerneskade. Alle 28 kommuner har fået tildelt en andel af disse puljemidler. Dog har størstedelen af kommunerne fået tildelt



en mindre andel af puljemidlerne end de oprindeligt ansøgte om, hvorfor kommunerne også gennemgående har måtte sænke ambitionsniveauet for udviklingsprojekterne på området.

Afdækningen af kommunernes projektbeskrivelser viser dog, at kompetenceudvikling og koordinerende funktioner indgår som overordnede temaer i alle 28 kommuners projekter. Derudover har godt halvdelen af kommunerne fokus på at etablere systematisk brug af specialiseret viden og etablere formaliserede samarbejde med andre kommuner.

Dog skal det understreges, at ovenstående alene er et udtryk for kommunernes intentioner, og således ikke de reelle projektaktiviteter eller resultaterne heraf.

## TILBUD MÅLRETTET BORGERE I DEN ERHVERVSAKTIVE ALDER MED ERHVERVET HJERNESKADE

Tilbud målrettet rehabilitering af borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade kan enten være kommunale, regionale eller private/foreningsejede. Tilbuddene fungerer primært som leverandører til kommunerne i rehabiliteringsindsatsen under indlæggelse og efter udskrivning. Enkelte tilbud har sygehusstatus og kan dermed også være leverandører til regionerne. Indsatserne leveres i henhold til sundhedsloven, serviceloven, beskæftigelseslovgivningen og lov om specialundervisning for voksne.

Kommunerne i hovedstadsregionen oplever i overvejende grad, at bredden i udbuddet af tilbud målrettet borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade er det samme eller er blevet større siden kommunalreformen i 2007. En femtedel af kommunerne oplever, at der er færre målrettede tilbud. Dette til trods oplever over halvdelen af kommunerne, at der er tilbud eller ydelser, der er svære at visitere borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade til. At kommunerne oplever det svært at visitere en borgere til et tilbud eller en ydelse er blandt andet udledt af for lange ventetider eller at adgangen til kompetencer eller specialister er begrænset.

Afhængigt af den enkelte borgers rehabiliteringsbehov vil der være behov for en indsats på basalt, avanceret eller specialiseret niveau. Niveauerne omfatter både kompleksiteten i målgruppernes behov, kompetenceniveau og intensiteten i indholdet af tilbuddene og ydelserne.

Ifølge Sundhedsstyrelsens forløbsprogram bør rehabilitering på basalt niveau varetages i kommunalt regi. Kortlægningen bekræfter, at dette også i høj grad er tilfældet i praksis i hovedstadsregionen. Størstedelen af kommunerne oplyser, at rehabilitering på basalt niveau gennemføres i form af kommunens egne tilbud.

Forløbsprogrammet anviser desuden, at rehabilitering på avanceret niveau bør varetages i kommunen i samarbejde med eksterne fagpersoner med særlige kompetencer inden for et givent specifikt område og/eller de specialiserede hjerneskadetilbud eller alternativt af kommunen selv (eventuelt i tværkommunalt samarbejde) med personale med tilsvarende neurofaglige kompetencer. Kortlægningen viser, at rehabilitering på avanceret niveau i overvejende grad gennemføres via kommunens egne tilbud. Dog er der en større andel kommuner, der i nogen grad anvender regionale og private/foreningsejede tilbud i forbindelse med rehabiliteringsforløb på avanceret niveau sammenlignet med forløb på basalt niveau.

Endelig anviser forløbsprogrammet, at rehabiliteringsforløbet målrettet specialiseret niveau bør varetages af de specialiserede hjerneskadetilbud som samlede, helhedsorienterede og intensive forløb. Her viser kortlægningen en vis forskel i kommunernes praksis omkring



anvendelse af tilbud set ud fra tilbuddets forankring. En tredjedel af kommuner anvender i høj grad kommunens egne tilbud, mens en større andel i høj eller nogen grad anvender regionale eller private/foreningsejede tilbud i forbindelse med indsatser på specialiseret niveau.

Kortlægningen viser desuden, at flest kommuner oplever, at specialiserede tilbud som fx Center for Hjerneskade og kommunikationscentre i nogen til høj grad matcher de ydelser, som kommunerne oplever, at borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade har behov for. Der er dog potentiale for forbedring især i forhold til færre pakkeløsninger samt at tilbuddene i højere grad leverer ydelser hjemme hos borgerne eller i borgernes nærmiljø.

Der er dog stor uklarhed både blandt de specialiserede tilbud selv og fra kommunernes side omkring, hvilke ydelser der udbydes af hvilke tilbud, indholdet af disse ydelser samt hvilke målgrupper inden for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade, som de forskellige ydelser vil være mest målrettet. Processen omkring kortlægning af snitflader og tilbuddenes kerneydelser har vist sig svær, og er omfattet af barrierer blandt andet som følge af styringsmekanismer såsom finansieringsgrundlag og markendsvilkår. Med udgangspunkt i kortlægningen kan det konkluderes, at der er sket en bevægelse i forhold til tidligere, hvor der i højere grad var et skel mellem målgrupper og indholdet af ydelser udbudt på henholdsvis Center for Hjerneskade og kommunikationscentre til, at tilbuddene i dag i langt større udstrækning udbyder samme ydelser til samme målgrupper.



## ANBEFALINGER TIL TILTAG I HOVEDSTADSREGIONEN

Med baggrund i de konklusioner, anbefalinger og visioner for senhjerneskadeområdet, som kortlægningen har afdækket, har arbejdsgruppen samlet en række anbefalinger til tiltag, som arbejdsgruppen vurderer vil kunne styrke udviklingen på området i hovedstadsregionen. Arbejdsgruppens anbefalinger til tiltag i hovedstadsregionen tager udgangspunkt i en overordnet målsætning om i højere grad at sikre sammenhængende, velkoordinerede, rettidige, målrettede og evidensbaserede indsatser for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade.

### ANBEFALING – TVÆRFAGLIG KOORDINERING INTERNT I KOMMUNERNE

**Fokus:** Tidlig identifikation, timing og ubrudte forløb er væsentlige faktorer i forhold til at opnå den bedste effekt af rehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. På baggrund af analysen kan der konstateres en række barrierer internt i kommunerne i forhold til at opnå disse faktorer, herunder blandt andet manglende kompetencer hos sagsbehandlere, begrænset koordination og kommunikation internt i kommunerne omkring visitation, iværksatte aktiviteter og finansieringen heraf.

**Tiltag:** Arbejdsgruppen anbefaler, at kommunerne i hovedstadsregionen sikrer en tværfaglig koordinering internt i kommunerne, herunder:

- ▶ Etablerer en organisationsform der sikrer, at visitationskompetencen er begrænset til en eller få centrale funktioner afhængig af kommunens størrelse.
- ▶ Etablerer en organiseringsform, der understøtter, at kommunen kan skabe overskuelighed og overblik over økonomien i forbindelse med rehabiliteringsforløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade.
- ▶ Overvejer, hvordan kommunen i højere grad kan styrke de sundhedsfaglige perspektiver i sygedagpengesagerne fx i form af en screeningsfunktion, hvor borgere, uden genoptræningsplan, der er sygemeldt på ottende uge systematisk vurderes i forhold til symptomer i retning af erhvervet hjerneskade og behov for rehabilitering.
- ▶ Deltager fysisk i møder på hospitalet ved udskrivningstidspunktet ud fra de kriterier herfor, der er angivet i Sundhedsaftalen for Region Hovedstaden 2011-14.
- ▶ Etablerer et servicemål om, at handlekommunen inden for fem hverdage efter, at en borger i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade er blevet udskrevet fra et hospital, skal have kontakten med borgeren med henblik på at give borgeren en tidsplan for forløbet omkring genoptræningen. Herunder skal alle borgere inden for målgruppen have afklaret deres fysiske genoptræningsforløb og vurderet deres genoptræningsbehov, samt fået oplyst, hvornår genoptræningsforløbet igangsættes og en begrundelse herfor. Arbejdsgruppen anbefaler ligeledes, at alle kommuner er i en tæt dialog med hospitalerne for at sikre, at genoptræningsplanerne er fyldestgørende. Desuden appellerer arbejdsgruppen til, at kommuner såvel som tilbud tilstræber at relevante indsatsforløb kan påbegyndes hurtigst muligt.
- ▶ Sikrer at myndighedsfunktionen (socialenhed og/eller jobcenter) har de nødvendige faglige kompetencer eller har adgang hertil, således at de i samarbejde med borger og relevante parter kan opstille overordnede mål for rehabiliteringsforløbet.
- ▶ I alle tilfælde udarbejder en skriftlig plan for rehabilitering for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade, som kan udgøre handlekommunes redskab til at tilrettelægge og koordinere rehabiliteringsforløbet, ligesom det anbefales at rehabiliteringsplanen løbende revurderes.
- ▶ Alene eller i fællesskab fx i form af tværkommunale samarbejdsrelationer og/eller partnerskaber med specialiserede tilbud sikrer de nødvendige kompetencer til



rehabilitering af borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade, herunder særlig vægt på de komplekse borgere.

- ▶ Trækker på de erfaringer, som andre kommuner i regionen allerede har gjort sig eksempelvis i forbindelse med organiseringen af området, således at kommunernes projekter så vidt muligt bygger videre på de eksisterende bedste praksis eksempler.

Det skal dog understreges, at der skal afsættes ressourcer, der kan sikre, at servicemålet overholdes, ligesom det skal prioriteres budgetmæssigt.

**Udbytte:** Arbejdsgruppen vurderer, at de anbefalede tiltag kan bidrage til den nødvendige kommunale koordinering, hvor man kommer ud af silotankegangen og tænker helhedsindsatsen for borgeren ind i de enkelte tilbud og tiltag. Samtidig vil et væsentligt udbytte heraf være, at der er betydelige penge at spare ved at tilrettelægge rehabiliteringsforløb således, at de igangsættes tidligt, rettidigt og målrettet.

## ANBEFALING – KLARHED OMKRING SNITFLADER MELLEM EKSTERNE TILBUD

**Fokus:** Det opleves generelt uklart og uigennemskueligt, hvilke forskelle der er i de ydelser, som udbydes de eksterne tilbud i hovedstadsregionen, ligesom hvilke målgrupper ydelserne som udgangspunkt er rettet mod. Kommunerne oplever det ofte svært at vurdere, hvilke ydelser der vil give mest værdi for de forskellige målgrupper indenfor hjerneskadeområdet. I flere tilfælde opleves det derfor i højere grad at være faktorer som geografi og/eller erfaringer fra tidligere forløb, der er afgørende for valg af ydelser og tilbud frem for en reel vurdering baseret på konkrete faglige begrundelser for, hvorfor et tilbud eller en ydelse vil være mere hensigtsmæssig i en situation frem for en anden. Dette opleves som en central udfordring i forhold til at kunne sikre effektfulde rehabiliteringsforløb.

**Tiltag:** Arbejdsgruppen anbefaler, at der etableres klarhed omkring snitflader og kerneydelser hos de eksterne tilbud, herunder:

- ▶ At der igangsættes en proces, hvor eksterne tilbud på området sammen får defineret tilbuddenes kerneydelser og snitflader.
- ▶ At processen indledes med, at der udarbejdes en definition af, hvad højt specialiseret er, herunder hvad tilbud, der leverer ydelser målrettet henholdsvis basalt, avanceret og specialiseret rehabiliteringsbehov, skal indeholde, samt hvilket borgere, der har mest gavn af, hvilke typer af ydelser og forløb.
- ▶ At processen igangsættes ved, at der nedsættes en faglig arbejdsgruppe med inddragelse af relevant faglig ekspertise.

**Udbytte:** Arbejdsgruppen vurderer, at en definition af specialiseringsgrader, og klarhed omkring snitflader og kerneydelser hos eksterne tilbud vil kunne bidrage til, at det i højere grad er faglighed, indhold og specialiseringsgrad, der er afgørende for, hvilket tilbud eller ydelse en borger henvises til, og i mindre grad andre faktorer. Samtidig vurderes det at skabe bedre grundlag for, at tilbuddene i højere grad kan imødekomme kommunernes efterspørgsel.

## ANBEFALING – ÆNDRING AF ARBEJDSGANGE OG PROCEDURER I SAMARBEJDET MELLEM KOMMUNER OG EKSTERNE



**Fokus:** I forbindelse med kortlægningen, er det blevet tydeligt, at området er præget af en række barrierer i form af arbejdsgange og procedurer såvel internt i kommunerne som på tværs af sektorerne, der udfordrer muligheden for at sikre ubrudte, rettidige, velkoordinerede og målrettede forløb for borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade.

**Tiltag:** Arbejdsgruppen anbefaler, at de i afrapporteringen beskrevne arbejdsgange og procedurer på området implementeres i hovedstadsregionen, herunder:

- ▶ At handlekommunen inddrages som samtalepart hurtigst muligt efter en borger med erhvervet hjerneskade er blevet indlagt på et hospital.
- ▶ At muligheden for at øvrige parter, herunder hospital, praktiserende læge, speciallæge, kommunikationscentre kan henvise direkte til tilbud/ydelser uden handlekommunens godkendelse fjernes, således at der fremover alene kan henvises til tilbud/ydelser via en myndighedsbeslutning fra handlekommunen. De øvrige parter vil derfor fremover alene kunne påpege behov hos en borger. Dette kræver blandt andet en ændring af principperne i Visitationsaftale vedrørende kommunikationscentre i rammeaftalen.

Samtidig skal det understreges, at en ændring af Visitationsaftalen tidligst vil kunne træde i kraft per 1. januar 2014, da det forudsætter en mindre omlægning af ressourcer og opgaver i kommunikationscentre og kommuner.

**Udbytte:** Arbejdsgruppen vurderer, at implementeringen af de anbefalede arbejdsgange og procedurer kan bidrage til at tydeliggøre, hvornår i forløbet de enkelte parter er ansvarlige for blandt andet at sikre den nødvendige information og koordination.

Dog skal det understreges, at implementering af de anbefalede arbejdsgange og procedurer er udtryk for bedste praksis ud fra de nuværende forudsætninger, hvorfor der er en række grundlæggende problemstillinger, som der blandt andet peges på i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram, eksempelvis finansieringsformer og sikring af højt specialiserede tilbud, der ikke vil kunne løses via ændringer i arbejdsgange og procedurer.

## ANBEFALING – BENCHMARKING PÅ TVÆRS AF KOMMUNER

**Fokus:** I forbindelse med kortlægningen er det blevet tydeligt, at kommunerne i hovedstadsregionen generelt har et begrænset og utilstrækkeligt overblik over antal borgere inden for målgruppen, det samlede indsatsforløb og udgifter forbundet med borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade m.v. Den primære årsag hertil er, at flertallet af kommunerne ikke har samlede registreringer af hjerneskadesagerne. Samtidig har analysen tydeliggjort, at hjerneskadeområdet er præget af mange begreber, der ikke forstås og anvendes entydigt blandt kommuner, region, eksterne tilbud og øvrige parter på området.

**Tiltag:** Arbejdsgruppen anbefaler, at der skabes mulighed for på længere sigt at kunne sammenligne indsatserne og benchmarke på tværs af kommuner, herunder:

- ▶ At kommunerne sikrer en systematisk registrering af borgere inden for målgruppen.
- ▶ At der i hovedstadsregionen udarbejdes en fælles ramme og standarder for registrering.
- ▶ At der udarbejdes et fælles sprog omkring diagnoser, begreber, funktioner og økonomi med henblik på at skabe større gennemsækelighed for borgere, pårørende og samarbejdspartnerne, herunder om hvem der har hvilket ansvar og kompetence.



- ▶ At der nedsættes en faglig arbejdsgruppe med henblik på at udarbejde fælles standarder for registrering, herunder rammer for stratificering af borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade med afsæt i kompleksitet og særlige problemstillinger.

**Udbytte:** Arbejdsgruppen vurderer, at ovenstående anbefalinger kan bidrage til at skabe grundlag for et bedre overblik i de enkelte kommuner, men også muliggøre sammenligninger på tværs af kommunerne. Samtidig vurderes det at kunne bidrage til en fælles forståelsesramme på området, som samtidig kan understøtte kommunerne i at indfange og udrede borgere med erhvervet hjerneskade. Endelig vurderes disse tiltag at være en forudsætning for kvalitetssikring, benchmarking og forskning på senhjerneskadeområdet i hovedstadsregionen. I den forbindelse er det selvfølgelig relevant at tage højde for eventuelle tiltag m.v. på landsplan.