

Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade

MED AFSÆT I EVALUERINGEN AF TI KOMMUNALE PULJEPROJEKTER

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen

23. november 2015

Implement Consulting Group
Strandvejen 56
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
www.implement.dk

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
1.1	Evalueringsmæssigt grundlag for erfaringsopsamlingen.....	3
1.2	Puljens formål og baggrund	4
2.	Resultater af styrket genoptræning og rehabilitering.....	8
2.1	Resultater.....	8
2.2	Tværgående resultater.....	14
3.	Projekternes erfaringer med virksomme rehabiliteringsindsatser.....	16
3.1	Hjerneskadekoordinering	17
3.2	Kompetenceudvikling.....	30
3.3	Genoptræning.....	38
3.4	Pårørendeinvolvering.....	40
3.5	Frivillige aktivitetstilbud til borgere med hjerneskade	43
3.6	Indledende vurdering (opspring)	45
3.7	Funktionsevnemåling	46
4.	Implementeringsforudsætninger	49
4.1	Involvering og samarbejde	49
4.2	Fokus og engagement	51
4.3	De rette kompetencer.....	53
4.4	Fra projekt til drift	54
5.	Bilag A: Udvælgelseskriterier	55
6.	Bilag B: Resumé	57
6.1	Indledning	57
6.2	Resultater.....	58
6.3	Konkrete indsatser	59
6.4	Erfaringer med implementering af indsatserne	61
7.	Bilag C: Spørgeramme	63
9.	Bilag D: Cases	66

1. Indledning

BAGGRUND

I 2011 blev der igangsat en række projekter for at styrke den kommunale indsats for mennesker med erhvervet hjerneskade.

Projekterne skulle fremme sammenhængende forløb og indsatser af høj faglig kvalitet til borgere med erhvervet hjerneskade. Der blev i alt udmøntet 145.746.000 kr. i puljemidler fordelt på 96 projekter.

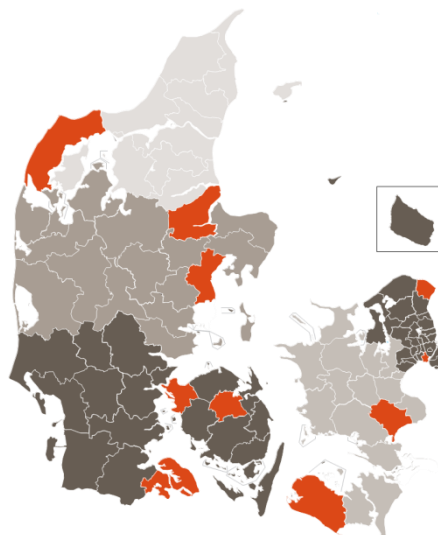
Puljemidlerne blev således udmeldt som opfølgning på Sundhedsstyrelsens arbejde med medicinsk teknologivurdering og udvikling af forløbsprogram for rehabilitering til børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade – og med det formål at implementere forløbsprogrammerne i den kommunale praksis .

EVALUERING OG ERFARINGSOPSAMLING

Nærværende erfaringsopsamling er et produkt af den evaluering, som Implement Consulting Group har gennemført for Sundhedsstyrelsen hen over forår og sommer 2015.

I denne erfaringsopsamling opsummeres erfaringerne fra ti udvalgte projekter om styrkelse af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen for borgere med erhvervet hjerneskade. Kriterierne for udvælgelsen af projekterne er nærmere beskrevet i Bilag A: Udvalgelseskriterier. De udvalgte projekter er gennemført i:

- Faxe Kommune
- Helsingør Kommune
- Hvidovre Kommune
- Lolland Kommune
- Middelfart Kommune
- Odense Kommune
- Randers Kommune
- Sønderborg Kommune
- Thisted Kommune
- Aarhus Kommune



1.1 Evalueringsmæssigt grundlag for erfaringsopsamlingen

Evalueringen af de ti udvalgte projekter er baseret på en række evalueringsaktiviteter, herunder kvalificering ved faglige eksperter af både tilgang, delresultater og endelige vurderinger. I dette afsnit gennemgås kort den gennemførte evalueringsproces og de omfattede aktiviteter.

Udvælgelsen af de ti projekter til evalueringen har været gennemført i tæt dialog med KL og Sundhedsstyrelsen samt Sundheds- og Ældreministeriet.

Implement udarbejdede et forslag til udvælgelse på baggrund af en screening af alle projektansøgninger og midtvejsevalueringer for de 96 projekter, en kategorisering af projekterne efter projektformål samt inddragelse af nationale og internationale

neurofaglige eksperter i vurderingen af projekternes forventede bidrag til ny viden og udbredelsesrelevans¹.

På den baggrund udvalgte Sundhedsstyrelsen, KL og Sundheds- og Ældreministeriet ti projekter, som samlet set repræsenterer puljens forskellige formålsområder og en betydelig geografisk spredning og kommunestørrelse. De ti projekter er beskrevet enkeltvis i en række såkaldte casebeskrivelser, hvor formål, indsats og organisering af projekterne er præsenteret. Casebeskrivelserne er godkendt af de enkelte kommuner.

Casebeskrivelserne er baseret på indsamling af supplerende dokumentation fra de ti projekter, herunder projekternes egne slutevalueringer og erfaringsopsamlinger samt besøg i den enkelte kommune.

Forud for besøgene blev interview- og spørgeguides kommenteret af de internationale neurofaglige eksperter. Ved at fremhæve særlige opmærksomhedspunkter for interviewene i de enkelte projekter, blev rammerne for dataindsamlingen på denne måde yderligere kvalificeret.

Under besøgene blev der gennemført individinterview og gruppeinterview med projektleder, projektejer og styregruppe, kommunale interessenter på tværs af fagområder (typisk sundhed, social, beskæftigelse) på både ledelsesmæssigt og fagmedarbejderniveau. Borger-/patientperspektivet blev ligeledes afdækket typisk via dokumentation fra lokale evalueringer og erfaringsindsamlinger. Ligeledes blev flere af de for projekterne vigtigste samarbejdsparter også interviewet.

Beskrivelsen af de enkelte projekters erfaringer og særlige læringspunkter er blevet kvalificeret af Sundhedsstyrelsen, KL og Sundheds- og Ældreministeriet – samt af de respektive projektere og -ledere – og opsummerende beskrivelser er præsenteret som selvstændige casebeskrivelser, der er vedlagt som Bilag D. Casebeskrivelserne er udarbejdet for at tilbyde en lettilgængelig og operationel adgang til erfaringerne fra de enkelte projekter for andre kommuner.

Implement har endvidere udarbejdet nærværende **erfaringsopsamling** på baggrund af de enkelte gennemgange af de enkelte udvalgte projekter samt en tværgående evaluering og analyse. Resultaterne og konklusionerne er drøftet og kvalificeret med internationale neurofaglige eksperter, ligesom erfaringsopsamlingen er et resultat af en tæt og løbende dialog med Sundhedsstyrelsen, KL og Sundheds- og Ældreministeriet.

1.2 Puljens formål og baggrund

Formålet med puljen er at igangsætte "forskellige projekttyper, der søger at fremme følgende"²:

1. Fremme *sammenhængende og effektive rehabiliteringsforløb* på tværs af kommunale forvaltninger og mellem kommune, sygehus og almen praksis, fx ved, at:
 - a. Kommunerne etablerer en kommunal hjerneskadepuljekoordineringsfunktion.
 - b. Kommunerne udarbejder visitationsretningslinjer til de graduerede rehabiliteringstilbud i kommunen.
 - c. Kommunerne etablerer avancerede kommunale rehabiliteringstilbud.

¹ Se Bilag A for en detaljeret beskrivelse af udvælgelseskriterier.

² www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Puljer/2011/Juni/~media/Files/%20-%20dokumenter/ansoegninger_indkaldelse_hjerneskadepulje/Indkaldelse.ashx

2. Fremme *neurofaglige kompetencer* hos kommunale sundhedspersoner og andet relevant kommunalt personale.
3. Fremme *tværfagligt samarbejde mellem kommuner* om indsatsen over for personer med komplekse rehabiliteringsbehov, så synergieffekter og stordriftsfordele fremmes, og indsatsen over for de mest udsatte patienter samtidig styrkes.

Puljen bidrager således overordnet set til – igennem styrkelse af disse tre elementer – at fremme implementeringen af forløbsprogrammerne for personer med erhvervet hjerneskade.

Baggrunden for udvælgelsen af disse tre elementer kan findes i de af Sundhedsstyrelsen udarbejdede forløbsprogrammer for borgere med erhvervet hjerneskade for henholdsvis børn og unge og for voksne. Forløbsprogrammerne er udarbejdet i samarbejde med de faglige selskaber, regioner, kommuner, almen praksis og brugerorganisationer³.

Implementeringen af forløbsprogrammerne skal således medvirke til at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen til personer med erhvervet hjerneskade, således at de opnår den bedst mulige funktionsevne. Dette skal særligt ske gennem følgende:

- Tværfagligt samarbejde mellem fagpersoner – i samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de pårørende.
- Etablering af en koordineringsfunktion for hjerneskade i kommunerne med henblik på at koordinere indsatsen i forhold til den enkelte person.
- Adgang til rehabiliteringstilbud på forskellige specialiseringsniveauer (i både sygehusvæsenet og i kommunalt regi), så personer med erhvervet hjerneskade får et tilbud tilpasset den enkeltes behov.

Det er Implements erfaring, at tværfagligt samarbejde i alle forløb for borgere med komplekse og sammensatte behov er en forudsætning for sammenhæng i indsatserne, fordi så mange forskellige dele af kommunen har kontakter til borgerne. Det gælder ikke mindst for borgere med erhvervet hjerneskade. Det betyder konkret, at medarbejdere med beskæftigelsesfaglighed, socialfaglighed og sundhedsfaglighed skal samarbejde for at sikre, at indsatserne er afstemte og sammenhængende – og ikke u hensigtsmæssigt overlappende eller decideret modstridende. En koordinationsfunktion er en type af indsats, der kan bidrage til at sikre, at dette samarbejde etableres og aktiveres i de enkelte borgerforløb.

Adgangen til de rette rehabiliteringstilbud – en vifte af graduerede tilbud på specialiseringsgrad – er samtidig forudsætningen for, at den enkelte borger med erhvervet hjerneskade kan modtage den nødvendige og relevante, individualiserede indsats på det omsorgsniveau, der er mest effektivt i relation til borgerens funktionsevne. Eksempelvis betyder det, at den mest effektive indsats for nogle borgere er på specialiseret niveau, og for andre er på avanceret niveau, eventuelt i et samarbejde med specialiseret niveau, mens det for endnu andre borgere er på rent basalt niveau, at den mest effektive indsats findes.

En generel forudsætning for, at borgere med erhvervet hjerneskade kan forstås og deres behov dækkes, samt at samtlige af medarbejdernes interaktioner med borgere med erhvervet hjerneskade bidrager positivt og bedst muligt til borgerens udvikling, er at de

³ Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen 2011 og Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade, Sundhedsstyrelsen 2011

kommunale medarbejdere på tværs af grundfagligheder (social, beskæftigelse og sundhed) er tilstrækkeligt kompetente på det neurofaglige område.

Der er således en direkte sammenhæng mellem forløbsprogrammernes fokusområder og puljens formål:

- Det tværfaglige samarbejde og koordineringen af indsatserne skal fremme sammenhæng i borgerforløbene
- Det tværkommunale samarbejde skal understøtte kommunerne i at etablere graduerede tilbud og dermed sikre adgang til både basale og avancerede rehabiliteringstilbud (fx i fælleskommunale løsninger) og specialiserede rehabiliteringstilbud.
- Udvikling af neurofaglige kompetencer hos medarbejderne på de forskellige operationelle niveauer og fra forskellige fagområder understøtter samarbejdet ved at skabe et fælles sprog og faglig forståelse af borgerens situation og behov, og det fremmer desuden, at borgeren modtager den rette indsats på det rette tidspunkt med udgangspunkt i den hjerneskadede borgers behov.

1.2.1 Operationalisering af forløbsprogrammerne i de kommunale projekter

Selvom projekterne i ansøgninger og projektbeskrivelser har haft fokus på et eller flere af de specifikke projektformål, har evalueringen af det faktiske forløb i projekterne vist, at der ikke har været sondret eksplicit mellem disse forskellige formål i den praktiske gennemførelse af projekterne. Derimod har der i langt de fleste projekter været tale om forskellige kombinationer af projektformål. Dette belyses nærmere i kapitel 2.

Det betyder ikke, at de kommunale projekter ikke har taget forløbsprogrammerne til sig, tværtimod. Projekterne har således samlet omfattet kompetenceudvikling, opbygning og styrkelse af koordinerende funktioner og i sammenhæng hermed i særdeleshed fokuseret på at få den tværfaglige indsats i spil. I mere begrænset omfang har initiativer vedrørende tværkommunale samarbejder været omfattet af puljeprojekterne.

De forskellige indsatsområder og initiativer er i det enkelte projekt dog mere eller mindre integrerede – og det betyder, at det i en evalueringsmæssig sammenhæng har vist sig at være mest rimeligt at beskrive projekterne på egne præmisser.

Projekterne har i høj grad således været operationelt orienteret mod den kommunale virkelighed, hvor fokuspunkterne således har været på borgerforløbenes forskellige faser og de tilsvarende indsatser. I forbindelse med denne afrapportering har Implement derfor valgt at kategorisere de enkelte projektindsatser i tre forskellige – men dog særdeles sammenhængende – fokusområder, der hver især alle omfatter elementer af puljens formålsområder:

- *Rettidig indsats* omfattende de forskellige virkemidler, der er sat i værk for at undgå, at der sker forsinkelse i de rehabiliterende indsatser igangsættelse i forlængelse af afsluttet sygehusbehandling og undervejs i forløbet.
- *Neurofaglig kompetent udredning, visitation, tværfaglig planlægning og koordination* omfattende virkemidler, der bidrager til at sikre den mest korrekte visitation og adgang til en tilstrækkeligt gradueret række af rehabiliteringsindsatser.
- *Kvaliteten i og adgange til graduerede genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser* omfattende virkemidler, der bidrager til at sikre, at kvaliteten i den faglige indsats er af en sådan karakter, at sandsynligheden for at opnå de ønskede resultater for borgerens funktionsevne er maksimal.

1.2.2 Erfaringsopsamlingens struktur

Af samme grund har Implement valgt at strukturere denne erfaringsopsamling på en måde, som vurderes at afspejle aktuel praksis bedst mulig, og dermed bedst kan understøtte videndeling og operationel anvendelse i det fremadrettede arbejde på området for erhvervet hjerneskade i kommunerne. Herunder er der særligt fokus på at fremhæve de gode erfaringer fra de omfattede projekter.

Disse formidlingsmæssige valg er således truffet med sigte på at øge anvendeligheden af de høstede erfaringer i landets kommuner.

LÆSEVEJLEDNING

Erfaringsopsamlingen indledes med et kapitel om de resultater, som kommuner og borgere kan opnå gennem en styrket genoptrænings- og rehabiliteringsindsats. Her ses der på de gvinster, der er opnået i de undersøgte projekter.

I rapportens længste kapitel præsenteres og diskuteres de forskellige typer af tiltag, hvor det gennem projekterne er sandsynliggjort, at de har en positiv effekt i forhold til fastholdelse og forbedring af funktionsevne (og oplevet livskvalitet), samt tiltag, der er vurderet at bidrage til at optimere ressourceanvendelsen på indsatser til borgere med erhvervet hjerneskade ved at forbedre omkostningseffektiviteten. Dette kapitel er udformet som et inspirationskatalog.

I kapitlet om implementeringsforudsætninger drøftes det – med udgangspunkt i de indsamlede kommunale erfaringer – hvorledes en succesfuld implementering af effektfulde genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser bedst understøttes.

I Bilag A kan der læses en uddybet forklaring på, hvordan de ti kommunale projekter blev udvalgt til nærmere undersøgelse. Endvidere er der et resumé i Bilag B, der kan læses selvstændigt, og som indeholder hovedkonklusionerne fra den samlede rapport. Af Bilag C fremgår den spørgeramme, der har været anvendt i forbindelse med kommunebesøgene.

Afslutningsvis er der i Bilag D en beskrivelse af de ti undersøgte projekter et for et med fokus på de tiltag, som særligt forventes at kunne inspirere andre kommuner.

2. Resultater af styrket genoptræning og rehabilitering

Puljeprojekternes virkemidler og indsatser skal ses som bestræbelser på at opnå den bedst mulige kvalitet i indsatserne og dermed bedst mulige funktionsevne hos borgere, der har erhvervet hjerneskade. Dette med en klar forventning om, at man derigennem vil opnå en betydelig samfundsøkonomisk gevinst.

I projekterne har kommunerne valgt især at arbejde med intern koordinering og med kompetenceudvikling af medarbejdere på forskellige niveauer. Endvidere har en række kommuner arbejdet med andre virkemidler og tiltag, med det formål at styrke den rehabiliterende indsats til borgere med erhvervet hjerneskade. Et eksempel på sidstnævnte er systematik og kvalitet i pårørendeinddragelse.

En betydelig bredde i tilgangene med fokus på flere forskellige af puljens formål i mange af projekterne betyder, at erfaringerne fra projekterne i mindre grad belyser hvert af de fire projektformål isoleret set. Erfaringerne belyser i højere grad, hvordan sammenhængende indsatser – koordination, kompetenceudvikling og tværfagligt samarbejde samt etablering af en mere gradeuret rehabiliteringstilbudsvifte – til sammen synes at bidrage til højere kvalitet og bedre resultater for borgerne.

2.1 Resultater

I vurderingen af puljeprojekterne og deres udbredelsesrelevans har Implement særligt fokuseret på at identificere resultater af følgende karakter: kvalitet i indsatserne, muligheden for at sætte ind med den rette indsats på lavest effektive omsorgsniveau via adgang til graduerede indsatser og den samlede omkostningseffektivitet i anvendelsen af virkemidler og indsatser. Disse resultattyper er således gennemgående i denne erfaringsopsamling og kan ses som en naturlig forlængelse af de forventninger og kriterier, der eksplicit blev lagt til grund for uddelingen af puljemidlerne.

2.1.1 Kvalitet i ydelser

Såvel faglig kvalitet – fx målt på forbedret funktionsevne via konkrete målingsværktøjer/-skalaer til neurorehabilitering – som borgeroplevet kvalitet er grundlæggende mål at forholde sig til i forbindelse med afprøvningen af nye indsatser. Særligt i forbindelse med overvejelser om udbredelsesrelevans af de afprøvede virkemidler og indsatser. Kommunerne er i forbindelse med evalueringen blevet spurgt til, om projekterne har fulgt løbende op på kvaliteten af indsatserne, fx gennem vurdering fra patient/borger og/eller pårørende.

Der er ikke i de ti udvalgte projekter systematisk indsamlet ensartede eller standardiserede data om den faktiske og/eller oplevede kvalitet i indsatserne. Det kan dermed ikke dokumenteres med objektive data, at der er opnået kvalitetsforbedringer via de i projekterne afprøvede indsatser og tiltag.

Der er dog en række indikationer og erfaringer, der tyder på, at der er opnået forbedringer af såvel den faglige, den organisatoriske som den borgeroplevede kvalitet.

Faglig kvalitet

I langt de fleste projekter er det en entydig vurdering blandt de fagprofessionelle, at kvaliteten i indsatsen er væsentligt forbedret. Både ved den opkvalificering, der har fundet sted gennem kompetenceudviklingsaktiviteter, og ved den øgede forståelse for den samlede indsats. Dette bygger på de fagprofessionelles egne kvalitative, faglige vurderinger. Som eksempel på en forbedret faglig kvalitet og samtidig forbedrede

resultater af indsatsen for borgerens funktionsevne kan nævnes, at man i Sønderborg Kommune vurderer, at borgerne opnår en højere grad af forbedret funktionsevne, fordi den indledende udredning af borgerens rehabiliteringspotentiale og individuelle situation og behov sker med udgangspunkt i fagpersonalets (opkvalificerede) neurofaglige kompetencer. I forlængelse heraf er der etableret en gradueret tilbudsvifte på tværs af de kommunale fagområder/forvaltninger, som sikrer, at borgeren kan modtage en rettidig sammenhængende og relevant indsats.

Det understreges samtidig i mange af projekterne, at den øgede anvendelse af eller tilgang til neuropsykologiske kompetence – eller psykologikompetence med neurofaglig efteruddannelse – i sig selv har højnet den faglige kvalitet. Dette gælder i forhold til forståelsen af regionalt udarbejdede kognitive undersøgelser, genoptræningsplaner og en øget kvalitet i kommunernes egne indsatser.

De fagprofessionelle vurderer, at genoptræningsindsatsen er forbedret, og at der dermed generelt er en øget sandsynlighed for, at indsatserne fører til højere funktionsevne hos borgerne. Dette underbygges af de gennemførte målinger med værktøjerne AMPS og SF12 i Helsingør, Hvidovre og Odense. Endvidere peger de fagprofessionelle på, at borgerne i højere grad end tidligere kan vende tilbage til et meningsfuldt liv.

Det er her væsentligt at understrege, at flere projekter vurderer kvaliteten i indsatserne som forbedret netop på grund af en mere helheds- og behovsorienteret tilgang snarere end en tilgang tilrettelagt alene på baggrund af den kliniske diagnose.

Organisatorisk kvalitet

Der er bredt i projekterne erfaring for, at særligt de koordinerende indsatser skaber bedre tværfagligt samarbejde. Projekterne vurderer, at bedre gensidigt kendskab til de forskellige aktørers arbejdsområder, fagligheder og rammevilkår skaber større forståelse for det samlede borgerforløb og giver et bedre grundlag for at skabe sammenhæng i borgerforløbets mange indsatser.

Flere projekter fremhæver, at kompetenceudvikling, der organiseres på tværs af organisatoriske enheder inden for og på tværs af kommuner, er med til at styrke samarbejdet og den helhedsorienterede indsats. Ligeledes fremhæver en række kommuner kompetenceudviklingsforløb, der er specifikt målrettet koordination og tværfagligt samarbejde, som meget virkningsfulde i forhold til at skabe effekt af og kvalitet i den samlede indsats.

Særligt i de projekter, hvor der har været fokus på forbedring af de neurofaglige kompetencer i forhold til udredning og vurdering samt visitation og planlægning på tværs af forvaltningsområder, opleves en sammenhæng i borgerforløbenes indsatser og en hurtigere og mere præcis sagsbehandling og indsats. Samtidig reducerer denne form i høj grad dobbeltarbejde og dobbeltinformation, der fra mange kommuners side erkendes at have været praksis tidligere. Kontakten til øvrige aktører er blevet lettere, og det er blevet nemmere at få adgang til relevante oplysninger (under forudsætning af borgerens samtykke).

Borgeroplevet kvalitet

I forhold til den borgeroplevede kvalitet har flere projekter gennemført kvalitative interview med borgere og pårørende. Ligeledes har der i Implements dataindsamling været gennemført kvalitative interview med borgere og pårørende om deres oplevelse af indsatsen.

Kilderne peger relativt entydigt på, at borgerne vurderer, at indsatsen er sammenhængende og velkoordineret, og at mødet med kommunen på mange måder

har været positivt. Det gælder særligt for kommuner, der har arbejdet med en model, hvor borgerens kontakt til kommunen er foregået gennem eller sammen med en enkelt medarbejder (typisk en egentlig hjerneskadekoordinator). Også faglige medarbejdere peger på et forbedret samarbejde med borgere og pårørende.

Endvidere peges der i flere kommuner på, at der er færre klager over sagsbehandlingen og færre negative henvendelser fra pårørende end før.

Gennemgående er det desuden en naturlig konsekvens af en øget organisatoriske og faglig kvalitet, at borgerne og de pårørende også oplever og lægger vægt på, at der er mere sammenhæng og mere kvalitet og effekt af den samlede indsats i forløbet.

2.1.2 Adgang til tilstrækkeligt graduerede indsatser

Adgangen til en tilstrækkeligt gradueret tilbudsvifte af høj kvalitet i samtlige tilbud målrettet borgere med erhvervet hjerneskade er en forudsætning for, at den enkelte borger hverken modtager en indsats på et for højt specialiseringsniveau (og dermed som oftest for højt omsorgs- og omkostningsniveau) eller en indsats på for lavt specialiseringsniveau (og dermed som oftest for lavt omsorgs- og omkostningsniveau) i forhold til de faktiske behov og rehabiliteringspotentialer.

Der er i evalueringen blevet spurgt til, hvordan der er arbejdet med at tilpasse indsatserne til borgernes konkrete behov for rehabilitering, og i hvilken grad man oplever at have en tilstrækkeligt dækkende tilbudsvifte.

Erfaringer med specialiserede rehabiliteringstilbud og adgang til rehabilitering på avanceret niveau

En række kommuner vurderer, at kommunen opnår samme eller bedre kvalitet (samt en samlet set betydelig besparelse) både gennem en forbedret, neurofagligt kompetent kommunal udredning og et større fokus på behov for en indsats på det nødvendige og rette specialiseringsniveau.

Der er blandt kommunerne en opfattelse af, at en række borgere tidligere fik tilbudt et rehabiliteringsforløb på et specialiseret rehabiliteringstilbud som standard uden tilstrækkelig forudgående vurdering af rehabiliteringsbehov og -potentiale. En mere kompetent udredning og tværfaglig vurdering opleves at kunne understøtte en mere nuanceret og individualiseret visitation således at forstå, at en række borgere vurderes at kunne få den rette kvalitet i og effekt af rehabiliteringen via et mere individualiseret forløb på avanceret niveau. Flere kommuner har således opsagt det faste samarbejde med specialiserede rehabiliteringstilbud for i stedet at gøre øget brug af egne opkvalificerede eller nyrekrutterede medarbejdere til at udrede og levere rehabilitering på avanceret niveau.

Kommunerne har en forventning om at kunne reducere udgifterne til indsatser leveret af specialiserede rehabiliteringstilbud, idet kompetencerne og kvaliteten af indsatserne vurderes at kunne opretholdes med de erfaringer og den kompetenceudvikling, der er gennemført via projekterne (og via andre investeringer lokalt). En enkelt kommune vurderer at kunne reducere disse udgifter med 50 pct. Kommunerne har på nuværende tidspunkt ikke data, der gør det muligt at dokumentere, om der er realiseret en besparelse, eller om kvalitetsniveauet i indsatserne og effekten af indsatserne på avanceret (eller lavere) niveau er på samme eller højere niveau end i de specialiserede tilbud.

Kommunerne, der er omfattet af den aktuelle evaluering, har samtidig alle både ledelsesmæssigt og fagligt fokus på at sikre, at borgere med entydige behov for en rehabiliteringsindsats på et specialiseret niveau, også modtager en sådan indsats. Der

italesættes gennemgående en klar forståelse af, at en del borgere har så komplekse problemstillinger, at det alene er realistisk at opnå effekter af rehabiliteringen, hvis den leveres på et specialiseret neurorehabiliteringstilbud.

Ændringen i måden at tilrettelægge indsatsen på skyldes således primært et ønske fra kommunerne om at opnå en højere grad af kontrol med eller indflydelse på borgerforløbene og sammensætningen af indsatserne i de enkelte forløb. Det hænger således også sammen med et ønske om at kunne lave en løbende tilpasning af indsatsen til det individuelle behov – og på den måde tilbyde graduerede indsatser – også til den enkelte borger inden for det samlede forløb. Ved at gå væk fra en relativt automatisk visitation til et standardiseret forløb hos et specialiseret rehabiliteringstilbud, vurderer nogle af projektkommunerne, at der kan sikres bedre sammenhæng til kommunale indsatser leveret fra det sociale områder og beskæftigelsesområdet. Derved ses der samtidig en mulighed for samlet set skabe et bedre grundlag for at understøtte transfer af rehabiliteringen til borgerens eget miljø .

Flere af kommunerne vurderer dermed, at de kan opnå en højere kvalitet og en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne ved at udrede og visitere mere selvstændigt eller med bistand fra specialiserede rehabiliteringstilbud. Tidligere har flere af projektkommunerne haft en aftale med sygehus og/eller specialiserede rehabiliteringstilbud, hvor der kunne tages kontakt fra sygehus til specialiserede rehabiliteringstilbud, der derefter tog direkte kontakt til borgeren med henblik på udredning af funktionsevne og behov – og uden at kommunale medarbejdere var involveret i dette. Med andre ord har der i takt med, at kompetencerne på hjerneskadeområdet er blevet styrket i kommunerne, opstået et stigende behov og ønske om at tage et større ansvar for det samlede rehabiliteringsforløb.

Det skal understreges, at der ikke i projekterne er objektive data, der kan lægges til grund for en sammenligning af effekt og kvalitet af rehabiliteringsforløb før og efter den mindskede anvendelse af specialiserede tilbud.

Det skal endvidere bemærkes, at de beskrevne erfaringer alene er de ti projektkommuners, og at der ikke er foretaget en vurdering af disse i forhold til andres perspektiver, erfaringer og indsatser. Samtidig bør det nævnes, at implementeringen af specialiseringsniveauerne fortsat er undervejs, hvilket kræver et nært samarbejde på tværs af kommuner og med regioner og sygehuse.

Tværfaglighed og progressionsfokus

Flere kommuner har i stedet indført en tværfaglig og helhedsorienteret visitation og sagsbehandling, hvor alle relevante faggrupper tidligt inddrages i udredning og vurdering af støttebehov og indsatsmuligheder – og hvor rehabiliteringsindsatserne fortsættes på intensivt niveau i umiddelbar forlængelse af (stadigt kortere) regionale indlæggelsesforløb og eventuelle omfattede rehabiliteringsindsatser.

Kommunerne vurderer, at det øgede fokus på udredning og visitation – sammen med især de langt mere tværfaglige/forvaltningstværgående indsatser – giver øget mulighed for løbende at tilpasse indsatsen til borgerens aktuelle behov – og ikke mindst for at sikre, at indsatserne løbende er individualiserede og helhedsorienterede.

I de kommuner, hvor der har været arbejdet med systematisk opfølgning på borgerens progression, og hvor der samtidig er en gradueret og relevant tilbudsvifte, har det været muligt løbende at tilpasse indsatsen til borgerens aktuelle rehabiliteringsbehov. I Helsingør Kommune har man således arbejdet med genoptræningsforløb opdelt i kortere fleksible sekvenser, hvor indsatsen løbende er blevet tilpasset borgerens aktuelle behov. En sådan løbende tilpasning til de aktuelle behov og dermed en bestræbelse på at opnå laveste effektive omsorgsniveau (hvilket implicit også kan indebære en opgradering af

indsatsen til specialiseret niveau) vil på den ene side betyde, at borgeren får tilbudt rette indsats til rette tid, og på den anden side, at borgeren hverken modtager en for omfangsrig eller for begrænset indsats, end borgeren har behov for og kan profitere af. Dette vil – alt andet lige – betyde et bedre match mellem indsats og behov og dermed bedre ressourceudnyttelse.

2.1.3 Omkostningseffektivitet

Nødvendigheden af omkostningseffektive indsatser (højest mulige kvalitet til lavest mulige omkostning) er helt grundlæggende i forhold til at kunne finansiere sundhedsindsatserne fremadrettet.

Der er i forbindelse med evalueringen konkret blevet spurgt til, om det enkelte projekt har omfattet elementer af opfølgning på eller evaluering af cost-benefit forhold. Ingen af projekterne har svaret bekræftende herpå, og projekterne har således ikke lavet egentlige cost-benefit-målinger af indsatserne eller systematiske registreringer af omkostningerne ved indsatserne. Der kan således ikke på baggrund af data fra projekterne opstilles egentlige omkostningsbaserede cases for de tiltag og aktiviteter, der har været gennemført.

Alligevel er der indikationer på, at styrket genoptræning og rehabilitering har økonomiske fordele. Hermed forstås, at den samlede investering i virkemidler og indsatser synes at være mindre, end den samfundsøkonomiske gevinst, der ligger i at realisere det rehabiliteringspotentiale, borgere med erhvervet hjerneskade hver især har.

Det drejer sig opsummerende om følgende, som projektkommunerne har fremhævet:

- Styrket arbejdsmarkedstilknytning og øget funktionsevne
- Rette tilbud til rette tid – herunder særligt en tidligere opsporing af borgere med hjerneskade og iværksættelse af relevant indsats
- Mere effektiv genoptræning gennem adgang til gradeurede indsatser, herunder særligt rehabilitering på avanceret niveau, (men også rettidig og relevant anvendelse af specialiserede rehabiliteringstilbud.)
- Færre udgifter til indhentning af speciallægeerklæringer
- Færre udgifter til behandling af klager og kontakt med pårørende

Styrket arbejdsmarkedstilknytning

Først og fremmest vurderer en række projekter, at der kan hentes en omkostningseffektivisering gennem en styrket tilknytning til arbejdsmarkedet for de borgere, der har fået en hjerneskade. Både en fastholdelse af tilknytningen til arbejdsmarkedet for de borgere, der ellers ville have fået tildelt fx førtidspension, og en endnu hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet for andre borgere. Således har man i Hvidovre Kommune – i en sammenligning mellem borgere, der har været tilknyttet projektet, og borgere, der fik konstateret hjerneskade, året inden projektet gik i gang (med fokus på koordinering og pårørendeindsats) – registreret, at 29% færre borgere har fået tildelt førtidspension, og at 24% flere har tilknytning til det ordinære arbejdsmarked eller er under uddannelse⁴. Det bemærkes i forlængelse heraf, at en mere dybdegående og systematisk opfølgning på disse parametre formentlig ville gøre det muligt at synliggøre og vurdere effekten af den styrkede indsats i den enkelte kommune.

⁴ Der er ikke foretaget en egentlig analyse af Hvidovre Kommunes resultater, og det er derfor ikke muligt entydigt at konkludere, at der ikke kan ligge andre årsager til grund for faldet i tildelte førtidspensioner. Fx er der i samme periode gennemført en række reformer på beskæftigelsesområdet, som givetvis også kan have påvirket resultaterne.

Mange af de evaluerede projekter fremhæver, at den forbedrede koordination i visitationsprocessen og ved overgange fra en type tilbud til en anden fører til bedre omkostningseffektivitet. Se nærmere om de koordinerende tiltag i næste kapitel.

Rette tilbud til rette tid

Den helhedsorienterede tilgang, hvor forskellige faglige kompetencer – i nogle tilfælde med deltagelse fra sygehus og specialiserede rehabiliteringstilbud – sætter sig sammen for at foretage en tværfaglig vurdering af rehabiliteringsbehovet og –potentialet samt mulige indsatser i forlængelse heraf, vurderes at føre til, at der hurtigere end tidligere iværksættes relevante indsatser. Således kan der også ved en helhedsorienteret udredning og visitation igangsættes simultane indsatser til forskel fra tidligere, hvor forløbene typisk var karakteriseret ved, at Social- og Sundhedsforvaltningen først satte ind med en række indsatser, og først når disse ophørte, igangsatte Beskæftigelsesforvaltningen en ny og ofte overlappende række indsatser. Der er gode erfaringer med dette. Særligt i projekterne gennemført i Lolland, Middelfart, Sønderborg, Randers og Hvidovre Kommuner.

En rehabiliteringsindsats igangsat i umiddelbart forlængelse af sygehusbehandlingens afslutning sikrer, at tab af funktionsevne undgås pga. stilstand i overgangen. Det betyder samtidig, at omkostningseffektiviteten øges, fordi omfanget og intensiteten af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen sker med afsæt i det bedst mulige udgangspunkt.

Der er gode erfaringer med en udgående indsats, hvor kommunen tager kontakt til borgeren allerede under indlæggelsen på sygehus. Her opleves det som helt centralt, at kommunen arbejder aktivt på at gøre overgangen fra sygehusindlæggelse til genoptræning og rehabilitering i kommunalt regi så glidende som muligt, så der ikke opstår u hensigtsmæssige pauser i indsatsen, hvor borgerens funktionsevne forringes (yderligere) eller stagnerer.

Helt afgørende er det naturligvis, at indsatsen har den fornødne virkning. Der er opnået gode erfaringer med at anvende standardiserede målinger (fx Assessment of Motor and Process Skills, der blev anvendt i projektet i Hvidovre Kommune, og SF 12, der anvendes i Odense Kommune), således at det kan vurderes, om borgerens funktionsevne forbedres, og borgeren dermed bliver mere selvhjulpent, og om behovet for fysisk og praktisk hjælp derfor mindskes.

Neurofaglige kompetencer

I flere projekter er det vurderingen, at den målrettede genoptræningsindsats leveret af medarbejdere med neurofaglige viden og kompetencer – på rette graduerede niveau – har en positiv effekt på borgernes funktionsevne og dermed grad af selvhjulpenthed.

Denne vurdering er primært baseret på kvalitative vurderinger, og i de få projekter, hvor der måles på progressionen i funktionsevne, har der ikke været mulighed for at sammenligne progressionen med andre relevante grupper.

Det nævnes gennemgående som helt afgørende for, at indsatserne til borgere med erhvervet hjerneskade har en positiv effekt på borgernes funktionsevne og så at sige "ikke spildes", at de rette neurofaglige kompetencer er til stede hos de medarbejdere, der varetager indsatserne til borgerne. Det er naturligt i forlængelse heraf at antage, at investeringen i kompetenceudvikling ikke blot er et effektivt, men også et nødvendigt virkemiddel for at sikre effektivitet (og formentlig omkostningseffektivitet) af indsatserne til borgere med erhvervet hjerneskade.

Øvrige omkostningseffektive indsatser og virkemidler

Kommunerne har særligt fremhævet følgende øvrige erfaringer med direkte omkostningsreducerende og –effektive indsatser og virkemidler:

1. Gennem en bedre koordination af borgerforløbene og sagsbehandlingen er der i flere kommuner – fx Lolland Kommune – set et reduceret behov for indhentning af speciallægeerklæringer. Man har konkret sat ind for at undgå, at flere forvaltninger indhenter de samme oplysninger og speciallægeerklæringer. Dette er typisk foregået ved, at en koordinerende funktion har haft overblik over borgerens samlede forløb og kontakter og dermed sikret, at der er sket udveksling af relevante dokumenter – og har delt disse på tværs af kommune efter behov.
2. Flere kommuner – herunder Middelfart Kommune – vurderer, at en bedre koordinering, og herunder et bedre og mere helhedsorienteret og mere konstruktiv møde mellem borger og kommune, har ført til færre klager over sagsbehandlingen. Det har reduceret tidsforbruget til klagesagsbehandling i samtlige berørte forvaltninger/centre.
3. Endelig har en opprioritering og proaktivt indsats med at inddrage de pårørende i Hvidovre og Odense Kommune medvirket til at reducere antallet af løbende henvendelser fra pårørende til kommunen. Dette vurderes også at frigive ressourcer. Det er i den sammenhæng også oplevelsen, at en god relation til de pårørende "smitter" af på den hjerneskadede borger. Hvis de pårørende oplever at være inddraget og godt oplyst, så oplever borgeren med hjerneskade ligeledes, at der er en god relation til kommunen.

2.2 Tværgående resultater

Erfaringsopsamlingen styrker billedet af, at der kan opnås positive resultater ved at styrke koordineringen – både internt i kommunen og med eksterne samarbejdsparter ved etablering af kommunale tilbud på avanceret niveau og gennem neurofaglig kompetenceudvikling.

Det skal samtidig understreges, at omfanget af evalueringen ikke giver grundlag for entydige konklusioner angående styrken i disse sammenhænge. Der er derimod kun i begrænset omfang afprøvet og dermed observeret positive resultater af et tværkommunalt samarbejde om indsatsen. Dette belyses alligevel i det følgende, da det er Implements opfattelse, at der er identificeret en række relevante indsatser og virkemidler, som med fordel kan bringes med i det fortsatte arbejde med at styrke genoptræning og rehabilitering på hjerneskadeområdet. Indledningsvist blev disse perspektiver præsenteret i afsnit 1.2.1. for at illustrere, at puljeprojekterne i høj grad har set de forskellige indsatser og virkemidler som sammenhængende, og at det derfor også bør have særlig opmærksomhed, hvordan de forskellige virkemidler og indsatser spiller sammen.

I den tværgående analyse af de resultatgivende tiltag (se mere om disse i næste kapitel) fremgår det, at de positive resultater virkningsmæssigt kan knyttes til særligt tre grupperinger af virkemidler og indsatser, der af Implement vurderes at have været udtryk for særligt udslagsgivende sammenhænge og mekanismer i de omfattede puljeprojekter:

- *Rettidig indsats* omfattende de forskellige virkemidler, der er sat i værk for at undgå, at der sker forsinkelse i de rehabiliterende indsatser igangsættelse i forlængelse af afsluttet sygehusbehandling og undervejs i forløbet.

- *Neurofaglig kompetent udredning, visitation, tværfaglig og planlægning og koordination* omfattende virkemidler, der bidrager til at sikre den mest korrekte visitation og adgang til en tilstrækkeligt gradueret række af rehabiliteringsindsatser.
- *Kvaliteten i og adgange til graduerede genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser* omfattende virkemidler, der bidrager til at sikre, at kvaliteten i den faglige indsats er af en sådan karakter, at sandsynligheden for at opnå de ønskede resultater for borgerens funktionsevne er maksimal.

Opsummerende har Implement på baggrund af erfaringerne i projekterne set en række sammenhænge mellem de styrkede indsatser og de kvalitetsmæssige og omkostningseffektivitetsmæssige resultater, projekterne vurderes at have leveret.

Det har som anført ikke været muligt at isolere de enkelte faktors virkning – tværtimod er det klart indtrykket, at kombinationer og samtænkning af de forskellige indsatser og virkemidler er forudsætningen for at opnå gode resultater. Helt overordnet er det Implements vurdering, at det er meningsløst at forsøge at adskille de enkelte indsatser og virkemidler, og at det netop er i den rette sammenhæng og kombination af indsatser – både for den enkelte borger og for den enkelte kommune – at det er muligt at opnå gode resultater. I figuren nedenfor er dette søgt illustreret.



Det gælder både, når der er tale om at styrke kvaliteten (og effekten) af de enkelte rehabiliteringsindsatser, når der gælder om at bringe de rigtige og relevante indsatser i spil rettidigt og på rette specialiseringsniveau – og som forudsætning herfor, at der er adgang til et sæt af graduerede indsatser. Sidstnævnte ses som en væsentlig forudsætning for, at indsatserne kan være omkostningseffektive – og dermed levere mest mulig kvalitet og effekt for den anvendte økonomi.

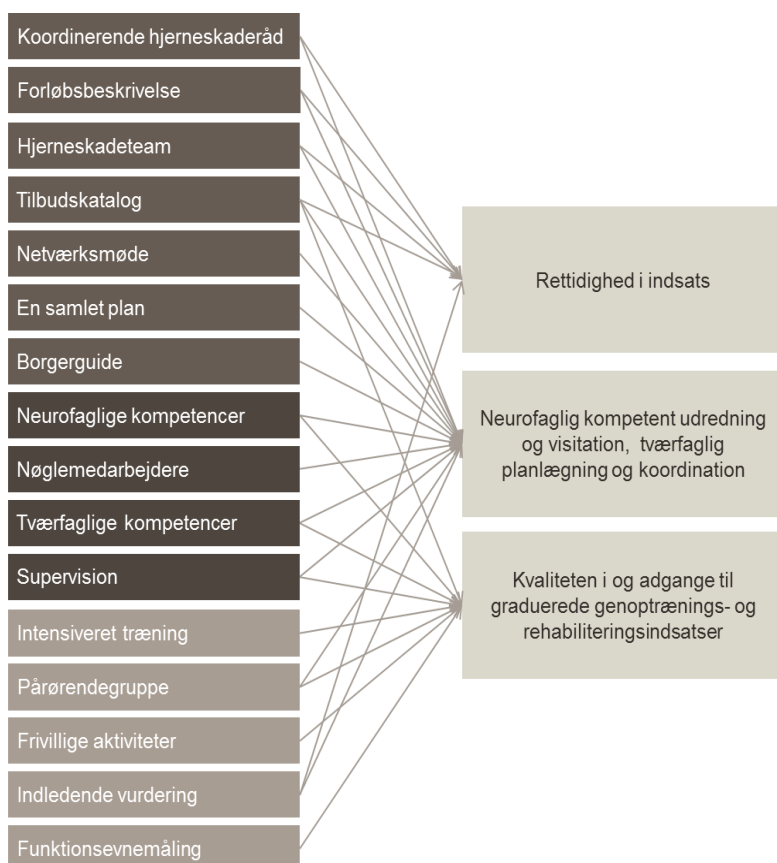
Figuren illustrerer således på den ene side en forsimplet og overordnet sammenhæng mellem de tre fremhævede områder og de i evalueringen sandsynliggjorte resultater, og på den anden side illustrerer figuren, at det er helt afgørende, at der ikke er tale om en "enten eller"-sammenhæng, men en "både og"-sammenhæng således at forstå, at resultaterne af indsatserne formentlig kun indfinder sig, når virkemidler og indsatser er samtænkt og afstemt – og på et vist niveau på alle tre områder.

3. Projekternes erfaringer med virksomme rehabiliteringsindsatser

I de ti udvalgte projekter er der afprøvet en række helt konkrete virkemidler og indsatser samt kombinationer af disse. I dette kapitel beskrives i alt 16 indsatser, som så at sige er skilt ad med henblik på at kunne formidle disse meningsfuldt. Igen skal det understreges, at de enkelte indsatser formentlig ville være betydeligt mindre effektfulde, hvis man rent faktisk forsøgte at implementere dem enkeltvis.

Indsatserne har forskellige karakter. For det første er det sandsynliggjort, at der er nogle grundlæggende forudsætninger for, at der kan implementeres nye tiltag på området (i analysen benævnt implementeringsforudsætninger - herunder blandt andet tværkommunalt samarbejde). Disse behandles nærmere i kapitel 4.

For det andet er det sandsynliggjort, at der er en række konkrete aktiviteter, der kan iværksættes i kommunerne for at styrke indsatsen (herunder blandt andet styrket koordinering, etablering af tilbud på avanceret niveau (og generelt set opbygning af en graderet tilbudsvifte) samt neurofaglig kompetenceudvikling.



I det følgende er de 16 konkrete indsatser forsøgt koblet til de ovenfor nævnte tre grupperinger: 1) Rettidighed i indsatsen for borgere med erhvervet hjerneskade, 2) neurofaglig kompetent udredning og visitation, tværfaglig planlægning og koordination af indsatsen og/eller 3) Kvaliteten i og adgang til graderede genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser. Det er ovenfor sandsynliggjort, at disse tre grupperinger kan føre til øget omkostningseffektivitet samt forbedring af kvalitet og effekt i det samlede borgerforløb – med afsæt i det lavest mulige omkostnings-/omsorgsniveau. Dette er søgt illustreret i figuren til venstre.

Indsatserne er endvidere udvalgt på baggrund af en vurdering af deres resultater, men også fordi der er tale om indsatser, der er implementeret i flere projekter/kommuner.

De 16 indsatser er endvidere i figuren grupperet med forskellige nuancer, som illustrerer, at de første syv indsatser har et særligt fokus på koordinering, de næste fire indsatser særligt på kompetenceudvikling, mens de sidste fem har haft fokus på områder, der så at sige er uden for kategori.

De mange pile er indsats for at indikere Implements vurdering af, hvilke af de tre områder, den enkelte indsats synes at understøtte. Som det fremgår, understøtter langt de fleste af indsatserne mere end et område, hvilket underbygger, at de enkelte indsatser ikke kan ses isoleret. Det er derfor nødvendigt at se indsatserne i et borgerforløbsperspektiv, hvor de enkelte indsatser, der er identificeret som særligt relevante at fremhæve i nærværende erfaringsopsamling, supplerer hinanden og andre indsatser og virkemidler.

De 16 indsatser beskrives i nedenstående skabelon med ambitionen om at gøre indsatserne så lettilgængelige og overførbare til den konkrete og lokale kommunale praksis som muligt.

- **Titel:** Navnet på indsatsen
- **Målgruppe**
 - Her beskrives, hvilke målgrupper indsatsen er rettet mod. Er det specielle aldersgrupper? Borgere med særlige typer af funktionsevnenedsættelse? Borgere på et særligt funktionsevneniveau?
- **Resultat af indsatsen**
 - Hvad skal der komme ud af det for borgeren? Hvordan gavner indsatsen? Kan effekten eller resultatet dokumenteres eller monitoreres?
- **Metode/praksis**
 - Hvordan udføres indsatsen? Hvilke handlinger skal sættes i værk? Og hvem skal udføre dem? Er der en manual eller en arbejdsgangsbeskrivelse?
- **Forudsætninger for implementering**
 - Her beskrives, hvilke forudsætninger der skal være til stede for at støtte implementeringen af den konkrete indsats. Det kan fx handle om bestemte kompetencer og organisatorisk forankring.
- **Omkostninger**
 - Så vidt muligt gives en vurdering af de direkte omkostninger ved at indføre den pågældende indsats.

3.1 Hjerneskadekoordinering

For en effektiv rehabiliteringsindsats er det helt afgørende, at indsatsen er velkoordineret. I stort set alle projekter har der været en medarbejder med titlen Hjerneskadekoordinator. Selvom titlen går igen i rigtig mange projekter, har de pågældende medarbejdere haft meget varierende funktion. Det er således langt fra et entydigt begreb i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen i forhold til erhvervet hjerneskade.

Arbejdet med at indføre en koordineringsfunktion, går på tværs af sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet. På tværs af de tre fagområder arbejdes der gennemgående med en myndighedsfunktion, som på baggrund af en faglig vurdering bestiller (udredning og visitation) en indsats (leverance) hos en intern eller ekstern leverandør, der leverer den givne indsats til den pågældende borger.

I dette afsnit præsenteres en række indsatser, der kan være med til at sikre en koordineret indsats. Ingen af disse indsatser kan stå alene, og det kan på baggrund af evalueringen anbefales, at der arbejdes med indsatser på såvel systemniveau som på "sagsbehandlerniveau" og endelig i forhold til den konkrete indsats og kontakt med den enkelte borger.

Når der i denne erfaringsopsamling tales om koordination og koordinering, baserer det sig på følgende definition: *Koordination er at arrangere indsatserne indholdsmæssigt og tidsmæssigt med henblik på at nå fælles rehabiliteringsmål.*

Dette er Implements egen definition, der i høj grad baserer sig på definitionen af rehabilitering, som den fremgår af MarselisborgCentrets "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" fra 2004.

Baseret på Implements omfattende erfaring med udvikling, evaluering og vurdering af koordinationsmodeller er de vigtigste opgaver i den koordinerende funktion, i forhold til det enkelte borgerforløb, at:

1. Tage stilling til, om der er behov for en særligt koordinerende indsats.
2. Fastsætte de fælles rehabiliteringsmål på tværs af alle relevante indsatser.
3. Etablere en tydelig rolle- samt opgave- og ansvarsfordeling blandt de relevante aktører.
4. Sikre adgangen til relevant information for alle involverede aktører (herunder borger og pårørende).
5. Sikre en fælles planlægning på tværs af aktører og indsatser.

Dette bekræftes i de gennemførte projekter. De undersøgte projekter bekræfter endvidere, at det både er i overgangene mellem forskellige faser i rehabiliteringsforløbet – som disse er beskrevet i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering for børn og voksne med erhvervet hjerneskade – og inden for de enkelte fase, at der er brug for en koordinerende indsats .

Evalueringen og tidligere undersøgelser viser, at det er en nødvendig forudsætning for en vellykket koordinering i de enkelte borgerforløb, at der skabes de nødvendige rammer på tværs af sektorer og forvaltninger. Dette er en strategisk ledelsesopgave.

For at sikre en optimal koordinering af indsatsen på tværs af særligt sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet på borgerniveau, er det endvidere nødvendigt at være opmærksom på såvel bestiller-/visitationsniveau som udfører-/leverandørniveau.

Sidst men ikke mindst viser evalueringen, at det er hensigtsmæssigt, at have en særlig opmærksomhed på at støtte borgerens kontakt med de ofte mange forskellige aktører. Sammenhængen mellem de forskellige koordinationsniveauer, opgaver og aktører fremgår af nedenstående tabel.

Koordineringsniveau	Koordineringsopgave	Primære aktører	Konkrete indsatser
Systemniveau	Samordning på tværs af sektorer og forvaltninger	Ledelse – strategisk niveau	Koordinerende hjerneskaderåd Forløbsbeskrivelser
Forløbsniveau – visitation	Samordning af udredning og vurdering af rehabiliteringsbehov	Bestiller/visitorator – operationelt niveau	Hjerneskadeteam Tilbudskatalog
Forløbsniveau – leverandør	Samordning af leveret indsats og opfølgning	Udfører/fagperson – operationelt niveau	Netværksmøde En samlet plan
Borgerniveau	Samordning af kontakter til borger	Udfører/koordinerende funktion	Borgerguide Udmøntning af genoptræningsplan

Erfaringerne fra de undersøgte projekter tyder på, at der særligt kan realiseres gevinster i forhold til effektivitet og kvalitet ved at koordinere og derved levere en helhedsorienteret og tværfaglig udredning, vurdering af rehabiliteringsbehovet og visitation.

3.1.1 Systemniveau

Koordinerende hjerneskaderåd – koordinering på systemniveau

Koordinerende hjerneskaderåd

- Rettidig indsats
- Udredning, visitation og koordination

Indsatsen fremmer rettidighed i indsatserne, og at det er muligt at udrede, visitere og koordinere effektivt ved at sikre, at de overordnede rammer i kommunen fordrer samarbejde og koordination på tværs af enheder. De rammer, lederne sætter op for medarbejderne, skal fremme samarbejde på tværs.

Målgruppe

Det koordinerende hjerneskaderåd skal sætte rammerne for rehabilitering af alle borgere med behov for en rehabiliterende indsats. Den umiddelbare målgruppe for det koordinerende hjerneskaderåds arbejde er i høj grad de organisationer og medarbejdere, der skal levere indsatsen til borgerne, snarere end borgerne selv.

Resultat af indsatsen

Det koordinerende hjerneskaderåd skal skabe tydelige rammer for og sammenhæng i hele borgerforløbets indsatser. Dermed er det koordinerende hjerneskaderåd også helt centralt for, at borgere og pårørende oplever en høj kvalitet i alle indsatserne. Endvidere kan et velfungerende koordinerende hjerneskaderåd skabe fokus på hurtige overgange mellem sektorer og dermed være med til at sikre en hurtig indsats.

Metode/praksis

Det koordinerende hjerneskaderåd har forskellige navne på tværs af projekterne. Navnet er valgt, da det synes at være mest dækkende for funktionen, og for at differentiere navnet fra hjerneskadeteamet.

På baggrund af erfaringerne kan det anbefales, at der nedsættes et formelt forum, hvor ledelsesrepræsentanter fra kommune og de tætteste eksterne samarbejdspartner på hjerneskadeområdet mødes ca. to gange om året. I forhold til ledelsesrepræsentanter fra kommunen er det væsentligt at involvere ledere med ansvar på sektorniveau for såvel sundhedsområdet, socialområdet, uddannelsesområdet og beskæftigelsesområdet. Ligeledes er det væsentligt, at direktionniveau med tværgående ansvar er repræsenteret.

På mødernes skal rammerne for samarbejdet om den samlede rehabiliterende indsats drøftes. Der skal tages stilling til såvel borgerforløb, indsatstidspunkt og faseovergange. Herunder skal der tages stilling til, hvordan der udvikles og skabes rammer for velkoordinerede borgerforløb med høj faglig kvalitet.

Forudsætninger for implementering

Det er en forudsætning for nedsættelsen af det koordinerende hjerneskaderåd, at der er

den fornødne ledelsesmæssige opbakning hos alle relevante aktører. Dette bør derfor prioriteres af den kommunale topledelse.

Omkostninger

Omkostningen ved etablering af et koordinerende hjerneskaderåd er alene den tid, som ledelsesrepræsentanterne – og deres respektive stabe – anvender til forberedelse og afholdelse af møderne.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Alle ti udvalgte projektkommuner; Middelfart Kommune, Odense Kommune, Sønderborg Kommune, Aarhus Kommune, Randers Kommune, Thisted Kommune, Lolland Kommune, Faxe Kommune, Hvidovre Kommune, Helsingør Kommune.

Se endvidere Bilag D.

Forløbsbeskrivelser

Forløbsbeskrivelser

- Rettidig indsats
- Udredning, visitation og koordination

Indsatsen fremmer rettidighed i indsatserne, og at det er muligt at udrede, visitere og koordinere effektivt ved at sikre, at alle involverede aktører kender til deres opgaver. Hvem der har hvilke opgaver, og hvornår disse skal udføres, er beskrevet i forløbsbeskrivelserne, der er udformet for at designe den rette indsats til rette tid.

Målgruppe

Målgruppen for forløbsbeskrivelser er i høj grad de medarbejdere, der er involveret i de enkelte borgerforløb, men også ledelse og borgere.

Forløbsbeskrivelserne beskriver de forskellige relevante aktørers opgaver set i et borgerforløbsperspektiv og tydeliggør således, hvilke aktører der har hvilke opgaver hvornår. Det er således især de sammensatte rehabiliteringsforløb, dvs. borgere med en erhvervet hjerneskade, der i sig selv er komplekse, eller som er kombineret med andre problemer (i relation til fx arbejdsevne og sociale forhold), hvor forløbsbeskrivelser bringes i spil.

Resultat af indsatsen

Forløbsbeskrivelsernes fokus på de samlede borgerforløb og overgange mellem fx afslutning af specialiseret rehabilitering i regionalt regi til påbegyndelse af almene rehabiliteringsindsatser i kommunalt regi har bl.a. betydet færre problemer i faseovergange. Der er således i projekterne eksempler på, at rehabiliteringsindsatser i kommunalt regi indledes, inden indsatser – også af kortere varighed – afsluttes i regionalt regi.

Forløbsorienteringen har været medvirkende til øget fokus på parallelle snarere end sekventielle indsatser – fx med påbegyndelse af sagsbehandling på arbejdsmarkedsområdet (for borgere hvor arbejdsevneproblematik er involveret) samtidig med fx igangværende genoptræningsindsatser på sundhedsområdet. Og

dermed på rettidig, og i nogle tilfælde, tidligere indsats.

De faglige eksperter, der har kommenteret denne erfaringsopsamling, anfører i denne forbindelse ligeledes, at et såkaldt "stafetprincip", hvor den ene aktør så at sige giver borgerforløbet videre til den næste aktør, ikke er anbefalelsesværdigt ud fra faglige kriterier, og at koordinerede parallelle indsatser vurderes som bedre til at sikre den samlede faglige kvalitet.

Endelig kan forløbsbeskrivelserne anvendes direkte i arbejdet med borgere og pårørende for at skabe klarhed over forløb og relevante aktører. Dette er bl.a. gjort i Helsingør, hvor forløbsbeskrivelsen er udarbejdet som plakat til brug internt i kommunerne og som pjece til uddeling ved de første kontakter med borgeren. Materialet er intuitivt forståeligt, har fået god modtagelse hos borgere og pårørende og styrker dermed den borgeroplevede kvalitet.

Metode/praksis

Forløbsbeskrivelserne har forskellige navne på tværs af projekterne. Navnet er valgt, da det synes at være mest dækkende for funktionen.

Projekterne afspejler, at den generelle tendens mod forløbsorientering, som også beskrives i både Sundhedsstyrelsens MTV- og forløbsprogram, er et fokuset og et grundlag for forbedringer, når det gælder bl.a. planlægning og styring af rehabiliteringsforløbene.

Forløbsbeskrivelser har en meget heterogen karakter på tværs af projekterne – lige fra øget fokus på sammenhæng mellem bestemte indsatser inden for det kommunale sundhedsområde til systematiske og detaljerede tværsektorielle og -organisatoriske forløbsbeskrivelser.

Implement vurderer, at metoderne til udformning af forløbsbeskrivelserne i flere tilfælde har været inspireret af traditionelle Leantantøjer og Leantankegang, selvom Lean i langt de fleste tilfælde ikke har været anvendt eksplicit som terminologi.

Workshops med involvering af medarbejdere fra de forskellige funktioner og indsatsområder i rehabiliteringsforløbene har været en typisk fremgangsmåde med henblik på at skabe fælles forståelse for indsatser og indsatsammenhænge i rehabiliteringsforløbene og med henblik på at identificere udfordringer i fx sammenhæng og koordination. Dette har også betydet en bred faglig fundering af arbejdet.

I enkelte projekter har der været arbejdet med processen på tværs af ikke alene de kommunale funktioner og indsatsområder, men også det regionale og andre specialiserede rehabiliteringstilbud. Således har eksterne aktører være inddraget i arbejdet med udformningen af forløbsbeskrivelserne.

Således udgør forløbsbeskrivelserne et vigtigt element i det koordinerende hjerneskaderåds arbejde, da det er her, at der skal opnås enighed om de tværgående elementer i forløbsbeskrivelserne.

Forudsætninger for implementering

Der er ingen principielle hindringer for at fokusere på samt prioritere forløbsbeskrivelser – også som del af den driftsmæssige planlægning og styring af rehabiliteringsindsatserne. Der er positive erfaringer med, at dette gøres på tværs af flere kommuner i samarbejde med det regionale sygehusvæsen. Det kræver – ligesom med arbejdet i det koordinerende hjerneskaderåd – bred tværgående ledelsesmæssig

opbakning.

Den enkelte kommunes erfaring med og fokus på samspil og koordination på tværs af forvaltninger og funktioner vurderes at være en vigtig faktor i sammenhæng med udvikling og implementering af forløbsbeskrivelser.

Omkostninger

Der er en klar investering – ikke mindst i anvendt tid for medarbejdere og ledere i kommunen og eventuelt også i regionen, såfremt forløbsbeskrivelser skal udvikles og implementeres samt vedligeholdes.

Denne investering må sammenholdes med det ovenfor anførte vedrørende resultater/effekter – og med den kompetencehævning, som forløbsorientering i sig selv kan medvirke til at skabe.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Alle ti udvalgte projektkommuner; Middelfart Kommune, Odense Kommune, Sønderborg Kommune, Aarhus Kommune, Randers Kommune, Thisted Kommune, Lolland Kommune, Faxe Kommune, Hvidovre Kommune, Helsingør Kommune. Med meget stor variation i omfang og dybde i beskrivelserne.

Se endvidere Bilag D.

3.1.2 Forløbsniveau – udredning og visitation

Hjerneskadeteam

Hjerneskadeteam

- Rettidig indsats
- Udredning, visitation og koordination

Indsatsen fremmer effektiv udredning, visitation og koordinering ved at samle alle myndighedsfunktioner om borgeren i hjerneskadeteamet. Alle relevante myndigheder bliver hørt, og den optimale indsats til borgeren sammensættes. Da det er myndighedsfunktioner med visitationskompetence, der er samlet, kan man igangsætte de bevilligede aktiviteter rettidigt.

Målgruppe

Hjerneskadeteamet behandler sager om borgere, som har et behov for en særligt koordinerende indsats, enten fordi hjerneskadene er omfattende, eller fordi borgeren også har andre rehabiliteringsbehov.

Resultat af indsatsen

For borgere med rehabiliteringsbehov på avanceret og specialiseret niveau er hjerneskadeteamet det, der sikrer en helhedsorienteret og tværfaglig tilgang til rehabiliteringsforløbet. Det er hjerneskadeteamet, der vurderer det konkrete rehabiliteringsbehov, og som visiterer/indstiller til konkrete indsatser for borgeren. Det er således i høj grad gennem hjerneskadeteamet, at det skal sikres, at rehabiliteringsindsatser tilpasses borgerens behov. Det er således også hjerneskadeteamet, der kan sikre, at den rigtige indsats tilbydes på det rigtige tidspunkt,

og at der kan igangsættes parallelle indsatser for borgeren. Disse forhold er afgørende for, at borgeren opnår den bedst mulige funktionsevne.

Hvis der er problemer i borgerforløbet, er det også i hjerneskadeteamet, at udfordringerne kan drøftes og løses.

Metode/praksis

Det fremgår af projekterne, at hjerneskadeteamet, for at sikre de bedste resultater, bør bestå af fagpersoner fra såvel sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Fagpersonerne skal kunne indstille eller visitere til konkrete indsatser og ydelser. Eventuelle faste eksterne samarbejdspartner og repræsentanter for udførerniveauet kan også deltage. Medlemmerne af hjerneskadeteamet mødes til faste møder – fx hver måned – hvor nye borgerforløb drøftes, og eksisterende forløb eventuelt revideres. Endvidere drøftes det generelle samarbejde, ny lovgivning og regulering, kompetenceudvikling m.m.

Det har i projekterne være vurderet positivt, at der har være en fast tovholder for hjerneskadeteamet. Denne funktion har i mange af projekterne ligget hos kommunens hjerneskadekoordinator. Tovholderen kan også indkalde til ad hoc-møder ved behov for hurtigere sagsbehandling. Ved behandling af konkrete borgersager i hjerneskadeteamet kan det være en fordel, at også borgerens kontaktperson eller sagsbehandler og borger selv deltager. Der er dog ikke stor erfaring med borgerdeltagelse på disse møder.

I projekterne har der både været afprøvet modeller, hvor hjerneskadeteamet havde formel visitationskompetence, og hvor netværket ikke havde formel visitationskompetence. Dog har det vist sig, at selv i de tilfælde, hvor netværket ikke har haft formel visitationskompetence, er netværkets indstillinger i langt de fleste tilfælde blevet fulgt i den efterfølgende visitationsproces i en grad, så det må konstateres, at hjerneskadeteamet har haft de facto-visitationskompetence. Der kan således ikke konkluderes på baggrund af erfaringer med hjerneskadeteam uden visitationskompetence.

Hvis beskæftigelsesperspektivet i rehabiliteringsindsatsen ønskes styrket, kan det være en god idé at etablere hjerneskadeteamet i tæt samarbejde med Beskæftigelsesforvaltningen – eventuelt et sygedagpengeteam. Dette er der bl.a. gode erfaringer med i Middelfart Kommune.

I nogle projekter har det været praksis, at hjerneskadeteamet besøgte borgeren under indlæggelse i fase II i rehabiliteringsforløbet for at sikre en god overgang og en tidlig kommunal indsats. Dette kan både være som en del af udskrivningssamtalen, men der kan også gennemføres besøg før dette. Dette fremhæves som meget positivt, men kan kun gennemføres med en vis fleksibilitet i forhold til nødvendigheden af alle medlemmers deltagelse.

Forudsætninger for implementering

Det kræver bred ledelsesopbakning og prioritering af opgaven at have et fast hjerneskadeteam. I flere projekter har der været oplevelser af, at dele af den kommunale forvaltning har prioriteret deltagelse i dette netværk mindre, og at dette har haft negative konsekvenser for den rehabiliterende indsats.

Omkostninger

Der er betydelige ressourcemæssige og logistiske omkostninger forbundet med

etablering af et fast hjerneskadeteam. I de undersøgte projekter vurderes gevinsterne ved at have et hjerneskadeteam dog entydigt at være større end omkostningerne.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Middelfart Kommune, Aarhus Kommune, Randers Kommune, Lolland Kommune, Faxe Kommune, Hvidovre Kommune, Helsingør Kommune.

Se endvidere Bilag D.

Tilbudskatalog

Tilbudskatalog

- Rettidig indsats
- Udredning, visitation og koordination
- Kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Indsatsen fremmer rettidighed i indsatserne, at det er muligt at udrede, visitere og koordinere effektivt, og at der leveres kvalitet i selve genoptræningsindsatserne. Dette sker ved at skabe overblik over de tilbudte indsatser på en overskuelig og let tilgængelig måde. Ofte har en kommune en stor tilbudsvifte, men det er ikke altid at disse er bredt kendt blandt medarbejderne. Ved at skabe synlighed om tilbudsviften, fremmes det, at visiterende medarbejdere har kendskab til alle indsatser, der potentielt kan skabe kvalitet for borgeren med erhvervet hjerneskade.

Målgruppe

At kende til kommunens samlede tilbudsvifte er relevant for alle medarbejdere, der har kontakt til borgere med erhvervet hjerneskade. Det er dog særligt relevant, at medarbejdere med visiterende kompetence har et overblik over kommunens samlede tilbudsvifte.

Resultat af indsatsen

Ved at kortlægge kommunens indsatser og samle dem i et tilbudskatalog opnår medarbejderne et lettilgængeligt overblik over de tilbud, det kan være relevant at tilbyde den enkelte borger i et hjerneskadeforløb.

Kommunerne har ofte en bred tilbudsvifte, men traditionelt har der været et begrænset overblik blandt medarbejderne, herunder visitatorerne, og på tværs af forvaltninger over de mange tilbud.

Den relativt simple øvelse, det er, at skabe et overblik over kommunens tilbud, har i flere kommuner vist sig at være en indsats, som medarbejderne har været yderst tilfredse med. Overblikket har gjort det markant lettere at tilrettelægge et graderet rehabiliteringsforløb til borgeren, da det har været lettere at finde de rigtige tilbud og ikke mindst tilbyde dem på det rigtige tidspunkt. På baggrund af interview i Hvidovre, Helsingør og Lolland Kommuner antages det, at udarbejdelsen af et tilbudskatalog skaber grundlag for øget kvalitet i indsatsen til borgeren og medvirker til at sikre et mere omkostningseffektivt perspektiv på rehabiliteringsforløbet.

Metode/praksis

At udvikle et tilbudskatalog er en relativt simpel øvelse, men erfaringen fra projekterne

viser, at der er nogle opmærksomhedspunkter, man bliver nødt til at have for øje i kortlægningen.

For det første er det vigtigt at afdække alle indsatser. Dette kan man fx gøre gennem en spørgeskemaundersøgelse, der belyser hver enkelt afdelings tilbud. På denne måde skaber man også en grad af involvering af alle relevante kommunale aktører, der kan være med til at skabe en grad af ejerskab til udviklingen af et katalog. Denne tilgang har man anvendt i Lolland Kommune med succes.

For det andet er det vigtigt at have klare linjer om, hvad det er for tilbud, der skal indgå i tilbudskataloget. Skal man koncentrere sig om kommunens egne tilbud, eller skal man – som fx Helsingør Kommune har gjort – inkludere en oversigt over eksterne leverandører med specialiserede rehabiliteringstilbud. Her har leverandører budt ind med kompetencer, kapacitet, ydelser, pris mv.

For det tredje er det vigtigt at have for øje, hvem målgruppen for tilbudskataloget er. I både Helsingør, Lolland og Hvidovre Kommuner er den primære målgruppe kommunale medarbejdere i kontakt med borgere med erhvervet hjerneskade. I Hvidovre Kommune har man derudover borgere med erhvervet hjerneskade og i særdeleshed deres pårørende som sekundær målgruppe.

Her har man valgt at gøre tilbudskortlægningen, som kaldes "vejvisermodellen", tilgængelig for borgeren. Der har dog vist sig at være udfordringer forbundet med kompleksiteten af kortlægningen – både hos de pårørende og hos medarbejderne i kommunen. Derfor har man valgt at udvikle en "pixi-udgave" af kortlægningen, der vil gøre det mere overskueligt at finde ud af, hvem man skal kontakte i forbindelse med de enkelte tilbud.

Det kan endvidere være vigtigt at beskrive, hvilke målgrupper de enkelte tilbud retter sig mod, og hvilket niveau der kan ydes indsatser på.

Forudsætninger for implementering

Det er et vigtigt element i implementering af et tilbudskatalog, at der udbredes kendskab til kataloget blandt de relevante medarbejdere. Dette har været et fokuspunkt i især Helsingør Kommune, som har anvendt deres kortlægning i de kompetenceudviklingsforløb, de har gennemført.

Derudover er det helt centralt, at tilbudskataloget er tilpasset til medarbejdernes behov. Indholdet skal derfor være operationaliseret, så medarbejderne hurtigt kan få et overblik over de enkelte tilbuds indhold, rehabilitering tilbuddets niveau, lovgivningsmæssige forudsætninger, specifikke målgruppe, normering, og hvem der kan visitere til tilbuddet.

Omkostninger

Omkostninger forbundet med udviklingen af et tilbudskatalog varierer alt efter ambitionsniveau for kataloget. At udvikle et tilbudskatalog anses dog ikke som en indsats, der er omkostningstung, hvis der vurderes ud fra erfaringerne fra Helsingør, Hvidovre og Lolland. Disse kommuner peger samtidig på, at udarbejdelsen meget vel kan være omkostningseffektiv set over en længere periode.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Lolland Kommune, Faxe Kommune, Hvidovre Kommune, Sønderborg Kommune, Helsingør Kommune, Randers Kommune. Se endvidere Bilag D.

3.1.3 Forløbsniveau – indsats og opfølgning

Netværksmøde

Netværksmøde

- Udredning, visitation og koordination

Indsatsen bidrager til at sikre, at det er muligt at udrede, visitere og koordinere effektivt, ved at der sker en løbende opfølgning på fremdriften i borgerens forløb og en løbende afstemning af de konkrete indsætter på tværs af de forskellige personer og aktører, der varetager indsætter til borger og pårørende.

Målgruppe

På netværksmødet drøftes indsatsen for borgere med behov for en særligt koordineret indsats, enten fordi hjerneskaden er omfattende, eller fordi borgeren også har andre rehabiliteringsbehov.

Resultat af indsatsen

For borgere med komplekse rehabiliteringsbehov er det på netværksmøderne, at der sker en løbende opfølgning på fremdriften i borgerens forløb og en løbende afstemning af de konkrete indsætter på tværs af de forskellige aktører, der varetager indsætter til borger og pårørende.

Erfaringerne fra projekterne viser, at netværksmøderne sikrer en fastholdelse af fælles mål for rehabiliteringsindsatsen og en løbende justering af indsats i forhold til behov. Sammenhængen på tværs af aktører sikres – og dermed højnes den samlede kvalitet i indsatsen.

Metode/praksis

Netværksmøderne omfatter de fagprofessionelle og eventuelt personer fra borgerens private netværk eller fra patientorganisationer og lignende, der aktuelt varetager indsætter til den pågældende borger og dennes pårørende. Netværksmøderne går hånd i hånd med, at der udpeges en tovholder for den samlede indsats. Det er denne tovholder, der indkalder til netværksmøder og er mødeleder. Ikke alle deltager på samtlige netværksmøder. Tovholder vurderer sammen med borger og pårørende, hvem der er relevante deltagere på de enkelte møder.

På møderne gøres status over de aktuelle indsætter, og eventuelle afvigelser fra den fælles plan drøftes, og justeringer i indsatsen aftales. Eventuelt behov for revisitation kan også drøftes på netværksmøderne, hvor alternative muligheder inden for den allerede visiterede indsats kan afsøges.

Der er i projekterne gode erfaringer med, at borger og/eller pårørende deltager på disse møder.

Forudsætninger for implementering

Det kræver bred ledelsesopbakning og prioritering af opgaven at afsætte tid til deltagelse i netværksmøder. Endvidere kræver det, at der knyttes en tovholder til hver borger, der modtager en koordineret rehabiliteringsindsats. Denne tovholder bør have solide mødeledelseskompetencer. Sidst men ikke mindst er en fælles

planlægningsplatform en stor fordel i forhold til den logistiske udfordring.

Omkostninger

At gennemføre netværksmøder kræver, at der på tværs af alle for den pågældende borger relevante aktører afsættes tid til fælles møder. I projekterne er vurderingen entydigt, at det sparer tid, at alle relevante aktører mødes på en gang i stedet for, at der afholdes mange møder med få deltagere.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Middelfart Kommune, Aarhus Kommune, Randers Kommune, Lolland Kommune, Faxe Kommune, Hvidovre Kommune, Helsingør Kommune.

Se endvidere Bilag D.

En samlet plan: En borger – en plan

En samlet plan

- Udredning, visitation og koordination

Indsatsen bidrager til at sikre, at det er muligt at sikre sammenhæng i forløbet for borgeren, fordi det løbende er muligt for alle involverede at se, hvilke indsatser borgeren modtager. Dette mindsker risikoen for overlappende indsatser, og det gør det lettere at planlægge indsatser under hensyntagen til borgerens hverdag.

Målgruppe

Borgere med behov for en særligt koordineret indsats, enten fordi hjerneskaden er omfattende, eller fordi borger også har andre rehabiliteringsbehov.

Resultat af indsatsen

En samlet plan betyder, at alle oplysninger fra borgerens forskellige planer er samlet et sted, og der kan således skabes overblik for både borger, pårørende og professionelle over den samlede indsats. Overblikket betyder, at de enkelte dele af indsatsen kan planlægges under hensyntagen til de øvrige indsatser, og fokus på fælles mål og delmål kan fastholdes. Dette betyder større kvalitet i den samlede indsats og større mulighed for løbende tilpasning af indsats i forhold til behov og dermed for at tilrettelægge en indsats på laveste effektive omsorgsniveau.

Metode/praksis

Den samlede plan indeholder de vigtigste informationer om borgers udfordringer, om målet med den samlede rehabiliteringsindsats og om de enkelte elementer i indsatsen for borgeren. I Odense Kommune samles indsatsen i det, der kaldes en neuropædagogisk handlingsplan. Denne plan indeholder:

- Samlet faglig vurdering
- Retningsgivende mål og indsatsområder
- Borgerforløb og effektmål

- Koordinationsbehov/ansvarspersoner
- Delmål
- Indsatser og handlinger
- Tid (start/opfølgning/slut og rækkefølge)

Med planen er der fokus på at "bringe fagligheden i spil til den enkelte borgers situation og behov". Der peges på, at det er dette, der giver effekt. Den neuropædagogiske handleplan skaber tydelighed og klarhed for alle medarbejdere i kontakt med borgeren om, "hvad der skyldes hvad" – fx hvilken adfærd hos borgeren med erhvervet hjerneskade som specifikt skyldes hjerneskaden.

Den samlede plan udarbejdes på baggrund af oplysningerne i borgerens forskellige lovpligtige planer (såsom fx genoptræningsplan, evt. social handleplan, behandlingsplan, rehabiliteringsplan mv.) og øvrige relevante planer, der måtte være igangsat for borgeren. Deling af oplysninger i disse planer kræver naturligvis samtykke fra borgeren. Det er samtidig vigtigt at påpege, at den samlede plan ikke kan erstatte de lovpligtige planer.

Den samlede plan føres og opdateres af en tovholder, der er tilknyttet den enkelte borger.

I arbejdet med en samlet plan og tovholder påpeger de internationale eksperter, der har kommenteret på erfaringsopsamlingen, at der kan hentes inspiration fra Norge, hvor det er lovfæstet, at alle borgere med sammensatte lidelser har ret til at få udarbejdet en individuel plan, der sikrer alle nødvendige indsatser og alle nødvendige former for koordination. Det er kommunen, der i det enkelte tilfælde er forpligtet til at stille en koordinator til rådighed. Denne koordinator er derefter "projektleder" for alt i borgerens rehabiliteringsforløb.

Uden at dette er afprøvet i de undersøgte projekter, kan der eventuelt hentes inspiration i den enkelte kommunes arbejde med rehabiliteringsplaner og koordinerende sagsbehandlere på arbejdsmarkedsområdet.

Forudsætninger for implementering

Arbejdet med en samlet plan kræver, at alle relevante aktører er enige om at arbejde på baggrund af en fælles plan og respektere en tværgående tovholder. Der skal træffes beslutning om dette på højeste strategiske ledelsesniveau i alle relevante organisationer. Endvidere bør der udarbejdes tværgående arbejdsgangsbeskrivelser for arbejdet med en samlet plan. Disse kan formentlig med fordel indgå i samlede forløbsbeskrivelser.

Endelig skal der skabes mulighed for at udveksle og bidrage til den samlede plan på tværs af organisationer og it-systemer.

Omkostninger

At udvikle en praksis med en samlet plan som koordinerende redskab kræver betydelig politisk vilje på tværs af forskellige forvaltninger og myndigheder. Endvidere kræver det et betydeligt udviklingsarbejde at skabe en skabelon og en elektronisk infrastruktur, der kan støtte arbejdet med en samlet plan.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Randers Kommune, Odense Kommune. Se endvidere Bilag D.

Borgerguide – koordinering af kontakt med borger

Borgerguide

- Udredning, visitation og koordination

Indsatsen fremmer borgerens og de pårørendes muligheder for at navigere og for at få kontakt til den kommunale medarbejder, der kan behandle alle forespørgsler vedrørende kommunale indsatser. Den kommunale medarbejder – borgerguiden – hjælper med at koordinere ønsker og indsatser, så de passer ind i borgerens og de pårørendes hverdag.

Målgruppe

Borgere med komplekse forløb med mange forskellige aktører kan have behov for støtte i kontakten til de mange aktører i indsatsen. Det kan både handle om borgere med omfattende hjerneskade eller om borgere, der også har andre rehabiliteringsbehov.

Resultat af indsatsen

Borgerens kontakt med det offentlige system bliver styrket, og borgeren får støtte til at overskue og forstå krav og muligheder i det samlede støttesystem. I de projekter, hvor der er arbejdet med en borgerguide, bliver dette fremhævet som meget positivt af borgere og pårørende.

Borgere med erhvervet hjerneskade – og deres pårørende – står ofte i en kritisk situation, hvor der kun i ringe grad er mulighed for at overskue et komplekst offentligt støttesystem. Kontaktpersonen bidrager til, at borgerne oplever forløbet som en sammenhængende indsats.

Samtidig betyder kontaktpersonens fortsatte fokus på rehabilitering og genoptræningsaspekter af de øvrige indsatser, som borger møder, at indsatsen bliver mere effektiv.

Metode/praksis

En kontaktperson knyttes til borgeren og støtter i kontakten med øvrige offentlige myndigheder, fx egen læge, jobcenter og socialforvaltning. Støtten kan både bestå i at skabe kontakten, at forstå krav og behov ved de forskellige aktører, at forberede til møder, at deltage i møder med andre aktører i støttesystemet og at opsamle efter møder med øvrige parter.

I alle projekter, hvor en kontaktperson har været afprøvet, har medarbejderen med denne funktion også haft andre funktioner i forhold til borgeren. Det kan fx være en sagsbehandler eller en ergoterapeut.

Forudsætninger for implementering

En kontaktperson er relativt let at implementere. Det kræver dog, at de personer, der skal varetage funktionen, har bredt kendskab til det offentlige sundhedssystem og endvidere til det kommunale social-, uddannelses- og beskæftigelsesområde. Endvidere vil det formodentlig være at foretrække, hvis kontaktpersonerne har arbejdet i pågældende kommune gennem en længere periode og således kender organiseringen i

kommunen og hos samarbejdsparter.

Omkostninger

Omkostningerne er den tid, som skal anvendes sammen med borgeren. Det vurderes af de kommuner, der har afprøvet en kontaktpersonordning, at tiden er givet godt ud, da den ofte kan være med til at forhindre, at et rehabiliteringsforløb går i stå, eller at der opstår misforståelser mellem borger og øvrige aktører, som på anden måde forhindrer et positivt borgerforløb.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Sønderborg Kommune, Aarhus Kommune, Randers Kommune, Thisted Kommune, Lolland Kommune, Faxe Kommune, Hvidovre Kommune, Helsingør Kommune.

Se endvidere Bilag D.

3.2 Kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling er grebet an på en lang række forskellige måder blandt de undersøgte projekter og varierer meget i både form og indhold. Generelt kan der peges på vigtigheden af at inddrage såvel neurofaglig kompetenceudvikling som udvikling af tværfaglige og tværsektorielle samarbejdskompetencer. Ligeledes kan det anbefales, at der gennemføres systematiske overvejelser om, hvilke personalegrupper der har behov for hvilke typer og niveauer af kompetencer, inden kompetenceudviklingen iværksættes.

Endelig anbefales det, at der allerede inden kompetenceudviklingsforløb gennemføres systematiske overvejelser om, hvordan de nyerhvervede kompetencer skal bringes i spil i den driftsmæssige hverdag, og hvordan de skal vedligeholdes og spredes til øvrige medarbejdere i organisationen.

Nedenfor præsenteres en række konkrete indsatser, der kan styrke kompetencerne i den rehabiliterende indsats.

3.2.1 Neurofaglige kompetencer

Opkvalificering af medarbejderes neurofaglige kompetencer

Neurofaglige kompetencer

- Udredning, visitation og koordination
- Kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Indsatsen fremmer muligheden for at udrede, visitere og koordinere effektivt, og at der leveres kvalitet i selve genoptræningsindsatserne. Medarbejdere, der har modtaget neurofaglig opkvalificering er bedre til at opfange signaler og symptomer på hjerneskade. Dette fremmer muligheden for udrede og igangsætte forløb for personer med erhvervede hjerneskader, der ikke tidligere er diagnosticeret. Indsatsen bidrager også til, at udvikling hos borgere med hjerneskade hurtigere identificeres, hvilket gør det muligt at tilpasse indsatserne, så borgeren opnår højere kvalitet i sit genoptræningsforløb.

Målgruppe

Opkvalificering af neurofaglige kompetencer kan være relevant for kommunale medarbejdere, der har kontakt til borgere med diagnosticeret hjerneskade og/eller

borgere med risiko for at have en ikke-diagnosticeret hjerneskade.

Det er mest oplagt at tilbyde kompetenceudvikling til medarbejdere på genoptræningsenheder, i hjemmeplejen, på plejecentre og bosteder og andre tilsvarende steder, hvor der ofte vil være en hyppig kontakt til borgere med hjerneskade. Projekterne, herunder ikke mindst projektet i Middelfart Kommune, afspejler dog samtidig, at det kan være relevant med kompetencer inden for hjerneskade i fx jobcentre. Flere borgere med diagnosticeret hjerneskade er således i jobcenterforløb. Problemer med at fastholde arbejdsevne kan indimellem vise sig at have basis i erhvervet hjerneskade.

Sekundært kan det være relevant at opkvalificere medarbejdere fra områder, hvor der er en vis sandsynlighed for, at der kan være borgere med en erhvervet hjerneskade, der endnu ikke er udredt, og hvor forbedrede kompetencer kan sikre opsporing af disse borgere. Opkvalificering kan bl.a. være for medarbejdere i jobcentret (jf. også ovenfor), fra specialundervisningsområdet, det almene børne- og ungeområde og sagsbehandlere på det sociale område.

Der kan med fordel ske en differentiering af kompetenceudviklingens omfang og dybde til de forskellige medarbejdere. I Sønderborg Kommune har de fx uddannet medarbejdere ud fra tanken om, at mange skal have lidt, og få skal have meget. Her sikres en basal neurofaglige viden hos en lang række medarbejdere, der leverer rehabilitering på basalt niveau

Disse medarbejdere kan komme til at have med hjerneskadede borgere at gøre. Deres særlige opgaver omfatter opsporing af borgere, hvis problemer kan skyldes en ikke-diagnosticeret hjerneskade. Her er det vigtigt med en opkvalificeret viden for at sikre en bedre forståelse af den hjerneskadede borgers reaktioner og handlingsmønstre – og tegn på en mulig erhvervet hjerneskade.

De få, der modtager meget kompetenceudvikling, er medarbejdere, der har mere intensiverede forløb med borgere med hjerneskade specifikt relateret til hjerneskaden, eller som har særlige roller i forbindelse med et borgerforløb vedrørende erhvervet hjerneskade, fx i forhold til det kognitive felt.

Resultat af indsatsen

Gennem kompetenceudvikling får borgerne mulighed for at modtage en mere relevant genoptræning samt pleje og omsorg.

Et højnet neurofagligt vidensniveau har ført til, at medarbejdere har været bedre i stand til at opfange signaler og symptomer på hjerneskade og dermed tidligere identificere potentielle hjerneskader. Ofte er disse borgere med ikke-diagnosticeret erhvervet hjerneskade kendt af systemet i forvejen, men betragtes som dårligt fungerende eller afvigende på andre måder. Med den præcise udredning og de rette tilbud kan der i mange tilfælde iværksættes målrettede indsatser, hvor borgeren bliver mere velfungerende og oplever en forbedret livskvalitet.

Et eksempel på, hvad en satsning på højnelse af en bred medarbejdergruppes neurofaglige viden kan gøre ved opsporing af ikke-diagnosticerede tilfælde, finder man i en kommune, hvor 23 ud af de i alt 67 deltagende borgere i projektet blev opsporet i jobcentret. De 23 borgeres hjerneskade blev altså opdaget i jobcentret af medarbejdere, der gennem kompetenceudvikling er blevet i stand til at være opmærksomme på symptomer på hjerneskade.

En anden positiv gevinst, som flere kommuner har oplevet som følge af at have opkvalificeret medarbejderne, er et forbedret arbejdsmiljø, som har kunnet aflæses

direkte i mindre sygefravær hos personalet, særligt i hjemmeplejen, fordi de nu føler det mindre usikkert og belastende at arbejde med borgere med hjerneskade. Medarbejderne er med andre ord blevet klædt på til at forstå borgeren med hjerneskade og dennes reaktionsmønstre.

Metode/praksis

Uddannelsesindsatsen er blevet organiseret meget forskelligt i de mange kommuner, der har arbejdet med neurofaglig kompetenceudvikling. Uddannelsesforløbene varierer kommunerne imellem fra 1-dagskurser til diplommoduler på 15 ECTS-point svarende til ¼ års fuldtidsstudium.

Kommunerne køber typisk kompetenceudviklingen af specialiserede rehabiliteringstilbud som fx Hjerneskadecenter Nordjylland, BOMI, UC Lillebælt og VISP.

Der er gennem evalueringen ikke fremkommet en entydig opskrift på, hvordan man skal tilrettelægge et neurofagligt uddannelsesforløb, men en række forhold har vist sig at være vigtige.

For det første har det i mange tilfælde vist sig at være en fordel at gå sammen flere kommuner om at indkøbe og designe et uddannelsesstilbud. Der opnås stordriftsfordele ved at købe større ind hos udbydere af neurofaglige kurser. Derudover giver medarbejdere, der har været på kursus med medarbejdere fra andre kommuner, udtryk for, at det i sig selv har været en lærerig proces at høre om, "hvad der foregår på den anden side af hækken".

For det andet giver flere medarbejdere på tværs af kommuner udtryk for, at de ikke har fået noget ud af at være på kursus – enten fordi der blev undervist i allerede kendt stof, eller fordi kurset ikke i tilstrækkeligt omfang var målrettet i forhold til faggruppe og arbejde samt ansvar i hverdagen. Det kan lyde banalt, at man afstemmer kursernes indhold med medarbejdernes kompetenceniveau inden kursusstart, men erfaringerne er, at de kommuner, der har prioriteret at undersøge medarbejdernes uddannelsesbehov systematisk, har fået de mest tilfredse medarbejdere tilbage fra kursus.

Forudsætninger for implementering

Succes med implementering tænkes i denne sammenhæng på den måde, at man som kommune får størst mulig gavn af, at medarbejderne har fået højnet deres neurofaglige vidensniveau. Derfor handler dette i høj grad også om, hvordan man får den erhvervede viden til at blive en del af ikke alene egne, men også andre relevante medarbejders faste arbejdsrutiner.

Før en kommune iværksætter kursusforløb for medarbejdere, er det nødvendigt, at der er systematiske overvejelser eller planer vedrørende den måde, hvorpå de øgede kompetencer skal bringes i spil fremadrettet.

Disse overvejelser skal som minimum indeholde en plan for anvendelse, videreførelse og forankring af den opnåede øgede viden. Dette kan bl.a. ske gennem interne træningssessioner, hvor de medarbejdere, der har været på kursus, videreformidler deres erhvervede viden til andre medarbejdere. En fastholdelse af viden kan også ske gennem udarbejdelse af faste procedurer og retningslinjer, fx for hvordan man som medarbejder håndterer en borger, der viser adfærd, der kunne skyldes en ikke-diagnosticeret hjerneskade.

Der har i projektkommunerne været enkelte eksempler på medarbejdere, der er kommet tilbage fra kompetenceudviklingsforløb, hvor der ikke har været brugt tid på, at vedkommende viderefremmede den opnåede nye viden til kolleger på fx plejecentre.

Uden en sådan spredning af den erhvervede viden risikerer man, at det er spildt at have sendt medarbejderen på kompetenceudvikling. Ligeledes er der eksempler på opnåede kompetencer, som ikke har været anvendt, og som derfor ikke er blevet vedligeholdt.

Det skal endvidere understreges, at udviklingen af kompetencer ikke alene sker på kompetenceudviklingskurser og lignende, men også gennem den daglige praksis. Det er derfor vigtigt, at fagpersonerne med særlige kompetencer og opgaver i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade arbejder i faglige netværk vedrørende denne gruppe af borgere.

Omkostninger

Omkostningerne forbundet med højnelse af det neurofaglige kompetenceniveau varierer voldsomt alt efter omfanget og typen af kompetenceudvikling. Udover at medarbejderen skal frikøbes fra sit almindelige job i kursusperioden, kommer udgifter til afholdelse af kurset. Her kan det være en fordel at gå sammen med andre kommuner for at opnå det bedst mulige tilbud.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Middelfart Kommune, Sønderborg Kommune, Hvidovre Kommune, Lolland Kommune, Helsingør Kommune, Randers Kommune, Faxe Kommune, Thisted Kommune, Aarhus Kommune, Odense Kommune.

Se endvidere Bilag D.

Nøglemedarbejdere og ”gå på opdagelse”

Nøglemedarbejdere

- Udredning, visitation og koordination

Indsatsen fremmer muligheden for at udrede, visitere og koordinere effektivt. Konkret modtager en gruppe af medarbejdere fra alle relevante områder i kommunen fx fysioterapeuter, socialrådgivere, jobcentermedarbejdere og lignende neurofaglig kompetenceudvikling. Det er disse medarbejders opgave at tage sig af kommunens borgere med hjerneskade. Der er gensidig tværfaglig læring i gruppen af nøglemedarbejdere. Det øgede neurofaglige kompetenceniveau, den praktiske erfaring med borgere med hjerneskade og det tværfaglige kendskab fremmer muligheden for at skabe sammenhæng på tværs i borgernes forløb.

Målgruppe

Nøglemedarbejdere udpeges i alle relevante enheder. I Hvidovre Kommune har man udpeget 17 nøglemedarbejdere i jobcentret, i genoptræningen og i dagtilbud.

Resultat af indsatsen

Borgeren oplever, at der i alle forvaltninger findes medarbejdere med et højt neurofagligt vidensniveau, hvilket skaber tryghed for borgeren.

Alle nøglepersonerne kender hinanden godt og "har været på opdagelse" hos andre faggrupper i andre enheder, hvorfor de kender hinandens funktioner og arbejdsopgaver. Dette bidrager til større sammenhæng i indsatsen.

Har en borger med hjerneskade, der modtager genoptræning, en sag i jobcentret, vil den pågældende sagsbehandler være en af nøglepersonerne eller være tæt støttet af en nøgleperson. Dette sikrer, at både sagsbehandler, udførende terapeut eller eventuelt dagcentermedarbejder, som borgeren har kontakt til, har et højt neurofagligt niveau.

Metode/praksis

De 17 nøglepersoner fra Hvidovre Kommune er blevet kompetenceudviklet til avanceret niveau. De har bl.a. deltaget i kurser om hjernens kognitive funktion, hjerneskade og psykiatri.

Alle nøglepersoner har været igennem "gå på opdagelse-tiltaget". Indsatsen går ud på, at hver nøgleperson skal på to opdagelsesrejser og skal have besøg af en anden nøgleperson 2-3 gange. Hver opdagelsesrejse svarer til en borgerkontakt (en samtale, en individuel træning, en holdtræning, en hjemmevejledning eller lignende) og tager 1-2 timer. Efter hver observation interviewer den besøgende medarbejder værtsmedarbejderen ud fra en af hjerneskadekoordinatoren udarbejdet spørgeguide.

De medarbejdere, der har deltaget, har alle udtrykt sig meget positivt om tiltaget. Det har vist sig som værende en simpel, men meget effektiv måde at skabe kendskab til hinandens tilbud på tværs af forvaltninger, og indsatsen har været medvirkende til, at den tværforvaltningsmæssige koordination i Hvidovre Kommune er blevet forbedret.

I den faglige ekspertvurdering er det anført, at der generelt er erfaring for, at konstruktioner som den, der er anvendt i Hvidovre Kommune, påvirker effekten af borgerforløb vedrørende hjerneskaderehabilitering positivt – og at indsatsen som det, der er gennemført i Hvidovre, med fordel kan udbredes som standard.

Ekspertvurderingen giver ligeledes udtryk for, at teamdannelse på tværs af forvaltninger, men også gerne på tværs af sektorer, i sig selv er med til at højne kvaliteten og sammenhængen i borgerforløb vedrørende erhvervet hjerneskade.

Teamdannelse kan observeres i nogle af projekterne, fx i Randers Kommune og i Middelfart Kommune – i sidstnævnte sammenhæng via teamdannelse på tværs af forskellige forvaltninger og indsatsområder og med inddragelse også af arbejdsmarkedsområdet.

Projekterne omfatter ikke eksempler på teamdannelser på tværs af sektorer.

Forudsætninger for implementering

Det har vist sig svært at forankre den viden, som nøglepersonerne fra Hvidovre Kommune opnår gennem de kompetenceudviklingsforløb, de har deltaget i, og gennem "gå på opdagelse-tiltaget". Dette skyldes, at der har været en relativt stor personaleafgang blandt nøglepersonerne.

Lige så smart det er at have enkelte nøglepersoner, der kan håndtere alle de komplicerede tilfælde, lige så sårbart er det, hvis der ikke sker en form for

sidemandsoplæring i fx jobcentret. Hvis det er den samme sagsbehandler, der håndterer borgerne hver gang, står enheden med et stort problem, hvis denne medarbejder vælger at stoppe.

Anvendes nøglepersonsmodellen, er det derfor afgørende vigtigt, at man har mere end én nøgleperson i hver enkelt afdeling, og at man også inddrager andre medarbejdere i håndteringen af borgere med komplicerede forløb, så der ikke opstår videnstomrum ved personaleafgang, og så sårbarheden mindskes.

Omkostninger

Omkostningerne forbundet med Hvidovre Kommunes nøglepersonsmodel består af udgifter til kompetenceudviklingsforløb, frikøbt tid til disse og den tid, der bruges på "gå på opdagelse-tiltaget".

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Hvidovre Kommune, Thisted Kommune (kun nøglepersoner).

Se endvidere Bilag D.

3.2.2 Tværfaglige og -sektorielle samarbejdskompetencer

Tværfagligt kompetenceløft

Tværfaglige kompetencer

- Udredning, visitation og koordination
- Kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Indsatsen fremmer muligheden for at udrede, visitere og koordinere effektivt, og at der leveres kvalitet i selve genoptræningsindsatserne. Et tværfagligt kompetenceløft betyder, at forskellige kommunale medarbejdergrupper har lært hinandens arbejdsopgaver og lovgivningsmæssige rammer at kende. Kendskabet til andre medarbejdergrupper, og hvad disse kan bidrage med til borgeren med hjerneskade, fremmer den enkelte medarbejders mulighed for at bidrage til en mere sammenhængende og effektiv indsats.

Målgruppe

Målgruppen for tværfaglig kompetenceudvikling er ligesom i ovenstående alle medarbejdere i kontakt med borgere med diagnosticeret eller ikke-diagnosticeret erhvervet hjerneskade.

Nogle kommuner, der har brugt puljemidler på kompetenceudvikling, har valgt udelukkende at fokusere på monofaglig kompetenceudvikling. Disse indsatser er beskrevet ovenfor i 3.2.1. Andre kommuner har valgt at supplere med tværfaglig kompetenceudvikling, hvor fokusområdet har været at lære om andre fagligheders arbejdsopgaver og metoder i berøringen med borgere med erhvervet hjerneskade for at skabe bedre grobund for koordinering af kommunens indsatser over for borgere med hjerneskade.

Resultat af indsatsen

På baggrund af kvalitative vurderinger i projekterne kan det konstateres, at kvaliteten i

den kommunale indsats, borgeren med hjerneskade modtager, generelt er blevet forbedret gennem tværfaglig kompetenceudvikling. Kvalitetsforbedringen er sket, fordi forskellige kommunale medarbejdergrupper har lært hinandens arbejdsopgaver og lovgivningsmæssige rammer at kende. Flere medarbejdere fortæller, at denne viden var præcis den, de havde oplevet af at mangle. Fx udtrykker flere fysioterapeuter, at de tidligere har været meget frustrerede i forhold til jobcentrets behandling af borgere med hjerneskade, da behandlingen somme tider har medført tilbagegang i genoptræningen. Samtidig fortæller jobcentermedarbejdere, at de fx har fået bedre forståelse for de borgere, de skal vurdere i forhold til førtidspension, fordi de har opnået øget viden om erhvervet hjerneskade. Det større kendskab til andre medarbejdergrupper og andre tilbud til borgere med hjerneskade betyder, at den enkelte medarbejder i højere grad kan bidrage til at skabe sammenhæng i det samlede forløb for borgeren. Dette er med til at skabe en mere effektiv indsats.

Medarbejdere fra bl.a. Helsingør, Lolland, Hvidovre og Middelfart Kommuner fortæller, at samarbejdet internt i kommunen er blevet forbedret, fordi de har været på fælles kursus, der har skabt en gensidig forståelse for hinandens arbejdsopgaver og udfordringer. Berøringsangsten for kontakt med andre forvaltninger er mindre end før, og man tager hurtigere kontakt til hinanden – også mellem myndighed og udfører. Medarbejderne har oplevet en ændring fra at tale om "vores" og "deres" leverandør til en oplevelse af et team med lettere adgang til hinanden og mere direkte kontakt. Borgerne oplever det som mere sammenhængende og mindre bureaukratisk.

Metode/praksis

Uddannelsesindsatsen kan ligesom de neurofaglige kompetenceudviklingsforløb organiseres meget forskelligt i forskellige kommuner. Omfanget har i projektkommunerne svinget mellem dagskurser og diplommoduler på 10 ECTS-point svarende til 1/6 fuldtidsstudium.

Den mest udbredte sammensætning har været at blande relevante fagligheder på de samme kompetenceudviklingsforløb. Man har altså blandet jobcentermedarbejdere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og medarbejdere fra hjemmeplejen og fra visitationen.

Flere kommuner har haft succes med at bruge casebaseret undervisning i tværfagligt sammensatte grupper. Grupperne får præsenteret en fiktiv borgercase og skal derefter forsøge at komme med det bedste bud på, hvordan kommunen bedst muligt hjælper denne borger. Denne metode har vist sig at lede til mange brugbare refleksioner faggrupperne imellem.

Forudsætninger for implementering

For at den tværfaglige kompetenceudvikling giver mening i den efterfølgende drift i kommunen, er det vigtigt, at man fra ledelsens side anerkender behovet og giver mulighed for, at de forskellige faggrupper samarbejder om borgere. Det kan fx ske gennem jævnlige møder mellem repræsentanter fra forskellige faggrupper, hvor relevante problematikker generelt og om enkelte borgere, kan tages op i plenum.

Det er på samme måde som med den neurofaglige kompetenceudvikling meget vigtigt, at der følges op på de kompetenceudviklingsforløb, medarbejderne har deltaget i. Dette kan som sagt ske på forskellig vis, men opbakning og initiativ fra ledelsen er absolut nødvendigt for at forankre den tilegnede viden i organisationen.

Omkostninger

Omkostningerne forbundet med højnelse af det neurofaglige kompetenceniveau varierer betydeligt alt efter omfanget og typen af kompetenceudvikling. Udover at medarbejderen skal frikøbes fra sit almindelige job i kursusperioden, kommer udgifter til afholdelse af kurser. Når det gælder tværfaglig kompetenceudvikling, giver det ikke på samme måde mening at købe kurser i fællesskab med andre kommuner, medmindre man sammensætter specifikke kurser med medarbejdere fra samme kommune. Grunden til dette er, at meget af successen i forhold til koordinering mellem enheder sker som følge af personlige relationer, som hjælpes på vej ved, at medarbejderne har været på kompetenceudvikling sammen.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Helsingør Kommune, Lolland Kommune, Faxe Kommune, Hvidovre Kommune, Middelfart Kommune, Sønderborg Kommune, Thisted Kommune.

Se endvidere Bilag D.

3.2.3 Supervision

Casebaseret supervision

- Casebaseret supervision
- Udredning, visitation og koordination
- Kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Indsatsen fremmer muligheden for at udrede, visitere og koordinere effektivt og at der leveres kvalitet i selve genoptræningsindsatserne. I særligt komplicerede forløb kan casebaseret supervision fra en ekspert sikre, at borgeren udredes korrekt, og at den optimale indsats tilbydes borgeren fra start. Det betyder, at kommunen optimerer ressourceanvendelsen, og får effekt og kvalitet af indsatserne .

Målgruppe

For mange medarbejdergrupper kan supervision som kompetenceudvikling være relevant. Mest relevant vil det dog være for medarbejdere, der hyppigt har kontakt med borgere med hjerneskade. Især for de medarbejdere, der har kontakt med borgere med mange komplikationer, kan supervision være et vigtigt redskab.

Resultat af indsatsen

Supervision har haft en positiv indvirkning på det praktiske vidensniveau for medarbejderen i de kommuner, der har benyttet sig af supervision. Især for medarbejdere, der har deltaget i kompetenceudviklingsforløb, har supervision været en succes. Det skyldes muligheden for at koble teoretisk viden fra kurser med den praktiske virkelighed, medarbejderne befinder sig i. Dette medvirker til en mere effektiv indsats på det relevante niveau.

Metode/praksis

I projektkommunerne er supervision typisk foregået i samarbejde med specialiserede

rehabiliteringstilbud som fx Hjerneskadecenter Nordjylland, VISP og BOMI.

Der har typisk været tale om gruppebaseret supervision, som henvender sig til medarbejdere fra genoptræningsafdelingen, jobcentret og hjemmeplejen. Supervisionen behandler typisk en række anonymiserede cases, hvor medarbejderne har brug for at blive inspireret af ekspertviden til at løse en konkret problemstilling.

Udover at give sparring i forbindelse med borgere med komplekse forløb, oplever medarbejderne også, at supervisionen giver mere generaliserende læring om lignende situationer og i sig selv er med til at give et kompetenceløft.

Supervisionen foregår typisk regelmæssigt og er typisk gennemført en gang om måneden i de projektkommuner, der har anvendt denne kompetenceudviklingsstrategi.

Som alternativ til, at man rekvirerer ekstern ekspertviden, kan kommunens egne medarbejdere selv facilitere supervisionen, såfremt kommunen vurderer, at man råder over tilstrækkeligt kompetente medarbejdere. Denne model har bl.a. været anvendt i Odense Kommune, hvor man har uddannet få medarbejdere meget, netop for at disse skal kunne agere som udgående eksperter og i sammenhæng med supervision.

Forudsætninger for implementering

Det er en vigtig forudsætning for, at supervision giver mening, at de medarbejdere, der skal deltage i supervisionen, møder velforberedte op med cases, de har udvalgt i løbet af den seneste periode. Supervisionen giver også kun mening, såfremt den eksterne konsulentbistand reelt kommer med kompetencer, som kommunen ikke selv råder over. Flere kommuner oplever, at de opnår et højere kompetenceniveau som følge af den lange række af indsatser, der er blevet gennemført på hjerneskadeområdet i de senere år, og flere kommuner sætter nu spørgsmålstejn ved behovet for eksterne eksperter.

Omkostninger

Udover tiden for de interne medarbejdere, der skal frikøbes, betales der for at få ekstern konsulentbistand. Prisen på denne afhænger naturligvis af omfanget af supervision. Aktuelt koster en times supervision og konsulentbistand til fagpersoner 1.250 kr./timen plus transport.

Foretages supervisionen internt, er den eneste udgift medarbejdernes tid.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Odense Kommune, Thisted Kommune, Hvidovre Kommune, Sønderborg Kommune, Middelfart Kommune.

Se endvidere Bilag D.

3.3 Genoptræning

Et øget fokus på neurofaglige kompetencer og et tværsektorielt og -fagligt overblik har i projekterne betydet, at selve den genoptrænende indsats bliver forbedret. Både fordi genoptræningsindsatsen kan målrettes og iværksættes mere præcist end den tidligere kunne, og fordi viden om den nødvendige genoptræning kan spredes til øvrige samarbejdspartner og indsatser for borgeren.

Intensive træningsforløb

Intensiveret træning

- Kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Indsatsen bidrager til, at der leveres kvalitet i selve genoptræningsindsatserne. Dette gøres ved, at borgere med erhvervet hjerneskade tilbydes et højt antal træningstimer over en kort periode, mere intensiv træning og hjemmetræning. Der er ikke gennemført systematisk resultatdokumentation, men erfaringer fra projektet efterlader det indtryk, at der er sket en markant forbedring af funktionsevnen hos en lang række borgere, der har modtaget et intensiveret forløb – og som indledningsvist er vurderet at have gavn af en sådan indsats.

Målgruppe

I bred forstand er målgruppen for intensive træningsforløb alle borgere med erhvervet hjerneskade, som kan klare en stor mængde træning, og som vurderes at kunne opnå en gavnlig effekt af et sådant forløb.

I denne beskrivelse fokuseres der konkret på Helsingør Kommunes brug af intensive træningsforløb. Indsatsernes målgruppe er her voksne borgere fra 18-64 år med en forhåbning om at kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet, såfremt de modtager den rette indsats.

Resultat af indsatsen

Helsingør Kommune har ikke gennemført en systematisk resultatdokumentation af indsatsens effekter, men indtrykket er, at der for langt størstedelen af borgere, der har været i intensive forløb, er sket en markant forbedring af funktionsevnen. I en lang række tilfælde har borgere kunnet vende tilbage til arbejdsmarkedet og i en række tilfælde tilbage til fuldtidsarbejde på samme niveau som inden hjerneskaden.

Erfaringer fra Norge understøtter erfaringerne fra Helsingør Kommune. Her peges der på vigtigheden af fleksible forløb, hvor intensiteten i træningen kan sættes op ved forbedret funktionsevne. Dette vil i mange tilfælde bidrage til en hurtigere forbedring af funktionsevnen.

Metode/praksis

Borgere med erhvervet hjerneskade i målgruppen tilbydes et øget antal træningstimer, mere intensiv træning og hjemmetræning. Det sker med fokus på rehabiliterende træningstilbud, der ikke tidligere har været indeholdt i Helsingør Kommunes serviceniveau. Borgerne tilbydes en fleksibel indsats, der er tilpasset den enkelte rehabiliteringsforløb.

Et eksempel på et intensiveret rehabiliteringsforløb er to daglige træningstimer på alle hverdage i ugen i en periode på ca. tre måneder. Den ene daglige træningstime er med en fysioterapeut og den anden daglige træningstime med en ergoterapeut. Ofte er denne individuelle træning suppleret med holdtimer, hvor borgeren møder andre borgere med hjerneskade fra kommunen. Der er i tilbuddet tale om rigtig meget træning, og den tilbudte mængde ligger således over det niveau, der typisk tilbydes i kommunen. Borgeren stoppes først i den intensive træning, når det er fagligt vurderet, at borgeren selv kan varetage sin videre træning i hjemmet. Inden borgeren afsluttes til

selvtræning i hjemmet, foretages en grundig funktionsevne-måling. Herefter selvtræner borgeren i en periode på tre måneder, hvorefter endnu en funktionsevne-måling foretages. Hvis funktionsevnen er forbedret eller er status quo, fortsætter borgeren med selvtræning. Har pausen med selvtræning derimod medført et fald i funktionsevnen, genoptages den intensive træning i kommunens træningstilbud.

Forudsætninger for implementering

Intensiv træning er ikke for alle borgere med erhvervet hjerneskade. Afhængigt af graden og typen af hjerneskade kan forskellig intensitet i træningen være påkrævet. Det er derfor nødvendigt at foretage en grundig screening og udredning af borgere med erhvervet hjerneskade, inden der tilbydes et intensivt træningsforløb, da det ikke giver mening at "overtræne" for hverken borger eller kommune. Det kræver endvidere fleksibelt tilrettelagte forløb med fokus på løbende måling af funktionsevnen.

Derudover er det nødvendigt, at borgeren med hjerneskade, og i mange tilfælde dennes pårørende, kan overskue og se meningen med et meget krævende træningsforløb, samtidigt med at hele deres liv har forandret sig på grund af hjerneskaden.

Omkostninger

Helsingør Kommune har ikke estimeret omkostningerne forbundet med den intensive træningsindsats. En intensiv træningsindsats, i den form som Helsingør Kommune har tilbudt, må dog forventes at være relativt omkostningstung. Forventningen er dog også, at denne udgift kan hentes ind igen, fordi flere opnår en stærkere arbejdsmarkeds-tilknytning og bliver mindre plejkrævende end ved et "almindeligt" træningsforløb.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Helsingør Kommune og i mindre omfang Faxe Kommune.

Se endvidere Bilag D.

3.4 Pårørendeinvolvering

I flere kommuner har der været afprøvet indsats i forhold til en højere grad af inddragelse af pårørende i indsatsen. Dette vurderes som vigtigt og betydningsfuldt for den samlede indsats for borgeren. I mange tilfælde er en pårørende den mest centrale person i en borger med erhvervet hjerneskades liv. Derfor er borgeren med hjerneskade meget afhængig af en pårørende, der kan tage hånd om hverdagen. Således fremhæves det i projekterne, at indsats rettet mod den eller de pårørende også kommer borgeren med hjerneskade til gode.

Pårørendegrupper

Pårørendegruppe

- Udredning, visitation og koordination
- Kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Indsatsen fremmer muligheden for at udrede, visitere og koordinere effektivt, og at der leveres kvalitet i selve genoptræningsindsatserne. En pårørendegruppe bidrager til, at pårørende bedre klarer de forandringer en hjerneskade hos et familiemedlem medfører. Derudover kan de pårørende også blive en værdifuld medspiller i indsatsen til den

hjerneskadede ved at være opmærksomme på forandringer i den hjerneskadedes tilstand, så kommunens indsatser kan tilpasses disse. Jo bedre uddannede og jo bedre mulighed, de pårørende har, for at sparre med andre i samme situation, jo bedre rustede er de til at vurdere og håndtere forandringer i den hjerneskaderamtes tilstand.

Målgruppe

Pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade. I den konkrete indsats er der tale om pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade i Hvidovre, Rødovre og Albertslund Kommuner i aldersgruppen 18-65 år.

Resultat af indsatsen

Tidligere deltagere i pårørendetilbuddet har evalueret forløbet meget positivt. Deltagerne udtrykker glæde over, at det ikke har været endnu en "kaffeklub", men at de kommer hjem med konkret viden om hjerneskade, der kan bruges i hverdagen med en pårørende med hjerneskade.

De pårørende bliver også introduceret til de forskellige baggrunde for, at personen med hjerneskade oplever humørsvingninger – og hvad man som pårørende kan gøre i disse situationer. Især denne viden er meget værdifuld, udtrykker en række pårørende.

Evalueringen er sat i system af hjerneskadekoordinatoren i Hvidovre, og de meget positive evalueringer fra deltagerne har været anvendt til at få politikerne i kommunen til at bevilge penge til pårørendetilbuddet fremadrettet.

Selvom selvhjælpsgrupperne, som efterfølger det egentlige kommunale pårørendetilbud, kører med et minimum af kommunal involvering, føler deltagerne alligevel, at det er et tilbud til dem fra kommunen. Kommunens lokaler bliver brugt, der sponsoreres kaffe, og hjerneskadekoordinatoren er der i starten og i slutningen af mødet, men de pårørende styrer selv indholdet på møderne, og hvornår de mødes.

Erfaringen er, at selvhjælpsgrupperne også viser sig at være en form for aflastning af hjerneskadekoordinatoren. De pårørende bruger hinanden i stedet for at kontakte hjerneskadekoordinatoren hver gang, de har spørgsmål. Det har vist sig, at de pårørende, der har været 3-4 gange i selvhjælpsgrupperne, kontakter koordinatoren markant mindre efterfølgende.

Metode/praksis

Pårørendetilbuddet er opdelt i to faser: Det egentlige pårørendetilbud, som er stramt styret og arrangeret af kommunerne, og selvhjælpsgrupper, som dannes af de interesserede pårørende, der har fulgt første del.

Pårørendetilbuddet forløber over fem mødedage fra kl. 15-17, og det forventes, at man deltager på alle dagene. Møderne følger samme form, men med forskellige temaer fra gang til gang. Inden hvert møde er det muligt at træffe en socialrådgiver fra egen kommune og få afklaret eventuelle spørgsmål.

Fra kl. 15-16 er der oplæg fra neuropsykolog fra et specialiseret rehabiliteringstilbud. Fra kl. 16-17 er der gruppesamtaler i to grupper; en gruppe for ægtefæller og en anden gruppe for øvrige pårørende. Hver gruppe ledes af en neuropsykolog, og enten er en socialrådgiver eller hjerneskadekoordinator til stede.

Opdelingen af ægtefæller og øvrige pårørende fungerer godt, da der kan være ting, man ikke ønsker at dele med øvrige pårørende – fx om sexliv eller de meget

traumatiske elementer i relation til hjerneskade.

De fem temaer for hver mødedag er følgende: "hjernen og dens funktioner", "krise og sorg", "kognitive følgevirkninger efter en hjerneskade", "intimitet og følelsesmæssige konsekvenser af en hjerneskade" og "aktuelle emner, der er dukket op undervejs". Efter den sidste gang opfordres deltagerne til at oprette selvhjælpsgrupper, og forløbet evalueres.

I Hvidovre Kommune fungerer selvhjælpsgrupperne som en udløber af pårørendetilbuddet, der er beskrevet ovenfor. Efter sidste mødedag i pårørendeforløbet opfordres deltagerne til at danne selvhjælpsgrupperne.

Kommunen stiller lokaler til rådighed, og hjerneskadekoordinatoren er til stede, når møderne starter. Formålet med dette er at få snakken i gang og at kunne besvare spørgsmål samlet, så flere får glæde af svarene. Deltagerne faciliterer selv mødet. Hjerneskadekoordinatoren kommer og afrunder møderne og besvarer de spørgsmål, der er opstået undervejs. De pårørende er glade for, at det foregår på neutral grund, så de ikke skal åbne deres eget hjem.

De første selvhjælpsgrupper i Hvidovre Kommune startede i april 2013, og de fungerer stadigvæk.

Forudsætninger for implementering

At drive og bekoste et ambitiøst pårørendetilbud som det, der findes i Hvidovre, Rødovre og Albertslund Kommuner, kræver, at man er villig til at prioritere pårørendegruppen. Mange kommuner har prioriteret andre indsatsområder (fx Facebook-grupper), men i takt med at flere kommuner har udviklet tilbud til pårørende, bliver det sandsynligvis lettere at låne idéer af hinanden, således at man ikke behøver at nytænke et pårørendetilbud hver gang.

Derudover kræver det, at man er dygtig til at markedsføre tilbuddet over for de pårørende i kommunen. Flere pårørende oplever det som grænseoverskridende at skulle deltage og fortælle egen historie. De pårørende fortæller således, at det krævede stor overvindelse at dukke op første gang, men samtlige adspurgte udtrykker stor glæde over, at de overvandt deres indledende frygt.

En forudsætning for at drive et ambitiøst pårørendetilbud i en mindre kommune som Hvidovre kan være, at man går sammen med andre kommuner for at opnå kritisk masse til at opretholde et tilbud af høj kvalitet. I Hvidovre Kommune alene er der simpelthen ikke nok pårørende til, at et tilbud, som det realiserede, er bæredygtigt.

For at drive velfungerende selvhjælpsgrupper er det vigtigt, at der ikke er tale om en kaffeklub for pensionister, som deltagerne i Hvidovre Kommune selv udtrykker det. De pårørende, der deltager i møderne, forventer noget af hinanden og af dem selv. De vil udveksle konkrete erfaringer og derigennem hjælpe hinanden.

For at sikre, at selvhjælpsgrupper ikke bliver til kaffeklubber, er det vigtigt, at deltagerne har fået nogle kompetencer til at sætte ord på deres oplevelser. Disse kompetencer har de i Hvidovre Kommune fået igennem første fase af pårørendetilbuddet forud for selvhjælpsgrupperne. Deltageres kompetenceniveau gør dem i stand til at føre samtaler om hjerneskade, som er hævet over almindelige betragtninger om, hvor svært det er at leve med en person med erhvervet hjerneskade. De har altså mulighed for at italesætte deres frustrationer på en mere konstruktiv og gensidigt inspirerende måde.

Hvis ikke hjerneskadekoordinatoren havde faciliteret sammensætningen af selvhjælpsgrupperne, ville deltagerne formentlig ikke have fundet sammen. Nogle af de

pårørende ville måske finde hinanden i et fælleskab, men det ville sandsynligvis være sværere at inkludere fx yngre mænd.

Omkostninger

Hvidovre, Rødovre og Albertslund Kommuner betaler tilsammen 40.000 kr. pr. forløb (5 gange som beskrevet ovenfor) til det specialiserede rehabiliteringstilbud, som afholder arrangementerne. Hver kommune har til denne pris 8 pladser hver.

Dertil kommer omkostninger forbundet med hjerneskadekoordinatorens og socialrådgivernes tid samt udgifter til kaffe og kage.

At drive selvhjælpsgrupper som dem i Hvidovre Kommune kræver hjerneskadekoordinatorens tid samt udgifter til mødeforplejning. Derudover kommer den indledende udgift til kompetenceudvikling af de pårørende. Denne kan variere alt efter ambitionsniveauet og kan eventuelt varetages af frivillige.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Hvidovre Kommune, Randers Kommune, Middelfart Kommune.

Se endvidere Bilag D.

3.5 Frivillige aktivitetstilbud til borgere med hjerneskade

Indsatser, der skal støtte borgere med erhvervet hjerneskade, som ikke er direkte behandlende, koordinerende eller genoptræningsrettede har også været afprøvet i nogle få projekter. Frivillige aktivitetstilbud giver mulighed for at tilbyde borgere med hjerneskade et nyt indhold i hverdagen, som ofte for mange er blevet radikalt ændret efter hjerneskaden.

Aktivitetscenter for borgere med erhvervet hjerneskade

Frivillige aktiviteter

- Kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Indsatsen bidrager til, at der kan leveres kvalitet i selve genoptræningsindsatserne. Dette gøres ved at give borgere mulighed for at deltage i forskellige frivillige aktiviteter, der fremmer borgernes sociale liv og forebygger social isolation. Derudover kan ekstra frivillig træning sikre en endnu bedre fysisk genoptræning.

Målgruppe

Borgere med erhvervet hjerneskade. Denne konkrete indsatsbeskrivelse bygger på et tiltag i Randers Kommune.

Resultat af indsatsen

Inddragelse af frivillige kan medvirke til at forebygge isolation af borgere med erhvervet hjerneskade. I et aktivitetscenter kan hjerneskadede møde hinanden over en række planlagte aktiviteter. Aktiviteterne er med til at give brugerne et socialt liv foruden de praktiske færdigheder, de lærer i centret.

Flere pårørende udtrykker glæde over de aktiviteter, den hjerneskaderamte tilbydes i aktivitetscentret, samtidig med at de påskønner den tiltrængte aflastning, de får, når den hjerneskadede er i centret.

Metode/praksis

Randers Kommune har som en del af puljeaktiviteterne oprettet et aktivitetscenter, Hjernecenter Randers, for borgere med erhvervet hjerneskade.

Hjernecenter Randers er etableret som et samlet aktivitets- og værested for borgere med erhvervet hjerneskade.

Centret har undervisning, i forhold til hvordan borgere med hjerneskadeproblemer kan komme tilbage "i eget liv", og/eller hvordan man kan lære at leve med varige problemer som følge af hjerneskade.

Centret tilbyder også træning og forskellige former for beskæftigelse (fx arbejde med træsløjd), der typisk ledes af frivillige, der selv har været igennem forløb med hjerneskade. Derudover rummer centret en café, som er drevet af frivillige.

Hjernecenter Randers er fysisk placeret i sit eget hus. De borgere, der bruger hjernecentret, er enten borgere med hjerneskade, der er visiteret til nogle af de tilbud, som fysisk er placeret i huset, eller borgere med hjerneskade, der benytter de frivillige aktiviteter i huset.

Medarbejdere fra Randers Kommune har gjort en aktiv indsats for at promovere husets tilbud hos bl.a. praktiserende læger for derigennem at få kontakt til alle borgere med hjerneskade. Derudover har kommunen kontaktet de borgere, der har været igennem et rehabiliteringsforløb i kommunen, for at invitere dem til at blive en del af Hjernecenter Randers' frivillige aktiviteter.

Herudover informeres der om Hjernecenter Randers i de konkrete hjerneskadeforløb, fx i døgnrehabiliteringen i Randers Kommune, som er en midlertidig del af forløbet for flere borgere med hjerneskade.

Den videre ambulante træning af borgere med hjerneskade, efter fx døgnrehabiliteringsregi, kan foregå i Hjernecenter Randers. Centret favner således over en bred vifte af tilbud med såvel direkte som indirekte relevans for indsatserne i det samlede borgerforløb.

Forudsætninger for implementering

Det er en vigtig forudsætning for at kunne drive et aktivitetscenter, der er målrettet borgere med erhvervet hjerneskade, at der kan opnås en kritisk masse af brugere. Det er usandsynligt, at borgere med erhvervet hjerneskade ønsker at (eller kan) rejse langt for at være på et aktivitetscenter. Der er derfor en geografisk begrænsning i forhold til de kommuner, hvor det giver mening at oprette fælles aktivitetscentre. At lave et tværkommunalt aktivitetscenter må derfor antages kun at give mening i geografisk små kommuner.

En anden forudsætning for at implementere et aktivitetscenter succesfuldt er, at man kan engagere stabile frivillige med kompetencer til at drive aktiviteterne.

Omkostninger

Omkostningerne forbundet med et aktivitetscenter med frivillige tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade kan variere kraftigt alt efter ambitionsniveau for centret. At lave

en kortklub, som drives af frivillige i kommunale lokaler, der står tomme, giver naturligvis meget få omkostninger for kommunen. Derimod kan et aktivitetscenter som Hjernecenter Randers blive meget omkostningstungt isoleret set.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Randers Kommune og Middelfart Kommune.

Se endvidere Bilag D.

3.6 Indledende vurdering (opsporing)

Et enkelt projekt har indført en opsporingsproces med det formål at identificere borgere, som har en erhvervet hjerneskade, men som endnu ikke er diagnosticeret. Erfaringerne fra dette projekt er, at den kommunale indsats kan forbedres betydeligt til gavn for borgeren, der får mere relevante indsatser, og kommunens ressourceudnyttelse optimeres, da der i langt mindre grad så at sige spildes ressource på indsatser og forløb, som ikke er hensigtsmæssige, når der er tale om en borger med erhvervet hjerneskade.

Indledende vurdering af borgere i jobcenter

Indledende
vurderinger

- Rettidig indsats
- Udredning, visitation og koordination

Indsatsen bidrager til at sikre rettidighed i indsatserne, og at det er muligt at udrede, visitere og koordinere effektivt. Ved opsporing kan borgeren tilbydes en indsats, der er målrettet borgere med hjerneskade i stedet for en række ikke-tilpassede kommunale indsatser, som borgeren med stor sandsynlig ellers ville modtage. Det sikrer, at borgeren modtager relevante rettidige indsatser og kommunens brug af ressourcer optimeres.

Målgruppe

Borgere, der er i sygedagpengeforløb i jobcentret, hvor der ikke er en diagnosticeret hjerneskade.

Resultat af indsatsen

Ved at opdage en ikke-diagnosticeret hjerneskade hos en borger kan der gives en mere målrettet indsats. Det er erfaringen, at borgere med uopdaget hjerneskade ofte har været igennem flere kommunale indsatser, hvor målene med disse ikke er nået. De professionelle omkring disse borgere har haft svært ved at finde ud af, hvilken indsats, der skulle iværksættes og har oplevet kun at have begrænsede handlingsmuligheder.

Jobcentret oplever, at beskrivelsen og afklaringen af borgerne er blevet kvalitativt bedre, og at der iværksættes færre ressourceforløb for denne målgruppe, da der tidligt sættes ind med relevante indsatser.

Metode/praksis

Den indledende vurdering gennemføres for alle borgere, der har en sygedagpengesag i jobcentret. Dette kan eventuelt udvides til også at omfatte borgere på kontant- eller

uddannelseshjælp.

Borgerne vurderes på baggrund af et sæt faste kriterier udarbejdet af medarbejdere med relevant neurofaglig kompetence. Hvis borgeren lever op til kriterierne, henvises til yderligere neurofaglige undersøgelser hos relevante aktører. Dette har bl.a. været gennemført af en psykolog med neurofaglig efteruddannelse. Eventuelt henvises til yderligere undersøgelser hos egen læge.

De indledende vurderinger gennemføres af et begrænset antal medarbejdere.

Forudsætninger for implementering

Kommunen skal råde over kompetencer, der kan udvikle vurderingskriterier, og som kan gennemføre vurderingerne af borgerne. Endvidere skal der være udarbejdet en beskrivelse af, hvad der skal ske, når der identificeres en borger med mulig hjerneskade. Endelig skal der prioriteres tidsressourcer til opgaven.

Vurderingskriterierne bør fastlægges med udgangspunkt i evidensbaserede standardiserede tests.

Omkostninger

Gennemførelse af screeningen er ikke særlig omkostningstung. Tværtimod beskrives det i flere projekter som en lettelse for personalet at opnå en større forståelse for borgernes situation og udfordringer, i de tilfælde, hvor der ikke tidligere blev oplevet at være fremdrift eller handlemuligheder.

Omkostningerne ved at indføre fast indledende vurdering af borgerne på sygedagpengeområdet skal ses i forhold til det antal borgere, der kommer hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet eller bevarer en tilknytning til et arbejdsmarked, de ellers var på vej ud af.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Middelfart Kommune

Se endvidere Bilag D.

3.7 Funktionsevne måling

Et række kommuner har arbejdet målrettet med funktionsevne målinger som grundlag for målretning af indsatserne og vurderingen af behovet for indsatser af forskellige specialiseringsgrad. Samtidig er målingerne blevet anvendt til at udvikle indsatser og forløb i takt med, at der er opnået viden om indsatsernes virkning og herunder specifikt effekten af genoptræningsindsatserne. Erfaringerne tyder på, at der derved er opnået bedre effekt og kvalitet af indsatserne, og dermed også at ressourceanvendelsen er blevet optimeret.

Måling af funktionsevne og registrering af indsatser

Funktionsevнемåling

- Kvalitet i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser

Indsatsen bidrager til, at der leveres kvalitet i selve genoptræningsindsatserne. Ved at foretage løbende funktionsevнемålinger, bliver det muligt at følge progression i borgerens tilstand. Hvis der ikke observeres den ønskede progression, kan indsatsen til borgeren justeres uden forsinkelse. Funktionsevнемålingerne danner grundlag for løbende tilpasning af indsatserne til borgerens aktuelle situation og behov.

Målgruppe

Målgruppen for denne indsats er medarbejdere i træningsenhederne, der måler fremgang i fysisk funktionsevne blandt borgere med erhvervet hjerneskade, som modtager genoptræning, og medarbejdere, der mere overordnet registrerer forbrug af kommunale indsatser.

Resultat af indsatsen

Gennem en systematisk funktionsevнемåling sikres kvalitetsudvikling i genoptræningsydelserne og i det overordnede rehabiliteringstilbud.

Ud over de data, der bruges til den overordnede kvalitetsudvikling, er løbende funktionsevнемåling også et meget værdifuldt redskab i den enkelte borgers genoptræning, således at der løbende kan justeres i indsatsen ved vigende effekt/udvikling i positiv retning.

I mange kommuner, herunder bl.a. Thisted, Hvidovre og Odense, gennemføres funktionsevнемåling løbende – både lokalt i træningsenhederne og på tværs af sektorerne. Dette er udtryk for en klar forbedring, ikke alene i det tværsektorielle forløb, men også i forhold til fokus på, hvordan rehabiliteringsindsatser kan forbedre funktionsevnen.

I sammenhæng med funktionsevнемålinger er fokus på vurdering af rehabiliteringspotentiale også blevet mere udbredt. Det betyder, at der ikke alene i højere grad end tidligere måles i forhold til effekt, men at der også vurderes, hvorvidt det overhovedet er muligt at opnå en effekt.

Metode/praksis

Funktionsevнемålinger og registrering af indsatser foregår på mange måder. Funktionsevнемålinger foretages ofte i træningsenheden, og registrering af indsatser anvendes i højere grad til at måle mere overordnet på effekt af kommunens rehabiliteringsindsats. Til dette kan registreres både sundhedsdata og information om borgernes forsørgelsesgrundlag, tildelte ydelser og indsatser og boligforhold før og efter den rehabiliterende indsats.

I Hvidovre Kommune har funktionsevнемålingerne bestået i at evaluere borgere med både kognitive og fysiske sequale tests ved hjælp af AMPS (Assessment and Motor and Process Scale). Disse tests har vist et generelt billede af, at borgere, der modtager genoptræning, opnår en forbedret funktionsevne fra opstart af genoptræningen til afslutningen på forløbet.

I Odense Kommune er der gode erfaringer med anvendelsen af ICF som referenceramme/fælles sprog og med SF-12, der er en valideret metode til måling af borgerens selvoplevede helbredstilstand.

I forhold til denne indsats er det en udfordring, at der ifølge Sundhedsstyrelsen ikke er én test, der kan måle den samlede funktionsevne. Derfor indebærer indførelsen af måling af funktionsevne også et valg mellem flere forskellige tests med hvert sit fokus.

Den faglige norske ekspertvurdering, der har været involveret i evalueringen, anfører, at det i genoptræningsforløb – og for at sikre optimal effekt af de forskellige indsatser i rehabiliteringsforløbene – er vigtigt at øge udfordringsniveauet i takt med, at funktionsevnen forbedres. Det betyder, at man overfor borgeren – fx når målinger viser, at funktionsevnen forbedres – også øger de genoptræningsmæssige udfordringer for borgeren. Det anføres, at denne metode/praksis i sig selv medvirker til at øge effekten af rehabiliteringen.

Forudsætninger for implementering

Det er en vigtig forudsætning for at implementere funktionsevнемålinger i kommunernes træningstilbud, at terapeuterne har kompetencerne til at udføre og tolke resultaterne ordentligt. Derudover er det nødvendigt, at man tør sætte handling bag testresultaterne – fx ved at afslutte forløb før planlagt tid, hvis funktionsevnen er forbedret til det ønskede niveau eller ved at ændre træningsforløbet, såfremt der ikke er den ønskede fremgang.

Man skal endvidere være opmærksom på en del forhindringer af både praktisk og tidsmæssig karakter, herunder at funktionsevнемålinger og opfølgningen på dem opleves som en ressourcekrævende opgave, og at de relevante oplysninger ligger i forskellige fagsystemer og er uens registreret. I flere projekter har man således ikke kunnet gennemføre ambitionerne om løbende registrering af sammenhængen mellem indsatser og resultater.

Det kan anbefales, at arbejdet med måling, og herunder valg af konkrete tests, drøftes i relevante faglige fora, fx i regi af sundhedsaftalerne, så der kan anvendes ens redskaber på tværs af de relevante aktører.

Omkostninger

At implementere funktionsevнемålinger i kommunerne indebærer ikke nødvendigvis store ekstraomkostninger udover den anvendte tid til registrering og måling. Derimod vurderes det i flere projekter at være omkostningseffektivt at teste effekten af den træning, som man leverer, for at afdække, om den ønskede effekt opnås.

Projektkommuner, der har afprøvet indsatsen i projektperioden

Thisted Kommune, Hvidovre Kommune, Odense Kommune, Randers Kommune, Middelfart Kommune.

Se endvidere Bilag D.

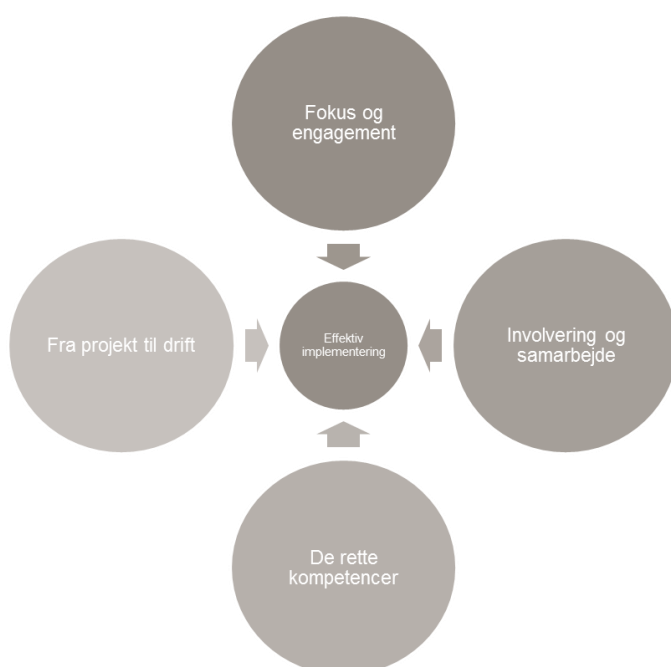
4. Implementeringsforudsætninger

I dette afsnit beskrives erfaringerne med, hvad det er for rammer, der har givet de bedste forudsætninger for at gennemføre en styrket genoptrænings- og rehabiliteringsindsats i de ti undersøgte projekter.

Det er en bagvedliggende tese, at klare implementeringsforudsætninger er særdeles væsentlige, hvis en given indsats skal føre til virkningsfulde resultater. Det er ikke ligegyldigt, hvordan man griber forandringsprocessen an. Dette er generelt italesat med forøget styrke i den offentlige sektor gennem de seneste ti år. Alligevel observeres det fortsat, hvordan modelprojekter ikke bliver forankret og implementeret, og hvor inspiration og testede løsninger dermed ikke afspejles i den samlede driftsmæssige virkelighed.

I nogle tilfælde kan det faglige indhold og de faglige indsatser være på et forholdsvist højt niveau – men hvis implementeringsforudsætningerne er for dårlige, kan resultaterne af de faglige investeringer være relativt begrænsede. Derfor er det afgørende også at se nærmere på de implementeringsforudsætninger, der har været til stede i tilknytning til projekterne.

I analysen er der taget udgangspunkt i en række fokuspunkter, som ud fra Implements erfaring er helt afgørende for udviklingen af den faglige og organisatoriske praksis på sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet i kommunerne: kompetencer, involvering, engagement og forankring. Gennem analysen er vigtigheden af disse fokuspunkter blevet bekræftet og nuanceret.



Nedenfor præsenteres evalueringens resultater, når det gælder de initiativer og indsatser, som kommuner og samarbejdspartner bør tage højde for, hvis positive resultater og identificerede forbedringspotentialer via modelprojekter skal implementeres og internaliseres i den almindelige drift og dermed generelt og vedvarende sikre styrkelse af genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade.

Afsnittet er struktureret under fire overskrifter, der indfanger analysens centrale fund. Det drejer sig om:

- Involvering og samarbejde
- Fokus og engagement
- De rette kompetencer
- Fra projekt til drift

4.1 Involvering og samarbejde

Muligheden for at opnå de ønskede resultater af indsatser og projekter øges betydeligt, når borgere/patienter, medarbejdere og nøgleinteressenter er involveret i ikke alene tilrettelæggelse og design af et givet projekt, men også i udarbejdelsen af en implementeringsplan.

Involvering er ofte den direkte forudsætning for at skabe engagement og ejerskab i en forandringsproces – og den direkte involvering af erfarne og opinionsdannende

medarbejdere, også i udformningen af den egentlige implementeringsplan, er her særdeles vigtig.

Den omhandlede involvering i bestræbelserne på at styrke genoptræning og rehabilitering er derudover nødvendig ud fra et horisontalt fokus såvel som ud fra et vertikalt fokus.

Horisontalt kan der skelnes mellem involvering:

- Inden for et forvaltningsområde med flere funktioner og indsatsområder, ofte (i sammenhæng med hjerneskaderehabilitering) Sundhedsforvaltningen
- På tværs af flere forvaltningsområder i kommunen
- I et samarbejde med eksterne aktører, såsom andre kommuner og specialistenheder samt sygehusafdelinger og regionale hjerneskadecentre

I langt de fleste projekter har medarbejdere fra både sundheds- og socialområdet været involveret. Endvidere har flere projekter også involveret beskæftigelsesområdet. Denne aktive involvering af beskæftigelsesområdet anbefales meget stærkt, da der sandsynligvis (og også indikeret ud fra flere af projekternes resultater) kan høstes relativt store økonomiske og kvalitetsmæssige gevinster ved at styrke samarbejdet med beskæftigelsesområdet.

De steder, hvor flere forvaltninger har været inddraget, har det været en stor succes. Det gælder fx i Randers, Middelfart, Hvidovre og Lolland. I de kommuner, hvor der har været en mere snæver involvering, har der tilsvarende været begrænset succes med at skabe en tværgående sammenhæng. Det gælder i fx Helsingør og Thisted.

I mange projekter har der også været samarbejde med sygehuse og specialsygehuse samt specialiserede rehabiliteringstilbud. Endvidere har enkelte projekter involveret brugerorganisationer, om end i begrænset omfang.

I de projektsammenhænge, hvor der er etableret mere tværgående former for styregrupper og koordinerende funktioner på tværs af forvaltninger mv., er dette fremhævet som meget positivt – og som virkemidler til sikring af bred og tværgående samt helhedsorienteret forankring af og opbakning til projektet. Også sygehusafdelingers involvering i sådanne sammenhænge har været en gevinst og har medvirket til at sikre bedre overgange mellem de regionale og de kommunale indsatser.

Endelig har flere kommuner også samarbejdet med andre kommuner. Dette samarbejde har primært, og især for de mindre kommuner, vedrørt mulighederne for at kunne tilbyde kompetenceudviklingsforløb på tilstrækkeligt højt niveau. Der har kun i begrænset omfang været udviklet øvrige konkrete indsatser på tværs af kommunerne.

I forhold til det vertikale fokus kan der skelnes mellem inddragelse af topledelse, centerlederniveau, mellemliderniveau, frontmedarbejdere og borgere og pårørende. For at sikre den tværsektorielle og helhedsorienterede sammenhæng i indsatserne i rehabiliteringsforløbene er det helt afgørende, at topledelsesniveauer med ansvar på tværs af de kommunale forvaltningsområder involveres i implementeringsplanlægningen og den efterfølgende egentlige implementering i driftsmiljøerne.

Der peges i mange projekter på, at det er afgørende at involvere mellemlidere i planlægning og implementering af forandringsaktiviteter, da det ofte er dette niveau, der i dagligdagen skal prioritere mellem at anvende ressourcer til drift og til udvikling. Her peges der i nogle kommuner på, at involveringen af dette niveau kunne have været stærkere, og at en mangelfuld involvering af dette niveau efterfølgende har påvirket implementeringsmulighederne.

Også frontlinjepersonlet – dem, der kender til dagligdagens udfordringer for borgere og personale – er afgørende at involvere i udviklingen og implementeringen af nye

indsatser. Det anbefales at inddrage dette niveau i både planlægning og styring af udviklings- og implementeringsaktiviteter.

Det er samtidig væsentligt, at dette driftsnære miljø involveres i klart udstukne retningslinjer og målsætninger, fordi frontlinjepersonalet ind imellem også repræsenterer konserverende tendenser og en mindre grad af forandringsvillighed.

Samtidig er det også dette niveau, der er længst væk fra de mere makroorienterede tendenser og bevægelser, der kan være afgørende forudsætninger for bestræbelserne på ikke alene at forbedre, men også forandre.

Flere kommuner har også – med stor gevinst – gennemført eksplorative interviews med borgere og pårørende for på denne måde at kvalificere projektaktiviteterne. Også dette fremhæves som meget positivt – og som en aktivitet, der kan skabe ekstra fokus og pres på reel implementering af forbedringer.

4.2 Fokus og engagement

Flere kommuner anfører, at det langvarige fokus fra centralt hold (Sundhedsstyrelsen) – MTV, forløbsprogram og puljemidler – har været med til at sætte en styrkelse af indsatsen for borgere med hjerneskade højt på dagsordenen, også for topledelsesniveauet i kommunerne og for kommunernes politiske niveau.

Således har der i de fleste kommuner og mellem kommunerne i regi af ramme- og sundhedsaftalerne allerede inden projektperioden været igangsat indsatser, som skulle styrke arbejdet med rehabilitering af borgere med hjerneskade. I en række kommuner var der inden projekternes opstart oprettet en hjerneskadekoordineringsfunktion.

Projektaktiviteterne har – ligesom den forudgående mobilisering i mange kommuner på hjerneskadeområdet – krævet en bred indsats med mange aktører. Dette forudsætter og har forudsat ressourcer til udvikling og forbedring samt implementering af nye arbejdsmåder.

For at dette kan lade sig gøre, er der behov for en betydelig og vedholdende ledelsesopbakning. Ligesom der er behov for systematisk fokus på, hvordan forbedringer kan skabe ikke alene kvalitetsløft og bedre sammenhæng i indsatser, men også danne basis for omkostningseffektiviseringer. Disse omkostningseffektiviseringer ligger ofte ikke entydigt inden for det enkelte forvaltningsområde eller sektor, men flere forskellige steder i den samlede rehabiliteringskæde fra og med rehabilitering på specialiseret niveau umiddelbart efter behandlingsafslutning til og med udgående opfølgingsbesøg i kommunen efter de mere intensive dele af det samlede rehabiliteringsforløb.

De anførte pointer hænger tæt sammen med vurderinger fra projekterne: Da hjerneskadeområdet spænder over flere funktioner og indsatser, der traditionelt er organiseret inden for forskellige fagforvaltninger, vurderes det som meget positivt i de tilfælde, hvor der i projektets styregruppe har været repræsentation fra direktørniveau med beslutningskompetencer på tværs af faglige områder og indsatsområder.

At der afsættes de nødvendige ressourcer på tværs af de relevante aktører er afgørende for at skabe en styrket sammenhæng i indsatsen. Det har i flere kommuner været erfaringen, at der hurtigt kan opstå flaskehalse, hvis ikke alle dele i de samlede indsatser rykker samtidigt. Det er således nødvendigt på tværs af kommune og samarbejdsparter at afsætte ressourcer til:

- Tværfaglige og tværsektorielle udviklingsaktiviteter
- Kompetenceudvikling
- Projektledelse

- Hjerneskadekoordinerende funktioner

Og dette kræver et betydeligt ledelsesmæssigt fokus.

Således er der også meget forskellige erfaringer i forhold til projektleder.

Nogle projekter har valgt at samle projektledelse og hjerneskadekoordinatorfunktion hos samme person, mens andre projekter har valgt at adskille de to roller med henvisning til vanskeligheder med at skulle varetage både projektledelsesopgaver og mere driftsrelaterede opgaver. Der peges her på faren for, at "den daglige drift" kan komme til at tage tid fra projektledelse og projektaktiviteter.

Omvendt er der også erfaring med, at en meget fagligt og personligt engageret fagperson, ved at kombinere projektledelsen med det daglige hjerneskaderehabiliteringsarbejde, kan skabe gejst og momentum i projektindsatserne og måske også i den konkrete implementeringsplanlægning.

Der er endvidere et eksempel på et projekt (i Randers Kommune), hvor det er valgt at dele projektledelsesrollen, og hvor forskellige dele af den samlede projektledelsesopgave er blevet fordelt på forskellige erfarings- og kompetencebaggrunde inden for hjerneskadeområdet.

Det kan således konstateres, at der opleves succesfulde projekter, både hvor projektlederen også varetager en hjerneskadekoordinationsfunktion, og hvor disse roller er adskilt. Implement må (på den noget spinkle baggrund) konkludere, at det formentlig er de individuelle kompetencer og det lokale handlingsrum, der er afgørende for, om den ene eller den anden konstellation er at foretrække.

I det tværkommunale projekt, som Lolland Kommune og Faxe Kommune har deltaget i, er erfaringen, at det har været en styrke, at den centrale projektleder har været eksternt og på den måde "beskyttet" mod daglig drift. Her havde projektkommunerne i fællesskab en central projektleder, der kunne drive processen fremad.

Også i Helsingør, der har deltaget i et tværkommunalt projekt, har oplevelsen været, at det tværkommunale samarbejde forpligtede – "for man vil jo ikke være den kommune, der er bagud".

Således kan en tværkommunal tilgang til at drive de kommunale forandringer være en måde at styrke den fortsatte fremdrift og det fortsatte engagement.

Erfaringer fra andre kommuner og projekter viser dog omvendt, at tværkommunalt samarbejde ikke alene kan skabe engagement og fremdrift – i nogle tilfælde kan det være en hindring for fremdrift, fordi for mange ting skal afklares – ikke kun på tværs af forvaltninger og indsatsområder i den enkelte kommune, men også på tværs af flere kommuner.

For medarbejderne er mening, og ikke mindst faglig mening, og relevans en grundlæggende forudsætning for at opnå engagement, ejerskab og tilslutning til forandringer og nye indsatser.

Dette gælder i særdeleshed på sundhedsområdet, hvor fagligheden er stærk, og behovet for tilslutning og engagement er stort, også på tværs af faggrupper og funktioner.

Samlet set kan det konkluderes, at projektlederkompetencer i kombination med kendskabet til den kommunale organisering synes at være lige så vigtige for succes som neurofaglig erfaring og indsigt.

4.3 De rette kompetencer

For at skabe en styrket genoptrænings- og rehabiliteringsindsats er det afgørende, at de rette kompetencer er tilgængelige. Der peges på, at både neurofaglige kompetencer (særligt basal viden om hjernens opbygning og funktion, neuropsykologi og neuropædagogik) og kompetencer i forhold til tværsektorielt og -fagligt samarbejde og koordinering er meget væsentlige, og at kompetencerne på begge disse områder generelt er blevet løftet.

Erfaringerne fra projekterne peger på en række punkter, der bør være opmærksomhed om:

Hvem skal have hvilke kompetencer? I en række projekter har der været differentieret meget tydeligt mellem, hvilke faggrupper der har modtaget hvilken type kompetenceudvikling. Dette har været med til at gøre kompetenceudviklingen målrettet og vedkommende for deltagerne. En indledende analyse af kompetenceudviklingsbehov blandt relevante medarbejdere kan anbefales. Således har der fx været kurser specifikt målrettet medarbejdere i kommunale jobcentre, der blev opkvalificeret i forhold til at kunne identificere borgere med mulig hjerneskade.

Kompetencerne skal spredes på flere personer. Hvis de nye kompetencer for alvor skal føre til ændret praksis, er det nødvendigt at lægge en eksplicit plan for, hvordan dette skal ske. Her påpeges det i flere projekter, at særligt for træningspersonale samt pleje- og omsorgspersonale er det væsentligt, at flere kolleger deltager i kompetenceudviklingen. Hvis der kun er få deltagere, bør der være et eksplicit fokus på spredning af den opnåede kompetence blandt kollegerne.

I Odense Kommune har man valgt at etablere et udgående team med forskellige fagligheder og styrke disse medarbejders neurofaglige kompetencer. Det udgående team kan tilkaldes i forbindelse med borgere med komplicerede behov og forløb, hvor frontlinjemedarbejderen kan modtage kvalificeret sparring med et stort fokus på medarbejderens læring. Ønsket har været at sprede kompetencerne fra medarbejdere med styrkede neurofaglige kompetencer gennem samarbejde med øvrige medarbejdere i praksisnære situationer. Dette gøres ud fra et princip om, at få skal have specialviden, men at disse har en forpligtelse til at rådgive de medarbejdere, som er i direkte kontakt med borgerne, fx i træningstilbud og hjemmeplejen.

Dette har for eksempel betydet, at Odense Kommunes apopleksi-teams fokus undervejs ændrede sig fra et stort behov for at lære om neurologien, neuropsykologien og det neuropædagogiske paradigme til et behov for at lære om interventionsprocesser i forbindelse med undervisning af driftspersonalet, herunder didaktik og redskaber til at fremme læringsprocesser i personalegrupper. Efter endt projektperiode vurderer kommunen selv, at medarbejderne i driften, som kun har modtaget sidemandsoplæring fra et udgående team med højt kompetenceniveau, har øget deres kompetencer, særligt i forhold til de komplekse borgerforløb. Der er nu, især blandt SOSU-personalet, en bevidsthed om, hvor afgørende en viden det er, hvor i hjernen skaden er opstået. En viden, der ikke var at finde før opstart af projektet.

Personale fra flere af projekterne vurderer endvidere, at det er nødvendigt med løbende supervision for at fastholde de opnåede kompetencer på avanceret og specialiseret niveau. Dette stemmer helt overens med nyere implementeringsforskning.

For at kunne tilbyde tilstrækkelig kvalificeret kompetenceudvikling i de mindre kommuner er man i flere projekter gået sammen med andre kommuner og specialiserede rehabiliteringstilbud om at udvikle og gennemføre kompetenceudviklingsforløb. Dette har været fremhævet som positivt. Både fordi man har kunnet gennemføre undervisning på

tilstrækkeligt højt niveau, og fordi det har været inspirerende at deltage i kursusaktiviteter sammen med deltagere fra andre kommuner.

Endelig skal det påpeges, at der har været meget stor tilfredshed med at deltage i kompetenceudviklingsaktiviteter, hvor deltagerne har været tværsektorielt sammensat. Dette har – i nogle tilfælde – betydet lige så stort et løft i indsatsen gennem bedre mulighed for samarbejde og koordination som det faglige indhold på kurset. Således har den tværsektorielle kursusdeltagelse affødt yderligere initiativer for at styrke indsatsen, fx ved at inddrage børne- og ungeområdet i hjerneskadesamarbejdet.

En af de største udfordringer har været at få tid til at deltage i opkvalificeringsaktiviteter. Der skal her tages hensyn til den driftsmæssige situation, hvor det kan være en stor driftsmæssig forstyrrelse, hvis flere medarbejdere skal på kursus ad gangen. Dette bør indtænkes fra starten i planlægningen af kompetenceudviklingsforløb.

4.4 Fra projekt til drift

Hvordan et udviklingsprojekt eller -initiativ er forankret i den eksisterende organisation har betydning for prioriteringen og opmærksomheden på fremdrift og resultatrealisering. Dette er selvsagt væsentligt i hele projektets levetid for at fastholde engagementet – men særligt i overgangen fra projektfase til driftsfase.

Jo tidligere i forløbet, der bliver taget stilling til den fremtidige drift, jo bedre. Kun hvis der er et tydeligt billede af den fremtidige driftssituation, kan der arbejdes målrettet frem mod en endelig implementering. Det er en meget klar konklusion, at i de projekter, hvor der tidligt er blevet taget stilling til den fremtidige forankring af projektaktiviteterne, har der kunnet arbejdes målrettet frem mod dette. I en række projekter har der først mod slutningen af projektperioden været taget stilling til, hvilke elementer og hvordan genoptræning og -rehabilitering af borgere med hjerneskade skal forankres fremover. Dette giver usikkerhed i organisationen i forhold til fremtiden på området.

I overgangen fra projekt til drift har den ledelsesmæssige opmærksomhed stor betydning. Således er der en tendens til, at jo højere ledelsesmæssig forankring i projektstyregruppen, jo tidligere stillingtagen til den fremtidige driftssituation – og dermed også bedre mulighed for fortsat at høste gevinsterne af projektaktiviteterne.

Der er i flere kommuner erfaring med, at implementeringen af de nye indsatser på områderne er blevet koblet sammen med eksisterende indsatser, tiltag eller projekter. For eksempel har projektaktiviteterne i Lolland Kommune været koordineret med aktiviteterne i Arbejdsrehabiliteringsklubben Lolland. Dette har styrket den eksisterende indsats og gennemførelsen af de nye indsatser. Det forekommer således, at implementeringen er lettere, hvis der bygges videre og ovenpå eksisterende indsatser, end hvis der skal tages hul på et helt nyt område. Det kan derfor anbefales, at implementeringen af nye indsatser kobles tæt til eksisterende indsatser, projekter eller fora, der eksisterer på området eller på tilgrænsende områder.

5. Bilag A: Udvælgelseskriterier

På baggrund af en indledende gennemgang af projektbeskrivelser og midtvejsstatus fra de 96 projekter, der har modtaget støtte fra puljen, blev der udvalgt ti projekter til nærmere gennemgang.

Herunder beskrives udvælgelsesproces og -kriterier.

Kriterier for, hvilke kommuner der skulle udvælges til nærmere gennemgang, blev indledningsvist drøftet med repræsentanter for Sundhedsstyrelsen, KL og Sundheds- og Ældreministeriets departement. Her var der enighed om, at projekterne skulle udvælges ud fra følgende hensyn:

- At alle projektformål dækkes nogenlunde ligeligt.
- At projektformålet i de udvalgte projekter er så entydigt som muligt.
- At der er en jævn geografisk fordeling af de udvalgte projekter.
- At der sikres gennemgang af projekter i kommuner af forskellig størrelse.
- At der både gennemgås projekter, der er afviklet i samarbejde med andre kommuner, og projekter, som er afviklet af en enkelt kommune.

Endvidere blev der søgt indhentet forslag til udvælgelse af de ti projekter fra en række nationale og internationale faglige eksperter (stillingsbetegnelse refererer til ansættelse på daværende tidspunkt):

- Tina Jørgensen, centerchef, Stevns
- Merete Røn Christensen, chef for genoptræning, Københavns Kommune
- Lis Kleinstrup, ledende terapeut, Hammel Neurocenter
- Merete Stubkjær, ledende overlæge, Hammel Neurocenter
- Thorkild Sloth Petersen, ældre- og handicapchef, Varde Kommune
- Marie Elmgren, projektleder, Fagcenter for erhvervet hjerneskade og fysisk handicap, Aalborg Kommune
- Dion Mattesen, hjerneskadekoordinator, Egedal Kommune
- Karin Holland, direktør, Horsens Kommune
- Gry Bang-Kittilsen, specialist i klinisk neuropsykologi og neurorehabilitering, Oslo Universitetssygehus. Klinik for Fysikalsk Medicin og Neurorehabilitering, Udredningsenheden.
- Geir Magnussen, samhandlingsdirektør, Sykehuset i Vestfold, tidligere leder for tværgående neurorehabiliteringsenhed på Sykehuset Telemark med ansvar for koordinerede neurorehabiliteringsforløb på tværs af indsatserne i kommune, på sygehus og hos almen praksis.

Seks nationale faglige eksperter fra denne liste har bidraget med konkrete forslag. De internationale eksperter har vurderet og kommenteret bruttoforslag, som beskrevet nedenfor.

Der blev udarbejdet en bruttoliste af projekter, der imødekom ovenstående hensyn. Disse projekter blev vurderet i forhold til:

- Projektets relative størrelse – omfang af borgere og medarbejdere omfattet af projektet, idet større projekter her blev prioriteret.
- Fremdrift i projektet, hvor projekter med meget store forsinkelser blev sorteret fra.
- Hvorvidt projekterne selv havde gennemført selvstændige evalueringer. Dette var særligt relevant i forhold til de meget store byer, hvor flere projekter gennemførte

omfattende selvstændige evalueringer. Her blev projekter, der ikke havde gennemført selvstændige evalueringer, prioriteret.

- I hvilken grad af involvering af pårørende var et eksplicit fokus i projekterne, således at dette aspekt også kunne dækkes via de udvalgte projekter.

En reduceret bruttoliste og konkrete forslag til de ti projekter blev udarbejdet og præsenteret til drøftelse blandt repræsentanter for Sundhedsstyrelsen, KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

På baggrund af denne drøftelse traf Sundhedsstyrelsen det endelige valg om de ti projekter, der blev udvalgt til nærmere gennemgang. De overordnede kriterier for udvælgelse fremgår af nedenstående oversigt.

	Meget store (>150.000)	Store (56.000-150.000)	Mellem (38.000-56.000)	Små (<38.000)	I alt
Formål 1a Koordinering internt og på tværs ift. kommuner og regioner	Odense (Region Syd)		Hvidovre (Region H)		2
Formål 1b Etablering af avancerede tilbud		Randers (Region Midt, samarbejdsprojekt) Sønderborg (Region Syd)	Lolland (Region Sj., samarbejdsprojekt)		3
Formål 2 Neurofaglige kompetencer	Århus (Region Midt, samarbejdsprojekt)		Thisted (Region Nord)		2
Formål 3 Tværfagligt samarbejde mellem kommuner		Helsingør (Region H, samarbejdsprojekt)		Faxe (Region Sj., samarbejdsprojekt) Middelfart , (Region Syd., samarbejdsprojekt)	3
I alt	2	3	3	2	10

6. Bilag B: Resumé

Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade

MED AFSÆT I EVALUERINGEN AF TI KOMMUNALE PULJEPROJEKTER

6.1 Indledning

BAGGRUND

I 2011 blev der af det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium igangsat en række projekter for at styrke den kommunale indsats for mennesker med erhvervet hjerneskade.

Projekterne skulle fremme sammenhængende forløb og indsatser af høj faglig kvalitet til borgere med erhvervet hjerneskade.

Puljemidlerne blev udmøntet som opfølgning på Sundhedsstyrelsens arbejde med medicinsk teknologivurdering og udvikling af forløbsprogram for rehabilitering til børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade – og med det formål at implementere forløbsprogrammerne i den kommunale praksis. Alle kommuner blev opfordret til at søge puljemidler enten på egen hånd eller i et tværkommunalt samarbejde

Der blev i alt udmøntet 145.746.000 kr. i puljemidler fordelt på 96 projekter.

FOKUSOMRÅDER

Projekterne havde et eller flere af følgende fokusområder:

- Fremme *sammenhængende og effektive rehabiliteringsforløb* på tværs af kommunale forvaltninger og mellem kommune, sygehus og almen praksis, fx ved, at: 1) Kommunerne etablerer en kommunal hjerneskadekoordineringsfunktion. 2) Kommunerne udarbejder visitationsretningslinjer til de graduerede rehabiliteringstilbud i kommunen. 3) Kommunerne etablerer avancerede kommunale rehabiliteringstilbud.
- Fremme *neurofaglige kompetencer* hos kommunale sundhedspersoner og andet relevant kommunalt personale.
- Fremme *tværfagligt samarbejde mellem kommuner* om indsatsen over for personer med komplekse rehabiliteringsbehov, så synergieffekter og stordriftsfordele fremmes, og indsatsen over for de mest udsatte patienter samtidig styrkes.

IMPLEMENTERING AF FORLØBSPROGRAMMERNE

Puljen og projekterne har været medvirkende til at fremme implementeringen af forløbsprogrammerne for personer med erhvervet hjerneskade og dermed til at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen til personer med erhvervet hjerneskade, således at de opnår den bedst mulige funktionsevne.

Erfaringerne fra ti af disse projekter er nu indsamlet og vurderet med henblik på videndeling og inspiration.

De ti projekter er udvalgt på baggrund af geografi, kommunestørrelse og projektyper. Derudover er der sikret repræsentation af både tværkommunale projekter og enkeltkommuneprojekter.

De ti projekter er forankret i:

- Faxe Kommune
- Helsingør Kommune
- Hvidovre Kommune
- Lolland Kommune

- Middelfart Kommune
- Odense Kommune
- Randers Kommune
- Sønderborg Kommune
- Thisted Kommune
- Aarhus Kommune

6.2 Resultater

På baggrund af evalueringen er det vurderingen, at der er afprøvet indsatser og virkemidler, som med god sandsynlighed kan bidrage til, at kommunerne kan styrke indsatsene overfor borgere med erhvervet hjerneskade.

Erfaringerne fra projekterne er, at der kan opnås forbedringer af kvaliteten, en større grad af indsatser på lavest (mest relevante) effektive omkostnings- og omsorgsniveau ved at sikre adgang til graduerede indsatser samt i forlængelse heraf generelt set en bedre omkostningseffektivitet i indsatserne til borgere med erhvervet hjerneskade.

Implement's tværgående analyse af projekternes erfaringer viser, at de positive resultater virkningsmæssigt kan knyttes til særligt tre grupperinger af virkemidler og indsatser. Det gælder:

RETTIDIG INDSATS

- *Rettidig indsats* omfattende de forskellige virkemidler, der er sat i værk for at undgå, at der sker forsinkelse i de rehabiliterende indsatser igangsættelse i forlængelse af afsluttet sygehusbehandling og undervejs i forløbet.

VISITATION, PLANLÆGNING OG SAMMENHÆNG

- *Neurofaglig kompetent udredning, visitation, tværfaglig og planlægning og koordination* omfattende virkemidler, der bidrager til at sikre den mest korrekte visitation og adgang til en tilstrækkeligt gradueret række af rehabiliteringsindsatser.

KVALITET I INDSATSERNE

- *Kvaliteten i og adgange til graduerede genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser* omfattende virkemidler, der bidrager til at sikre, at kvaliteten i den faglige indsats er af en sådan karakter, at sandsynligheden for at opnå de ønskede resultater for borgerens funktionsevne er maksimal.

Opsummerende har Implement på baggrund af erfaringerne i projekterne set en række sammenhænge mellem de styrkede indsatser og de kvalitetsmæssige og omkostningseffektivitetsmæssige resultater, projekterne vurderes at have leveret.

Herunder er det Implement's klare indtryk, at det særligt er i kombinationer af de forskellige indsatser og virkemidler, at projekterne har opnået gode resultater. Derfor er det vigtigt at understrege, at de ikke bør anvendes adskilt og isoleret. Dette er søgt illustreret i figuren nedenfor.

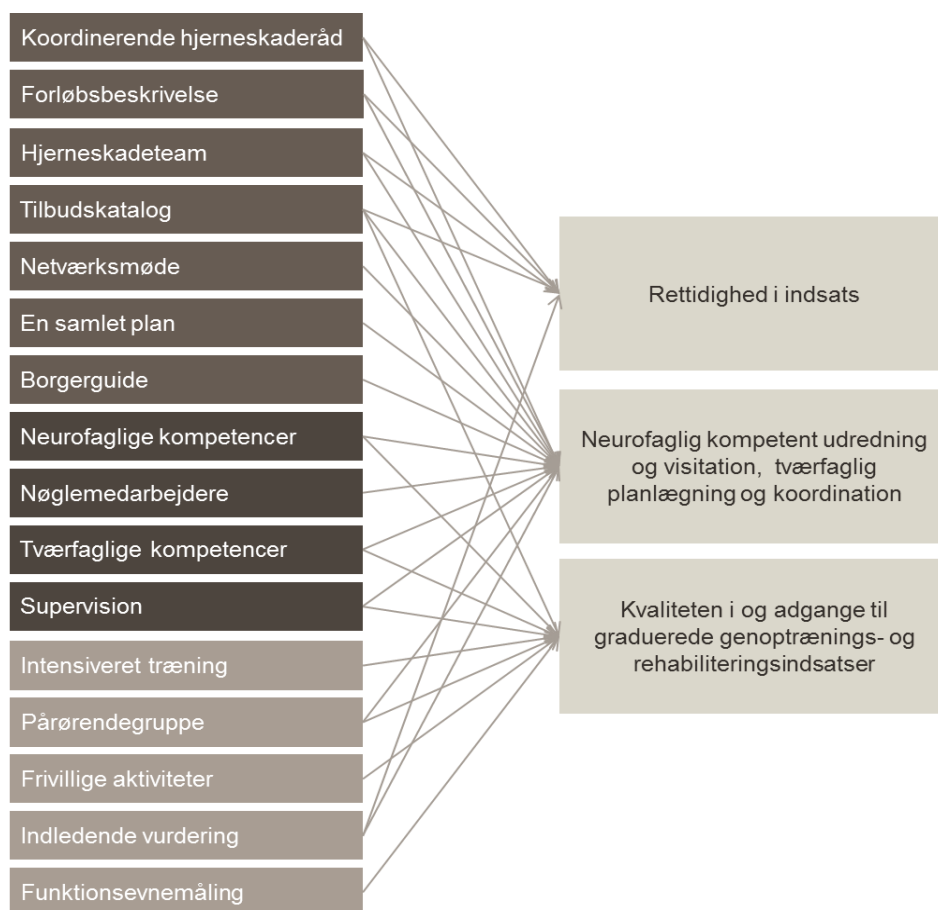


6.3 Konkrete indsatser

Evalueringen har i de ti projekter identificeret 16 konkrete indsatser, som vurderes at kunne bidrage til at levere en styrket genoptræning og rehabilitering til borgere med erhvervet hjerneskade. Igen skal det understreges, at ingen af indsatserne i praksis kan eller bør ses isoleret.

De 16 indsatser er beskrevet i lettilgængelig skematisk form i hovedrapporten med henblik på, at øvrige kommuner hurtigt kan finde relevant viden og lade sig inspirere.

16 KONKRETE INDSATSER



De 16 indsatser er i figuren grupperet med forskellige nuancer, som illustrerer, at de første syv indsatser har haft et særligt fokus på koordinering, de næste fire indsatser særligt på kompetenceudvikling, mens de sidste fem har haft fokus på områder, der så at sige er uden for kategori.

I det følgende er projekternes erfaringer med at fremme koordineringen i indsatserne til borgere med erhvervet hjerneskade beskrevet på overordnet niveau. Derefter følger en tilsvarende beskrivelse af projekterfaringer med indsatser, der har fokus på kompetenceudvikling som virkemiddel.

ERFARINGER MED
KOORDINERING

6.3.1 Koordinering

Der tages i denne sammenhæng udgangspunkt i en definition, hvor *koordination er at arrangere indsatserne indholdsmæssigt og tidsmæssigt med henblik på at nå fælles rehabiliteringsmål.*

Med dette for øje er det Implements vurdering, at der er behov for koordinering på en række forskellige niveauer (system, forløb og borger). På hvert niveau ligger der et ansvar for forskellige indsatser til borgerne med hjerneskade, som varetages af forskellige fagpersoner og organisatoriske enheder.

Disse forhold opsummeres i nedenstående tabel.

Koordineringsniveau	Koordineringsopgave	Primære aktører	Konkrete indsatser
Systemniveau	Samordning på tværs af sektorer og forvaltninger	Ledelse – strategisk niveau	Koordinerende hjerneskaderåd
			Forløbsbeskrivelser
Forløbsniveau – visitation	Samordning af udredning og vurdering af rehabiliteringsbehov	Bestiller/visitator – operationelt niveau	Hjerneskadeteam
			Tilbudskatalog
Forløbsniveau – leverandør	Samordning af leveret indsats og opfølgning	Udfører/fagperson – operationelt niveau	Netværksmøde
			En samlet plan
Borgerniveau	Samordning af kontakter til borger	Udfører/koordinerende funktion	Borgerguide Udmøntning af genoptræningsplan

Den gennemgående læring fra projekterne er, at et sammenhængende forløb for borgerne forudsætter, at der koordineres på alle fire koordineringsniveauer.

ERFARINGER MED
KOMPETENCE-
UDVIKLING

6.3.2 Kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling er grebet an på en lang række forskellige måder blandt de omfattede projekter og varierer i både form, indhold og fokus.

Generelt kan der på baggrund af projekterne peges på vigtigheden af at inddrage såvel neurofaglig kompetenceudvikling som udvikling af tværfaglige og tværsektorielle samarbejdskompetencer. Derudover er det relevant og betydende, at kompetenceudviklingen målrettes det behov og de arbejdsopgaver den enkelte fagperson har i relation til borgere med erhvervet hjerneskade, den enkelte fagperson har. Neurofaglig kompetenceudvikling ser således ud til at være mest effektiv, når læringen er målrettet konkrete og praksisnære behov og opgaver.

Derudover er der projekterfaringer, der tyder på, at det optimerer effekten af kompetenceudviklingsindsatserne, at der er lagt en strategi for, hvordan kompetencerne vedligeholdes og løbende spredes til andre medarbejdere i organisationen.

6.4 Erfaringer med implementering af indsatserne

For at implementere de nævnte indsatser viser projekterfaringerne, at en række forudsætninger skal være til stede. Disse opsummeres i det følgende.

INVOLVERING OG SAMARBEJDE

6.4.1 Involvering og samarbejde

Samarbejde mellem alle relevante fagpersoner er helt afgørende for at kunne styrke effekten af genoptræning og rehabilitering på så komplekst et område som hjerneskadeområdet. Der bør derfor være særlig opmærksomhed på såvel horisontalt som vertikalt samarbejde og involvering i indsatsen. Dette gælder både inden for og på tværs af kommunens egne centre/forvaltninger, men også i forhold til andre relevante samarbejdspartner, herunder særligt sygehusene og specialiserede rehabiliteringsenheder.

FOKUS OG ENGAGEMENT

6.4.2 Fokus og engagement

Det er afgørende, at der er ledelsesmæssigt fokus på området, når der skal implementeres nye indsatser. Her viser erfaringerne fra flere projekter, at Sundhedsstyrelsens faglige fokus på rehabilitering og herunder særligt udarbejdelsen af forløbsprogrammerne for erhvervet hjerneskade har betydet, at der er skabt et stigende ledelsesmæssigt fokus på området i kommunerne.

Det er centralt, at der afsættes ressourcer til arbejdet *på tværs* af de relevante aktører, da aktørers arbejde er gensidigt afhængigt.

Endvidere er det afgørende, at der er en operationelt ansvarlig person for implementeringsarbejdet, der kan drive arbejdet fremad, også når den normale drift presser på.

RETTE KOMPETENCER

6.4.3 Rette kompetencer

For at skabe en styrket genoptræning og rehabiliteringsindsats er det afgørende, at de rette kompetencer er tilgængelige. Der peges i projekterne på, at både neurofaglige kompetencer (særligt basal viden om hjernens opbygning og funktion, neuropsykologi og neuropædagogik) og kompetencer i forhold til tværsektorielt og -fagligt samarbejde og koordinering er meget væsentlige, og at kompetencerne på begge disse områder generelt er blevet løftet.

I forlængelse af erfaringerne vedrørende fokus og engagement, er det tydeligt, at projektlederkompetencer i kombination med kendskabet til den kommunale organisering er lige så vigtig for succes som neurofaglig erfaring og indsigt. Med andre ord er den optimale kompetenceprofil en person, som har praksiserfaring med at drive og lede projekter i en tværfaglig, gerne kommunal kontekst, og som har konkret erfaring med neurofaglige indsatser og problemstillinger.

For at kunne tilbyde tilstrækkeligt kvalificeret kompetenceudvikling, er man især i de mindre kommuner gået sammen med andre kommuner og med specialiserede rehabiliteringstilbud om at udvikle og gennemføre kompetenceudviklingsforløb. Dette har været fremhævet som positivt. Både fordi man har kunnet gennemføre kompetenceudviklingsforløbene på tilstrækkeligt højt niveau, og fordi det har været inspirerende at deltage i kursusaktiviteter sammen med deltagere fra andre kommuner.

En af de største udfordringer har været at få tid til at deltage i opkvalificeringsaktiviteter. Der skal her tages hensyn til den driftsmæssige situation, hvor det kan være en stor driftsmæssig forstyrrelse, hvis flere medarbejdere skal på kursus samtidig. Dette bør indtænkes fra starten i planlægningen af kompetenceudviklingsforløb.

FRA PROJEKT
TIL DRIFT

6.4.4 Fra projekt til drift

Baseret på erfaringerne fra projekterne er det tydeligt, at en tidlig stillingtagen til den fremtidige driftsmæssige forankring af projektaktiviteterne fremmer og letter implementeringen.

Det er i flere kommuner erfaringen, at implementeringen af de nye indsatser er blevet koblet sammen med eksisterende indsatser, tiltag eller projekter, og at dette ligeledes har styrket forankringen af de nye indsatser.

7. Bilag C: Spørgeramme

Projekternes forskelligartede karakter og betoning betyder, at denne spørgeguide har en noget generisk karakter, så alle projekter kan favnes. Dette er ligeledes nødvendigt med henblik på en vis sammenligning af projekterne. Op til de enkelte kommunale besøg vil interviewguiden imidlertid blive tilpasset konteksten i den enkelte besøgskommune, så der sikres en samtale, der er loyal over for projektet.

Interview med projektejer, projektleder og evt. andre med et strategisk ansvar

Tema	Spørgeramme
Projektindhold	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv projektet <ul style="list-style-type: none"> • Formål, baggrund for formålet, målsætninger og fokus for projektet • Målgruppe og aktiviteter • Involverede faggrupper (og på hvilket kompetenceniveau) og involverede interne og eksterne parter mv. • Hvordan har projektet været organiseret? Er det en del af andre projekter eller et projekt for sig selv? • Hvordan er koordinationen foregået (evt. hjerneskadekoordinatorfunktionen) – hvordan har beføjelserne været og hvilke erfaringer er der? • Har projektopbygning ændret sig igennem projektet? • Hvad har været projektets væsentligste styrker og udfordringer?
Anvendte metoder	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke metoder er anvendt? • Hvad ligger til grund for valget? • I hvilket omfang er Sundhedsstyrelsens MTV på hjerneskadeområdet inddraget eller har været anvendt til inspiration? • I hvilket omfang arbejder projektet med et standardprogram eller –forløb? • Har Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer inspireret hertil? • I hvilket omfang er der arbejdet med at tilpasse indsatserne til borgerens konkrete behov?
Projektresultater	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan opfylder projektets resultater målsætninger/formål med projektet? • Hvordan er resultaterne dokumenteret? Foreligger noget målbart? <ul style="list-style-type: none"> • Er der foretaget start- og slutmålinger (hvis ikke, hvordan er resultaterne så søgt dokumenteret?) • Hvordan har resultatopfølgningen været i løbet af projektet? Har det medført justeringer af projektet? • Bliver projektet efter afslutning indlagt i den almindelige drift? • Er der lavet beregninger på løsningernes omkostningseffektivitet? Hvis ikke – hvad er så forventningen? • Har involverede kommunale faggrupper gennemgået kompetenceudvikling (og med hvilken effekt?) • Hvad med kvaliteten af ydelserne? <ul style="list-style-type: none"> • Er der løbende dokumenteret fx funktionsniveau og dokumenteret udvikling heri? • Hvilken metode har man anvendt til at følge patienternes udvikling? Eventuelle indikatorer?
Generaliseringspotentiale	<ul style="list-style-type: none"> • I hvilket omfang vurderes erfaringerne at kunne overføres til andre kommuner? • Hvad er det vigtigste at være opmærksom på ved overførsel til andre kommuner?
Samarbejdsforhold	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv samarbejdet med projektets parter <ul style="list-style-type: none"> • Patientforeninger – har de været involveret? Hvornår og hvordan? Hvad er erfaringerne? • Sektorovergange – Har der været særligt fokus på overgange mellem sektorer (sygehuse, praksislæge), og hvordan har det været organiseret? • Ekspertter/specialister (fx ifm. planlægning af tilbud/proces, supervision, opfølgning el.l.) . Hvilken type? • Andre kommuner – hvordan er samarbejdet med andre kommuner? Hvad er der af muligheder fremadrettet • Internt i kommunen - hvordan er der fx taget højde for overlap til andre relevante

	<p>projekter?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pårørende og patienter/borgere <ul style="list-style-type: none"> • Har der været specifikt fokus på samarbejde på tværs af faggrupper?
Opfølgende spørgsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Ligger der konkrete data og analyser om og af projektet, som ikke er indeholdt i slutevalueringen som vi må få?

Interviews med pårørende og patienter

Tema	Spørgeramme
Brugerefaringer	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har I/du oplevet genoptræningsforløbet som del i dette projekt? • Hvordan har du/I oplevet udredningen for den erhvervede hjerneskade? • Har du/I oplevet, at der tænkes helhedsorienteret i den rehabiliteringsplan, der er udarbejdet? • Er indsatsen koordineret og virker det som om, at der er sammenhæng? • I hvilket omfang synes du/I, at indsatsen er tilpasset dit konkrete behov eller er der tale om en mere generel plan? • Har genoptræningsforløbet virket overskueligt? • Har du været tilstrækkeligt involveret i forløbet? • Har du andre generelle bemærkninger til dit forløb?
Overgang mellem sektorer og tilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan oplever du overgangen fra sygehus til kommune (og evt. almen praksis)? • Hvordan har koordinationen mellem forskellige tilbud været? • Hvad kunne gøres anderledes/bedre?
Resultater og effekt	<ul style="list-style-type: none"> • Har det været tydeligt, hvad målet har været og er der løbende fulgt op i forhold til dette mål? • Hvad mener du om kvaliteten af ydelserne? <ul style="list-style-type: none"> • Er der løbende dokumenteret fx funktionsniveau og dokumenteret udvikling heri? • Hvordan har man fulgt med i din udvikling? Eventuelle indikatorer?
Generaliseringspotentiale	<ul style="list-style-type: none"> • Vil du anbefale andre i din situation den rehabilitering/genoptræning, som du har modtaget?

Interview med samarbejdsparter – dette er en meget heterogen gruppe, og der er fx stor forskel på spørgsmål til interne kommunale samarbejdspartnere og patientforeninger. Dette vil afspejles i den konkrete interviewsituation.

Tema	Spørgeramme
Jeres rolle i projektet	<ul style="list-style-type: none"> • Beskriv projektet og dets indhold set fra dit perspektiv • Beskriv jeres rolle i projektet <ul style="list-style-type: none"> • Tæt involveret i projektet, hørt part eller? • Hvornår og hvordan? Hvad er erfaringerne? • Hvordan er koordineringen i projektet og inddragelsen af jer foregået? Har det været hensigtsmæssigt?
Projektresultater	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken forskel gør projektet? • Hvordan opfylder projektets resultater jeres forventninger til projektet? • Hvordan er resultaterne dokumenteret? Er det tilstrækkeligt? Foreligger noget målbart? <ul style="list-style-type: none"> • Er der foretaget start- og slutmålinger (hvis ikke, hvordan er resultaterne så søgt dokumenteret?) • Hvordan har resultatopfølgningen været i løbet af projektet? Har det medført justeringer af projektet?

	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan inddrages i nu? Bliver projektet idriftsat og hvad bliver jeres rolle?• Hvad med kvaliteten af ydelserne?<ul style="list-style-type: none">• Er der løbende dokumenteret fx funktionsniveau og dokumenteret udvikling heri?• Hvilken metode har man anvendt til at følge patienternes udvikling? Eventuelle indikatorer?
Generaliserings- potentiale	<ul style="list-style-type: none">• I hvilket omfang vurderes erfaringerne at kunne overføres til andre kommuner?• Hvad er det vigtigste at være opmærksom på ved overførsel til andre kommuner set fra jeres perspektiv?
Potentialer og muligheder	<ul style="list-style-type: none">• Hvad er læringspunkterne – hvad gik godt, og hvad kan gøres bedre?

9. Bilag D: Cases

Faxe Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Tværkommunal rehabiliteringsindsats for borgere med erhvervet hjerneskade der har brug for en sammenhængende og tværfaglig indsats for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Samarbejde mellem Lolland, Guldborgsund, Faxe, Næstved og Vordingborg Kommuner.

PROJEKTETS FORMÅL

Projektet blev igangsat for at forbedre koordinationen af indsatserne til borgere med erhvervet hjerneskade, for at optimere organiseringen på området i kommunen og for at forbedre samarbejdet mellem kommune, praktiserende læger og sygehuse.



PROJEKTLEDER

Sundhedschef Dorrit Guttman
55 36 28 70, dogut@vordingborg.dk

PROJEKTANSVARLIG

Direktør Kirsten Jacobsen

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være til inspiration for andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og det har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

SPECIALISERING I TRÆNINGSAFDELINGEN

En lang række medarbejdere fra Faxe Kommune har været på neurofaglig opkvalificering i projektperioden. En række af disse medarbejdere kommer fra træningsafdelingen i Faxe Kommune. Som følge af den neurofaglige opkvalificering, som en række fysio- og ergoterapeuter har modtaget, har man gjort træningsafdelingen blev mere diagnosespecifikke på hjerneskadeområdet. Dette betyder at en lille gruppe på fire terapeuter ud af de i alt 15 ansatte terapeuter, tager sig af alle neurologiske borgere. Grundet den relativt beskedne gruppe af borgere med erhvervet hjerneskade optræder de fire terapeuter stadig som generalister, men det er altid en af de fire terapeuter, der tager sig af borgere med hjerneskade.

Konkret er praksis ændret ved at terapeuterne er mere skarpe på indholdet i genoptræningsplaner. Hvis der er problemer med mangelfulde oplysninger i disse tøves der ikke med at tage kontakt til sygehusene. Terapeuterne er også mere opmærksomme på hvor i hjernen skaden er sket, da det betyder meget for hvordan borgerne skal tackles. Der er ikke foretaget før- og efter-målinger på effekten af denne specialisering, men fornemmelsen i Faxe Kommune er at borgere kommer hurtigere og bedre igennem systemet nu end inden specialiseringen.

OVERBLIK - INDSATSER I PROJEKTET

1) Analyse og kortlægning

Der er i samarbejde med de fire andre kommuner i samarbejdet udviklet tre analyser og kortlægninger af hjerneskadetilbuddene i kommunerne. Den første "Ydelser ved rehabilitering af børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade" indeholder en oversigt og beskrivelse af de ydelser, der kan bevilliges af myndigheden/visitation. Den anden "Status og succeskriterier" er en beskrivelse af den aktuelle indsats og fremtidige udviklingsmål for en styrket rehabilitering for borgere med en erhvervet hjerneskade. Den tredje "Undersøgelse af indsatsen for børn og unge med erhvervet hjerneskade" er en kortlægning samt en analyse af udfordringer og læringsmål for området.

2) Kommunal hjerneskadekoordineringsfunktion

Videreførelse af allerede ansat hjerneskadekoordinator. Der har i projektperioden været udskiftning på hjerneskadekoordinatorposten og kontinuiteten og udviklingen af rollen har båret præg af dette. Rollen som hjerneskadekoordinator i Faxe Kommune består af at være guide

borgeren mellem forskellige forvaltninger, så sagen ikke går i stå, at sørge for at der koordineres internt mellem kommunens forvaltninger og at have en stærkt faglig viden om hjerneskade. Hjerneskadekoordinatorens arbejdsopgaver er ikke formaliserede og det er i høj grad hjerneskadekoordinatoren selv der styrer hvilke borgere, der falder inden for det område, hvor hjerneskadekoordinatoren skal bidrage.

3) Opkvalificering af neurofaglig viden

Relevant personale på tværs af forvaltninger (ældre, sundhed, social, arbejdsmarked, børn og unge, visitation, borgerservice mfl.) har modtaget basal neurofysiologisk og neuropædagogisk opkvalificering. Faxe Kommune har haft medarbejdere på følgende kurser:

- ▶ Fokus og udviklingsperspektiv i visitationen"
- ▶ "Vellykket beskæftigelsesindsats for personer med erhvervet hjerneskade i alderen 18-65 år"
- ▶ Helhed og sammenhæng i rehabiliteringen af den senhjerneske borger"

- ▶ "Neurorehabilitering af senhjerneske" for plejepersonalet. Udviklet i tæt samarbejde med SOSU-skolerne og ViSP (Videncenter for Specialpædagogik)
- ▶ "Børn og unge med erhvervet hjerneskade"

4) Tværfaglig hjerneskadeforum

Der er nedsat et tværfaglig hjerneskadeforum bestående af hjerneskadekoordinatorer og repræsentanter fra de involverede enheder. Den tværfaglige hjerneskadervisitation mødes en gang om måneden og er at betragte som et sagsorienteret forum, hvor aktuelle sager drøftes. Deltagerne på møderne varierer, men tæller som regel visitator fra hjemmeplejen, visitator fra Handicap- & Psykiatريفorvaltningen, konsulent fra ViSP og en sagsbehandler fra jobcenteret. Derudover deltager hjerneskadekoordinatoren på alle møder.

BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

Hjerneskadekoordinatoren i Faxe Kommune har opbygget gode relationer til Center for Neurorehabilitering, Næstved, hvilket betyder at hjerneskadekoordinatoren modtager en advisering hver gang en borger fra Faxe Kommune bliver indlagt der. Langt de fleste borgere fra Faxe Kommune, der får en senhjerneske, er indlagt på Center for Neurorehabilitering, Næstved på et tidspunkt i deres behandlingsforløb. Når hjerneskadekoordinatoren modtager en

advisering indkalder hun til et møde med relevante aktører i kommunen om borgerens sag. Mødet afholdes på Center for Neurorehabilitering, Næstved sammen med borgeren og pårørende. Ofte er de deltagende på mødet, foruden hjerneskadekoordinatoren, en visitator for hjemmeplejen, visitator for Handicap- og Psykiatريفorvaltningen, som har med § 85 støtte at gøre, og endelig en sygedagpengesagsbehandler. Allerede ved dette første møde planlægges

borgerens videre forløb, og der sikres at alt er klar, når borgeren udskrives til hjemmet. Det kan fx være en nødvendig ombygning i borgerens hjem, der bevilges her, og foretages allerede inden borger kommer hjem.

Den hurtige indsats med deltagelse af alle relevante myndigheds personer sikrer en hurtig afklaring af borgerens situation og er med til at sikre en mere smidig transition fra sygehus til kommunalt tilbud.

Helsingør Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Værksted 2011–2014 om optimering af kommunale indsatser

PROJEKTETS FORMÅL

Helsingør Kommune har ønsket bedre koordinering af rehabiliteringsindsatsen og i samarbejdet med øvrige aktører på området. Derudover nøglemedarbejderes neurofaglige viden afdækket og udviklet. Projektet er gennemført sammen med Fredensborg, Gribskov og Hørsholm Kommune.

BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

En borger bliver indlagt med mange små blodpropper. Hun er indlagt en uge, hvorefter hun udskrives med en genoptræningsplan. Genoptræningen foregår på Helsingør Rehabilitering og Træningscenter.

Den trænende ergoterapeut fra Helsingør Rehabilitering og Træningscenter har i mellemtiden taget teten som tovholder. Tovholderen deltager på indledende møder på Helsingør Rehabilitering og Træningscenter om genoptræningsforløbet. Efter tre uger kontaktes borgeren af jobcenteret, og tovholderen deltager på nogle af de efterfølgende møder vedrørende jobafklaring.

I den efterfølgende periode besøger tovholderen borgeren flere gange i hjemmet for bl.a. at snakke om bolig- og hjælpemiddelsituationen og for at sikre transfer af det lærte til aktivitetsudøvelsen i eget hjem. Tovholderen har endvidere kontakt til borgerens praktiserende læge.

Borgeren udtrykker sin store tilfredshed med at have en tovholder som støtte igennem det svære forløb, ligesom tovholderen udtrykker stor tilfredshed med at kunne "følge borgeren til dørs". Tovholderen beskriver ligeledes den store læring i at se mange dele af systemet. En viden som tidligere var isoleret hos hjerneskadekoordinatoren, men som nu kommer alle de skiftende tovholdere til gode.

PROJEKTLEDER

Ledende terapeut Annelene Bundgaard
aja46@helsingor.dk

PROJEKTANSVARLIG

Områdeleder Sundhed og Forebyggelse Ida Kock Møller
ikm46@helsingor.dk

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være til inspiration for andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og det har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

INDDRAGELSE AF BORGERPERSPEKTIVET I UDVIKLINGEN AF REHABILITERINGSTEAMET

I første del af projektet erfarede Helsingør Kommune, at de forskellige centre i kommunen arbejdede søjledelt i deres indsats overfor borgere med erhvervet hjerneskade. Der blev derfor nedsat en arbejdsgruppe med den opgave at danne et rehabiliteringsteam til varetagelse af både koordineringen i komplekse forløb for borgere med erhvervet hjerneskadede og udviklingen samt forbedringen af procedurer og arbejdsgange internt i kommunen.

Arbejdsgruppen kom frem til strukturen for rehabiliteringsteamet blandt andet ved hjælp af at inddrage borgerperspektivet i udviklingsarbejdet. Også selv om, der er tale om borgere med erhvervet hjerneskade, som kan have svært ved at huske og forholde sig til eget rehabiliteringsforløb. Interviewene med borgerne har vist sig at give mange brugbare input og ideer til arbejdet med at sikre sammenhængende og velkoordinerede forløb.

Det var et vigtigt ønske fra borgerne, at indgangen til kommunen skal være så enkel som mulig. Som følge af dette ønske blev det den i hvert tilfælde udpegede tovholder, der har til opgave at guide borgeren igennem kommunens tilbud. Denne opgave lå tidligere hos hjerneskadekoordinatoren, men denne funktion er i projektperioden nedlagt i Helsingør Kommune. Man kan i stedet sige, at tovholderen er den ad hoc udpegede hjerneskadekoordinator i hvert enkelt tilfælde.

OVERBLIK - INDSATSER I PROJEKTET

1) Bedre koordinering på tværs af rehabiliteringsindsatsen i den enkelte kommune og på tværs af øvrige aktører på området

Bedre koordinering er i Helsingør Kommune søgt gennem nedenstående initiativer:

- ▶ Et tværkommunalt samarbejde, som har fundet sted via jævnligt afholdte møder, har givet en videns- og samarbejds mæssig gevinst. Det tværgående samarbejde fortsætter - bl.a. i forhold til samarbejdet med Frederiksund sygehus og i forhold til kompetenceudvikling. Der er givet forslag om en række yderligere samarbejdsområder, som er lagt fælles op til kommunernes ledelse til overvejelse og beslutning.
- ▶ Udvikling af værktøjskasse: Der er beskrevet og sammenlignet rehabiliteringsforløb med henblik på at identificere problemområder i forhold til koordinering. Organiseringen af indsatsen over for borgere med erhvervet hjerneskade er blevet kortlagt, herunder hvilke organisatoriske enheder, der har kontakt med hjerneskadede borgere, hvilke medarbejdere der specifikt har kontakt med hjerneskadede borgere, og hvilke ydelser de enkelte enheder forvalter.
- ▶ Informationsmateriale: Der er som del af projektets måleapparat gennemført 20 interview med borgere med erhvervet hjerneskade. Der er udviklet en tegnet forløbsbeskrivelse, som retter sig mod borgeren og pårørende. Den er udarbejdet som plakat til brug internt i kommunerne og som pjece til uddeling ved de første kontakter med borgeren.

2) Opgradering af neurofaglige kompetencer

Helsingør Kommune har gennemført et kompetenceudviklingsprogram for ca. 60 ansatte, der arbejder med borgere med erhvervet hjerneskade.

Medarbejdernes behov for kompetenceudvikling blev analyseret grundigt, og UC Lillebælt blev valgt til at gennemføre tre forløb for hhv. terapeuter, koordinatore og øvrige. De to første forløb var kompetencegivende (diplommodul på 10 ECTS), mens det tredje forløb var et kursusforløb. De tre forløb var integreret i hinanden med henblik på organisatorisk og tværfaglig læring. Særligt uddannelsens fokus på koordinering har løftet den tværgående forståelse og relationelle samarbejdsflade på tværs af projektkommunerne og internt i Helsingør Kommune.

I tilknytning til kompetenceudviklingen blev der iværksat en effektmåling på baggrund af læringsmål for hvert af de tre forløb. Resultaterne blev brugt som udgangspunkt for opfølgende uddannelsesaktiviteter.

På baggrund af konklusionerne fra effektmålingerne etablerede projektkommunerne et "Fælles Implementeringsforum" med det formål at fastholde viden og udvide kendskab til hinandens fagområder, arbejdsvilkår og rammer og etablere personlige relationer på tværs af faggrupper, fagområder og kommuner. "Fælles Implementeringsforum" har afholdt to fælles tværkommunale dage og to dage internt på tværs af forvaltninger i de enkelte kommuner.

Til arrangementerne er der hentet eksterne specialister ind som oplægs- holdere for derved at fortsætte uddannelse af medarbejderne og skabe en nærmere kontakt til repræsentanter for specialiserede tilbud.

Der blev gennemført en ekstra effektmåling et år efter uddannelsesafslutning, for at afdække om det tillærte fortsat blev anvendt i jobbet, eller om der var sket en aflæring af viden over

tid. Af effektmålingen fremgår det klart, at deltagerne overordnet set har fastholdt og endda forbedret deres lærings- og adfærdsniveau.

3) Mere effektivitet og bedre resultater

Helsingør Kommune har i projektperioden udviklet en rehabiliteringsteamfunktion. Rehabiliteringsteamfunktionen sammensættes i særligt komplicerede tilfælde, hvor der er behov for meget kordination. Teamet kan sammensættes på mange måder, og det er de enkelte borgerforløb, der afgør, hvilke faggrupper, der deltager i teamet. I hvert tilfælde udpeges der en tovholder, der er ansvarlig for kontakten med borgeren.

Helsingør Kommune har arbejdet med pakkeforløb i genoptræningen som et forsøg på at anvende nogle fastsatte kvalitetsstandarder i træningen af hjerneskadede.



Hvidovre Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Styrket rehabilitering af erhvervsaktive borgere med erhvervet hjerneskade i Hvidovre Kommune

PROJEKTETS FORMÅL

At styrke og udvikle kvaliteten af den rehabilitering, der i forvejen ydes til borgere i den erhvervsaktive alder med en erhvervet hjerneskade. Ud over de den hjerneskadede selv ses pårørende og berørt personale ligeledes som en del af projektets målgruppe.

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være inspiration til andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

"GÅ PÅ OPDAGELSE"

Alle 17 udpegede nøglepersoner har været igennem "gå på opdagelse-tiltaget".

Tiltaget går ud på, at hver nøgleperson skal på to opdagelser og skal have besøg af en anden nøgleperson to-tre gange. Hver opdagelse svarer til en borgerkontakt (en samtale, en individuel træning, en holdtræning, en hjemmevejledning eller lignende).

Den kollega, der er "på opdagelse", modtages som "gæst", og "gæsten" får mulighed for at observere "værstens" borgerkontakt og forstå værdien af den specifikke indsats. "Gæsten" forholder sig observerende og opfordres til nysgerrigt at spørge ind under seancen. "Gæsten" skal dog ikke problematisere eller diskutere det, der observeres. Efter hver observation interviewer "gæsten" sin "vært" ud fra en af hjerneskade-koordinatoren udarbejdet spørgerguide.

Hver opdagelse varer ca. 1-2 timer, afhængigt af opgavens karakter. "Gå på opdagelse" var arrangeret således,

at man som nøgleperson besøgte en nøgleperson med en anden faglig baggrund eller arbejdsopgaver end ens egne. Nøglepersonerne planlægger selv, hvornår opdagelserne finder sted, og hvilken sammenhæng de ønsker at gå på opdagelse i.

Opdagelser gennemføres over en periode på to måneder. Efter opdagelser er gennemført, mødes alle nøglepersoner til opsamling og vidensdeling med henblik på at blive klogere på hinandens arbejdsområder og for at gennemføre en dialog om, hvilke kommunikationsveje der fungerer mest hensigtsmæssigt. Opsamlingen og vidensdelingen planlægges og faciliteres af hjerneskadekoordinator.

De medarbejdere, der har deltaget i tiltaget, har alle udtrykt sig meget positivt omkring det. Det har vist sig at være en simpel, men meget effektiv måde at skabe kendskab til hinandens tilbud og indsatser på tværs af forvaltninger, og tiltaget har været medvirkende til, at den forvaltningstværgående koordination i Hvidovre kommunen er blevet forbedret. Det har været centralt for tiltagets succes, at hjerneskadekoordinatoren har haft en meget styrende rolle både i forhold til planlægningen af, hvem der besøger hvem, og i forhold til at styre den fælles opsamling på besøgene.

Gå på opdagelse-tiltaget er efter projektets afslutning implementeret i Hvidovre Kommunes drift.

PROJEKTLEDER

Hjerneskadekoordinator Maj Willemoes Jensenaja
41 74 87 07, mwx@hvidovre.dk

PROJEKTANSVARLIG

Ældre- og handicapchef Anne Moebius
36 39 38 01, amo@hvidovre.dk

OVERBLIK-INDSATSER I PROJEKTET

1) Udvikling af vejvisermodel

Vejvisermodellen blev udviklet i det første halve år af projektet. Modellen er blevet brugt til at skabe overblik over den kommunale indsats i borgeres rehabiliteringsforløb. Udviklingen af modellen har været godt for opstart af et intensivt samarbejde på tværs af afdelinger og forvaltninger og har i den forbindelse skabt et øget fokus på hjerneskadeområdet generelt.

De medarbejdere, der i projektet blev nøglepersoner (og som fortsat er nøglepersoner), brugte i starten modellen til selv at danne sig et overblik over indsatser og samarbejdspartnere i andre dele af rehabiliteringsindsatsen. Modellen har dog været svær for medarbejderne at integrere i det daglige arbejde. Adspurgt er det fordi den opleves som for omfattende i en travl hverdag. Der vil i 2015 blive arbejdet på at udarbejde en brugervenlig "pixi-udgave" - både til medarbejdere og hjerneskaderamte og pårørende.

2) Kompetenceudvikling

I samarbejde med BOMI er der afholdt kursusvirksomhed med fokus på kompetencefremmende aktiviteter, således at der i rehabiliteringsindsatsen sikres høj kvalitet i indsatserne fra både terapeuter, hjemmevejledere og sagsbehandlere.

Da ønsket hos Hvidovre Kommune var at fremme den neurofaglige viden hos hele personalegruppen, har hele 77 medarbejdere deltaget i

kompetenceudviklingsforløb på generalistniveau.

Hvidovre Kommune har udpeget 17 nøglepersoner med varierende faglig baggrund, som har deltaget i kursusaktiviteter på avanceret niveau.

Hvidovre Kommune har brugt "sidemandsoplæring" til terapeuter, der forstår den daglige genoptræning af borgeren. Ønsket var, at personalets konkrete håndtering af den enkelte borger blev optimeret og udviklet, så borgeren kan få det maksimale udbytte ud af både genoptræning og vedligeholdende træning. Sidemandsoplæringen er ligeledes gennemført i samarbejde med BOMI. Derudover har både terapeuter, hjemmevejledere og sagsbehandler deltaget i fælles supervisorsforløb med det formål, at fremme den tværfaglige forståelse for borgerens rehabilitering.

Hvidovre Kommune har udpeget 17 nøglepersoner med varierende baggrund, som har deltaget i kursusaktiviteter.

Disse nøglepersoner har i projektperioden "gået på opdagelse" hos hinanden. Dette betyder, at man eksempelvis som fysioterapeut har deltaget i hjemmevejledningssession, eller at sagsbehandler har deltaget i en ergoterapeutisk træningsseance.

3) Pårørendegruppe

Formålet med dette initiativ var at give pårørende til borgere med

erhvervet hjerneskade en mulighed for at udveksle erfaringer med ligesindede samt modtaget undervisning om følger efter hjerneskade.

Indholdet i pårørendetilbuddet er en kombination af undervisning og gruppesamtaler, der forstås af neuropsykologer fra Center for Hjerneskade. Undervisningen indeholder blandt andet viden om skjulte handicap- samt om krise- og sorgreaktioner, f.eks. hvordan det er at være barn til en hjerneskadet.

Hvidovre Kommune har i projektperioden afholdt 4 pårørendeforløb af et halvt års varighed hver. Første gang var alle borgere fra Hvidovre kommune, men efterfølgende er der indledt et tværkommunalt samarbejde med Rødovre og Albertslund Kommuner, således at omfanget og mulighederne for at sammensætte ligestillede pårørende er forbedret. Undervisningsdelen af pårørendetilbuddet varetages af Center for Hjerneskade, og samtalegrupperne varetages af henholdsvis Center for Hjerneskade og hjerneskadekoordinator.

Grupperne har været en stor succes - og der kører en selvhjælpsgruppe videre med deltagere fra de forskellige hold. Selvhjælpsgruppen mødes hver anden måned, hvor lokale og forplejning stilles til rådighed af Hvidovre Kommune.

BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

En socialrådgiver i afdeling for særlig social bistand var på "opdagelse" hos en hjemmevejleder (ergoterapeut) under et hjemmebesøg hos en ung hjerneskaderamt kvinde.

Socialrådgiveren arbejder i dagligdagen med at bevilge §85 timer (hjemmevejledning), men kender ikke til den konkrete hverdag i hjemmevejlederteamet. Efter besøget hos hjemmevejlederen beskriver socialrådgiveren, at hun oplevede og fik en forståelse for, hvor god kontakten var mellem hjemmevejleder og borger, og at

hjemmevejlederen med sit relationsarbejde til borgeren formåede at opnå en stor grad af tryghed hos borgeren. Dette gjorde, at de tiltag, der blev arbejdet med - bl.a. opretholdelse af struktur i hverdagen, blev ført ud i livet af borgeren. Efterfølgende blev det aftalt, at hjemmevejlederen skulle deltage i møder i jobcenteret og fagligt bidrage til indholdet i borgerens kommende praktikforløb, da relationen allerede var opbygget mellem hjemmevejleder og borger.

Lolland Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Tværkommunal rehabiliteringsindsats for borgere med erhvervet hjerneskade, der har brug for en sammenhængende og tværfaglig indsats for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne. Dele af projektet er gennemført i et samarbejde mellem Lolland, Guldborgsund, Faxe, Næstved og Vordingborg Kommuner.

PROJEKTETS FORMÅL

Projektet blev igangsat for at forbedre koordinationen af indsatserne til borgere med erhvervet hjerneskade, for at optimere organiseringen på området i kommunen og for at forbedre samarbejdet mellem kommune, praktiserende læger og sygehuse.

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være til inspiration for andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

UDREDNINGSTEAM SOM FØLGE AF KURSET "BØRN OG UNGE MED ERHVERVET HJERNESKADE"

Kompetenceudviklingen i projektet har været målrettet forskellige deltagergrupper. På kurserne, målrettet bestemte medarbejdergrupper, såsom SOSU-assistenten og -hjælperen eller ansatte i Jobcentre, har der været deltagere fra flere kommuner på samme kursus. Her bidrog den tværkommunale deltagelse til erfaringsudveksling og inspiration på tværs af kommunerne.

På andre kurser har det været en selvstændig pointe, at der har deltaget medarbejdere fra samme kommune, men fra forskellige organisatoriske enheder og med forskellige faglige baggrunde. Dette gjorde sig gældende på kurset, "Børn og unge med erhvervet hjerneskade", hvor der var bred deltagelse fra de områder i Lolland Kommune, der arbejder med børn og unge på både myndigheds- og udførerniveau. I kurset var der blandt andet fokus på de synlige og mindre synlige tegn, der kan indikere en hjerneskade. Den tværsektorielle og tværfaglige deltagelse på dette kursus er blevet fremhævet som særligt positiv

i forhold til at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Den fælles deltagelse fra forskellige faggrupper på forskellige områder i kommunen afslørede et stort behov for øget koordination i sager, hvor hjerneskade kunne være en mulig årsag til et barns problemer. Som en direkte udløber af kurset blev der etableret et udredningsteam, som fungerer på samme måde som det tværfaglige hjerneskaderåd på voksenområdet.

Udredningsteamet er vokset ud af kurset, og det var ikke blevet etableret, hvis det ikke havde været for de medarbejdere, der deltog på kurset.

RESULTATER

Oprettelsen af udredningsteamet er et eksempel på en positiv afledt gevinst ved at afholde kurser med en strategisk tværorganisatorisk sammensat deltagergruppe.

Det er i evalueringen af projekterne sandsynliggjort, at et udredningsteam styrker sammenhængen i indsatsen og fører til at indsatsen i højere grad gennemføres på laveste effektive omsorgsniveau og samtidig fører til en styrket faglig, organisatorisk og borgeroplevet kvalitet i genoptræningen.

PROJEKTLEDER

Konsulent Vivian Griffenfeldt Nielsen
28 63 38 15, vigr@vordingborg.dk

PROJEKTANSVARLIG

Ældre og Sundhedschef Grete Breinhild
54 67 69 70, grbr@lolland.dk

OVERBLIK - INDSATSER I PROJEKTET

Analyse og kortlægning

For at etablere et samlet overblik over de enheder og forvaltninger i Lolland Kommune, der kan bevilge rehabiliteringstilbud til borgere med erhvervet hjerneskade, blev der i starten af projektet udarbejdet et katalog med titlen: "Ydelser ved rehabilitering af børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade". Kataloget giver et overblik over, hvilke tilbud de forskellige forvaltninger har, og efter hvilken lovgivning de forskellige tilbud kan gives.

Forud for udarbejdelse af et "Kursuskatalog", blev der udsendt spørgeskemaer og foretaget interview af nøglemedarbejdere i Lolland Kommune for at klarlægge den aktuelle indsats og de fremtidige udviklingsmål. Materialet blev samlet i et katalog med titlen: "Status og succeskriterier".

Opkvalificering og opbygning af tilbud på avanceret niveau

De fem deltagende kommuner har i fælleskab udviklet, tilrettelagt og afholdt en række firedagskurser for medarbejdere på både børne- og voksenområdet. Lolland Kommune har haft deltagere på følgende kurser:

- ▶ "Fokus og udviklingsperspektiv i visitationen" (seks deltagere fra Lolland Kommune)
- ▶ "Vellykket beskæftigelsesindsats for personer med erhvervet hjerneskade i alderen 18-65 år" (31 deltagere fra Lolland Kommune)

- ▶ "Helhed og sammenhæng i rehabiliteringen af den senhjerskede borger" (27 deltagere fra Lolland Kommune)
- ▶ "Neurorehabilitering af senhjerskede" for plejepersonalet. Udviklet i tæt samarbejde med SOSU-skolerne og ViSP (Videncenter for Specialpædagogik) (59 deltagere fra Lolland Kommune).
- ▶ "Børn og unge med erhvervet hjerneskade" (27 deltagere fra Lolland Kommune)

Lolland Kommune har samlet set haft 150 forskellige medarbejdere på kurser i projektperioden.

Oprettelse af tværsektorielt hjerneskaderåd

Lolland Kommune har etableret et Hjerneskaderåd, som er en koordinerende funktionsenhed for hjerneskaderehabilitering. Hjerneskaderådet er et tværfagligt og tværsektorielt råd med medlemmer fra visitation, Team træning, Team Neuro, Team Sygedagpenge og Fleksjob, Hjerneskadekoordinator og Videnscenter for Specialpædagogik (ViSP - et eksternt tilbud med specialundervisning for voksne).

Hjerneskaderådet, som har eksisteret siden 2013, behandler sager, hvor der er tre eller flere ydelser involveret, eller hvor der på anden måde er tale om særligt komplicerede tilfælde.

Hjerneskaderådet fungerer som et tværfagligt samråd, der drøfter og

indstiller til den bedst mulige løsning for borgeren og de pårørende. Hjerneskaderådet visiterer ikke ydelser og indsatser, men kommer med anbefalinger til de visiterende enheder.

Hjerneskaderådets medlemmer oplever, at de har opnået indgående kendskab til de samarbejdende enheders kompetencer og tilbud til borgerne. Dette har medført, at flere borgere nås, og at kommunen kan sætte den rigtige målrettede støtte ind hurtigere, end man tidligere var i stand til.

Hjerneskaderådet fortsætter i dets nuværende form efter projektets afslutning.

Oprettelse af udredningsteam på børn og ungeområdet

Fokus i udredningsteamet er på at identificere børn med mulig erhvervet hjerneskade (hvor dette ikke tidligere er identificeret) og dernæst at få igangsat en koordineret indsats til de pågældende børn.

I udredningsteamet kan der udpeges en tovholder, der har den konkrete kontakt med borgeren. Så vidt muligt er det den professionelle, der allerede har en etableret kontakt med borgeren, der udpeges som tovholder. Udredningsteamet mødes efter behov, og den ansvarlige tovholder sørger for indkaldelse af relevante parter.

Udredningsteamet fortsættes efter projektperiodens udløb.

BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

En pige havde gennem længere tid haft en række problemer i skolen og var i faldende trivsel. Kommunikation mellem pigens familie og skolen var i stigende grad konfliktfyldt og uden positiv udvikling. Skolen havde dialog med kommunens konsulent på området om trivselsproblemerne. Konsulenten havde deltaget i kurset, "Børn og unge med erhvervet hjerneskade", og har efterfølgende deltaget som repræsentant for skoleområdet i udredningsteamet. Konsulentens øgede viden om hjerneskader gjorde, at han fik mistanke om en mulig hjerneskade, og efterfølgende blev det rent faktisk konstateret, at pigen havde en hjerneskade.

Pigens situation blev taget op i udredningsteamet, og konsulenten fik tovholderrollen, da han kendte sagen bedst. Konsulenten fungerede - med udgangspunkt i de på kurset erhvervede kompetencer - som mægler mellem skole og familie og formåede at få løst situationen op. Pigen fik med udredningsteamets hjælp stillet de rigtige tilbud til rådighed og er i dag mere velfungerende og i en positiv udvikling.

Middelfart Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Bedre sammenhæng i rehabiliteringsforløb af voksne med erhvervet hjerneskade.

PROJEKTETS FORMÅL

Middelfart Kommune ønskede med projektet at skabe bedre sammenhæng i rehabiliteringsforløb af voksne med erhvervet hjerneskade. Projektet er et udviklingsprojekt med fokus på mere tværfaglig, tværsektoriel og tværkommunal koordinering i rehabiliteringsforløb i fase 3-4 tilbud i Middelfart Kommune

BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

Som følge af den organisatoriske placering af hjerneskadeteamet i Jobcenter Middelfart er man begyndt at screene alle relevante sygedagpengesager for, om der kan være tale om en hjerneskade eller andre "gemte" lidelser hos borgeren. Jobcenteret har udviklet en række screeningsark, som fungerer som en form for tjekliste og handlingsplan.

Det øgede fokus på hjerneskadeområdet, som følge af bl.a. disse screeningsark, har medført, at man aktivt opsporer en række borgere med hjerneskade, som ikke har været kendt tidligere. Det er Middelfart Kommunes vurdering, at denne opsporing af borgere med ikke-kendt hjerneskade medfører, at man kan tilbyde mere målrettede tilbud til denne gruppe af borgere og i sidste ende fastholde flere på arbejdsmarkedet.



PROJEKTLEDER

Hjerneskadekoordinator Margit Andersen
23 36 27 08, Margit.andersen@middelfart.dk

PROJEKTANSVARLIG

Socialdirektør Mette Heidemann
88 88 46 81, Mette.heidemann@middelfart.dk

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være til inspiration for andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

FORANKRINGEN AF HJERNESKADETEAMET I JOBCENTER MIDDELFART:

Jobcenter Middelfart har fået et langt større fokus på hjerneskadeområdet, fordi man har valgt at forankre hjerneskadeteamet i regi af jobcenteret.

Der er som del af denne model udpeget faste medarbejdere (beskæftigelsesrådgivere og jobkonsulenter) med særligt fokus på hjerneskadeområdet. Disse medarbejdere, der arbejder med sygedagpenge-, kontant-hjælpsområdet samt ressourceforløb, har modtaget neurofaglig kompetenceudvikling. De arbejder nu med bl.a. screening af borgere, det vil sige at borgere der er i kontakt med forvaltningen på grund af reduceret arbejdsevne også screenes for, om disse problemer eventuelt kan skyldes erhvervet hjerneskade.

Jobcentrets øgede fokus på og involvering i hjerneskaderehabilitering understøttes samtidig af, at en psykolog i jobcentret har fået neurofaglig (neuropsykologisk) efteruddannelse - og at denne psykolog deltager og har en vigtig rolle i kommunens tværgående hjerneskadeteam.

Det er Middelfart Kommunes vurdering, at den tværgående organisering og etableringen af et tværfagligt hjerneskadeteam medfører et kvalitetsløft i sagsbehandlingen til gavn for såvel borgere og kommune. Når borgerne får deres sag behandlet af det tværgående hjerneskadeteam sikres i langt højere grad end før en samlet, helhedsorienteret sagsbehandling. Samtidig sikres det, at de forskellige indsatser, der kan være spredt over flere forvaltninger og fagområder er kendte på tværs, og at de i langt højere grad end før kan sættes i gang parallelt snarere end sekventielt. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet - oftest via delvis selvforsørgelse i form af fleksjob - samt bevilling af førtidspension sikres på denne måde også langt tidligere end før.

OVERBLIK - INDSATSER I PROJEKTET

1) Etablering af koordinations- og vidensteam på hjerneskadeområdet

Middelfart Kommune har etableret et hjerneskadeteam i jobcenterregi med repræsentanter fra såvel sundhedsafdeling (koordinator for specialundervisning), socialforvaltning (hjerneskadekoordinator) og jobcenter (psykolog, teamleder for sygedagpenge og koordinator for udførerdelen). Sagsbehandlere og jobkonsulenter deltager ad hoc. Medlemmerne af teamet har modtaget tværfaglig neuropædagogisk uddannelse.

Formålet med hjerneskadeteamet er at sikre, at alle relevante informationer om borgeren deles og diskuteres på tværs af fagligheder og forvaltningsområder - og at der gennemføres tværfaglige drøftelser, før helhedsorienterede indsatser drøftes og igangsættes.

Middelfart Kommune vurderer, at oprettelsen af hjerneskadeteamet har givet et betydeligt løft i den samlede kvalitet - både for borger og kommune. Teamet koordinerer forløbene, således at der skabes en større sammenhæng mellem indsatser på tværs af forvaltninger. Samtidig er der åbnet op for deling af informationer, således at hjerneskadekoordinator har "se adgang" til relevante systemer på tværs af forvaltninger.

Det er ligeledes besluttet at teamledere på tværs af forvaltninger fortsat mødes 2 gange årligt med henblik på vidensdeling, koordinering og drøftelse af fremtidige indsatser og udvikling på tværs af organisationen. Formålet er, på ledelsesniveau, at sikre et fortsat samarbejde på tværs af afdelinger. Hjerneskadekoordinator fungerer som tovholder.

2) Uddannelse

Middelfart Kommune har højnet den neurofaglige viden blandt medarbejdere igennem følgende tiltag:

- ▶ 5 medarbejdere har deltaget i tværfaglig neuropædagogisk uddannelse på avanceret niveau.

- ▶ 4 medarbejdere har deltaget i et diplommodul med fokus på rehabilitering som begreb.
- ▶ 35 medarbejdere har deltaget i et neuropædagogisk kursus med fokus på etik, motivation og kognitive skader på basalt niveau.
- ▶ Temadag for 125 medarbejdere med fokus på etikken i det professionelle arbejde.
- ▶ Temadag for 30 medarbejdere hvor indholdet bestod af præsentationer om de enkelte medarbejders arbejdsfunktioner. Denne temadag var blevet til på baggrund af fokusgruppeinterviews med en række medarbejdere.

Middelfart Kommune har samlet op på kurserne igennem spørgeskema- og fokusgruppeinterviews med de deltagende medarbejdere. Medarbejderne efterspurgt i den sammenhæng en samlet oversigt over kommunens tilbud på hjerneskadeområdet, fordelt på forvaltninger.

Folder vedrørende specialundervisning og hjerneskadekoordinatorens funktioner er lagt på kommunens hjemmeside.

Det er aftalt at medarbejdere med kontakt til borgere med erhvervet hjerneskade kontakter hjerneskadekoordinator for oplysninger om aktuelle muligheder for tilbud, således at relevante tilbud tilbydes borgeren, og der sikres en helhedsorienteret indsats.

Som følge af den neurofaglige kompetenceudvikling hos medarbejdere på tværs af organisationen, har Middelfart Kommune valgt at opsiges kontrakten med Hjerneskaderådgivningen Odense. Det har frigjort midler til fortsat kompetenceudvikling. Aktuelt er 44 medarbejdere på tværs af organisationen i gang med et kursusforløb om hjerneskade og misbrug.

Eksternt samarbejde

Projektlederen har i projektperioden arbejdet på at udbygge samarbejdet med sygehuse og praktiserende

læger. Der er sket et stort løft på dette område. Projektleder, der også er hjerneskadekoordinator, kontaktes altid af Vejle Sygehus og Ringe Neurorehabilitering inden udskrivelse af borgere med apopleksi, traumer mv, hvor det skønnes, det kan være relevant for borgeren med kontakt til hjerneskadekoordinator

Hjerneskadekoordinatoren har i projektperioden arbejdet på at udbygge Middelfart Kommunes eksisterende pårørendetilbud. Det er gjort i samarbejde med koordinator for specialundervisning for borgere med erhvervet hjerneskade samt frivillige organisationer.

Der har været afholdt audit med Marselisborgcentret som konsulent. Denne audit mundede ud i en offentligt tilgængelig rapport, som peger på vigtigheden af de indsatser som Middelfart Kommune allerede arbejder med.

3) Tværkommunalt samarbejde

Middelfart Kommune har i projektperioden forsøgt at udvikle et formaliseret samarbejde med Langeland, Assens, Ærø og Fåborg - Midtjylland Kommuner i forhold til videndeling omkring koordinatorfunktionen og varetagelse af audit i forhold til borgerforløb - samt i forhold til fælles undervisningsforløb.

Samarbejdet har ifølge Middelfart Kommune vist sig at være særdeles vanskeligt at realisere - bl.a. som følge af de involverede kommuners meget forskellige projektbeskrivelser og fokus.

Hjerneskadekoordinator samarbejder nu med koordinatore fra Vejle og Fredericia Kommune. Der er aftalt fast mødestruktur med kvartalsvise møder.

Odense Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Projekt Apopleksi +65



PROJEKTLEDER

Konsulent Dorthe Rokkedal
63 75 03 88, dokr@odense.dk

PROJEKTANSVARLIG

Leder af Hjerneskade-rådgivningen
Jan Conrad Lillelund Jensen
20 44 36 02, jclj@odense.dk

PROJEKTEJER

Konstitueret Rehabiliteringschef Jane Gregersen

PROJEKTETS FORMÅL

At kompetenceudvikle medarbejdere, som i deres hverdag samarbejder med borgere på 65 år og derover, og som er ramt af en apopleksi.

Formålet med projektet er via kompetenceudvikling og samarbejde at udvikle specifikke kompetencer inden for det neurologiske, neuropsykologiske og neuropædagogiske område, sådan så medarbejderne bliver i stand til at imødekomme og samarbejde om de problemstillinger, ældre mennesker med apopleksi har. Disse kompetencer skal sikre opmærksomhed på:

- ▶ At borgernes funktionsevne, herunder konsekvenser af hjerneskaden, er tværfagligt udredt.
- ▶ At potentialer for rehabilitering er afdækket.
- ▶ At medarbejderne yder en individuel planlagt, koordineret og rehabiliterende indsats med fokus på konsekvenserne af hjerneskaden og det gode hverdagsliv.

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være til inspiration for andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

NEUROPÆDAGOGISK HANDLEPLAN

I forbindelse med udskrivningen modtager teamet "Projekt apopleksi +65" information direkte fra Odense Universitetshospital og fra Neurorehabiliteringen, Ringe. På baggrund af disse informationer samt samtale med borgere pårørende og fagpersonale udarbejder "Projekt apopleksi +65" i samarbejde med personalet i driften en neuropædagogisk handleplan, som indeholder helt konkret rådgivning ift. den enkelte borgers behov. Der er i planen fokus på at bringe den enkelte borgers ressourcer, vanskeligheder og behov i spil. Handleplanen skaber tydelighed og klarhed for alle medarbejdere i kontakt med borgeren om, "hvad der skyldes hvad", f.eks. hvilken adfærd hos borgeren med erhvervet hjerneskade, som specifikt skyldes apopleksien. På baggrund af dette støtter "Projekt apopleksi +65" personalet i at anvende faglige og dermed hensigtsmæssige strategier i samarbejdet med og omkring borgeren.

OVERBLIK - INDSATSER I PROJEKTET

1) Hjerneskaderådgivningen har uddannet og ydet faglig supervisering af Projekt Apopleksi +65

Når en ældre borger (+65) rammes af hjerneskade, har denne borger ikke tidligere haft adgang til de specifikke indsatser, som Hjerneskaderådgivningen i Odense Kommune råder over. De ældre borgere med apopleksi er efter udskrivning oftest blevet henvist til personlig og praktisk hjælp samt træning efter Serviceloven og hjemmesygepleje efter behov. Sidstnævnte typisk til medicinadministration.

Det nye ved projektet er, at ældre borgere med apopleksi mødes af personale i driften med neurofaglige kompetencer, således at de ældre sikres en tværfaglig udredning og individuelle, målrettede og koordinerede forløb, der imødekommer de udfordringer ældre borgere oplever i forbindelse med apopleksi.

Personalet i driften - her tænkes på både visitatorer og udførende personale - er blevet uddannet af Hjerneskaderådgivningen og modtager løbende supervision i konkrete sager og i forbindelse med komplicerede problemstillinger.

2) Oprettelse af Projekt apopleksi +65

Der er med projektmidlerne blevet frikøbt to sygeplejersker, to ergoterapeuter og to fysioterapeuter til et særligt udgående team. Det udgående team: "Projekt Apopleksi +65", står for kompetenceudvikling af personalet i driften, der yder hjælp til de ældre borgere med apopleksi.

Konsulenterne fra Hjerneskaderådgivningen har stået for uddannelse i neurofaglige kompetencer af "Projekt apopleksi 65+". Konsulenterne og teamet har løbende møder med henblik på supervision og videndeling.

Der er i projektet arbejdet med at yde vejledning, rådgivning og sparring, samt undervisning af praksisnære situationer. Dette ud fra et princip om, at få medarbejdere skal have specialviden om en konkret borger og at disse medarbejdere forpligtiger sig til at videregive viden til kollegaer.



BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

Som noget nyt i Odense Kommune er der nu et specialiseret tilbud til apopleksiramte borgere, der er fyldt 65 år. Det består af team, Projekt apopleksi +65, bestående af 6 personer der sammen med personale i driften arbejder sammen om at hjælpe borgere med apopleksi tilbage til en meningsfyldt hverdag.

Når man skal hjælpe mennesker tilbage til livet efter en apopleksi, er det vigtigt, at alle de fagpersoner, der møder borgeren, arbejder sammen om at støtte borgeren i den nye hverdag.

For at kunne give den rigtige hjælp og støtte til målgruppen, er det meget vigtigt at det personale, der kommer i borgerens hjem, er klædt på til at møde mennesker, der har fået en apopleksi. Og som har forståelse for, hvilken konsekvenser en apopleksi fører med sig. Derfor er en af Projekt apopleksi +65 vigtigste funktioner at rådgive og kompetenceudvikle de SOSU-medarbejdere, sygeplejersker og terapeuter der kommer i borgerens hjem.

Randers Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i perioden 2011–2014

PROJEKTETS FORMÅL

Det overordnede formål med projektet er at udvikle Randers Kommunes indsats overfor borgere med erhvervet hjerneskade i forhold til, at borgeren oplever et sammenhængende og koordineret rehabiliteringsforløb. Formålet er desuden, at det nuværende tilbud effektiviseres, at der udvikles og afprøves nye løsninger, og at borgeren modtager det optimale tilbud tidligt i rehabiliteringsforløbet med henblik på at begrænse afhængigheden af offentlige ydelser. Målgruppen er borgere med erhvervet hjerneskade i alderen 18–65 år.



PROJEKTLEDER

Projektkoordinator Marie Jänichen
89 15 75 94, marie.janichen@randers.dk

PROJEKTANSVARLIG

Sundhedschef Lene Jensen
89 15 12 00, lene.jensen@randers.dk

PROJEKTEJER

Projektkoordinator Anna Grete Christensen
89 15 84 14, Anna.grete.christensen@randers.dk

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være inspiration til andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

HJERNECENTER RANDERS

Hjernecenter Randers er et sted hvor borgere med erhvervet hjerneskade kan mødes. Centeret kombinerer kommunale rehabiliteringstilbud med frivillige aktiviteter, aktiviteter arrangeret af Hjerneskadeforeningen. Derudover rummer centeret en cafe, som er drevet af frivillige.

Ud over at danne ramme om en række af kommunens rehabiliteringstilbud der kræver visitation, rummer huset også en række sociale aktiviteter for hjerneskaderamte i form af blandt andet glasværksted, kreativt værksted, træværksted, cafe og træningsaktiviteter i hjernecenterets fitnessrum.

Hjernecenter Randers afholder også en lang række aftenarrangementer med patienter og deres pårørende. Her er der som oftest et fagligt oplæg efterfulgt af mad.

Centeret danner ligeledes ramme om pårørendegrupper hvor de pårørende kan udveksle erfaringer.

Både Randers Kommune og Hjerneskadeforeningen, der også anvender lokalerne engagerer frivillige. Hvis man er frivillig igennem kommunen underskriver man en frivilligkontrakt. Hjerneskadecenteret stiller krav til de frivillige om at de skal kunne tilbyde noget med deres evner og personlighed og at den frivillige kun er på stedet når man skal være der.

Hjerneskadecentret er videreført efter projektets afslutning.

OVERBLIK - INDSATSER I PROJEKTET

1. Rehabiliteringsplan

Randers Kommune udvikler en skabelon for tværfaglig kommunal rehabilitering. Der indsamles erfaringer med skabelonens anvendelse i praksis. Skabelonen, der har ICF-klassifikationsmodellen som referenceramme, skal tydeliggøre fælles mål og delmål. Rehabiliteringsplanen tager udgangspunkt i hospitalets genoptræningsplan. Planen omfatter individuelle mål, og at borgeren oplever indsatsen som fleksibel og helhedsorienteret. Et centralt punkt er at der udpeges en tovholderfunktion i hver case.

2. Visitationsmodel

Randers Kommune udarbejder visitationsretningslinjer til de graduerede tilbud, dvs. tilbud på generelt, avanceret og specialiseret niveau. Der er i retningslinjerne beskrevet fem forskellige borgerforløb.

Modellen sikrer fælles visitationsmøde mellem ældreområdet, socialområdet og sygedagpengeområdet. Modellen peger på ældreområdets visitation som den primære indgang for borgerne til et rehabiliteringsforløb. Erfaringen er dog, at borgerne i praksis kommer ind i det kommunale regi via mange forskellige veje blandt andet via jobcenter, forløbskoordinator og selvfølgelig visitationen. Det er aftalt, at alle relevante tilbud i relevante forvaltninger skal koordineres og tage afsæt i en fælles målsætning for borgeren.

3. Hjernecenter Randers

Kompetencecenteret, Hjernecenter Randers, indeholder tilbud til senhjerneskadede borgere fra social- og sundhedsforvaltningsregi. På stedet samarbejdes der også med sygedagpengeområdet i form af tilbuddet Aktiv Sygemeldt.

På Hjernecentret finder man neuroundervisning, logopædi, aktivitets- og samværstilbud, ergoterapi, fysioterapi, hjemmevejledning, forløbskoordination generelt og forløbskoordination i forhold til sygedagpengeområdet. Desuden bliver der på stedet samarbejdet med frivillige, mikrojobbere og patientforeninger.

4. Kompetenceudvikling

Randers Kommune har også modtaget midler gennem en fælles ansøgning fra kommunerne i Region Midtjylland. Disse midler går til uddannelse af 25 medarbejdere i neurofaglige kompetencer.



BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

Hans har fået en bypass operation, der endte med en blodprop i hovedet. Blodproppen gav Hans en hjerneskade, som også betyder at han har nedsat syn og har rystelser. Hans har i dag fået tilkendt førtidspension.

Hans er flittig bruger af Hjernecenter Randers. Han begyndte at komme i centeret to måneder efter sin blodprop. Hans har haft tre forløb i Hjernecenter Randers bl.a. et jobudredningsforløb inden han fik tilkendt førtidspension og et kursus i EDB.

Ud over at bruge kommunens undervisningstilbud kommer Hans i træværkstedet hver torsdag. Her arbejder han

på forskellige projekter med tre- fire andre mænd med erhvervet hjerneskade, hvor de hjælper hinanden, som Hans udtrykker det: "Er der en, der kun kan bruge den ene side af hjernen, bruger jeg den anden".

Hans fortæller også, at hvis han ikke var blevet introduceret til hjerneskadecentret, er han bange for at han havde holdt sig hjemme og isoleret sig selv. Hans' kone er med i centeret sommetider. Hun har også deltaget på række arrangementer i centret for pårørende og hun er glad for den aflastning det giver hende, når Hans er nede i centeret.

Sønderborg Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Styrket hjerneskaderehabilitering 2012–2014

BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

En vigtig opgave som nyansat hjerneskadekoordinator er at oparbejde kendskab til kommunens organisation, og serviceniveau ift. borgere, der pådrager sig en hjerne-skade.

En anden vigtig opgave er at udbrede kendskabet til hjerneskadekoordinatorens funktion – det nye tilbud i kommunen. Det gælder både i forhold til, hvad hjerneskadekoordinatoren kan tilbyde, og i forhold til hjerneskadekoordinatorens faglighed og personlighed.

I Sønderborg Kommune har hjerneskadekoordinatoren skiftet fysisk arbejdssted i projektperioden. Dette har vist sig at være en overraskende stor styrke, da hjerneskadekoordinatoren ikke bare har været på besøg i de forskellige afdelinger, men rent faktisk har haft sin daglige gang flere steder. Den personlige relation, der er opbygget mellem hjerneskadekoordinator og fagpersoner, har vist sig at være gavnlig i det konkrete samarbejde omkring de hjerneskadede borgere.

Det har ligeledes været af stor betydning, at hjerneskadekoordinatoren har stor erfaring i at arbejde med hjerneskaderehabilitering – både i hospitalsregi og ift. vurdering af erhvervsevne – og ikke mindst erfaringen fra arbejdet på en specialiseret rehabiliteringsinstitution.

De mange års erfaring og opbyggede relationer har været givtige at bringe i spil i arbejdet for at sikre kvaliteten af hjerneskaderehabilitering i Sønderborg Kommune.

Samarbejde med de tre øvrige hjerneskadekoordinatorer i Sønderjylland, samt samarbejdet med hjerneskadekoordinatorer på landsplan, har givet vigtig sparring og ideer i opbygning af funktionen.

Sønderborg Kommune fremhæver, at en af projektets største styrker har været at hjerneskadekoordinatorfunktionen og projektlederfunktionen har været adskilt. Adskillelsen har betydet, at hjerneskadekoordinatoren har kunnet koncentrere sig om det faglige og om at koordinere indsatsen til borgerne, mens projektlederen har kunnet koncentrere sig om at interessenthåndtere og holde ledelsesniveauet engageret samt sikre organisatorisk forankring.

PROJEKTETS FORMÅL

Formålet med projektet var at fremme sammenhængende og effektive rehabiliteringsforløb af høj faglig og organisatorisk kvalitet for personer med erhvervet hjerneskade i Sønderborg Kommune.

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være til inspiration for andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

UDARBEJDELSE AF EN HANDLEPLAN FOR HJERNESKADEOMRÅDET

Sønderborg Kommune har som et led i projektet udarbejdet – og politisk godkendt i december 2014 – en handleplan for hjerneskadeområdet. Planen prioriterer en række strategiske fokusområder for hjerneskadeindsatsen i de kommende år:

- ▶ Etablering af et vidensteam
- ▶ Specialisering og kompetenceudvikling
- ▶ Neuropsykologisk indsats
- ▶ Supervision ved højt specialiseret vidensmiljø
- ▶ Etablering af en koordineringsfunktion
- ▶ Beskrivelser af graduerede hjerneskadetilbud
- ▶ Tilbud til pårørende

Sønderborg Kommune fremhæver, at udarbejdelsen af handleplaner har medført en stærk forståelse for hjerneskadeområdets brede målgruppe og kompleksitet samt en tværgangbar forankring af hjerneskadeindsatsen.

PROJEKTLEDER

Fagkonsulent og stabschef Lene Gram Herborg
88 72 51 92, lghe@sonderborg.dk

PROJEKTANSVARLIG

Direktør for Social og Senior Bente Larsen
88 72 56 67, bla1@sonderborg.dk

OVERBLIK - INDSATSER I PROJEKTET

1) Hjerneskadekoordinator

Hjerneskadekoordinatorfunktionen er blevet formaliseret med funktionsbeskrivelse af ansvars- og opgaveportefølje. Hjerneskadekoordinatoren har opgaver både i relation til samarbejdspartnere i Sønderborg Kommune og eksterne samarbejdspartnere, ligesom koordinatoren har væsentlige samarbejdsrelationer til såvel borgere med erhvervet hjerneskade og pårørende.

Hjerneskadekoordinatoren varetager tre vigtige funktioner:

1. Sikring af dækkende informationskontinuitet: Information og viden om borgerens ressourcer, funktionstab og progression i rehabiliteringsforløbet er den tråd, som binder indsatsen fra én aktør sammen med en anden. Hjerneskadekoordinatoren sikrer, at relevant og dækkende information deles mellem aktører, som er involveret i borgerforløbets forskellige indsatser.

2. Tilvejebringe organisationskontinuitet: Organisationskontinuitet henviser til en konsistent tilgang på tværs af de aktører, som er involveret i den enkelte borgers sag. Aktørerne skal handle konsistent og koordineret i forhold til hinanden og over tid. Hjerneskadekoordinatoren sikrer, at der tilvejebringes sammenhængende forløb på tværs af aktører, hvor hver aktørs indsatser giver mening og effekt i forhold til realisering af det fælles rehabiliteringsmål.

3. Tilvejebringe og fastholde relationskontinuitet: Relationskontinuitet henviser til vigtigheden af, at den enkelte borger og pårørende så vidt muligt får adgang til at opbygge og fastholde relationer over tid med de professionelle, som indgår i borgerens liv. Hjerneskadekoordinatoren har samarbejdsrelationer med både borgere med hjerneskade og deres pårørende, og koordinatoren er en gennemgående kontaktperson, som sikrer kontinuitet og enkle samarbejdsrelationer mellem borger/pårørende og Sønderborg Kommune.

2) Graduerede tilbud

Sønderborg Kommune har udarbejdet en kortlægning af nuværende rehabiliteringstilbud. Resultatet af kortlægningen skal bidrage til at sikre overblik over indsatserne og til at identificere særlige indsatsområder, f.eks. pårørendeindsatser.

Derudover er det gennem udarbejdelse af en politisk godkendt handleplan sikret en plan for, at Sønderborg Kommune kan tilbyde graduerede tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade, hvor der ofte vil være meget varierende behov. De graduerede tilbud har kommunen bl.a. sikret ved at styrke centrale medarbejders kompetencer i kraft af projektets kompetenceudviklingsaktiviteter med kurser og supervision. Det har givet medarbejdere opkvalificerede kompetencer til neurorehabilitering på basalt og avanceret niveau. Til de borgere, hvor et specialiseret tilbud er nødvendigt, samarbejder Sønderborg Kommune med eksterne specialiserede institutioner, ligesom Sønderborg Kommune også fremadrettet samarbejder med Hjerneskadecentret i Odense om neuropsykologisk supervision.

3) Fremme af neurofaglige kompetencer

En vigtig målsætning for projektindsatsen var at iværksætte neurofaglige kurser for relevante medarbejdere i Sønderborg Kommune. Formålet med kurserne var både at styrke medarbejdernes neurofaglige viden, så aktørernes faglige niveau blev løftet og kvaliteten af indsatserne overfor borgere med hjerneskade blev styrket. Formålet var også at styrke aktørernes opmærksomhed på symptomer på eventuel hjerneskade og dermed styrke opsporingsindsatsen.

Sønderborg Kommune har iværksat kurser for en bred medarbejdergruppe. I alt har 66 medarbejdere deltaget i kursus om neuropædagogik. En række medarbejdere har desuden deltaget i temadage og modtaget

neurofaglig supervision. Kommunen har tilrettelagt kompetenceudviklingen i samarbejde med Hjerneskadecenteret i Odense, Hamme Neurocenter samt Hjerneskadecentret i Odense. Temaerne for kompetenceudviklingen har bl.a. været hjernens styresystemer, mulige årsager til hjerneskade, hjerneskadetræthed, tværfagligt samarbejde, neuropædagogik som arbejdsmetode gennem casearbejde og dysfagi.

4) Tværkommunalt samarbejde

Under projektperioden har der været regelmæssige tværkommunale møder mellem Sønderborg, Haderslev, Aabenraa og Tønder Kommuner. På møderne har relevante aktører fra de fire kommuner delt viden og erfaring. Derudover har kommunerne i fællesskab afholdt et fagligt temamøde med eksterne specialister.

Ud over videndeling har de tværkommunale møder omhandlet

- ▶ Kompetenceudvikling
- ▶ Netværksdannelse på tværs af kommunerne på områderne for botilbud, dagtilbud, genoptræning og jobcenter
- ▶ Kendskab blandt koordinatorene til de enkelte kommuners tilbud på hjerneskaedområdet via gensidig information

De fire kommuner fortsætter samarbejdet på ovennævnte områder efter projektets ophør. De fire sønderjyske hjerneskadekoordinatorer er tovholdere på de fælleskommunale opgaver.



Foto: Kim Toft Jørgensen, Sønderborg Kommune

Thisted Kommune

PROJEKTOVERBLIK

Styrkelse af hjerneskadeindsatsen

PROJEKTETS FORMÅL

At etablere et avanceret rehabiliteringstilbud på senhjerne-skadeområdet lokalt i Thisted Kommune gennem kompetenceudvikling og supervision af medarbejdere.

Projektets overordnede formål er formuleret i tre mål:

- ▶ Højne vidensniveauet blandt personale der arbejder med voksne med erhvervet hjerneskade
- ▶ Implementere forløbsprogrammerne i Thisted Kommune, dvs. sikre bedre samarbejde omkring den enkelte borger med erhvervet hjerneskade på tværs af sektorer og på tværs af forskellige kommunale afdelinger
- ▶ Sikre bedre udredning med det formål at styrke rehabiliteringen og arbejdsmarkedstilknytningen



INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være inspiration til andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

SAMARBEJDE MED TVÆRFAGLIGT RÅDGIVNINGSKORPS FRA HJERNESKADECENTER NORDJYLLAND

Det tværfaglige rådgivningskorps fra Hjerneskadecenter Nordjylland, der assisterer Thisted Kommune, består af en neuropsykolog, ergo- og fysioterapeuter og eventuelt en talepædagog. Hjerneskadecenter Nordjylland er organiseret under Aalborg Kommune. I projektperioden er det tværfaglige rådgivningskorps blevet rekvireret ad hoc til supervision i 16 forskellige borgerforløb. Der har været supervision 1-3 gange i hvert borgerforløb.

Korpset kan tilkaldes ad hoc og give sparring til Trænings- og rehabiliteringsafdelingen, hjerneskadecoordinator samt i nogle tilfælde Jobcentret. Problemstillingen afgør hvilken kombination af fagpersoner, der tilkaldes i den enkelte sag.

Rådgivningskorpset fra Hjerneskadecenter Nordjylland er blevet involveret ca. en gang om måneden á 5 timer til en pris på 15.000 kr. for en dag. Indenfor den afsatte tidsramme er der i reglen blevet håndteret tre konkrete borgerforløb.

Da Thisted Kommune kan have svært ved at tiltrække en neuropsykolog, er rådgivningskorpset en alternativ måde, hvorpå det er muligt at tilknytte specialiserede kompetencer, der kan være nødvendige i de mere komplekse og sammensatte borgerforløb.

PROJEKTLEDER

Projektkoordinator Anne K. Lützhøft
99 17 19 82, ak1@thisted.dk

OVERBLIK-INDSATSER I PROJEKTET

1) Eksternt samarbejde med Hjerneskadecenter Nordjylland

Fagprofessionelle fra Hjerneskadecenter Nordjylland (Aalborg Kommune) har været tilknyttet Thisted Kommunes Trænings- og rehabiliteringscenter samt øvrige relevante afdelinger i Thisted Kommune efter behov. Hjerneskadecenter Nordjylland har stillet med et tværfagligt rådgivningskorps, der har rådgivet i konkrete borgersager.

Neuropsykolog fra Hjerneskadecenter Nordjylland (Aalborg Kommune) har superviseret hjerneskadekoordinatoren i Thisted Kommune.

2) Uddannelse af nøglemedarbejdere

Vidensniveauet blandt medarbejdere, der har borgere med erhvervet hjerneskade som deres primære målgruppe, er blevet styrket. Ligeledes et højere vidensniveau hos medarbejdere der ikke har borgere med erhvervet hjerneskade som deres primære målgruppe. Uddannelsen har foregået via det Nordjyske uddannelsesprogram, som alle kommuner i Region Nordjylland er gået sammen om at udvikle. Uddannelsesprogrammet har til formål at uddanne nøglepersoner på området for borgere med erhvervet hjerneskade.

Det Nordjyske uddannelsesprogram har bestået af 5 uddannelsespakker på diplomniveau samt 4 kursusdage:

Diplommoduler til nøglepersoner på niveau 1:

- ▶ Basismodul indenfor anvendt neuropsykolog-hjernens opbygning og funktion, primære og sekundære følger ved erhvervet hjerneskade, pårørendes reaktioner (voksne med erhvervet hjerneskade).
- ▶ Modul med emnet "tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb med fokus på kognitive/emotionelle/personligheds-mæssige forhold" (voksne med erhvervet hjerneskade).
- ▶ Modul med emnet "tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb med fokus på fysiske og sensomotoriske følger" (voksne med erhvervet hjerneskade).
- ▶ Modul med fokus på sammenhæng i patient- og brugerforløb bl.a. ift. anbefalinger fra MTV rapporten og forløbsprogrammer.
- ▶ Modul omkring børn og unge med erhvervet hjerneskade.

4 dags kursus til nøglepersoner på niveau 2:

- ▶ Neurofaglig viden på et praksisrelateret niveau, målrettet henholdsvis medarbejdere på plejecenter/hjemmeplejen, socialfaglige medarbejdere på beskæftigelsesområdet samt fagpersoner der arbejder med børn og unge med erhvervet hjerneskade.

- ▶ Den fysiske håndtering af den hjerneskadede borger, målrettet medarbejdere på plejecenter/hjemmeplejen.

Igennem Det Nordjyske Uddannelsesprogram er der i alt blevet uddannet 18 nøglepersoner på niveau 1. Hver nøgleperson har bestået 1-3 diplommoduler på 5 eller 10 ECTS point, og der er sammenlagt blevet taget i alt 27 diplommoduler. Nøglepersonerne tæller sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, hjerneskadekoordinator, hjemmevejleder, støtte/kontaktperson, pædagogisk konsulent, logopæd, jobkonsulent, visitator samt teamkoordinator.

Igennem Det Nordjyske Uddannelsesprogram er der i alt blevet uddannet 41 nøglepersoner på niveau 2. Hver nøgleperson har deltaget i et 4-dags teoretisk og praktisk kursus afviklet internt i Thisted Kommune af personale fra Behandlingscentret Østerskoven, Hobro. Nøglepersonerne er socialfaglige medarbejdere fra Jobcenteret og Center for afklaring og Beskæftigelse (CAB) samt plejepersonale fra 17 ældrecentre i kommunen.

BILLEDE FRA VIRKELIGHEDEN

I et typisk borgerforløb indlægges en borger (f.eks. med apopleksi) direkte på Aalborg Sygehus.

Efter udredning og behandling, og et forløb på max 72 timers indlæggelse. De hårdt ramte borgere henvises til et andet regionalt tilbud, som typisk vil være Brønderslev Neurorehabiliteringscenter, hvor de efter udskrivelsen oftest tilbydes et døgnoptræningstilbud i hjemkommunen. Andre borgere udskrives direkte fra akut afdelingen i Aalborg og til hjemkommunen. Det vil så være op til hjemkommunen at sikre den rette placering og træning af borgeren.

Forløbet i Brønderslev kan vare fra få dage til 1 måneds tid afhængig af kompleksiteten. Brønderslev

Neurorehabiliteringscenter har to forløb - et med regionsfunktion og et med hovedfunktion. Regionsfunktionen tilstræbes (efter den nye struktur på apopleksiområdet) en gennemsnitlig indlæggelsestid på 39 dage, hvorimod hovedfunktionsniveauet er 8-10 dage.

Herfra kan borger visiteres direkte til eget hjem, men ofte visiteres der til døgnrehabilitering i kommunen, hvilket vil sige, at borgeren kommer til genoptræning og hjælp i kommunalt tilbud. Først derefter til eget hjem med yderligere, typisk ambulante, genoptræningstilbud og med de hjælpeindsatser, der i øvrigt vurderes at være behov for.

Aarhus Kommune

PROJEKTOVERBLIK

”Projekt Hjerneskadeteam”

(styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade i perioden 2011–2014)

PROJEKTETS FORMÅL

Det overordnede formål med projektet var at medvirke til, at borgeren med senhjerneskode oplever koordinerede og effektive forløb med involvering af fagligt kompetent personale. Den styrkede koordinationsindsats forventes at give øget livskvalitet, bedre funktionsevne og flere borgere med senhjerneskode i arbejde på almindelige vilkår, og dermed også en øget gevinst for kommunen.

INDSATS TIL INSPIRATION

I denne boks uddybes et projektelement, der kan være til inspiration for andre kommuner. Det udvalgte projektelement er særligt for netop denne kommunes projekt, og har været fremhævet som positivt i interview med projektdeltagere.

HJERNESKADETEAMET SKABER VEJ IGENNEM STORKOMMUNETILBUD

Der er etableret et tværfagligt hjerneskadeteam af fagpersoner med såvel særlig neurofaglig viden og erfaring som kompetencer indenfor sundheds- og omsorgsområdet samt de sociale og beskæftigelsesrettede områder. Denne teamsammensætning er hensigtsmæssig både i et fagligt og organisatorisk perspektiv, når der skal iværksættes rehabiliteringstilbud til den senhjerneskede borger på tværs af forvaltningerne i kommunen.

Målet er at teamet skal ”medvirke til at koordinere”. Fokus er ikke på koordination mellem to aktører, der skal samarbejde om en borger, men derimod på at hjælpe i de tilfælde, hvor koordineringsopgaven overstiger det, der normalt ligger i at udføre de givne opgaver. Derudover fungerer teamet som et ekstra sikkerhedsnet, således at der ikke falder nogen borgere mellem to stole, og at der ikke mangler relevante aktører i forløbet.

Hjerneskadeteamet ”følger” borgerens rehabiliteringsforløb fra fase II og videre til den kommunale fase III-rehabilitering og kan involveres enten direkte eller indirekte afhængig af rehabiliteringsforløbets kompleksitet. Hjerneskadeteamet arbejder ikke ud fra helt skarpe

og afgrænsende, retningslinjer og procedurer, når det gælder kriterier for, hvilke senhjerneskede borgere, teamet skal inddrages i, samt omfanget af teamets koordinerende rolle i den konkrete sag. Erfaringen er, at det er relevant at foretage en individuel faglig, helhedsorienteret vurdering fra sag til sag, både hvad angår sværhedsgraden af borgerens erhvervede hjerneskade, kompleksiteten i forhold til borgerens sociale og beskæftigelsesmæssige status, situationen omkring pårørende og endvidere antallet af involverede fagpersoner og deres faglige kompetencer.

Hjerneskadeteamet har ikke haft myndighedsfunktion. Der har i hjerneskadeteamet været enighed om, at det er godt ikke at have myndighedsansvar. Erfaringen er, at man i relationen til borgeren bedre kan holde en mere uvildig rolle.

Hjerneskadeteamet har fungeret som en selvstændig tværgående enhed, og det er fagligt sammensat af såvel forskellige neurofaglige som organisatoriske kompetencer og har endvidere en tvær-forvaltningsmæssig tilknytning til henholdsvis Magistraten for Sundhed og Omsorg og Magistratsafdelingen for Sociale forhold og Beskæftigelse i Aarhus Kommune. Teamet har været fysisk placeret på Marselisborg Centret, som fungerer som fælles matrikel for en lang række rehabiliteringstilbud.

Hjerneskadeteamet er foreløbigt forankret i den fortsatte drift til og med 2018.

PROJEKTLEDER

Projektleder Birgitte Randrup Krog
87 13 40 53, birakr@aarhus.dk

PROJEKTANSVARLIG

Chefkonsulent Hanne Linnemann
89 40 40 09, hlin@aarhus.dk

OVERBLIK - INDSATSER I PROJEKTET

1) Etablering af en kommunal hjerneskadekoordineringsfunktion

Aarhus Kommune har etableret en ny, fælles hjerneskadekoordineringsfunktion (hjerneskadeteam), som har tilstrækkelig kapacitet til at indgå i en bred vifte af opgaver i form af koordinering af forløb, rådgivning af hjerneskaderamte og deres pårørende samt samarbejdspartnere.

Hjerneskadeteamet er tværfagligt sammensat og består af fagpersoner med såvel særlig neurofaglig viden og erfaring som kompetencer indenfor sundheds- og omsorgsområdet samt de sociale og beskæftigelsesrettede områder.

Hjerneskadeteamet følger borgernes rehabiliteringsforløb fra fase II og videre til den kommunale fase III-rehabilitering og kan involveres enten direkte eller indirekte - afhængigt af det enkelte rehabiliteringsforløbs kompleksitet.

Hjerneskadeteamets opgaver er at varetage koordinering af

rehabiliteringsforløb og rådgivning, ud fra en individuel sagsvurdering, vedr. voksne borgere med erhvervet hjerneskade og i samarbejde med deres pårørende. Hjerneskadeteamet samarbejder med og rådgiver sundhedspersonale og øvrige fagfolk om at koordinere tilbud til voksne borgere med erhvervet hjerneskade.

Dette foregår ved, at der kan tages kontakt til Hjerneskadeteamet, hvis:

- ▶ Man har pådraget sig en hjerneskade og har brug for generel eller personlig rådgivning i forhold til følgerne efter hjerneskade og/eller ved behov for støtte i forhold til koordinering af sagsforløb.
- ▶ Man er pårørende til en person, der har pådraget sig en hjerneskade, og har brug for rådgivning til at forstå og håndtere den ændrede situation.
- ▶ Man har brug for information eller rådgivning om Aarhus Kommunes tilbud til voksne borgere med erhvervet hjerneskade.
- ▶ Man er fagperson og har brug for konkret rådgivning, vejledning eller

en særlig koordinerende indsats i forbindelse med kommunens rehabiliteringsmæssige indsats.

2) Fremme af adgangen til neurofaglige kompetencer samt gennemførelse af neurofaglig kompetenceudvikling af involverede faggrupper

Ud over Aarhus Kommunes egen ansøgning er kommunen også en del af den fælles ansøgning fra kommunerne i Region Midtjylland. Dette projekt skal fremme adgangen til neurofaglige kompetencer samt sikre neurofaglig kompetenceudvikling af involverede faggrupper primært til rehabilitering på basalt niveau.

Hjerneskadeteamet har sørget for afdækningen af hvilke medarbejdere der skal modtage uddannelse i regi af den fælleskommunale uddannelsesindsats for kommunerne fra Region Midtjylland.

BILLEDE AF VIRKELIGHEDEN

Borgere der har været i kontakt med hjerneskadeteamet oplever i høj grad, at teamets rådgivning, vejledning og koordinering gør en forskel. Borgere, pårørende og hjerneskadeforeninger efterspørger i høj grad, at de forskellige parter i rehabiliteringen taler sammen og arbejder ud fra fælles mål, og det er ikke altid, at de oplever, at dette sker i praksis. De efterspørger netop en funktion som hjerneskadeteamet som er med til at skabe længere og dybere koordination i deres forløb, og at der er nogen, der er med til at binde deres forløb sammen, så de højt specialiserede tilbud, der findes i Aarhus Kommune, ikke drukner i hinanden og ikke kommer til deres ret.

I en evaluering udført for Aarhus Kommune vurderer samarbejdspartnerne, at Hjerneskadeteamet gør en forskel for både borgere og pårørende, men også for fagpersonerne i kommunen, da Hjerneskadeteamet bidrager til at højne det generelle vidensniveau i forløbene og til at formidle et overblik over relevante muligheder. Borgernes

oplevelse af den hjælp, de har fået gennem Hjerneskadeteamet er for langt hovedparten af de adspurgte meget positiv. Noget af det, der peges på som gennemgående i interview med borgere og hjerneskadeforeningerne er, at Hjerneskadeteamet netop er med til at skabe overblik og give ro og en tro på, at livet igen bliver meningsfuldt og overskueligt. De peger i den forbindelse på, at det er afgørende, at koordinatorene har en stor viden om hjerneskader og dermed er i stand til at møde borgerne med forståelse og at stille relevante krav og forventninger til dem. Herudover er det afgørende for dem, at koordinatorene i kortere eller længere perioder tager over og handler på deres vegne, når det er nødvendigt fx ved at tage kontakt til andre dele af systemet, hjælpe med ansøgninger, gå med til møder og fremstille deres sag på en relevant måde. Hjerneskadeforeningerne peger på, at dette ellers ofte vil påhvile de pårørende, men at de ofte også selv er i krise og derfor ikke altid er i stand til at løfte denne opgave.