

# Arbejdsrettet hjerneskade- rehabilitering i kommunalt regi



Jette Nielsen,  
overlæge emeritus, ph.d., speciallæge i arbejdsmedicin,  
Arbejds- og Socialmedicinsk afdeling, Holbæk sygehus

REGION  
SJÆLLAND



*-vi er til for dig*

# Forord



Arbejdet er påbegyndt under min ansættelse som overlæge, ph.d. ved Arbejdsmedicinsk afdeling Holbæk. Efter min tilbagetræden fra arbejdsmarkedet har jeg gennem de seneste 2 år færdiggjort arbejdet.

Min motivation for at gennemføre dette arbejde har været og er fortsat et håb om, at vi i Danmark må kunne gøre det bedre for denne lille gruppe af borgere, som har erhvervet sig en hjerneskade, der påvirker deres livssituation på så mange måder.

Jeg er dybt taknemmelig for, at I - borgere, pårørende og fagpersoner - ville dele jeres erfaringer med mig, så det er blevet muligt at udarbejde denne rapport. Jeg håber den vil gøre gavn både på den korte og på den lange bane.

En særlig tak til specialist i neuropsykologi Henrik Valentin Mortensen for dine kommentarer hele projektet igennem, men især for de gode lærerige drøftelser, som vi har haft.

Jeg takker teamleder Anni Frydenlund Svendsen og hjerneskadekoordinator Signe Vinther Mølgård for jeres opbakning og støtte til at komme i gang med projektet og jeres ihærdige kommentarer. Jeg takker nuværende ledende overlæge, ph.d. Ann Lyngberg og tidligere ledende overlæge Peder Skov, Arbejds- og Socialmedicinsk afdeling i Holbæk for jeres støtte til projektet og tro på, at det kunne lade sig gøre. Ann har især i skrivefasen været en god støtte. Forskningsprofessor, ph.d. Bente Rona Jensen neurologisk afdeling i Odense og overlæge, ph.d. Lilli Kirkeskov Jensen, Socialmedicinsk afdeling Frederiksberg har læst og kommenteret rapporten, det skal I have en stor og varm tak for. Afdelingsledelsessekretær Ulla Eriksen takkes for praktisk støtte gennem hele projektet. Anne Birgitte Ronex Møller, du skal have en særlig tak, fordi du gav dig tid til at lytte og dele din egen erfaring fra dit virke med neurorehabilitering. Grafiker Marianne Krupsdahl Thirstrup takkes for dejligt kreativt samarbejde.

Endelig en stor og varm tak til min søster Lene Svenlin, min gode veninde Edith Rosenberg og min mand Poul Erik Schrøder for jeres hjælp med figurer, korrekturlæsning og ordliste.

I har alle været med til at gøre det umulige muligt!

**Jette Nielsen,**  
**den 8. december 2020**

*Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi*

*© Copyright: Jette Nielsen, speciallæge i arbejdsmedicin, ph.d. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.*

*Arbejds- og Socialmedicinsk afdeling  
Holbæk sygehus  
Gl. Ringstedvej 4B*

*4300 Holbæk*

*Tlf. 59489850*

*Kontakt forfatter:*

*jettenielson@dadlnet.dk*

*Tlf. +45 23306695*

*Web: [www.klinikfasta.dk](http://www.klinikfasta.dk)*

*Emneord:  
Hjerneskade, rehabilitering, genoptræning, kommune, tværfagligt samarbejde, arbejdsrettet*

*Version 1.0*

*Versionsdato 14.03.2021*

*Format pdf*

*Udgivet af Arbejds- og Socialmedicinsk afdeling*

# Læsevejledning

Det anbefales, at læseren, som vil have et hurtigt overblik, læser **sammenfatningen og anbefalingerne i kapitel 7**. Derefter kan læseren uddybe sin viden ved at dykke ned i de øvrige kapitler.

Herunder findes en meget kort introduktion til hvert kapitel

**Introduktion** omhandler formål og metoder

**Kapitel 1 Hjerneskaderehabilitering, Udvikling, Lovgivning og praksis** er baseret på udvalgt litteratur.

**Kapitel 2 Hjerneskaderehabilitering i den kommunale kontekst – Fokusinterview af fagpersoner i case kommune og Arbejdsmedicinsk afdeling** redegør for fagpersonernes tanker, muligheder og forslag til hjerneskaderehabilitering.

**Kapitel 3 Forekomst af diagnoser, funktionsevne samt tilbud om rehabilitering i Fase III** er baseret på gennemgang af 16 aktuelle cases i Jobcentret. Kapitlet beskriver forekomst af diagnoser, funktionsevne samt tilbud i fase III. Desuden fokuseres på kortlægning af kognitivt funktionsniveau eller mangel på samme.

**Kapitel 4 Arbejdsrettet hjerneskaderehabiliteringsforløb** redegør for forløbene hos 3 cases med erhvervet hjerneskade. Oplysningerne er baseret på interviews og foreliggende sagsakter.

**Kapitel 5 Kommunale tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade i Region Sjælland** redegør for de kommunale tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade i Region Sjælland. Oplysningerne er primært baseret på oplysninger fra på sundhed.dk.

**Kapitel 6 Arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering og sundhedskoordinatorfunktionen i Region Sjælland** redegør på basis af fokusinterview af 4 sundhedskoordinatorer for deres tanker om arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi.

**Kapitel 7 Sammenfatning – Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi. Særlige problemområder og løsningsforslag med fokus på kognitiv funktion.** Oversigt over væsentlige udfordringer, grundforudsætninger for og anbefalinger til fremtidig kommunal hjerneskaderehabilitering.

Bagerst i rapporten findes referenceliste, ordforklaringsliste og liste over forkortelser.

# Indhold

Forord .....	2
Læsevejledning .....	3
Introduktion, formål og metode.....	9
Introduktion .....	9
Formål .....	9
Metode .....	10
Kapitel 1, Hjerneskaderehabilitering, udvikling, lovgivning og praksis .....	12
Introduktion .....	13
Historisk politisk udvikling.....	13
Videnskabelig udvikling.....	13
Organisering af udredning, behandling og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade i Region Sjælland anno 2018.....	16
Erhvervet hjerneskade .....	17
Rehabilitering .....	20
ICF som fælles referenceramme.....	25
Lovgrundlag og praksis .....	27
Sammenfatning: Kapitel 1 Hjerneskaderehabilitering, udvikling, lovgivning og praksis .....	39
Kapitel 2, Hjerneskaderehabilitering i den kommunale kontekst - Fokusinterview af fagpersoner i case-kommune .....	45
Indledning .....	46
Metode.....	46
Resultat af fokusinterviews .....	46
Organisation .....	46
IT og digital kommunikation .....	50
Visitation .....	51
Forløb .....	53
Muligheder for rehabiliteringsaktiviteter.....	57
Samarbejdsrelationer.....	63
Hjerneskadekoordinationsfunktionen - Tovholderfunktion .....	70
Rehabiliteringsteamet.....	74
Sammenfatning og konklusion: Kapitel 2 Hjerneskaderehabilitering i en kommunal kontekst .....	77
Organisation og digital kommunikation .....	77
Visitation – Forløb og indsatser.....	78
Mulige samarbejdsrelationer .....	79
Faglig kommunikation .....	80
Koordinering af forløb .....	81

Kapitel 3, Forekomst af diagnoser, funktionsevne samt tilbud i Fase III - Baseret på 16 aktive sagsforløb .....	83
Indledning .....	84
Resultater .....	84
Baggrundsoplysninger .....	84
Hjerneskode og andre diagnoser .....	86
Varighed fra debut af hjerneskode til juli 2016 .....	88
Funktionsniveau .....	89
Forekomst af borgere med begrænsning i ADL .....	90
Tilbud til støtte og udvikling af funktionsevne, ADL.....	90
Dokumentation .....	92
Forekomst af borgere med begrænsning i Arbejdsevne.....	93
Afklaring af arbejdsevne, støtte og udvikling af arbejdsevne .....	94
Dokumentation .....	99
Specifikke funktionstab .....	101
Omfanget af tab inden for specifikke funktionsområder.....	102
Antal og type af funktionstab hos den enkelte borger .....	103
Kognitive problemer, neurofaglig vurdering, indsatser og dokumentation.....	104
Koordinerende funktion.....	106
Sammenfatning og konklusion: Kapitel 3 Forekomst af diagnoser, funktionsevne samt tilbud i Fase III – Baseret på 16 aktive sagsforløb.....	109
Baggrundsoplysninger .....	109
Diagnoser og varighed af hjerneskode .....	109
Specifikke funktionstab, omfang og dokumentation .....	110
ADL, indsatser og dokumentation .....	110
Arbejdsevne, indsatser og dokumentation .....	110
Kognitive problemer, neurofaglig vurdering, indsatser og dokumentation.....	111
Koordinerende funktion.....	112
Perspektivering.....	112
Kapitel 4, Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering - hos 3 personer med erhvervet hjerneskode .....	115
Formål .....	116
Metode.....	116
Tilladelse til anvendelse af data .....	116
Resultat.....	116
Case 1 Beskrivelse af case 2016 .....	116

Case 1 Opfølgning og status juli 2017 .....	118
Case 1 Opfølgning og status oktober 2018.....	119
Case 1 Vurdering af genoptræning/rehabilitering .....	122
Case 1 Delkonklusion .....	122
Case 2 Beskrivelse af 2016 .....	123
Case 2 Opfølgning og status november 2017 .....	125
Case 2 opfølgning og status 2017 - november 2018.....	126
Vurdering af behov for genoptræning/rehabilitering .....	128
Case 2 Delkonklusion .....	129
Case 3 Beskrivelse af case 2015.....	130
Case 3 Opfølgning og status december 2018 og januar 2019.....	132
Case 3 Vurdering af behov for genoptræning/rehabilitering .....	136
Case 3 Delkonklusion.....	137
Sammenfatning og konklusion: Kapitel 4 Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering - hos 3 personer med erhvervet hjerneskode.....	138
Fase I/II.....	138
Kompleksitet.....	138
Niveau .....	138
Koordinering og samarbejde .....	139
Individuelt tilpassede forløb - Neurofaglig /neuropsykologisk udredning og opfølgning.....	140
Individuelt tilpassede forløb - Fysisk genoptræning.....	141
Individuelt tilpassede forløb – arbejdsrettede indsatser.....	141
Individuelt tilpassede forløb - Ændring i identitetsfølelse og livsvilkår.....	141
Individuelt tilpassede forløb - Afslutning .....	142
Perspektivering.....	142
Kapitel 5, Kommunale tilbud til borgere med erhvervet hjerneskode i Region Sjælland.....	144
Indledning .....	145
Tilbud registreret via Sundhed.dk.....	145
Resultat af kontakt med hjerneskodekoordinatorfunktionerne .....	147
Sammenfatning og konklusion: Kapitel 5 Kommunale tilbud til borgere med erhvervet hjerneskode i Region Sjælland .....	151
Opslag på sundhed.dk.....	151
Information fra hjerneskodekoordinatorfunktionerne.....	151
Tværkommunalt samarbejde .....	152

Kapitel 6, Arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering og sundheds- koordinatorkfunktionen i Region Sjælland .....	153
Indledning .....	154
Metode .....	154
Resultater af interviews .....	155
Arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering generelt.....	155
Diagnose .....	156
Funktionsevne .....	157
Mødet i Rehabiliteringsteamet.....	160
Hjerneskadekoordinationsfunktionen .....	161
Klinisk funktion .....	163
Sammenfatning og konklusion: Kapitel 6 Arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering og sundhedskoordinatorkfunktionen i Region Sjælland .....	164
Sundhedskoordinator, SK.....	164
Komplekse og sjældne sager .....	164
Mødet i rehabiliteringsteamet, dokumentation for funktions- evne og indsatser .....	164
Koordinering og HSK.....	165
Klinisk funktion .....	165
Kapitel 7, Sammenfatning – Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi – Særlige problemområder og løsningsforslag med fokus på kognitiv funktion .....	167
Indledning .....	168
Overordnede konklusioner .....	169
Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering .....	169
Overblik over diagnose og funktionsevne hos borgere med erhvervet hjerneskade i Fase III.....	170
Manglende afklaring og afhjælpning af kognitive problemer .....	171
Udfordringer med: Sammenhæng, kommunikation, helhedsorien- tering, koordinering og samordning af forløb .....	173
Udfordringer i faglige kompetencer, samarbejde, kommunika- tion og fremadskuen i forløb .....	176
Grundforudsætninger for vellykkede forløb.....	178
Perspektivering.....	181
Perspektivering I - Udvikling af fagspecifikke kompetencer i Fase III – Tværfagligt neuroteam- Tværkommunalt samarbejde....	182
Perspektivering II - Helhedsorientering, samordning, sammen- hæng – fælles samarbejdsflade .....	186

---

Perspektivering III - Arbejdsrettede og virksomhedsnære tiltag.....	189
Perspektivering IV - Det der ikke er med .....	191
Perspektivering V – Misforhold mellem trend med hurtig udskrivning og hjerneskaderehabilitering .....	192
Referenceliste .....	194
Bilag 1 Oversigt over formål og metoder samt administrative procedurer .....	197
Bilag 2.1 Organisationsdiagram kommune .....	205
Bilag 2.2 Rehabiliteringsplan light .....	206
Bilag 5.1 Brev til sundhedskoordinationsfunktioner.....	209
Forkortelser .....	210
Ordforklaringsliste .....	211



# Introduktion, formål og metode

## Introduktion

Der er politisk fokus på, at så mange borgere som muligt skal deltage på arbejdsmarkedet, også selv om de har begrænsninger i funktionsevnen. Det er ideen, at patienter med lidelser, der begrænser funktionsevnen, skal tilbydes rehabilitering, forstået som en helhedsorienteret, tværfaglig proces. Indsatser samordnes såvel tidsmæssigt som fagligt under hensyntagen til, at patienten/borgeren støttes i processen med at genvinde funktionsformåen såvel fysisk som psykisk, mentalt og socialt. I denne proces er såvel det sundhedsmæssige som beskæftigelsesmæssige og sociale område involveret. Med lov om FØP/Fleks fra 2012 er der indført rehabiliteringsteams i kommunerne med deltagelse af lægelige, regionale sundhedskoordinatorer for at sikre en mere helhedsorienteret tilgang.

I min egenskab af sundhedskoordinator har jeg gennem de sidste 5 år en til to gange om ugen deltaget i møder i rehabiliteringsteamet i kommunerne i Region Sjælland. Her er jeg for ofte blevet præsenteret for forløb af borgere med erhvervet hjerneskade, hvor betydende funktionsbegrænsninger først kommer frem ved mødet i rehabiliteringsteamet. Der er i højere grad end i andre forløb tale om borgere med funktionsbegrænsninger på flere livsområder, nogle mere diskrete end andre, men alligevel tilstrækkeligt til at deltagelse i familie-, fritids- og arbejdsliv er påvirket i betydelig grad. Jeg kan se, at flere pågående rehabiliteringsforløb åbenlyst har ført til menneskelige omkostninger med mistro og frustration og problemer med at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Jeg har undret mig over, hvorfor det kan ske. Jeg har valgt at undersøge dette nærmere og håber med dette arbejde at kunne bidrage til at forbedre og optimere tilbuddene til personer med følger efter erhvervet hjerneskade, så flest muligt modtager et relevant tilbud, der øger chancen for god trivsel og tilbagevenden til arbejde.

Det rejser helt overordnet spørgsmålet om borgere med erhvervet hjerneskade får afklaret deres kognitive funktionsniveau og tilbudt relevant genoptræning og rehabilitering?

## Formål

Det overordnede formål med dette projekt er:

- At undersøge, om borgere med erhvervet hjerneskade får afklaret deres kognitive funktionsniveau og tilbudt relevant, arbejdsrettet genoptræning og rehabilitering
- At udpege problemområder
- At komme med løsningsforslag

---

## Metode

Der er tale om en kompleks problemstilling, hvor mange forhold har betydning, f.eks. diagnoser, funktionsniveau, tilstedeværelse af pårørende og netværk, fagpersonernes viden og samarbejde, organisatoriske rammer og tilstedeværelse af muligheder for at tilbyde relevant rehabiliteringsforløb.

Derfor har jeg valgt at inddrage flere forskellige metoder til at belyse problemstillingen: litteraturgennemgang, fokusinterview af fagpersoner, registrering af diagnoser, funktionsbegrænsninger og tilbud, forløbsbeskrivelse af borgere samt registrering af tilbud i kommunerne. Resultaterne ved undersøgelserne er beskrevet i 5 kapitler (kap. 1-5). Der alle afsluttes med en opsummering. Derefter er der på tværs af kapitlerne udarbejdet en sammenfatning af resultaterne af arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering med særligt fokus på afklaring og rehabilitering af de kognitive funktioner. Med baggrund heri udpeges særlige problemområder og løsningsforslag.

Herunder beskrives fremgangsmåden for hver metode kort, og der henvises til bilag 1 vedrørende yderligere beskrivelse af delformål og metode.

*Kapitel 1: Hjerneskaderehabilitering, faglig udvikling, lovgivning og praksis.* Kapitlet er baseret på en litteraturgennemgang. Kapitlet beskriver, hvordan de politiske omstruktureringer og den faglige udvikling har skabt rammerne for den nuværende praksis for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Relevante begreber som hjerneskade, rehabilitering og arbejdsrettet rehabilitering defineres, og deres omsætning til praksis beskrives. Der er inddraget eksempler på praksis for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i andre lande. Kapitlet afsluttes med en gennemgang af lovgivning, vejledninger, retningslinjer og servicetjek med særlig fokus på hjerneskaderehabilitering.

*Kapitel 2: Hjerneskaderehabilitering i den kommunale kontekst – Fokusinterview af fagpersoner i case-kommune.* Med udgangspunkt i semistruktureret fokusinterview af fagpersoner vedrørende udvalgte temaer som organisation, kommunikation, samarbejde og mulige indsatser beskrives fagpersonernes erfaringer og tanker om den arbejdsrettede hjerneskaderehabilitering. Herunder uddybes, hvordan det tværfaglige samarbejde, kommunikation og visitation organiseres og fungerer, samt hvilke muligheder, der er for at etablere relevant arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.

*Kapitel 3: Forekomst af diagnoser, funktionsevne og indsatser i Fase III (kommunalt regi).* Kapitlet er baseret på projektleders gennemgang af 16 aktive sagsforløb i jobcentret hos borgere med erhvervet hjerneskade. Med baggrund i denne gennemgang beskrives, hvilke diagnoser

og funktionsbegrænsninger, der ses blandt personer med erhvervet hjerneskade i en typisk population i et jobcenterregi. Med baggrund i udvalgte cases belyses de ydede indsatser vedrørende genoptræning af ADL (almindelige dagligdags aktiviteter), rehabilitering af Arbejdsevne, neurofaglig indsats, sociale indsatser, støtte til ændring i livssituation samt koordinerende indsats. Derudover belyses og drøftes 1) om den tilgængelige dokumentation i jobcentret er tilstrækkelig til at etablere en relevant, arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering. 2) om de eksisterende muligheder for indsatser er relevante og tilstrækkelige for at gennemføre arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering. 3) om de relevante kompetencer er til stede i Jobcentret til at foretage en brugbar udredning/afklaring af funktionsevne og behov for indsatser mhp. arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering.

*Kapitel 4: Arbejdsrettet hjerneskaderehabiliteringsforløb hos 3 personer med erhvervet hjerneskade.* Kapitlet er baseret på projektleders gennemgang af sagsakter og opfølgende interviews af de 3 personer og deres pårørende. De enkelte personers sygdomsforløb og udvikling i funktionsevnen belyses. Der redegøres for tilbud i Fase I, II, III og IV (hele rehabiliteringsforløbet), specielt med fokus på, om der er foregået en afklaring af de kognitive funktioner, og om der har været relevante indsatser i relation hertil. Ved status efter 1 år vurderes, om der er yderligere behov for genoptræning/rehabilitering med særlig fokus på de kognitive funktioner. Ved 2 års opfølgning redegøres for aktuel status for arbejdssituation, funktionsevne og arbejdsevne samt egen oplevelse af livssituation og behov for støtte og træning. Der redegøres for, om den rehabiliterende indsats, herunder specielt de arbejdsrettede indsatser, har været tilstrækkelige og relevante.

*Kapitel 5: Kommunale tilbud til personer med erhvervet hjerneskade i Region Sjælland.* Kapitlet er baseret på en registrering af information på sundhed.dk til borgere med erhvervet hjerneskade. Endvidere er samtlige kommunale hjerneskadekoordinationsfunktioner i Region Sjælland forespurgt om tilbud/indsatser til personer med erhvervet hjerneskade i deres kommune.

*Kapitel 6: Arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering og sundhedskoordinatorfunktionen i Region Sjælland.* Projektleder har udvalgt 4 sundhedskoordinatorer med mere end 1 års erfaring med deltagelse i møder i rehabiliteringsteam i forskellige kommuner. Fokusinterviewet er baseret på en semistruktureret interviewguide. Hovedtemaerne i interviewene er afklaring af: 1) diagnose, 2) funktionsevne, 3) indsatser mhp. tilbagevenden til arbejdsmarkedet, Hjerneskadekoordinationsfunktion samt 4) Klinisk funktions rolle.

*Kapitel 7: Sammenfatning - Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi - Særlige problemområder og løsningsforslag med fokus på kognitive funktioner.* Kapitlet samler resultaterne af arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering på tværs af de 5 foregående kapitler - med særlig fokus på afklaring af kognitive funktioner og tilbud om relevant, arbejdsrettet genoptræning og rehabilitering og opstiller et katalog over problemområder og løsningsforslag.



# Kapitel 1

Hjerneskaderehabilitering, udvikling,  
lovgivning og praksis

## Introduktion

I dette kapitel beskrives den historisk politiske og videnskæssige udvikling. Erhvervet hjerneskade og følger heraf afgrænses. Forekomst og udvikling i antallet af voksne med erhvervet hjerneskade beskrives. Begrebet rehabilitering præsenteres med særligt fokus på definition af hjerneskaderehabilitering i den beskæftigelsesmæssige kontekst. Endelig beskrives den lovgivning og praksis, som er gældende på området med baggrund i foreliggende lovgivning, vejledninger og retningslinjer.

## Historisk politisk udvikling

Det historiske forløb og den videnskæssige udvikling inden for hjerneskaderehabilitering fra 1970'erne til nu har fået afgørende betydning for de aktuelle rammer for rehabilitering. I perioden 1970-2007 pågik en række politiske arbejder, hvis mål var at forenkke de offentlige servicesystemer. Som konsekvens heraf gennemførtes strukturreformen i 2007. Dette medførte en ny, geografisk opdeling og reduktion i områder fra 13 amter til 5 regioner og fra 271 kommuner til 98. Der skete samtidig en omfordeling af opgaver mellem regioner og kommuner. Herunder blev ansvaret for rehabilitering af personer med hjerneskader i højere grad lagt ud i kommunerne. Samtidig blev snitfladen til sygehusbaseret træning ændret, så man ikke længere tilbød ambulante genoptræning i sygehusregi, og patienterne var indlagt i kortere tid. Rehabiliteringen blev tidligere varetaget af amter og private institutioner, som havde opbygget enheder af en vis størrelse og herunder kompetencer på højt fagligt niveau inden for forskellige fagområder. I kølvandet på ændringerne fulgte en debat, om hvorvidt de relevante kompetencer for at gennemføre en tilstrækkelig hjerneskaderehabilitering var til stede i kommunerne.

## Videnskæssig udvikling

Ergo- og fysioterapeuter har traditionelt været knyttet til genoptræning af personer med følger efter hjerneskade og forestået fortrinsvis fysiske indsatser og med fokus på ADL, Almindelig Dagligt Liv aktiviteter. Der foreligger en del forskning inden for dette fagområde, oftest af små grupper, som har bidraget til udvikling i faget, Govender 2007 og LEE 2001.

Hjerneskaderehabilitering i Danmark har også primært været drevet af entusiastiske terapeuter og neuropsykologer. I 2015 udkom en dansk håndbog 'Neurologi og neurorehabilitering', som primært er beregnet for ergo- og fysioterapeuter; men alle andre, der arbejder med faget, kan



have god gavn af at læse i den. Den opdaterer den aktuelle viden inden for området både organisatorisk og på specifikke træningsområder, Wæhrens 2015.

Udviklingen inden for hjerneskadeområdet, fra at tænke hjernefunktioner som knyttet til specialiserede moduler, til i stedet for at forstå hjernefunktioner som et komplekst samarbejde mellem forskellige centre med en plasticitet og evne til at reorganisere sig og forandre funktioner, har haft stor betydning for udviklingen af en helhedsorienteret tankegang i rehabiliteringen. Den internationale udvikling påvirkede også udviklingen af hjerneskadeområdet i Danmark. Dette skete bl.a. i takt med, at neuropsykologien i 1970'erne blev etableret som speciale, og man i 1980'erne begyndte at eksperimentere med kognitiv genoptræning. Der blev oprettet i alt 7 hjerneskadecentre på landsplan. Visionen bag dem var en neuropsykologisk og holistisk indsats. Genoptræningen havde ikke kun fokus på de skjulte skader, bl.a. kognition, men også på at hjælpe den ramte tilbage til en hverdag med ny identitet og nye mål. I Sundhedsstyrelsens Medicinske Teknologi Vurdering er refereret forskellige metoder og evidens for effekt, SST 2011b.

Både internationale og danske studier finder, at de psykosociale følger udgør en stor udfordring. De psykosociale følger er bl.a. depression og angst. Mange befinder sig i en identitetskrise; de er gået fra at være raske og velfungerende til at have fået en hjerneskade. De oplever, at deres hverdag er blevet markant ændret, Teasedal et Engberg 2004, 2005 og 2007. Forskning har vist, hvordan det biopsykosociale interagerer med forskellige faktorer – f. eks sammenhæng mellem de rantes følelser, behov og deres kognitive funktionsnedsættelser, Cicerone og Fraser 2000.

Med udgangspunkt i en biopsykosocial forståelse af sundhed, sætter en nylig ph.d. fokus på koordineret og samordnet hjerneskaderehabilitering. Her refereres 2 af afhandlingens 4 studier. I første studie beskrives transitioner i rehabiliteringsforløbet af voksne med erhvervet hjerneskade. Der peges på behovet for at inddrage nye psykologiske perspektiver og psykologiske faggrupper i den interdisciplinære hjerneskaderehabilitering sammen med allerede sikrede områder som de fysiske og praktiske. Der opstilles en model til ny dansk koordination i rehabilitering, der inkluderer ligevægtigt hensyn til de rantes biopsykosociale behov i livsmæssige og organisatoriske transitioner. Det andet studie, der er baseret på kvalitativ metode, viser, at de psykosociale konsekvenser i form af depression og nedsat livskvalitet fortsat udgør den største udfordring 2 år efter skaden. Især følgende faktorer har betydning for transition fra rehabiliteringscenter til hjem og fra hjem til genoptagelse af produktivitet. De fremmende faktorer er personlige kompetencer, f.eks. selvstændighed og drive, støttende pårørende, psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion og tilbagevenden til et rigtigt arbejde. De



hæmmende faktorer er pårørende som hjælpere, ventelister, manglende psykologisk støtte, dagtilbud, der ikke er et rigtigt arbejde, og træthed. Arbejdet peger på, at transitioner udgør en udfordring i hjerneskade-rehabilitering. Glintborg argumenterer for etablering af et psykologisk rehabiliteringsspeciale i Danmark mhp. at udvikle dette område såvel i forskning som praksis, Glintborg 2015; Glintborg 2014; Glintborg 2017.

Efter 2000 melder lægerne sig for alvor på banen. Med baggrund i den nye viden i 1980'erne og 90'erne om vellykket behandling af patienter med erhvervet hjerneskade oprettes 2 centre for neurorehabilitering, Hvidovre og Hammel, samt 2 traumecentre ved neurokirurgiske afdelinger i henholdsvis Øst- og Vestdanmark. Indsatsen har haft gavnlige effekter på fysiske komplikationer; men der er mere begrænset viden om effekten på indsatsen på de kognitive færdigheder, Nordenbo 2007. Hammel rummer en højtspecialiseret enhed for neurorehabilitering. Man har indtil for nogle år siden kun haft mulighed for at modtage patienter, der havde opnået egne konditioner. Der er derfor etableret et samarbejde med en regional intensiv afdeling således, at patienterne får mulighed for kombination af intensiv behandling og højt specialiseret neurorehabilitering tidligt i forløbet, Daugaard 2013. Engberg peger i sit studie fra 2007 på behovet for at få etableret amtslige/tværamtslige enheder til de patienter med lange forløb, der ikke opfylder inklusionskriterierne for de to landsdelsafdelinger for de sværest hjerneskadede. Endvidere efterlyses en mere organiseret og bedre koordineret indsats over for de talrige personer, der får langvarige følger efter en hjernerystelse, Engberg 2007.

En række lægelige specialer, især de samfundsmedicinske og geriatrien, har gennem mange år arbejdet med rehabilitering. I dag er rehabilitering i fokus i de fleste specialer. Men der er fortsat behov for, at læger får øget viden om rehabilitering for at kunne indgå relevant i det tværfaglige og -sektorielle samarbejde. Forfatteren opfordrer til oprettelse af et lægefagligt rehabiliteringsspeciale, Nielsen 2014.

Danmark er et af de få lande i Europa, som ikke har et selvstændigt rehabiliteringsspeciale. Derimod er de enkelte områder knyttet til de lægefaglige specialer. Først med specialeplanen i 2006 blev neurorehabilitering en opgave under neurologien. Det betyder, at lægefaglig hjerneskaderehabilitering primært forestås af neurologiske læger. Men det er et lille arbejdsfelt for læger, som indgår i såkaldte neuroteams. Det lægefaglige fokus er i den tidlige fase på forebyggelse/tidlig diagnostik og intervention rettet mod komplikationer og følgevirkninger. Læger indgår i en fælles arbejdsproces med et fælles mål, hvor der planlægges et struktureret program, prioriteres indsatsområder og formuleres mål, der dokumenteres og evalueres i fællesskab, Rasmussen 2014.

I en artikel om Rehabilitering beskrives lægens rolle som primært at afklare, om nedsættelsen af funktionsevnen kan tilskrives sygdom, og om den kan behandles. Det er vigtigt, at lægen ikke kun har fokus



på diagnostik og behandling, men også retter fokus mod patienternes hverdagsliv, f.eks. tilknytning til arbejdsmarkedet. Ellers kan det have udsættende virkning på andre indsatser. Derfor er det vigtigt, at lægen forholder sig til, om sygdom og behandling hindrer patientens aktivtetsudfoldelse, Maribo 2014.

Den eneste, der er gennemgående i en rehabiliterende indsats, er personen selv. Derfor kan ingen faggruppe planlægge eller gennemføre rehabiliteringen alene, MarselisCentret 2004. Udfordringerne i det tværfaglige samarbejde, hvor en delindsats følger en anden, stiller store krav til både den afgivende og modtagende instans. Epløv beskriver i sin leder, at en patient nemt kan blive kasterbold, hvor den afsluttende indsats kaster, uden at der er nogen til at gribe. Den afgivende indsats ser ikke, at der ikke bliver grebet, behandlingen af patienten er jo afsluttet, og den modtagende indsats er ikke ansvarlig for kastet. Derfor er der behov for udvikling af parallelle samarbejdsmodeller med klar rolle- og ansvarsfordeling, fælles mødefora etc. Der er behov for også at udvikle integrerede modeller, Epløv 2014.

## **Organisering af udredning, behandling og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade i Region Sjælland anno 2018**

Der er netop udkommet en ny specialevejledning for Neurologi i juni 2018, SST 2018. Heraf fremgår den aktuelle organisering af udredning, behandling og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade. Organiseringen på landsdels- og regionsniveau forskellige niveauer gives i summarisk form herunder.

Patienter med erhvervet hjerneskade med behov for diagnostik og behandling på højt specialiseret niveau henvises til Rigshospitalet

Patienter med behov for udredning på regionsniveau henvises til Neurologisk afdeling Roskilde.

Patienter med behov for hjerneskaderehabilitering kan henvises til:

Højt specialiseret niveau: Hvidovre Hospital eller Hammel samt Ambulatorium ved Klinik for Højt specialiseret neurorehabilitering/traumatisk hjerneskadede, Hvidovre Hospital

Regionfunktionsniveau: CNN Næstved sygehus, Kurhus Dianalund (privat), se også figur 1.3.

Holbæk, Slagelse og Nykøbing F medicinske afdelinger har geriatriske afsnit, som modtager patienter til videre genoptræning/rehabilitering, se figur 1.3.





## Erhvervet hjerneskade

### Definition

I Forløbsprogrammet 'Rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade' afgrænses erhvervet hjerneskade til en eller flere af nedenstående diagnoser eller følger heraf. Gruppen, som medtages i forløbsprogrammet, er personer over 18 år med erhvervet hjerneskade. Det er væsentligt at være opmærksom på, at der herved er fravalgt en række lidelser, som også medfører hjerneskade, men som ikke bliver medtaget her, fordi der f.eks. er tale om progressive lidelser, f.eks. parkinsonisme eller sklerose, SST 2011a.

1. Apopleksi, blodprop i hjerne og hjerneblødning
2. TCI, Transitorisk Cerebral Iskæmi, samme symptomer som ved apopleksi, men symptomerne forsvinder inden for 24 timer
3. Traumatisk hjerneskade
4. Subaracnoidalblødning, hjernehindeblødning
5. Tumor i hjernen, kræft samt godartede svulster i hjernen
6. Infektion, betændelse i hjernen og hjernens hinde
7. Encephalopati, diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning
8. Sequelae, følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til ovenstående diagnoser

Personer med erhvervet hjerneskade har ofte omfattende og komplekse følger, som kan have stor indflydelse på deres liv og hverdag. Symptomerne er oftest træthed, personlighedsændring, ændring i kognitiv funktion, ændring i social funktion og fysiske problemer med f.eks. nedsat mobilitet og sansning. Påvirkning af kommunikation og de psykiske følger af ændring i livssituation, hvor patienten/borgeren skal finde en ny identitet og må lære at leve med et andet funktionsniveau. Sociale relationer er ofte påvirkede i forhold til deltagelse på arbejdsmarkedet og i høj grad i forhold til rollen og funktionen i familien, Glintborg 2015.

En 2-årig opfølgingsundersøgelse i 2017 blandt 153 patienter med 1. gangs apopleksi konkluderer, at den største forbedring af kognitive dysfunktioner sker inden for de første 6 måneder. Langvarige kognitive begrænsninger er almindeligt forekommende selv efter god neurologisk, fysisk restitution. Studiet viser, at tidlig neuropsykologisk indsats er essentiel mhp. at evaluere kognitiv dysfunktion og planlægge behovet for rehabilitering, Turunen 2017.

I et debatoplæg fra 2014 peger en gruppe kardiologer på det forhold, at en del patienter med mulige, kognitive dysfunktioner udskrives fra andre afdelinger end neurologisk og derfor er i særlig risiko for at få overset deres kognitive dysfunktioner. De skønner, at omkring 350 personer med hjertestop er i fare for at blive overset, Pehrson 2014. Det samme gælder for encephalitis og meningitis, som oftest er indlagt hos infektionsmedicinerne.



## Forekomst og udvikling i forekomsten af erhvervet hjerneskade

I 2010 blev udskrevet ca. 18.000 med apopleksi og TCI, mens der blev udskrevet knapt 9.000 med anden erhvervet hjerneskade. Over en periode fra 2000-2010 er der sket et fald i forekomsten af nye tilfælde med apopleksi og en øgning i nye tilfælde af TCI, traumatiske hjerneskader samt iltmangelskader ved genoplivning efter hjertestop. I nedenstående oversigt, som er en kopi af oplysninger på Hjerneskaledesagens hjemmeside 29.4.2018, findes oplysninger om det aktuelle antal af hjerneskader pr år.

Blodprop eller blødning i hjerne samt \*anden erhvervet hjerneskade

- 12.500 danskere bliver hvert år ramt af en blødning eller blodprop i hjernen
- Ca. 85 % af alle apopleksitilfælde skyldes blodprop i hjernen, og ca. 15 % skyldes blødning i hjernen
- 4.800 danskere om året bliver ramt af en forbigående blodprop i hjernen, TCI
- 75.000 lever med diagnosen apopleksi: blodprop eller blødning i hjernen
- Halvdelen af de ramte har varige men, og hver fjerde er afhængig af andres hjælp i det daglige
- 7 % af alle dødstilfælde skyldes blødning eller blodprop i hjernen. Tallet er faldende.
- Dødeligheden inden for de første 30 dage efter en apopleksi er omkring 14 % og har været stabil gennem de sidste 10 år
- 70 % af de ramte er over 65 år
- 53 % af de ramte er mænd. Over 65 år er knap hver tredje af de ramte mænd
- 8.800 danskere om året får anden erhvervet hjerneskade
- 45.000 lever med følgerne af anden erhvervet hjerneskade
- 58 % af indlagte grundet anden erhvervet hjerneskade er under 65 år, og 23 % er under 45 år
- Der er betydelig overvægt af mænd i alle aldersgrupper under 75 år
- Anden erhvervet hjerneskade dækker over skader i hovedet på grund af slag, fald, trafikulykker, tumorer, hjernerystelse, iltmangel, hjernebetændelse og lignende.



## **Viden om tilbagevenden til arbejdsmarkedet ved erhvervet hjerneskade**

En opfølgning fra 2002- 2003 af alle patienter indlagt på højt specialiseret neurorehabiliteringscenter viser, at tilbagevenden til arbejdsmarkedet inden for et år ikke er en realistisk målsætning efter svær, erhvervet hjerneskade. Derimod vender godt halvdelen tilbage til egen bolig. Situationen for den enkelte patient er dog kompleks og synes at afhænge af støtte fra familie og netværk. Blot 5 % var i stand til at vende tilbage til arbejdsmarkedet efter 1 år, mens 31 % fortsat var sygemeldt med muligt arbejdsmæssigt potentiale, Blicher 2007.

Et dansk registerstudie viser, at der blandt personer, som var erhvervsaktive ved debut af erhvervet hjerneskade 1996-2006, er evidens for, at der i løbet af perioden er en øget chance for at vende tilbage til arbejdsmarkedet to år efter debut. Således er oddsene 2 gange større i slutningen end begyndelsen af perioden. Dette tilskrives til en vis grad ændringerne i lovgivningen i perioden 1997-2005. Det har dog ikke været muligt at inddrage andre faktorer, bl.a. ændring i behandling, Hannerz 2012.

I 2011 er der foretaget en grundig litteraturgennemgang af studier relateret til rehabilitering af hjerneskader. Litteraturen er sparsom på området. Baseret på 4 studier konkluderes det, at der er moderat til god evidens for effekt af forskellige arbejdsrelaterede interventioner samt god til moderat evidens for effekt af terapibaserede, tværfaglige, team-baserede og ergoterapeutiske interventioner, SST 2011b.

Siden da er publiceret flere andre studier, som viser mulighed for deltagelse på arbejdsmarkedet efter arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering. Eksempel herpå er et svensk registerstudie med 6 års opfølgningsperiode. Deltagerne var under 63 år og havde deres første apopleksi i perioden 2009-10. 74 % af deltagerne var tilbage på arbejdsmarkedet i løbet af opfølgningsperioden. Deltagerne vendte tilbage til arbejdet inden for de første 3 år, Westerlind 2017.

En engelsksproget håndbog omhandlende arbejdsrelateret rehabilitering og vurdering af funktionsevne som følge af erhvervet traumatisk hjerneskade refererer nogle af de væsentligste punkter for en vellykket proces og resultat: Udvikling og tidsforløb er afhængig af hjerneskadens lokalisering og omfang. Den neuropsykologiske vurdering har stor betydning for at få et overblik over kognitive svagheder og styrker, som ikke altid fremgår af et formelt interview. Baseret på forskellige studier findes, som et gennemgående træk, at skadens alvorlighed er af afgørende betydning sammen med flere andre faktorer, for at personen kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Mellem 75 % og 80 % af



personer med let hjerneskade vender tilbage, mens for personer med sværere hjerneskade er det 40 % til 60 %. 3 forskellige modeller for tilbagevenden til arbejde diskuteres. Første model omfatter forberedelser mhp. tilbagevenden til arbejde. Anden model 'case coordination model', hvor der så tidligt som muligt foregår aktiviteter mhp. arbejdsrelateret rehabilitering samtidigt med medicinsk rehabilitering. Der udnævnes en rådgiver mhp. at støtte et individuelt tilpasset forløb, der omfatter arbejdspraktikker og evaluering af disse samt forløbet efter opstart i egentligt arbejde. Tredje model har især fokus på individuelt planlagt job med støtte. Dvs., der især er fokus på processerne efter en arbejdspladspacering. Kapitlet sluttet af med en gennemgang af den praktiske procedure for støtte til tilbagevenden til arbejde. Primært anbefales, at patienten vender tilbage til tidligere arbejde, hvor forholdene er kendte. Det kræver tidlig kontakt med arbejdsgiver og udveksling af information om mulighed for tilbagevenden i begrænset tid og med begrænsede opgaver mhp. optræning i takt med øget formåen. Hvis dette ikke er muligt, overvejes omplacering eller orientering mod nyt job, Tate 2015.

Et studie fra 2017 blandt 104 patienter med lettere hjernetraume viste, at længerevarende kognitive dysfunktioner spillede en væsentlig rolle for manglende tilbagevenden til arbejdet, Zakzanis KK 2017.

Arbejdspladsens teknologi spiller en vigtig rolle for personer med kognitive problemer. Et nyere studie fra 2013 viser således, at personer med erhvervet hjerneskade har svært ved at mestre de udfordringer, som hverdagens teknologi på arbejdspladsen medfører. Forfatterne anbefaler, at professionelle nødvendigvis må inddrage teknologiens rolle, når de planlægger arbejdsrettede aktiviteter, Kassberg 2013.

## Rehabilitering

### Rehabiliteringsbegrebet

Rehabilitering betyder genoprettelse, eller genindsættelse, i den forrige stand, Meyers fremmedordbog. Rehabiliteringsfagligt er ordets betydning i tråd med, at den rehabiliterende tankegang sigter mod at give anseelse, ære og position tilbage hos mennesker, hvis liv kommer under forandrede betingelser. Ikke nødvendigvis til livet før en livsændrende hændelse, men til det bedst mulige liv, hvor størst mulig grad af selvstændighed og livskvalitet er kernebegreber, Wæhrens 2015, side 224.



## Rehabilitering – en tankegang

Der findes ikke én officiel definition af rehabilitering. Dog er der flere kernebegreber tilknyttet det rehabiliteringsprofessionelle arbejde, som ligger udover selvstændighed og livskvalitet. Begreber som mål, funktionsevne, tværfaglig indsats, brugerinddragelse og helhed er fælles for særligt to præcedensskabende definitioner i Danmark. Henholdsvis WHO som har følgende definition:

”Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse.”, SST 2011a

Og Hvidbogen om rehabilitering fra Marselisborg er nået til enighed om, at rehabilitering er:

”en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende, og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.”, Marselisborgcentret 2004

Trods den lighed, at rehabilitering i begge definitioner kræver en særlig måde at tænke og analysere borgerens livssituation på, som bygger på den biopsykosociale tilgang, er der også afvigelser. WHO-definitionen har et skærpet fokus på omgivelser og samfundets ansvar for at stille de relevante indsatser til rådighed, hvorimod Hvidbogen fokuserer på selve rehabiliteringsforløbet og inddrager borgeren eksplicit som et vigtigt aktiv. På den baggrund er det meningsgivende at tage afsæt i begge definitioner, når rehabiliteringsinteresserede og professionelle ønsker at kvalificere faget, Maribo 2014.

Som nævnt er rehabilitering mere en tilgang end specifikke indsatser, hvilket kan få rehabilitering til at fremstå diffust. Med afsæt i den biopsykosociale tradition er fokus helhedsorienteret og rettet mod individet i en ikke kontrolleret kontekst, som er et vilkår i det levede liv. Det faktum, at vi ikke kan isolere individet fra dets omgivelser, dets forhistorie og fremtidsmuligheder, er nøgleord, når den rehabiliterende tankegang skal beskrives.

Ovenstående giver ikke automatisk grundlag for at undlade at undersøge, hvilken effekt specifikke rehabiliterende interventioner har; men resultaterne bør diskuteres og fortolkes ud fra den tese, at rehabilitering er en kompleks form for intervention med et overordnet helhedssyn og involvering af mange specifikke indsatser og behandlinger. Disse faktorer påvirker hinanden gensidigt og er involveret i en helhed, hvor mange faktorer påvirker og flere kan afgøre effekten, Wade 2002.



## Rehabiliteringsprocessen

Borgeren er den eneste, der er til stede i hele rehabiliteringsforløbet, som passerer igennem sundhedssektoren, kommunal genoptræning, sociale tilbud og indsatser i beskæftigelsessektoren samt familie- og arbejdsliv. Det stiller krav til organisation af tværfagligt samarbejde, fælles mål, borgerinddragelse, fælles sprog samt evaluering af de specifikke indsatser, men også det samlede forløb.

Rehabilitering forløber over tid og kræver, at der til enhver tid i processen skal tages individuel og konkret stilling til den enkeltes situation, behov og de muligheder, der er til rådighed. Processen er afhængig af den kontekst, hvori den forløber. Det er således vigtigt, at der er nødvendige kompetencer og muligheder til stede. I rehabiliteringsprocessen opstilles et samlet mål og specifikke delmål sammen med borgeren. Interventionerne gennemføres og evalueres mhp. at vurdere resultatet heraf og behovet for yderligere tiltag.

I rehabiliteringsterminologien opstilles fire elementer for rehabiliteringsprocessen i den noget forenklede model herunder, disse gentages efter intervention:

1. Undersøgelse, hvor problemer identificeres med forståelse for borgerens egne ønsker og forventninger
2. Målsætning, hvor mål på både kort, mellem og langt sigt defineres
3. Indsats i form af tilbud og støtte og intervention, der skal iværksættes
4. Evaluering med stillingtagen til, om målet er opfyldt, eller indsatser skal justeres Herefter gentages processen.



## Definering af rehabilitering i sin kontekst

I det følgende forsøges på baggrund af eksisterende viden og lovgivning at definere arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering. I begrebet indgår to hovedelementer: hjerneskaderehabilitering og arbejdsrettet rehabilitering.



## Hjerneskaderehabilitering

Hjerneskaderehabilitering omfatter en række indsatser rettet mod den nedsatte funktionsevne, som er en følge af hjerneskadens. Dette omfatter både genoptræning af mistede færdigheder og en række andre indsatser inden for særligt social-, undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsområdet. Målet er at mindske følgerne af hjerneskadens, samt at personen så vidt muligt opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv, STT 2011a.

Rehabiliteringsprocessen tager udgangspunkt i patientens tilstand. Ofte startes med få, basale indsatser for i takt med, at tilstanden bedres, at udvide indsatsen og dermed også antallet af fagpersoner med forskellige kompetencer. Ved mistanke om kognitive problemer indhentes neuropsykologisk vurdering; men mange andre professionelle er involveret. Et eksempel herpå er et case-studie fra et dansk rehabiliteringscenter. I studiet fremhæves, at det er nødvendigt med tværfagligt samarbejde gennem trans-disciplinær deltagelse i rehabiliteringen af personer med komplekse følger efter hjerneskrade for at få et godt resultat, Munch 2015.

## Arbejdsrettet rehabilitering

Traditionelt har arbejdet stor betydning for et menneskes identitet og forsørgelse, The centrality of work, Kostek 2012; Dejour 2010. Derfor er det enkelte menneske gennem hele rehabiliteringsforløbet optaget af, om det er muligt at vende tilbage til arbejde igen. Når borgeren inddrages i planerne for rehabilitering, vil først spørgsmålet om mestringen af de grundlæggende/basale daglige funktioner melde sig og dernæst mestring af arbejdet.

Internationalt har man arbejdet med arbejdsrettet rehabilitering som tværfagligt begreb og fagfelt. I Danmark er dette fagfelt ved at blive konstitueret i mange professionsgrupper. Som forskningsfelt er arbejdsrettet rehabilitering baseret på en kombination af elementer fra traditionel medicinsk rehabiliteringsforskning og forebyggelse af følger efter arbejdsskader. I dansk kontekst anses arbejdsrettet rehabilitering for at være et selvstændigt tværfagligt praksis- og forskningsfelt, hvor målsætningerne er at identificere og vha. evidensbaserede interventioner effektivt at tage fat på den sygemeldtes muligheder for at vende tilbage til arbejdslivet. Dette kan være på det personlige plan i form af fysiske, psykologiske eller sociale faktorer, på arbejdspladsen i form af konkrete forhold og krav og på det samfundsmæssige niveau i form af f.eks. fysiske barrierer, regler og lovgivning. Arbejdsrehabiliterende indsatser vedrører således ikke alene arbejdstageren, men også andre aktører og sektorer, der kan bidrage til at optimere deltagelse på arbejdsmarkedet, Labriola 2014.



Et canadisk review fra 2001 gennemgår den foreliggende litteratur og opstiller en model, 'Functional Model of Cognitive Rehabilitation', hvor den ergonomiske træning begynder i intensivafdelingen og følger patienten gennem de forskellige udviklingsstadier frem til deltagelse i samfundet. En af pointerne er, at mestring af arbejde er mere komplekst og kræver flere færdigheder end mestring af færdigheder i hjemmet. Dvs., at kravene til personen med erhvervet hjerneskade bliver mere og mere komplicerede, jo tættere vedkommende kommer på arbejdsmarkedet, Lee 2001.

### **Arbejdsrettet rehabilitering i beskæftigelseskontekst**

Men helt overordnet mangler et målrettet arbejde med at afgøre definitionen i den specifikke, beskæftigelsesrettede rehabiliteringskontekst. Drøftelsen kan tage afsæt i de sammenfald, der kan udledes ud fra ovennævnte definitioner samt lovbekendtgørelser om rehabiliteringsteam og organisering af beskæftigelsesindsatsen, se afsnit Lovgrundlag senere.

'Et tværfagligt, helhedsorienteret sagsforløb mellem borger, gennemgående koordinerende sagsbehandler, rehabiliteringsteam og øvrige fagpersoner, hvor indsatsen er indstillet ved et dialog- og koordineringsforum sammensat på tværs af myndigheder og forvaltninger. Formålet er, at borgere med risiko for nedsat arbejdsevne så vidt muligt får tilknytning til arbejdsmarkedet. Rehabilitering til arbejdsmarkedet baseres på den enkelte borgers samlede situation og deltagelse, bestående af en tværfaglig koordinering af indsatsen indenfor beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet med fokus på beskæftigelse eller uddannelse.'

Uden en klar definition, der kan refereres til på tværs af professioner og aktører, er der ikke et grundlag for tydelig kommunikation og fælles sprog under borgerens rehabiliteringsproces. En proces, der dermed ikke understøttes tilstrækkeligt og kan medføre, at potentialet for udvikling af arbejdsevnen ikke udnyttes fuldt ud.

En beskæftigelsesrettet indsats må dog ikke alene begrænses til det kommunale beskæftigelsesområde, men bør inddrage arbejdspladsen og andre sektorer, f.eks. sundhedsvæsenet. Dette øger kompleksiteten i gennemførelse af en relevant og tilstrækkelig rehabiliteringsproces og stiller krav til såvel koordinering, samordning som fælles referenceramme, evaluering og dokumentation.

### **Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering**

Med udgangspunkt i ovenstående betragtninger defineres arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering som den rehabilitering, der foregår i en kontekst, hvor målet er at fastholde borgere med erhvervet hjerneskade på





arbejdsmarkedet enten i tidligere arbejde eller i en tilpasset funktion. Eller at afklare, om borgeren er berettiget til pension. Borgeren er i centrum, og rehabiliteringsforløbet passerer gennem flere sektorer og kommunale forvaltninger og inddrager arbejdspladserne. Kommunen har hovedansvaret for koordinering og samordning af forløbet og er pligtig til at inddrage andre relevante fagpersoner.

Passagen gennem flere sektorer og forvaltninger og inddragelse af arbejdsmarkedets parter øger kompleksiteten i gennemførelsen af en relevant og tilstrækkelig rehabiliteringsproces og stiller krav til såvel koordinering, samordning som fælles referenceramme, evaluering og dokumentation.

Rehabiliteringsprocessen kan indeholde træning af specifikke dysfunktioner i forhold til krav på arbejdsmarkedet og tilpasning af krav i arbejdssituationen til den enkeltes ressourcer. Samtidigt er det vigtigt at inddrage den psykosociale sfære og problemløsninger i forhold til ændring i livssituationen. Særlig vigtig er afklaring og træning af de kognitive funktioner og tilpasning af arbejdsopgaver i forhold hertil.

## **ICF som fælles referenceramme**

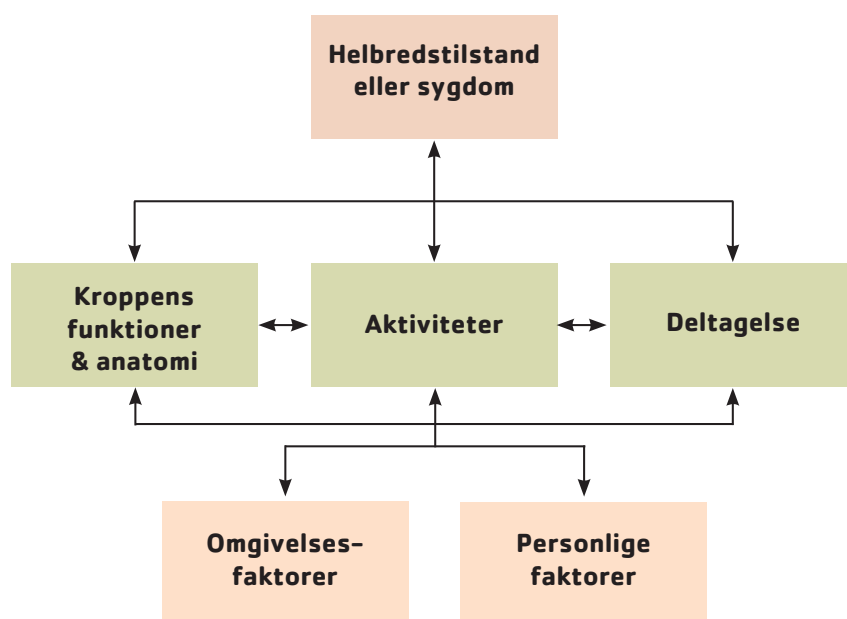
Et tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper og sektorer kræver en fælles referenceramme. I dette afsnit præsenteres International Classification of Functioning (ICF), som et muligt redskab.

International Classification of Diseases (ICD) har været et uvurderligt redskab i lægers udvikling af diagnostik og behandling på sygehusene. Imidlertid angiver sygdomsdiagnosen ikke, hvordan sygdommen påvirker funktionsevnen. Behov for genoptræning, hjælpemidler, boligændringer, tilretning af arbejdsplads, personlig assistance mv. efter initial sygdomsbehandling afhænger ikke alene af diagnose og stadium. ICD kan således kun være ét af flere bidrag til planlægning og gennemførelse af rehabiliteringsforløb. WHO har derfor udarbejdet den biopsykosociale model (BPS) – og på dette fundament ICF klassifikationen, 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF). ICF-modellen og klassifikationen er tænkt som hhv. en referenceramme og et redskab, der kan bruges til at beskrive funktionsevnen i et helhedsperspektiv – i en tværfaglig og tværasektoriel kontekst. ICF er ikke knyttet til specifikke diagnoser, men beskriver funktionsevnen i interaktion med helbredstilstanden, personlige faktorer og omgivelserne, Maribo 2014. WHO har anbefalet anvendelse af ICF-modellen, som ligger til grund for den internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand, Marselisborgcentret 2005, Cieza 2008, Rauch 2008.



Men en fælles referenceramme er kun en del af fællesskabet i rehabiliteringsforløb og er ikke tilstrækkelig. Det er nødvendigt, at de professionelle, bl.a. læger, lærer at arbejde i tværfaglige teams og med et fælles sprog, så de kan udfylde deres rolle i forhold til det tværfaglige samarbejde. Det er nødvendigt, at de professionelle kan etablere og arbejde i forskellige organisatoriske former. Tidligere var samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og beskæftigelsesområdet meget serielt. Men med viden om nytten af tidlige arbejdsmarkedsrettede indsatser kombineret med tidlig udskrivning fra sygehus og fortsat træning i kommunalt regi samt opfølgning via egen læge og kontakt til arbejdsgiver, er det vigtigt at kunne arbejde i parallelle indsatser, der koordineres og samordnes, Maribo 2014, Epløv 2014.

ICF modellen, figur 1.1 omfatter 3 komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, lige som den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold, se nedenfor. Der henvises til litteraturen om ICF for yderligere information.



Figur 1.1  
International Klassifikation af Funktionsevne, WHO 2001



## Lovgrundlag og praksis

I dette afsnit omtales først lovgrundlaget for rehabilitering. Derefter fokuseres på vejledninger og retningslinjer for hjerneskaderehabilitering, og endelig gås i dybden med elementer fra forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade.

### Lovgrundlaget

Arbejdsrettet hjerneskaderehabiliteringsforløb har høj kompleksitet og rummer dermed en mangfoldighed af interventioner forestået af forskellige sektorer og en mangfoldighed af faggrupper med vidt forskellige kompetencer og tilgang til problemløsning. Det bagvedliggende lovgrundlag dækkes af sektorlovgivningerne, hvor potentielt mange lovgivninger kan bringes i spil: Sundhedsloven, Lov om aktiv beskæftigelsesindsats, Aktivloven, Serviceloven, Lov om specialundervisning samt Lov om ungdomsuddannelse for unge med specielle behov, [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk).

For at sikre en sammenhængende indsats indeholder de forskellige lovgivninger adskillige regler om planlægning på flere niveauer, herunder individniveau. Eksempler på disse individuelle planer er: Sundhedslovens genoptræningsplaner, Servicelovens handleplaner, undervisningsplaner jf. Lov om specialundervisning for unge med særlige behov og jobplaner og opfølgingsplaner efter Beskæftigelseslovgivningen, SST 2011b.

Begrebet rehabilitering bliver nævnt første gang i dansk lovgivning på beskæftigelsesområdet med Lov om Førtidspension og Fleksjob 2013. Senere i 2014 kommer ændringer i Sygedagpengeloven. Der er i kølvandet herpå udarbejdet bekendtgørelser og vejledninger. Jeg vil ikke gå ind i en samlet oversigt over alle disse lovgivninger, men henviser til [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk) og [socialjura.dk](http://socialjura.dk). I afsnittet 'Koordinering i beskæftigelsesrettet rehabilitering' nævnes nogle elementer, som især handler om koordinering og samarbejde, og som er vigtige i forhold til tværsektoriel og tværfagligt samarbejde. Udover at regionerne stiller en sundhedskoordinator til rådighed etableres i hver region en Klinisk funktion. Her kan kommunerne indhente en helhedsorienteret og tværfaglig vurdering af funktionsevnen og rådgivning i sager med ressourceforløb, BKG1092.

Rehabilitering er tværfaglig, hvilket udfordrer lovgivningen i forhold til mål og delmål, samtykke og udveksling af helbredsoplysninger og sociale oplysninger. I organisatoriske forhold, hvor der ikke blot skal arbejdes tværfagligt, men også tværsektorielt internt i kommuner eller mellem kommune og region, er både økonomiske, praktiske og tidsmæssige ressourcer en udfordring. Hvis rehabilitering alene er tilrettelagt



på basis af diagnose frem for den enkelte patients samlede behov, er der risiko for, at der skabes social ulighed, Maribo 2014.

Der eksisterer en række generelle regler, som sætter rammer for samarbejdet og præciserer patientens/borgerens centrale position: Sundhedslovens regler om patientrettigheder, Offentlighedslovens regler om notatpligt, Forvaltningslovens regler om sagsbehandling samt diverse bestemmelser i Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, SST 2011b bilag 3; [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk). Det er min oplevelse fra mange rehabiliteringsmøder i forskellige kommuner, at der hersker tvivl om, hvilke personrelaterede oplysninger, der må udveksles imellem kommunens forvaltninger.

Sundhedsaftalerne regulerer overordnet grænsefladerne i samarbejdet mellem hospital og kommune. De beskriver bl.a. arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til genoptræning efter udskrivning fra sygehus, kommunikation mellem kommunen, almen praksis og sygehuset og tilvejebringelse af grundlag for kommunernes vejledning om frit valg af genoptræningssted. Sundhedsaftaler skal udarbejdes mindst én gang i hver valgperiode.

Region Sjælland består af 17 kommuner. Region Sjælland og de 17 kommuners Sundhedsaftale 2015-2018 har som første obligatoriske punkt genoptræning og rehabilitering. Der nævnes en række fokusgrupper, herunder patienter med hjerneskade. Der er udarbejdet vejledninger, se <https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Sundhedsaftalen-2015-2018/Sider/default.aspx>

### **Vejledninger, retningslinjer og servicetjek med særligt fokus på hjerneskaderehabilitering**

Fra 2011 til nu har Sundhedsstyrelsen haft et særligt fokus på koordinering af indsatserne i rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade både internt og eksternt mellem de forskellige faggrupper og sektorer samt sikring af de faglige kompetencer.

- I 2011 kom Sundhedsstyrelsens Medicinske teknologivurdering og Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, hvori det påpegedes, at utilstrækkelig koordinering og samordning af forløb på tværs af primær og sekundærsektoren samt internt i kommunalt regi var en væsentlig barriere for etablering af sammenhængende og helhedsorienterede hjerneskaderehabilitering, SST 2011b; SST 2011a.
- I 2011 har Sundheds- og Ældreministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet udarbejdet en fælles vejledning om kommunal rehabilitering. Heri nævnes et eksempel på ideelt forløb med hjerneskaderehabilitering og tilba-



geveden til gymnasiet og uddannelse hos en ung med erhvervet hjerneskade. Her lægges vægt på det kommunale hjerneskadeteams koordinerende rolle og kommunens opfølgning efter endt rehabilitering for at vurdere eventuelle senskader, som kan vanskeliggøre igangværende uddannelsesforløb og sikre, at tilbud og muligheder følger udvikling i funktionsevnen. I Vejledningen gennemgås de dengang gældende bestemmelser, VEJ9439.

- I 2013 kom evalueringen af kommunalreformen, hvor hjerneskadeområdet atter påkrævede sig en særlig, fremtidig opmærksomhed og anbefaling om, at monitoreringen skulle styrkes. Konkret med følgende anbefalinger: 1) skærpet regional myndighedskompetence, bl.a. beskrivelse af genoptræningsbehov og behov for, at kommunen inddrager neurofaglige kompetencer for patienter med komplekse hjerneskader, 2) visitationsretningslinier, der bl.a. kunne forpligtige kommunen til at gøre brug af særlige kompetencer og fagfolk og 3) øget gennemsigtighed; der skal f.eks. udarbejdes fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats, Glintborg 2015; SST 2014c.
- I 2014 kom Socialstyrelsen med et vidensnotat: Voksne med erhvervet hjerneskade – sociale indsatser, der virker, Møller M L 2014.
- Sundhedsstyrelsen udgav i december 2014 Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje, SST 2014a. Et vigtigt mål er at præcisere gradueret visitation til basal, avanceret og specialiseret niveau for genoptræning samt at stille krav til kompetencer hos personale, der skal matche det niveau, de arbejder på. Det præciseres, at genoptræningsplanen er udskrivende afdelings ansvar med beføjelse til at foretage gradueret visitation i forhold til det kommunale niveau. Den udskrivende afdeling skal beskrive status og behov for genoptræning, som tilsendes kommunen sammen med udskrivningskort og notat fra fysio- og ergoterapeut samt neuropsykolog. Endvidere sker en præcisering af ansvarsfordeling mellem samarbejdspartnerne. Detaljer herom i næste afsnit.
- Samtidig kom National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi – 8 udvalgte indsatser. Formålet er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet, høj kvalitet. Heri vejledes de berørte sektorer, organisationer og faggrupper. Der er fokus på træning i PADL (personlige hverdagsaktiviteter, som er nødvendige for at kunne opretholde liv og velbefindende), IADL (instrumentelle hverdagsaktiviteter, der omfatter mere komplekse, udadvendte aktiviteter såsom husholdning, indkøb, kommunikation, mobilitet og fritidsaktiviteter), Virtual reality-træning (træning i simuleringsmiljø), Funktionel elektrisk stimulation, Styrketræning, Konditionstræning og Balancetræning, SST 2014b.



- I 2016 udkom Rigsrevisionens beretning på hjerneskadeområdet. Den viste en række udfordringer i sammenhængen mellem sygehus og kommune samt i kvaliteten i kommunernes tilbud om genoptræning. De nye regler i bekendtgørelsen er ikke tilstrækkeligt implementeret, hvilket betyder, at kvaliteten af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen efter udskrivning fra sygehus er meget uensartet. Sundheds- og Ældreministeriet har beskrevet rammerne for området, men ikke fulgt op på, om alle patienter med erhvervet hjerneskade med behov for en genoptræningsplan tilbydes genoptræning af god kvalitet og uden unødigt ventetid.
- 2017 Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade. Undersøgelsen er afgrænset til 1) voksne med omfattende og komplekse behov, dvs. fortrinsvis patienter med behov for avanceret genoptræning eller voksne, der udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, 2) indsatser efter sundhedslovens §§84 og 140, herunder genoptræningsplaner og efterfølgende kommunale genoptræningsindsats, 3) der har ikke været inddraget indsatser ifølge andre lovgivninger, men der har været fokus på behov for at koordinere indsatser på forskellige forvaltningsområder i kommunen. Rapporten angiver anbefalinger om kvalitet i indsatserne, herunder opdatering af volumen, kompetencer og udstyr i genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Kommunerne anbefales at iværksætte konkrete initiativer, f.eks. tværkommunalt samarbejde, SST 2017. Anbefalinger vedrørende faglig kvalitetsudvikling, udarbejdelse af nationale redskaber til funktionsevnevurdering, som er baseret på evidens og foretages i fællesskab med relevante fagområder. Anbefalinger om inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet. Anbefaling om tværsektorielt samarbejde, herunder forsøg med udgående funktion fra sygehus med højt specialiseret funktion til kommune med særlig henblik på kompetenceudvikling. Anbefaling om monitorering; her er fokus på opfølgning på sundhedsområdet, sygehuse og sundhedsforvaltning i kommunerne. Dvs., at beskæftigelsesområdet ikke er inddraget i undersøgelserne.
- Region Midt har udarbejdet et detaljeret notat om rehabilitering på specialiseret niveau. Heri anbefales tværkommunalt samarbejde mhp. indsats på specialiseret niveau af tilstrækkelig kvalitet. Anbefaling af monitorering af effekten af tilbud og genoptræningsplaner. Anbefalinger om, at operationalisering af målgruppen afklares, jf. problemer med at placere patienterne i det rette tilbud. Anbefalinger, der gør opmærksom på, at neuropsykolog og neuropædagog ikke er beskyttede titler, og at man skal sikre sig, at der følger neurofaglige kompetencer med titlen, Region Midt 2017.



- SST 2014c, Notat om øget faglighed i genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus er et fagligt oplæg, der danner baggrund for den senere Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, BEK nr. 918 af 22/06/2018 og Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9538 af 02/07/2018.
- Personer med erhvervet hjerneskade kan have problemer med syn og orienteringssans. I 2017 har Sundhedsstyrelsen opdateret Vejledning om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer, STP 2017.

### **Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade**

Sundhedsstyrelsen har i 2011 udarbejdet et nationalt forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2011a. Daværende adm. direktør for Sundhedsstyrelsen skrev i forordet: 'Det er hensigten, at regioner og kommuner i samarbejde anvender, konkretiserer og tilpasser forløbsprogrammet i deres lokale tilrettelæggelse af hjerneskaderehabilitering.'

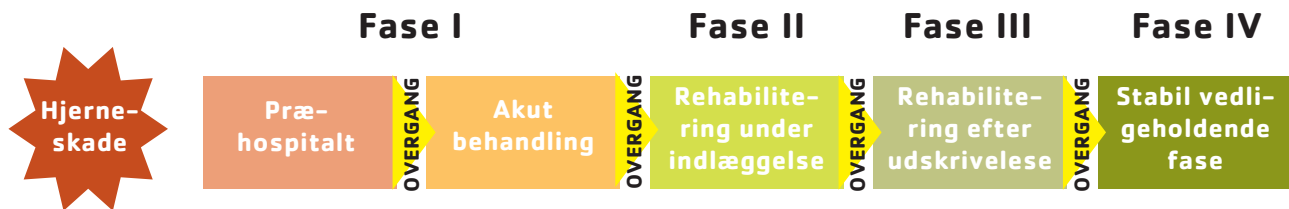
Med udgangspunkt i forløbsprogram omtales udvalgte temaer og redskaber, som synes særligt væsentlige mhp. at fremme et sammenhængende, helhedsorienteret og tværfagligt rehabiliteringsforløb.

### **Faseopdeling**

Rehabiliteringsprocessen er faseopdelt, se figur 1.2. Sygehusvæsenet, almen praksis og kommunerne har opgaver i alle faser. Dog har sygehuse flest opgaver i Fase I og II, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i Fase III og IV. Forløbsprogrammet slutter ved overgangen fra Fase III til IV.

Fokus i alle faser er inddragelse af borgeren mhp. at sætte mål for behandling og træning samt samarbejde med og inddragelse af de pårørende. Endvidere betones, at det er vigtigt at starte den indledende rehabilitering så tidligt som muligt.





Figur 1.2.

Kilde: Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2011a

**Fase I** er den akutte fase. Her foretages udredning, behandling, vurdering af rehabiliteringsbehov, indledende rehabilitering samt indsatser rettet mod sociale forhold og afslutning af den akutte behandling. Personer med en diagnose, som er omfattet af forløbsprogrammet, bør i Fase I tilses af et tværfagligt team, som består af neurolog, fysio- og ergoterapeut samt neuropsykolog. På baggrund af vurderingen og eventuel yderligere udredning afklares behovet for rehabilitering. For personer indlagt på neurologisk afdeling er dette efterhånden en rutine. Mange bliver imidlertid behandlet på skadestuer eller vil være indlagt på afdelinger, hvor der ikke er neurofaglige kompetencer tilstede, f.eks. på hjerte- eller kirurgiske afdelinger.

I Region Sjælland henvises alle akutte apopleksier til thrombolyseseafsnittet i Roskilde og EVT (udtrækning af blodprop) til Rigshospitalet.

**I Fase II** foretages udredning af funktionsevnen, behandling af komplikationer og co-morbiditet (anden sygdom end erhvervet hjerneskade), indsatser rettet mod bevægelsesfunktioner, mentale funktioner, sanser og en lang række andre kropsfunktioner. Aktiviteter rettet mod aktivitet og deltagelse.

Genoptræningsindsatserne varetages på sygehus, hvis genoptræningen af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes på sygehus. Vedrørende detaljer henvises til SST2014 kapitel 3-8. Ved udskrivning fra sygehusafdeling skal genoptræningsbehovet vurderes og dokumenteres. Herunder skal visiteres til relevant kommunalt genoptræningsniveau.

I Region Sjælland foregår hjerneskaderehabilitering på neurologisk afdeling i Holbæk, Slagelse og Nykøbing F, hvis der er behov for indlæggelse. CNN Næstved eller Kurhus Dianalund forestår den specialiserede rehabilitering efter visitation i det Centrale regionale udvalg, se figur 1.3.

Højt specialiseret genoptræning/rehabilitering foregår på landsdelsafdelingerne for neurorehabilitering i Hvidovre eller Hammel, se figur 1.3.





**Fase III** er rehabilitering efter udskrivning. Her sker en fortsat afklaring af funktionsevnen og udredning af anden sygdom og følgetilstande. Ved genoptræning af aktivitet og deltagelse fokuseres først på de almindelige, dagligdags aktiviteter og de nære relationer og fritidsliv. Senere rettes fokus mod deltagelse på arbejdsmarkedet og den dertil hørende afklaring af erhvervsevnen/arbejdsevnen og særligt tilrettelagt rehabiliteringsforløb rettet mod beskæftigelse.

Ved overgangen mellem Fase III og Fase IV skal der i kommunalt regi være taget stilling til fremtidig arbejdsevne, fremtidigt forsørgelsesgrundlag, fremtidig boform, behov for personlig støtte og varige hjælpemidler, fremtidig transportform og behov for vedligeholdende træning, SST 2011a p 57-62.

**Fase IV** rummer de vedligeholdende indsatser.

### **Ansvar**

Regionen har det fulde myndighedsansvar, så længe personen er indlagt. Efter udskrivning har kommunen det fulde myndighedsansvar bortset fra sundhedsområdet, hvor myndighedsansvaret er delt mellem region og kommune. Det lægelige behandlingsansvar er delt mellem sygehus og almen praksis.

Vedrørende detaljer om fordeling af opgaver, se i forløbsprogrammet (SST 2011a, p37-40).

### **Sundhedsfaglig koordinering**

Personer med hjerneskade har ofte behov for lægelig behandling samtidigt med rehabiliteringen. Der er derfor behov for at koordinere de sundhedsfaglige indsatser, idet kontaktlæge og behandlingsansvarlig læge på sygehus samt egen læge kan være involverede.

### **Generelle, understøttende samarbejdsstrukturer**

Der er en række vigtige strukturer for koordinering af den rehabiliterende indsats ved skift fra sygehussektor til kommunalt regi.

- Udskrivningssamtaler på sygehusafdeling med patient, pårørende samt kommunal samarbejdspartner. Heri skal fremgå, om der er særlige forhold, der skal tages hensyn til.
- Statusrapport (fysio- og ergoterapeut, talepædagog, neuropsykolog, læge, medicinbehov). Under indlæggelsen har ergo- og fysioterapeut samt talepædagog vurderet status på funktionsevne og behov for videre genoptræning. Neuropsykologen har screenet for væsentlige kognitive deficit.



- Genoptræningsplan med neuropsykologisk vurdering. GOP skabes oftest af ergo- og fysioterapeut. Enkelte gange af neuropsykolog, hvis der ikke er motoriske udfald.
- Udskrivningsbrev til almen praksis
- Sygeplejerskefaglig rapportering
- Elektronisk kommunikation, herunder telemedicin (videokonferencer mv.).

### **Kommunal koordinering – Hjerneskadekoordinatorfunktion**

For at imødekomme behovet for koordinering anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der etableres en hjerneskadekoordinatorfunktion i kommunen. Hjerneskadekoordinatorfunktionens opgaver er både i forhold til den enkelte person og i forhold til intern/ekstern koordinering; endvidere anbefales at indbefatte medarbejdere fra relevante forvaltninger med neurofaglig viden, ligesom der bør sikres fornødne kompetencer i forhold til interdisciplinært samarbejde omkring personer med hjerneskade. Hjerneskadekoordinatorfunktionen kan udpege en tovholder/kontaktperson i forhold til den enkelte hjerneskadede, SST 2011a p 48.

### **Rehabiliteringspotentiale og rehabiliteringsbehov**

Rehabiliteringspotentiale er en samlet vurdering af den enkelte persons muligheder for at bedre sin funktionsevne. Herunder inddrages en vurdering af funktionsevne før hjerneskaden og forventet prognose for aktuel funktionsnedsættelse. Rehabiliteringsbehovet er den enkelte persons behov for de professionelle indsatser, der er nødvendige for, at personen kan udnytte sit fulde rehabiliteringspotentiale. Dette skal lægges til grund for genoptræningsplaner og senere opfølgning herpå.

Ved udskrivning fra sygehus, dvs. overgangen mellem Fase II og III, foretages en vurdering/opsummering af rehabiliteringspotentiale og rehabiliteringsbehov, og i relation hertil en visitation til det genoptræningsniveau, der er behov for. Denne vurdering beror på en konkret, individuel vurdering af patientens aktuelle funktionsevne.

I 2010 estimeres med en vis usikkerhed, at 13.000 personer med erhvervet hjerneskade har behov for hjerneskaderehabilitering i Fase II og 18.000 i Fase III. 4 år senere findes, at en langt overvejende del af borgere med erhvervet hjerneskade synes at have behov for træning på avanceret niveau. Voksne med erhvervet hjerneskade, der har behov for rehabilitering, fordeler sig således: basalt niveau 20 % - 30 %, avanceret niveau 60 % -70 % og specialiseret niveau 10 %. Der henvises til Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje vedrørende krav til behandlere i, SST 2014b.



## Hjerneskaderehabilitering i kommunerne i Fase III

Genoptræning og rehabilitering skal iværksættes i umiddelbar forlængelse af udskrivningen for at undgå, at væsentligt potentiale går tabt i forhold til at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne. Når kommunen modtager en GOP til alment niveau, foretages ved modtagelsen en vurdering af, om borgeren skal henvises til genoptræning på basalt niveau eller genoptræning på avanceret niveau. Ved modtagelse af GOP på specialiseret niveau foretager kommunen ikke yderligere vurdering, men iværksætter de foreslåede indsatser. Indsatsen ændrer sig gennem forløbet. I starten vil den især være rettet mod træning af kroppens funktioner og basale, daglige aktiviteter. Efterhånden rettes fokus mod mere komplekse aktiviteter og færdigheder, herunder deltagelse, mestring af dagligdagen og tilbagevenden til uddannelse eller arbejde.

## Niveauopdeling af hjerneskaderehabilitering på kommunalt niveau

Kommunal genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade kan opdeles i følgende niveauer: basalt niveau, avanceret niveau og specialiseret niveau, SST2011a.

Patienter, der henvises til genoptræning på **basalt niveau**, har typisk enkle og afgrænsede funktionsnedsættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen. Der vil typisk være behov for rehabilitering på tværs af sundheds-, beskæftigelses- og måske socialområdet. Disse patienter har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde. De trænes typisk i bevægelse og daglige færdigheder. Eventuelt suppleret med andre indsatser, f.eks. beskæftigelsesrettede indsatser. Samarbejdspartnere er patienten, pårørende, læge, hjemmesygepleje, sygehus, terapeuter og beskæftigelsesområdet, SST2014c.

Patienter, der henvises til genoptræning på **avanceret niveau**, har typisk omfattende funktionsnedsættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder eventuelle komplikationer i behandlingsforløb på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen. Patienten har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde. Nogle patienter vil have behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser på avanceret eller specialiseret niveau med henblik på at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne. Patienterne har typisk nedsættelse af en eller flere mentale funktioner, nedsættelse i relation til sprog og kommunikation, udtræningsproblematikker, tonusforstyrrelser, dysfagi samt komplicerede problemstillinger i relation til familie, arbejdsmarked eller



boligsituation. Udover træning i bevægelse og dagligdags aktiviteter har patienterne ofte behov for specialtræning, f.eks. sprog og kommunikation. Patienter i den erhvervsaktive alder har udover ovenstående træning behov for specielt tilrettelagt forløb mhp. fastholdelse i arbejde eller uddannelse. På avanceret niveau vil der typisk være behov for rehabiliteringsindsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt tværsektorielt, SST 2014c.

Der findes en række kommunale og private aktører på området. Men det har ikke været muligt at gruppere institutionerne efter indsatser på basalt eller avanceret niveau med baggrund i foreliggende oplysninger. Her kan nævnes de kommunale Centre for SpecialUndervisning (CSU), Videnscenter for specialpædagogik Næstved (VISP), NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering Holbæk (NFA), Center for rehabilitering og hjerneskade (BOMI) Roskilde, se også figur 1.3.

Patienter, der henvises til genoptræning på **specialiseret niveau**, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsnedsættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen. Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med krav om tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulanssygehusbehandling.

Specialiseret genoptræning på kommunalt niveau kan foregå på mange måder – f.eks. på Kildebo eller en døgntræningsinstitution med tilkøb af eksterne specialister (f.eks. neuropsykolog). Nogle kommuner anvender også Kurhus i Dianalund.

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) kan bistå kommunerne med vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager på social- og undervisningsområdet.

Herudover findes en række andre aktører og private firmaer, som det ikke har været muligt at niveaupdele.

Koordinering af sygehusets og kommunens genoptræningsindsats kan ske hensigtsmæssigt via den kommunale hjerneskadekoordinatorfunktion.



## Koordinering i beskæftigelsesrettet rehabilitering

Jobcentrene har siden 2013 nedsat tværfaglige rehabiliteringsteams. De består af en kommunal repræsentant fra socialafdelingen, fra sundhedsafdelingen og fra jobcentret samt en sundhedskoordinator fra Regionens kliniske Funktion. En ungdoms- og uddannelsesvejleder deltager ad hoc. De tværfaglige teams har til formål at komme med anbefalinger i beskæftigelsesrettede rehabiliteringsforløb kaldet ressource- og jobafklaringsforløb. Teamet skal derudover vurdere potentialet for en borgers samlede arbejdsevne. De kan derfor indstille til et fleksjob, hvor arbejdsevnen er væsentligt nedsat, eller en førtidspension, hvor rehabilitering ikke på nogen vis vil øge evnen til at arbejde, og muligheden for at blive selvforsørgende er udelukket. Reformen indfører, som et rehabiliteringsfagligt element, en gennemgående, koordinerende sagsbehandler til at skærpe målsætning, støtte målopnåelse og koordinere de forskellige indsatser i borgernes rehabiliteringsforløb, som iværksættes på baggrund af rehabiliteringsteamets anbefalinger. Derudover udmøntes rehabiliteringsforløbet via rehabiliteringsplaner kaldet rehabiliteringsplanens forberedende del, indstilling og rehabiliteringsplanens indsatsdel, LBK 1342.

Formålet med rehabiliteringsteamet og de koordinerende sagsbehandlere er at bedre samarbejdet omkring borgeren på tværs af fag og sektorer og bedre borgerinddragelsen. Begge initiativer med henblik på arbejdsmarkedsfastholdelse af borgere med nedsat arbejdsevne for at øge antallet af selvforsørgende i den arbejdsdygtige alder, LBK1342.

## Andre rehabiliteringsindsatser

Personer med erhvervet hjerneskade har ofte andre problemer end de direkte følger af hjerneskaden, f.eks. andre lidelser, misbrug, psykiatiske eller sociale problemer.

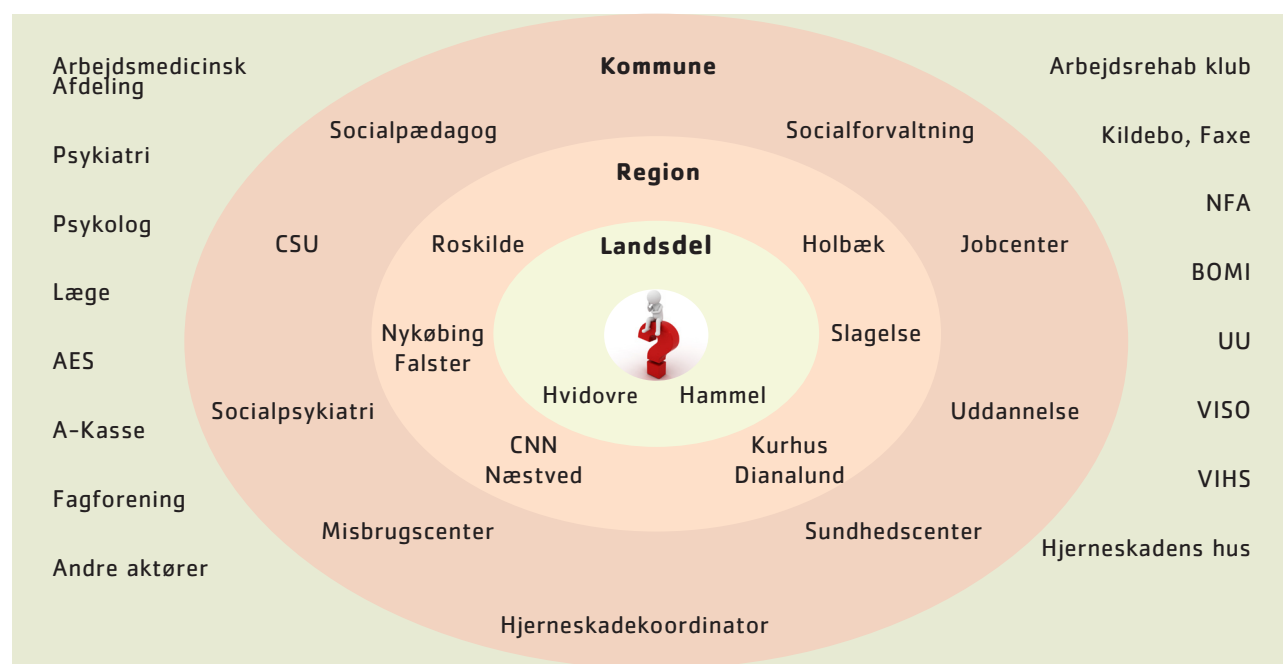
Udover de ovenfor beskrevne behov for genoptræning har mange voksne med erhvervet hjerneskade behov for andre rehabiliteringsindsatser på tværs af områder i kommunen og med inddragelse af andre aktører mhp. opnåelse af den bedst mulige funktionsevne, selvstændighed og et meningsfuldt liv. Flere af patienterne kræver ofte en højt specialiseret indsats på det sociale område, som kræver en faglig specialviden, herunder tværfaglig viden og samarbejde med specialiserede vidensmiljøer.

## Institutioner og professionelle

Figur 1.3 giver eksempler på mangfoldigheden af institutioner, der er involveret i tværfaglig, helhedsorienteret hjerneskaderehabilitering i region Sjælland såvel regionalt som kommunalt. På hver institution



indgår som oftest en lang række professionelle med forskellige fagligheder. Derudover kan der være involveret eksterne fagpersoner og/eller hjerneskadetilbud, som varetager specifikke opgaver. Det bliver rigtigt mange professionelle, som patienten/borgeren og dennes pårørende skal forholde sig til. Ligesom institutioner og professionelle har mange samarbejdspartnere. Dette stiller store krav til koordinering og organisering af indsatsen.



Figur 1.3 Overblik over institutioner med neurorehabiliterende kompetencer, opdelt på sektor og institution.

Inderste felt Landsdelsfunktion: Hammel og Hvidovre hospital. Næstinderste felt Regionsfunktion: CNN, Næstved har regionsfunktion for neurorehabilitering, Kurhus, Dianalund er på niveau med regionsfunktion og kan benyttes af region og kommuner til specialiseret neurorehabilitering. Kommunalt niveau: i yderste felt er angivet eksempler på funktioner internt i kommunen og i den yderste firkant mulige tilbud og samarbejdspartnere uden for kommunen. Se de enkelte tekstafsnit. Se også i ordforklaringslisten bagerst.

I rehabiliteringsforløbet vil der - afhængigt af personens funktionsevne og behov - være behov for forskellige faggruppers indsats. Ligeledes er der behov for, at disse faggrupper har tilstrækkelige neurofaglige kompetencer i forhold til de konkrete opgavers indhold og kompleksitet. Generelt er der for alle involverede faggrupper behov for neurofaglige kompetencer, der ligger ud over grunduddannelsesniveau. Dette forudsætter opkvalificering i form af efter- og videreuddannelse. Det er væsentligt, at de udover deres faglige kompetencer har relevante kompetencer i interdisciplinært samarbejde.



## **Sammenfatning: Kapitel 1 Hjerneskaderehabilitering, udvikling, lovgivning og praksis**

Gruppen af personer, der er omfattet af denne undersøgelse, er defineret i Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Dvs. apopleksi, TCI, hjernetraumer, infektioner, skader pga. iltmangel, følger efter hjernetumorer og blødninger. På landsplan opstår ca. 25.000 nye tilfælde pr. år. Mange lever med varige mén, der har betydning for deres aktiviteter i eget hjem og deltagelse på arbejdsmarkedet. Det anslås, at knapt 100.000 personer lever med følger af erhvervet hjerneskade. En betydende del er i den erhvervsaktive alder.

Siden 1970'erne har den videnskabelige udvikling inden for hjerneska- deområdet i højere grad end tidligere medført forståelse for hjernens funktion og regeneration. Tidlig kognitiv udredning samt inddragelse af den biopsykosociale model som udgangspunkt for afklaring og rehabilitering er essentiel. Dette har i stigende grad ført til anbefalinger af tværsektorielle og -faglige samarbejder mellem fagspecialister i større enheder, som blev etableret i offentligt og privat regi.

Men den historiske politiske udvikling, der munder ud i strukturrefor- men i 2007, har afgørende betydning for rammerne for den aktuelle praksis på området. Den har medført, at rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade er fordelt ud på mange flere mindre enheder i kommunerne. Enhederne har oftest begrænset udvalg af kompetencer og muligheder. Samtidig bliver snitfladen til sygehusbaseret genoptræ- ning ændret. Nedlæggelse af ambulans genoptræning og kortere liggetid medfører, at langt de fleste genoptrænes/rehabiliteres i kommunalt regi. Bortset fra en mindre gruppe med behov for rehabilitering på højt specialiseret niveau, som varetages på de 2 landsdelsafdelinger og på enkelte regionale centre i regionsregi. Den aktuelle praksis for rehabi- literingsforløb i Danmark er, at der udarbejdes en genoptræningsplan (GOP) inden udskrivning fra sygehus. Herefter overtager kommunernes sundhedsafdelinger den videre genoptræning med udgangspunkt i gen- optræningsplanen. Men en del lettere tilfælde udskrives uden GOP.

Forståelsen for arbejdets betydning er essentiel, idet arbejdet tradi- tionelt set har stor betydning for et menneskes identitet og forsør- gelse, The centrality of work, Kostek 2012; Dejour 2010. Derfor er det enkelte menneske gennem hele rehabiliteringsforløbet optaget af, om det er muligt at vende tilbage til arbejde igen. Når borgeren inddra- ges i planerne for rehabilitering, vil først spørgsmålet om mestringen af de grundlæggende/basale daglige funktioner melde sig og dernæst mestringen af arbejdet.



Den arbejdsrettede rehabilitering foregår i beskæftigelsesafdelingen. Kommunerne er ansvarlige for at afklare den sygemeldtes arbejdsevne, koordinering af rehabiliteringstiltag mhp. deltagelse på arbejdsmarkedet samt tilkendelse af kompenserende ydelser og hjælpemidler. Kommunernes opgaver består også i at koordinere kommunikationen til sygehus, læger og arbejdsplads. Socialafdelingen indgår i hele forløbet ved behov.

I forbindelse med den nye lov om fleksjob og førtidspension i 2013 blev rehabilitering som begreb for første gang indført i den danske lovgivning. Som følge af denne lov er der nu i alle kommuner indført tværfaglige rehabiliteringsteams. Der er udnævnt koordinerende sagsbehandlere i kommunalt regi, som skal varetage den koordinerende funktion i borgerens rehabiliteringsforløb i relation til den bredere kommunale sammenhæng, arbejdsplads og fagforening samt den regionale, sundhedsmæssige indsats. En regionalt ansat social- eller arbejdsmediciner er tilknyttet rehabiliteringsteamet som regional sundhedskoordinator og fungerer som tovholder i forhold til den sygemeldte, den regionale sundhedsfaglige indsats og den bredere kommunale indsats samt arbejdsplads og fagforening. Myndighedsrollen ligger i kommunen, mens sundhedskoordinatoren er rådgivende.

Ideelt set skulle dette være et tilstrækkeligt godt udgangspunkt for en vellykket rehabilitering. Men evaluering af kommunalreformen 2013 peger på væsentlige stopklodser for tilstrækkelig og relevant rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Som konsekvens heraf munder evalueringen ud i en række meget væsentlige anbefalinger til kommunerne, nemlig større rehabiliteringsenheder for at opnå fagligt volumen og øgning af kompetencer, samt inddragelse af neurofaglige personer og andre kompetencer, Glintborg 2015; SST2014c. Servicetjekket i 2017 gentager anbefalingerne, og samtidig anbefales inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet, SST2017. I 2016 peger Rigsrevisionen på, at de nye regler i bekendtgørelsen ikke er tilstrækkeligt implementeret, hvilket betyder, at kvaliteten af genoptræning- og rehabiliteringsindsatsen efter udskrivning fra sygehus er meget uensartet.

De gentagne evalueringer på området i de senere år har efter min vurdering især haft fokus på det sundhedsmæssige område og samarbejdet mellem det regionale og kommunale sundhedsområde. Det betyder, at de ikke har inddraget rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade i den beskæftigelsesrettede kontekst.

Min vurdering er ligeledes, at overordnet set har forløbsprogrammet, MTV'en og visitationsretningslinjerne, SST2011a, SST 2011b, SST 2014a, SST2014b, især haft fokus på den sundhedsfaglige sektor både i regionerne og kommunerne, mens indsatsen på beskæftigelsesområdet





kun er rent overordnet beskrevet. De her refererede vejledninger og evalueringer hjælper os ikke ret meget, når vi vil vide noget om rehabiliteringspotentiale, rehabiliteringsbehov, tilstedeværelse af nødvendige kompetencer og kvalitet inden for hjerneskaderehabilitering i den beskæftigelsesmæssige kontekst.

Dette fokus på det sundhedsmæssige område kan bero på, at der inden for det sundhedsfaglige område i højere grad er en specialisering af institutioner, kompetencer og indsatser i forhold til lægefaglige specialer, her neurologi. Mens der på det sociale og beskæftigelsesrettede område er en opdeling i forhold til lovgivningen. Denne vurdering understøttes af Inge Kristensen, som i 2014 i sin kronik skriver: 'I den sociale lovgivning er der indskrevet en række relativt specifikke hensyn, og økonomien er indskrevet som en konkret og væsentlig vurderingsfaktor. I sundhedslovgivningen er det grundfæstet, at der er fri og lige adgang, og at der skal ske en stadig udvikling af kvaliteten bl.a. gennem forskning. Der er behov for, at lovgivningerne bliver sammenhængende og fælles i deres udgangspunkter. I dag bliver den enkelte patient fanget mellem de forskellige lovgivninger', Kristensen 2014. Det er nærliggende at drage en parallel til Inge Kristensens betragtninger om sundhedsområdet og det sociale område. Nemlig, at sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet er adskilt af en række forskelligheder i udgangspunkt, tilgang og kompetencer, som har afgørende betydning for rammerne for praksis.

I de senere år er der kommet resultater af udenlandske studier om hjerneskaderehabilitering i beskæftigelsesrettet kontekst. Konteksten for hjerneskaderehabilitering i beskæftigelsesrettet kontekst i Danmark er noget anderledes end i disse studier; men alligevel kan de tjene til inspiration. Studierne viser, at der er gode muligheder for tilbagevenden til arbejdet efter en erhvervet hjerneskade. Men at der er nogle væsentlige forhold, som må tages i betragtning. Skadens alvorlighed er af afgørende betydning sammen med flere andre faktorer for, at personen kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Mellem 75 % og 80 % af personer med let hjerneskade vender tilbage, mens for personer med sværere hjerneskade er det 40 % til 60 %, Tate 2015. Et svensk registerstudie med 6 års opfølgingsperiode, hvor deltagerne er under 63 år og har deres første apopleksi i perioden 2009-10, finder, at 74 % af deltagerne var tilbage på arbejdsmarkedet i løbet af opfølgingsperioden. Deltagerne vender tilbage til arbejdet inden for de første 3 år, Westerlind 2017.

Et canadisk review fra 2001 med fokus på rehabilitering efter hjerneskade opstiller en model Functional Model of Cognitive Rehabilitation, hvor den ergonomiske træning begynder i intensivafdelingen og følger patienten gennem de forskellige udviklingsstadier frem til deltagelse i samfundet. En af pointerne er, at mestring af arbejde er mere kompleks



og kræver flere færdigheder end mestring af færdigheder i hjemmet. Dvs., at de kognitive krav til personen med erhvervet hjerneskade bliver mere og mere kompliceret, jo tættere vedkommende kommer på arbejdsmarkedet, Lee 2001.

Arbejdspladsens teknologi spiller en vigtig rolle for personer med erhvervet hjerneskade. Et nyere studie fra 2013 viser, at personer med erhvervet hjerneskade har problemer med at mestre de udfordringer, som hverdagens teknologi på arbejdspladsen medfører. Forfatterne anbefaler, at professionelle nødvendigvis må inddrage teknologiens rolle, når de planlægger arbejdsrettede aktiviteter, Kassberg 2013.

Fundene i følgende studie er også vigtige set i relation til selv lettere kognitiv dysfunktion. Studiet viser, at blandt 104 patienter med lettere hjernetraume spiller længerevarende, kognitive dysfunktioner en væsentlig rolle for manglende tilbagevenden til arbejdet, Zakzani KK 2017. Studiet er interessant, fordi det understreger vigtigheden af at få undersøgt personer med selv lettere hjerneskader, så man kan tilrettelægge et relevant rehabiliteringsforløb.

Tate opstiller 3 forskellige modeller for tilbagevenden til arbejde. Første model omfatter forberedelser mhp. tilbagevenden til arbejde. Anden model 'case coordination model', hvor der så tidligt som muligt foregår aktiviteter mhp. arbejdsrelateret rehabilitering samtidigt med medicinsk rehabilitering. Der udnævnes en rådgiver mhp. at støtte et individuelt tilpasset forløb, der omfatter arbejdspraktikker og evaluering af disse samt forløbet efter opstart i egentligt arbejde. Tredje model har især fokus på individuelt planlagt job med støtte. Dvs., der især er fokus på processerne efter en arbejdspladsplacering. Tate slutter af med en gennemgang af den praktiske procedure for støtte til tilbagevenden til arbejde. Primært anbefales, at patienten vender tilbage til tidligere arbejde, hvor forholdene er kendte. Det kræver tidlig kontakt med arbejdsgiver og udveksling af information om mulighed for tilbagevenden i begrænset tid og med begrænsede opgaver mhp. optrapning i takt med øget formåen. Hvis dette ikke er muligt, overvejes omplacering eller orientering mod nyt job, Tate 2015. Det må bemærkes, at disse studier er foregået på rehabiliteringsinstitutioner, som har varetaget det samlede rehabiliteringsforløb.

Internationalt har man arbejdet med arbejdsrettet rehabilitering som tværfagligt begreb og fagfelt. I Danmark er dette fagfelt ved at blive konstitueret i mange professionsgrupper. Som forskningsfelt er arbejdsrettet rehabilitering baseret på en kombination af elementer fra traditionel medicinsk rehabiliteringsforskning og forebyggelse af følger efter arbejdsskader. I dansk kontekst anses arbejdsrettet rehabilitering for at være et selvstændigt, tværfagligt praksis- og forskningsfelt, hvor målsætningerne er at identificere - og vha. evidensbaserede interventioner



effektivt at tage fat på den sygemeldtes muligheder for at vende tilbage til arbejdslivet. Dette kan være på det personlige plan i form af fysiske, psykologiske eller sociale faktorer, på arbejdspladsen i form af konkrete forhold og krav og på det samfundsmæssige niveau i form af f.eks. fysiske barrierer, regler og lovgivning. Arbejdsrehabiliterende indsatser vedrører således ikke alene arbejdstageren, men også andre aktører og sektorer, der kan bidrage til at optimere deltagelse på arbejdsmarkedet, Labriola 2014.

Men helt overordnet mangler et målrettet arbejde med at afgøre definitionen i den specifikke, beskæftigelsesrettede rehabiliteringskontekst. Drøftelsen kan tage afsæt i de sammenfald, der kan udledes ud fra ovennævnte definitioner og lovebekendtgørelser om rehabiliteringsteam og organiseringer af beskæftigelsesindsatsen. 'Et tværfagligt, helhedsorienteret sagsforløb mellem borger, gennemgående koordinerende sagsbehandler, rehabiliteringsteam og øvrige fagpersoner, hvor indsatser er indstillet ved et dialog- og koordineringsforum sammensat på tværs af myndigheder og forvaltninger. Formålet er, at borgere med risiko for nedsat arbejdsevne så vidt muligt får tilknytning til arbejdsmarkedet. Rehabilitering til arbejdsmarkedet baseres på den enkelte borgers samlede situation og deltagelse. Den består af en tværfaglig koordinering af indsatser indenfor beskæftigelse, social og sundhed med fokus på beskæftigelse eller uddannelse. Men også en rettidig afklaring til pension, hvis deltagelse ikke er mulig.'

Uden en klar definition, der kan refereres til på tværs af professioner og aktører, er der ikke et grundlag for tydelig kommunikation og fælles sprog under borgerens rehabiliteringsproces. En proces, der dermed ikke understøttes tilstrækkeligt, og kan medføre, at potentialet for udvikling af arbejdsevnen ikke udnyttes fuldt ud.

En beskæftigelsesrettet indsats må dog ikke alene begrænses til det kommunale beskæftigelsesområde, men bør inddrage borgeren, arbejdspladsen og andre sektorer, f.eks. sundhedsvæsenet, social- og undervisningssektoren. Dette øger kompleksiteten i gennemførelse af en relevant og tilstrækkelig rehabiliteringsproces og stiller krav til såvel koordinering og samordning som til fælles referenceramme, evaluering og dokumentation.



Med udgangspunkt i ovenstående betragtninger defineres arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering, som:

*Den rehabilitering, der foregår i en kontekst, hvor målet er at fastholde borgere med erhvervet hjerneskade på arbejdsmarkedet enten i tidligere arbejde eller i en tilpasset funktion. Eller at afklare, om borgeren er berettiget til pension. Borgeren er i centrum, og rehabiliteringsforløbet passerer gennem flere sektorer og kommunale forvaltninger og inddrager arbejdspladserne. Kommunen har hovedansvaret for koordinering og samordning af forløbet og er pligtig til at inddrage andre, relevante fagpersoner.*

*Passagen gennem flere sektorer og forvaltninger og inddragelse af arbejdsmarkedets parter øger kompleksiteten i gennemførelsen af en relevant og tilstrækkelig rehabiliteringsproces og stiller krav til såvel koordinering, samordning, som fælles referenceramme, evaluering og dokumentation.*

*Rehabiliteringsprocessen kan indeholde træning af specifikke dysfunktioner i forhold til krav på arbejdsmarkedet og tilpasning af krav i arbejdssituationen til den enkeltes ressourcer. Samtidigt er det vigtigt at inddrage den psykosociale sfære og problemløsninger i forhold til ændring i livssituationen. Særlig vigtig er afklaring og træning af de kognitive funktioner og tilpasning af arbejdsopgaver i forhold hertil.*





# 2

## Kapitel 2

Hjerneskaderehabilitering i den kommunale kontekst - Fokusinterview af fagpersoner i case-kommune

## Indledning

Der ønskes et kendskab til de kommunale sagsbehandlere og terapeuters erfaringer og forståelse af, hvordan de arbejder med arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i den enkeltes kontekst samt hvordan de indgår i det tværfaglige samarbejde. I fokus er at få kendskab til fagpersonernes tanker om organisation, kommunikation, visitation, interne og eksterne samarbejdspartnere, dokumentation og aktuelle rehabiliteringsmuligheder samt deres tanker om behov for yderligere indsatser. Derudover undersøges hjerneskadekoordinatorers erfaringer og forståelse af ovenstående temaer i et selvstændigt afsnit.

## Metode

Der tages udgangspunkt i én case-kommune. Interviewer har udvalgt 8 centrale fagpersoner til fokusinterview fra følgende fagafdelinger i kommunen, se figur 2.1, døgninstitutionen *Sejrsbo* samt *Træning, Voksenafdelingen-Myndighed* samt *Helbredssporet*. Udvælgelsen er sket strategisk ved, at interviewer har kontaktet pågældende, som ud fra interviewers kendskab har været rutineret inden for sit felt. Interviewer er projektleder.

Fokusinterviewet er baseret på en semistruktureret interviewguide. Hovedtemaerne i interviewene er: organisation, digital og faglig kommunikation, visitation, samarbejdspartnere, dokumentation, rehabiliteringsmuligheder, arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering samt fremtidstanker om mulige ændringer og forbedringer. Interviewet har varet en time. Efterfølgende har interviewer skrevet et referat, som er fremsendt til den interviewede, som har kommenteret referatet. Disse kommentarer er medtaget sammen med svar på uddybende spørgsmål fra interviewer. Efterfølgende er svarene beskrevet og analyseret inden for de enkelte temaer på tværs af interviewene. Dvs., der er anvendt en analysestrategi med meningskondensering som fører til temaer, der kobles på tværs af de enkelte interviews.

Resumeerne og delkonklusionerne fra de enkelte temaer vil blive samlet i slutningen af kapitlet og senere indgå i en samlende og afsluttende diskussion og konklusion på tværs af temaer i kapitel 7 med det formål at kunne danne basis for at udvikle anbefalinger, der tager sigte på at forbedre den arbejdsrettede hjerneskaderehabilitering.

I dette afsnit benyttes termen fagperson om den læge, neuropsykolog, terapeut, sagsbehandler eller neuropædagog mfl., som borgeren har kontakt til i rehabiliteringsforløbet.

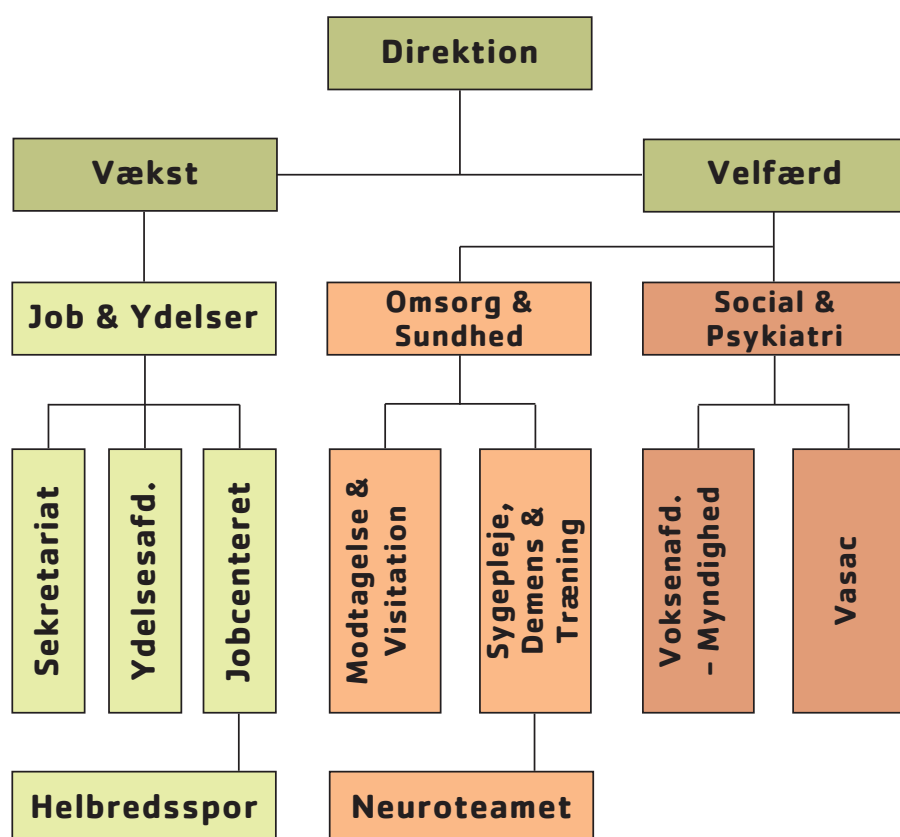
## Resultat af fokusinterviews

### Organisation

Afsnittet beskriver organisationen i Case kommunen ved hjælp af et organisationsdiagram og oplysninger fra fagpersonerne.



Kommunen er organiseret i en Direktion samt 2 overordnede fællescentre, som benævnes henholdsvis Vækst og Velfærd, se figur 2.1. Under hvert fællescenter findes flere Fagcentre og fagafdelinger, som er involveret i rehabilitering af voksne borgere med erhvervet hjerneskade. Her omtales de fagcentre/-afdelinger, som primært er relevant for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Under Vækst findes fagcentret Job og Ydelser, som blandt flere afdelinger rummer Jobcentret med bl.a. Helbredssporet, Kontanthjælpsafdeling og Ungeafdeling. De 2 sidstnævnte afdelinger deltager ikke i interviewene, selvom de også har borgere med erhvervet hjerneskade. Under Velfærd findes Fagcentret Omsorg og Sundhed der dels rummer afdelingen Modtagelse og Visitation dels fagafdelingen Sygepleje, Demens og Træning. Træning har dannet et Neuroteam, hvor terapeuterne har særlig erfaring med neurorehabilitering. Fagcentret Social og Psykiatri er også lokaliseret under Velfærd. Sidstnævnte fagcenter rummer Voksenafdelingen-Myndighed og VASAC. Følgende udsagn og oplysninger er baseret på resultaterne af interviews af udvalgte fagpersoner i disse centre og afdelinger.



Figur 2.1 viser et forenklet organisationsdiagram over områder, der primært er involveret i neurorehabilitering. Farverne symboliserer de forskellige lovområder, der ligger til grund for praksis.

Se også afsnittet Organisation for forklaring.

Farverne i overskrifterne henviser til farverne i denne figur.

En samlet oversigt over organisationen kan ses i bilag 2.1.



## **Velfærd, Center for Omsorg og Sundhed**

### **Modtagelse og visitation, Sejrsbo**

Sejrsbo er et kommunalt døgn-rehabiliteringscenter med det formål af bringe borgere til at klare sig bedst muligt. I 2016 har Sejrsbo haft i alt 110 forløb, heraf 30 % neurofaglige. Heraf kun 3 med hjerneskade i erhvervsaktiv alder. Der er til genoptræning af følger af alle typer lidelser ansat 2 fysioterapeuter med lang træningserfaring – den ene med neurologiske kompetencer – og 2 ergoterapeuter, som ikke har neurologisk erfaring, men som sparrer med Neuroteamet i Træning.

### **Sygepleje, Demens og Træning**

Træning er det kommunale genoptræningscenter. I 2016 har Træning haft i alt 1482 personer igennem på sundhedsloven § 140, og af dem havde de 116 en neurologisk diagnose. Tallene gælder for borgere med GOP, genoptræningsplan, dvs. henvisninger efter sundhedsloven og ikke serviceloven.

Der er etableret et neuroteam i Træning, som varetager genoptræning af voksne og børn med neurologiske lidelser. Neuroteamet yder også faglig vejledning og træning til borgere i 'Aktivt liv forløb' på Sejrsbo. Neuroteamet består af 4 fysioterapeuter og 4 ergoterapeuter, som primært har ansvar for genoptræning af borgere med neurologiske skader. Teamet styrkes ved erfamøder og mulighed for deltagelse på relevante kurser. Et par af terapeuterne har stor erfaring inden for området og støtter og videregiver erfaring til dem med mindre erfaring.

Den interviewede ergoterapeut har på et år haft 55 neurologiske borgere, hvoraf 47 hører til gruppen erhvervet hjerneskade. Ergoterapeuten har i perioden 2016/17 haft ca. 3 borgere i erhvervsaktiv alder. Hun fortæller, at hun har haft en del borgere, som har stået på tærsklen til pension (67-69 år), og de valgte at gå på pension i stedet for at arbejde sig "op" til at kunne komme tilbage til arbejdsmarkedet. Derudover træner ergoterapeuten borgere med følger efter ikke-neurologiske lidelser. Fysioterapeuten har ikke tal på fordelingen af borgere med neurologiske og andre lidelser.

## **Vækst, Center for Job og ydelse**

### **Jobcenter, Helbredssporet**

I dette fagområde er indsatserne primært baseret på Sygedagpengeloven og LAB. Der er ansat 2 fastholdelseskonsulenter, 5 sagsbehandlere, der arbejder med sygedagpenge, 4 sagsbehandlere, der arbejder med jobafklaringsforløb (JAF) og ressourceforløb (RF). Der kan ikke oplyses antal sagsforløb med neurologisk lidelse.





## **Velfærd, Center for social og psykiatri**

### **Voksenafdelingen-Myndighed**

I dette fagområde er indsatserne primært baseret på Serviceloven. Der er 15 ansatte primært med social- eller sundhedsfaglig baggrund. HSK hører ledelsesmæssigt til i denne afdeling. Under Social og psykiatri findes VASAC – beskæftigelse efter §§ 103 og 104. Men afdelingen anvendes også til arbejdsafklaring.

Derudover findes følgende afdelinger: Siriusparken - § 108 inst. for borgere med psykisk og fysisk funktionsnedsættelse. Grønnehaven § 108 inst. for borgere med dobbelt diagnoser. BO- og Støttecenter – Bofællesskaber for borgere med fysisk og psykisk udviklingshæmning. Socialpsykiatrien - § 85 støtte til borgere i eget hjem + væresteder.

### **Delkonklusion organisation**

Kommunen er på hierarkisk vis organiseret med en kommunaldirektør, herunder 2 fællescentre: Center Vækst og Center Velfærd med hver deres direktør og herunder flere fagcentre, hvoraf 3 har relevans for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering: Job og Ydelser, Omsorg og Sundhed samt Social og psykiatri med hver deres ledere. Under de enkelte fagcentre er organiseret flere fagafdelinger/områder, hvoraf mindst 4-5 har relevans for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering. Fagpersoner, som er involveret i rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade, er således fordelt i fagområder, som er placeret geografisk og ledelsesmæssigt forskelligt, og som arbejder med basis i forskellige lovgivninger, se figur 2.1.

Den sundhedsfaglige indsats foregår i Visitation og Modtagelse, Døgncenteret Sejrsbo samt Træning med Neuroteamet. Neuroteamet udgøres af 4 ergo- og 4 fysioterapeuter, som har oparbejdet erfaring inden for genoptræning af borgere med neurologiske lidelser. Træningsteamet har i 2016 i alt fået henvist 1482 borgere med behov for genoptræning efter § 140 i Sundhedsloven, heraf har i alt 116 borgere haft en neurologisk diagnose. Dvs., at henviste borgere med neurologisk lidelse udgør ca. 7 % af alle henviste til Træning. I 2016 har Sejrsbo haft i alt 110 forløb, hvoraf 30 var neurofaglige.

Den beskæftigelsesmæssige indsats foregår i Center for Job og Ydelser, hvor Jobcentret, herunder Helbredssporet, er placeret. I helbredssporet varetages sagsforløb for borgere på sygedagpenge, JAF, jobafklaringsforløb og ressourceforløb. Der er ansat 5 sagsbehandlere, 2 fastholdelseskonsulenter og 4 koordinerende sagsbehandlere, som er beskæftiget med jobafklaring og ressourceforløb. Antallet af sagsforløb med neurologisk lidelse er ikke oplyst.



I Center for Social og psykiatri, Voksenafdelingen-Myndighed med basis i Serviceloven, arbejder 15 ansatte med social- og sundhedsfaglig baggrund. Desuden er der flere andre afdelinger, der kan være relevante at involvere. Antallet af sagsforløb med neurologisk lidelse/erhvervet hjerneskade kan ikke oplyses.

Borgerne har ikke kun én indgang til kommunen, idet den enkelte borger på samme tid er tilknyttet flere sagsbehandlere/terapeuter ansat i forskellige fagområder.

*Sagsforløb for personer med erhvervet hjerneskade udgør en lille mængde af det samlede antal sagsforløb. Men netop denne type sagsforløb er komplekse og udgør en ekstra udfordring mht. kompetencer og koordinering. En ledelsesmæssig opdeling på 2 fællescentre, 3 fagcentre og endnu flere fagområder, som er geografisk spredt i området og med forankring i forskellige lovkomplekser og ledelser, rejser spørgsmålet om, hvilken betydning denne form for organisation har dels for et helhedsorienteret og samordnet rehabiliterende forløb for den enkelte borger og dels for samarbejdet mellem borgeren og terapeuter og sagsbehandlere indbyrdes?*

## **IT og digital kommunikation**

I dette afsnit beskrives organisationen af IT-systemerne og dennes betydning for digital kommunikation med udgangspunkt i fagpersonernes oplysninger.

### **Velfærd, Center for Omsorg og sundhed**

Træning og Sejrsbo dokumenterer i samme system, dvs., at de har mulighed for at skrive og læse hinandens notater.

### **Vækst, Center for Job og ydelse, Jobcenter**

#### **Helbredssporet**

I Jobcentret, hermed også i Helbredssporet, dokumenteres i 'FACIT'. Desuden indhentes oplysninger via mail eller telefonsamtale med terapeut i Træning. Leder fortæller, at EDB systemerne er forskellige fra Beskæftigelsen til Træning, og det giver problemer, da det ikke er muligt at læse i hinandens sager, selv om man har samme borger. Koordinerende sagsbehandler i Helbredssporet bemærker, at anvendelse af forskellige typer EDB-systemer vanskeliggør samarbejdet om disse komplicerede borgere. Vi kan ikke se, hvilke centre/fagområder eller teams, der har kontakt med borgeren. Vi kan ikke se, hvem de konkrete medarbejdere er, når der f.eks. skal indkaldes til et tværfagligt møde med borger



og relevante fagpersoner. Vi kan ikke se, f.eks. hvor langt andre er nået, og hvilke tilbud/aftaler, der er i gang. Hvert center/fagområde indhenter oplysninger fra bl.a. sygehus. Hvis de oplysninger lå i en fælles lægesag på borgerens cpr-nummer, kunne alle bruge oplysningerne derfra.

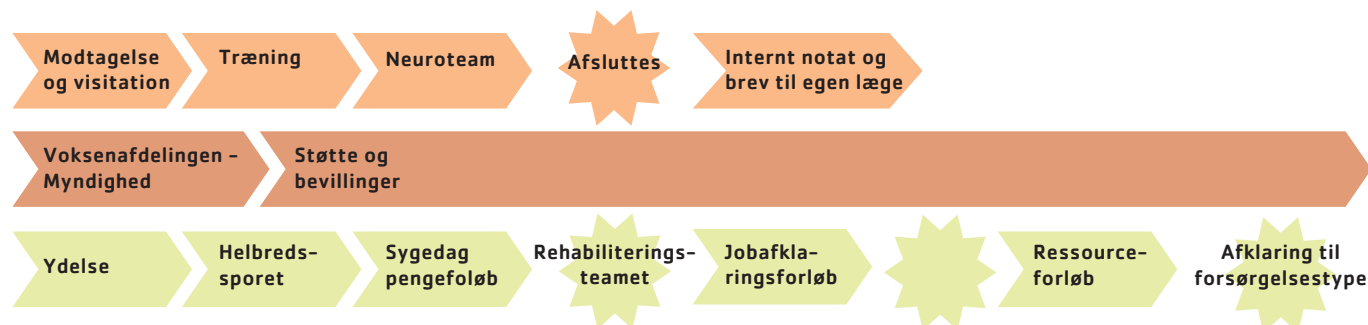
### Delkonklusion IT og digital kommunikation

Digital kommunikation er skarpt adskilt mellem Center for Job og Ydelse og Center for Omsorg og Sundhed, idet der benyttes forskellige IT-systemer i centrene. Sagsbehandlere i jobcentret har ikke adgang til noter i Center for Omsorg og Sundhed system og vice versa for terapeuter.

*Som konsekvens af den skarpe opdeling i digitalkommunikation i kommunen, er ikke alle væsentlige oplysninger for samarbejdet tilgængelige for fagpersoner, som er beskæftiget med samme borger. Man kunne f.eks. overveje en fælles læseadgang, hvis loven tillader dette.*

## Visitation

Afsnittet omhandler modtagelse i og visitation til forløb i kommunalt regi for en borger med erhvervet hjerneskade.



Figur 2.2 Flowdiagram viser flere parallelle forløb for samme borger

### Velfærd, Center for Omsorg Sundhed, Modtagelse og Visitation, herunder Sejrsbo samt Sygepleje, Demens og Træning

Visitation til Træning sker via Sundhedsloven § 140 i forbindelse med GOP ved udskrivning fra sygehus eller henvisning via Serviceloven mhp. genopbygning af funktionsniveau. Kommunen har etableret fremskudt visitation for borgere, som er indlagt på Holbæk sygehus. Det betyder, at kommunens visitator deltager ved udskrivning mhp. at sikre aftalerne. Der er endvidere nedsat et modtagelsesteam i kommunen, som



består af Visitator, Sygeplejen, Træning samt ad hoc-deltagelse af ledelse for Demens. Ved udskrivning fra sygehus vurderer teamet borgerens behov for pleje, genoptræning samt hjælp og støtte i hjemmet og sender genoptræningsplan (GOP) til Træning, hvor der er 2 visiterende/koordinerende terapeuter. Pba diagnoser, GOP og tidligere kendskab til borgeren foretager de en fordeling af borgere til behandlende terapeuter. Borgere med helt lette neurologiske symptomer, f.eks. balancebesvær, visiteres til det øvrige team, dvs. basalt niveau, mens borgere med funktionsnedsættelser af betydning for flere livsområder med behov for flere typer indsatser visiteres til neuroteamet (avanceret niveau).

### **Vækst, Center for Job og Ydelse, Jobcenter, Helbredssporet**

Borgerens sygefravær registreres i Ydelsesafdelingen senest 8 uger fra 1. fraværsdag. Derefter udsender Ydelsen automatisk 'Oplysningsskema fra Borgeren 300A'. Den sygemeldte har 8 dage til at indsende udfyldt skema. På skemaet oplyses om lidelse, stilling, tilknytning til arbejdsmarkedet mm. Når skemaet modtages i Ydelsesafdelingen, sendes det til selve opfølgningen i Jobcentret. Herved er borgeren visiteret til Sygedagpengeforløb. Hvis borgeren ikke er raskmeldt ved sygedagpengeophør, ofte efter 26 uger, visiteres til jobafklaringsforløb (JAF) og/eller ressourceforløb. F.eks. sker visitation af borger til sygedagpengeforløb i Jobcenter via Sygedagpengeloven, mens visitation til indsatser/tilbud i selve sygedagpengeforløbet kan høre under flere love, Lov om FØP-FLEKS, LAB og Lov om aktiv social politik.

### **Velfærd, Center for Social og psykiatri, Voksenafdeling-Myndighed**

I Voksenafdelingen-Myndighed kan visiteres til forskellige tilbud efter Serviceloven mfl..

#### **Delkonklusion visitation**

For borgere med erhvervet hjerneskade er der flere forskellige indgange til kommunen. For hver indgang foretages en visitation i henhold til relevant lovområde. Eftersom forløbene ofte er meget komplekse og langvarige, har borgeren kontakt med Jobcentret, Ydelse, Voksenafdelingen-Myndighed og Træning samtidigt. Visitation af borgere med erhvervet hjerneskade til forløb i kommunen har således ikke én men flere indgange både mht. fagpersonkontakt, lovgivning og geografi.

Det rejser spørgsmålet om, hvordan der sikres koordinering mellem borgerens forskellige forløb og samordning af de tværfaglige indsatser?



## Forløb

Afsnittet beskriver opstart, indhentning af oplysninger, identificering af problemstillinger og afslutning af forløb samt dokumentation herfor.

### Center for Omsorg og Sundhed - Sejrsbo

Der arbejdes med at få borger til at sætte et mål for træningen. Efterfølgende forfølges dette mål i træningen. Efter udskrivning er der 1-2 opfølgninger i hjemmet. Fagpersonerne anvender forskellige tests, f.eks. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) og MoCa, Montreal Cognitive Assessment samt observationer, når de vurderer behov for genoptræning samt ved opfølgning på forløb. Ved mistanke om kognitive problemer anvender de MoCa-testen og AMPS-testen til vurdering af henholdsvis kognitive problemer og evner til at gennemføre enkle processer.

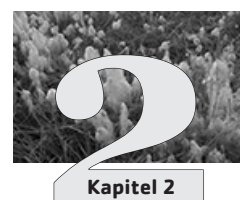
### Træning

I interview siger lederen, at der er dokumentation ved etablering af plan og opfølgning. Det aftales med leder, at interviewer søger følgende spørgsmål belyst ved interview af terapeuter i neuroteamet: Hvordan lægges planen for genoptræning, hvordan bliver udgangsniveauet fastsat og hvordan evalueres forløbet.



Figur 2.3 Forløb i Træning

Ergoterapeuten i Neuroteamet fortæller, at plan for træning tager udgangspunkt i borgerens situation. Der er en skabelon for start og slutnotat. I opfølgningen undervejs observeres fremskridt og evt. funktionsdeficits, som ikke er beskrevet tidligere. Observationerne føres til journal. Ergoterapeuten beskriver, at GOP, genoptræningsplan fra sygehus, ofte ikke er overensstemmende med borgernes funktion i hverdagen. Dvs., 'vi skal være opmærksom på funktionen, når de kommer i vante omgivelser, samt deres funktion i arbejdslivet, som er langt mere kompliceret end deres vante omgivelser'. På spørgsmålet om, hvornår ergoterapeuten mistænker kognitiv dysfunktion, hvis ikke det er nævnt i GOP, svarer hun: 'Hvis familien fortæller om glemsomhed, forvirret-hed mv., borgeren udebliver fra aftaler, borgeren ringer eller skriver, fordi vedkommende er i tvivl om aftalen, borgeren har problemer med at samarbejde i funktionstræningen, så spørger jeg ind til det. Der er mulighed for at kontakte neurologisk afdeling inden for en måned efter udskrivning mhp. evt. revurdering af funktionsniveau.



Fysioterapeut anvender måltrappe, dvs. opdeling af træningsselementer, så det bliver mere overskueligt for borgeren. Målet sættes sammen med borger og pårørende – vigtigt i forhold til motivation. Undervejs udarbejdes evalueringsnotat/forløbsnotater. De indeholder beskrivelse af: Motorik, energiforvaltning, hjerneskadetræthed og hele træningsprocessen og –udviklingen jf. måltrappen. De motoriske funktioner vurderes ud fra tests. Testene suppleres med kvalitative observationer mhp. at omsætte beskrivelsen til forhold i hverdagen. Fysioterapeuten medtager, udover fysiske tests, en kort beskrivelse af det observerede kognitive niveau og energiforvaltning samt formåen i eget hjem.

Fysioterapeuten forklarer, at der anvendes MAS-test, Motor Assessment of Skills-test ved start og afslutning på sygehus og ved start og afslutning i Træning.

### Center for Job og ydelse, Jobcenter – Helbredssporet

Leder forklarer, at opfølgningen er tidsbestemt jf. lovgivning. Ved spørgsmålet om opstart og opfølgning på sag, herunder vurdering af niveau for funktionsevne og behov for rehabiliteringsindsatser, henviser leder til sagsbehandler, men nævner, at funktionsevnevurdering varetages ved behov af ergoterapeut såvel i hjemmet som på arbejdsplads. Sagsbehandler har fået redskaber til funktionsevnevurdering i form af skema og er begyndt selv at foretage denne.

Sygedagpengesager inddeles i forhold til forventning om varighed af forløb

*Kategori 1:* Sager, hvori fuld raskmelding forventes inden for 8 uger regnet fra første fraværsdag.

*Kategori 2:* Sager, hvori fuld raskmelding forventes senere end 8 uger regnet fra første fraværsdag.

*Kategori 3:* Sager, hvori fuld raskmelding forventes senere end 8 uger regnet fra første fraværsdag, hvor der ud over de helbredsmæssige forhold er andre udfordringer i forhold til sygemeldtes muligheder for at vende tilbage til arbejde, herunder sociale forhold, og hvor der vurderes behov for at iværksætte tværfaglig indsats.

Sagerne tildeles den sygedagpengesagsbehandler (SDB), der har bedst plads i sagsstammen, uden at skele til diagnoser eller cpr-nummer. Hvis forløbet viser, at der kan blive tale om fastholdelse, kobles en af fastholdelseskonsulenterne på. Hvis der ikke kan ses forlængelsesmuligheder i forhold til sygedagpengeloven, overgår de til JAF eller ressourceforløb, se figur 2.2 Visitation og forløb. Det betyder, at SDB sammen med borgeren skal forberede sagen til forelæggelse for Rehabiliteringsteamet. Hvis sagen efter rehabiliteringsmødet overgår til JAF eller ressourceforløb, overdrages den ligeledes til den koordinerende sagsbehandler, der



har bedst plads i sagsstammen. Den koordinerende sagsbehandler (KS) møder borgeren første gang på mødet i rehabiliteringsteamet. Nogle sager visiteres til anden aktør; som oftest er det en privat organisation, der varetager indsatsdelen; men ikke myndighedsdelen i et forløb.

SDB indhenter LÆ285/journalnotater fra sygehus og indkalder borgeren til 1. samtale, som skal afholdes inden 8 ugers fravær. I samtalen tales om aktuelle gener og hvordan de påvirker borgerens funktion. Sammen med borgeren lægges en plan. Der er lovbestemt opfølgning en gang om måneden. Denne foregår enten telefonisk eller ved fremmøde, hvor sagsbehandler gør status i sagsforløb, herunder niveau for funktionsevne. Vurderingen foretages mest ud fra borgerens fortælling. SDB er særlig opmærksom på hjerneskade, hvis borgeren ikke tænker hurtigt, har svært ved at formulere sig og klager over fysiske symptomer fra lemmer og balance. Sagsbehandler er opmærksom på funktionsniveau, f.eks. ADL, og spørger ind til borgerens tanker om arbejde, hvad vedkommende kan og ikke kan på arbejde, samt om borgeren var i arbejde ved sygdomsopstart.

SDB henviser borgeren til at søge egen læge, hvis hun skønner, at der er behov herfor. F.eks. når borgeren skal udredes/have hjælp via sundhedsvæsenet og ikke kommunen. SDB henviser f.eks. den sygemeldte til egen læge mhp. vurdering af mulighed for henvisning til psykologbehandling. Kommunen kan i særlige tilfælde bidrage med en enkeltydelse til betaling af psykologsamtale. Et andet eksempel er, at den sygemeldte efterspørger/mangler genoptræning/fysiurgisk behandling mm. Her har SDB mulighed for at henvise til almen træning hos anden aktør.

Den Koordinerende sagsbehandler (KS) har som udgangspunkt dokumentationen fra mødet i rehabiliteringsteamet samt den overordnede plan for ressourceforløb, der er fastlagt på mødet, suppleret med oplysninger fra Jobcentrets journal. KS beskriver borgere med hjerneskade som særligt komplekse med mange udfordringer og mange involverede fagpersoner. KS beskriver deres symptomer som: Træthedsfølelse, koncentrations- og hukommelsesbesvær samt hurtig udtrætning. Udfordringer med manglende daglige funktioner, motorisk dysfunktion og sansemæssige problemer.

På baggrund af dialog med borgeren indhentes oplysninger om den aktuelle status og ønsker og mål for fremtiden. Udviklingen følges i dialogen med borgeren, hvor der også sættes delmål. KS ser borgeren til møde hver 2. til 3. måned. I perioder med mange aktiviteter i andre sektorer sker kontakt via telefonkonsultation. KS indhenter dokumentation fra sundhedsvæsenet via gængse blanketter, mail til Træning, mail til Visitationen mhp. hjælpemidler. I opfølgningen inviterer KS til samtale med HSK og familie, henviser til neuropsykolog ved behov.



KS gør endvidere opmærksom på de mange borgere med TCI og andre med hjerneskader, som bliver udskrevet fra sygehuset uden GOP. Hos mange af disse borgere sker der ofte en undervurdering af følger efter hjerneskade.

KS henvender sig til HSK mhp. hvilke tilbud, der er i forhold til familien, støtter borgeren i kontakt til sundhedsvæsenet ved at vejlede og opfordre borgeren til at fortælle lægen om problemerne. I den forbindelse tilbydes også, at sagsbehandler deltager i en rundbordssamtale hos egen læge sammen med borgeren. Der foretages en individuel vurdering, om HSK skal overtage tovholderrollen i forhold til Træning, CSU, hjemmepleje etc.

### **Center for Social og Psykiatri Voksenafdelingen–Myndighed**

Der udføres i alle sager en funktionsudredning via VUM, voksenundersøgelsesmetoden, og alt dokumenteres i KMD sag. I de konkrete tilfælde er myndighedsafdelingen central, idet det er fagpersonerne i denne afdeling, som bevilger hjælp til borgeren. Hjælpen kan bestå af ydelser i eget regi eller eksternt.

#### **Delkonklusion forløb**

Oftest har borgeren flere parallelforløb i flere fagområder: Helbredssporet, Visitation og Modtagelse og Træning samt Voksenafdelingen-Myndighed. Samtidigt har borgeren ofte fortsat kontakt med sygehus og egen læge mv. Dvs., at der er flere såvel interne som eksterne fagpersoner involveret udover borgeren og dennes familie.

Indholdet i de samtidige parallelle forløb i de forskellige fagområder er bestemt af forskellig lovgivning og faglighed. Dette præger således helt forventeligt de forskellige fagpersoners intention og forventning til et forløb og dermed også den plan, der lægges for borgeren og det, der arbejdes med. Forløbet i Helbredssporet tager sigte på at bringe borgeren hurtigst muligt tilbage til egen forsørgelse, og er i høj grad styret af en juridisk tankegang, mens forløbet i Træning tager sigte på at gøre borgeren i stand til at klare almindelige, daglige aktiviteter og er styret af sundhedsfaglig tilgang.

*Det bringer imidlertid spørgsmålet op, om borgerens samlede situation og forløb 'behandles helhedsorienteret', eller om den er opdelt i elementer afhængig af lovområde og den enkelte fagpersons kompetencer. I den rehabiliterende tankegang understreges netop, at indsatsen skal være helhedsorienteret, tidsmæssigt afgrænset og samordnet, og såvel borger som pårørende skal inddrages, WHO2001, Glintborg 2015. Hvis indsatserne i de forskellige fagområder skal bringes til at udgøre et helhedsorienteret og tværfagligt forløb for borgeren, er der behov for nytænkning af rammer og kommunikationsmuligheder.*





## Muligheder for rehabiliteringsaktiviteter

Dette afsnit omhandler de muligheder for aktiviteter og indsatser, som den enkelte informant nævner i interviewet.

### Velfærd, Center for Omsorg og Sundhed - Sejrsbo

Lederen fortæller, at arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering ikke er relevant, idet borgeren på det tidspunkt vil være overgået til Træningsteamet, se også afsnit Forløb.

### Træning

Leder beskriver, at der findes retningslinjer for terapeuter for neurorehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade, National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi - 8 udvalgte indsatser; SST 2014b. Lederen udtaler, at arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering er uden for Sundhedsloven og Serviceloven og hører til i beskæftigelsen.

**Tabel 2.1 Aktiviteter nævnt af ergoterapeut og fysioterapeut**

Ergoterapeut	Fysioterapeut
ADL	Gangtræning
Funktionstræning	Styrke- og udholdenhedstræning
Sansestimuli	Træning af ledbevægelighed
Kognitiv træning:	Sensibilitetstræning
• Struktur og organisering	Tonustræning
• Koordinering af dagligdag og fritid	Konditionstræning
• Dagprogrammer	Træning af balance og koordination
• APPS programmer til hjernetræning	
Mimikøvelser	



Ergoterapeut oplyser, at borger får tilbud om træning enten individuelt eller på neurohold, evt. hjemmetræning. Ergoterapeuten lægger opgaver ind i træningen, der opøver de kognitive funktioner. Laver dagsprogrammer sammen med borger eller som en del af hjemmeøvelser. Henviser til APPS med hjernetræningsprogrammer, der kan anvendes på IPAD, PC, Iphone. Man kan søge på hjernetræning i APP-store og finde frem til det, der passer den enkelte borger, både til Iphone og IPAD. Derudover PC, professionel hjernetræning i Træning, se tabel 2.1.

Ergoterapeut fortæller: 'I de tilfælde, hvor borgeren skal på arbejdsmarkedet igen, der har vi prøvet at have et samarbejde med jobkonsulenten og arbejdsgiveren. Derudover har vi haft samarbejde med en mentorordning, som støtter borger i de tilfælde, hvor vi ikke har kunnet være til stede. Vores hjerneskade-koordinator er meget på banen, da det er svært at holde styr på så mange faggrupper, især hvis der på den ene eller anden måde har været et misbrug eller psykisk lidelse indover.'

Fysioterapeut: 'Ved individuel fysioterapi er chancen for at observere kognitive problemer bedre end ved holdterapi, idet man har bedre kontakt. Ved observation af kognitive udfald af betydning vurderes det, om den kommunale ergoterapeut skal på, om der skal henvises til CSU i Holbæks neuropædagogiske tilbud eller andet. I forløbet sættes der mere og mere fokus på og italesættes træning, der støtter tilbagevenden til arbejdet'. På spørgsmålet: Hvis der er begrundet mistanke om, at borgeren ikke kan vende tilbage til egen arbejdsfunktion hvad så? Svarer fysioterapeut: Det er ikke vores område (uddannelse) at varetage dette – her sker der en jobafklaring i jobcentret, hvor vi gerne deltager til møder og bidrager, når vi inviteres, se tabel 2.1.

## **Center for Social og psykiatri**

### **Voksenafdelingen-Myndighed**

Afdeling har pt. flere forløb med borgere med hjerneskade, som har tilbud med Bo- og støttecentre uden for og i kommunen. Målet er, at de skal komme til at klare sig selv. Lederen vælger at betragte begrebet indsatser bredt. I de sager, hvor Voksenafdelingen-Myndighed er inde, ydes der hjælp efter formål og mål og tidsbestemt. Vi søger, at borgeren skal træne til at generhverve færdigheder. Det kan være praktisk eller pædagogisk.



## Vækst, Center for Job og Ydelse, Jobcenter,

### Helbredssporet

Leder referer til tilbud i Træning og har ellers ikke kendskab til andre aktiviteter, men nævner tilbud: 'Livet med hjerneskade', som formidles via hjerneskadekoordinatoren (HSK).

Jobcentret har abonnementsordning til CSU Holbæk, Center for SpecialUndervisning. Leder henviser til hjerneskadekoordinator mhp. specifikke tilbud.

Helbredssporet er ved at iværksætte et samarbejde med NFA- Holbæk, som er NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering. Lederens holdning er, at borgeren skal kunne profitere af forløbet. Aktuelle kriterier for at komme i betragtning er 'ikke misbrug', 'ikke borgere med komplekse tilstande, herunder psykiske lidelser' eller manglende opbakning i netværk. Borgere med den type problemstillinger skal ud i tilpassede forløb, hvor der fokuseres på øvrige problemstillinger. Leder godkender pt. henvisning til NFA.

Der kan indhentes neuropsykologisk erklæring, hvis der er oplysninger om kognitive problemer i beskæftigelses sagen, som er en væsentlig hindring for deltagelse på arbejdsmarkedet.

Sygedagpengesagsbehandler (SDB) afventer, indtil borgeren melder klar til at snuse til arbejde. Ved behov kontakter SDB fastholdelseskonulent, hvoraf den ene er ergoterapeut. Behov for supplerende træning vurderes af borger og sagsbehandler, når genoptræning i Træning er afsluttet og ikke kan forlænges, eller at borgeren ikke har været henvist hertil. Sagsbehandler har mulighed for at henvise til Quick Care, som er et alment tilbud. Endelig er der mulighed for at henvise til forskellige mestringskurser.

SDB beskriver, at arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering foregår på næsten samme måde som de øvrige sager. SDB tager udgangspunkt i borgerens egne oplysninger om funktionsniveau. Når det bliver relevant i forløbet, støttes borgeren i selv at tage kontakt til arbejdspladsen, hvis de er i stand til det. En anden mulighed er opstart af virksomhedspraktik, hvis borger ikke kan komme tilbage på tidligere arbejdsplads. Der er endvidere mulighed for henvisning til 5 samtaler med psykoterapeut mhp. støtte til deltagelse på arbejdsmarkedet, hvis borger ønsker det. Dette foregår via anden aktør, som er en privat organisation, som kommunen har uddelegeret opgaven til.

SDB fortæller, at hun er blevet opmærksom på HSK funktionen, efter hun har haft en sag på møde i rehabiliteringsteamet. Tidligere anvendte hun ikke denne funktion. Hvis det fremgår af akterne eller samtalen, at der er en hjerneskade, har sagsbehandler nu særligt fokus på at involvere hjerneskadekoordinator og/eller søge råd hos lægekonsulent.



**Tabel 2.2 Aktiviteter oplyst af koordinerende sagsbehandlere**

<b>CSU Holbæk</b>	<b>CSU Odsherred</b>	<b>Andre</b>	<b>Praktikforløb</b>
Synsudredning og træning Høretræning LæseTek Træning i køkken og ADL Motion	Synstræning Høretræning Taletræning	"Livet med hjerne-skadede" via HSK Mening og Mestring (Hjernesagen)	Aktiv indsats Vasac

Koordinerende sagsbehandler (KS), som varetager de langvarige, komplekse forløb, peger på en række mulige rehabiliteringsaktiviteter, se tabel 2.2. Sagsbehandlerne kan selv henvise direkte til CSU. Der kan også fås vejledning om bevilling af hjælpemidler til brug og støtte ved læseproblematikken. Kursusdagene bliver dog ofte forlænget med 1-2 timers transport fra Odsherred til Holbæk.

KS omtaler tilbud i Træning og tilbud fra HSK med Netværksgruppe – mindre gruppeforløb, samt kurset 'Livet med Hjerneskode', som er et kortere tværkommunalt kursusforløb for borgere i Odsherred, Holbæk og Kalundborg kommuner. Der er temaer med en ugentlig mødedato. Kurset udbydes 3 gange om året.

Hjernesagen: Mening og mestring – målrettet borgere med erhvervet hjerneskode – hvor formålet er afklaring og opkvalificering af borgere med erhvervet hjerneskode – hvor forløbene baseret på at 3-4 borgere følges under et forløb.

Der kan forinden igangsættelse af praktik, eller hvis praktik viser problemer, være behov for neuropsykolog til at beskrive udfordringerne, skånehensyn og behov for neuropædagogisk støtte.

Afhængig af forløb og funktionsniveau henvises til f.eks. 'Aktiv indsats' mhp etablering af virksomhedspraktik, hvor koordinerende sagsbehandler deltager i første møde og sammen med borger er med til at definere mål og skånehensyn.

Hvis borgeren er rigtig dårlig henvises til Vasac mhp. opstart af virksomhedspraktik i beskyttet miljø. En af konsulenterne har været på samme kursus om hjerneskaderehabilitering som KS. KS samarbejder med hende. Senere kan det komme på tale at lave praktik på almindelig arbejdsplads.



KS har pt. en borger til arbejdsstræning hos NFA, CSU Holbæk.

KS rejser spørgsmålet om terapeuter i Træning kan beskrive den kognitive funktion tilstrækkeligt nuanceret og anvise neuropædagogiske træningsmuligheder tilstrækkeligt nuanceret, så den kan anvendes ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

### **Delkonklusion muligheder for indsatser**

Overordnet kan indsatserne i Træning inddeles i følgende forhold: målsætning, afklaring af rehabiliteringspotentiale og –behov, fysisk træning og funktionstræning, herunder træning af kognitive funktioner. Selve træningen tager sigte på at genopbygge motoriske og sansemæssige funktioner, så borgeren kan klare sig bedst muligt i eget hjem. Afklaring af træningspotentiale og –behov tager primært udgangspunkt i borgernes ønsker og GOP'en. Men oplysninger fra pårørende og terapeuternes egne observationer under træningen inddrages og kan medvirke til ændring i de tilbudte indsatser. Terapeuterne vurderer primært de motoriske færdigheder og anvender en række tests, som er anbefalet i Kliniske retningslinjer for fysio- og ergoterapi, SST 2014b. Ved mistanke om kognitive problemer anvender de MoCa-testen og AMPS-testen til vurdering af henholdsvis kognitive problemer og evner til at gennemføre enkle processer. Dette kan føre til, at der i træningen lægges vejledning ind om strukturering, dagsskema etc. Der vejledes om programmer på PC og IPAD til kognitiv træning. Der er ikke en egentlig opfølgning herpå. Terapeuterne har ikke mulighed for at inddrage neurofaglige kompetencer, f.eks. neuropsykolog eller revurdering hos neurolog. Hvis der er store problemer, kan terapeuten kontakte egen læge. Sideløbende med aktiviteterne i Træning kan borgeren følge forskellige, specialiserede træningsforløb på CSU, f.eks. tale-, høre- eller synstræning.

I Jobcentret er det primære fokus på hurtigst muligt tilbagevenden på arbejdsmarkedet. Hvis der ved afslutning fra Træning fortsat er motoriske eller kognitive funktionsbegrænsninger, der i væsentlig grad begrænser borgerens deltagelse på arbejdsmarkedet, er der mulighed for afklaring af kognitive og motoriske problemer ved henvisning, dog i begrænset omfang, til henholdsvis neuropsykolog eller egen læge. Hvis borgeren er i et CSU-forløb, fortsættes dette. Sagsbehandlerne har mulighed for at henvise til almen fysisk træning hos anden aktør og støttesamtaler hos psykoterapeut mhp. tilbagevenden til arbejde. Derudover er aktiviteterne primært præget af at træne og afklare deltagelse, f.eks. virksomhedspraktik. Sagsbehandleren kan endvidere henvende sig til HSK, som rådgiver ud fra oplysninger i sagen eller udsagn fra



sagsbehandler/borger, men HSK foretager ikke selv en neurofaglig klinisk vurdering.

I Omsorg og Sundhed udtaler leder og fysioterapeut, at *arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering* er udenfor deres område. Fysioterapeuten henviser til Jobcentret, Helbredssporet. Begge terapeuter tilkendegiver dog, at de har deltaget i fælles aktiviteter på opfordring fra sagsbehandlere i Jobcenter. Ergoterapeuten har været på arbejdsplads en enkelt gang for at rådgive om indretning.

I Jobcentret er den primære fremgangsmåde ved kendt hjerneskade som for alle andre lidelser, at sagsbehandler afklarer den helbredsmæssige status, funktionsbegrænsningerne og de tidligere erhvervs erfaringer. Herefter igangsættes arbejdsmarkedsrettede aktiviteter og arbejdspraktikker i samarbejde med borger, fastholdelseskonsulent, HSK, Aktiv indsats, og i forløb med særlige behov Vasac. Der aftales skånehensyn som i alle andre sagsforløb. Skånehensyn fastsættes ud fra borgerens oplysninger om funktionsevne og sagsbehandlerens vurdering med baggrund i lægefaglige oplysninger. Der er mulighed for udredning via neuropsykolog i begrænset omfang, hvis det skønnes, at de kognitive funktioner begrænser deltagelse på arbejdsmarkedet. Der er ikke neurofaglig støtte til arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering. Dog er der et begyndende samarbejde med NFA (NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering) i Holbæk. Ofte er omfanget af de kognitive følger af hjerneskade dog underkendt og afdækkes først i selve arbejdsituationen.

*Jeg vurderer, med baggrund i interviewene, at der er en skarp adskillelse af indsatser i forløb i henholdsvis Omsorg og Sundhed og Jobcenter. Der kan være flere årsager hertil. I Træning udtaler lederen og terapeuten, at arbejdsrettet rehabilitering hører til i Jobcentret. Det leder tanken hen på, at de forskellige lovgivninger er med til at opdele indsatserne i sundsfaglige og beskæftigelsesfaglige tiltag. Muligvis en manglende italesættelse i Organisationen af, at der er tale om et samlet helhedsorienteret forløb, hvor indsatserne bør være samordnede, for at det skal give størst mulig mening og mindst mulig belastning for borgeren, jf. den rehabiliterende tankegang. Muligvis fordi terapeuter og sagsbehandlere opfatter, at de har hver deres opgaver.*

*Som det er nu, arbejder Træning primært med at inddrage borgerne i en meningsfuld proces med det mål at kunne klare sig i eget hjem, mens der i Helbredssporet er fokus på deltagelse på arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt. Men ofte må der sent i forløbet iværksættes en neurofaglig og psykologisk vurdering pga. mistanke om kognitive problemer, der hæmmer deltagelse og psykologiske problemer grundet ændring i funktionsniveau og eget selvbillede. Indsatserne kunne have været iværksat langt tidligere og dermed givet borgeren et mere helhedsorienteret forløb, hvor der i tilstrækkeligt grad har været tilbud om træning af kognitive funktioner.*



## Samarbejdsrelationer

Dette afsnit omhandler forhold vedrørende de mulige samarbejdsrelationer/partnere, muligheder for udveksling af informationer ved overgang fra fase II (indlæggelse) til fase III (kommunalt regi) samt internt i Fase III-forløbet, SST2011. Der undersøges primært følgende forhold, 1) aftaler om samarbejde, 2) om udveksling af information begrænses af lovgivning, 3) om udveksling af information begrænses af forskellige fagkulturer/termer. Desuden sættes fokus på fagpersonernes erfaringer med behovet for tovholderfunktion og hvem, der skal varetage funktionen.

### Velfærd, Center for Omsorg og Sundhed

*Sejrsbo* har følgende primære samarbejdsflader: borger og pårørende. Blandt de eksterne professionelle er hyppigst sygehus og egen læge. Interne er hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og Træning.

*Træning* har følgende primære samarbejdsflader: borger og pårørende. Inden for egne rammer er der faglig udveksling mellem Neuroteam og øvrige terapeuter i Træning. Internt i kommunalt regi er typiske samarbejdspartnere for træningsteamet: 'Hjemmeplejen', 'Sygeplejen', HSK, 'Jobcentret', 'Voksenafdelingen', 'Hjælpemiddelafdeling' samt 'Familieafdeling'. Eksternt samarbejder Neuroteamet/Træning med sygehusterapeuter og egen læge. Leder nævner, at især samarbejdet med medicinsk afdeling i Holbæk er udbygget og betydeligt bedret gennem de senere år. Kommunen har etableret fremskudt visitorfunktion, og genoptræningsplanerne er bedre end tidligere. Men der er fortsat en del problemer med oplysninger i overgange mellem hospitalssektor og Træning:

Ex1: Der mangler oplysninger fra neuropsykolog og terapeuter i Genoptræningsplanen.

Ex2: Hvis borgeren har været gennem flere sygehusindlæggelser fra Rigshospitalet til Roskilde mangler ofte essentielle oplysninger, som Træning så har problemer med at få frem.

Ex3. Ved kortere indlæggelser er der ofte ingen genoptræningsplaner. Dette er udfordrende, idet behovet for neurologisk genoptræning ofte afdækkes senere i processen i andet regi, så vil hospitalet ikke oprette en genoptræningsplan. Hvis der ikke foreligger en GOP, har Træning tradition for at tage borgeren ind til optræning og vedligeholdelse af funktionsniveauet i følge Serviceloven.

Der er begrænset samarbejde med privatpraktiserende terapeuter. De er ofte muskel-skeletterapeuter og har ikke speciale inden for hjerneskade-rehabilitering. Der er dog i den seneste tid kommet to specialklinikker: en i Roskilde og en i Tåstrup, som begge er private og er til egenbetaling.



Vedrørende den interne kommunikation de forskellige centre imellem i kommunalt regi, nævner terapeut i Træning, at tidligere var der ikke tid til at skrive notater til Jobcenter. Man skal være forsigtig med, hvad man skriver for ikke at skade borgerens sag i Jobcentret. Har selv en oplevelse med at have udtalt sig om borgers funktionsniveau til Jobcenter, hvorefter borger vendte tilbage og beklagede sig over, at det havde indsnævret hans muligheder for at vende tilbage til den ønskede stilling.

Vi talte om fagsproget bl.a. i notater til egen læge; f.eks. beskrives tests ved start og slut, men hvordan forstås de af modtageren?? Fysioterapeut svarer: Vores notater sendes til egen læge, altså en anden sundhedsfaglig person. Vi må som udgangspunkt antage, at de forstår fagtermer fuldstændig, som lægerne antager, når der sendes notater til os. Forstår vi ikke et notat, tages der kontakt til afsender, og tænker dette også gælder den anden vej.

På spørgsmålet: Samarbejde med Jobcenter i fremtiden, hvordan det? Har du gode råd, ideer? Svarer fysioterapeut: Det er lidt omfattende hurtigt at få svaret på, men jeg tænker et godt råd ville være at tage kontakt til os – dialog må være vejen frem:).

Ergoterapeut beskriver, at tovholderfunktionen varetages af HSK, når mere end 2 fagpersoner er involveret, ellers den terapeut, der har tilhørsforhold. Det vil kræve ekstra tid, hvis ergoterapeut/fysioterapeut skulle varetage tovholderfunktion, og det vil gå ud over træningsdelen. Fysioterapeut tilkendegiver, at HSK som tovholder har aflastet terapeuterne i genoptræningsforløbet enormt, idet selve træningsforløbet koordineres bedre for borger og de involverede samarbejdspartnere! Hun kan ikke se, at de kan tage tovholderfunktionen tilbage. Så vil de ikke kunne nå deres træningsopgaver. Terapeuterne havde koordinatorfunktionen før der kom en hjerneskadekoordinator i kommunen – det fungerer bedre, når hjerneskadekoordinator er tovholder.

## **Center for Social og psykiatri**

### **Voksenafdelingen-Myndighed**

Fagpersoner i afdelingen samarbejder med relevante fagpersoner i Træning, Børne- og familieafdelingen, Visitation, Eksterne institutioner – altså, hvor det giver mening, og der skal ydes hjælp efter Serviceloven. Endvidere samarbejde med HSK, der er vejledende i forhold til indsats. HSK deltager på personalemøderne og i de konkrete sager.





## Vækst og Ydelser, Jobcenter

### Helbredssporet

Leder udtaler: i sager vedrørende borgere med behov for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering samarbejder Jobcentret med HSK, som har en del af sin ansættelse i Jobcentret.

Der er ingen formelle aftaler om samarbejde med Træning, f.eks. hvilke oplysninger, der kan udveksles mellem Jobcenter og Genoptræning.

Fra Regionen indhentes oftest journalnotater, sjældnere status fra terapeuter og referat af udskrivningssamtaler etc. GOP (genoptræningsplanen) foreligger sjældent i 'Beskæftigelses' sagsakter. Jobcentret har ikke samarbejde med den fremskudte visitator på Holbæk sygehus. På spørgsmålet: Hvordan forhindres, at der går oplysninger tabt fra udskrivning til sag i Beskæftigelsen? Er svaret: Ingen følger op herpå.

Helbredssporet samarbejder med Voksenafdelingen-Myndighed ved behov for støtte i hjemmet.

Der er ikke tradition for samarbejde med VISO eller andre potentielle/relevante samarbejdspartnere i nærområdet. VISO er den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet. VISOs rådgivning bidrager til, at den specialiserede viden kommer til gavn dér, hvor behovet er. Det er primært i de komplekse sager, der ydes bistand. Andre potentielle muligheder kunne være VISP-kommunikationscenter, Kommunikationscenter Slagelse og Kommunikationscenter Ballerup samt BOMI tilbyder undervisning, rådgivning og vejledning til personer med bl.a. hjerneskade. Det kræver finansiering af kommunen. Helbredssporets leder har ikke stor erfaring med VISO eller VISP, se note i liste med forklaring.

SDB, sagsbehandler for sygedagpenge, har gennem forløbet kontakt med borgeren, tager kontakt til fastholdelseskonsulent, evt. HSK, egen læge og/eller arbejdsplads, når virksomhedspraktik skal iværksættes. SDB nævner, at i projektføreløbet er hun blevet mere opmærksom på HSK og vil i fremtiden oftere kontakte HSK ved borgere med problemer i forbindelse med hjerneskade.

KS, koordinerende sagsbehandler, ønsker større inddragelse af pårørende ved samtaler; men borgeren kommer desværre ofte alene. Koordinerende sagsbehandler har samarbejdsflader til HSK, CSU Holbæk, NFA, Sundhedsvæsenet, Sygehusvæsenet og specialiserede træningstilbud i egen og andre kommuner, Træningsteam, Visitationsafdeling og Hjælpe-middeltherapeuter. Hvis der er børn under 18 år, kan Familieafdeling inddrages. Hvis borgeren stadig er medlem af faglig organisation, kan borgeren inddrage denne som repræsentant i sagen. Endvidere mentor samt familien/netværket omkring borgeren.



KS anbefaler, at det bliver muligt for sagsbehandler at søge oplysninger om borgerens progression under forløb i Træning. Eventuel ved mail-korrespondance, f.eks. om hvordan det går, om der er forhold, der gør, at borgeren har svært ved at følge træningen. At der udveksles tanker om mål i Træning og mål i beskæftigelsen. Ønsker, at tilbagemelding fra Træning til sagsbehandler leveres i et fællessprog i forhold til såvel det fysiske som det kognitive.

KS rejser spørgsmålet, om beskrivelsen af status og funktionsniveau samt skånehensyn er nuanceret i sådan et omfang i HSK's notat, at sagsbehandler kan omsætte det til praktisk funktion, som kan anvendes i eventuelle arbejdspraktikker. Nævner, at den praktiske funktion i hjemmet kunne beskrives af terapeuterne; men der er behov for at omsætte terapeutsprog til almen dansk, men fortsat med fagligt indhold. KS ønsker dette sikret gennem tværfagligt samarbejde.

SDB fremhæver, at tovholderfunktionen skal ligge, hvor forsørgelsen (myndighedsafdelingen) er. SDB er blevet mere opmærksom på HSK-funktionen gennem italesættelse af hjernerehabilitering på møder i rehabiliteringsteamet og ved præsentation af projektet.

Koordinerende sagsbehandler er tovholder i forhold til lovgivning om fleksjob, førtidspension og beskæftigelseslovene. KS aftaler med HSK hvem af dem, der skal påtage sig tovholderrollen i forhold til genoptræning.

Helbredssporets leder foreslår at inddrage HSK tidligt i processen i Jobcentret, f.eks.: at HSK modtager kopi af alle nye SDP-sager og screener 300A; at visitation kan ske i tættere samarbejde med HSK.

Lederen foreslår endvidere, at der etableres et Neuroudvalg med tværfaglig sammensætning. Deltagerne skal have kompetencer til at kunne lægge plan for forløb og træffe beslutninger om hvilke tiltag, der kan iværksættes. Deltagere i neuroudvalget kunne være leder fra sygedagpenge, HSK, Træning, Helbredssporet, Børn og Familieafdeling samt Voksenafdelingen-Myndighed. HSK/Sagsbehandler fremlægger sagen på neuroudvalgsmødet mhp. tidlig, tværfaglig vurdering og udarbejdelse af tværfaglig rehabiliteringsplan. Genoptræning af borgeren mhp. deltagelse på arbejdsplads kan italesættes i neuroudvalg. Det fylder som oftest meget i borgerens hoved. Borgeren skal deltage i mødet i neuroudvalg.

SDB er ikke begejstret for et muligt neuroudvalg. Hun tænker, at det er langtrukket og ønsker i stedet tættere kontakt med HSK.

Fra Leder og fagpersoner i Heldredssporet fremsættes ønsker om fast kontortid for HSK.



## **Delkonklusion samarbejdsrelationer**

Mange forskellige fagpersoner er involveret i forløb med borgere med erhvervet hjerneskade. Desværre er disse forløb oftest adskilte og parallelle. Fagpersonerne er fordelt dels i sundhedsvæsenet, dels internt i kommunen, hvor især Neuroteamet/Træning, Helbredssporet og Voksenafdelingen-Myndighed er væsentlige deltagere. Hvis borgeren fortsat er tilknyttet sin arbejdsplads, inddrages denne, når de arbejdsmarkedsrettede aktiviteter iværksættes. Men ofte går vejen via en virksomhedspraktik og dermed ny arbejdsgiver.

Der er etableret fremskudt visitation på Holbæk sygehus. Dette har bedret samarbejdet omkring udskrivning af borgeren til videre genoptræning i kommunalt regi. Men Træning har fortsat problemer med manglende oplysninger fra neuropsykolog og terapeuter i sygehusregi. Endvidere peger både leder og terapeuter på problemer med manglende væsentlige oplysninger, hvis borgeren har været indlagt på landsdelssygehus eller flere forskellige sygehuse, samt at det er svært at få adgang til disse oplysninger.

Helbredssporets samarbejde med sundhedsvæsenet begrænser sig primært til indhentning af attester og journalnotater. Egen læge bliver ved behov inddraget i rundbordssamtaler eller via telefonisk kontakt.

Både Helbredssporet og Træning har kontakter til CSU i Odsherred og Holbæk. Men det ser ud til, at HSK i højere grad end tidligere overtager denne kontakt.

Samarbejdet fungerer internt i Omsorg og Sundhed og til udskrivende sygehus med formelle aftaler om rollefordeling og udveksling af information, mens der ikke er formelle aftaler om samarbejde og udveksling af informationer mellem Træning og Helbredssporet. Der er f.eks. ikke tradition for eller aftale om, at Træning udfærdiger et særligt notat vedrørende udvikling og status på funktionsevnen og evt. særlige skånehensyn eller støttebehov, som er nuanceret nok til at kunne anvendes som grundlag for sagsbehandlingen i Helbredssporet. Der kan være sporadisk kontakt i forløb, mest på Helbredssporets initiativ. Terapeut giver udtryk for, at det kan være problematisk at videresende enten et foreløbigt eller et slutnotat fra træning til Helbredssporet, da hun har oplevet, at borgeren er blevet forurettet over, at det har stillet ham dårligere i forløbet i Helbredssporet.

*Der er således blevet investeret i at etablere en velfungerende, fremskudt visitation ved udskrivning af borger fra sygehus, mens der ikke er formelle aftaler om samarbejde mellem Helbredssporet og Træning internt i kommunen.*

De enkelte fagpersoner bidrager oftest i parallelle forløb til borgerens genoptræning og tilbagevenden til arbejdsmarkedet inden for deres sæt



af regler og normer. Dette medfører, at de anvender forskellige sprog til at beskrive problemstillinger og resultater. Deres sprog tager udgangspunkt i deres forskellige faglige kompetencer. F.eks. nævner terapeuten i Træning, at de anvender mange tests og er vant til at udtrykke sig i det dette testsprog. De prøver at skrive i mere alment sprog i afslutningsnotat til egen læge, men anvender dog sproget fra testene. F.eks. skriver en terapeut i Træning/Neuroteam, at 'sit up' er forbedret fra 5 til 7. Det opfatter sagsbehandler i Helbredssporet som en væsentlig forbedring i tilstanden og iværksætter arbejdspraktik. Direkte adspurgt om fælles fagsprog udtaler terapeuten, at deres slutnotat sendes til praktiserende læge/sundhedsperson – og man må antage, at de forstår fagtermerne fuldstændig, ligesom vi når lægerne antager, at vi forstår deres fagtermer, når de skriver til os. Samtidig anbefaler terapeuten, at sagsbehandler tager kontakt til Træning ved behov – det må være vejen fremover.

Der er ønsker fra Helbredssporet om, at HSK's notater i højere grad nuanceres, så de kan anvendes ved igangsættelse af aktiviteter mhp. tilbagevenden til arbejdslivet.

*Spørgsmålet er, om den løbende dokumentation gennem borgerens samlede forløb har en tilstrækkelig formidlingskvalitet, når forløbet passerer gennem de enkelte fagområder. Bliver der taget tilstrækkeligt hensyn til omsætning af fagsprog fra specialistniveau til generalistniveau, og kan den ene faggruppes status anvendes som afsæt i den næste faggruppes etape?*

Forskellen i sprog og handling kan ikke alene forklares i deres forskellige fagligheder, idet de forskellige intentioner i sundhedsloven og beskæftigelsesloven også har stor betydning for fagpersonernes tanker og dermed målsætningen i de enkelte etaper i borgerens samlede forløb. Sundhedsfaglige er trænet i at afklare borgerens funktions- og aktivitetsniveau og på basis heraf tilbyde træning mhp. almindelige dagligdags aktiviteter eller specifik træning, f.eks. træning af en lam arm. Helbredssporet har fokus på tilbagevenden til arbejdsmarkedet, så hurtigt som muligt.

*Dette rejser spørgsmålet, om og hvordan der helt overordnet kan skabes fælles mål for borgeren og de forskellige fagpersoners handlinger samt om målene kan koordineres og samordnes? Dette vil blive behandlet yderligere i perspektiveringen.*

Der synes at være en usikkerhed om, hvilke oplysninger, der kan udveksles mellem fagpersoner i de forskellige fagområder. Det virker hæmmende på den faglige udveksling, som ellers kunne komme borgeren til gode.



*Anbefaling om udarbejdelse af guideline for hvilke oplysninger, der må og kan udveksles mellem de forskellige fagpersoner. I en sådan guideline kunne også inddrages anbefalinger til at omsætte fagsprog til et fælles kommunikationssprog. Dette drøftes yderligere under perspektivering.*

Fagpersoner, såvel i Træning som Helbredssporet, peger på behovet for en tovholderfunktion i disse komplekse forløb med mange fagpersoner og indsatser. Det er åbenlyst, at Træning har anvendt HSK som tovholder, siden funktionen blev etableret, og oplever, at det er en uundværlig aflastning. Mens sagsbehandlerne i Helbredssporet først er blevet opmærksom på HSK funktionen i forbindelse med møder i rehabiliteringsteamet og aktuelle projekt. Samtidigt er det klart, at såvel sygedagpenge- som koordinerende sagsbehandler oplever, at myndighedsrollen i forhold til sygedagpengeloven og FØP-Fleks loven ikke kan videregives. For dem kan HSK bidrage med råd og vejledning om mulige aktiviteter og eventuelt varetage koordinationen i forhold til Træning og CSU.

*Det rejser på den ene side spørgsmålet, om hvilke beføjelser og kompetencer tovholderen har i forhold til at kunne drifte et koordineret og samordnet forløb for borgeren og på den anden side, om myndighedspersonen alene skal varetage myndighedsdelen og overlade de faglige indsatser til de øvrige fagpersoner?*

Leder i Helbredssporet fremsætter forslag om et neuroudvalg med en koordinerende funktion tidligt i forløbet med deltagelse af HSK. Sygedagpengesagsbehandler er ikke begejstret for et muligt neuroudvalg, tænker at det er langtrukket og ønsker i stedet tættere kontakt med HSK.

*Et Neuro-udvalg med bl.a. deltagelse af HSK, som foreslået af leder i Helbredssporet, vil kunne bidrage til en tidlig, relevant koordinering og kompetence- og ressourcefordeling på basis af udskrivningspapirer og GOP. I sagsforløb med tidlig udskrivning og manglende GOP, hvor der senere afdækkes kognitive problemer, vil det være sværere at udarbejde en relevant, individuel plan for genoptræning tidligt i forløbet.*

*Da borgerens tilstand forventes at ændre sig gennem forløbet fra udskrivning til afslutning i beskæftigelsen, er der behov for en fælles, kontinuerlig analyse af borgerens funktionsevne og ressourcer i en fremadgående proces for at kunne tilbyde relevant rehabilitering. Desuden skal borgeren være en naturlig samarbejdspartner. Dette stiller - udover fagkompetencer - krav til analyse, dokumentation samt mål og sprog.*



## Hjerneskadekoordinationsfunktionen - Tovholderfunktion

I 2011 anbefalede Sundhedsstyrelsen, at hver enkelt kommune oprettede en hjerneskadekoordinatorfunktion, SST 2011a p48. Dette afsnit omhandler den funktion med særligt fokus på organisation, digital og faglig kommunikation, visitation, aktiviteter samt samarbejdsrelationer. Endelig er medtaget HSKs tanker om fremtidig funktion. Afsnittet afsluttes med Delkonklusion – hjerneskadekoordinatorfunktion.

### Organisation

HSK, Hjerneskadekoordinator, er ansat i en tværfaglig koordinerende funktion med tilknytning til 3 fagcentre: Job og Ydelser, Omsorg og Sundhed samt Social og Psykiatri. HSK er ledelsesmæssigt og geografisk forankret i Voksenafdelingen–Myndighed, som hører ind under Center for Social og Psykiatri.

### Digital kommunikation

HSK dokumenterer i Citrix vitae i Velfærd, Center for Omsorg og Sundheds domæne, dvs., at HSK kan skrive og læse notater fra Sejrsbo og Træning. Når HSK er involveret i en sag, fremgår det i Citrix vitae i Center for Omsorg og Sundheds domæne.

Sagsbehandlere i Center for Job og Ydelser samt Voksenafdeling-Myndighed har ikke adgang til dokumentationen i Center for Omsorg og Sundheds system. De modtager orientering om borgere, rehabiliteringsplan, mødeindkaldelse til tværfaglige møder, referat mm. fra HSK pr. mail.

HSK orienterer sig i FACIT, KMD, som anvendes af sagsbehandlere i Center for Job og Ydelser, men har ikke dokumentationspligt i dette system, idet HSK dokumenterer i et andet fagsystem.

### Faglig kommunikation

I sagsforløb med behov for koordinerende indsats udfærdiger HSK en rehabiliteringsplan pba foreliggende oplysninger fra andre fagpersoner og i samarbejde med borgeren og dennes pårørende. Rehabiliteringsplanen kan ses i bilag 2.2. Planen tager udgangspunkt i ICF's forskellige områder til beskrivelse af funktionsniveau. Endvidere beskriver den målet med og planen for forløbet samt hvilke fagpersoner, der er inddraget. Der afholdes tværfaglige møder med borgeren, hvor der følges op på planen, som dokumenteres i Omsorg og Sundheds domæne. I forløb med behov for rådgivning, men ikke koordinerende indsats fra HSK, udfærdiger HSK et notat vedrørende rådgivningen.



## Visitation

Her omtales visitation dels til og dels internt i HSK-funktionen

Muligheder for visitation til HSK-funktionen:

Henvendelser fra Center for Omsorg og Sundhed, **Visitation og Modtagelse** i forbindelse med modtagelse af plejeforløbsplaner fra sygehus mhp. hjemmepleje, sygeplejeydelse samt behov for hjælpemidler. HSK adviseres af visitator gennem Citrix advis system. Standard for advisering.

Henvendelse fra Center for Omsorg og Sundhed, **Træning** i forbindelse med, at borger udskrives med GOP. HSK adviseres af visitator i Træning eller neuroterapeut. Standard for advisering.

Når der er tale om udskrivelser fra **specialiserede/højt specialiserede sygehuse, CNN Næstved Sygehus, Hvidovre traumecenter, Hammel rehabiliteringscenter**, deltager HSK i planmøder. HSK adviseres enten af den fremskudte visitator eller den faste visitator.

Henvendelse fra Center for **Job og Ydelse og Helbredssporet** i forbindelse med sygemelding til arbejdsgiver. Ingen standard for advisering.

Henvendelse fra **borger**, som er udskrevet uden GOP og/eller borgers pårørende.

Intern visitation i HSK:

HSK vurderer ud fra sagens oplysninger, om der er behov for koordination eller rådgivning uden koordinerende forløb. Et af kriterierne for koordination er, at der er involveret 2 eller flere faggrupper, se også under faglig kommunikation.

## Aktiviteter og forløb

Tovholderfunktion i borgerforløb med rehabiliteringsplan

Mødeplanlægning og –ledelse

Kontakt med interne og eksterne fagpersoner

Rådgivning til andre fagpersoner og borgere på anmodning

Undervisning, på kurset 'Livet med hjerneskade'. Kurset er også for pårørende, hvor de bliver hjulpet videre til f.eks. selvhjælpsgrupper.

HSK er involveret i projekter, der skal fremme samarbejdet mellem region og kommune.



HSK beskriver, at Træning træner borgerne til selvstændig funktion i hjemmet og dagligdagen. Ved yderligere behov, f.eks. taleproblemer, henvises til CSU.

CSU – specialundervisning er et neuropædagogisk tilbud med fokus på den kognitive del af rehabiliteringen. I 2016 henviste Odsherred f.eks. 48 borgere til CSU's tilbud på hjerneskadeområdet, heraf 19 med afasi, 9 med dysartri, **4 med kognitive problemer**, 1 med Læse/skrive og IT-problemer og 12 med behov for neuropædagogisk støtte. Der foreligger ikke en opdeling på alder i opgørelserne.

HSK oplyser, at der mangler interne tilbud om neurofaglig arbejdsrehabilitering. Men de kan tilkøbes fra sag til sag. Frem til juni 2017 er 1 borger sendt af sted på NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering, NFA, Holbæk, se ordliste.

### **Samarbejdsrelationer**

Som tovholder har HSK kendskab og kontakt til en bred vifte af tilbud om hjerneskaderehabilitering og samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet, kommunen, eksternt i andre kommuner samt andre offentlige og private tilbud.

Fremtidstanker om tovholderfunktion

HSK gør sig tanker om dels opgavetyper og dels ressourcer i fremtiden. Hjerneskadeforløbene er ofte meget lange og svære at afslutte. I forhold til organisation af funktionen har hjerneskadekoordinator fokus på, at koordination af sagerne er yderst tidskrævende, hvorfor andre opgaver som udvikling af tilbud, undervisning mv. må tilsidesættes. Mødeplanlægning og mødeledelse er især tidskrævende og fylder i HSK's arbejdsdag. Antallet af sager overstiger ofte HSK's kapacitet, hvorfor der i perioder må påregnes ventetid. Ved at tilføre flere ressourcer til området, vil der kunne koordineres flere forløb på samme tid.

Pårørendedelen og den psykologiske rehabilitering er kommet mere i fokus i den senere tid. Derfor vil HSK bidrage til, at dette afspejler sig i højere grad i fremtiden i den tværfaglige indsats.

Fagpersoner, der ønsker at vende en sag med HSK, kan booke tid i HSK-kalender.

### **Delkonklusion Hjerneskadekoordinatorfunktion - Tovholderfunktion**

HSK-funktionen er en tværgående funktion med ressourceadgang fra 3 fagcentre i kommunen og ledelsesmæssigt tilknyttet Voksenafdelingen-Myndighed.

HSK orienterer sig og dokumenterer i Center for Omsorg og Sundheds IT-system og kan orientere sig i Center for Job og Ydelses IT-system. Der er dog skarp adskillelse mellem disse to systemer. Sagsbehandlere i





Center for Job og Ydelse modtager orientering om borgere, mødeindkaldelse, referat mm. fra HSK pr. mail.

HSK foretager ikke en faglig udredning, men baserer i koordinerende forløb rehabiliteringsplanen på oplysninger fra borger, pårørende og andre fagpersoner. Anvender terminologien fra ICF i sin beskrivelse af funktionstab. Ved rådgivning uden koordinering udfærdiges notat fra samtalen.

Der er forskellige henvendelsesveje til HSK-funktionen: internt i kommunen fra visitator, eller den fremskudte visitator på sygehus, specialiserede eller højspecialiserede afdelinger, visitator eller terapeut i Træning, sagsbehandler i Jobcenter eller Voksenafdelingen – Myndighed samt borgere. Det medfører, at HSK er tilgængelig direkte såvel for borgere som fagpersoner. I kommunalt regi er der standarder for visitation til HSK-funktionen fra Omsorg og sundhed, men ikke fra Center for Job og Ydelser.

Primær aktivitet er koordinering af tværfaglige hjerneskaderehabiliteringsforløb, herunder mødeplanlægning og -ledelse, samt udarbejdelse af rehabiliteringsplan. Derudover rådgivning til borgere og andre fagpersoner. HSK underviser på kurset 'Livet med hjerneskade', som er et tværkommunalt kursustilbud til individer med erhvervet hjerneskade, og deltager i udviklingsmøder mellem region og kommune.

HSK har kendskab til og kontakt med en bred vifte af tilbud om hjerneskaderehabilitering på kommunalt niveau, samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet og andre kommuner samt andre offentlige og private tilbud.

Der er ventetid ved igangsættelse af koordinerende forløb mv., og HSK vurderer, at der er behov for flere ressourcer til HSK-funktionen.

Som konsekvens af, at der i den senere tid er kommet mere fokus på pårørendedelen og den psykologiske rehabilitering, vil HSK i fremtiden gerne bidrage til, at dette fremover afspejler sig i den tværfaglige indsats.

HSK er fortrinsvis og direkte involveret i borgere med sværere sagsforløb, hvor der er behov for koordinering af flere aktiviteter. Det er ofte borgere der udskrives fra specialiserede eller højt specialiserede afdelinger. Mens HSK, i de lettere sagsforløb med få fagpersoner involveret, alene rådgiver sagsbehandler eller slet ikke bliver involveret. Det drejer sig om borgere, som måske er hurtigt udskrevet med eller uden GOP, men hvor udviklingen over tid viser sværere funktionsdeficits end forventet.

HSK påpeger, at der mangler neurofaglige kompetencer i arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering, dvs. Jobcentret. I Fase III-forløbet sker der



netop en udvikling i borgerens funktionsniveau og dermed i borgerens rehabiliteringspotentiale og -behov.

*Ovenstående rejser spørgsmålet, om borgere, som er tidligt udskrevne fra sygehus, ofte uden genoptræningsplan, bliver overset i HSK-funktionen, Træning og Helbredssporet?*

*Spørgsmålet er endvidere, om hjerneskaderehabilitering i Fase III kunne styrkes ved tilførsel af adgang til neurofaglige kompetencer på såvel det sundhedsfaglige område som beskæftigelsesområdet?*

## Rehabiliteringsteamet

Der er ikke gennemført konkrete interviews af medlemmer af rehabiliteringsteamet. Men der er sammenfald mellem medlemmer af rehabiliteringsteamet og de interviewede fagpersoner. Den eneste, som er interviewet i kraft af sin rolle som mødeleder i rehabiliteringsteamet, er leder af Sekretariatet i Job og Ydelser, som i en kortere periode har været mødeleder i rehabiliteringsteamet.

*Rehabilitering* indføres som et specifikt begreb i den danske beskæftigelsesindsats med reformen om førtidspension og fleksjob, januar 2013.

Jobcentrene nedsætter tværfaglige rehabiliteringsteams. De består af en kommunal repræsentant fra socialafdelingen, sundhedsafdelingen og jobcentret samt en SK'er fra Regionens kliniske Funktion. En ungdoms- og uddannelsesvejleder repræsenteres ad hoc. De tværfaglige teams har til formål at komme med anbefalinger i beskæftigelsesrettede rehabiliteringsforløb kaldet ressource- og jobafklaringsforløb. Teamet skal derudover vurdere potentialet for en borgers samlede arbejdsevne. De kan derfor indstille til et fleksjob, hvor arbejdsevnen er væsentligt nedsat eller en førtidspension, hvor rehabilitering ikke på nogen vis vil øge evnen til at arbejde, og muligheden for at blive selvforsørgende er udelukket.

Reformen indfører, som et rehabiliteringsfagligt element, en gennemgående koordinerende sagsbehandler til at skærpe målsætning, støtte målopnåelse og koordinere de forskellige indsatser i borgerens rehabiliteringsforløb, som iværksættes på baggrund af rehabiliteringsteamets anbefalinger. Derudover udmøntes rehabiliteringsforløbet via rehabiliteringsplaner kaldet rehabiliteringsplanens forberedende del, indstilling og rehabiliteringsplanens indsatsdel.

Hensigten med rehabiliteringsteamet og de koordinerende sagsbehandlere er at bedre samarbejdet omkring borgeren på tværs af fag og sektorer og bedre borgerinddragelsen. Begge initiativer med henblik på arbejdsmarkedsfastholdelse af borgere med nedsat arbejdsevne for at øge antallet af selvforsørgende i den arbejdsdygtige alder, Bekendtgørelse Lov om Aktiv Beskæftigelse.



Kommunen afholder møder i Rehabiliteringsteamet næsten en gang om ugen med deltagelse af borgeren, mødeleder, sekretær (koordinerende sagsbehandler), repræsentant fra jobcenter, voksenafdeling og sundhedsafdeling samt SK fra regionen. I løbet af det år, som projektet Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering er forløbet, er der etableret en tradition for, at HSK indkaldes ad hoc som koordinator.

### **Dokumentation**

Der er etableret en fælles platform for rehabiliteringsteamets deltagere i Medicconnect . Den ansvarlige sagsbehandler i Helbredssporet overfører oplysninger, som vedkommende vurderer som relevante, til Medicconnect, f.eks. forberedende rehabiliteringsplan og Læ265. Rehabiliteringsteamets indstilling med plan for forløb dokumenteres også heri.

### **Visitation til mødet i rehabiliteringsteamet**

Vurdering om borgeren er i gruppen, der skal visiteres til møde i rehabiliteringsteamet, afgøres af sagsbehandler og dennes leder. Der kan konfereres med leder af Helbredssporet eller leder af Rehabiliteringsteamet.

### **Fremtidstanker om ledelse af rehabiliteringsteam**

Det er planen, at lederne fra 'Helbredssporet', 'Uddannelsessporet' og 'Job kontanthjælp, aktivitetsparate' samt leder af Sekretariatet Job og Ydelser på skift skal sidde som mødeleder af rehabiliteringsteamet. Der skal udarbejdes en struktur. Fungerende mødeleder for rehabiliteringsteamet udtaler, at det fra ledelsens side er imperativt, at linjen på mødet udvikles og så vidt muligt ensrettes. Der skal være en trykthed for sagsbehandlerne og borgernes side ift. rammerne og kvaliteten af rehabiliteringsteamets kvalitet og fokus, da dette viser sig at være essentielt ift. det videre forløb.

### **Fremtidige tanker om indsatser i arbejdsrettet rehabilitering**

Lederen foreslår, at der udarbejdes en liste over tilbud og indsatser. Indenfor arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering kunne det lade sig gøre ved at specialisere tilbudsviften og sikre en jævnlig opdatering af denne; så har vi som forvaltning mulighed for at hjælpe sagsbehandlerne med løbende at have relevante og effektive tilbud til borgerne. Dette med en beskrivelse af tilbuddets rammer, formål og validitet. Mhp. implemen-



tering er det vigtigt, at ledelsesplanet kender tilbudslisten samt effekten af de forskellige tilbud. Tilbudslisten skal formidles fra leder til sagsbehandler og være tilgængelig for sagsbehandler. På listen kunne det præciseres, at hjerneskadekoordinator skulle inddrages, og tilbudsforløb kan koordineres med hende. Endvidere skal sagsbehandlerne klædes på ift. neurologiske patienters sygdoms- og genoptræningsforløb, da det ofte kan være vanskeligt for lægmand at vurdere, om borgeren gør de hensigtsmæssige fremskridt og herved kan honorere skærpede krav til deltagelse. Hvis grundlaget i kommunen ikke er tilstrækkeligt til et specialiseret niveau for genoptræning, så skal der laves fællesaftaler med kommuner eller institutioner, hvor det er muligt at tilgodese den nødvendige rehabilitering mhp. genindtrædelse på arbejdsmarkedet.

### **Fremtidige tanker om samarbejde**

Aktuel mødeleder i rehabiliteringsteamet og områdeleder i økonomi, social kontrol samt udvikling og analyse, ser det som sin opgave at være med til at sikre klare rammer for sagsbehandlernes arbejde, f.eks. samarbejde mellem Job og Ydelse samt Omsorg og Sundhed. Ønsker overordnet set at fremme samarbejde mellem de forskellige afdelinger i kommunen.

### **Delkonklusion rehabiliteringsteamet**

Visitation til rehabiliteringsteamet foretages af sagsbehandler i Helbredssporet, beskæftigelsen. Dokumentation foregår i Mediconnect, som er en fælles platform for rehabiliteringsteamets medlemmer. Der er påbegyndt en drøftelse lederne imellem vedrørende fremtidig ledelse af rehabiliteringsteam, rammer og kvalitet af fremtidige indsatser samt tanker om fremtidigt samarbejde i sagsforløb.



## **Sammenfatning og konklusion: Kapitel 2 Hjerneskaderehabilitering i en kommunal kontekst**

Overordnet set udgør sagsforløb for personer med erhvervet hjerneskade en lille men ikke ubetydelig mængde af det samlede antal sagsforløb. Netop denne type sagsforløb er komplekse, ofte langvarige og udgør samtidig en ekstra udfordring mht. kompetencer og ressourcer. Hertil kommer, at funktionsniveauet ændrer sig henover forløbet, f.eks. kan forbedring af talefunktionen medføre, at kognitive funktionstab kommer til syne. Ændring i livssituation kan føre til identitetsproblemer og depression.

I dette kapitel undersøges fagpersonernes tanker og erfaringer med forhold og muligheder for hjerneskaderehabilitering i sin kommunale/beskæftigelsesmæssige kontekst. Oplysningerne er baseret på fokusinterview af udvalgte fagpersoner i kommunen. Med kursiv er angivet spørgsmål, som belyses yderligere i kapitel 7 bl.a. ved at inddrage resultaterne fra de øvrige kapitler.

### **Organisation og digital kommunikation**

Hjerneskaderehabilitering er ledelsesmæssigt opdelt på 2 hovedcentre, 3 fagcentre og endnu flere afdelinger/fagområder, som er geografisk spredt i kommunen. De forskellige centre og fagområder er forankret i forskellige lovkomplekser. Eftersom forløbene ofte er meget komplekse, er den enkelte borger på samme tid tilknyttet flere sagsbehandlere/terapeuter ansat i forskellige Centre/afdelinger i kommunen. Borgeren kan f.eks. have kontakt med Jobcentret, Ydelse, Voksenafdelingen-Myndighed og Træning/Neuroteam samtidigt.

Som konsekvens af en skarp opdeling i digitalkommunikation i kommunens centre er ikke alle væsentlige oplysninger for samarbejdet tilgængelige for fagpersoner, som er beskæftiget med samme borger. Der er heller ikke adgang til den koordinerende funktions notater for alle fagpersoner, idet fagpersoner i beskæftigelsesområdet ingen adgang har og modtager orientering om borgere, mødeindkaldelse, referat mm. fra HSK pr. mail.

*Det rejser spørgsmålet, om hvilken betydning denne form for organisation har dels for et helhedsorienteret og samordnet rehabiliterende forløb for den enkelte borger og dels for samarbejdet mellem borgeren og terapeuter og sagsbehandlere indbyrdes?*



*Kunne man f.eks. overveje en fælles arbejdsplatform eller læseadgang, hvis loven tillader dette? Der er bl.a. etableret en fælles IT-plattform for samarbejde mellem Region og kommunes rehabiliteringsteam.*

### **Visitation – Forløb og indsatser**

Visitation af borgere med erhvervet hjerneskade til forløb i kommunen har ikke én men flere indgange både mht. fagpersonkontakt og -kompetencer, lovgivning og geografi. For hver indgang foretages en visitation i forhold til relevant lovområde og faglige kompetencer.

Oftest har borgeren således flere parallellforløb fordelt på ovenfor nævnte fagområder. Samtidigt har borgeren ofte fortsat kontakt med sygehus og egen læge mv. Dvs., at der er adskillige såvel interne som eksterne fagpersoner involveret udover borgeren og dennes familie.

Der vurderes umiddelbart at være skarp adskillelse af indsatser i forløb i Omsorg og Sundhed og Jobcenter. Der kan være flere grunde hertil. Muligvis fordi terapeuter og sagsbehandlere opfatter, at de har hver deres opgaver. Muligvis en manglende italesættelse i Organisationen af, at der er tale om et samlet helhedsorienteret forløb, hvor indsatserne bør være samordnede, for at det skal give størst mulig mening for borgeren og mindst mulig belastning.

Indholdet i de samtidige parallelle forløb i de forskellige fagområder er yderligere bestemt af forskellig lovgivning og faglighed. Dette præger således helt forventeligt de forskellige fagpersoners intention og forventning til et forløb og dermed også den plan, der lægges for borgeren og det, der arbejdes med. Forløbet i Helbredssporet tager sigte på at bringe borgeren hurtigst muligt tilbage til egen forsørgelse, og er i høj grad styret af en juridisk tankegang, mens forløbet i Træning tager sigte på at gøre borgeren i stand til at klare almindelige, daglige aktiviteter og er styret af sundhedsfaglig tilgang.

Som det er nu arbejder Træning/Neuroteamet primært med at inddrage borgerne i en meningsfuld proces med det mål at kunne klare sig i eget hjem, mens der i Jobcentret/Helbredssporet er fokus på deltagelse på arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt. Men ofte må der sent i forløbet iværksættes en neurofaglig vurdering pga. mistanke om kognitive problemer, der hæmmer deltagelse i arbejdspraktikker. Mange oplever gennem forløbet betydelige psykologiske problemer grundet ændring i funktionsniveau og eget selvbillede. Indsatserne mhp. at afklare de kognitive funktioner kunne have været iværksat langt tidligere og dermed givet borgeren et mere helhedsorienteret forløb, hvor der i tilstrækkelig grad har været tilbud om træning af kognitive funktioner og psykologisk støtte.



I den rehabiliterende tankegang understreges netop, at indsatsen skal være helhedsorienteret, tidsmæssigt afgrænset og samordnet, og såvel borger som pårørende skal inddrages, WHO 2001, Glintborg 2015. Der er på baggrund af resultaterne i dette kapitel stærke indicier for, at det ikke forholder sig sådan.

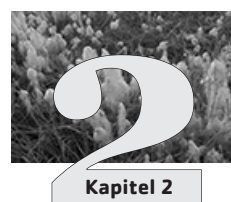
*Det bringer spørgsmålet op, om borgerens samlede situation og forløb 'behandles helhedsorienteret', eller om den er opdelt i elementer afhængig af lovområde og den enkelte fagpersons kompetencer. Der kunne derfor være behov for at se på, hvordan indsatserne i de forskellige fagområder kan bringes til at udgøre et helhedsorienteret og tværfagligt forløb for borgeren og med tilstedeværelse af de nødvendige faglige kompetencer.*

### **Mulige samarbejdsrelationer**

Internt fungerer samarbejdet indenfor Omsorg og Sundhed. Desuden er der blevet investeret ressourcer i at etablere en velfungerende, frem-skudt visitation ved udskrivning af borger fra sygehus. Flere fagpersoner peger på, at der er både praktiske forhold, IT-forhold og organisatoriske barrierer samt faglige forbehold i samarbejdet mellem Helbredssporet og Træning. Der er ingen formelle aftaler om samarbejde mellem Helbredssporet og Træning. Der er f.eks. ikke tradition for eller aftale om, at Træning udfærdiger et overgangsnotat, som er fokuseret og nuanceret nok til at kunne anvendes af sagsbehandlere i Helbredssporet. Der kan være sporadisk kontakt i forløb, mest på Helbredssporets initiativ. Terapeut giver udtryk for, at det kan være problematisk at videresende enten et foreløbigt eller et slutnotat fra træning til Helbredssporet, da hun har oplevet, at borgeren er blevet forurettet over, at det har stillet ham dårligere i forløbet i Helbredssporet. Men terapeuten siger samtidig, at de må prøve.

HSK nævner, at der mangler neurofaglige kompetencer i Jobcentret. Leder i Helbredssporet bekræfter, at der ikke er tradition for samarbejde med eksterne aktører med neurofaglige kompetencer, f.eks. VISO eller potentielle samarbejdspartnere i nærområdet, f.eks. VISP-kommunikationscenter, Kommunikationscenter Slagelse og kommunikationscenter Ballerup samt BOMI, som tilbyder undervisning, rådgivning og vejledning om og til personer med hjerneskade. Der er dog et begyndende samarbejde med NFA-Holbæk.

*Det er tankevækkende, at kommunen har valgt ovenstående rådgivning fra, idet andre kommuner, jf. interview med Sundhedskoordinatorerne, har et sådant samarbejde. Alle disse tiltag kræver finansiering af kommunen, og det kan måske være et spørgsmål om tilstrækkelige ressourcer i de mindre og mindst velbeslåede kommuner.*



## Faglig kommunikation

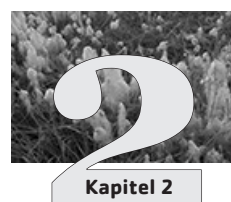
De enkelte fagpersoner bidrager oftest i adskilte forløb til borgerens genoptræning og tilbagevenden til arbejdsmarkedet inden for deres sæt af regler og normer. Dette medfører også, at de anvender forskellige sprog til at beskrive problemstillinger og resultater med udgangspunkt i deres faglige kompetencer. F.eks. nævner terapeuten i Træning, at de anvender mange tests og er vant til at udtrykke sig i dette testsprog. De prøver at skrive i mere alment sprog i afslutningsnotat til egen læge. Anvender dog sproget fra testene.

Set i lyset af den forventede udvikling i borgerens funktionsniveau fra opstart til afslutning i kommunalt regi er der behov for en fælles, kontinuert analyse af borgerens funktionsevne og ressourcer i en fremadgående proces. Dette stiller krav til tilstedeværelsen af relevante faglige kompetencer samt analyse og dokumentation i et fælles sprog gennem det samlede forløb. Dette vil blive behandlet yderligere i perspektiveringen.

Resultaterne tyder på, at den løbende dokumentation i den enkelte afdeling/fagområde ikke i tilstrækkelig grad har en formidlingskvalitet, så indholdet er forståeligt for de andre faggrupper. Jf. at sagsbehandler og terapeut ikke tolker en udtalelse fra terapeut ens. Idet sagsbehandler opfatter en forbedring i tilstanden og iværksætter arbejdspraktik, da Omsorg og Sundhed ved afslutning af borgeren fra Træning f.eks. skriver, at sit up er forbedret fra 5 til 7. Sidstnævnte er i terapeutsprog en forbedring, men ikke nødvendigvis på sådan en måde, at det godtgør sagsbehandlerens handling. Misforholdet kan måske forklares i deres forskellige fagligheder; men også de forskellige intentioner i sundhedsloven og beskæftigelsesloven og dermed mål for de enkelte etaper inden for det samlede forløb. Men det leder også tankerne hen på, om der er taget tilstrækkeligt hensyn til omsætning af fagsprog fra specialistniveau til generalistniveau fra den ene faglighed til den anden. Overordnet set er fælles kommunikation jo en forudsætning for tværfagligt samarbejde.

Endvidere synes der at være en usikkerhed hos fagpersonerne om hvilke oplysninger, der kan udveksles mellem de forskellige fagområder.

*Umiddelbart synes der at være behov for udarbejdelse af guideline for hvilke oplysninger, der må, kan og skal udveksles mellem de forskellige fagpersoner. I en sådan guideline kunne også inddrages anbefalinger til at omsætte fagsprog til et fælles kommunikationssprog.*





## Koordinering af forløb

Såvel Hjernekoordinationsfunktionen som Rehabiliteringsteamet er vigtige institutioner i forhold til tværgående koordination.

Hjerneskadekoordinatorfunktion, HSK er etableret som en tværgående funktion med ressource tilgang fra 3 forvaltningsområder i kommunen og ledelsesmæssigt tilknyttet Voksenafdelingen-Myndighed. Funktionen varetages af én fysioterapeut.

Der er forskellige henvendelsesveje til HSK, som medfører, at HSK er direkte tilgængelig såvel for borger som sagsbehandler i Jobcentret, Voksenafdelingen-Myndighed samt Træning.

HSK-funktionens opgave er primært tværfaglig koordinering af forløb, mødeindkaldelse og - ledelse samt rådgivning til borgere og sagsbehandlere. HSK foretager ikke en neurofaglig udredning. I forløb, hvor HSK har den koordinerende rolle, udarbejdes en skriftlig status og plan baseret på de foreliggende oplysninger og borgerens udsagn. HSK har et udbredt kendskab til mulige aktiviteter i området og rådgiver gerne om muligheder. HSK nævner, at der ikke er neurofaglige kompetencer i Jobcentret. Der er ventetid ved igangsættelse af koordinerende forløb mv., og HSK vurderer, at der er behov for flere ressourcer til HSK-funktionen. HSK deltager allerede i aktiviteter som 'Livet med hjerneskade'.

Fagpersoner såvel i Træning som Helbredssporet peger på behovet for en tovholderfunktion i komplekse forløb med mange fagpersoner og indsatser. Det er åbenlyst, at Træning har anvendt HSK som tovholder siden funktionen blev etableret og oplever, at det er en uundværlig aflastning, mens sygedagpengesagsbehandlerne i Helbredssporet først er blevet opmærksom på HSK-funktionen i forbindelse med rehabiliteringsmøde og aktuelle projekt. Samtidigt er det klart, at såvel sygedagpenge- som koordinerende sagsbehandler oplever, at myndighedsrollen i forhold til sygedagpengeloven og FØP-Fleks loven ikke kan videregives. For dem kan HSK bidrage med råd og vejledning om mulige aktiviteter og eventuelt varetage koordinationen i forhold til Træning og CSU.

Som konsekvens af, at der i den senere tid er kommet mere fokus på pårørendedelen og den psykologiske rehabilitering, vil HSK i fremtiden gerne bidrage til, at dette afspejler sig i højere grad i fremtiden i den tværfaglige indsats.

Fra de andre fagpersoner fremsættes ønsker om fast kontortid for HSK. Der er ønsker om, at HSK's notater i højere grad nuanceres, så de kan anvendes ved igangsættelse af aktiviteter mhp. tilbagevenden til arbejdslivet.

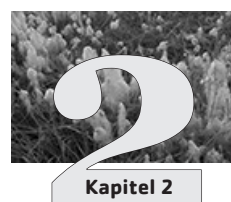


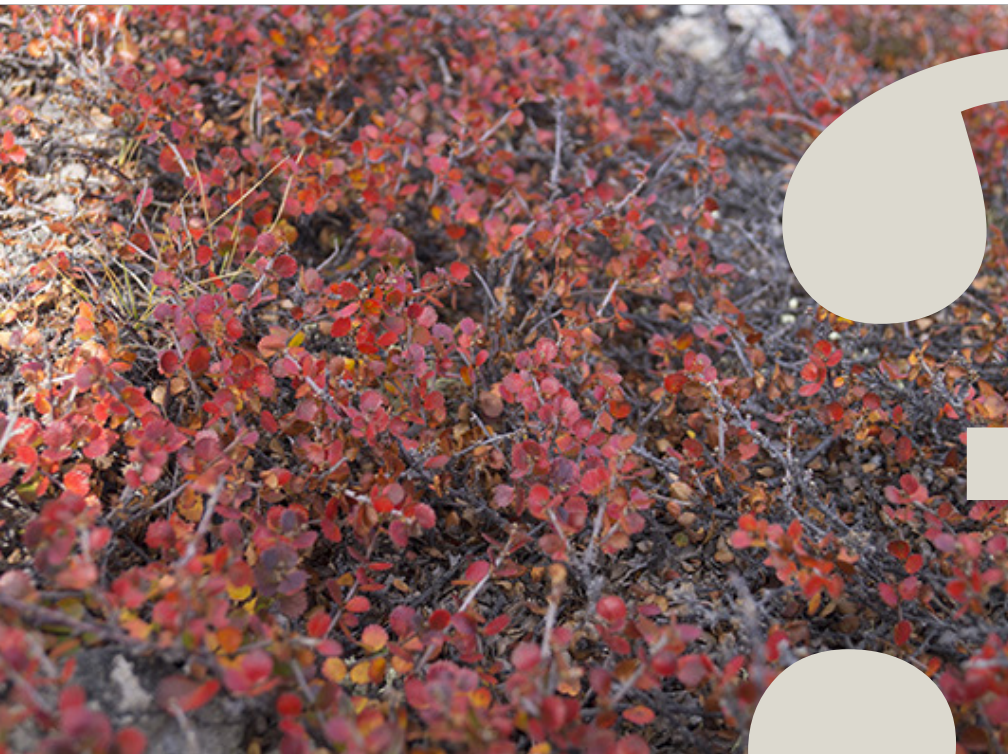
Helt overordnet fremsættes forslag om et neuroudvalg med en koordinerende funktion tidligt i forløbet med deltagelse af HSK og ledere fra relevante afdelinger. Sygedagpengesagsbehandler er ikke begejstret for et muligt neuroudvalg, tænker at det er langtrukket og ønsker i stedet tættere kontakt med HSK.

Rehabiliteringsteamet, jf. kapitel 1, har en koordinerende funktion i forhold til den rehabiliterende indsats og det tværfaglige samarbejde internt i kommunen og med Regionen. Der er ikke foretaget interview af de enkelte medlemmer. Der er en eksisterende, fælles platform i Mediconnect for dokumentation til teammøderne. Fagpersonen i Helbreds-sporet har ansvaret for, at relevante oplysninger lægges på den fælles platform i forbindelse med Rehabiliteringsmødet; men oftest mangler oplysninger fra de øvrige fagcentre/afdelinger i kommunen, selv om borgeren har en aktiv sag der. Aktuelt bringes de fleste sagsforløb for rehabiliteringsteamet tidligst efter et halvt år og mødet gentages med års mellemrum ved behov. Den løbende sagsbehandling forestås af den koordinerende sagsbehandler, som er forankret i beskæftigelsen.

*Det rejser spørgsmålet, om det er muligt via tidligere aktiviteter i rehabiliteringsteamet end nu at kunne styrke indsatsen omkring den rehabiliterende tankegang, dvs. at borgerens samlede situation 'behandles helhedsorienteret og tværfagligt' gennem hele forløbet med borgeren i centrum?*

*Eller om der er behov for at etablere et koordinerende udvalg, som understøtter et samlet og koordineret forløb for borgere med erhvervet hjerneskade på tværs af centre og fagafdelinger, og med kompetencer og ansvar til ikke kun at rådgive, men også at iværksætte indsatser? Der er dog fortsat behov for at bibeholde tovholderfunktionen for de enkelte forløb og for få afvejning mellem myndighed og faglig indsats.*





# 3

## Kapitel 3

Forekomst af diagnoser, funktionsevne samt tilbud i Fase III - Baseret på 16 aktive sagsforløb

## Indledning

I kapitel 3 beskrives resultaterne af min gennemgang af 16 aktive forløb i juli 2016. Vedrørende formål, metode og samtykke henvises til bilag 1. Overordnet er der udvalgt en række temaer, som forudsættes at være meningsgivende for borgernes rehabilitering. Der er foretaget en meningsgivende analyse inden for de enkelte temaer for at belyse, hvorvidt der foregår en relevant, arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i fase III, kommunalt regi, SST 2011a. Temaerne er her opdelt i følgende 6 hovedområder: 1) baggrundsoplysninger, 2) helbred, herunder varighed, diagnoser og co-morbiditet, 3) funktionstab, 4) indsatser, 5) neurofaglig/neuropsykologisk vurdering af ressourcer og rådgivning samt 6) koordinering af indsatser. Delkonklusionerne fra de enkelte hovedområder er medtaget i den samlende og afsluttende diskussion og konklusion i kapitel 7.

## Resultater

### Baggrundsoplysninger

Under baggrundsoplysninger beskrives karakteristika for undersøgelsesgruppen: Alder, køn, uddannelse samt tilknytning til arbejdsmarkedet, da disse kan have betydning for resultatet i de enkelte forløb, se tabel 3.1.

#### Køn og alder

Materialet består af 10 mænd og 6 kvinder i den erhvervsaktive alder. Gennemsnitsalderen for alle er 54 år (minimum 40 år og maksimum 62). Mændene er lidt yngre end kvinderne med en gennemsnitsalder på 52,6 år mod 55,2 år. Borgere med varighed af hjerneskade på under eller lig med 12 måneder er lidt ældre med en gennemsnitsalder på 55 år end borgere med varighed af hjerneskade på over 12 måneder med en gennemsnitsalder på 53 år.

#### Uddannelse og job

Alle borgere har grundskolen, og én har gymnasial uddannelse. Deres erhvervs-mæssige uddannelser fordeler sig således: ingen uddannelse 3, kortvarig uddannelse 4, mellemlang uddannelse 9 og langvarig uddannelse 0. Alle på nær 1 borger er tilknyttet arbejdsmarkedet ved sygdomsdebut. 5 var selvstændige, 6 lønmodtagere, 1 fleksjobber og 3 arbejdsløse, tabel 3.1.



**Tabel 3.1. Baggrundsdata i løbende sagsforløb juli 2016 i Jobcenter i Case-kommune, antal borgere**

<b>Varighed af lidelse</b>	<b>&lt;= 12 mdr.</b>	<b>&gt;12 mdr.</b>	<b>I alt</b>
Antal borgere	6	10	16
<b>Køn</b>			
Mand	4	6	10
Kvinde	2	4	6
<b>Alder</b>			
Gennemsnitsalder i år	55	53	54
Minimum og maksimum år	47-62	40-62	40-62
<b>Skoleuddannelse</b>			
Grundskole	5	10	15
Gymnasial	1	0	1
Specialskole	0	0	0
<b>Erhvervsuddannelse</b>			
Ingen	2	1	3
Kort	0	4	4
Mellem	4	5	9
Langvarig	0	0	0
<b>Tilknytning til arbejdsmarkedet*</b>			
Selvstændig	2	3	5
Lønmodtager	3	3	6
Arbejdsløs	1	2	3
Fleksjob	0	1	1
Ingen tilknytning	0	1	1

\* Tilknytning til arbejdsmarkedet ved sygdomsdebut oplyst i sagsforløb juli 2016 i akter i Jobcenter.

### Forsørgelsesstatus

De 16 borgeres forsørgelsesstatus er beskrevet ved den ydelse, de modtog fra Jobcenteret i juli 2016. Af tabel 3.2 fremgår, at 4 har sygedagpenge, 7 er i jobafklaringsforløb (JAF), 2 er tildelt ressourceforløb og 3 modtager kontanthjælp. Ressourceforløbene er tildelt borgere med varighed af hjerneskade på mere end 12 måneder, mens JAF er nogenlunde fordelt på forløb med en varighed på 12 måneder eller derunder.

**Tabel 3.2. Forsørgelsesgrundlag i Jobcenter juli 2016, antal borgere opdelt efter varighed af lidelse**

Varighed af lidelse	<= 12 mdr.	>12 mdr.	I alt
Antal borgere	6	10	16
Sygedagpenge	1	3	4
JAF	4	3	7
Ressourceforløb	0	2	2
Kontanthjælp	1	2	3
Ingen	0	0	0

### Delkonklusion baggrundsoplysninger

Alle er forventeligt i den erhvervsaktive alder og er på nær én tilknyttet arbejdsmarkedet ved sygdomsdebut. Der er flere selvstændige end forventet. Deres forsørgelsesgrundlag i juli 2016 er primært jobafklaringsforløb eller sygedagpenge. 2 er tildelt ressourceforløb, og 3 modtager kontanthjælp.

### Hjerneskade og andre diagnoser

Ved hjerneskade forstås, at borgeren opfylder mindst én af diagnoserne for erhvervet hjerneskade ifølge, SST 2011a. Sundhedsstyrelsen har i Forløbsprogrammet afgrænset erhvervet hjerneskade til de første 9 diagnoser i tabel 3.3. Jeg har tilføjet anden lidelse, hvis der er betydende anden lidelse, f.eks. hjertesygdom.



### Forekomst af hjerneskadediagnoser i 16 aktive sagsforløb

I dette afsnit belyses, hvilke diagnoser og hvor hyppigt de forekommer i de 16 aktive sagsforløb. En borger kan have flere diagnoser.

Tabel 3.3 viser, at diagnosen apopleksi er registreret 12 gange, TCI 1 gang, Traumatisk hjerneskade 2 gange, Subarachnoidal blødning 1 gang, Encephalopati 2 gange og Følger efter tidligere hjerneskade 3 gange. Flere diagnoser kan optræde hos samme borger. Endvidere er registreret 7 diagnoser, hvor der også er betydende co-morbiditet.

**Tabel 3.3.** <sup>1</sup>Diagnoser nævnt i sagsforløb juli 2016 i Jobcenter i Case-kommune, opdelt på varighed af hjerneskade.

Varighed af lidelse	<=12 mdr.	>12 mdr.	Alle
Samlet antal af hjerneskadediagnoser	7	14	21
Apopleksi	5	7	12
TCI <sup>2</sup>	0	1	1
Traumatisk hjerneskade	2	0	2
Subarachnoidal blødning <sup>3</sup>	0	1	1
Tumor	0	0	0
Infektion	0	0	0
Encephalopati <sup>4</sup>	0	2	2
Følger efter hjerneskade	0	3	3
Følger efter anden neurologisk lidelse	0	0	0
Anden lidelse <sup>5</sup>	3	4	7

<sup>1</sup> Der kan være flere diagnoser for samme person.

<sup>2</sup> TCI Transitorisk iskæmi er et mildt slagtilfælde (apopleksi), hvor man har et forbigående tab af funktion.

<sup>3</sup> Subarachnoidal blødning er blødning i det væskefyldte rum mellem den mellemste og inderste hjernehinde.

<sup>4</sup> Encephalopati er en diffus hjerneskade pga. iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning.

<sup>5</sup> Sygdom i muskler, stofskifte etc.



### **De enkelte borgeres diagnoser**

I dette afsnit belyses, hvilke hjerneskadediagnoser, der er knyttet til de enkelte borgere, og om der er co-morbiditet, dvs. anden lidelse end hjerneskade. For borgere med flere hjerneskader er valgt den seneste.

De 21 diagnoser er fordelt således: 12 ud af 16 borgere har diagnosen apopleksi. De fleste, nemlig 10, har 1. gangs apopleksi, mens 2 har haft længerevarende forløb med flere tilfælde med TCI eller apopleksi. 1 borger har diagnosen traume, 1 borger diagnosen subcarachnoidal blødning, 2 borgere har længerevarende encephalopati. Blandt de 10 med 1. gangs apopleksi har én tillige et nyligt traumatisk hjernetraume, som vurderes at være af betydning for tilstanden. Den ene borger med encephalopati er sygemeldt grundet anden lidelse. Encephalopatien er opstået for 17 år siden; men der er fortsat følger. Da følgerne har væsentlig betydning for den samlede funktionsevne, er borgeren medtaget i denne undersøgelse pga. encephalopati.

En af borgerne med apopleksi flere gange har haft et langvarigt forløb med flere tilfælde gennem 21 år. I perioden er tilstødt lidelser i stofskifte, bevægeapparat og syn, som bidrager til det samlede funktionstab

### **Delkonklusion hjerneskadediagnoser**

Som forventet er den hyppigst forekommende diagnose apopleksi, heraf har 10 borgere apopleksi for første gang og 2 har haft det flere gange. Men de øvrige diagnoser er også repræsenteret. Mindst 3 borgere har enten flere samtidige hjerneskadediagnoser eller andre samtidige diagnoser, som har betydning for det samlede funktionstab.

### **Varighed fra debut af hjerneskade til juli 2016**

Varighed af hjerneskade er et konstrueret mål, idet varighed er målt fra debut af hjerneskade til dataindsamling i juli 2016. Derudover har jeg valgt at opdele materialet i korte og lange forløb med skæringspunkt på 12 måneder eller derunder for varighed fra debut af hjerneskade til projektets ophør i juli 2016. Rationalet bag dette valg er, at man må antage, at for langt de fleste er restitutionen stabiliseret omkring 12 måneder fra debut. I rapporten sammenlignes borgere med kort og lang varighed af hjerneskade, når det er meningsfuldt.

Varighed af forløb fra sygdomsdebut til juli 2016 er minimum 4 og maksimum 204 måneder. Der er således stor spredning på varighed af hjerneskadeforløb. 6/16 borgere har en varighed på 12 måneder og derunder svarende til kort varighed, mens 10/16 af borgerne har en varighed på over 12 måneder svarende til lang varighed. I gruppen med korte forløb





er varighed minimum 4 og maksimum 12 måneder. I gruppen med lange forløb er minimum 15 og maksimum 204 måneder.

Mændenes varighed er 4-204 måneder, mens kvindernes er 7-66 måneder. 4/10 af mændene har en varighed af hjerneskade på 12 måneder eller derunder. Blandt mændene findes de 2 længste forløb på 204 måneder. 2/6 af kvinderne har en varighed af hjerneskade på under eller lig med 12 måneder. Blandt kvinderne er de længste forløb 38 og 66 måneder. Blandt kvinderne er der relativt flere med et forløb på mere end 12 måneder, men ingen ekstremt lange forløb. Hvorimod der blandt mændene er nogenlunde lige mange med forløb på over og under 12 måneder. De 2 mænd med meget lange forløb har begge haft tilknytning til arbejdsmarkedet efter første hændelse og indtil nuværende sygdomsdebut.

#### **Delkonklusion varighed af hjerneskade**

Varighed er målt fra debut af hjerneskade til dataindsamling i juli 2016. Der er stor spredning på varighed af hjerneskade fra få måneder til mange år. For de fleste forventes en restituering inden for det første år. I materialet er der 6 borgere som har kortere forløb og 10 borgere som har længere forløb, dvs. > 12 måneder.

## **Funktionsniveau**

Diagnose er et vigtigt arbejdsredskab i Sundhedsvæsenet, hvor den anvendes i forbindelse med registrering, udredning og behandlingsforløb. I rehabilitering må diagnosen kombineres med en beskrivelse af funktionsevnen, så man kan vurdere rehabiliteringspotentialer og -behov. Denne vurdering er nødvendig for at planlægge og gennemføre relevante rehabiliterende indsatser, se også kapitel 1. I afsnittet ses både på generelle mål for funktionsevne som ADL, almindelige daglige aktiviteter og arbejdsevne, som udtryk for evnen til at deltage på arbejdsmarkedet samt de enkelte specifikke funktionsområder.

I forløb med hjerneskaderehabilitering stiger graden af kompleksitet i borgernes miljø i form af mere og mere komplekse situationer og øget krav om overblik og hurtighed mv., fra de udskrives fra sygehus, Fase I og II til de starter i genoptræning og senere påbegynder tilbagevenden til arbejdet i Fase III. Det er derfor naturligt, at der via genoptræning primært etableres det bedst mulige funktionsniveau for ADL og specifikke funktionsområder. Hvor det er muligt, kan der samtidigt etableres et forløb med fokus på deltagelse på arbejdsmarkedet. Ofte vil det være nødvendigt at vente, til den primære funktionstræning er næsten færdig. ADL mv. bliver således det primære fundament for udvikling af arbejdsevnen, Govender 2007, Lee 2001.



## Forekomst af borgere med begrænsning i ADL

Via observationer af udsagn i Jobcentrets materiale findes oplyst, at 8 ud af 16 borgere har begrænsning i deres almindelige, dagligdags aktiviteter. Desværre kan dette ikke præciseres yderligere. For de øvrige 8 er ADL uoplyst, se tabel 3.4.a

**Tabel 3.4.a Begrænsning i ADL<sup>1</sup> og Arbejdsevne på basis af oplysninger i sagsforløb juli 2016 i Jobcenter i Case-kommune, antal borgere.**

Varighed af lidelse	< = 12 mdr.	>12 mdr.	Alle
Antal borgere	6	10	16
<b>ADL<sup>1</sup></b>			
Begrænset ADL <sup>2</sup>	4	4	8
Indsats <sup>3</sup>	1	4	5
Dokumentation <sup>4</sup>	0	2	2

<sup>1</sup> Almindelig Daglig Livsførelse.

<sup>2</sup> Begrænsning er medtaget, hvis det er nævnt i sagsakterne.

<sup>3</sup> Indsats for at bedre ADL, ydet til borger.

<sup>4</sup> Der er observeret dokumentation for begrænsning i funktionsevnen eller for indsatsen i jobcentrets materiale.

## Tilbud til støtte og udvikling af funktionsevne, ADL

Genoptræning af borgere med erhvervet hjerneskade foregår i Fase III på Sejrso eller Træning, se kapitel 2. Ifølge oplysninger i Jobcentrets sagsakter har 4 ud af 8 med begrænsning i ADL fået tilbud i Træning. For den resterende halvdel af gruppen findes ikke oplysninger om træning i forhold til ADL eller specifikke funktionstab i de foreliggende akter i Jobcenter. Dog er der for 1 af de 8 med uoplyst ADL oplysninger om, at borgeren har modtaget en indsats rettet mod ADL i Træning.

Eksempler på 2 sagsforløb, hvor indsats i Træning er dokumenteret:

*”Case 3 med 1. gangs apopleksi med varighed af hjerneskade på 27 måneder. Var op til debut af hjerneskade arbejdsløs. Har ikke været i arbejde siden, og forsørgelsen ved projektophør i juli 2016 er sygedag-*



penge. I de samlede akter i Jobcenter findes oplysninger om, at borgeren har kognitive og fysiske problemer samt problemer med unaturlig træthed ved projektophør i juli 2016.

I Fase I/II er foretaget 2 neuropsykologiske undersøgelser og terapeutisk vurdering ved sygdomsdebut, som viser begrænsning af den kognitive funktion. Mindre fysisk begrænsning af bl.a. balance. Der er dog gået 25 måneder fra vurdering til projektophør. Ved udskrivelsen begrænsning i ADL.

I Fase III findes i Jobcentrets akter et notat fra Træning, der er næsten 2 år gammelt ved projektophør. I notatet gennemgår terapeuten i et systematisk og letforståeligt sprog borgerens funktionstab, herunder især kognitive problemer og begrænsning af ADL og kognitive funktioner. Der er foretaget kognitiv screening med MoCa-test, som bekræfter terapeutens iagttagelser om begrænsninger i kognitiv funktion. I Træning trænet med støtte i kalender og dagbog, træning af gangfunktion, som resulterer i gang med rollator ude. Henvist til CSU i 2014-2016. Der foreligger ikke dokumentation fra CSU. HSK har været involveret via vejledende forløb siden 2014. Borger er tilbudt kurset 'Livet med hjerneskode'. Borger har endvidere tilknyttet mentor. Det fremgår af akterne, at borger har været hos anden aktør mhp. motion og vægttab. Der foreligger ikke dokumentation herfra. Sagsbehandler har været på hjemmebesøg i 2016. Den neuropsykologiske undersøgelse er ikke gentaget i Fase III trods den vedvarende klage over kognitive problemer.

Case 9 1. gangs apopleksi med varighed på 12 måneder fra debut til projektophør. I starten talebesvær, som hurtigt forsvinder, samt venstresidig hemiplegi. Indtil sygdomsdebut lønmodtager. Forsørgelse ved projektophør i juli 2016 er JAF. I de samlede akter i Jobcenter findes oplysninger om, at borgeren har fysiske, kognitive, sansemæssige samt psykiske problemer og unaturlig træthed i 2016.

I Fase I/II er der foretaget ergoterapeutisk og neuropsykologisk vurdering; der er gået 12 måneder fra vurdering til projektophør. Dvs., vurderingerne er foretaget i forbindelse med sygdomsdebut.

I Fase III har borger deltaget i forløb på Sejrsbo, forlænget træningsforløb i Træning og privat fysioterapi. Træningens fokus har været på fysisk optræning og selvstændig funktion i hjemmet. HSK involveret via koordinerende forløb. Først ved forsøg på at genoptage delfunktioner i tidligere arbejde afdækkes kognitive problemer og ved rehabiliteringsmødet symptomer på depression.”

I begge ovenstående eksempler er gennemført funktionsvurdering ved terapeut og neuropsykolog inden udskrivelsen i Fase I/II. Notaterne fra Træning i Fase III beskriver indsats og udvikling i forløb.



I de 2 beskrevne cases har begge borgere klaget over kognitive problemer i Fase III. Begge er undersøgt af neuropsykolog i Fase I/II, men ingen opfølgning herpå i fase III, hverken i Træning eller Jobcenter.

I den første case har der forløbet igennem været fokus på kognitive og fysiske funktionsproblemer. Der er gennemført en screening med MoCa-test, der bekræftede, at der var fortsatte kognitive problemer. Der er iværksat støtte til strukturering i form af brug af kalender og dagbog.

I den anden case har fokus primært været på fysisk funktion, og først ved forsøg på tilbagevenden til arbejdet afdækkes betydelige kognitive problemer, der begrænser arbejdsevnen.

## **Dokumentation**

I Jobcenters akter er nævnt, at 4 har gennemgået træningsforløb, men der findes kun dokumentation fra Træning i 2 af disse 4 genoptræningsforløb. I dokumentationen nævnes begrænsninger, og indsatser beskrives. Dvs., at det er oplyst, hvad der er foregået og hvorfor. I de øvrige 4 sagsforløb med oplyst nedsat ADL - funktion er det uoplyst, om der er foregået indsatser mhp. ADL.

### **Delkonklusion ADL, indsatser og dokumentation**

Halvdelen af borgerne har ifølge sagsakterne begrænsning i ADL, og mindst halvdelen af dem har fået træning herfor. Ofte er oplysninger mere end 1 år gamle. For de øvrige er status og indsatser for ADL helt uoplyst.

Overordnet set er dokumentationen for ADL, specifikke funktionstab og indsatser i Træning slet ikke eller sparsomt beskrevet i de foreliggende akter. Kun i 1 af 8 sagsforløb, hvor begrænsning i ADL er nævnt i Jobcentrets materiale, findes en relevant beskrivelse af begrænsning i ADL, fysisk og kognitive funktioner samt indsatser fra Træning. Det betyder, at det grundlag, som Jobcentret skal arbejde videre med, er mangelfuldt eller ikke eksisterende både mhp. oplysning om niveau af ADL og specifikke funktionstab.

I de nævnte eksempler er der til trods for de erkendte kognitive problemer ikke foretaget yderligere udredning mhp. at afdække det kognitive landskab og dermed borgerens behov for specifik neuropsykologisk træning. Det fremgår ikke af akterne, hvorfor der ikke er rekvireret en opfølgende neuropsykologisk test, der kan bidrage til at beskrive det kognitive landskab og anbefale relevant træning og skånehensyn. I det ene eksempel er gennemført en MoCa-test. Denne meget korte screening er næppe tilstrækkeligt grundlag til at planlægge et rehabiliterende forløb.



*Der er behov for, at der foreligger et afsluttende notat fra Træning, der beskriver begrænsninger, evaluerer fremgang eller mangel på samme samt muligheder for yderligere indsatser, så næste instans kan tage over.*

## Forekomst af borgere med begrænsning i Arbejdsevne

Arbejdsevnen er enkelt beskrevet relationen mellem krav i arbejde og den enkeltes ressourcer, Nielsen 2001. I mere politisk-administrativ betydning defineres arbejdsevnen som evnen til at kunne opfylde de krav, der stilles på arbejdsmarkedet for at kunne udføre arbejdsopgaver, der giver løn til hel eller delvis selvforsørgelse. Arbejdsevnen skal beskrives og vurderes, når der skal tages stilling til spørgsmål om revalidering, fleksjob eller førtidspension. I dette afsnit belyses type og omfang af begrænsninger i arbejdsevne. Med baggrund heri beskrives behov for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.

**Tabel 3.4.b Indsatser og dokumentation for arbejdsevne**

Varighed af lidelse	< =12 mdr.	>12 mdr.	Alle
Antal borgere	6	10	16
<b>Arbejdsevne</b>			
Begrænset arbejdsevne <sup>1</sup>	1	2	3
Indsats <sup>2</sup>	2	5	7
Dokumentation <sup>3</sup>	0	3	3

<sup>1</sup> Begrænsning er medtaget, hvis det er nævnt i sagsakterne.

<sup>2</sup> Indsats for at bedre arbejdsevnen, ydet til borger.

<sup>3</sup> Der er observeret dokumentation for begrænsning i funktionsevnen eller for indsatsen i jobcentrets materiale.



Alle 16 borgere, som undersøges i dette projekt, må antages at have en begrænsning i arbejdsevnen i sådant et omfang, at de ikke er i stand til at deltage på arbejdsmarkedet og derfor midlertidigt er tilknyttet Jobcentret. Det er derfor påfaldende, at der kun i 3 sager er direkte nævnt, at borgerens arbejdsevne er begrænset, mens dette er uoplyst for de resterende 13 borgere. I 4 af de 13 sager, hvor arbejdsevneniveau ikke er oplyst, er nævnt, at borgeren er tilbudt indsatser til forbedring af arbejdsevnen. Så jeg formoder, at arbejdsevnen også af sagsbehandler er erkendt som begrænset; men det fremgår ikke af akterne hvordan og hvorfor. Jeg vil i det følgende afsnit alligevel forudsætte, at alle 16 borgere har behov for afklaring af, støtte i eller udvikling af arbejdsevne.

## **Afklaring af arbejdsevne, støtte og udvikling af arbejdsevne**

Dette afsnit belyser, hvilke indsatser, der har været iværksat for at afklare og fremme borgernes deltagelse på arbejdsmarkedet i fase III samt undersøger, om de er relevante i forhold til borgerens funktionsniveau.

Der er 2 hovedtyper af indsatser; dels de indsatser, der skal bidrage til, at borgeren afklares samt forberedes til deltagelse på arbejdsmarkedet og så en direkte arbejdsmarkedsrettet indsats, f.eks. arbejdspraktik. I den forberedende fase afklares helbredstilstanden gennem samtale med borgeren og indhentning af helbredsoplysninger fra indlæggelser og undersøgelser hos egen læge, f.eks. journaludskrifter, epikriser og attester fra lægen. Borgeren bliver ved behov tilbudt almen fysisk træning, fortsætter sit forløb på CSU etc..

I den arbejdsrettede indsats iværksættes den egentlige arbejdspraktik med skånehensyn.

I 7 ud af de 16 sagsforløb er nævnt, at der er tilbudt arbejdsrettede indsatser; de fordeler sig på 3, hvor arbejdsevne er beskrevet og 4, hvor arbejdsevne ikke er beskrevet. De 7 forløb anvendes som eksempler på arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering, Fase III Jobcentret.

*Case 1A: 1. gangs apopleksi med varighed på 12 måneder ved projektophør i juli 2016. Ved debut talebesvær og styringsbesvær af højre side. Ved sygdomsdebut er borger selvstændig. Forsørgelsesgrundlag ved projektophør er JAF. I de samlede akter fra Jobcenter findes oplysninger om, at borgeren har kognitive problemer og unaturlig træthed.*

*Fase I/II neuropsykologisk og terapeutisk vurdering ved indlæggelse 12 måneder før projektophør. Koncentrationsbesvær og svær udtrætning samt markant nedsat verbal abstraktionsevne, svækket sætningsgentagelse (hjerneskade i venstre capsula interna).*



*Fase III oplysninger fra indhentet sygehusmateriale, som er 12 måneder gammelt, dvs. fra indlæggelse. Der er ikke oplysninger om eventuel fornyet terapeut- eller neuropsykologisk vurdering. HSK har rådgivet i vejledende forløb, og borgeren er henvist til CSU på grund af fortsat stor udtrætning. Der er ikke dokumentation fra forløb i CSU.*

*Borger har genoptaget tidligere arbejde få timer ved projektets ophør i juli 2016. Der er således iværksat arbejdsrettet indsats i form af genoptagelse af tidligere arbejde med få timer; men det er ikke dokumenteret i akterne. Ingen oplysninger, om der er givet støtte til arbejdsrutiner ved genoptagelse af arbejde. Borgers ønsker er at træne sine handicaps og har svært ved at overskue flere ting på én gang.*

*Case 4A: Apopleksi med højresidig kraftnedsættelse og talebesvær ved debut. Varighed på 66 måneder siden debut, svarende til 5,5 år, i juli 2016. Indtil sygdomsdebut i 2010 lønmodtager. Forsørgelsesgrundlag er kontanthjælp. I de samlede sagsakter fra Jobcentret er oplysninger om, at borgeren har fysiske, kognitive og kommunikative problemer, unaturlig træthed samt begrænsning i ADL ved projektophør. Borgeren ser sig ikke i arbejde.*

*Fase I/II Ingen oplysninger*

*Fase III oplysninger fra egen læge underbygger ikke diagnosen, idet han pointerer, at der ikke er påvist strukturelle forandringer ved MR-scanning. Derimod understøtter undersøgelse hos neurologisk og senere psykiatrisk speciallæge diagnosen apopleksi. Der har været gennemført neuropsykologisk undersøgelse, som imidlertid er 51 måneder gammel. Dvs., den er foretaget inden for det første år efter sygdomsdebut. Denne viste, at der dengang var svingende kognitiv funktion med tydelig reduktion i forhold til fokuseret opmærksomhed og koncentration. Der er benævnelsesvanskeligheder, og det psykomotoriske tempo samt forarbejdeshastighed er generelt massivt nedsat. Umiddelbart synes arbejdshukommelsen intakt. Der har været dels træning dels indsats mhp. stabilt fremmøde hos anden aktør. (Forfatter: dette er en almen og ikke specifik træning); men ingen dokumentation herfor. HSK har rådgivet i sagsforløbet via vejledende forløb. Der foreligger ikke dokumentation i akterne.*

*Case 6A: følger efter hjerneskade med en varighed på 204 måneder, dvs. 17 år. Følgerne er kognitive problemer, nedsat førlighed og problemer med gangfunktion. Er nu sygemeldt med anden lidelse, ryg. Borgeren har indtil aktuel lidelse været i fleksjob. Forsørgelsesgrundlag i juli 2016 er JAF. I de samlede sagsakter fra Jobcentret er der oplysninger om, at borgeren har problemer med fysiske og kognitive funktioner, som har berettiget til fleksjob for 17 år siden.*

*Fase I/II Ingen oplysninger.*



*Fase III Oplysninger om funktionsevne baseret på borger og sagsbehandler. Borger har genoptaget arbejdet på nedsat tid samtidig med fysioterapeutisk træning. Jobcentrets ergoterapeut har været på arbejdspladsbesøg og især rådgivet om hjælpemidler i relation til de fysiske forhold. Dokumentation i notat fra sagsbehandler. Ved forelæggelse på rehabiliteringsmøde er anbefalet kontakt med HSK.*

*Borgers ønske er arbejde med begrænsninger.*

*På mødet ultimo september 2016 mellem Teamleder, Hjerneskadekordinator og Sundhedskordinator vurderes, at borgeren er i målgruppe for vejledning fra HSK. Men borgeren har ikke været henvist til HSK.*

*Case11A: 2011 TCI og vedvarende følger heraf i form af øget stressbarhed, øget træthed og nedsat energi. Varighed fra første hjerneskade er på 60 måneder svarende til 5 år. Ultimo 2015 apopleksi. Varighed af seneste hjerneskade er godt et halvt år. Indtil TCI i 2011 lønmodtager på fuldtid; men får tiltagende svært ved at magte arbejdet og arbejdstiden reduceres. Forsørgelsesgrundlag ved projektets ophør er JAF. Oplysninger i akterne om, at borgeren har kognitive, sanssemæssige problemer i form af højresidig homonym hemianopsi, dvs., svært ved at se til højre, psykiske problemer og unaturlig træthed ved projektophør.*

*I Fase I/II er borger vurderet af terapeut og ambulant af neuropsykolog 4 måneder før projektophør. Neuropsykolog refererer, at borgeren har nedsat energi, dårligere overblik, har sværere ved at orientere sig og har synsfeltudfald mod højre. Der er indlærings- og hukommelsesbesvær, vanskeligheder med kompleks, praktisk problemløsning og omstilling. Det simple mentale tempo er langsomt. Opmærksomheden er ustabil. Neuropsykologen finder, at resultatet af testen peger på begrænsning i flere områder af hjernen. Anbefaler i forbindelse med videre træning fokus på energiforvaltning, executiv funktion, hukommelse og indsigt i egen sygdom. Endvidere anbefales inddragelse af aktører, der har specialviden på området ved genoptagelse af arbejde, dvs. arbejdsrehabilitering på avanceret niveau.*

*Fase III ved udskrivelse fra sygehus begrænsninger i ADL. Har modtaget tilbud på Sejrsbo og i Træning. Der foreligger ingen dokumentation herfor i Jobcentrets akter. Dokumentation for funktionsevne ved borger, sagsbehandler og egen læge i akter i Jobcenter. Heraf fremgår, at borger klarer sig nogenlunde derhjemme, men har problemer med orientering, unaturlig træthed og hukommelsesbesvær. HSK har været involveret via koordinerende forløb. Der foreligger ikke dokumentation herfor. Borger har bl.a. deltaget i 'Livet med hjerneskade' og pårørendegruppe. Endvidere henvist til anden aktør mhp. at vurdere funktionsniveau samt mødestabilitet. Har været i forløb med arbejdspraktik fra 4 måneder efter seneste apopleksi. Få timer, men presses heraf.*





Der har ikke været tilbudt støtte som anbefalet af neuropsykologen. Via anden aktør, arbejdsrettet forløb, ingen dokumentation herfor. Borger ser sig i arbejde med begrænsninger. Da sagen forelægges rehabiliteringsteamet i juli 2016 har borgeren fået køretilladelse, men klager over problemer med at se til højre. Ved rehabiliteringsmødet henvises borgeren til egen læge mhp. afklaring af synsproblemer.

Case12A: Oprindeligt sygemeldt med anden kompleks lidelse, da tilstanden kompliceredes med 1. gangs apopleksi. Varighed af hjerneska-  
de 7 måneder. Indtil aktuel sygdomsforløb lønmodtager. Ved projek-  
tets afslutning er forsørgelsesgrundlaget sygedagpenge. I sagsakter i  
Jobcenter findes oplysninger om fysiske, kognitive og psykiske proble-  
mer samt unaturlig træthed.

I fase I/II er borger vurderet af terapeut og neuropsykolog ca. 3 måne-  
der efter debut af hjerneska-  
de. Testen viser stort set, at det kognitive er  
intakt; der er øget træthedsbarhed. De rapporterede kognitive problemer  
tilskrives den psykiske tilstand. Derfor peges på behov for psykolog-  
behandling efter et langt og alvorligt sygdomsforløb. Neuropsykolog  
rådgiver om, at borgeren i forbindelse med opstart på arbejde har få  
timer, kendte og enkle opgaver samt skærmes for støj og lys. I akterne  
forefindes GOP, notat fra terapeut og neuropsykolog.

I Fase III ved udskrivelsen fra sygehus er ADL begrænset. Forløb i  
Træning er nævnt i akter; men der foreligger ikke oplysninger fra  
Træning. I juni 2016 er borger vurderet af speciallæge. Der har været  
drøftelser om arbejdsrettet indsats, som ikke er iværksat ved projek-  
tophør pga. borgerens svære hjernetræthed. Borger ønsker arbejde  
med begrænsninger. HSK har ikke været involveret.

Case14A: 1. gang apopleksi med varighed på 54 måneder, svarende  
til 4,5 år, og nyt tilfælde godt et år senere, som forværrer tilstanden  
yderligere. Borger er ved sygdomsdebut tilknyttet arbejdsmarkedet  
som selvstændig og genoptager ret hurtigt arbejdet på fuldtid. Dette  
er ikke holdbart pga. hjernetræthed, og borger fortsætter på deltid og  
sygedagpenge. Ved projektophør er forsørgelsesgrundlaget sygedag-  
penge. I akterne er oplysninger om fysiske, kognitive og psykiske pro-  
blemer samt unaturlig træthed.

I fase I/II Borgeren følges ambulant gennem flere år. Der foreligger  
vurdering fra terapeut og neuropsykolog, som er 30 måneder, svaren-  
de til 2,5 år, gammel.

I Fase III Funktionsoplysninger fra borger, sagsbehandler samt egen  
læge LÆ265 beskriver hjerneskadetræthed, kognitive problemer og  
venstresidig kraftnedsættelse pga. højresidigt hjerneinfarkt. Neuro-  
psykologisk vurdering, som er 39 måneder gammel. Neuropsykolog  
finder tegn på kognitive problemer fra såvel højre som venstre hjer-  
nehalvdel. Denne peger på, at der er behov for yderligere udredning.



I 2014 efterfølgende neuropsykologisk undersøgelse på neurologisk ambulatorium, som viser fortsat reduktions af arbejdshukommelse; men bedring af øvrige funktioner siden testen i 2013. Borgeren er mellem de to tests kommet i behandling med antidepressiva og er i psykiatrisk forløb. Endvidere udredt med MR i 2013 og CT i 2015 som begge er normale. Jobcentrets ergoterapeut, som har været på 2 virksomhedsbesøg, har rådgivet om skånehensyn. Dette dokumenteret i notat. HSK har været involveret med koordinerende forløb; men dette er ikke nævnt i Jobcentrets sagsakter. Borger har deltaget i forløb på CSU; der foreligger ikke dokumentation herfra. Arbejdsevnen er begrænset. Arbejdsrettet indsats i form af, at borgeren har arbejdet på nedsat tid. Krav i arbejdet, som er dokumenterede.

Borgeren ønsker arbejde med begrænsninger. Efter forelæggelse for rehabiliteringsteamet indstilles til fleksjob og støtte til energiforvaltning samt kontakt til HSK.

Case16A: flere tilfælde med TCI og apopleksi gennem 17 år med kognitive og fysiske følger. Flere andre lidelser, som er velbehandlede. Kroniske smerter behandlet på smerteklinik. Borger har op til seneste sygdomsdebut for 3 år siden været tilknyttet arbejdsmarkedet som lønmodtager. Ved projektophør er forsørgelsesgrundlaget ressourceforløb. I akterne oplysninger om kognitiv, psykisk og unaturlig træthed samt besvær med orientering.

Ingen oplysninger fra fase I/II vedrørende hjerneskaden.

Fase III Ingen oplysninger om ADL. Neuropsykologisk undersøgelse, som er 6 måneder gammel ved projektophør. Neuropsykolog finder upåfaldende funktioner fraset forringet, kompleks opmærksomhed, forringet verbal indlæring og hukommelse, nedsat visuokonstruktion samt forringet non-verbal styringsfunktion (executivfunktion). Anbefaler tilpasning af arbejdstid og rutineprægede opgaver. Oplysninger fra Klinisk Funktion. Tilbudt forløb på CSU, som ikke blev gennemført grundet anden træning. HSK involveret med vejledende forløb. Borger har deltaget i 'Livet med hjerneskade' og tilbud om pårørendegruppe. Arbejdsevnen er begrænset. Der har været iværksat arbejdspraktik via Jobcentret i tidligere job, som er dokumenteret i notat fra anden aktør.

Borgeren ønsker arbejde til trods for begrænsninger. Ved rehabiliteringsmøde indstilles til fleksjob i tidligere erhverv.

I 5 af ovenstående 7 eksempler har borgeren været i direkte arbejdspraktik. Det har ikke været muligt at give en detaljeret beskrivelse af de iværksatte indsatser på basis af de foreliggende oplysninger. Min vurdering er, at de anvendte skånehensyn er reduktion i tid og enkle, rutineprægede opgaver. Der har i en af sagerne været givet vejledning om arbejdets tilrettelæggelse, og i en anden sag har borgeren været tilbudt



5 samtaler med psykolog. En borger har modtaget træning mhp. stabilt fremmøde, hvilket mere må betragtes som almen end specifik træning.

Alle 7 borgere har problemer med energiforvaltning og overblik; men der er tilsyneladende ikke tilbudt hensigtsmæssig, kognitiv afklaring, støtte og træning i forbindelse med genoptagelse af arbejde. Heller ikke, selv om der foreligger neuropsykologisk erklæring, der anbefaler dette. Flere har fået almene indsatser, som man sædvanligvis anvender til borgere med svag arbejdsidentitet.

En borger er henvist til NeuroFaglig Arbejdsrelateret rehabilitering i Holbæk. Der forelå endnu ikke ved projektets ophør dokumentation herfor; derfor er casen ikke medtaget i ovenstående eksempler. Herudover synes der ikke at have været involveret fagpersoner med neurofaglig indsigt i tilbuddene.

## Dokumentation

Overordnet er indsatserne i alle 16 cases beskrevet meget uens og uden samme systematik. I akterne kan man ikke se de mere nuancerede oplysninger om begrænsningerne i arbejdsevnen og om hvordan, der er arbejdet med dem. Det gælder både de 12 cases, som er forberedt til rehabiliteringsmøde og de 4 cases, hvor sagsbehandler har forelagt sagerne for sundhedskoordinator inden rehabiliteringsmøde.

Der er stort set altid indhentet oplysninger fra sundhedssektoren i form af journalmateriale eller udskrivningsbreve. Der foregår endvidere løbende indhentning af oplysninger fra sundhedsvæsenet og henvisning til sundhedsfaglige personer mhp. afklaring af diagnose, funktionsniveau og prognose.

Det er et gennemgående træk, at der mangler dokumentation fra Træning, CSU og HSK i de fremsendte akter fra Jobcentret. Disse oplysninger kunne have bidraget til et mere nuanceret billede af borgerens styrker og svagheder ved opstart af de arbejdsmarkedsrettede indsatser.

I den arbejdsrettede indsats mangler der ofte i oplysningerne en begrundelse for, hvorfor man har valgt en konkret indsats, hvilket mål, der er med den, samt en evaluering af, om det har været til gavn. Dette medfører begrænsede muligheder for at belyse type og omfang samt relevans af indsatser i dette materiale.

Borgerinddragelsen foregår i samtaler med sagsbehandler og er oftest refereret i et kort journalnotat.

I de 7 udvalgte eksempler er observeret følgende:

I 4 ud af de 7 cases er der indhentet oplysninger fra Fase I/II. I de øvrige 3 cases, der havde debut for en række år siden, foreligger ikke



oplysninger fra sygehussektoren. Min vurdering er, at de også er af mindre relevans i forhold til beskrivelse af aktuelt niveau for funktion. I de obligatoriske erklæringer fra egen læge er der udover diagnose og behandling hyppigt givet et bud på funktionsevne i forhold til deltagelse på arbejdsmarkedet.

I de 3 sagsforløb, hvor der i akterne er beskrevet en begrænsning i arbejdsevnen, har borgerne været tilbudt indsatser mhp. tilbagevenden til arbejdsmarkedet. I 2 af disse forløb er indsatsen dokumenteret ved dels et notat fra Ergoterapeut i Jobcenter, dels notat fra anden aktør.

Blandt de 13, hvor arbejdsevneniveauet ikke er direkte beskrevet i Jobcentrets akter, har 4 modtaget tilbud med arbejdsrettet indsats. Der foreligger imidlertid kun dokumentation herfor i 1 sagsforløb i form af notat fra sagsbehandler. For de resterende 9 uoplyste er der hverken oplysninger om indsats eller dokumentation herfor.

### **Delkonklusion arbejdsevne, indsatser og dokumentation**

Blot i 3 af de 16 cases er direkte nævnt, at arbejdsevnen er nedsat. En mulig årsag til, at det ikke er nævnt eksplicit i akterne kunne være, at det er en grundforudsætning for at være tilknyttet Helbredssporet i Jobcentret. Men dette forklarer ikke den manglende beskrivelse af type og omfang af begrænsninger i arbejdsevnen.

Indsatserne foregår primært i Jobcentret eller hos anden aktør på Jobcentrets anmodning. Der er stort set altid indhentet oplysninger fra indlæggelser i Sundhedsvæsenet. Dog er oplysninger om behov for indsatser i journalmaterialet fra sygehussektoren i højere grad rettet til egen læge eller Træning end Jobcentrets sagsbehandlere. Desuden er disse oplysninger ofte forældede, idet de er fra debut af lidelsen. Der mangler som oftest oplysninger fra Træning. I de obligatoriske attester fra egen læge, som indhentes i forløbet i Job centret, er som oftest udover status på helbredstilstand en beskrivelse af begrænsninger i funktionsevne og forslag til skånehensyn.

Sagsbehandlerne anvender samtalen med borgeren, journalmateriale og attester fra egen læge til at vurdere arbejdsevnen og behov for skånehensyn. Oftest fremgår resultatet heraf i korte sætninger i samtalenotatet.

Observationerne af Jobcentrets akter peger på, at dokumentationen for arbejdsevne er fragmenteret og ikke giver et relevant helhedsindtryk af begrænsninger i arbejdsevnen, foregåede indsatser og resultat heraf. Samlet set tyder ovenstående observationer på, at der især mangler tilstrækkeligt fokus på afklaring og støtte i forhold til de kognitive problemer igennem forløbet og ved opstart på arbejdsmarkedet.



I arbejdspraktikkerne er hyppigt anvendt skånehensyn i form af rutineprægede opgaver og begrænsninger i tid, hvilket ofte er relevant. Men flere har fået almene indsatser f.eks. støtte til fremmøde, som man sædvanligvis anvender til borgere med svag arbejdsidentitet. Dette er næppe en relevant indsats for denne gruppe af borgere, som ofte har en høj arbejdsidentitet. Der er tilsyneladende ikke iværksat mere målrettede indsatser for at imødegå de kognitive følger hos hjerneskadede.

En tilstrækkelig kvalitet i dokumentationen af begrænsninger i arbejdsvejen og iværksatte indsatser antages at være en grundforudsætning for, at udviklingen kan følges og effekten af indsatserne kan evalueres. Det er endvidere vigtigt, at alle involverede kan se hensigten med forløbene og følge udviklingen heri. Ligesom der mangler revurdering af borgernes vanskeligheder og manglende inddragelse af specialviden undervejs i forløbene.

*Ovenstående rejser spørgsmålet, om hvilke krav der skal være til dokumentation; men i høj grad også, om hvilke bagvedliggende faktorer, der har betydning for hvilken tradition, der eksisterer mht. at beskrive forløb, hvilke områder, der sættes særligt fokus på, og hvilke mulige kompetencer og ressource, der er tilgængelige?*

## **Specifikke funktionstab**

Hensigten med dette afsnit er at opnå et mere nuanceret billede af, hvilke funktionsområder, der er involveret og graden af alvorlighed. Forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2011a, og National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi, 2014b, anbefaler, at funktionsevnen beskrives med udgangspunkt i ICF- tankegang. I de 16 cases foreligger der ikke vurdering af ADL eller specifikke funktioner opgjort systematisk efter ICF-metoden, hvor alle 7 funktionsområder er vurderet for hver enkelt borger. Observationerne er derfor høstet som udsagn i teksten i notater fra sagsbehandler, egen læge, andre professionelle eller borgeren selv.

Ved gennemgang af materialet har det med udgangspunkt i ICF-tankegangen været muligt at registrere tab i funktionsevne inden for 7 funktionsområder, tabel 3.5.a. Først beskrives hyppighed af tab inden for de enkelte funktionsområder. Dernæst beskrives det samlede antal områder med tab for hver borger.



## Omfanget af tab inden for specifikke funktionsområder

Der klages hyppigst over kognitive problemer, f.eks. i form af besvær med opmærksomhed, hukommelse, orientering og overblik, idet 15 ud af 16 borgere klager over kognitive problemer. Næst hyppigst er klager over unaturlig træthed (hjerneskadetræthed), idet 12/16 klager over unaturlig træthed. Tredje hyppigste klage er fysiske problemer, som 11 klager over. Det er som oftest styringsbesvær og kraftnedsættelse. 8 har psykiske problemer oveni de øvrige klager, mens 6 har problemer med sanseapparatet, f.eks. syn, hørelse eller følesans. Hos 4 giver generne anledning til problemer med social deltagelse, se tabel 3.5.a.

I gruppen med lang varighed af hjerneskode vises et mønster, hvor alle har kognitive problemer: 70 % klager over træthed, 70 % klager over fysiske problemer, 33 % har problemer med social deltagelse, og halvdel har psykiske problemer. Der er ikke betydende forskel i de 2 grupper med lang og kort varighed i dette materiale.

**Tabel 3.5.a Funktionstab<sup>1</sup> juli 2016 hos 16 borgere på basis af oplysninger i sagsakter i Jobcenter i Case-kommune.**

Varighed af lidelse	<= 12 mdr	>12 mdr.	Alle
Antal borgere	6	10	16
Fysisk	4	7	11
Kognitivt	5	10	15
Sanse	3	3	6
Psykisk	3	5	8
Kommunikation og sprog	1	2	3
Træthed	5	7	12
Social deltagelse	1	3	4

<sup>1</sup> Funktionstab er baseret på observationer fra borger, sagsbehandler eller andre professionelle i fase III, som er forløbet i kommunen. Der er valgt den observation, der er tættest på juli 2016.



## Antal og type af funktionstab hos den enkelte borger

Tabel 3.5.b giver et overblik over antallet og typen af funktionsområder med tab pr. borger. Der er i alt oplyst 59 klager over tab inden for de forskellige funktionsområder fordelt på 16 borgere. De fordeler sig således: 1 borger er oplyst at have tab på 6 funktionsområder, 4 borgere at have tab på 5 funktionsområder, 3 borgere at have tab på 4 funktionsområder, 5 at have tab på 3 funktionsområder og 3 med tab på 2 funktionsområder. Dvs., at i alt 8 ud af 16 borgere er oplyst at have tab på mindst 4 ud af 7 mulige funktionsområder. Det har ikke været muligt, baseret på de foreliggende oplysninger, at beskrive alvorligheden af funktionstab.

**Tabel 3.5.b Funktionstab<sup>1</sup> juli 2016 hos 16 borgere på basis af oplysninger i sagsakter i Jobcenter i Case-kommune.**

Case nummer for borger	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	16	19	20	Antal med funktionstab inden for de enkelte funktionsområder
Funktionstab juli 2016																	
Fysisk		1	1	1		1	1	1	1			1	1		1	1	11
Kognitivt	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
Sanse		1					1		1		1				1	1	6
Psykisk		1			1				1	1	1	1	1	1			8
Kommunikation/sprog				1											1	1	3
Træthed	1	1	1	1			1		1	1	1	1	1	1	1		12
Social					1						1				1	1	4
Antal af forskellige funktionstab hos den enkelte borger	2	5	3	4	3	2	3	2	5	3	5	4	4	3	6	5	

<sup>1</sup>Funktionstab er baseret på observationer fra borger, sagsbehandler eller andre professionelle i fase III, som er forløbet i kommunen. Der er valgt den observation, der er tættest på juli 2016.

### Delkonklusion specifikke funktionstab

Der er rapporteret funktionstab inden for alle 7 hovedtemaer i ICF. De hyppigste funktionstab er kognitive problemer. Dernæst kommer hjerne-skadetræthed og fysiske følger. Den enkelte borger har ofte flere typer funktionstab. Det har ikke været muligt at afgøre graden af funktionstab i de foreliggende oplysninger.



## **Kognitive problemer, neurofaglig vurdering, indsatser og dokumentation**

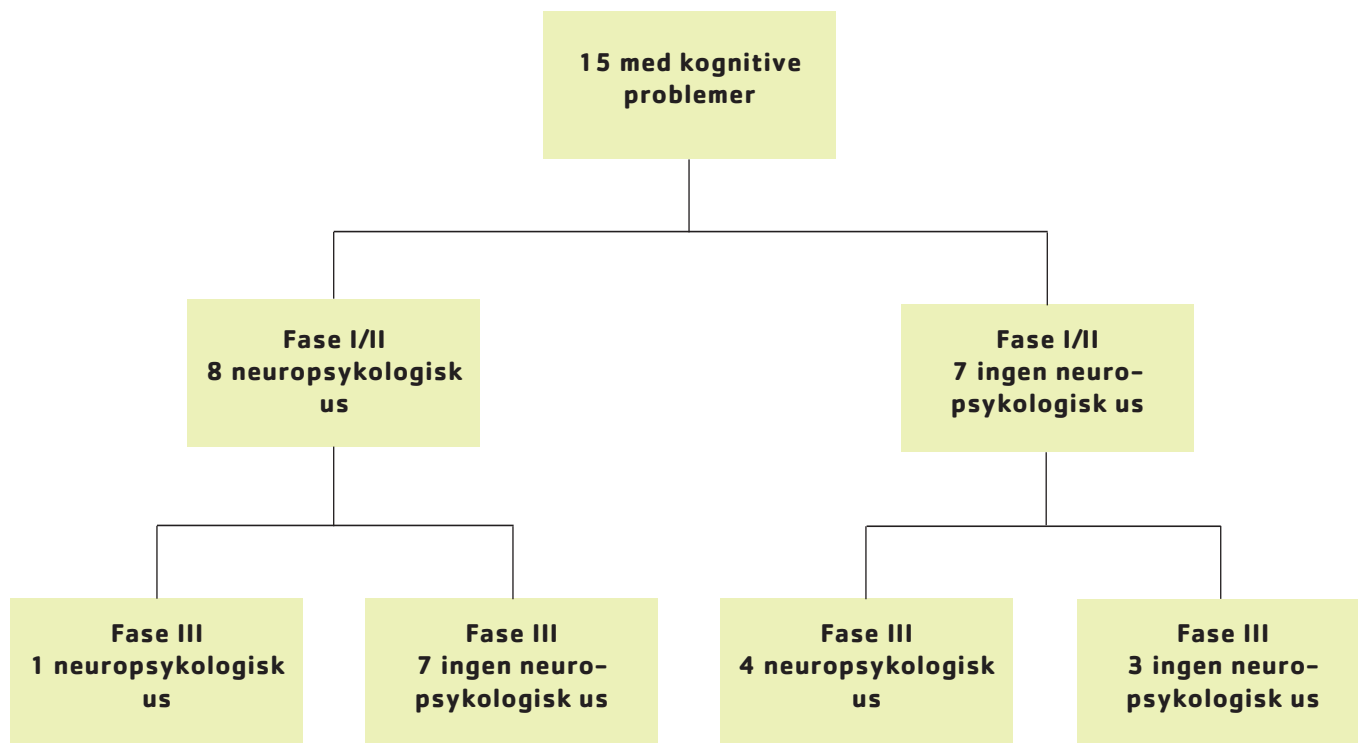
Borgerne møder tiltagende komplicerede krav i takt med tilbagevenden til arbejdet. Gennem forløbet stiller det øgede krav til de kognitive funktioner. I akterne fra Jobcentret oplyser 15 ud af 16 borgere om fortsatte, kognitive problemer, der begrænser deres funktionsevne i juli 2016. Det er derfor interessant at undersøge, i hvilket omfang der foreligger en beskrivelse af den enkelte borgers kognitive landskab, dvs. styrker og svagheder, som kan danne udgangspunkt for planlægning af indsatser. I dette afsnit undersøges brugen af neuropsykolog i henholdsvis fase I/II og III, givet borgeren klager over kognitive problemer i juli 2016, bl.a. for at kunne belyse behovet for kognitiv træning i fase III.

Der er i hele gruppen gennemført 13 neuropsykologiske undersøgelser, se figur 3.1. Heraf er 8 gennemført i Fase I eller II, dvs. tidligt i forløb på sygehus eller specialafdeling, og 5 i Fase III i Jobcenter. I én af de 8 cases er der foretaget neuropsykologisk undersøgelse både i Fase I/II og III, mens der i de 7 øvrige cases med neuropsykologisk undersøgelse i Fase I/II ikke er foretaget yderligere neuropsykologisk vurdering til trods for, at borgeren har fortsatte kognitive klager i fase III. I 4 cases er der foretaget neuropsykologisk undersøgelse i Fase III, men ikke tidligere i forløbet.

I afsnittene ADL og Arbejdsevne er uddybet 9 af de 16 cases. Heraf fremgår, at der i 7 ud af 9 cases er foretaget neuropsykologisk vurdering i fase I/II. 4 undersøgelser er foregået mindre end 12 måneder, mens 3 er foretaget mellem 25 og 51 måneder før dataindsamling under forløbet i Jobcentret. Der foreligger ikke dokumentation for udviklingen i kognitive funktioner fra neuropsykologisk undersøgelse i Fase I/II til forløbet i Jobcentret. I en case er den neuropsykologiske undersøgelse gentaget i Fase III, men 39 måneder inden dataindsamlingen i juli 2016, og i en anden case er der i Træning gennemført en MoCa-test. Begge undersøgelser bekræfter, at der er fortsatte kognitive problemer.







Figur 3.1 Neuropsykologiske undersøgelser af de 15 borgere med kognitive problemer ved projektafslutning, foretaget i Fase II og Fase III

### Delkonklusion Kognitive problemer, neurofaglig vurdering, indsatser og dokumentation

Blandt de 15 borgere med kognitive problemer er der i Fase I/II gennemført 8 neuropsykologiske tests, dvs. tidligt i forløbet.

I Fase III forelægger der ikke oplysninger om neurofaglig/neuropsykologisk undersøgelse fra Træning. Terapeuterne i Træning anvender en screeningstesten MoCA, som er anbefalet i deres nationale retningslinjer til screening for at adskille de svære fra de lette tilfælde, jf. SST2014a. Denne korte test undersøger imidlertid ikke specifikke, kognitive vanskeligheder og kan ikke afdække lettere kognitive problemer. Det er langt mere hensigtsmæssigt, og det bør overvejes at indhente en neuropsykologisk undersøgelse, som detaljeret beskriver problemer og styrker i de kognitive funktioner og rådgiver om støttende indsatser. Det er vigtigt, at testen ikke står alene, men suppleres af neuropsykologen, som pba testen og sin samtale med borgeren er i stand til at anbefale, hvilke neurofaglige indsatser, der er behov for. I aktuelle, tilbudte

genoptræningsindsatser fokuseres især på fysisk træning og kommunikation i Træning, jf. Kapitel 2. Det er uklart, om der tilbydes specifikke indsatser i forhold til konkrete, kognitive tab.

I Jobcentret er foretaget neuropsykologisk vurdering hos 5 borgere, heraf var 4 borgere ikke undersøgt i Fase I/II, og 1 borger var undersøgt i Fase I/II. For de 10 øvrige var der ikke gennemført en opfølgende neuropsykologisk undersøgelse, selv om de havde klager over kognitive problemer. Der tilbydes enkelte arbejdsrettede indsatser i form af rutineprægede opgaver og nedsat tid, eller en almen indsats f.eks. i forhold til fremmøde, som næppe er nødvendigt for denne gruppe borgere, se senere i kapitel 4. Der er ikke beskrevet neurofaglig støtte eller specifikke indsatser i forhold til de kognitive tab. Der findes heller ikke et overblik, f.eks. i form af skema, hvor man kan se de tilbudte indsatser og hvilken effekt, de har haft.

Resultaterne i denne undersøgelse peger på, at der er et misforhold mellem de i materialet oplyste antal borgere med kognitive problemer, der begrænser deres arbejdsevne og antallet af gennemførte neurofaglige/neuropsykologiske undersøgelser mhp. afklaring af det kognitive landskab og rådgivning.

Overordnet foregår den neuropsykologiske undersøgelse ved hjerneskadens debut, og der bliver ikke kontinuerligt fulgt op på udviklingen i de kognitive funktionstab, f.eks. ved gentagen neuropsykologisk screening / undersøgelse samt rådgivning/støtte og træning tilpasset borgerens symptomer og forløb. Det har ikke været muligt at foretage en dyberegående evaluering af indsatser rettet mod bl.a. kognitive problemer, da dokumentationen i de foreliggende sagsakter er sparsom eller helt fraværende.

*Det rejser spørgsmålet om borgere med kognitive problemer i relevant og tilstrækkelig grad bliver afklaret, så der kan iværksættes hensigtsmæssige indsatser, der understøtter de kognitive funktioner.*

## **Koordinerende funktion**

Dette afsnit belyser indsatsen i hjerneskadekoordinatorfunktionen blandt de 16 borgere med erhvervet hjerneskade. Oplysningerne er høstet fra Jobcentrets sagsakter og suppleret med oplysninger i oversigtsform fra hjerneskadekoordinatorfunktionen, HSK.



### **Visitation til HSK**

Hjerneskadekoordinator (HSK) har været inddraget i 12 af de 16 cases. 4 af de 12 borgere er visiteret til HSK inden for en måned efter debut af sygdommen, mens 2 er visiteret mellem 1 og 6 måneder efter sygdomsdebut; for 5 borgere er gået mere end et halvt år fra sygdomsdebut til involvering af HSK.

2 borgere er visiteret fra afdelinger med hovedfunktion/specialiseret funktion, Hammel og Hvidovre, 3 er visiteret fra neurologiske/geriatriske afdelinger i Regionen, 1 borger er visiteret fra visitator i Case-Kommune, 1 fra Træning, 2 fra Jobcenter, mens 3 er visiteret i forbindelse med Rehabiliteringsmødet.

Det er oplyst af hjerneskadekoordinator, at forløbene fordeler sig på 6 tværfaglige (koordinerende) forløb, hvor HSK har ansvar for koordinering, og 5 vejledende forløb, hvor HSK har rådgivet sagsbehandler og/eller borger. I casen med visitation fra Træningsteam er hverken registreret tværfagligt eller vejledende forløb.

### **Varighed af forløb i hjerneskadekoordinatorfunktionen**

Forløbene i HSK varierer mellem minimum 0 og et maksimum 35 måneder. Længden på 0 måneder fremkommer ved, at en borger er henvist fra rehabiliteringsteamet samtidigt med, at dataindsamlingen til denne del af projektet sluttede. 7/12 borgere har været mindre end eller lig med 1 år og 5/12 borgere mere end 1 år i HSK-forløb ved afslutning af dataindsamling i juli 2016.

### **Indsatstyper oplyst af HSK**

HSK oplyser, at 6 borgere er henvist til CSU; men det fremgår ikke, hvilke indsatser, der er tilbudt på CSU. Tilsvarende observeres i Jobcentrets akter i juli 2016, at i 5 cases er nævnt, at borgeren er henvist til CSU; men der foreligger kun dokumentation for indsats og notat fra HSK i én case. 9 borgere har deltaget i kurset 'Livet med hjerneskode', og 5 pårørende har ligeledes deltaget i pårørendegruppe. Der foreligger ikke i akterne evaluering af resultatet af indsatserne.

### **Delkonklusion koordinerende funktion**

Overordnet set er de fleste af borgerne i kontakt med den koordinerende funktion, og knapt halvdelen er tilknyttet tværfagligt forløb via HSK. HSK har således haft kontakt til 12 ud af de 16 borgere. Forløbene har været fordelt på 6 tværfaglige, 5 vejledende og et uoplyst. Men inddragelsen af HSK er sket på meget forskellige tidspunkter lige fra udskriv-



---

ning fra Landsdelssygehus til Rehabiliteringsmødet. Flere borgere er henvist til CSU. Men desværre fremgår det ikke af dokumentationen i Jobcentrets akter, hvilke specifikke tilbud, der er givet eller effekten heraf. Oplysningerne fra CSU kunne f.eks. indgå i en samlet vurdering af arbejdsevnen i Jobcentret og danne grundlag for at planlægge og iværksætte arbejdsmarkedsrettede tiltag. Én borger er henvist til avanceret, arbejdsrettet forløb. 9 borgere har deltaget på kurset: 'Livet med hjerneskade'.

*Den sparsomme dokumentation i Jobcentrets akter vedrørende HSK's inddragelse samt de meget varierede tidspunkter for inddragelse af HSK rejser spørgsmålet, om hvilken betydning HSK – funktionen tillægges af sagsbehandlerne i Jobcentre?*



## **Sammenfatning og konklusion: Kapitel 3 Forekomst af diagnoser, funktionsevne samt tilbud i Fase III – Baseret på 16 aktive sagsforløb**

Ifølge Sundhedsstyrelsen, SST 2011a, har kommunerne ansvaret for rehabilitering efter erhvervet hjerneskade i Fase III i kommunalt regi. I denne fase skal kommunen tilbyde borgeren genoptræning til det bedst mulige niveau og herefter iværksætte den arbejdsrettede del af rehabiliteringen. Det er derfor interessant at undersøge omfanget af funktionstab og hvilke indsatser, der har været iværksat for borgere med erhvervet hjerneskade. Oplysninger herom er indhentet ved observationer af sagsakter i 16 aktive forløb i Jobcentret i juli 2016.

### **Baggrundsplysninger**

Alle er forventeligt i den erhvervsaktive alder og er på nær én tilknyttet arbejdsmarkedet ved sygdomsdebut. Der er flere selvstændige end forventet. Borgernes forsørgelsesgrundlag i juli 2016 er primært jobafklaringsforløb eller sygedagpenge. 2 er tildelt ressourceforløb, og 3 modtager kontanthjælp.

### **Diagnoser og varighed af hjerneskade**

Som forventet er den hyppigst forekommende diagnose apopleksi. 10 borgere har apopleksi for første gang, og 2 har haft det flere gange. Men de øvrige diagnoser er også repræsenteret. Mindst 3 borgere har enten flere samtidige hjerneskadediagnoser eller andre samtidige diagnoser, som har betydning for det samlede funktionstab.

Varighed er beregnet fra debut af hjerneskade til dataindsamling i juli 2016. Der er stor spredning på varighed af hjerneskade fra få måneder til mange år. For de fleste forventes en restituering inden for det første år, derfor er materialet opdelt på varighed på korte forløb, dvs. mindre end eller lig med 12 måneder og længere forløb, dvs. mere end 12 måneder. I materialet er der 6 borgere, som har kortere forløb og 10 borgere, som har længere forløb. Blandt de 10, som har længere forløb, er der 2 borgere med debut for mere end 15 år siden, men som fortsat har funktionstab pga. erhvervet hjerneskade. De har været i arbejde med skånehensyn i mange år. Der er endvidere 2, som har mere end 3-årige forløb pga. erhvervet hjerneskade.



### **Specifikke funktionstab, omfang og dokumentation**

Der er rapporteret funktionstab inden for alle 7 hovedtemaer i ICF, se tabel 3.5.b. De hyppigste funktionstab er kognitive problemer, som angives af stort set alle. Dernæst kommer hjerneskadetræthed og fysiske følger. Den enkelte borger har ofte flere typer funktionstab. Det har ikke været muligt at afgøre graden af funktionstab i de foreliggende oplysninger. Det fremgår af den meget sparsomme dokumentation, at der især har været fokus på genoptræning af fysiske og kommunikative funktionstab. Vedrørende kognitive problemer, se senere.

### **ADL, indsatser og dokumentation**

Halvdelen af borgerne har ifølge sagsakterne begrænsning i ADL, og mindst halvdelen af dem har fået træning herfor. Ofte er oplysninger mere end 1 år gamle. For de øvrige er status og indsatser for ADL helt uoplyst i Jobcentrets akter.

Overordnet set er dokumentationen for ADL og indsatser i Træning slet ikke eller sparsomt beskrevet i de foreliggende akter. Kun i 1 af 8 sagsforløb, hvor begrænsning i ADL er nævnt i Jobcentrets materiale, findes en relevant beskrivelse af begrænsning i ADL, fysisk og kognitive funktioner samt indsatser fra Træning. Det betyder, at det grundlag, som Jobcentret skal arbejde videre med, er mangelfuldt eller ikke eksisterende både mhp. oplysning om niveau af ADL og specifikke funktionstab.

### **Arbejdsevne, indsatser og dokumentation**

I rapporten forudsættes, at alle 16 har nedsat arbejdsevne. Men blot i 3 af de 16 cases er direkte nævnt, at arbejdsevnen er nedsat. En mulig årsag til, at det ikke er nævnt eksplicit i akterne, kunne være, at det er en grundforudsætning for at være tilknyttet Helbredssporet i Jobcentret. Men dette forklarer ikke den manglende beskrivelse af type og omfang af begrænsninger i arbejdsevnen.

Sagsbehandlerne i Jobcentret anvender samtalen med borgeren, journalmateriale og attester fra egen læge til at vurdere arbejdsevnen og behov for skånehensyn. Oftest fremgår resultatet heraf i korte sætninger i samtalenotatet. Der er stort set altid indhentet oplysninger fra indlæggelser i Sundhedsvæsenet, der indeholder diagnose, behandling og rehabiliteringsbehov. Dog er oplysninger om behov for rehabiliterende indsatser i materialet fra sygehussektoren i højere grad rettet til egen læge eller Træning end Jobcentrets sagsbehandlere. Desuden er disse oplysninger ofte forældede, idet de er fra debut af lidelsen. Der mangler som oftest oplysninger fra Træning. I de obligatoriske attester fra egen



læge, som indhentes i forløbet i Jobcentret, er som oftest, udover status på helbredstilstand, en beskrivelse af begrænsninger i funktionsevne og forslag til skånehensyn.

I arbejdspraktikkerne er hyppigt anvendt skånehensyn i form af rutineprægede opgaver og begrænsninger i tid, hvilket ofte er relevant. Men flere har fået almene indsatser, f.eks. støtte til fremmøde, som man sædvanligvis anvender til borgere med svag arbejdsidentitet. Dette er næppe en relevant indsats for denne gruppe af borgere, som ofte har en høj arbejdsidentitet. Der er tilsyneladende ikke iværksat mere målrettede indsatser for at imødegå de kognitive følger hos hjerneskadede. Ligesom der mangler neurofaglig revurdering af borgernes vanskeligheder og inddragelse af specialviden undervejs i forløbene.

Observationerne af Jobcentrets akter peger på, at dokumentationen for arbejdsevne er fragmenteret og næppe giver et relevant helhedsindtryk af begrænsninger i arbejdsevnen, foregåede indsatser og resultat heraf.

### **Kognitive problemer, neurofaglig vurdering, indsatser og dokumentation**

Blandt de 15 borgere med kognitive problemer er der i Fase I/II gennemført 8 neuropsykologiske tests, dvs. tidligt i forløbet, se figur 3.1.

I Fase III forelægger der ikke oplysninger om neurofaglig/neuropsykologisk undersøgelse fra Træning. Terapeuterne i Træning anvender MoCA-test, som er anbefalet i deres nationale retningslinjer, til screening på mistanke om kognitive problemer, jf. SST2014a. Denne korte test undersøger imidlertid ikke specifikt kognitive vanskeligheder og kan ikke afdække lettere kognitive problemer.

I jobcentret er foretaget neuropsykologisk vurdering hos 5 borgere, heraf var 4 borgere ikke undersøgt i Fase I/II, og en borger var undersøgt i Fase I/II. For de 10 øvrige var der ikke gennemført en opfølgende neuropsykologisk undersøgelse, selv om de havde klager over kognitive problemer. Det er uklart, om der tilbydes specifikke indsatser i forhold til de kognitive tab. Jobcentret tilbyder enkelte arbejdsrettede indsatser i form af rutineprægede opgaver og nedsat tid, eller en almen indsats f.eks. i forhold til fremmøde, som næppe er nødvendigt for denne gruppe borgere. Der er ikke beskrevet neurofaglig støtte eller specifikke indsatser i forhold til de kognitive tab. Der findes heller ikke et overblik, f.eks. i form af skema, hvor man kan se de tilbudte indsatser og hvilken effekt, de har haft.

Resultaterne i denne undersøgelse peger på, at der er et misforhold mellem de i materialet oplyste antal borgere med kognitive problemer



og antallet af gennemførte neurofaglige vurderinger, f.eks. neuropsykologiske undersøgelser mhp. afklaring af det kognitive landskab og rådgivning. I en overvejende del forløbene foregår den neuropsykologiske undersøgelse ved hjerneskadens debut.

Det har ikke været muligt at foretage en dyberegående evaluering af indsatser rettet mod bl.a. kognitive problemer, da dokumentationen i de foreliggende sagsakter er sparsom eller helt fraværende. Der bliver ikke systematisk fulgt op på udviklingen i de kognitive funktioner, f.eks. ved gentagen neurofaglig/ psykologisk screening / udredning samt rådgivning om støtte og træning tilpasset borgerens symptomer og forløb.

### **Koordinerende funktion**

Overordnet set er de fleste af borgerne i kontakt med den koordinerende funktion, og knapt halvdelen er tilknyttet tværfagligt forløb via HSK. HSK har således haft kontakt til 12 ud af de 16 borgere. Forløbene har været fordelt på 6 tværfaglige, 5 vejledende og et uoplyst. Men inddragelsen af HSK er sket på meget forskellige tidspunkter lige fra udskrivning fra Landsdelssygehus til Rehabiliteringsmødet. Det fremgår af HSK's oplysninger, at flere af borgerne er henvist til CSU. Én borger er henvist til avanceret, arbejdsrettet forløb. 9 borgere har deltaget på kurset: 'Livet med hjerneskade'. Men desværre fremgår det ikke af dokumentationen i Jobcentrets akter, hvilke specifikke tilbud, der er givet eller effekten heraf. Oplysningerne fra HSK, CSU og andre kunne f.eks. indgå i en samlet vurdering af arbejdsevnen i Jobcentret og danne grundlag for at planlægge og i iværksætte arbejdsmarkedsrettede tiltag.

### **Perspektivering**

Der er særligt fokus på den del af forløbet, som foregår i Jobcentrets regi og Jobcentrets håndtering af borgere med kognitive følger efter erhvervet hjerneskade. Det er påfaldende, at så stor en del af dokumentationen udgøres af lægelige oplysninger fra hospitalsregi i den tidlige fase af forløbet eller egen læge og så få akter beskriver opfølgning og genoptræning under forløbet i Træning samt hos andre fagpersoner f.eks. CSU eller HSK. Materialet, der ligger til grund for oplysningerne, kan være biased, hvis sagsbehandlerne alene har fremsendt lægelige dokumenter til projektet. Men udsagnene i kapitel 2 om indhentning af oplysninger, samarbejde og udveksling af oplysninger med Træning samt manglende mulighed for neurofaglige indsatser er i overensstemmelse med, at der primært indhentes oplysninger fra indlæggelser og egen læge.





*Dette rejser spørgsmålet, om der inddrages de tilstrækkelige og nødvendige oplysninger om indsatser og status efter genoptræning af specifikke funktionstab og ADL i det kommunale sundhedsområde, Træning, og hos andre fagpersoner inden en arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering påbegyndes i det beskæftigelsesmæssige regi?*

Terapeuter i Træning og sagsbehandlere i Jobcentret har kendskab til borgernes kognitive problemer. Men samlet set tyder observationerne på, at der især mangler tilstrækkeligt fokus på afklaring og støtte i forhold til de kognitive problemer igennem forløbet i Fase III og ved opstart på arbejdsmarkedet.

*Dette rejser spørgsmålet, om hvilke bagvedliggende faktorer, der kan have betydning for den eksisterende tradition for ledelse og beskrivelse af forløb, især hvilke områder, der sættes særligt fokus på, og hvilke mulige kompetencer og ressource, der er tilgængelige?*

Det store antal borgere med kognitive klager i juli 2016, uden relevant neurofaglig udredning, rejser flere spørgsmål

1. om en tidlig neurofaglig screening i Fase I/II i tilstrækkelig grad fanger alle borgere med betydende kognitiv dysfunktion?
2. om der er behov for neurofaglig/neuropsykologisk opfølgning og træning tidligt i fase III, og man derved kan undgå at belaste borgere med kognitive problemer uhensigtsmæssigt?
3. om denne kunne foregå allerede i Træning, så borgeren er klædt på til eventuelt at kompensere for vanskeligheder, når de skal i gang med arbejdsrettede indsatser?
4. om en sådan vurdering kunne danne grundlag for et hensigtsmæssigt, tværfagligt forløb, hvor borgeren også er en del af beslutningsplanen?
5. om der sker en relevant opfølgning i det videre forløb i beskæftigelsen, samt mulighed for at inddrage relevante fagkompetencer?
6. om hvordan den neurofaglige/neuropsykologiske undersøgelse og rådgivning kan anvendes i den arbejdsrettede hjerneskaderehabilitering?
7. om der er faglige kompetencer i Fase III, som kan løfte opgaven?

Disse spørgsmål vil blive adresseret yderligere i det afsluttende kapitel, hvor resultater fra de andre undersøgelsesmetoder inddrages.



Borgere med erhvervet hjerneskade har oftest mange forskellige problemstillinger, og der er i højere grad end i andre forløb behov for koordinering. Case-kommunen har, som de fleste kommuner, etableret en hjerneskadekoordinationsfunktion, HSK.

*Men den sparsomme dokumentation i Jobcentrets akter vedrørende HSK's inddragelse samt de meget varierede tidspunkter for inddragelse af HSK rejser spørgsmålet, om hvilken betydning HSK – funktionen tillægges af sagsbehandlerne i Jobcentret?*





# 4

## Kapitel 4

**Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering  
- hos 3 personer med erhvervet  
hjerneskade**

## Formål

### Formål er at

- undersøge, hvordan rehabiliteringsprocessen forløber for voksne med erhvervet hjerneskade i Fase III, kommunalt regi
- belyse tilbud og muligheder
- vurdere, om der ydes en relevant arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i forhold til den enkelte borgers behov.

## Metode

Der er udvalgt 3 cases fra rehabiliteringsmøder i 2016-2017. Der indhentes via indledende interview i 2017 oplysninger om forløb og aktuel status for helbred, funktionsevne og deltagelse på arbejdsmarkedet. Samtidig registreres, hvilke tilbud borgeren har modtaget i Fase III i henholdsvis sundheds- og beskæftigelsesområderne i kommunen. I 2018 indhentes via opfølgende interview oplysninger om forløb, aktuelle status for helbred, funktionsevne og deltagelse på arbejdsmarkedet. Samtidigt registreres, hvilke tilbud borgeren har modtaget fra kommunen i det forløbne år.

I samarbejde med borgeren foretages en vurdering af funktionsevne og hvilke tilbud, vedkommende har behov for. Hvis det skønnes relevant, tages kontakt til beskæftigelsesområdet/egen læge efter aftale med borger.

## Tilladelse til anvendelse af data

Den enkelte borger har såvel mundtligt som skriftligt givet samtykke til, at oplysningerne fra sagsakterne anvendes i projektet 'Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi'.

## Resultat

### Case 1 Beskrivelse af case 2016

#### Tidligere

Jens, 59-årig uddannet slagter, som har været fast tilknyttet arbejdsmarkedet altid. Har altid været aktiv i hjemmet og med fritidsinteresser. Jens er gift, og parret har voksne børn og børnebørn. Jens har altid deltaget meget i opgaverne i hjemmet pga. ægtefælles sygdom. Tidligere periode med stress; fra 2014 atter symptomer, som tolkes som stress; undersøges af psykolog, som vurderer, at det kan være symptomer på noget i hjernen. Derudover altid sund og rask.



### **Fase I/II Sygehusvæsenet 2015-16**

Fra marts 2015 gennemgår Jens et langt og komplekst sygeforløb, hvor hovedsymptomerne er svimmelhed, balancebesvær og træthed. Tilstanden fortolkes først som spændinger i nakkemusklér, senere som stress. I en periode sygdomsmedling og derefter opstart på nedsat tid i samme Job. I november 2015 får Jens indsat pacemaker pga. nedsat puls. Dette hjælper ikke på generne, som er tiltagende - og nu med problemer med overblik, hukommelse og hovedpine samt vægttab. Udredningsforløb afslører en godartet tumor i lillehjernen. Opereres herfor i december 2015. Overføres til regionens neurologiske specialafdeling, hvor der udarbejdes funktionsvurdering. Af den fremgår, at Jens har nedsat kraft i højre arm, balancebesvær, som påvirker gang, orienteringsbesvær samt kognitive udfordringer og talebesvær. Jens udskrives hurtigt herefter til hjemmet med genoptræningsplan.

### **Fase III Træning 2016**

Jens har modtaget fysisk genoptræning i form af 9 gange individuel fysioterapi og holdtræning 2-3 gange om ugen. Ved afslutning fortsat balancebesvær, hurtig udtrætning og kognitive problemer. Terapeut foreslår, at Jens skriver alle aftaler ned, grundet hukommelsesbesvær, og strukturerer sin hverdag. Status 24 maj 2016: Jens har været glad for støtten fra terapeuterne.

Jens har møde med ergoterapeut 31. maj, hvor der installeres en app til træning af hjernen på pc'en. Det fremgår ikke af akterne, hvilke specifikke funktioner, der ønskes trænet. Der har ikke været opfølgning herpå.

### **Fase III Jobcentret 2015-16**

Sygemeldt i foråret 2015

Sygemeldt igen fra november 2015

Ved samtaler med sagsbehandler er Jens ivrig efter at komme tilbage til sin gamle arbejdsplads. Sagsbehandler har i forløbet haft de lovbehandlede kontakter med Jens og hjulpet til almen træning.

Maj 2016 Arbejdsprøvning på tidligere arbejdsplads; arbejdsgiver påpeger problemer ved at genoptage tidligere arbejde pga. balancebesvær og arbejde med skarpe knive og hurtighakker.

Medio juli 2016 møde med HSK, Fastholdelseskonsulent, sagsbehandler og Jens. Gennemgang af gener og tilbud om kurset 'Livet med hjerne-skade'.



Fastholdelseskonsulent: Fortsat arbejdsprøvning i andre typer arbejdsopgaver og nedsat tid via sagsbehandler. Ultimo september arbejdspladsbesøg ved fastholdelseskonsulent. Her påpeger arbejdsgiver Jens' kognitive problemer og hurtige udtrætning med forværring af balance og gang. Jens ender arbejdsprøvningen med at arbejde 17 timer ugentlig med lette, enkle opgaver.

### **Fase III HSK 2016**

Jens har deltaget i kurset 'Livet med hjerneskade', som hjalp ham til at forstå sin situation, som han dog fortsat har svært ved at acceptere.

### **Fase III Møde i Rehabiliteringsteam januar 2017**

*ICF skema er udfyldt 4.12 2016 i forbindelse med forberedelse på møde i rehabiliteringsteamet og sendt til sagsbehandler; heri oplyser Jens:*

*Vedrørende evne til at tilegne sig ny viden og færdigheder:* Han har problemer med at huske ting, være koncentreret og opmærksom, multitasking, organisere sig, færdiggøre opgaver, følge dagsplanen. Dvs., mange flere vanskeligheder, end der bliver trænet.

*Vedrørende Sociale færdigheder - personlige kompetencer:* Han har problemer med at klare dagligdagen, at have udholdenhed, at klare pres, at kontrollere sine følelser samt at kommunikere.

*Vedrørende helbred:* Helbredet medfører problemer med fysisk velbefindende samt energi til at passe arbejde på daglig basis.

*Beslutning på mødet:* Forelægges på Rehabiliteringsmøde januar 2017 mhp. etablering af fleksjob. Dette bevilges. Sundhedskoordinator påpeger, at der er behov for udredning af de kognitive funktioner og rådgivning mhp. at lette Jens' hverdag og arbejdsindsats.

## **Case 1 Opfølgning og status juli 2017**

### **Samtale med Jens**

Jens har i foråret 2017 via Firmaets sundhedsforsikring fået behandling af nakke med rigtig god effekt på nakkesmerter, stivhed i nakken og balanceproblemer.

Jens har fortsat problemer med øget træthed, hukommelse og overblik. Kan huske de gamle varenumre, men ikke de nye. Har bedret sin fysik, men fortsat problemer med benene ved opstart fra siddende eller stående. Deltager aktivt i familielivet igen.



Er glad for sit nuværende fleksjob, men bekymrer sig om den øgede træthed og manglende hukommelse. Det har været psykisk hårdt med det lange sygeforløb. Det værste har været usikkerheden om helbred og arbejde. Jens har ikke fået støtte hertil. Jens oplever en barriere hos familie og venner. De vejleder ham, selvom han ikke synes, det er nødvendigt.

### **Aftaler**

Det aftales, at projektleder sender kopi af samtalen til egen læge mhp. kontrol af blodtryk, kognitive problemer og problemer med ben. Tillige en kopi, som Jens kan tage med til Jobcenter mhp. afklaring af den kognitive funktion og rådgivning om træning/støtte til specifikke, kognitive problemer samt psykisk støtte.

## **Case 1 Opfølgning og status oktober 2018**

Hustru er til stede under samtalen, og hun gør flere gange opmærksom på, at Jens ofte overvurderer egne ressourcer og færdigheder. Jens giver hende delvist ret.

### **Samtale om forløb 2017-2018**

*Helbred:* Der er ikke sket de store ting med helbredet i det sidste år. Han føler sig mere afslappet, efter at fleksjobbet er aftalt, og økonomien dermed er sikret.

Jens er faldet mere til ro. Hustru beskriver, at Jens er forandret meget. Han har problemer med overblik og hukommelse, bliver hurtigt træt og meget ukoncentreret, hvis han ikke får sovet, når han kommer hjem fra arbejdet. Klarer meget mindre end før.

Jens har været til kontrol for pacemaker og på neurologisk afdeling på Rigshospitalet. Jens ryster stadig i venstre arm og hånd. Jeg kan ikke se, der er gjort yderligere ved det. Vi taler om, at det er nødvendigt, at Jens opsøger egen læge.

Jens har afleveret skrivelserne til sagsbehandler i Jobcentret om behov for neuropsykologisk undersøgelse og neurofaglig støtte inden sagen blev afsluttet; men dette er ikke blevet iværksat.

*Medicin:* Tablet dagligt for blodtryk. Derudover ingen medicin.

*Opfølgning ICF:* Der er ingen ændring i færdighederne med at møde til tiden, tale med kollegaer eller samarbejde med andre. Men Jens peger på fordelene ved at være på samme arbejdsplads, hvor han kan huske og genkende forholdene.



Jens har stadigvæk problemer med at huske, være koncentreret og opmærksom, multitasking, at organisere sig og få gjort opgaverne færdig. Følger dog dagsplanen, og har ikke problemer med at møde regelmæssigt i planlagte opgaver. Jens har ikke problemer med at følge en enkel vejledning.

Tilstanden har fortsat indflydelse på såvel det psykiske som fysiske velbefindende, og energien til at passe de daglige ting er nedsat. Ligesom det er sværere at komme i gang med at gøre ting. Har ikke problemer med nattesøvn.

Jens har mere overskud til familie og deltager i pasning af børnebørn ved behov og familiesammenkomster.

Jens opfordrer til, at jeg taler med datteren, som gerne vil fortælle om faderens ændring. Vi aftaler, at Jens kontakter hende, og jeg derefter kan ringe hende op.

### **Opringning fra Jens' datter**

Datteren fortæller, at hendes far inden operationen i december 2015 slet ikke var sig selv. Han var meget fjern. Den største bedring var lige efter operationen, hvor han igen blev meget mere nærværende ligesom førhen. Siden har der ikke været de store fremskridt udover, at der er kommet styr på de praktiske ting. Faderen er fortsat udfordret på gangbesværet og rystelserne i hånden.

Faderen har altid haft mange ting at gøre, fordi moderen også er syg. Faderen har altid været meget pligtopfyldende. Han vil nu tænke mere på sig selv og sige fra. Det fungerer godt for ham nu med fleksjob og det hjemlige.

### **Status på arbejdssituation, arbejdsevne og funktionsevne**

Siden sidst har Jens arbejdet i fleksjob 3 timer 5 dage om ugen på samme arbejdsplads som før sygdommen; men med andre opgaver. Hans opgave er at flytte varerne uden for og fylde op i mælkeafdelingen samt at bringe varer ud. Befinder sig godt ved det. Går derudover til hænde, hvor der er behov. Jens er glad for, at sagsbehandler har sagt 3 timer om dagen og ikke 5-6 timer, som han selv mente, han kunne.

*Kognitiv funktion:* Har fortsat problemer med at huske nyt og bevare overblikket. F.eks. når der skiftes koder på pc. Bliver hurtigt træt og sover fortsat efter arbejde. I hjemmet er det Jens, der løser problemer med edb.

*Selvurderet arbejdsevne:* Jens vurderer sin arbejdsevne som mellem 5-6, hvor 1 er ingen arbejdsevne og 10 er bedst mulige arbejdsevne nogen sinde.





*Selvvurderet funktionsevne:* Jens vurderer sine færdigheder i hjemmet lidt højere. Han laver mad, gør rent og køber ind, hvor han har seddel med på indkøbstur.

Jens stammer stort set ikke under samtalen.

### **Gennemgang af ICF-skema med Jens og hustru**

*Indstilling og forbindelse til arbejdsmarkedet:* I forhold til sit fleksjob har Jens ingen problemer med at møde til tiden, kommunikere med kolleger, arbejde i gruppe eller færdiggøre arbejdsdagen, løse de problemer, der hører til jobbet og overholde deadlines. Jens mener, at han vil have svært ved at søge hen på ny arbejdsplads. Det er en fordel at være på den gamle arbejdsplads, da han kender de fysiske forhold og kollegerne.

*Tilegne sig ny viden og færdigheder:* har fortsat væsentlige problemer med at huske ting, især nye, at være koncentreret og opmærksom, at multitasking, at organisere sig, at færdiggøre opgaver, at følge dagsplanen. Har ingen problemer med at møde til planlagte opgaver og følge en enkel vejledning.

*Interesser:* Bygning af togbane, frimærker, hus og have, rejse og læse. Ved besøgets afslutning viser Jens sin hobby frem. I det tidligere sommerhus på 50 m<sup>2</sup> har han bygget et enormt flot, østrigsk landskab med flere byer, bjerge og togbaner. Det styres fra et kontrolpanel. Jens fortæller, at det går fint med at huske numrene på de gamle toge, mens det ikke rigtigt går med at huske toge med nye numre. Hans plan er at installere et nyt styresystem, som kan betjenes fra stuens fjernsyn, og hele sceneriet skal kunne vises på den store skærm i stuen.

Da han viser æblehaven frem, kniber det med at huske navnene på æblerne; men han har et system på væggen i skuret, så han kan genfinde navnene. Parret har været på ferietur med grupperejse i bus.

*Sociale færdigheder – personlige kompetencer:* Jens har ingen problemer med at håndtere kritik, vrede eller irritation samt at kontrollere sine følelser. Han mærker dog tydeligt, at motivationen til at gå i gang med forskellige opgaver er begrænset i forhold til tidligere. Han har væsentlige problemer med at være udholdende og følge op på ting, klare hverdagen, håndtere øget pres samt evne til at kommunikere. Deltager i sociale aktiviteter.

*Sociale og økonomiske forhold:* Den nærmeste familie bor 1 times kørsel væk. Efter Jens har fundet ro med fleksjobbet og situationen, har han bedre overskud til samvær med familien. Dette sætter han meget højt. Får også god opbakning fra familie og venner. Jens mener, at aktuelle fleksjob er passende, at han ikke kan klare yderligere pga. af den øgede træthed, begrænsninger i kognitive funktioner og problemer med rysten i venstre hånd.



*Helbred:* Har fortsat problemer med balance og koordination og rysten i venstre hånd. Jens har ombygget sin togbane, så han ikke skal bukke sig. Det giver nemlig svimmelhed. Går frit uden hjælpemidler. Jens oplever, at hans energi er skrumpet ind, og alting går langsommere. Hans hverdag er tilrettelagt, så han undgår pres. Det har været svært at acceptere nuværende situation. Især den væsentligt begrænsede energi. Men han prøver at få det bedst mulige ud af det.

## **Case 1 Vurdering af behov for genoptræning/rehabilitering**

*Jeg vurderer, at Jens ideelt set har behov for genoptræning/rehabilitering på avanceret niveau, idet der er tale om fysiske og kognitive funktionstab samt psykosociale følger, jf. SST2011a.*

*Forløbet bør være tværfagligt og omfatte fysisk træning samt kortlægning af kognitive funktioner og efterfølgende vejledning om mulig støtte og træning af kognitive funktioner samt støtte og træning i forhold til udfordringerne i hjemmet. Forløbet bør evalueres løbende og dokumenteres i tilgængelig form for øvrige fagpersoner.*

*Den arbejdsrettede hjerneskaderehabilitering bør tage udgangspunkt i ovenstående tværfaglige forløb og inddrage Jens, virksomhed, og fagpersoner, der kan lede den arbejdsrettede rehabilitering i samarbejde med øvrige fagpersoner.*

*Ved behov for yderligere koordinering kan HSK inddrages.*

## **Case 1 Delkonklusion**

Helt overordnet vurderer jeg, at Jens har behov for genoptræning på avanceret niveau. Men Jens har alene modtaget genoptræning på alment/basalt niveau i det kommunale regi. Det fremgår, at Jens har været glad for og følt sig hjulpet med den fysiske genoptræning. Den var dog for kort, og han fortsatte via Jobcentret i et alment tilbud, som ikke er rettet direkte til personer med følger efter hjerneskade. Jens har fortsat fysiske følger, som hæmmer ham i forhold til tidligere arbejde og finmotorisk dysfunktion i venstre hånd, som hæmmer ham i hverdagen. Der er i forløbet i Fase III ikke foretaget en neurofaglig afklaring og vurdering af, om der var specifikke behandlings-/træningsmuligheder.

I Fase III er der ikke foretaget specifik udredning af de kognitive vanskeligheder. Det fremgår ikke af akterne, hvilke specifikke funktioner, der ønskes trænet ved indsatsen med pc-træning, som der heller ikke er fulgt op på. Der har været fokus på, at Jens så hurtigt som muligt skulle tilbage på arbejdsmarkedet. Jens er glad for sit nuværende fleksjob, men savner det tidligere job, hvor han havde mange flere kompetencer.



Jeg vurderer, at indsatsen omkring de kognitive vanskeligheder har været tilfældig og ikke med sikkerhed rettet mod hans problemområder, og at han ikke har fået den ønskede støtte i forhold til psykiske problemstillinger om utryghed i forbindelse med lange sygdomsforløb og ændringer i funktionsevnen.

*Det rejser spørgsmålet, om et mere direkte samarbejde mellem sundhedsområdet og beskæftigelsen i kommunen ville have kunnet hjulpet Jens endnu bedre til at genvinde funktionsevnen ved at foretage en løbende og relevant neurofaglig udredning og træning på avanceret niveau, som kunne have dannet et fælles beslutningsgrundlag for de iværksatte indsatser både i Sundhedsområdet og i Beskæftigelsen?*

*Det er endvidere påfaldende, at Jens bliver vurderet af fysio- og ergoterapeuter hele 2 gange i Fase II, mens der ikke er foretaget nogen form for genoptræning inden udskrivning til videre forløb i kommunen.*

## **Case 2 Beskrivelse af 2016**

### **Tidligere**

Mads, 53-årig mand med længerevarende uddannelse, der har været stabilt tilknyttet arbejdsmarkedet, de seneste 10 år i nuværende firma i administrativ stilling med ledelse, personaleansvar, teknisk rådgivning og marketing. Fortsat ansat i firmaet ved samtale i 2018.

Gift, parret har 3 børn, hvoraf én er hjemmeboende. Der er udfordringer i familien pga. kronisk sygdom hos flere familiemedlemmer.

Mads har gennem nogle år haft forhøjet blodtryk.

### **Fase I/II Sygehusvæsenet 2016-17**

I november 2016 gennemgår Mads en større operation i hjertet. Forløbet kompliceres med svær infektion og blodprop i hjernen i november med følger i form af højresidige lammelser samt lammelse i ansigt. I februar 2017 endnu en blodprop i hjernen med tilbagevendende af tidlige symptomer. Lammelserne i aftager hurtigt; men der er følger i form af ansigtslammelse og talebesvær. Oplever tillige forværring i kognitivt og emotionelt funktionsniveau. Er endvidere i behandling for hjerresvigt.

Mads er indlagt på sygehus til genoptræning fra primo december 2016 - primo januar 2017. Der er vurdering og behandling ved ergo- og fysioterapeut med god fremgang af fysiske problemer og almindelige, dagligdags aktiviteter. Endvidere neuropsykologisk screenet, med anbefaling



af yderligere undersøgelse inden arbejdsprøvning iværksættes. Logopædagog finder ikke problemer med talen i sådan en grad, at der er behov for træning. Udskrives med genoptræningsplan til videre, kommunal genoptræning.

### **Fase III Døgninstitution og Træning 2017**

Mads tilbringer en måned på kommunal døgninstitution mhp. yderligere genoptræning og stabilisering af funktionsniveau, især gang og forflytning samt almindelige, dagligdags aktiviteter. Fra primo februar 2017 udskrevet til hjemmet og fortsat genoptræning i Træning ved ergo- og fysioterapeut. Er til dels udfordret pga. hjemmets indretning med trapper.

Ultimo februar 2017 forværring i de fysiske og kognitive funktioner samt talebesvær, angiveligt pga. mindre, ny blodprop. Indlagt kortvarigt. Vurderes af fysio- og ergoterapeut og logopæd. Udskrives hurtigt til videre genoptræning i det kommunale Træning og henvises til logopædagog på CSU.

Primo maj 2017 status fra fysio- og ergoterapeut, hvoraf det fremgår, at Mads går sikkert uden- og indendørs. Trænes i at have opmærksomhed mod venstre side. På neurohold trænes med styrke i venstre arm og kognitive udfordringer.

### **Fase III HSK 2017**

Der foreligger en handlingsplan fra hjerneskadekoordinator med status april 2017. Primo april 2017 møde med Mads, ægtefælle, terapeuter og HSK. Det aftales, at planen skal indeholde fortsat træning på neurohold i Træning, kurset 'Livet med hjerneskade' samt begrænsning af aftaler i det daglige. Endvidere kontakt til talepædagog.

### **Fase III Jobcentret 2017**

Ultimo februar 2017 møde med Mads, ægtefælle, HSK og sagsbehandler i Jobcenter mhp. forberedelse af den arbejdsrettede rehabilitering. Det aftales, at sagsbehandler rekvirerer en neuropsykologisk undersøgelse for at give retning på Mads' rehabiliteringsforløb. Sagsbehandler kontakter arbejdsgiver. Der inddrages en fastholdelseskonsulent.

### **Fase III Møde i Rehabiliteringsteam og beslutning maj 2017**

Medio maj 2017 bringes Mads' sag for rehabiliteringsteamet. Det fremgår af akterne fra sygehus og Træning, at Mads har problemer med ori-



entering mod venstre. Derfor anbefales midlertidigt kørselsstop indtil dette er udredt på sygehus. Endvidere fremgår, at Mads har udviklet depressiv tilstand og netop er sat i behandling herfor. Der er ikke foretaget neuropsykologisk undersøgelse som aftalt med HSK i februar.

*Beslutning:* Der er behov for yderligere rehabilitering. SK anbefaler neuropsykologisk undersøgelse mhp. at give retning for yderligere neurofaglig udredning og rehabilitering samt kontakt med aktør, der har særlig ekspertise inden for avanceret arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.

### **Fase III Jobcentret fortsat 2017**

Medio juli 2017 gennemføres neuropsykologisk undersøgelse som led i planlægning af tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Denne peger på specifikke kognitive og emotionelle problemer. Men også mange styrker. Mads har ingen problemer med at løse komplekse opgaver, der indgår i seriel struktur. Basal opmærksomhed, indlæring og hukommelse er i orden. Arbejdstempo svarende til alderen. Mads har svært ved overblik, udtrættes hurtigt, har problemer med at samle komplekse synsindtryk, har svært ved at foretage rumlig analyse. Den executive funktion er påvirket med igangsætningsbesvær. Har svært ved at afkode sociale situationer, har svært ved at genkende ansigter og aflæse ansigtsudtryk. Andre har svært ved at læse hans sindstilstand, dels pga. manglende ansigtsmimik og dels pga. hans måde at betone talen på. Han kommer til at fremstå mere brysk, end han er. Han er ikke så nærværende og har svært ved at aflæse/afkode andres emotionelle reaktioner. Dette medfører problemer med at indgå i løst strukturerede sociale situationer. Mads har brug for en klar struktur.

Pga. Mads' komplekse tilstand med både fysiske, kognitive og socialkognitive vanskeligheder anbefales, at man inddrager aktører, der har specialviden om arbejdsrehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Der vil være behov for rådgivning af både arbejdsgiver, familien og Mads i forhold til hans særlige vanskeligheder med løbende justeringer af indsats ift. sociale kontakter, arbejdsopgaver og tidsmæssigt forbrug.

Skånehensyn i forhold til at undgå direkte sociale relationer pga. Mads' besvær med at læse andre. Anbefaler opgaver med teknisk support, kundekontakt via mail og telefonkontakt samt marketing.

## **Case 2 Opfølgning og status november 2017**

### **Samtale med Mads og ægtefælle**

Mads er tilknyttet NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering, CSU Holbæk. Er startet op med få timer om ugen, har eget kontor. Mads har valgt at arbejde med: Teknisk support til kunder, søge emner på systemet, marketing, skrive produktbeskrivelser. Fungerer som sparringspartner i



forhold til afløser. Arbejder med begrænsede opgaver uden deadline. Er udfordret af 1 times transport hver vej.

Kan ikke have flere bolde i luften på en gang. Har svært ved at sortere information og bliver overvældet af f.eks. mange mennesker. Støj forstyrrer opmærksomheden. Han har problemer med planlægning, skal helst være i eksisterende struktur. Bliver nemt distraheret og har svært ved at færdiggøre opgaver.

Mads oplever, at kommunikation med kolleger er svær og virker udtrætende. Kan ikke længere "smalltalke". Har svært ved at aflæse folk, og andre har svært ved at aflæse ham.

Klarer bedre kundekontakt på mail/papir/skærm.

Mads har oplevet stor usikkerhed om mulig forværring af sygdommen og følgerne heraf i det meget lange forløb. Er træt og ked af det. Føler sig ensom. Hans nye funktionsniveau påvirker forholdet til familien og arbejdspladsen, hvor han ikke længere kan udfylde sin tidligere rolle. Identitetsproblematik drøftes med ergoterapeut på NFA. Desuden har familien selv søgt kontakt med psykolog. Det bliver dog uoverskueligt med flere forskellige professionelle indover. Familien ønsker en mere helhedsorienteret løsning.

De emotionelle og sociale vanskeligheder fylder mest i relationerne til den nærmeste familie. Især relationen det hjemmeboende barn fylder meget.

Ved samtalen udleverer Mads en kopi af neuropsykologisk undersøgelse, som er gennemført på opfordring ved rehabiliteringsmødet medio juli 2017. Vi aftaler, at projektleder kontakter neuropsykolog og øvrige professionelle for at høre om mulighed for støtte til de nære relationer i familien.

## **Case 2 opfølgning og status 2017 - november 2018**

### **Forløb**

*Helbred:* Er afsluttet i hospitalsregi og følges af egen læge mhp. hjerte- og hjernesygdom. Har behov for at sove til middag pga. træthed.

*Medicin:* Får medicin for at forebygge nye blodpropper og for hjertet.

*Arbejdsrettet træning:* Er afsluttet fra NFA. Mads er meget glad for den støtte og træning, han har fået fra ergoterapeuten. Synes i det hele taget, at han har fået mest ud af kontakt med ergoterapeuterne gennem træningsforløbet.



*Samtale neuropsykolog:* Ved forrige samtale blev det aftalt, at projektleder tog kontakt til neuropsykolog mhp. muligheder for at samle de psykiske tilbud, dels Mads' samtaler, dels familierapien, under én hat. Mads fortæller, at der blev arrangeret nogle samtaler med neuropsykolog og ergoterapeut, hvor hustruen fik forklaret hans tilstand og sygdom.

*Socialt:* Mads og hustru er flyttet fra hinanden, Mads bor i deres fælles hus og håber på at have økonomi til at fortsætte hermed. Ser sønnen en gang om ugen, de taler sammen. Har telefonisk kontakt med datteren.

Arbejder som patientstøtte på hjertemedicinsk afdeling.

Det er tydeligt, at Mads mestrer den sociale kontakt langt bedre end ved samtalen for et år siden. Mads bliver dog tydeligt træt i løbet af samtalen.

### **Status arbejdssituation, arbejdsevne og funktionsevne**

Mads er beskæftiget i fleksjob 2 x 2,5 timer i Firmaet og 2 x 3 timer hjemme. Har 1 times transport hver vej de dage, hvor han er i Firmaet.

Mads har ikke længere lederansvar, men har til opgave at støtte den nye leder. Arbejder fortrinsvis med tekniske beskrivelser og kundekontakt via telefon til tidligere kunder. Der er oprettet hjemmearbejdsplads.

Deltager i frokost, når han er i Firmaet. Han har lært at "smalltalke" og nyder det sociale samvær med kolleger. Han har sammen med ergoterapeuten trænet de sociale færdigheder. Mads har i foråret været med på udenlandsk forretningsrejse. Deltog i såvel dagsprogram som socialt program; men tog hjem før de andre, da han blev træt. Havde i den anledning behov for at blive fulgt til hotellet, da han havde svært ved at orientere sig geografisk.

*Selvvurderet arbejdsevne:* Mads vurderer sin nuværende arbejdsevne til 5 på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen arbejdsevne og 10 er bedste arbejdsevne nogensinde.

*Selvvurderet funktionsevne:* Mads kan ikke løbe som tidligere, men deltager i cirkeltræning 2 gange om ugen og floorball en gang pr. uge i lokalområdet. Klarer selv husholdning med støtte fra skema. Har således behov for at have struktureret sine aktiviteter, ellers sker der ikke noget, da han let mister overblikket.

### **Gennemgang af ICF-skema med Mads**

*Indstilling og forbindelse til arbejdsmarkedet:* I sit nye fleksjob på 13 timer har Mads ingen problemer med at møde til tiden, færdiggøre sin arbejdsdag, løse opgaverne eller kommunikere med kolleger. Har ingen deadlines, der skal overholdes og arbejder ikke i gruppe.



*Tilegne sig ny viden:* Har ingen problemer med at huske ting eller følge vejledning. Har væsentlige problemer med at være koncentreret og opmærksom, at multitaske og organisere sig. Han bruger skema til at strukturere arbejdet. Løser oftest ad hoc opgaver.

*Interesser:* Floorball, cirkeltræning, hus og have, patientstøtte.

*Sociale færdigheder og personlige kompetencer:* Mads fortæller, at evnen til at være tolerant og håndtere vrede og irritation samt at kontrollere følelser er blevet bedre. Har trænet meget på dette. Dagligdagen skal køre efter skema; men så har han heller ikke de store problemer med at gennemføre dagsprogrammet. Han undgår pres ved at strukturere sin hverdag. Oplever ikke at have problemer med at følge op på ting.

Er blevet bedre til at deltage i sociale aktiviteter; men bliver fortsat overvældet af for mange mennesker og megen støj. Fortæller, at han nu kan gå på Strøget i storby sammen med den ældste søn; men rejser ikke længere alene på grund af problemer med bl.a. geografisk orientering.

*Sociale og økonomiske forhold:* Har især kontakt med sin mor, 2 brødre, sønner og en studiekammerat. Er enormt glad for sit fleksjob og klarer sig, selv om økonomien er stram.

*Helbred:* Har bedret sin gangfunktion, balance og koordination i hånden. Går på trapper uden stok og færdes uden rollator. Har trænet ihærdigt med dette. Er fortsat i antidepressiv behandling og motionerer regelmæssigt. Har ikke søvnproblemer og er udhvilet efter søvn.

## **Case 2 Vurdering af behov for genoptræning/rehabilitering**

*Projektleder vurderer, at Mads har behov for avanceret genoptræning/rehabilitering på højt avanceret niveau i fase III, da Mads har betydelige fysiske, kognitive, emotionelle og sociale udfordringer.*

*Forløbet bør være tværfagligt og omfatte fysisk træning, Træning af ADL, kombineret med støtte i forhold til sociale udfordringer i hjemmet og senere i forhold til arbejdssituationen. Der bør foretages en neuropsykologisk kortlægning af det kognitive landskab, efterfulgt af vejledning om mulig træning samt vurdering af behov for neuropsykologisk intervention. Forløbet bør evalueres løbende og dokumenteres i tilgængelig form for de øvrige fagpersoner.*

*Den Arbejdsrettede hjerneskaderehabilitering bør tage udgangspunkt i ovenstående forløb og inddrage Mads, virksomhed, de øvrige fagpersoner og en fagperson, som kan varetage ledelsen af den arbejdsrettede rehabilitering under hensyntagen til de særlige udfordringer, Mads har. Endvidere har Mads og hans familie behov for støtte til de*





*familiære udfordringer. Det er vigtigt at forløbet evalueres løbende og dokumenteres i tilgængelig form for de involverede fagpersoner.*

*Inddragelse af HSK mhp. på koordinering og samordning af de mange udfordringer og tværfaglige og tværsektorielle indsatser vil være nødvendigt.*

## **Case 2 Delkonklusion**

Indplaceringen på højt avanceret niveau begrundes med såvel fysiske som specifikke kognitive og emotionelle problemer samt problemer med at afkode sociale situationer. Hertil kommer komplekse familieforhold. Med inddragelsen af hjerneskadekoordinator og forelæggelse på rehabiliteringsmødet er der tidligt lagt en rehabiliteringsplan.

En stor del af forløbet i Træning har haft fokus på den fysiske genoptræning. Mads har været tilfreds med den fysiske træning, mens de øvrige sociale og familiære problemstillinger, som har stor betydning, enten ikke er adresseret eller er foregået i andet regi i kommunen uden koordinering, hvilket han efterlyser.

Forløbet viser også, at der alt for sent kom fokus på de kognitive vanskeligheder - træningen startede først i forbindelse med genoptagelse af arbejde. På det tidspunkt har mange svært ved at inddrage nye træningsteknikker, da de er optaget af at passe arbejde og holde styr på energi. Den neuropsykologiske undersøgelse peger på kognitive, emotionelle og sociale funktionstab; men den viser også, at han er i stand til at løse komplekse opgaver, bare det foregår serielt.

Mads var nok ikke blevet motiveret for fokus på kognitiv træning og socialkognitiv træning, hvis det ikke var for ægtefællen, der påpegede de massive forandringer.

Efter henvisning til NFA oplever Mads at få støtte til de kognitive, emotionelle og sociale problemer i forhold til tilbagevenden til arbejdsplads. Han er glad for, at virksomheden har taget godt imod ham efter sygdomsforløbet. Mads oplever, at de hensyn, der er taget, bevirker, at han kan magte sit nuværende fleksjob.

*Min vurdering er, at støtten på avanceret niveau, i forhold til tilbagevenden til arbejdet og en velvillig virksomhed, har haft meget stor betydning i forløbet.*



## Case 3 Beskrivelse af case 2015

### Tidligere

Peter, 52-årig uddannet landmand og har altid arbejdet som sådan. Fra ca. 2000 eget landbrug. Derudover har Peter i mange år op til aktuelle sygdom haft servicearbejde på vindmøller og smedearbejde. Dette har medført, at Peter har arbejdet mange timer om dagen, langt mere end gennemsnitlig fuldtid. Peter er gift og har god kontakt med familien og har en stor vennekreds, som han dog ikke ser mere. Lige inden aktuel sygdom var parret gået i gang med en stor renovering af hovedhuset. Derfor er der opstillet en midlertidig bo-container, som parret stadig bor i. Han havde alvorlig meningitis som 8-årig. Herefter havde Peter sværere ved at klare skolearbejdet og søgte i stedet fysiske og manuelle udfordringer. Han har dog gennemført normal skolegang. Har siden 11-års-alderen haft nedsat syn på det ene øje efter en ulykke. Ellers har Peter været sund og rask indtil aktuelle forløb. Havde forud for sygdomsstart symptomer på tiltagende stress og svimmelhed. 25. marts 2015 finder hustru Peter totalt lammet i hjemmet.

### Fase I Sygehusvæsenet 2015

Peter indlægges på Holbæk sygehus 25.3.2015, overflyttes til Roskilde og herfra videre til Rigshospitalet mhp. fjernelse af blodprop placeret i karrene lige under hjernen. Tilstanden forværres dog med blødning i lillehjernen. Der er nu opstået arvæv (infarkt) i begge sider i hjernestamme og i højre side af lillehjernen (cerebellum). Peter er helt lam, kan ikke selv trække vejret eller udtrykke sig gennem sprog, men han er vågen.

### Fase II Neurorehabilitering 2015 - 2016

Efter akut behandling på Rigshospitalet overflyttes Peter til Roskilde. Henvises herfra til højt specialiseret genoptræning på Hammel 15.4.2015. Her opholder Peter sig først en periode på intensivafsnittet og derefter på træningsafsnittet frem til november 2015. Peter gør fine fremskridt, men er fortsat svært handicappet i forhold til gang, tale og synkebevægelser. Peter skal have hjælp til personlige fornødenheder. Primo oktober har Hammel Neurocenter i statusnotat til kommunen anbefalet, at der indledes en pensions sag, da man vurderer, at det ikke vil være muligt for Peter at indtræde på det ordinære arbejdsmarked.

Efter Hammel henvises Peter via det Centrale, regionale udvalg til specialiseret genoptræning på CNN, Næstved, hvor han har opnået at kunne gå kort distance med rollator, begyndende formulering af lyde, spise purékost. Opholder sig her frem til 9.2.2016. Peter har fortsat behov for massiv støtte og kan ikke klare sig uden hjælp. Efter udskrivelsen fra CNN vurderes, at Peter fortsat har behov for et forløb på en bo- og rehabiliteringsinstitution.



### **Fase III Døgninstitution, Kildebo og Træning 2016-2017**

Ved udskrivelse fra CNN overflyttes Peter midlertidigt (6 uger) til Sejrsbo, som er hjemkommunens døgnrehabiliteringscenter, mens han venter på ophold på Kildebo, Faxe mhp. specialiseret rehabiliteringsforløb.

På Kildebo fortsættes genoptræning fra slutning af marts til 10.6.2016. Det drejer sig om træning af almindelige, daglige færdigheder (ADL), bo-træning, kognitiv træning, fysisk træning, talepædagogisk undervisning samt træning af synkefunktion (FOTT). Peter er efterhånden meget træt af at være på institution og udskrives til hjemmet.

Pga. familiens boforhold modtager de ikke hjemmehjælp; men ægtefælle fungerer som sådan. Peter får bevilliget forskellige hjælpemidler, herunder en elektrisk kørestol til udendørs brug. Peter fortsætter i Genoptræningen i Sundhedscentret, hvor han får individuel træning hos fysioterapeut, ergoterapeut og talepædagog. I statusnotat fra oktober 2016 fremgår, at Peter i september måned har gjort store fremskridt på det sproglige og fysiske område. Men Peter oplever, at hans hukommelse har forandret sig, hvilket påvirker ham. Afslutter kommunal genoptræning den 22.3.2017 og overgår til vedligeholdelsestræning.

### **Fase III Jobcentret 2015-**

Sygedagpenge fra 25.3 til den 30.9.2015

Jobafklaringsforløb fra den 1.10. 2015

### **Fase III Møde i Rehabiliteringsteam 2016**

Møde i rehabiliteringsteamet den 12.4.2016. Det vurderes, at Peter fortsat har et stort rehabiliteringspotentiale, og der indstilles til ressourceforløb. Samtidig understreger sundhedskoordinator, at der flere steder i materialet er peget på behov for afklarende neuropsykologisk undersøgelse.

### **Jobcentret fortsat 2016-**

Ressourceforløb fra april/maj 2016; der tildeles social mentor samt tilbydes kurset 'Livet med hjerneskade'. Disse 2 aktiviteter afbrydes primo maj 2017, da Peter er presset af for mange aktiviteter

Forløb på NFA, NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering fra den 24.3. til november 2017. Formålet hermed er en afklaring af arbejdsevnen, effektiv arbejdstid, skånehensyn og kompenserende strategier. Der foretages afprøvning i egen virksomhed, landbrug. Den viser, at Peters ressourcer ikke svarer til kravene som selvstændig landmand. Der er såvel motori-



ske som kognitive problemer. Derefter arbejdspraktik med rutineprægede og enkle opgaver, Peters ressourcer balancerer ikke med opgaverne pga. de motoriske og kognitive udfordringer. Der ydes undervejs støtte og rådgivning mhp. at sætte realistiske mål og udarbejde arbejdsplaner og afvikling heraf på en logisk og sikker måde. Den samlede konklusion er, at Peter ikke har en arbejdsevne, som kan anvendes på arbejdsmarkedet. Risikovurdering og dømmekraft er påvirket. Det er nødvendigt, at nuværende kræfter anvendes til at vedligeholde nuværende funktionsniveau, som er ubetinget afhængigt af ægtefælles indsats i alle hverdagslivets aktiviteter. Det vurderes ikke realistisk, at Peter vil kunne klare sig selvstændigt i egen bolig.

Neuropsykologisk undersøgelse august 2017 finder, at der er væsentlige, kognitive problemer, at det vil være vanskeligt for Peter at drive en virksomhed. Desuden beskriver neuropsykologen, at Peter har været igennem et relevant genoptræningsforløb, og den spontane bedring er indtruffet. Man kan derfor afgøre arbejdsevnen på det foreliggende.

Begge giver udtryk for, at Peter har fået hjælpemidler og genoptræning, som han har haft behov for.

Afventer januar 2019 fortsat indkaldelse til møde i rehabiliteringsteamet mhp. afslutning om fremtidig forsørgelse.

#### **Fase IV vedligeholdelsestræning**

Efter afslutning i Sundhedscentret fortsætter Peter med vedligeholdelsestræning i lokal fysioterapi. Ved samtalerne i december 2017 og januar 2018 fortæller Peter om sin bekymring for, at vedligeholdelsestræningen ikke er tilstrækkelig til at vedligeholde hans niveau.

## **Case 3 Opfølgning og status december 2018 og januar 2019**

### **Case 3 Samtale december 2018**

Peter har behov for god tid i samtalen, har behov for mange gentagelser og støtte.

Vi gennemgår forløbet sammen med ægtefælle.

Derefter bringer Peter følgende temaer i spil

1. Identitet og forandring samt accept af dette: Peter giver udtryk for, at han er kørt fast. Peter har håb om at blive ligesom før; men er måske begyndt at tvivle på, at han når dertil. Dette medfører frustration og mørke tanker. Ægtefælle er den primære arbejdskraft på gården. Peter er med, hvor han kan. Tanker om hvad giver livet mening og om han kan omstille sig til et liv med aktuelle funktioner.



- Ikke at kunne være fysisk som tidligere: Parret har forsøgt med skiferie i Alperne. Peter magtede ikke at holde balancen til han nåede øvebakken. Han faldt inden. Dette førte til snak om, at vedligeholdelsestræningen hos aktuel fysioterapi er begyndt at demotivere Peter. Det lyder som konditræning og måske balancetræning. Peter laver det samme hver gang. Parret har overvejet rideterapi for at give afveksling, men afstår pga. manglende, relevante tilbud i nærheden. Det fremgår, at Peter vil kunne funktionerne, før han har fået dem trænet. Vi snakker om at træne færdigheder og udvide træning af færdigheder, før de afprøves i storskala. Temaet tages op ved samtale 2.

### Case 3 Samtale januar 2019

Siden sidst har Peter deltaget i sociale aktiviteter i forbindelse med jul og nytår.

Peter kredser meget om eksistentielle forhold mest forårsaget af ændringer i funktionsevne og rollefordeling mellem Peter og ægtefælle. Ægtefælle fortæller, at det er positivt, at Peters humor er kommet mere frem. Peter er mere nærværende, mindre stresset.

Peter fortæller om vanskelighederne vedrørende balancen mellem ambition og formåen. Peter har et stort ønske om, at alting skal være som før. Peter bliver ude af sig selv, når ting, han har kunnet før, ikke vil lykkes. Kaster redskaber og ting fra sig i frustration. Peter er ked af, at han ikke kan beherske sig. Peter har også oplevet flere ulykker med skade på sig selv pga., at han er risikovillig og ikke kan overskue situationen.

Peter erkender, at han tidligere, inden sygdomsstart, har presset sig selv hårdt, hvilket har medført stress. Fortæller, at han havde haft symptomer nogen tid, før han faldt.

Vi taler meget om balance mellem krav og ressourcer, at finde et niveau, der er passende, og udvikle sig videre herfra.

Peter har ikke mange ressourcer til sociale kontakter. Ser sin nærmeste familie. De mange venner, som besøgte ham på hospitalet, ser han ikke.

Vi bruger næsten 2 timer ekstra på at tale om sygdommen, dens årsag og behandling. Peter vil gerne vide, hvordan hjernen ser ud, hvordan en blodprop ser ud, hvordan man fjerner en blodprop, etc. Via Google og Lægehåndbogen findes illustrationer, som letter Peters forståelse for årsag, behandling og følger.

Vi snakker om vedligeholdelsestræning, som han ikke kan undvære. Peter kunne mærke, at gangfunktionen blev væsentligt forringet i forbindelse med et par ugers pause pga. lungebetændelse. Peter giver atter udtryk for, at nuværende vedligeholdelsestræning er ensformig,



og han vil gerne have mere balancetræning. Han træner i maskine og har kun 10-15 minutter med fysioterapeut. Peter var glad for træning i Sundhedscentret, som var varieret, og i denne periode udviklede han sig meget. Jeg støtter ham i, at han kan prøve at kontakte egen læge, som kan henvise til visitator mhp. vurdering af funktionsniveau og behov for specifik vedligeholdelsestræning.

Endelig taler vi om behov for støtte til overblik og strukturering. Ægtefælle mener, at det er vigtigt; men Peter snakker udenom.

Peter har sammen med egen læge næsten trappet ud af depressiv medicin. Kan det være årsag til de mørke tanker? Behov for opfølgning hos egen læge mhp. ændringer i humøret.

Parret håber på en snarlig afgørelse af sagen i Jobcentret, da usikkerheden er belastende, og de har behov for at komme videre. Situationen belaster økonomien.

Undertegnede orienterer om plan for projektet samt om, at referat af samtalerne og tekst, der medtages i rapport, sendes til gennemsyn hos parret.

Ægtefælle finder beskrivelserne fra NFA og Kildebo, som udleveres til undertegnede.

### **Status på arbejdssituation og arbejdsevne**

Peter er fortsat på ressourceforløb, afventer indkaldelse til Jobcenter mhp. afgørelse om fremtidig forsørgelse. Peter vurderer, at det er usandsynligt, at han vil kunne drive gården ved egen hjælp. Har heller ikke haft succes i en arbejdspraktik med enkle rutineopgaver. Peter vurderer sin arbejdsevne til 4, hvor 1 er ingen arbejdsevne og 10 er bedst mulige arbejdsevne nogensinde. Peter vurderer, at han pga. sine helbredsproblemer kun er i stand til at arbejde på deltid. Peter mener, at han ikke vil være i stand til at udføre sit job som landmand om 2 år. Peter har i hele processen haft massiv opbakning fra sin ægtefælle. Det er fortsat hende, som står for drift af landbruget. Kun ved hjælp af massiv støtte fra hende kan han deltage i enkelte opgaver.

### **Funktionsevne**

Peter klarer personlige fornødenheder; men det tager længere tid end før. Peter har fortsat lidt synkebesvær, men klarer at spise al kost selv. Peter kan rejse sig og sætte sig på stol, komme op og ned af sengen. Kan sidde et par timer ved arbejdsbord. Kan gå 5 km i langsomt tempo, hvis det er på jævnt underlag. På ujævnt underlag, f.eks. græs eller mark, mister han balancen. Kan gå langsomt op til 3. sal. Har via praktisk



køreprøve fået tilladelse til at føre bil igen; men kører meget lidt, idet han føler sig utryg, når han kommer ud på større veje. Kan ikke cykle pga. problemer med balancen. Har en drejestol med bremse.

Ægtefælle handler ind. Peter kan forestå madlavning og rydde af. Rengøring, tøjvask og sengeredning samt havearbejde forestås af ægtefælle. Peter magter ikke dette pga. problemer med balance.

*Kommunikation:* Peter har en god og forståelig kommunikation, der foregår i langsomt tempo og meget på Peters præmisser.

### **Psykisk**

Peter har på det seneste sjældent kunnet glæde sig over almindelige, dagligdags aktiviteter, sjældent været aktiv og engageret og sjældent følt håb for fremtiden. Humøret svingende, er frustreret over den lange ventetid på en endelig afgørelse fra jobcenter. Peter har erkendt, at han ikke opnår det samme funktionsniveau som før sygdommen; men har alligevel svært ved at acceptere det.

### **Gennemgang af ICF-skema**

*Indstilling og forbindelse til arbejdsmarkedet:* Peter har nogle problemer med at løse de opgaver, der hører til jobbet, at overholde deadlines og færdiggøre en arbejdsdag. Har ikke problemer med at kommunikere med hustru om udførelse af opgaver. Peter mener, at det ikke vil være muligt at søge arbejde på grund af nedgang i den samlede funktion.

*Tilegne sig ny viden:* Det er svært at indlære nye ting; men de tidligere rutineprægede opgaver går det nogenlunde med. Har ganske væsentlige problemer med at koncentrere sig og multitasking. Laver kun rutineprægede, kendte ting ved behov. Har lidt svært ved at gennemføre og afslutte opgaverne.

*Interesser:* Peter fortæller, at arbejdet altid har været hans interesse, og det har han meget svært ved nu. Har ingen problemer med at deltage i sociale aktiviteter i den nærmeste familie; men har ikke overskud til den tidligere store venneskare. Ser lidt TV-avis og lidt fagligt stof. Har en enkelt gang forsøgt med en alpin skiferie, men magtede end ikke at nå frem til øvebakken.

*Sociale færdigheder og personlige kompetencer:* Peter har et højt ambitionsniveau, som han indtil nu har kæmpet for at indfri. Peter kan ikke håndtere et øget pres eller håndtere vrede og irritation og følelser i en presset situation. Har fortsat lidt talebesvær og er langsommere end tidligere. Dette kan give kommunikationsbesvær.



*Sociale og økonomiske forhold:* Peter har god kontakt til nærmeste familie og får vældig god opbakning herfra. Pga. Peters begrænsede ressourcer, bl.a. med hurtig udtrætning, har han svært ved at vedligeholde kontakten til tidligere vennekreds. Funktionsproblemerne medfører, at Peter har meget svært ved at sikre sin økonomiske tryghed og kan ikke forsørge sig selv.

*Helbred:* Såvel det fysiske som psykiske funktionsniveau er meget påvirket af helbredssituationen. Kan ikke selv styre sit medicinforbrug. Energiniveauet er meget påvirket. Har svært ved at falde i søvn og sove ubrudt.

*Aftaler:* Projektleder har kontaktet egen læge vedrørende afklaring om hvorvidt den aktuelle vedligeholdelsestræning er tilstrækkelig til at fastholde funktionsniveauet. Egen læge positiv og vil kontakte den kommunale visitator.

### **Case 3 Vurdering af behov for genoptræning/rehabilitering**

*Tilstanden er meget kompleks med svære, fysiske funktionstab med lammelser i lemmer, talebesvær og synkebesvær. Efter langvarig genoptræning på højt specialiseret niveau i Fase I/II har Peter fortsat behov for specialiseret genoptræning og rehabilitering i Fase III. Peter har behov for fortsat vedligeholdelsestræning på højt niveau.*

*Forløbet bør være tværfagligt og tværsektorielt med inddragelse af HSK, som kan koordinere og samordne de mange udfordringer og aktiviteter. Der er behov for tydelig målsætning og prioritering i samarbejde med borger og fagpersoner. I starten enkle og basale mål, f.eks. at kunne synke, stigende i kompleksitet til at kunne klare almindelige, dagligdags funktioner og/eller i slutning af forløb at kunne deltage i sociale sammenhænge og på arbejdsmarkedet. Der er behov for løbende, tværfaglig neurofaglig/ergonomisk/logopædigisk/psykologisk vurdering og træning mhp. rehabiliteringspotentialer og -behov. Behov for løbende målsætning for rehabiliteringsprocessen. Tilbud om støtte til strukturering af hverdagen og støtte til håndtering af de eksistentielle udfordringer og finde en ny identitet i forhold til opståen af gennemgribende, varige funktionsbegrænsninger. Vurdering af behov for hjælpemidler. I Fase IV vedligeholdelsestræning på tilstrækkeligt højt niveau, så gangfunktionen og balancen fastholdes samt fortsat psykologisk hjælp til erkendelsesrejsen og relevant støtte til f.eks. fortsat strukturering af opgaver.*





## Case 3 Delkonklusion

Genoptrænings- og rehabiliteringsforløb har været langvarigt. For mange ville dette ikke kunne lade sig gøre; men Peters umådelige gå-på-mod og ægtefællens enorme støtte har haft stor betydning. Peter har været igennem et meget langvarigt forløb med behov fra højt specialiseret genoptræning i Fase I/II til rehabilitering på specialiseret niveau i Fase III. HSK har koordineret forløbet i Fase III. Der er foretaget revurderinger løbende mhp. tilretning af rehabiliteringsforløbet.

Efter de lange institutionsophold ønsker Peter, helt forståeligt, at komme hjem, selv om den specialiserede træning endnu ikke er færdig. Efter en omfattende og intensiv indsats fra Træning i case-kommunen udvikler Peter en brugbar gangfunktion. Han får de relevante hjælpemidler.

Herefter har Peter i en periode været tilknyttet NFA, hvor man har fokuseret på de arbejdsrettede tiltag, dels i eget erhverv og dels i andet erhverv med lette, rutineprægede opgaver.

Den kognitive funktion er screenet tidligt i forløbet, og senere i Fase II er der flere gange peget på behovet for en egentlig neuropsykologisk udredning, når Peters talefunktion er bedret, og inden arbejdsrettede tiltag iværksættes. I efteråret 2016 har Peter selv givet udtryk for kognitive problemer på møde med HSK og sagsbehandlere og terapeuter under forløbet i Træning. Men han bliver først udredt ved neuropsykolog i slutningen af arbejdspraktikperioden, hvor omfattende, kognitive problemer bliver klarlagt. Der er ikke undervejs i sagsforløbet taget stilling til, om der var/er behov for neuropsykologisk træning mhp. at klare almindelige, dagligdags funktioner. Det fremgår ikke tydeligt af akter eller samtale, hvordan den kognitive træning har været i de arbejdsrettede tiltag.

Evalueringen ved afslutning fra NFA og den neuropsykologiske undersøgelse viser samstemmende, at Peter har væsentlige problemer med selvstændig ADL-funktion og ikke har mulighed for deltagelse på arbejdsmarkedet på grund af de massive, kognitive funktionstab og fysiske begrænsninger. Peter er fortsat i ressourceforløb uden afklaring af forsørgelse. Dette påvirker parrets såvel psykisk som økonomisk.

Peter har fortsat tendens til at overvurdere egen formåen. Det er en del af hans sygdom, og er i overensstemmelse med vurderingerne fra NFA og neuropsykolog. Der er stor forskel på Peters opfattelse og de professionelle opfattelse af niveau; dog kan Peter korrigeres i samtalen. Ved opfølgningssamtalerne i projektet kommer mange tanker om eksistentielle problemer frem, som ikke tidligere har været adresseret. Der fornemmes at være en psykisk proces, hvor Peter har behov for støtte til de svære erkendelsesproblemer.

Ægtefællen har været en massiv støtte og drivkraft gennem hele forløbet – både i forhold til træning, hverdag og fortsat drift af gården. Uden hendes støtte ville han næppe kunne klare selv basale hverdagsopgaver.



## **Sammenfatning og konklusion: Kapitel 4 Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering - hos 3 personer med erhvervet hjerneskade**

De 3 hjerneskadede borgers situation er kompleks, f. eks. med forudbestående co-morbiditet og nytilkomne ændringer med såvel fysiske, psykiske, kognitive som sociale funktionstab og ændrede livsvilkår. Jeg har gennemgået de 3 cases mhp. at belyse rehabiliteringspotentialer og -behovet samt iværksatte indsatser. Som udgangspunkt har jeg anvendt SST's niveauopdeling for hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi, Fase III, dvs. indplacering på basalt, avanceret eller specialiseret niveau med tilhørende fagprofessionelle kompetencer, SST 2011a. Min gennemgang danner basis for min vurdering af, om de 3 forløb har været relevante.

### **Fase I/II**

Selv om der primært har været fokus på genoptræning i Fase III, så må nævnes, at case-forløbene peger på problemer i Fase I/II med genoptræning. F.eks. bliver borgeren i case 1 vurderet 2 gange af terapeuter under indlæggelserne, mens der ikke iværksættes nogen form for genoptræning som konsekvens af disse vurderinger.

Ved overgangene mellem Fase I/II og Fase III tabes vigtig information, og dette påvirker chancerne for relevant genoptræning i det kommunale regi. Det gælder især for de kognitive funktioner.

### **Kompleksitet**

I alle 3 cases har borgeren en erhvervet hjerneskade. Udover hjerneskaden er de 2 første forløb kompliceret med co-morbiditet i form af hjerte-karsygdom. Hertil kommer familiære udfordringer i de samme cases, dog mest omfattende i case 2. Der er såvel fysiske som psykiske, sociale og kognitive følger hos alle 3, der begrænser deltagelsen på arbejdsmarkedet.

### **Niveau**

Med baggrund i Forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2011a vurderer jeg, at der i fase III er behov for kommunal genoptræning/rehabilitering, dels på avanceret niveau i case 1, dels på højt avanceret niveau i case 2. I case 3 er der behov for genoptræning/rehabilitering på specialiseret niveau.



Der er imidlertid misforhold mellem denne vurdering og de faktiske forløb, idet kun case 2 modtager genoptræning på avanceret niveau, mens case 1 alene modtager genoptræning på alment/basalt niveau. Case 3 har modtaget genoptræning på såvel højt specialiseret niveau i Fase II samt specialiseret og avanceret niveau i Fase III. Efter case 3 ønsker sig udskrevet fra den specialiserede institution, fortsætter den fysiske genoptræning på nærmest specialiseret niveau i Træning, mens de øvrige genoptræningsbehov ikke tilgodeses, f.eks. mangler en neuropsykologisk afklaring til trods for at behovet herfor er påpeget tidligere i Fase II. Forløbene i case 1 og 3 bærer således præg af manglende neurofaglig ekspertise og støtte til psykiske og socialkognitive problemer. Desuden virker det som om, at vedligeholdelsestræningen i case 3 ikke i tilstrækkelig grad kan opretholde funktionsniveauet. Det er derfor et nødvendigt opmærksomhedspunkt for alment praktiserende læge, at patientens vedligeholdelsestræning indplaceres på relevant niveau, hvilket, projektlederen drøfter med borgeren og lægen i opfølgingsforløbet.

Endelig bør overvejes om de vanskeligheder, som borgerne har, kan klares via lokale indsatser. F.eks. er det meget svært at arbejde med social-kognitive vanskeligheder, hvis det ikke foregår i et fagligt miljø med flere neurofaglige grupper – som man har f. eks. på BOMI eller Centrér for Hjerneskade.

### **Koordinering og samarbejde**

I alle 3 forløb er der tale om komplekse sygdomsforløb med behov for et tværfagligt, koordinerende og samordnende forløb på avanceret eller specialiseret niveau.

I de 2 første cases er der behov for koordinering og samarbejde mellem sundhedsafdelingen i kommunen og neurologisk samt hjertemedicinsk afdeling, hvor borgerne følges under genoptræningen og senere med egen læge i det videre forløb. I case 3 er der også i høj grad behov for samarbejde og koordinering mellem landsdels-, regional og kommunal rehabiliteringsenheder; da forløbet har været meget komplekst, omfattende og langvarigt. HSK har været inddraget mhp. rådgivning i case I og ledet de koordinerende forløb i case 2 og 3. Til trods for inddragelse af HSK er der problemer med timing og gennemførelse af afklaring og indsatser i forløbene. Timingen i indsatserne er meget vigtig, dels bør der trænes efter borgerens niveau og behov, dels bør der tænkes frem i tid.

Det er især vigtigt, at man starter træning af funktionsbegrænsningerne, inden der er behov for funktionen og ikke 'når der er behov for funktionen'. F.eks. at færdigheder, som skal bruges på arbejdsmarkedet, allerede er vurderet og trænet tidligere. Det ser også ud til, at forløbene kører



lidt pr. automatik snarere end individuelt tilrettelagte – trods HSK påpeger indsatser, bliver de ikke sat i gang.

### **Individuelt tilpassede forløb - Neurofaglig /neuropsykologisk udredning og opfølgning**

I alle 3 cases er det primært de kognitive funktionstab, som er begrænsende for deltagelse på arbejdsmarkedet. Dette er i overensstemmelse med nyere forskningsresultater, Kassberg 2013, Zakzanis 2017, Turunen 2017.

'I case 1 gøres allerede i funktionsvurderingen i Fase II opmærksom på, at der kan være kognitive problemer; senere gentages disse bekymringer af ergoterapeut i Træning, dvs. Fase III. Men der har ikke været inddraget neurofaglig vurdering, træning eller støtte i forbindelse med tilbagevenden til arbejdspladsen, selv om der ved rehabiliteringsmødet var rådgivet herom, og man i Træning havde nævnt, at der var kognitive problemer. Case 1 har fået et alment tilbud i form af pc-træning – uden man ved, om det faktisk var hans problem, idet han ikke er udredt kognitivt.'

'I case 2 foretages i Fase II en neuropsykologisk screeningsundersøgelse, som anbefaler, at der inden arbejdsprøvning iværksættes en neuropsykologisk kortlægning af de kognitive funktioner og en rådgivning om indsatser til støtte for tilbagevenden til arbejdet. Denne gennemføres midt i afprøvningsforløb på NFA. Med udgangspunkt i den neuropsykologiske undersøgelse og rådgivning er der givet neurofaglig og social-kognitiv støtte i forbindelse med tilbagevenden til arbejdet. Indsatsen i case 2 har været specifik i forhold til hans konkrete vanskeligheder. Borgeren i case 2 giver udtryk for, at han i høj grad værdsætter denne støtte og har lært meget heraf. Det gør ham i stand til at bestride sit nuværende fleksjob. Måske kunne denne undersøgelse med fordel være foretaget tidligere i forløbet.'

'I case 3 foretages 2 neuropsykologiske screeninger i Fase II. Pga. af sprogvanskeligheder er disse mangelfulde og anbefaler en neuropsykologisk undersøgelse mhp. kortlægning af de kognitive funktioner og planlægning af indsatser/støtte i forhold til tilbagevenden til arbejdet, når sprogfunktionen er bedret. Denne undersøgelse foretages først 4 måneder efter iværksættelse af arbejdsrettede indsatser. Borgeren i case 3 har givet udtryk for kognitive problemer allerede et år før neuropsykologisk undersøgelse er blevet gennemført.

*Det rejser spørgsmålet, om en tidligere neuropsykologisk kortlægning af det kognitive landskab ville have medført andre dispositioner for rehabilitering end de valgte?*



### **Individuelt tilpassede forløb - Fysisk genoptræning**

Der er stor tilfredshed hos alle 3 borgere med den fysiske genoptræning og personalets støtte i Træning. Især case 3 har modtaget en målrettet fysisk træning.

### **Individuelt tilpassede forløb - Arbejdsrettede indsatser**

Case 1 og 2 er ligeledes i store træk glade for forløbet i Jobcentret, mens case 3 forståeligt giver udtryk for frustration over den lange ventetid på en afgørelse vedrørende pension. Det er mere end et år siden, at funktionsniveauet blev vurderet som stationært.

Selv om Case 1 vurderes til at have behov for genoptræning og rehabilitering på avanceret niveau, kommer borgeren direkte på arbejdsmarkedet efter arbejdspraktik med skånehensyn i form af nedsat tid og enkle opgaver til trods for betydelige funktionsbegrænsninger. Når man sammenligner udviklingen i de 2 første cases, må man spørge sig selv, om case 1 ville kunne have haft en bedre funktionsformåen i dag, hvis der havde været givet tilstrækkelig, neurofaglig støtte?

I case 3 iværksættes arbejdsrettede indsatser uden neurofaglig/psykologisk afklaring, selv om behovet for sådan en afklaring har været italesat fra starten. Afklaringen viser, at der fortsat er betydelige problemer både i ADL samt fysiske, kognitive og emotionelle funktioner, som bevirker, at arbejdssevnen anses for varigt nedsat til det helt ubetydelige.

### **Individuelt tilpassede forløb - Ændring i identitetsfølelse og livsvilkår**

Alle 3 cases giver udtryk for betydelige udfordringer i forbindelse med ændring i identitetsfølelse grundet følgerne af hjerneskaden. Under det lange sygdomsforløb har borgeren i case 1 oplevet stor usikkerhed om sit kommende liv. Han ville gerne have kunnet tale om det. Tillige giver han udtryk for behov for psykisk støtte til at mestre sin nye identitet. I case 2 har der været psykologisk støtte fra firmaets sundhedsforsikring samt socialkognitiv støtte i forbindelse med tilbagevenden til arbejdet. Dette har styrket borgeren. Borgeren i case 3 giver ved opfølgning med projektleder udtryk for mange tanker om eksistentielle problemer og sorte tanker. Dette har i perioder været drøftet med egen læge, men har ikke været håndteret i den kommunale genoptræning.

Det er interessant, at case 1 og case 3 først langt henne i forløbet fremkommer med mere eksistentielle overvejelser og behov for støtte til at



bearbejde dem. Endvidere er det påfaldende, at de ikke har fået tilbud om psykologisk støtte. Måske har det ikke været italesat, måske er de først klar til at tænke over dette, når de er nået igennem de andre dele af forløbet. Det peger på, at de med fordel kunne have behov for adgang til psykologisk støtte/behandling selv langt henne i forløbet. I case 2 er det primært ægtefællen og den neuropsykologiske undersøgelse, som peger på udfordringerne og behov for støtte. Case 2 giver i hvert fald udtryk for, at den støtte, han har modtaget, har styrket og hjulpet ham.

Borgerne har tanker om eksistentielle problemstillinger og fortæller, at de kunne have haft behov for støtte til at håndtere disse problemer, Glintborg 2014, Glintborg 2015, Glintborg 2017. Forløbene rejser også mistanke om manglende støtte til familierne. Flere giver udtryk for, at kursus 'Livet med hjerneskade' giver en del informationer, men omfanget ikke er tilstrækkeligt til at klare hverdagens udfordringer, ligesom der er behov for individuel tilpasning.

### **Individuelt tilpassede forløb - Afslutning**

For case 1 og case 2 gælder, at aftale om fleksjob har bragt ro i sindet pga. kendskab til fremtidig økonomi samt tilknytning til tidligere arbejdsplads, dog med andre opgaver og begrænset arbejdstid. Mens case 3, der har de mest massive funktionsbegrænsninger og været længst tid i Jobcentrets ressourceforløb, fortsat mangler en afklaring og afslutning. Dette kan måske skyldes en ressourcerig ægtefælle, som bogstavelig talt har løftet ham i hele forløbet. Hvis han havde været alene, havde de massive funktionsbegrænsninger selv inden for ADL haft større gennemslagskraft i det levede liv. Borgeren ville højst sandsynligt allerede nu have fået tildelt pension og beskyttet bolig etc. Hermed mener jeg ikke, at ægtefællens hjælp er en negativ ressource, tværtimod. Hjælpen har, sammen med borgerens utrolige vilje, været altafgørende for at bringe borgeren dertil, hvor han er i dag. Men Jobcentret har ikke ageret i forhold til den foreliggende viden om svære funktionstab.

### **Perspektivering**

Det er 3 positive historier med generhvervelse af en lang række funktioner; men alligevel rejser der sig en række faglige og menneskelige spørgsmål til rehabiliteringsforløbene i Fase III.

*Hvorfor bliver case 1 behandlet på alment/basalt niveau?*

*Hvorfor bliver case 1 ikke udredt for de kognitive problemer, så indsatsen kunne have været mere specifik?*



*Hvorfor bliver case 3 ikke udredt for kognitive problemer langt tidligere efter generhvervelse af tale?*

*Dette rejser spørgsmålet om, hvordan den neurofaglige/neuropsykologiske og almen psykologiske indsats kan styrkes i Fase III?*

*Spørgsmålene kan ikke besvares ud fra forløbsbeskrivelserne, alene; men i kapitel 2 nævner fagpersonerne, at der mangler neurofaglig ekspertise i kommunalt regi. Temaet vil blive adresseret yderligere i kapitel 7.*

*Hvordan kan relevant information sikres i overgangen mellem Fase I/II og Fase III?*

*Spørgsmålet kan ikke besvares ud fra caseforløbene alene; men i kapitel 2 nævnes, at der f.eks. er etableret en fremskudt visitation på Holbæk sygehus, men at det fortsat kniber med at få de relevante oplysninger, hvis borgeren har været indlagt på landsdelssygehuse. Temaet adresseres yderligere i kapitel 7.*

*Hvordan kan borgerne støttes gennem de transitionsfaser, som de gennemgår?*

*Hvordan kan en relevant vedligeholdsestræning sikres?*





# 5

## Kapitel 5

### Kommunale tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade i Region Sjælland

- baseret på oplysninger på sundhed.dk og fra  
hjerneskadekoordinatører



## Indledning

Det er vigtigt, at borgere med erhvervet hjerneskade eller pårørende samt professionelle har let adgang til at få overblik over relevante muligheder for rehabilitering. I Forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2011a anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne anvender Sundhed.dk til at informere borgerne om tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade. I kapitel 5 undersøger jeg, i hvilket omfang, kommunerne har anvendt sundhed.dk til at informere borgerne om relevante tilbud. Samtidig undersøger jeg kommunernes tilbud ved at rette henvendelse til de kommunale hjerneskadekoordinatorfunktioner. Vedrørende formål og metode henvises til bilag 1 og bilag 5.1. Resultaterne rapporteres og diskuteres herunder.

## Tilbud registreret via Sundhed.dk

I 2016 har 4 ud af de 17 kommuner, og i 2018 har 10 ud af de 17 kommuner, informeret om tilbud for borgere med erhvervet hjerneskade på sundhed.dk. I 2018 er det muligt at opdele oplysningerne i følgende: 6 har informeret om hjerneskadekoordinatorfunktionen (HSK), 5 har informeret om patient- og pårørendekurser for voksne med erhvervet hjerneskade (PTU). 1 kommune har oplyst om både HSK og PTU. 1 kommune har oplyst om specifikke tilbud for borgere med erhvervet hjerneskade. Der er ikke direkte henvisning til yderligere, specifikke tilbud om hjerneskaderehabilitering på Sundhed.dk; dog har flere kommuner i materialet om patientuddannelserne nævnt kontakt til HSK, se tabel 5.1.



**Tabel 5.1. Oversigt over kommunernes oplysninger til borgerne om tilbud for personer med erhvervet hjerneskade i juni 2016 og 2018**

Nr.	Kommune	Sundhed.dk 2016	Sundhed.dk 2018		
			PTU <sup>1</sup>	HSK <sup>2</sup>	Andet <sup>3</sup>
1	Faxe	0	0	1	0
2	Greve	0	0	0	0
3	Guldborgsund	0	0	1	0
4	Holbæk	1	1	0	0
5	Kalundborg	1	1	0	0
6	Køge	0	0	0	0
7	Lejre	0	0	1	0
8	Lolland	0	1	0	0
9	Næstved	0	0	0	0
10	Odsherred	1	1	1	0
11	Ringsted	1	1	0	1
12	Roskilde	0	0	1	0
13	Slagelse	0	0	0	0
14	Solrød	0	0	0	0
15	Sorø	0	0	0	0
16	Stevns	0	0	0	0
17	Vordingborg	0	0	1	0
I alt		4	5	6	1

1) PTU: Patientuddannelser.

2) HSK: koordinatorfunktion.

3) Andet, f.eks. træningstilbud.



## Resultat af kontakt med hjerneskadekoordinatorfunktionerne

Det fremgår af Socialstyrelsens liste i 2016, at stort set alle kommuner har angivet en hjerneskadekoordinator. I 2 kommuner har man valgt koordineringsudvalg/visitation som indgangsport til hjerneskadekoordinatorfunktionen. I nogle få kommuner er hjerneskadekoordinatorfunktionen opdelt på flere, navngivne personer. Der er opnået kvittering for modtagelse af mail i alle 17 kommuner; men blot 5 kommuner har derefter svaret på henvendelsen.

Herunder refereres oplysninger, som er fremkommet ved kontakt til HSK, og som er nævnt af sundhedskoordinatorer ved interview eller kendt af projektleder.

### Faxe kommune

Hjerneskadekoordinator har ikke sendt tekstsvaret på mail.

Herunder link til Kildebo, som modtager borgere med erhvervet hjerneskade med behov for rehabilitering på specialiseret niveau fase III, SST2011a. Kildebo er ikke kun for Faxes borgere, men alle kommuner.

<https://kildebo.faxekommune.dk/kildebo-center-neurorehabilitering>

### Greve kommune

Svar: 'Hjerneskadeteamet har modtaget denne mail. Undertegnede svarer på vegne af Jobcentret. I Greve kommune har vi ikke beskæftigelsesrettede tilbud specifikt rettet mod neurorehabilitering. Vi benytter os som hovedregel af enkeltkøb hos aktører med særlig viden inden for neurorehabilitering. I enkelte tilfælde anvender vi vores egne, aktive tilbud – men det er ikke en specialiseret indsats. Håber, du får svar fra kolleger i kommunen, der dækker de andre områder.'

### Holbæk kommune

Intet tekstsvaret fra hjerneskadekoordinator på mail.

Projektleder tog kontakt til afdelingsleder for Tale og -Hjerneskadeafdelingen, CSU, Holbæk Kommune mhp. orientering om NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering. Den 14. oktober 2016 deltog projektlederen i møde med NFA. Udover hjerneskaderådgiver deltog de 2 ergoterapeuter og neuropsykolog, som er tilknyttet NFA som konsulent. Hjerneskaderådgiveren orienterede om hjerneskadekoordinationsfunktionen samt NFA i Holbæk Kommune. NFAs tilbud fremgår af nedenstående link.



[https://csu.holbaek.dk/media/22546427/pjece\\_nfa\\_redigeret-240919.pdf](https://csu.holbaek.dk/media/22546427/pjece_nfa_redigeret-240919.pdf)

Kursus 'Livet med hjerneskade' for borgere med erhvervet hjerneskade er fælles med Holbæk og Odsherred kommuner.

I Holbæk har de også et neuropædagogisk tilbud til hjerneskade under Vejledning om specialundervisning for voksne, VEJ 9396, - der også anvendes af Odsherred kommune. Det er ikke et direkte erhvervsrettet tilbud.

<http://www.csu-holbaek.dk/sp/p488531/text/DET%20NEUROP%C3%86DAGOGISKE%20UNDERVISNINGSTILBUD>

### **Kalundborg Kommune**

Genoptræningschef, Kalundborg kommune, svarer på mail-opfordring i november 2017: 'Det er rigtigt, at organiseringen, der er omkring hjerneskadede borgere, ikke findes på sundhed.dk. Baggrunden for dette er simpelthen fordi det ikke er et tilbud til borgerne men en måde vi samarbejder internt for at sikre, at borgeren har en fælles plan, som er koordineret i forhold til borgerens rehabiliteringsmål. Arbejdsmetoden er udviklet 2010-13, hvor regeringen gik ud med puljer til alle kommuner, og hvor mange valgte at ansætte en hjerneskadekoordinator. Det er imidlertid vores erfaring, at den slags stillinger ikke i høj grad påvirker det grundlæggende, kommunale relationelle samarbejde; men nærmest er en kompensation for mangler på området. Vi har i stedet valgt at lade kompetente fagfolk møde hinanden og løse opgaven sammen.

Projektet er selvfølgelig evalueret efter projektstop. Den vedhæfter jeg her. Men jeg vil også gerne give svar, hvis du skulle have flere spørgsmål.'

Rapport: LG Insight; Evaluering - Kalundborg Kommune - Kommunal rehabilitering for personer med erhvervet hjerneskade, marts 2015. Kan rekvireres hos [Jette.Olesen@Kalundborg.dk](mailto:Jette.Olesen@Kalundborg.dk)

Kursus 'Livet med hjerneskade' for borgere med erhvervet hjerneskade er fælles med Holbæk og Odsherred kommuner.

### **Køge kommune**

Mailsvar: 24.august 2016 'Vi (Susanne Wittenkamp hjerneskadekoordinator fra Køges Social- og sundhedsafdeling, samt repræsentanter fra Jobcenter) har i dag haft møde med henblik på besvarelse af din mail.

Vi startede med at gå ind på det link, som du sendte. Der kunne vi se, at der ikke stod noget om indsatser for borgere med erhvervede hjerneskader, samt ved vores søgning var der intet omkring hjerneskadekoordina-



torer på landsplan, som ellers tidligere har været der. Det undrer vi os over er væk.

I forhold til dine spørgsmål og ønske om en liste for Køge Kommune, er det ikke muligt for os at fremskaffe en sådan, da det er en individuel vurdering i den enkelte sag, om hvilke indsatser den enkelte borger skal have. Samtidig er det ofte en kombination af interne og eksterne leverandører. Ud over det så ligger bevillingerne i forskellige afdelinger i kommunen, hvilket gør det svært at komme med en liste til jeres sundhedskoordinatorer, som deltager i kommunernes rehabiliteringsteams. Anne Jacobsen, socialrådgiver, Sygefravær.'

### **Lolland kommune**

Mail den 1. juli 2016 fra hjerneskadekoordinator med oplysninger om ARC, der er et arbejdsrehabiliteringscenter på Lolland, som er målrettet borgere med erhvervet hjerneskade. ARC Lolland samarbejder med Jobcenter Lolland i forhold til at afklare borgeres arbejdsparethed, arbejdsevne, behov for skånehensyn mm. Desuden forestår ARC Lolland erfa-grupper, undervisning, interne arbejdsmodningsforløb samt rådgivning og vejledning til samarbejdspartnere.

Der er §119 undervisning til borgere med erhvervet hjerneskade og tilsvarende for pårørende.

ARC er placeret under team Træning/Rehabiliteringen. Der er ansat 1 fysioterapeut, 1 ergoterapeut, 1 sygeplejerske samt en logopæd. ARC samarbejder med Jobcentret.

Link til Lollands kommunes Kvalitetsstandard.

<https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/lolland/patientskoler/hjerneskade-erhvervet/>

### **Næstved kommune**

Ingen svar på henvendelse, men sundhedskoordinator har peget på Videnscenter for specialundervisning som en god partner ved neurorehabilitering.

Link til VISP

<https://visp.dk/fagperson/>

<https://visp.dk/borger/>



### **Odsherred kommune**

Hjerneskadekoordinator har allerede fra 2015 deltaget/rådgivet ved planlægningen af projektet. Desuden indgår HSK i projektets interview-del. Der henvises hertil vedrørende tilbud.

Kursus 'Livet med hjerneskode' for borgere med erhvervet hjerneskode er fælles med Holbæk og Odsherred kommuner.

### **Ringsted**

HSK har i forbindelse med henvendelsen udarbejdet en liste over tilbud til borgere med erhvervet hjerneskode, som efterfølgende er lagt ud på

<https://ringsted.dk/borger/omsorg-sundhed/hjaelp-fra-hjerneskadekoordinator>

Listen giver et godt overblik over såvel genoptræningstilbud som patientuddannelser. Kontakt til hjerneskadekoordinationsfunktionen fremgår af kursusmateriale til patientuddannelse, men ikke under det selvstændige punkt Rådgivning og støtte.

### **Roskilde kommune**

Hjerneskadekoordinator har ikke besvaret mail med tekstsvaret.

Herunder er link til BOMI, som yder neurorehabilitering på specialiseret niveau, og som samarbejder med en række kommuner.

<https://www.bomiroskilde.dk/top-menu/om-bomi/>

### **Slagelse Kommune**

Der er ikke tekstsvaret fra HSK.

Hjernens Hus er et tilbud til borgere mellem 18 og 65 år, der har en erhvervet hjerneskode.

Link <https://csu.slagelse.dk>



## **Sammenfatning og konklusion: Kapitel 5 Kommunale tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade i Region Sjælland**

### **Opslag på sundhed.dk**

Materialet fra sundhed.dk er repræsentativt for kommunerne i Region Sjælland. Fra 2016-18 er der sket en stigning fra 4 til 10 kommuner, som har lagt oplysninger om tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade ud på sundhed.dk. Men der er stadigvæk 7 ud af 17 kommuner, som ikke informerer via sundhed.dk.

Ved opslag på sundhed.dk/kommunenavn/sundhedstilbud kommer man ind på en side med en række temaer, f.eks. tilbud til borgere med KOL, hjertesygdomme, kroniske smerter, overvægt, patientuddannelser samt rådgivning. Men ingen nævner på denne indledende side 'borgere med erhvervet hjerneskade'. Ved at klikke sig videre under rådgivning eller patientuddannelser kan borgeren finde oplysninger som f.eks. kursus for hjerneskadede eller HSK-funktionen. Tilbuddene på sundhed.dk omhandler indsatser i fase III i de sundhedsfaglige afdelinger i kommunerne. Der er ingen oplysninger om tilbud i social- og beskæftigelsesafdelingerne.

*Det må anbefales, at borgere med erhvervet hjerneskade får en lettere adgang til relevante oplysninger om genoptræning og rehabilitering samt kontakt til hjerneskadekoordinatorfunktionen via sundhed.dk. F.eks. kunne 'borgere med erhvervet hjerneskade' være et selvstændigt tema på den indledende side.*

### **Information fra hjerneskadekoordinatorfunktionerne**

Hjerneskadekoordinatorfunktionen i kommunerne kunne med deres viden have bidraget til at belyse indsatser på disse områder. Men der er desværre heller ikke opnået en tilfredsstillende besvarelse, idet blot 4/17 kommuner har svaret på henvendelsen til hjerneskadekoordinatorfunktionen. Det er en skuffende lav svarprocent.

Blandt de 4 kommuner, der har besvaret henvendelsen, har svarene taget forskellige retninger. Én kommune har reageret ved at udarbejde en liste over de samlede tilbud og placeret den på sundhed.dk under patientskoler. Én kommune oplyser, at de ikke har beskæftigelsesrettede tilbud specifikt rettet mod neurorehabilitering, men køber tilbud hos anden aktør med specialviden. Derudover anvender kommunen egne aktive tilbud, som ikke er en specialiseret indsats. Én kommune henvi-



ser til et tilbud, som er placeret i sundhedsafdelingen, men som indbefatter ergonomisk assistance til deltagelse på arbejdsmarkedet. Hjerneskadeteamet i én kommune undrer sig over, at der ikke er oplysninger på sundhed.dk. Derudover kan de ikke fremskaffe en liste over mulige tilbud, da det er en individuel vurdering i hver sag.

Efterfølgende henvendelser til 2 nabokommuner bekræfter, at der er et samarbejde om patientuddannelse for borgere med erhvervet hjerneskade. Desuden har den ene nabokommune etableret NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering. Den anden nabokommune har deltaget i et projekt om organiseringen af indsatsen for borgere med erhvervet hjerneskade.

Det har ikke på baggrund af det foreliggende været muligt at udarbejde en liste over tilbud om arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering og det faglige niveau i de 17 kommuner i Region Sjælland. Mit indtryk er, at indsatserne er meget forskellige samt med et sparsomt eller intet samarbejde kommunerne imellem. Det er også mit indtryk, at kommunerne løser opgaverne med en meget forskellig specialiseringsgrad, se også kapitel 6 om SK'ernes erfaringer fra de forskellige kommuner. Hjerneskadekoordinatorernes problemer med at give entydige tilbagemeldinger kunne måske også afspejle manglende, klare arbejdsgange.

### **Tværkommunalt samarbejde**

Allerede i 2011 anbefales det at styrke samarbejdet mellem flere kommuner mhp. at opnå enheder, der matcher de faglige krav til arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering jf. SST 2011a, SST 2014a. I senere evalueringer, beretninger og senest i Rigsrevisionens beretning på hjerneskadeområdet i 2016, Rigsrev 2016, er kommet en række anbefalinger om øget tværsektorielt samarbejde, øget samarbejde mellem kommunerne mhp. at opnå et tilstrækkeligt kompetencevolumen, sikring af kvalitet etc. Der er speciel fokus på sundhedsområdet i regionerne og kommunerne, men ikke på den direkte arbejdsrettede hjerneskaderehabilitering. Min vurdering er, at der i høj grad også er behov for øget tværsektorielt samarbejde, øget samarbejde mellem kommunerne og kommunernes fagområder mhp. at opnå et tilstrækkeligt kompetencevolumen, sikring af kvalitet etc. inden for den direkte arbejdsrettede hjerneskaderehabilitering. Temaet vil blive behandlet yderligere i kapitel 7.







# 6

## **Kapitel 6**

**Arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering og sundhedskoordinatorfunktionen i Region Sjælland**

## Indledning

### Sundhedskoordinatorfunktion

Sundhedskoordinator, SK, er en læge fra Arbejds- og Socialmedicinsk afdeling, der fungerer som Regionens repræsentant på mødet i Rehabiliteringsteamet i kommunen.

SK's opgave er at levere sundhedsfaglig rådgivning i forbindelse med mødet i rehabiliteringsteamet. SK modtager, via Mediconnect, en sagsliste og tilhørende oplysninger 14 dage før mødet og skal have svaret kommunen, om oplysningerne er tilstrækkelige, senest 5 arbejdsdage før mødet. Det er obligatorisk, at der foreligger en LÆ 285 eller lignende oplysninger samt forberedende rehabiliteringsplan ved mødet i rehabiliteringsteamet mhp. JAF-forløb eller Læ265 samt en forberedende rehabiliteringsplan udarbejdet af sagsbehandler og borger i fællesskab mhp. ressourceforløb.

Hensigten med interviewene er at undersøge

1. SK's tanker om arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering generelt
2. om det er muligt at levere en relevant sundhedsfaglig rådgivning og bidrage til en relevant rehabiliteringsplan på baggrund af de foreliggende oplysninger
3. SK's tanker om Klinisk funktions rolle.

Der er især fokus på at belyse mulighederne for at vurdere borgerens diagnose, afklaring af funktionsniveau og arbejdsevne samt behov for yderligere udredning, behandling og træning samt dokumentation herfor.

### Metode

Interviewer har udvalgt 4 SK'er, som har mere end 1 års erfaring med deltagelse i møder i rehabiliteringsteam i forskellige kommuner. Fokusinterviewet er baseret på en semistruktureret interviewguide. Hovedtemaerne i interviewene er afklaring af: 1) diagnose, 2) funktionsevne, 3) indsatser mhp. tilbagevenden til arbejdsmarkedet, Hjerneskadekoordinationsfunktion samt 4) Klinisk funktions rolle. Interviewet har varet en time; efterfølgende har interviewer skrevet et referat, som er fremsendt til den interviewede, som har kommenteret referatet. Disse kommentarer er medtaget sammen med svar på uddybende spørgsmål fra interviewer. Efterfølgende er svarene beskrevet og analyseret inden for de enkelte temaer på tværs af interviewene. Dvs., der er anvendt en analysestrategi med meningskondensering, som fører til temaer, der kobles på tværs af de enkelte interviews. Der er for hvert tema en delkonklusion, som vil blive medtaget i den samtlende og afsluttende diskussion og konklusion med det formål at kunne udpege anbefalinger til forbedringer inden for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.



## Resultater af interviews

### Arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering generelt

Helt overordnet finder alle SK'er, at forløbene med borgere med erhvervet hjerneskade er komplekse med flere diagnoser og funktionstab på forskellige områder samt psykiske og erkendelsesmæssige følger. Forløbene er oftest langvarige med mange fagpersoner involveret og mange sagsakter.

SK2 har følgende tanker om indsatser i hjerneskaderehabiliteringsforløb. Ideelt set kan man fra 3-6 måneder efter sygdomsdebut med rimelighed starte op med at træne den kognitive funktion. Den mentale træthed kan hindre intensiv træning. Dvs., der er oftest behov for at starte langsomt. Hukommelsesteknikker, Læse og forstå ord, Koncentrationsevnen etc. bør trænes af en professionel med særlige kompetencer. Ved personlighedsændringer og emotionel instabilitet skal man være opmærksom på mulig depression, som kan behandles medicinsk. Evt. kognitiv terapi. Ved TCI skal man være obs. på, om der gives blodfortyndende behandling. SK2 ser efter udviklingen i forhold til den givne træning. Har i en kommune set træningsforløb på BOMI mhp. tilbagevenden til arbejde. SK3 anbefaler, at der iværksættes afvænning og afholdenhed mindst 3 måneder inden neuropsykologisk test hos misbrugere. SK4 vurderer, at der i det første år fokuseres på at generhverve den tabte funktion. Altså, kan du ikke gå, skal du lære at gå igen. Efter 1 år anses tilstanden for stationær, og man overgår til at lære nye metoder til at klare praktiske ting/huske ting i dagligdagen. Genoptræning fokuserer altså på at tillære sig en ny metode til at omgå sin udfordring på. Det kan f.eks. være at benytte hjælpemidler til selv at klare opgaver i stedet for at få hjælp af en person. Det kan være at lære at benytte et 'huskeskema' eller en husketeknik. Hvis du stadig ikke kan gå, skal du lære at klare de praktiske ting med hjælpemidler.

Ved mødet i Rehabiliteringsteamet skal SK vurdere, om den helbredsmæssige status er afklaret, om der er gennemført relevant behandling og genoptræning. Derudover vurderes begrænsninger i funktionsevnen, der påvirker deltagelsen i almindelige dagligdags aktiviteter og på arbejdsmarkedet samt muligheder for at fremme samme. Basis for denne vurdering er de fremsendte akter og samtalen med borgeren og de pårørende. Alle har deltaget i møde i Rehabiliteringsteamet med en borger med erhvervet hjerneskade. Dog giver de udtryk for, at sagerne er sjældne. Én har ikke specifikt kendskab til arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.



## **Delkonklusion arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering**

Sager med arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering forekommer sjældent og er ofte langvarige og komplekse med funktionstab på flere forskellige områder og store ændringer i det levede liv. Det stiller ekstraordinære krav til SK'erne. De gør sig alle tanker om det ideelle forløb og de nødvendige indsatser, som så ligger til grund for deres vurderinger.

## **Diagnose**

Afsnittet omhandler diagnosetyper og dokumentation herfor.

I interviewet afgrænser SK'erne de diagnoser, som er defineret som erhvervet hjerneskade ifølge Sundhedsstyrelsen 2011, SST 2011a. Diagnoserne er oftest stillet på neurologisk afdeling. Samtidig peger de på, at patienterne har andre lidelser, der kan have betydning for forløbet.

SK'erne fortæller, at der ofte i snakken med borgere på mødet i Rehabiliteringsteamet fremkommer nye oplysninger om kognitiv dysfunktion, som ikke er beskrevet i det fremsendte materiale. Dvs., de kommer først frem på mødet. Ved de massive skader er borgeren dog oftest undersøgt af neuropsykolog inden udskrivning, dvs. inden for nogle få dage til en måned efter hændelsen. Ved de lettere skader er de kognitive funktioner ikke undersøgt i Fase I/II. TCI er den sværeste gruppe, fordi de ikke er undersøgt ordentligt.

Én peger på behovet for at sikre relevante forløb for demente og forløb for unge med medfødte hjerneskader. Disse diagnoser er imidlertid uden for dette projekt, som omhandler voksne med erhvervet hjerneskade ifølge Sundhedsstyrelsens definition i 2011, SST 2011a.

Alle peger på, at der ofte foreligger forældede, men relevante data fra udskrivning fra sygehus og ønsker dem suppleret med aktuel dokumentation, f.eks. dokumentation fra egen læge. Der er enighed om, at der skal foreligge en LÆ265/LÆ 285, gerne suppleret med journalnotater eller epikriser fra udskrivende neurologisk afdeling/rehabiliteringsafdeling. SK1 finder det tilstrækkeligt med udtalelse fra egen læge, hvis den indeholder kvalificerede oplysninger om type på hjerneskade, skadestidspunkt, igangværende behandling, hvordan tilstanden var/er før og efter skaden samt aktuelle planer om revurdering eller yderligere behandlings/træningsmuligheder. SK2 finder det vigtigt med journal fra sygehus og MR-scanning, da det i højere grad giver oplysninger om organskadens placering og omfang.



### *SK's ønsker til oplysninger*

- type af hjerneskade
- skadestidspunkt
- igangværende behandling
- tilstanden før og efter skaden
- planer om yderligere udredning eller behandling/træning
- SK ser gerne, at der foreligger journalmateriale fra den udskrivende afdeling for at sikre nuancer mht. skadens lokalisering og omfang
- oplysninger om co-morbiditet, dvs. andre sygdomme

### **Delkonklusion diagnose**

Ved mødet i Rehabiliteringsteamet foreligger dokumentation for borgerens erhvervede hjerneskade, dels i journalmaterialet fra Fase I/II tidligt i forløbet og dels nyere oplysninger fra egen læge. Men ofte fremkommer på selve mødet i snakken med borgeren nye oplysninger om tab af kognitive funktioner, som ikke er beskrevet tidligere.

Det rejser spørgsmålet, hvordan er der blevet fulgt op på udviklingen af borgerens kognitive funktioner efter udskrivelsen?

### **Funktionsevne**

Dette afsnit omhandler SK'ernes tanker om borgerens funktionsevnetab, såvel de helbredsmæssige som de arbejdsrelaterede, og hvilke indsatser, der er iværksat samt hvilke oplysninger, SK'erne rent faktisk får i de fremsendte akter.

### **Funktionsområder**

Helt overordnet nævner alle SK'er, at sagerne er komplekse og kræver overblik over funktionsniveau på flere forskellige områder.

Én nævner, at følger efter mindre omfattende skader ikke er undersøgt ordentligt, og flere nævner, at diffuse symptomer på kognitiv dysfunktion først kommer frem på mødet i rehabiliteringsteamet. Ved massive skader er patienten undersøgt af neuropsykolog i hospitalsregi tidligt i forløbet med en screening for almen funktion. Men mangler senere neurofaglig opfølgning.



SK1 nævner følgende opmærksomhedsområder:

- motoriske følger efter pareser og kontrakturer
- sansemæssige deficits
- sociale relationer
- psykiske ændringer, f.eks. personlighedsændring og emotionel instabilitet
- mulig depression
- kognitive funktioner

### Indsatser

Indsatser, nævnt i dette afsnit, afspejler de forskellige kommuners praksis.

Hvis de kognitive deficits først kommer frem på mødet, er der sjældent iværksat relevante indsatser i forhold til kognitive problemer. SK anbefaler på mødet, at der viderehenvises til neuropsykologisk vurdering og eventuelt samme forløb som borgere med mere massive skader. Flere SK'er nævner, at der er behov for en neuropsykologisk vurdering inden iværksættelse af arbejdsrettede tiltag.

SK4 har ikke set voldsomt mange sagsforløb med erhvervet hjerne-skade. Oplever, at der er godt check på sagerne i de kommuner, hvor SK4 har været. SK4 erindrer en enkelt sag med sent afdækket kognitiv begrænsning. Det havde været svært at gennemføre den almindelige genoptræning. SK4 er i tvivl om, hvorvidt der var dokumentation fra neuropsykolog i pågældende sag.

En SK'er ser efter behandlerens oplysninger om træning og udvikling. SK'eren finder, at dette er mere dokumenteret for indlagte patienter end patienter i kommunalt behandlingsregi. Genoptræningsplanen fra sygehuset ved udskrivelsen er ikke i sagsakter fra kommunen, Jobcentret. SK'erne har ikke set oplysninger fra kommunal genoptræning i akterne. Én nævner, at de fleste gange er træningsforløbene evalueret af Quick Care, som er en anden aktør, som tilbyder almen genoptræning.

SK1 har ikke set dokumentation for træning af de kognitive funktioner i sagsakterne og finder, at der er forskellige niveauer for træningstilbud i forskellige kommuner. Har været i en kommune, hvor man havde kurset: 'Livet med hjerneskade' og tilbud på BOMI. Nævner også forløb på VISO i en anden kommune.

I den sydlige del af regionen bliver borgerne henvist til VISP eller andre steder som CSU eller BOMI. Disse aktører undersøger, hvordan borgeren klarer sig i eget hjem; funktionsniveauet i forhold til indsatser på



arbejdsmarkedet afdækkes, og de iværksætter praktik. I forbindelse med anvendelse af anden aktør kan der foreligge en rapport, som kan indeholde en beskrivelse af funktionsevnen og arbejdsevnen.

Der er stor forskel på dokumentation for funktionsevnen. Ofte kommer borgerens subjektive og nuancerede oplevelse af aktuelle funktionsevne først frem ved mødet. Alle SK'er oplyser, at den forberedende rehabiliteringsplan forefindes ved mødet. Heri har borgeren givet udtryk for sin situation til sagsbehandleren. Sagsbehandler kan have refereret til udtalelser fra andre fagpersoner, der har været involveret, f.eks. dokumentation fra forløb hos anden aktør eller beskrivelse af intern arbejdspraktik. Men SK har ikke set Genoptræningsplaner eller notater fra den kommunale genoptræning i akterne til mødet. Men de har set dokumentation fra forløb hos anden aktør, f.eks. VISP, BOMI, CSU.

SK1 foreslår en neuropsykologisk vurdering for at kende ressourcer og begrænsninger, inden arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering iværksættes. Endvidere bør man inddrage, hvordan borgeren ser sig selv. Ofte er det et problem, at borgeren skal erkende, at han/hun kun er i stand til at fungere på et lavere niveau end tidligere. Genindtræden på arbejdsmarkedet bør ske med støtte fra fagperson.

SK1 savner en neuropsykologisk vurdering med fokus på beskrivelse af funktionstab og strategier, der kan være vejledende ved opstart af praktikker og tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

SK3 oplever, at VISP eller BOMI foretager neurofaglig arbejdsrehabilitering.

Alle SK'erne finder, at det er hensigtsmæssigt, at der foretages en neuropsykologisk vurdering inden arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering iværksættes. Vurderingen skal indeholde vurdering af funktionstab og strategier for genoptræning af disse mhp. at generhverve mest muligt af tidligere funktion eller at tilpasse sig i den nye situation med de ressourcer, der er. Endvidere anbefales, at tilbagevenden sker med hjælp fra fagperson.

### **Delkonklusion funktionsevne**

Der er ofte funktionstab på flere områder, som gensidigt forstærker hinandens effekt på den samlede funktionsformåen. Diffuse kognitive problemer og følger af mindre hjerneskader kommer ofte først frem på mødet i rehabiliteringsteamet, og efterfølgende kan der så iværksættes en udredning heraf. Massive hjerneskader er undersøgt af neuropsykolog før udskrivning i Fase I/II; men der er ikke sket relevant opfølgning. Der foreligger f.eks. ikke notater fra den kommunale genoptræning med status på opnåede færdigheder ved afslutning herfra.



SK'erne har mulighed for at se den tidlige udvikling i genoptræning i journalmaterialet fra sygehus. Men de har aldrig set en GOP, genoptræningsplan, fra udskrivning fra sygehus. Beskrivelser fra den kommunale genoptræning har heller ikke været tilgængelige. Til gengæld har flere set vurderinger af indsatsforløb ved arbejdsmarkedsrettede tiltag fra anden aktør, f.eks. CSU, VISP, BOMI og Quick Care. Flere SK'er giver udtryk for, at niveauet for indsatser og dokumentation heraf er meget forskellige og meget varierende fra kommune til kommune.

Det er påfaldende, at den tilgængelige dokumentation for indsatser primært findes i journalmaterialet fra sygehus. GOP'en og en beskrivelse af udviklingen under kommunal genoptræning ville være mere relevant i forhold til påbegyndelse af arbejdsrettet rehabilitering, men forefindes ikke. Det synes, som om den arbejdsrettede indsats primært er foretaget af 'Anden aktør' og er dokumenteret af dem. Mens det står ikke klart, om de alle har særlige kompetencer inden for arbejdsrettet hjerneskade-rehabilitering.

*Dette rejser spørgsmålet, hvordan kan der etableres tilstrækkelig, nødvendig og relevant opfølgning, indsatser og dokumentation for udvikling i funktionsevnen fra udskrivning fra Fase I/II til mødet i Rehabiliteringsteamet og det videre forløb?*

## **Mødet i Rehabiliteringsteamet**

Afsnittet omhandler SK'ernes opmærksomhedspunkter ved mødet med speciel fokus på borgerinddragelse, afklaring af funktionsevnevurdering og etablering af relevant rehabiliteringsplan.

SK1 finder, det er vigtigt i inddragelsen af borgeren at anvende et forståeligt sprog og føre en dialog på borgerens præmisser. SK1 italesætter identitetsændring med tab af funktionsevne, spørger ind til, om borgeren får den hjælp, han/hun har behov for, mulighed for snak i omgangskreds, pårørende samt samtaler hos psykolog eller egen læge. SK1 har mindre fokus på den pårørende, men italesætter problematikker, hvis der vurderes at være behov herfor.

SK2 har følgende overvejelser: Borgers begrænsninger mentalt og fysisk. Hvordan fungerede personen tidligere? Er begrænsninger behandlet og genoptrænet? Hvordan ser borgeren sig selv i forhold til arbejdsmarkedet, tilbage til tidligere arbejde, nyt arbejde på almindelige og særlige vilkår? Er der et netværk og støtte?

SK3 lægger vægt på, at følgende er afklaret: Psykiske begrænsninger, sansemæssige dysfunktioner, f.eks. hørelse og syn, kognitive begrænsninger, fysiske begrænsninger samt energi/træthed. SK3 vurderer, hvil-





ke indsatser, der skal til for at afhjælpe begrænsningerne. SK3 italesætter, at selvom der indstilles til pension, kan der fortsat være behov for støtte i hjemmet. SK3 anbefaler, at der ved deltagelse på arbejdsmarkedet undersøges, om der er behov for personlig assistent, virksomhedsmentor samt skånehensyn.

SK4 anvender en tilgang med helhedsorienteret rehabilitering. SK4 lægger vægt på, at følgende temaer bringes i spil: fysisk genoptræning, kognitivt niveau, nogle gange snak om sociale relationer, snak om arbejdsrettede indsatser, vurdering af behov for støtte i hjemmet samt psykiske følger, idet temaerne ofte er mangelfuldt dokumenteret, samt psykiske følger. SK4 registrerer/spørger ind til, hvordan samarbejdet har været internt i kommunen og med arbejdsgiver, om skånebehov er overholdt i praktikken.

#### **Delkonklusion mødet i Rehabiliteringsteamet**

Overordnet har SK fokus på at inddrage borgerens oplevelse af egen situation og få italesat de forandringer, som er sket som følge af hjerneskaden og supplere de foreliggende oplysninger. SK spørger ind til, om de almindelige, dagligdags aktiviteter fungerer, eller om der er behov for støtte. Der er især fokus på at få oplysninger om de arbejdsrettede arbejdsindsatser, da temaet ofte er mangelfuldt belyst i sagen. SK bidrager med vejledning om aktuelle skånehensyn og støtte i forhold til arbejdsmarkedsrettede aktiviteter.

## **Hjerneskadekoordinationsfunktionen**

Dette afsnit omhandler SK's erfaring med hjerneskadekoordinationsfunktionen, HSK, SST 2011a, f.eks. om de har mødt HSK på mødet i rehabiliteringsteamet eller set dokumentation fra HSK i sagsakterne.

#### **Forventninger til Hjerneskadekoordinationsfunktionen (HSK)**

SK'erne peger på, at HSK's rolle er at støtte borgeren og koordinere de forskellige instansers indsatser. HSK bør sikre neurofaglig vurdering i forløbet, herunder en neuropsykologisk vurdering, såfremt det er relevant. Én foreslår, at HSK deltager i alle forløb for borgere med erhvervet hjerneskade for at sikre relevant udredning og tilbud.

*Det rejser spørgsmålet om den ressource, som HSK-funktionen kunne være i forhold til koordinering, kommer i spil ved mødet i rehabiliteringsteamet. SK ønsker, at HSK kan foretage en neurofaglig vurdering; men dette svarer ikke til HSK-opgaver og oftest heller ikke kompetencer.*



### **SK's forventninger til HSK**

SK2: HSK's rolle er at koordinere instansernes indsatser i disse komplekse sager. HSK skal være med til at støtte op om borgeren og henvise til relevant genoptræning, f.eks. talepædagog.

SK1: Det er en tovholderrolle i forhold til genoptræning, vurdering af behov for yderligere undersøgelse, f.eks. neuropsykologisk undersøgelse. HSK skal sikre en neurofaglig vurdering i forløbet. HSK har et overblik over den igangværende træning. Men jeg kender jo ikke HSK's arbejdsbeskrivelse.

SK3: Koordinering af forløb for borgere med hjerneskade burde foretages af hjerneskadekoordineringsfunktionen; men SK har oplevet, at sagsbehandler ikke har kendskab til funktionen eller hvem der er HSK. SK forventer, at HSK afdækker, om der er behov for yderligere udredning/behandling/træning; men det er forskelligt fra kommune til kommune.

### **HSK's deltagelse og skriftlig information fra HSK til mødet i rehabiliteringsteamet**

Der er forskel på HSK's synlighed og deltagelse ved mødet i rehabiliteringsteamet. I én kommune deltager HSK ved møderne, og i en anden kommune har sagsbehandlerne ikke kendskab til HSK-funktionen. I de øvrige kommuner deltager HSK ikke i møderne. Ingen af SK'erne har dog set dokumentation fra HSK i akterne til mødet. SK'erne anbefaler, at HSK skal sammenskrive en status over den enkelte borgers forløb, som også kan anvendes ved mødet i rehabiliteringsteamet.

### **SK's erfaring med HSK's deltagelse**

SK1: HSK deltager ikke ved møderne, og der er ikke dokumentation fra HSK i sagsakterne.

SK2: har aldrig set notater fra hjerneskadekoordinator (HSK) i materialet til møderne. SK mener, at hjerneskadekoordinator skal være ind over alle sager for at sikre en samlet vurdering af tilstand. SK foreslår, at hjerneskadekoordinator sammenskriver status, og at den indgår i materialet til mødet.

SK3: har ikke set rehabiliteringsplan fra HSK i sagsakterne til mødet.

SK4: HSK deltager i møderne med borgere med hjerneskadeproblematik. I den ene kommune sidder HSK i visitationen til rehabiliteringsteamet for at se, om der er sager, hvor hun skal være repræsenteret.



### **Delkonklusion Hjerneskadekoordinationsfunktionen**

SK'erne finder alle, at forløb med borgere med erhvervet hjerneskade er komplekse med påvirkning af flere livsområder og deltagelse af forskellige professionelle inden for forskellige fagområder og dermed kræver ekstra koordinering. SK definerer HSK rolle som tovholder, koordinator, støtte og rådgiver. Men herudover har SK forventninger om, at HSK vurderer, om der er behov for yderligere udredning, behandling og træning. Ligesom HSK skal sikre relevant neurofaglig vurdering i forløbet. Flere SK'er giver udtryk for, at der som minimum bør foreligge en status fra HSK.

Kun en af de adspurgte SK'er oplyser, at HSK deltager i rehabiliteringsmøderne. Derudover har ingen set notater fra HSK i materialet til mødet i Rehabiliteringsteamet.

### **Klinisk funktion**

*Klinisk funktion er en enhed under Arbejdsmedicinsk afdeling. I Klinisk funktion udfærdiges speciallægevurderinger mhp. afklaring af funktionsevnen og ressourcer til deltagelse på arbejdsmarkedet. SK kan anbefale, at kommunen rekvirerer en vurdering i et sagsforløb*

Kun 1 ud af de 4 SK'er har henvist til klinisk funktion. Vedkommende oplyser, at der kan opleves en usikkerhed om, hvornår der skal foretages henvisning til neuropsykologisk vurdering, idet vedkommende sag blev afvist af visitator. De øvrige SK'er har ikke erfaring med klinisk funktion i disse sager. På spørgsmålet har du forslag til yderligere kompetencer i klinisk funktion i sager med erhvervet hjerneskade, svarer én: Måske – man kunne overveje, om en neuropsykologisk ekspertise i den kliniske funktion kunne forbedre fokus på de mentale deficits og resterende ressourcer, som ofte uset kan gå hen og blive erhvervshindrende. En anden mener, at der i visse sager er behov for henvisning til klinisk funktion for at afdække psykologiske, neuropsykologiske og neurologiske problemer.

### **Delkonklusion Klinisk funktion**

Der findes ikke neurofaglig støtte tilknyttet Klinisk funktion. Den skal tilkøbes fra sag til sag. Én oplever usikkerhed, om hvornår der kan foretages henvisning, da visitator har afvist sagen. Alle anbefaler dog, at der burde overvejes en neuropsykologisk ekspertise i klinisk funktion for at give mulighed for at afdække de psykologiske, neurologiske og neuropsykologiske problemer, der let går hen og bliver erhvervshindrende. Men også til at yde støtte og rådgivning i løbende sager.



## **Sammenfatning og konklusion: Kapitel 6 Arbejdsrelateret hjerneskaderehabilitering og sundhedskoordinatorfunktionen i Region Sjælland**

### **Sundhedskoordinator, SK**

SK er regionens repræsentant på mødet i Rehabiliteringsteamet. SK's opgave er, i forbindelse med mødet, at koordinere de sundhedsmæssige oplysninger og rådgive om yderligere tiltag, hvis det skønnes relevant, samt bidrage til rehabiliteringsplanen. Der er interviewet 4 SK'er med erfaring fra forskellige kommuner, og resultaterne af interviews afspejler kommunernes praksis.

### **Komplekse og sjældne sager**

Overordnet set forekommer sager med arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering sjældent. Men de er ofte langvarige og komplekse med funktionstab på flere forskellige områder, der gensidigt forstærker hinandens virkning samt medfører store ændringer i det levede liv. Det stiller ekstraordinære krav til SK'erne. De gør sig alle tanker om det ideelle forløb og de nødvendige indsatser, som så ligger til grund for deres forventninger til forløbene. SK'ernes vurderinger er baseret på de foreliggende oplysninger og samtalen ved mødet i Rehabiliteringsteamet.

### **Mødet i rehabiliteringsteamet, dokumentation for funktionsevne og indsatser**

Ved mødet i Rehabiliteringsteamet foreligger der dokumentation for borgerens erhvervede hjerneskade, dels i journalmaterialet fra Fase I/II tidligt i forløbet og dels nyere oplysninger fra egen læge. SK'erne har mulighed for at se den tidlige udvikling i genoptræning i journalmaterialet fra sygehus. Men de har aldrig set en GOP, genoptræningsplan, fra udskrivning fra sygehus. Beskrivelser fra den kommunale genoptræning har heller ikke været tilgængelige. Det er påfaldende, at den tilgængelige dokumentation for indsatser primært findes i journalmaterialet fra sygehus i den meget tidlige fase. GOP'en og en beskrivelse af udviklingen under kommunal genoptræning ville være mere relevant i forhold til påbegyndelse af arbejdsrettet rehabilitering, men forefindes ikke.



På selve mødet har SK fokus på at inddrage borgerens oplevelse af egen situation og få italesat de forandringer, som er sket som følge af hjerneskaden og supplere de foreliggende oplysninger. Der er især fokus på at få oplysninger om de almene og arbejdsrettede arbejdsindsatser, da temaet ofte er mangelfuldt belyst i sagen. Diffuse kognitive problemer og følger af mindre hjerneskader kommer ofte først frem i denne samtale, og efterfølgende kan der så iværksættes en udredning heraf. Massive hjerneskader er dog undersøgt af neuropsykolog før udskrivning i Fase I/II; men der foreligger ikke dokumentation for relevant opfølgning i Fase III. SK bidrager med vejledning til yderligere udredning og aktuelle skånehensyn samt støtte i forhold til arbejdsmarkedsrettede aktiviteter. SK'erne anbefaler f.eks., at der foretages en neurofaglig/neuropsykologisk vurdering inden iværksættelse af arbejdsrettede indsatser bl.a. for at sikre en relevant strategi og træning.

Det synes, som om den arbejdsrettede indsats primært er foretaget af 'Anden aktør' og er dokumenteret af dem. Men det står ikke klart, om de alle har særlige kompetencer inden for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering. Flere SK'er giver udtryk for, at niveauet for indsatser og dokumentation heraf er meget forskellige og meget varierende fra kommune til kommune.

### **Koordinering og HSK**

SK'erne finder alle, at forløb med borgere med erhvervet hjerneskade er komplekse og kræver ekstra koordinering. SK forventer, at HSK, udover sin rolle som tovholder, koordinator, støtte og rådgiver, skal sikre relevant neurofaglig vurdering og indsats i forløbet. Kun en af de adspurgte SK'er oplyser, at HSK deltager i rehabiliteringsmøderne. Derudover har ingen set notater fra HSK i materialet til mødet i Rehabiliteringsteamet. SK'er giver udtryk for, at der som minimum bør foreligge en status fra HSK

### **Klinisk funktion**

SK foreslår, at der tilknyttes neurofaglige/neuropsykologiske kompetencer til klinisk funktion, så der kan ydes faglig kompetent støtte i forberedelsen af løbende sager og udredning af borgere. Efterfølgende er oplyst, at afdelingen har tilknyttet neuropsykolog fra 2020. Endvidere anbefaler SK'erne, at der udarbejdes 1) en liste over mulige genoptræ-



nings- og rehabiliteringsmuligheder samt en quickguide A4 side evt. checkliste til sager med erhvervet hjerneskade.

*Ovenstående rejser følgende spørgsmål:*

*Hvordan er der blevet fulgt op på udviklingen af borgerens samlede funktionsniveau, og især de kognitive funktioner efter udskrivelsen?*

*Hvordan kan der etableres tilstrækkelig, nødvendig og relevant opfølgning, indsatser og dokumentation for udvikling i funktionsevnen fra udskrivning fra Fase I/II til mødet i Rehabiliteringsteamet?*

*Hvordan kan SK'erne støttes i klinisk funktion i disse sjældne, men komplekse sager?*





## **Kapitel 7**

**Sammenfatning – Arbejdsrettet  
hjerneskaderehabilitering i  
kommunalt regi – Særlige problem-  
områder og løsningsforslag med fokus  
på kognitiv funktion**

## Indledning

Borgere med erhvervet hjerneskade udgør en lille del af det samlede antal borgere, der passerer gennem den kommunale genoptræning og arbejdsrettede rehabilitering. Til gengæld er der oftest tale om komplekse forløb med behov for koordinering, tværfaglige samarbejder, specialkyndige indsatser og vedvarende opfølgning af mål, indsats, resultat heraf samt støtte til den transition borgeren gennemgår fra tidligere til ny identitet pga. funktionstab, der påvirker flere livsområder.

Rapporten, Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi, undersøger en række temaer med relevans for hjerneskaderehabilitering. Formålet med rapporten er at undersøge, om borgere med erhvervet hjerneskade får afklaret deres kognitive funktion og tilbudt relevant arbejdsrettet genoptræning og rehabilitering. Der er anvendt forskellige metoder: Litteraturgennemgang, interview af fagpersoner, observationer af sagsakter og gentagne interviews af borgere i rehabiliteringsforløb. Der er særligt fokus på de kognitive funktionsbegrænsninger i den arbejdsrettede del af forløbet. Resultaterne for hver metode er belyst i kapitel 1-6 med tematiserede delkonklusioner, som sammenfattes i slutningen af hvert kapitel på tværs af temaer.

I denne sammenfatning har jeg på tværs af kapitlerne udarbejdet en prioriteret liste over problemer med at gennemføre et helhedsorienteret og samordnet rehabiliteringsforløb af borgere med erhvervet hjerneskade. De helt overordnede tværgående konklusioner uddybes. Derudover har jeg med udgangspunkt i rapportens resultater opstillet en række grundforudsætninger for vellykkede arbejdsrettede hjerneskaderehabiliteringsforløb. Derefter perspektiveres mulige løsningsforslag til forbedring af forløb. Læserne henvises til de relevante kapitler mhp. uddybning af analyser og resultater.





## Overordnede konklusioner

1. Behov for specialefaglighed og tværfaglighed ophører ikke, fordi den hjerneskadede borger når til Fase III i rehabiliteringsforløbet, jf. kapitel 2/3/4.
2. Der er misforhold mellem fagprofessionelle kompetencer, samarbejde mellem fagområder og borgernes behov for genoptræning og rehabilitering i samordnede forløb i Fase III, jf. kapitel 2/3/4.
3. Det er nødvendigt at oparbejde kompetencer og samarbejde internt i kommunen samt etablere kontakt til vidensmiljøer og kvalificeret samarbejde med arbejdspladser, jf. kapitel 2/3/4.
4. Det kan ikke nytte at efterlade borgere med erhvervet hjerneskade i en situation, hvor hjerneskaderehabiliteringen er usammenhængende, mangler ressourcer og neurofaglige/neuropsykologiske kompetencer, hverken ud fra borgerens eller samfundets synsvinkel, jf. kapitel 2/3/4/6.
5. Min vurdering er, at små og mellemstore kommuner næppe vil kunne løfte opgaven alene, men at der i høj grad, udover tværsektorielt samarbejde, er behov for øget samarbejde mellem kommunerne og kommunernes fagområder mhp. at opnå et tilstrækkeligt kompetencevolumen, sikring af kvalitet og samordning af indsatser i hjerneskaderehabiliteringsforløbene, herunder relevante arbejdsrettede aktiviteter, jf. kapitel 1/2/3/4/5/6/7.

De overordnede konklusioner uddybes og begrundes i følgende afsnit

### Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udgivet vejledninger og nationale retningslinjer for rehabiliteringsforløb for borgere med erhvervet hjerneskade. Overordnet set omhandler de primært genoptræning og rehabilitering i sundhedssektoren og på det kommunale sundhedsområde samt på det sociale område for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade med behov for rehabilitering på specialiseret og højt specialiseret niveau. Der er endvidere foretaget flere evalueringer af hjerneskaderehabilitering på det kommunale område, som peger på behov for øget samordning mellem sektorerne og sikring af faglige kompetencer i kommunalt regi, se kapitel 1.



Der mangler imidlertid en definition af arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i sin kontekst. Med udgangspunkt i litteraturgennemgangen i kapitel 1 foreslås derfor følgende definition af arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering

Den rehabilitering, der foregår i en kontekst, hvor målet er at fastholde borgere med erhvervet hjerneskade på arbejdsmarkedet enten i tidligere arbejde eller i en tilpasset funktion, eller at afklare, om borgeren er berettiget til pension. Borgeren er i centrum, og rehabiliteringsforløbet passerer gennem flere sektorer og kommunale forvaltninger og inddrager arbejdspladserne. Kommunen har hovedansvaret for koordinering og samordning af forløbet og er pligtig til at inddrage andre, relevante fagpersoner.

Passagen gennem flere sektorer og forvaltninger og inddragelse af arbejdsmarkedets parter øger kompleksiteten i gennemførelsen af en relevant og tilstrækkelig rehabiliteringsproces og stiller krav til såvel koordinering, samordning, som fælles referenceramme, evaluering og dokumentation.

Rehabiliteringsprocessen kan indeholde træning af specifikke dysfunktioner i forhold til krav på arbejdsmarkedet og tilpasning af krav i arbejdssituationen til den enkeltes ressourcer. Samtidigt er det vigtigt at inddrage den psykosociale sfære og problemløsninger i forhold til ændring i livssituationen, se kapitel 1.

## **Overblik over diagnose og funktionsevne hos borgere med erhvervet hjerneskade i Fase III**

Der er fra Jobcentrets sagsstamme udtaget 16 aktive forløb i juli 2016. Alle borgere har erhvervet hjerneskade. Den enkelte borger kan ofte have flere samtidige hjerneskadediagnoser eller andre samtidige diagnoser, som har betydning for det samlede funktionstab.

Observationer af oplysninger i sagsakterne viser, at der er rapporteret funktionstab inden for alle 7 hovedtemaer i ICF, se kapitel 1. De hyppigste funktionstab er kognitive problemer (15/16). Dernæst kommer hjerneskadetræthed (12/16) og fysiske følger (11/16). Den enkelte borger har ofte flere typer funktionstab. Det har ikke været muligt at afgøre graden af funktionstab i de foreliggende oplysninger, se kapitel 3. Status i 2019 kendes ikke for de 16 cases.

Der er udvalgt 3 forløbscases, som er fulgt fra 2016-2019. Alle har funktionstab inden for flere temaer i ICF. Endvidere er de alle udfordret



eksistentielt og psykisk pga. af transitionen til en ny identitet med tab i funktionsevne. Tab af kognitive funktioner og hjerneskadetræthed medfører en væsentlig begrænsning i forhold til deltagelse på arbejdsmarkedet. Ved seneste opfølgning er 2 af de 3 borgere i fleksjob 10-15 timer pr. uge og med massive skånehensyn. Det tredje forløb er endnu ikke afsluttet i Jobcentret, se kapitel 4.

Resultaterne af gennemgangen af Jobcentrets sagsakter og forløb viser, at borgerne fortsat har flere forskellige funktionsbegrænsninger, som hæmmer deres deltagelse på arbejdsmarkedet og påvirker deres sociale funktioner og trivsel i en grad, der kræver neurofaglig/neuropsykologisk udredning og indsats samt støtte til de erkendelsesmæssige udfordringer.

## **Manglende afklaring og afhjælpning af kognitive problemer**

Blandt de 16 borgere med erhvervet hjerneskade klager 15 fortsat over kognitive problemer i juli 2016. Hos disse 15 borgere er der i Fase I/II gennemført 8 neuropsykologiske tests, dvs. tidligt i forløbet, se figur 7.1. Neuropsykologiske undersøgelser i Fase I/II er ofte korte undersøgelser, kognitive screeninger, som næppe kan anvendes til at planlægge arbejdsrehabilitering i Fase III.

Alle er startet genoptræningsforløb i kommunens sundhedsområde, Træning. Der foreligger dog ikke oplysninger om neurofaglig/neuropsykologisk undersøgelse fra Træning. Det fremgår af interview med terapeuterne i Træning, at de anvender MoCA-test, som er anbefalet i deres nationale retningslinjer, til screening på mistanke om kognitive problemer, jf. SST2014a. Denne korte test undersøger imidlertid ikke specifikt kognitive vanskeligheder og kan ikke afdække lettere kognitive problemer. De har ikke direkte adgang til at henvise til neurofaglig/neuropsykologisk udredning, se kapitel 2 og 3.

I jobcentret, Fase III, er foretaget neuropsykologisk vurdering hos 5 borgere, heraf var 4 borgere ikke undersøgt i Fase I/II, og en borger var undersøgt i Fase I/II. For de 10 øvrige var der ikke gennemført en neuropsykologisk undersøgelse, selv om de havde klager over kognitive problemer, se figur 7.1. I en overvejende del af forløbene foregår den neuropsykologiske undersøgelse således ved hjerneskadens debut og uden senere opfølgning, selv om det er velkendt, at de kognitive funktioner kan ændre sig væsentligt over tid, og det kræver, at de specifikke problemer afdækkes og understøttes fortløbende, jf. forløbscase 2 i kapitel 4.



Det har ikke været muligt at foretage en dyberegående evaluering af indsatser rettet mod bl.a. kognitive problemer, da dokumentationen i de foreliggende sagsakter er sparsom eller helt fraværende. Det fremgår dog, at der ikke sker en systematisk opfølgning af udviklingen i de kognitive funktioner, f.eks. ved gentagen neurofaglig/ neuropsykologisk screening / udredning. Jobcentret tilbyder enkelte arbejdsrettede indsatser i form af rutineprægede opgaver og nedsat tid, eller en almen indsats f.eks. i forhold til fremmøde, som næppe er nødvendigt for denne gruppe borgere. Der er ikke beskrevet neurofaglig støtte eller specifikke indsatser i forhold til de kognitive tab. Det er således uklart, om der tilbydes specifikke indsatser f.eks. rådgivning om støtte og træning tilpasset borgerens specifikke problemer, se kapitel 3.

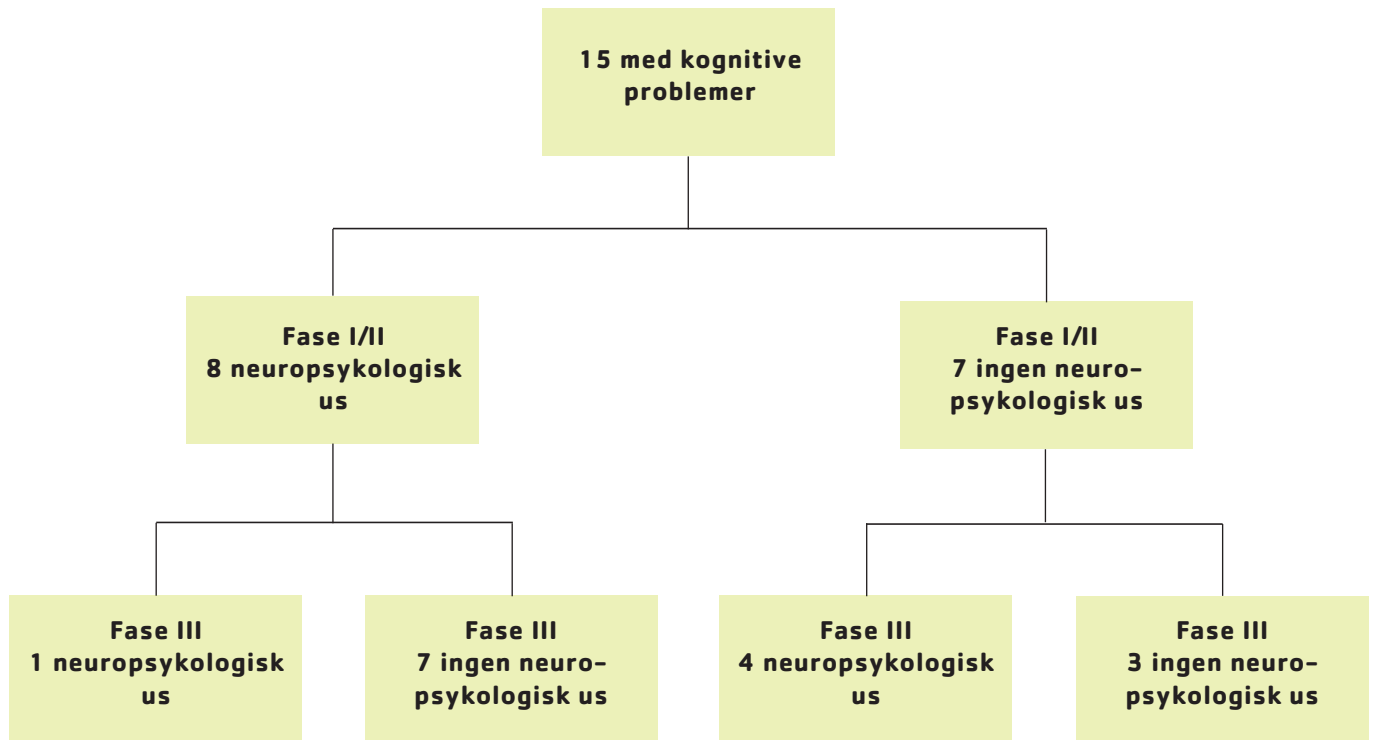
Dette belyses yderligere i de 3 case-forløb, som har alle betydende kognitive funktionstab, som påvirker funktionsevnen. Den første er flere gange i Fase I/II og en gang i Fase III undersøgt af ergoterapeuter, som peger på kognitive problemer, men er ikke neuropsykologisk udredt. Den anden er screenet i Fase II med anbefaling af neuropsykologisk undersøgelse senere. Dette er iværksat inden de arbejdsrettede indsatser, og bidrog til valg af indsatser. Den tredje er screenet flere gange i Fase II, hvor man anbefaler en neuropsykologisk undersøgelse, når talefunktion er bedret og inden de arbejdsrettede aktiviteter iværksættes i Fase III. Vedkommende bliver først undersøgt lige før ophør af arbejdsrettet indsats. Her har undersøgelsen ikke haft indflydelse på valg af indsatser, men nærmest karakter af status, se kapitel 4.

Problemerne med relevant udredning af og opfølgning på kognitive problemer bekræftes også af de regionale sundhedskoordinatorer. De har i andre kommuner oplevet flere borgere med kognitiv dysfunktion, der først kommer frem på mødet i rehabiliteringsteamet.

Det er således et kendt problem, at ikke alle borgere med kognitive problemer får tilbudt relevant kortlægning af det kognitive landskab. I risiko herfor er borgere med lettere hjerneskader, som udskrives tidligt fra hospital uden GOP. Mens borgere med massive skader oftest er undersøgt af neuropsykolog inden udskrivning, dvs. inden for nogle få dage til en måned efter hændelsen, men så mangler relevant opfølgning i Fase III, se kapitel 4 og 6.

Selv om det er kendt, at borgere med erhvervet hjerneskade gennemgår en udvikling i f.eks. deres kognitive funktioner efter udskrivelse fra sygehus til afslutning i Fase III, så mangler der et relevant tilbud om opfølgning på udviklingen og støtte til kompensation for bl.a. vedvarende kognitive og psykiske problemer.





Figur 7.1 Neuropsykologiske undersøgelser af de 15 borgere med kognitive problemer ved projektafslutning, i løbet af Fase II og Fase III

## Udfordringer med:

### Sammenhæng, kommunikation, helhedsorientering, koordinering og samordning af forløb

#### Sammenhæng i forløb

Problemer med manglende sammenhæng i forløbene kommer tydeligt frem i borgernes udtalelser om deres forløb. De oplever at komme fra én verden til en anden, når fokus i forløbet skifter fra Træning til Jobcenter, se kapitel 4. Dette stemmer overens med fagpersonernes udtalelse om sparsomt eller intet samarbejde mellem sundhedsområdet, Træning og beskæftigelsesområdet, Jobcentret. I Træning arbejder de med at inddrage borgerne i en meningsfuld proces med det formål at træne borgeren til at klare sig i eget hjem, mens der i Jobcentret er fokus på hurtigst mulig vej tilbage til arbejdsmarkedet.

Der kan være flere forklaringer på udfordringerne med manglende sammenhæng i forløbene.



## **Lovgrundlag**

Helt overordnet arbejder fagpersonerne i Træning og Jobcentret på basis af forskellige lovkomplekser og fagligheder, dels sundhedsloven og dels beskæftigelsesloven. Førstnævnte er præget af en sundhedsfaglig tilgang, mens sidstnævnte er præget af en juridisk og myndighedstankgang. Det er nærliggende at drage en parallel til Inge Kristensens betragtninger om sundhedsområdet og det sociale område. Nemlig, at områderne er adskilt af en række forskelligheder i udgangspunkt, tilgang og kompetencer, som har afgørende betydning for rammerne for praksis, Kristensen 2014. Min vurdering er, at forskelligheder i lovgivning for sundheds- og beskæftigelsesområdet ligeledes er med til at præge fagpersonernes forskellige intentioner og praksis i borgerens forløb.

## **Organisation**

Kommunens organisatoriske opbygning understøtter næppe mulighederne for samarbejde på tværs af centre og afdelinger, her tænker jeg på Helbredssporet i Jobcentret og Træning i Sundhedscentret. Der er skarp adskillelse mellem de digitale platforme i de 2 områder. Der foreligger ikke formelle aftaler om samarbejde eller udveksling af oplysninger mellem områderne. Visitationen af borgerne foretages for hvert område i forhold til den lovgivning, der er gældende for området, f.eks. Sundhedsloven eller Lov om aktiv beskæftigelse. Lederen i Helbredssporet nævner, at de retter henvendelse til Træning, når de har behov for oplysninger. Men der foreligger sjældent oplysninger fra Træning i Jobcentrets sagsakter. Lederen af Træning udtaler direkte, 'at arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering ikke hører til i Trænings regi. Deres primære opgave er genoptræning af borgeren til at klare sig bedst muligt i eget hjem', se kapitel 2.

## **Udveksling af oplysninger**

Der hersker usikkerhed om hvilke oplysninger, der må udveksles. Denne usikkerhed forstærkes af, at terapeuterne nogle gange har oplevet, at de har videregivet oplysninger til Jobcentret, som så har ført til afgørelser, som borgeren er blevet utilfreds med. Der er endvidere flere eksempler på, at oplysninger fra Træning er fejlfortolket i Jobcentret. Men terapeuten giver dog udtryk for, at man må prøve med et samarbejde, se kapitel 2.



### **Koordinerende funktion**

Kommunen har etableret en hjerneskadekoordinatorfunktion, HSK. Fagpersonerne i Træning har anvendt HSK som tovholder siden funktionen blev oprettet og finder, at det er uundværlig aflastning, mens fagpersonerne i Jobcentret først i 2016 er ved at få kendskab til HSK. Selv om HSK oplyser at have været involveret i 12 ud af de 16 cases med 6 tværfaglige forløb og 6 rådgivningsforløb, er HSK kun nævnt i få cases i jobcentret. Der synes at være et misforhold mellem HSK's rolle som faglig rådgiver og koordinator og de manglende oplysninger fra HSK i Jobcentrets akter. En anden forklaring kan være, at HSK er mere relateret til de aktiviteter, der foregår i Træning i starten af den kommunale genoptræning, se kapitel 2 og 3.

De regionale Sundhedskoordinatorer, SK'erne, finder, at HSK har en vigtig rolle i forløbene. Udover koordinatorrollen har de forventninger til, at HSK tildeles en neurofaglig kompetence mhp. udredning, eller at HSK kan vurdere, om der er behov for yderligere udredning, behandling og træning. De efterlyser en status på rehabiliteringsplan/forløb udarbejdet af HSK ved Rehabiliteringsmødet. Det kan fortolkes, som om SK'erne oplever, at HSK skal kompensere for de manglende neurofaglige kompetencer i Fase III. SK'erne finder endvidere, at der i de forskellige kommuner er stor forskel på HSK's synlighed ved rehabiliteringsmøderne, se kapitel 6.

### **Myndighed og faglig rolle**

Måske kan Jobcentrets rolle som myndighed have betydning for forløbene i forhold til de faglige indsatser. F.eks. nævner fagpersoner i Jobcentret, at myndighedsrollen i forhold til beskæftigelse ikke kan videregives. Det kan f.eks. være bemyndigelse til opfølgning og sanktioner i forløb eller bevillinger til neurofaglig udredning, som ikke bliver gennemført enten pga. manglende ressourcer eller faglig indsigt, se kapitel 2.

### **Samarbejde med borger og netværk**

Borgerne i caseforløbene giver udtryk for, at de er glade for de indsatser, de har modtaget og den måde, fagpersonerne har optrådt på både i Træning og Jobcentret. Men de efterlyser støtte til psykiske og sociale problemer, der opstår pga. ændringer i livsvilkår og funktionsevne. Bl.a. peger de på behov for individuel støtte udover det kursus, som allerede afholdes (Livet med hjerneskade), se kapitel 4.

Fagpersonerne i Træning fortæller om, hvordan de inddrager borgeren i et meningsfyldt forløb og lytter til de pårørende. I Jobcentret, hvor bor-



geren er længere fremme i forløbet, efterlyser fagpersonerne en bedre kontakt og samarbejde med familie og netværk, jf. kapitel 2.

Der er mange bump og hindringer på vejen i de pågåede rehabiliteringsforløb, som hindrer en relevant og tilstrækkelig sammenhæng i rehabiliteringsprocessen i Fase III. Ovenfor er nævnt nogle eksempler som uens lovgivning, adskillelse af digitale platforme, manglende samarbejde mellem fagprofessionelle, samt interessekonflikt mellem myndighed og faglig rolle.

## **Udfordringer i faglige kompetencer, samarbejde, kommunikation og fremadskuen i forløb**

### **Specialefaglighed og tværfaglighed i rehabiliteringsforløb**

Eksemplerne fra forløbscasene viser, at borgernes funktionsniveau ændrer sig fra udskrivning fra sygehus/rehabiliteringsinstitution til afslutning i Jobcentret. Set i lyset af den forventede udvikling i borgerens funktionsniveau er der behov for en fælles, kontinuerlig analyse af borgerens funktionsevne og ressourcer i en fremadskuende proces. Dette stiller krav til tilstedeværelsen af relevante faglige kompetencer samt analyse og dokumentation i et fælles sprog gennem det samlede forløb, jf. kapitel 2 og 4. F.eks. skriver neuropsykologerne i et fagsprog, der kan forstås af ergoterapeuter, som har erfaring med hjerneskaderehabilitering; mens fagpersoner i Jobcentret næppe har forudsætninger til at forstå fagsproget og har derved svært ved at forstå, hvilke indsatser, der er nødvendige.

### **Neurofaglige kompetencer**

Borgerne i caseforløbene fortæller, at de var glade for den fysiske genoptræning, som de fik i Træning; én fortsatte senere via Jobcentret i et alment tilbud, som imidlertid ikke var rettet specifikt mod de fysiske funktionstab. Men samtidig fortæller de, at de ikke oplevede støtte til de kognitive problemer, og de psykiske problemer blev ikke italesat hverken i Træning eller senere i Jobcentret, jf. kapitel 4. Case 1 bliver slet ikke udredt til trods for betydelige kognitive problemer.

Fagpersonerne i Træning giver også udtryk for manglende ressourcer eller muligheder for neurofaglig/neuropsykologisk opfølgning. Ofte svarer borgerens niveau ikke til det, der er beskrevet i GOP'en. De kan så henvise til egen læge eller inden for den første måned efter udskrivning anmode om en revurdering fra den udskrivende afdeling. De har ikke





mulighed for selv at henvise til en opfølgende neurofaglig udredning eller søge rådgivning hos neurofaglige kompetencer. Dette stemmer overens med de få gennemførte neurofaglige udredninger i kommunalt regi blandt borgere med kognitive problemer samt HSK udtalelse om, at der mangler neurofaglige kompetencer i Jobcentret, se kapitel 2.

### **Andre fagprofessionelle**

Det er fortrinsvis Træning og hjerneskadekoordinatoren, som henviser til forløb på CSU; men fagpersoner i Jobcentret kan også henvise. Borgerne bliver henvist til CSU internt i kommunen eller til CSU i nærliggende større kommune. CSU rummer en række tilbud til specialundervisning af borgere med hjerneskade. Der foreligger dog ikke oplysninger om forløb og resultater heraf i Jobcentrets akter.

Der findes også en række aktører, som har flere forskellige neurofaglige kompetencer, f.eks. NFA, BOMI, ViSP og VISO, men jf. lederen af Helbredssporet i Jobcentret er det ikke noget, de bruger. Dog har NFA været medinddraget i 2 af caseforløbene. Case 2 er via Jobcentret henvist til en mere specifik neurofaglig og arbejdsrettet indsats i NFA, der matchede hans symptomer på social kognitiv dysfunktion, samtidig med at han via sin sundhedsforsikring modtager støtte til eksistentielle og psykiske problemer. Case 3 gennemgår først et længere genoptræningsforløb og senere en langvarig arbejdsrettet indsats i NFA, inden der meget sent i forløbet foretages en afklaring af de kognitive problemer, som viser, at pågældende ikke har ressourcer til deltagelse på arbejdsmarkedet. Jf. kapitel 4, at langt tidligere i forløbet havde borgeren givet udtryk for at have kognitive problemer og SK'eren havde ved rehabiliteringsmøde endnu tidligere i forløbet anbefalet en neuropsykologisk undersøgelse. HSK havde noteret det i rehabiliteringsplanen, men hvorfor er den så ikke blevet gennemført langt tidligere??

Jobcentret benytter ofte 'anden aktør' til afklaring og indsatser i arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering. Der foreligger ikke kravspecifikationer til deres neurofaglige kompetencer og erfaring mv.

### **Faglig kultur og sprog**

De enkelte fagpersoner bidrager oftest i adskilte forløb til borgerens genoptræning og tilbagevenden til arbejdsmarkedet inden for deres sæt af regler og normer. Dette medfører også, at de anvender forskellige mål, metoder og sprog til at beskrive problemstillinger og resultater med udgangspunkt i deres faglige kompetencer. F.eks. nævner terapeuten i Træning, at det overordnede mål er, at borgerne skal klare sig bedst muligt i eget hjem samt de arbejder med at inddrage borgeren i valg af delmål. I Jobcentret er kultur og indsats præget af holdningen,



hurtigst muligt tilbage på arbejdsmarkedet, her er fokus på afklaring og deltagelse på arbejdsmarkedet/forsørgelse, jf. kapitel 2.

### **Faglig kommunikation**

Overordnet set er fælles kommunikation jo en forudsætning for tværfagligt samarbejde.

Resultaterne tyder på, at den løbende dokumentation i den enkelte afdeling/fagområde ikke i tilstrækkelig grad har en formidlingskvalitet, så indholdet er forståeligt for de andre faggrupper. Terapeuterne anvender mange tests og er vant til at udtrykke sig i dette testsprog. De prøver at skrive i mere alment sprog i afslutningsnotat til egen læge. Anvender dog sproget fra testene, jf. kapitel 2. Dette fører til, at sagsbehandler og terapeut ikke tolker en udtalelse fra terapeut ens. Idet sagsbehandler opfatter en forbedring i tilstanden og iværksætter arbejdspraktik, da terapeut ved afslutning af borgeren fra Træning f.eks. skriver, at sit up er forbedret fra 5 til 7. Sidstnævnte er i terapeutsprog en forbedring, men ikke nødvendigvis på sådan en måde, at det godtgør sagsbehandlerens handling. Misforholdet kan måske forklares i deres forskellige fagligheder; men også de forskellige intentioner i sundhedsloven og beskæftigelsesloven og dermed mål for de enkelte etaper inden for det samlede forløb. Men det leder også tanker hen på, om der er taget tilstrækkeligt hensyn til omsætning af fagsprog fra specialistniveau til generalistniveau fra den ene faglighed til den anden. Hertil kommer, at der stort set ikke foreligger dokumentation fra Træning i Sundhedsområdet og CSU i de fremsendte akter fra Jobcentret.

Der er misforhold mellem borgernes ønske om og behov for et helhedsorienteret og samordnet forløb, der inddrager såvel fysiske som psykiske, kognitive og sociale indsatser og de aktuelle fagprofessionelle kompetencer og de aktuelle muligheder for at skabe forløb på tværs af de forskellige områder internt i kommunen, f.eks. Sundhed, Beskæftigelse, CSU samt at inddrage andre fagprofessionelle kompetencer. Hertil kommer problemer med relevant tværfaglig kommunikation.

### **Grundforudsætninger for vellykkede forløb**

I de gennemgåede udgivelser fra Sundheds- og Socialstyrelsen i kapitel 1 samt de nyeste anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, SST 2020, udpeges Beskæftigelsesområdet som en del af hjerneskaderehabiliteringen, men der er ingen uddybning af behov, indsatser eller krav til kvalifikationer på dette område. Det kan bl.a. bero på, at de foreliggende vejledninger,



anbefalinger og retningslinjer er udkommet fra Sundhedsstyrelsen eller Socialstyrelsen. De efterfølgende forskellige instansers evaluering og kritik af deres implementering i kommunerne handler således mere om sundheds- eller socialområdet end om indsatser på Beskæftigelsesområdet. Der er således behov for at sætte fokus på den arbejdsrettede del af hjerneskaderehabiliteringen uden at miste en helhedsorienteret tilgang.

Jeg har derfor forsøgt at opstille følgende grundforudsætninger for en vellykket arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i Fase III. Ovenstående udgivelser og erfaringerne fra resultaterne i dette projekt danner basis herfor.

1. Der vil være forskel på, hvilke indsatser de forskellige borgere har behov for, og hvilke typer fagpersoner, der bør tilknyttes. Derfor har borgeren behov for et *individuel tilpasset forløb med inddragelse af forskellig specialefaglighed og koordinerende funktion afhængigt af problemstillingerne*. Det vil være en fordel, at alle involverede områder repræsenteres allerede ved første visitation til indsatser i kommunen og at der lægges en overordnet plan med kontinuerlig opfølgning. Det er endvidere vigtigt, at der sikres de tilstrækkelige økonomiske ressourcer til gennemførelse af planen.
2. Et Fase III rehabiliteringsforløb bør starte med en *afklaring af kompleksiteten af tilstanden ved udskrivelsen fra sygehus eller rehabiliteringsenhed*. Rehabiliteringspotentiale og -behov beskrives ud fra de foreliggende akter ved udskrivelsen og med inddragelse af borgeren. Efterfølgende inddrages relevante faggrupper og indsatser. Der skal findes en løsning til borgere, som er udskrevet uden Genoptræningsplan, GOP.
3. Indsatserne skal være *helhedsorienterede, samarbejdede og koordinerede*. Det betyder, at der helt fra ledelsesniveau sættes på en fælles indsats og nedbrydning af mulige barrierer samt styrkelse af mulighed for samarbejde de forskellige områder imellem.
4. Der foretages en *løbende vurdering af effekt og konsekvens for borgeren*. I forløbene skal man i de igangværende indsatser være *fremadskuende*, og have øje for, hvilke behov, der vil opstå senere. F.eks. bør en mistanke om kognitive problemer og hjerneskadetræthed følges op allerede i Træning, forløbet skal være fremadskuende, således at rutiner ikke blot indarbejdes til brug i hjemmet, men også senere på arbejdspladsen, hvor kravene til overblik og arbejds hukommelse er højere. F.eks. hvad kan borgeren gøre, hvis han kommer på en arbejdsplads, hvor kodeord til computer skiftes dagligt. Et andet eksempel kan tages fra case 2, hvor arbejdsrelationer og opgaver er tilpasset det kognitive og sociale funktionstab.



5. *Borgeren er i centrum, pårørende bør inddrages.* Det bør f.eks. involvere tilbud om hjemmebesøg af ergoterapeut, individuelt tilrettelagt forløb mhp. støtte til borgeren og dennes familie til at forstå og håndtere aktuelle situation. Herunder relevant psykologisk støtte til og samtaler med børn med ramte forældre. Opfølgning planlægges i samarbejde med borger. Kursus Livet med hjerneskade, etc.
6. Forløb *klassificeres efter Sundhedsstyrelsens 3 niveauer* for kommunal rehabilitering af borgere med hjerneskade, henholdsvis basalt, avanceret og specialiseret niveau med tilhørende faglige kompetencer, SST2011a. Men der skal løbende foretages en revurdering af niveau, jf. effekt af genoptræning og udvikling i dysfunktioner.
7. Fokus på *de kognitive tab*. Dette implicerer f.eks. at der skal være de nødvendige neurofaglige kompetencer til rådighed i Fase III, f.eks. trænede ergoterapeuter, fysioterapeuter med kendskab til følger efter hjerneskade, neuropsykologer og mulighed for neurologisk vurdering samt tilbud om specialundervisning til hjerneskadede.
8. Ændringer i funktioner og livsvilkår medfører ændring i identitetsfølelsen. Der bør derfor være *fokus på hjælp til transitionsfaserne*, f.eks. hjælp til de erkendelsesmæssige problemer og psykologiske processer, som borgeren skal igennem for at tilpasse sig en ny identitet, Glintborg 2014, Glintborg 2015. Se også punkt 5.





## Perspektivering

I starten af mit arbejde fandt jeg behov for at definere arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i sin kontekst. Undervejs i arbejdet er jeg på basis af projektets resultater nået frem til at opstille foranstående grundforudsætninger for vellykket arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i Fase III.

Men det rejser en række spørgsmål og udfordringer, som skal løses. Helt overordnet tænker jeg på nedenstående:

- Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i sin kontekst, skal det knyttes til jobcentret alene eller til et samlet forløb i kommunalt regi inddragende netværk og arbejdsplads?
- Grundforudsætninger for vellykket hjerneskaderehabilitering – kan man arbejde med fælles grundforudsætninger på tværs af nuværende fagafdelinger?
- Kan der etableres relevant adgang til neurofaglige kompetencer, her tænker jeg bredt, fagpersoner, der er skolet inden for feltet?
- Hvordan opnås balance mellem faglig rådgivning og indsats samt myndighedsansvar og serviceniveau?

En fyldestgørende besvarelse og eller forslag til handling på ovenstående ligger uden for mine muligheder. Det bør foregå i kommunerne i politisk regi, blandt ledelser og fagpersoner.

Jeg har valgt at se på følgende 4 områder og med særligt fokus på kognitiv dysfunktion. Jeg håber, at jeg med denne rapport kan give inspiration til implementering af helhedsorienterede, sammenhængende, samordnet og relevant hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi.





## **Perspektivering I – Udvikling af fagspecifikke kompetencer i Fase III – Tværfagligt neuroteam – Tværkommunalt samarbejde**

### **Kognitive problemer italesættes -**

Beskrivelserne i cases i kapitel 3 og caseforløb i kapitel 4 peger på, at de kognitive funktionstab italesættes ved mødet mellem borgerne og fagpersonerne både i Træning og Jobcenter. Det interessante er, hvilken betydning denne viden tillægges og om fagpersonerne har mulighed for relevant neurofaglig/neuropsykologisk sparring og mulighed for at iværksætte specifikke indsatser til afhjælpning af det kognitive funktionstab?

I rapporten er der dog flere eksempler på manglende rettidig opmærksomhed på og forståelse for konsekvenserne af borgerens kognitive funktionstab. Det fører til manglende inddragelse af neurofaglig/ neuropsykologisk kompetence, mhp. kortlægning af det kognitive landskab samt manglende råd og vejledning om relevante og specifikke indsatser til afhjælpning af problemerne.

Borgerne oplever, at kognitive funktionstab udgør en trussel for deres deltagelse på arbejdsmarkedet og at de ikke får hjælp til at takle disse udfordringer. Dette er i overensstemmelse med nyere forskningsresultater, Zakzanis KK 2017. For at undgå at belaste borgere med kognitive problemer uhensigtsmæssigt og for at fremme deres mulighed for at genvinde funktionsformåen og deltagelse, er der bl.a. behov for neurofaglig/ neuropsykologisk afklaring, opfølgning og rådgivning i langt højere omfang end aktuelt.

Samtidig kunne en sådan vurdering indgå i en samlet tværfaglig vurdering af kompleksitet, rehabiliteringspotentiale og -behov, herunder behov for inddragelse af specialister mhp., at der bliver etableret et individuelt, hensigtsmæssigt, tværfagligt og helhedsorienteret forløb, hvor borgeren også er en del af beslutningsplanen.



## **Krav til kompetencer på sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet**

Overordnet har Sundhedsstyrelsen beskrevet typer af fagpersoner og deres faglige kvalifikationer svarende til de 3 niveauer, basal, avanceret og specialiseret hjerneskaderehabilitering, SST2011a. Der er udarbejdet Kliniske retningslinjer for visitation af borgere med erhvervet hjerneskade samt ergo- og fysioterapeuternes arbejde, SST 2014a, SST2014b og senest anbefaling til Tværsektorielt samarbejde. Foranstående er primært rettet til sundhedsfaglige, men hvilke krav om neurofaglig indsigt er der til fagpersoner på social- og beskæftigelsesområdet? Spørgsmålet er yderst relevant, fordi mange borgere fortsat har behov for omfattende indsatser, selv om de er afsluttet i Træning/Sundhedscentret og videre sendt til Jobcentret.

### **Tilgængelige neurofaglige kompetencer og ressourcer**

Det korte svar på basis af rapporten er, at der ikke findes tilsvarende krav om neurofaglige kompetencer hos fagpersoner i beskæftigelsesområdet. I Træning visiteres borgere med følger efter hjerneskade til Trænings neuroteam. I Jobcentret sker visitering af borgere ud fra tilfældighedsprincip. Dvs. at der i Træning opbygges erfaring og man har etableret en erfa-gruppe, mens erfaringerne med denne type sager udtynes i Jobcentret, især fordi sagerne er relativt få.

I samtalerne oplyser KS at have deltaget i et flerdages kursus om borgere med erhvervet hjerneskade sammen med kolleger. Ergo- og fysioterapeut beskriver, at de har enkelte kurser målrettet genoptræning af borgere med erhvervet hjerneskade og erfaring fra tidligere og nuværende arbejde.

### **Kompetencer og kapacitet**

Sundhedsstyrelsen estimerer, at de fleste forløb i Fase III vil være avancerede, dvs. kræve ergo- og fysioterapeuter samt neurofaglige/ neuropsykologer/psykologer med stort kendskab og erfaring til området. I overensstemmelse hermed må det forventes, at der også vil være behov for ekspertise med stort kendskab og erfaring til hjerneskaderehabilitering på beskæftigelsesområdet.

Rapporten viser, at der generelt savnes mulighederne for at sikre kompetencer i form af neurofaglig og neuropsykologisk rådgivning i forløb for borgere med erhvervet hjerneskade. Min antagelse er, at det ikke er enestående for undersøgelseskommunen, men gælder for en lang række kommuner. Denne antagelse underbygges af SK'ernes udsagn om manglende udredning af de kognitive funktioner i andre kommuner samt de gentagne evalueringer af kommunalreformen fra 2013 og frem til 2016,



som peger på væsentlige stopklodser for tilstrækkelig og relevant rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Som konsekvens heraf munder evalueringerne ud i en række meget væsentlige anbefalinger til kommunerne, nemlig større rehabiliteringsenheder for at opnå fagligt volumen og øgning af kompetencer, samt inddragelse af neurofaglige personer og andre kompetencer, Glintborg 2015; SST 2014c. Service-tjekket i 2017 gentager anbefalingerne, og samtidig anbefales inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet, SST 2017. I 2016 peger Rigsrevisionen på, at de nye regler i bekendtgørelsen ikke er tilstrækkeligt implementeret, hvilket betyder, at kvaliteten af genoptræning- og rehabiliteringsindsatsen efter udskrivning fra sygehus er meget uensartet. Dette bekræftes også af resultaterne i dette studie, hvor flere burde have været i et avanceret forløb med fagprofessionelle med særligt trænedede neurofaglige/ neuropsykologiske kompetencer. Man har især koncentreret sig om vurdering af de sundhedsfaglige; men det rejser jo spørgsmålet om, hvordan de øvrige fagpersoner sikres de tilstrækkelige og nødvendige kompetencer?

De små og mellemstore kommuner vil kunne få problemer med at drifte et relevant tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade, dels pga. af grundlaget med få borgere, og dels pga. økonomien. Flere kommuner kunne indgå et tværkommunalt samarbejde og sikre, at der opnås den kritiske masse for viden og kompetencer, jf. SST2020.

### **Tværfagligt neuroteam**

Visitation, udredning, planlægning og gennemførelse af genoptræning og rehabilitering, herunder arbejdsrettede indsatser, kunne forestås af et tværfagligt team, *Tværfagligt neuroteam*, i samarbejde med borgeren og andre fagpersoner. Temaet kunne bestå af fysio- og ergoterapeuter, der er trænedede i hjerneskaderehabilitering, neuropsykolog, neurolog, psykolog samt hjerneskadekoordinator. Ad hoc kunne tilknyttes fagpersoner fra specialundervisning, Jobcenter, voksenafdeling myndighed mhp. genoptræning af specielle funktionstab, rådgivning og hjælp til ydelser efter Serviceloven og samarbejde om tilbagevenden til arbejdet. Teamet følger borgeren fra start til slut i Fase III. Teamets opgaver kunne primært være vurdering af rehabiliteringspotentiale og -behov, som udmøntes i afklaring og planlægning af træning, helhedsorienterede, sammenhængende og samordnede indsatser i hele Fase III. Sådanne fælles indsatser kunne også anvendes ved de specialiserede rehabiliteringsindsatser. De er stigende og kan i visse tilfælde løses lokalt med inddragelse af relevante fagpersoner.





## Andre fagpersoner

En del af de problemer, der dukker op i forløbene kan og skal måske ikke løftes af kommunerne alene, er vel behandling. Her tænker jeg på f.eks. depressioner, som ofte udvikler sig efter 1/2 til 1 år og er svære at behandle. Der er behov for fagpersoner med erfaringer indenfor hjerneskadeområdet. Et andet eksempel er acceptproblemer/ erkendelsesproblemer i transitionsfaserne, som kræver terapi. Her er der behov for fagpersoner/psykologer med erfaring indenfor hjerneskadeområdet. Spasticitet som kræver henvisning til neurolog. Endelig rejser spørgsmålet sig, om hvor borgerne kan få aktiviteter, der genoptræner kognitive vanskeligheder og vedligeholder funktionsniveauet over tid i Fase IV. Jf. også borgeren som tabte fysisk funktionsformåen, da han var i en almen vedligeholdende træning. Der kan nævnes andre rehabiliteringsbehov. Fælles er, at det kræver opbygning af relevante tværsektorielle relationer.

## Kompetenceudvikling på faggruppeniveau

På faggruppeniveau har der været løbende udvikling af området. F.eks. arbejdes der med at lave kompetenceprofiler for f.eks. ergoterapeuter, der arbejder i dette område, se på

<https://www.etf.dk/ergoterapi-og-politik/specialistgodkendelse>

Fysioterapeuter har lignende forhold som ergoterapeuter.

Psykologerne har Neuropsykologisk selskab, som står for specialistuddannelsen til neuropsykolog.

<https://neuropsykologi.dk/for-neuropsykologer/specialistuddannelsen/>





## **Perspektivering II - Helhedsorientering, samordning, sammenhæng - fælles samarbejdsflade**

### **Et helt menneske**

Borgeren ser sig som ét helt menneske på vej ud af sygdom, men med fortsatte udfordringer og med intention om deltagelse på arbejdsmarkedet, jf. case-beskrivelser. De har derfor behov for at deltage i et sammenhængende forløb. Men kommunen og lovgivningen betragter det som forskellige forløb i forskellige fagområder, jf. kapitel 2. Forløbene bærer præg af dette, jvf. at borgerne oplever, at skiftet fra Træning til Jobcenter er som at komme fra en verden til en anden. Jeg har tidligere peget på lovgivningernes indflydelse på intentionen med forløbet i henholdsvis Træning og i Jobcentret. Det første nævnte fagområde arbejder under sundhedsmæssig lovgivning, men er begrænset i intentionen om genoptræning til at klare sig i eget hjem. Træning skal ikke deltage i den arbejdsrettede rehabilitering, selv om der er behov for deres kompetencer. Det andet område arbejder under beskæftigelseslovgivningen og intentionen om hurtigst muligt tilbage i arbejde. Dette hindrer i høj grad, at forløbene bliver tilstrækkeligt fremadskuende, sammenhængende og koordinerede. Hvilket er meget u hensigtsmæssigt.

Det er velkendt, at i forløbet med genoptræning og rehabilitering stabiliseres/udvikles eller forværres de enkelte funktionsområder. Komplexiteten i tilstanden gør det svært at vurdere betydningen af de specifikke funktionstab, og derfor er en tæt opfølgning nødvendigt med tværfaglig og neurofaglig rådgivning. Dette betyder, at det er vigtigt, at fagpersonerne i fællesskab løbende inddrager en vurdering af det samlede revalideringspotentiale og -behov, - både ved start og under forløbet, se kapitel 1 og kapitel 4.

Ofte samles oplysninger fra de forskellige indsatser først efter et halvt til et helt år i forbindelse med sagens forelæggelse for Rehabiliteringsteamet, som kan tilbyde tværfaglig rådgivning om behov og mulige indsatser. Men rapporten peger på, at der oftest foreligger sundhedsoplysninger af ældre dato suppleret med oplysninger fra egen læge via LÆ 265. Til gengæld er der ikke oplysninger om genoptræning og rehabi-



**Kapitel 7**

literingsforløbet i Fase III, dvs. forløbet efter udskrivning fra sygehus. SK'erne efterlyser bl.a. en samlet koordineret beskrivelse og plan fra HSK samt at HSK er mere synlig på møderne, jf. kapitel 6.

### **Visitation af borgere med behov for hjerneskaderehabilitering i Fase III**

I Fase II afgøres, om borgeren skal visiteres til almen eller specialiseret niveau. I Fase III foretages en yderligere visitation i forhold til behov for basalt niveau eller for avanceret niveau, SST2011a.

Jeg har ikke via observationer i akterne i Jobcentret kunnet finde dokumentation for tværfaglig vurdering af rehabiliteringspotentiale eller -behov i forhold til indplacering på basalt, avanceret eller specialiseret niveau, hverken for Træning eller Jobcenter. I Træning visiteres borgere med følger efter hjerneskade primært til Neuroteamet, bestående af ergo- og fysioterapeuter, som har dannet en erfa-gruppe mhp. faglig sparring intern og eksternt. I Jobcentret sker visitering af borger ud fra tilfældighedsprincip, jf. kapitel 2.

### **Fælles sprog og samarbejdsflade**

Grundforudsætninger for vellykket hjerneskaderehabilitering bør være fælles for hele Fase III. Det foreslåede *Tværfaglige neuroteam* kunne have en gennemgående rolle i hele forløbet med ansvar for løbende afklaring af rehabiliteringspotentiale og -behov samt planlægning og gennemførelse af indsatser og evaluering heraf.

Men det kræver nytænkning for at få udlignet det aktuelle misforhold mellem dels de fagspecifikke behov hos borgerne og de eksisterende kompetencer i Fase III, dels de organisatoriske og digitale udfordringer for samarbejdet, Jvf. at Træning f.eks. ikke kan rekvirere neurofaglig, neuropsykologisk eller psykologisk ekspertise, men skal gennem egen læge, som næppe heller har adgang til de tilstrækkelige indsatser. I jobcentret har man yderst begrænset mulighed for at rekvirere relevant neurofaglige/ neuropsykologiske/ psykologiske kompetencer.

Hertil kommer udfordringerne for relevant samarbejde på tværs af fagområderne med forskellig digital kommunikation, forskellig faglighed og indstilling hos ledelserne samt forskellig lovgivning og traditioner. I kapitel 2 peger ledere og fagpersoner på en række problemer for samarbejdet i forløbene. Jeg har tidligere diskuteret, om mangel på samarbejde har rod i de forskellige lovområder f. eks sundhed eller beskæftigelseslovene - og endvidere om det er muligt at etablere et relevant forløb, hvis der ikke samtidigt arbejdes med ændring i organisationen af arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi.



---

I rapporten er bl.a. peget på, at det er nødvendigt at fokusere på løsninger, der styrker samarbejdet og sammenhængen i forløbene mellem forskellige fagområder, f. eks.

- italesættelse i organisationen om fælles samarbejdsflader og mål
- fælles IT platform
- fælles rehabiliteringsplan forfattet i et sprog, som alle forstår
- Det er vigtig at være fremadskuende, dvs. ikke kun arbejde med løsninger i eget fagområde, men sikre at de kan anvendes fortløbende
- Hjerneskadekoordinatorfunktionens rolle styrkes mhp. at få forløbene til at hænge sammen, være fremadskuende og inkluderende i forhold til borgeren og de pårørende



**Kapitel 7**



## **Perspektivering III – Arbejdsrettede og virksomhedsnære tiltag**

Borgere kan opleve, at de kognitive dysfunktioner undervurderes ved iværksættelse af arbejdsrettede eller virksomhedsnære tiltag og arbejdspraktikker kuldsejler. Dette giver store udfordringer og belastninger, som skjuler de reelle muligheder for tilbagevenden. Arbejdsgiverne/ lederne kan oftest se problemerne ved tilbagevenden til arbejdspladsen, jf. case 1. I case 2 medfører samarbejdet mellem Jobcentret, den rehabiliterende enhed (NFA), borgeren og arbejdsgiveren, at der findes relevante arbejdsopgaver til trods for de komplekse udfordringer, mens det er mindre indlysende i case 1. I case 3 kunne en tidligere neurofaglig og neuropsykologisk afklaring i Fase III end aktuelt have fremskyndet den endelige afklaring om mulighed for deltagelse på arbejdsmarkedet og dermed givet borgeren mulighed for at fokusere på det fremtidige liv med de udfordringer, som han har.

Oftest har borgeren en større chance for at opnå en bedre arbejdsevne i eksisterende ansættelsesforhold end hvis de bliver opsagt og skal starte et nyt sted. Derfor er det vigtigt så tidligt som muligt at trække på eksisterende ansættelsesforhold og justere forventning til funktionsniveau og skånehensyn løbende. Det er ligeledes vigtigt at afklare og træne de kognitive funktioner allerede tidligt i forløbet ved opstart i Fase III og ikke vente til slutning af rehabiliteringsforløbet. I disse lange og komplekse forløb bliver borgeren ofte opsagt, hvis rehabiliteringsprocessen trækker for længe ud. Arbejdspladsens indstilling til borgere med erhvervet hjerneskade spiller en stor rolle for borgerens mulighed for tilbagevenden til arbejdet. Jf. forløbscase 1 og 2, hvor arbejdspladsen deltager aktivt i forløbet. Det er derfor af stor betydning, at fagpersonerne inddrager arbejdspladserne og samtidig nødvendigt, at de sammen med borgeren kan italesætte udfordringer og muligheder, så tilbagevenden foregår optimalt og fagligt forsvarligt, jf. forløbscase 2. Det er også vigtigt, at arbejdsgiverens observation i forløbet inddrages, jf. forløbscase 1.



**Kapitel 7**

---

Et nyere studie fra 2013 viser, at personer med erhvervet hjerneskade har problemer med at mestre de udfordringer, som hverdagens teknologi på arbejdspladsen medfører. Forfatterne anbefaler, at professionelle nødvendigvis må inddrage teknologiens rolle, når de planlægger arbejdsrettede aktiviteter, Kassberg 2013. Tate opstiller 3 forskellige modeller for tilbagevenden til arbejde, Tate 2015. Det må bemærkes, at disse studier er foregået på rehabiliteringsinstitutioner, som har varetaget det samlede rehabiliteringsforløb.

### **Opfølgning i Tværfagligt neuroteam før arbejdsrettet tiltag**

SK'erne anbefaler en opfølgning i et tværfagligt og neurofagligt forum, f. eks *Tværfagligt neuroteam*, inden iværksættelse af arbejdsrettede tiltag. På basis af en sådan gennemgang kunne teamet levere støtte og rådgivning til arbejdspladsen, borger og fagperson i Jobcenter, jf. forløbscasene.





## Perspektivering IV – Det der ikke er med

### Støtte til ændring i identitet mv. pga. funktionsændringer på flere områder

I foranstående har jeg primært fokuseret på tab af kognitive funktioner. Men en hjerneskade påvirker oftest flere forskellige livsområder og medfører ændringer i den samlede funktionsformåen. Ofte har borgeren svært ved at erkende dette og har behov for hjælp til at indrette sig på et liv med ændrede funktionsniveauer på flere områder både fysisk, kognitivt, psykisk og socialt. Med baggrund i de foreliggende oplysninger er der sjældent givet indsatser til afhjælpning heraf. HSK har etableret kurset Livet med hjerneskade, som til dels omhandler disse dimensioner. Men flere giver udtryk for, at de også har behov for mere individuorienterede forløb.

### Støtte efter afslutning fra Jobcentret/ Fase III

Problemstillingerne for borgere med hjerneskade ændrer sig over tiden i genoptrænings- og rehabiliteringsforløbet. En borger, som har klaret at vende tilbage til f.eks. fleksjob, men som fortsat har kognitive problemer og psykiske følger, er ude af Træning og Jobcentrets regi. Borgeren har dog fortsat problemer, der bør adresseres, f.eks. en løbende støtte for at undgå, at de bliver erhvervsstruede. Jvf. ved opfølgning på cases talte jeg med flere borgere, som efter de var tildelt fleksjob, havde mistet deres bostøtte/mentor, der f.eks. havde hjulpet med post og økonomi og nu sejlede det, fordi deres hjerneskade medførte, at de fortsat har behov for støtte til struktur. Eller case 3, som har fået en meget fin neurofaglig fysisk genoptræning i Træning, men oplever at tabe funktion i vedligeholdelsestræningen, der mere synes at være af almen karakter.

I de opfølgende samtaler mødte jeg borgere, som var henvist til at søge egen læge, som havde begrænsede henvisningsmuligheder. Da de 'rette' institutioner til at varetage opgaverne var sparsomme eller ikke eksisterende eller at finansieringen ikke var på plads.

Jeg tænker, at her kunne man etablere et samarbejde mellem kommunen og regionen om etablering af relevante tilbud. Hvor borgerne kunne blive vurderet, fulgt og få relevant vedligeholdelsestræning og støtte til specifikke fysiske, kognitive og eksistentielle problemer samtidig med, at borgeren fortsat støttes med 'mentorordninger'. Det Tværfaglige neuroteam kunne være en del heraf.





## Perspektivering V – Misforhold mellem trend med hurtig udskrivning og hjerneskaderehabilitering

### Trend med hurtig udskrivning til kommunalt regi, Fase III

Det fremgår af rapporten, at borgerne udskrives hurtigt fra sygehus - nogle med en GOP og andre uden. Det er beskrevet, hvordan nogle borgere, flere gange med kort tidsrum, har fået foretaget en neurofaglig vurdering af funktionsniveau, men ingen genoptræning under indlæggelse i sygehusvæsenet. Herefter overlades genoptræning til kommunerne på nær de få tilfælde, hvor der er behov for specialiseret genoptræning. Kommunerne er hermed overdraget et stort ansvar for en mindre gruppe borgere med meget komplekse udfordringer. For mange små og mellemstore kommuner vil det være svært at løfte opgaven med et velkvalificeret tværfagligt hjerneskaderehabiliteringsforløb. Men det bør ikke stoppe udviklingen af relevante, nødvendige og tilstrækkelige tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade i Fase III. Kompetenceudvikling af kommunale sundhedspersoner er nødvendig, så det bliver muligt at etablere relevante tilbud fra fagpersoner, der er skolet inden for feltet. Kommunerne kunne skubbe på udviklingen ved at sikre deres personale, også dem i beskæftigelses- og socialområdet, en relevant efteruddannelse og ved at etablere *Tværfaglige neuroteams* med relevant specialefaglighed og koordinatore, der kan sikre et relevant forløb gennem hele Fase III.

### Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i fremtiden

Borgere i den erhvervsaktive alder er fra start af hjerneskadeforløbet optaget af, om det er muligt at vende tilbage til deres familie og arbejde og genoptage deres tidligere liv. I borgernes bevidsthed fylder det meget og må adresseres fra begyndelsen både i målsætning og planlægning af indsatser. Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i sin kontekst er således ikke knyttet til Jobcentret alene, men er et kontinuerligt og tværfagligt samarbejde mellem borger, netværk, arbejdsgiver og fagpersoner. Den er baseret på tidligere indsatser i rehabiliteringsforløbet, og der vil være behov for indsatser efter afklaring om deltagelse på arbejdsmarkedet.





Ofte spiller serviceniveauet i de forskellige kommuner og udøvelsen af myndighedsrollen ind, jf. at rekvirering af en neuropsykologisk undersøgelse nogle steder skal godkendes af teamleder. Ofte er det afsatte budget langt fra tilstrækkeligt. En leder sagde på et tidspunkt til mig, at der næppe var budget til mere end den første fjerdedel af året, hvis man skulle inddrage neurofaglig ekspertise og relevant rehabilitering i de her sager - og så var der ikke penge til andet.

Min bekymring er, at der let kan opstå misforhold mellem det *Tværfaglige neuroteams* vurdering af behov for faglige kompetencer samt indsatser og fagpersonerne i social- og beskæftigelsesområdet myndighedsrolle, f.eks. deres mulighed for at bevillige et neurofagligt forløb pga. serviceniveauets begrænsninger.

Her tænker jeg, at bevillingerne mv. næppe kan klares på de faglige niveauers budgetter, men de skal højere op i systemet og måske helt op på kommunalt ledelsesniveau eller endnu højere, så det ikke er den enkelte kommune, som må påtage sig ansvaret for denne lille gruppe af borgere med komplekse problemstillinger. Det skal ses i forhold til, at gruppen i langt højere grad kunne opnå at være selvhjulpen, deltage i det sociale liv og på arbejdsmarkedet ved en målrettet og relevant indsats, hvis det bliver muligt.



Kapitel 7

# Referenceliste

**BEK918:** Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. BEK nr 918 af 22/06/2018 Sundheds og ældreministeriet, [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)

**LBK1342:** Bekendtgørelse nr. 1342 af 21/11/2016 af Lov om aktiv beskæftigelse, [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)

**BKG1092:** Bekendtgørelse nr. 1092 af 03/08/2016 Om kommunernes og regionernes samarbejde om levering af sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension mv.

**Blicher 2007:** Blicher U B, Jensen CG, Westh J, Hellermann I 2007 Bolig- og arbejdsmæssig udcome et år efter svær erhvervet hjerneskade. Ugeskr Læger 2007 169/3 pp 228-231

**Cicerone og Fraser 2000:** Cicerone K D, Fraser R T. Counselling interactions for clients with traumatic brain injury rehabilitation. In: Fraser R T, Clemmons D. Traumatic brain injury rehabilitation: Practical vocational, neuropsychosocial, and psychotherapy interventions. Boca Raton, FL, US; CRC Press, 2000, 95-127

**Cieza 2008:** Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning of Disability and Health: its development process and content validity. EUR J PHYS REHABIL MED 2008;44:303-13.

**Daugaard 2013:** Daugaard M; Nielsen LH. Højtspecialiseret hjerneskaderehabilitering udføres nu på intensivafdeling. Ugeskr Læger 2013;175:p 2013-3104

**Dejours 2010:** Dejours C, Deranty J-P. The Centrality of Work. Critical Horizons 11.2(2010) 167-180 eller doi:10.1558/crit.v11i2.167

**Engberg 2007:** Engberg AW; Teasdale TW. Epidemiologi og behandling af hovedtraumer i Danmark 1994-2002, belyst ved sygehusstatistik. UGESKR Læger 169/3 2007

**Eplov 2007:** Eplov L F, Lund H. Der skal to til en tango: rehabilitering – en multifacetteret indsats. Ugeskr Læger 2014;176:V66313

**Glintborg 2015:** Glintborg C. 2015 Grib mennesket. Ph.d. afhandling, Aalborg Universitet. ISBN (online): 978-87-7112-349-4

**Glintborg 2014:** Glintborg C og Jensen D L, K. Koordination i et nyt lys-sikring af de psykologiske indsatser i hjerneskaderehabiliteringen. Psyke og Logos, 34(2),2014

**Glintborg 2017:** <https://www.cambridge.org/core/journals/brain-impairment/article/abs/beyond-broken-bodies-and-brains-a-mixed-methods-study-of-mental-health-and-life-transitions-after-brain-injury/7C548D2C-818772CFCBE7585648D4155F>

**Govender 2007:** Govender P, Kalra L. Benefits of occupational therapy in stroke rehabilitation. Expert Rev. Neurotherapeutics 7 (8):1013-19. 2007 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/14737175.7.8.1013>

**Hannerz 2012:** Hannerz H et al. 2012 Time trend analysis of return to work after stroke in Denmark 1996-2006, International journal of occupational medicine and environmental health 2012;25(2):200-204

**Kassberg 2013:** Kassberg A-C, Prellwitz M, Larsson Lund M. The challenges of everyday technology in workplace for persons with acquired brain injury. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2013;20:272-281

**Kostek 2012:** Kostek J. Work Centrality: A Meta-analysis of the nomological network. 2012 Thesis. Graduate College of Bowling Green State University.

**Kristensen 2014:** Inge Kristensen. Social- og sundhedsområdet er ude af takt. Kronik Jyllandsposten 5.8. 2014

**Labriola 2014:** Labriola M, Thielen K, Eplov L F, Nielsen C V. Arbejdsrettet rehabilitering. Ugeskr Læger 2014; 176:VO3140139/pp 948-50

**Lee 2001:** Lee S S, Powell N J, Esdaile S. A Functional Model of Cognitive Rehabilitation in occupational therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy; Feb 2001; 68,1; Education Database

**Lov nr. 1482:** Lov nr. 1482 af 23/12/2014 om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen

**MarsellisborgCentret 2004:** Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet-Rehabilitering i Danmark. Vol. 2004. MarsellisborgCentret

**Marsellisborgcentret 2005:** ICF Den danske vejledning og eksempler på praksis. Marsellisborgcentret 2005

**Maribo 2014:** Maribo T, Melchiorson H, Rubak D B, Jespersen E, Nielsen C V. Rehabilitering baseret på den bio-psyko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. Ugeskr Læger 2014;176:VO1140031

**Meyers fremmedordbog:** Ludvig Meyer: Fremmedordbog. Ved J.P.F.D. Dahl og F.V. Dahl. Ottende udgave. Det Danske Sprog- og Litteraturselskab & G.E.C. Gads forlag 1970

**Munch 2015:** Munch M, Hovmand B. Tværfagligt samarbejde omkring en klient i et neurorehabiliteringscenter – en caserapport. Fysioterapeuten 2015; 7:29-36

**Møller 2014:** Møller M L, Nielsen C H, Kjær S. Voksne med erhvervet hjerneskade – sociale indsatser, der virker 2014 Socialstyrelsen  
<https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/voksne-med-erhvervet-hjerneskade>

**Nielsen 2014:** Nielsen C V. Rehabilitering i 2014 og lægeforeningens rolle. Ugeskr Læger 2014;176:V66307

**Nielsen 2001:** Nielsen J, Dyreborg J. Arbejdsmiljø og Arbejdsevne - udvikling og afprøvning af en model til at bevare og fremme arbejdsevne. Arbejdsmiljørådets Servicecenter 2001

**Nordenbo 2007:** Nordenbo AM, Jacobsen KJ. Rehabilitering af svær traumatisk hjerneskade. Ugeskr Læger 2007;169/3

**Pehrson 2014:** Pehrson S, Bøtker HE, Rohold A. Neurorehabilitering efter overlevet hjertestop svigtes. <https://ugeskriftet.dk/debat/neurorehabilitering-efter-overlevet-hjertestop-svigtes>

**Rasmussen 2014:** Rasmussen A A, Jørgensen H S, Nielsen J F. Rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade. Ugeskr Læger 2014;176:VO1140029

**Rauch A, Cieza A, Stucki G.:** How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. EUR J PHYS REHABIL MED 2008;44:329-2

**Region Midt 2017:** Rehabilitering på specialiseret niveau. Region Midtjylland 2017.

**Rigsrev 2016:** Rigsrevisionens beretning om indsatsen overfor patienter med hjerneskade, Statsrevisorerne, Rigsrevisionen 4/16 <https://www.rigsrevisionen.dk/revisonssager-arkiv/2016/nov/beretning-om-indsatsen-over-for-patienter-med-hjerneskade>

**SFP 2017:** Styrelsen for Patientsikkerhed. Vejledning om helbreds krav til kørekort, august 2017.

**SST 2011a:** Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati. Vol. 2011. Sundhedsstyrelsen;

**SST 2011b:** Hjerneskaderehabilitering - en medicinsk teknologivurdering, København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011;13(1)

- SST 2014a:** Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje. Vol.2014. Sundhedsstyrelsen, 2014
- SST 2014b:** National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi - 8 udvalgte indsatser. Sundhedsstyrelsen 2014
- SST2014c:** Øget faglighed i genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus. Sundhedsstyrelsen 2014
- SST 2017:** Servicetjek af genoptrænings-og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade. Sundhedsstyrelsen 2017
- SST 2018:** Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi 4. juni 2018
- SST 2020:** Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen 2020
- Tate 2015:** Tate R L, Simpson, G K, McRae P. Traumatic Brain Injury. In Escorpizo R et al. In Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation, Handbooks in Health, Work, and Disability, DOI 10.1007/978-3-319-08825-9\_12. Springer International Publishing Switzerland 2015
- Teasdale 2004:** Teasdale T W, Engberg A W. Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adult: A long-term population- based follow- up. Brain Injury 2004; 18: 535-545
- Teasdale 2005:** Teasdale T W, Engberg A W. Psychosocial consequences of Stroke: A long-term population- based follow- up. Brain Injury, 2005; 19: 1049-1058.
- Teasdale 2007:** Teasdale T W, Engberg A W. Psykosociale langtidsfølger efter apopleksi: en populationsbaseret undersøgelse. Ugeskr Læger 2007;169 (40):3401-3404.
- Turunen 2017:** Turunen KEA, Laari SPK, Kauranen V, Uimonen J, Mustajona S, Tatlisumak T, Poutiainen E. Domain-Specific Cognitive Recovery after First-Ever Stroke: A 2-Year- Follow-up. Journal of the International Neuropsychological Society (2017), 23, 1-11.
- Wade 2002:** Wade D T. Rehabilitation is a way of thinking, not a way of doing. Clinical Rehabilitation 2002;16: 579-58.1
- VEJ9439:** Vejledning om kommunal rehabilitering. VEJ nr. 9439 af 13/07/2011 Sundheds og ældreministeriet, retsinformation.dk
- VEJ9538:** Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. VEJ nr 9538 af 02/07/2018 Sundheds og Ældreministeriet og Børne- og Socialministeriet, retsinformation.dk
- Westerlind 2017:** Westerlind 2017: Westerlind E, Persson HC, Sunnerhagen KS (2017) Return to Work after a Stroke in Working Age Persons; A Six-Years Follow Up. PLoS ONE 12(1):e0169759. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0169759>
- WHO 2001:** World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva:WHO;2001.
- Wæhrens 2015:** Wæhrens E E, Winkel A, Jørgensen H S. Neurologi og neurorehabilitering. 2. udgave, 2. oplag, 2015. Munksgård København.
- Zakzanis 2017:** Zakzanis KK, Grimes KM. Relationship among apathy, cognition, and real-world disability after mild traumatic brain injury. Appl Neuropsychol Adult. 2017 Nov-Dec;24(6):559-565. doi: 1080/23279095.2016.1225216

# Bilag 1 Oversigt over formål og metoder samt administrative procedurer

Den overordnede problemstilling: får borgere med erhvervet hjerneskade afklaret deres kognitive funktionsniveau og tilbudt relevant genoptræning og rehabilitering?

Det overordnede formål med dette projekt er:

- At undersøge, om borgere med erhvervet hjerneskade får afklaret deres kognitive funktionsniveau og tilbudt relevant, arbejdsrettet genoptræning og rehabilitering
- At udpege problemområder
- At komme med løsningsforslag

Der er tale om en kompleks problemstilling, hvor mange forhold har betydning, f.eks. diagnoser, funktionsniveau, tilstedeværelse af pårørende og netværk, fagpersoners viden og samarbejde, organisatoriske rammer og tilstedeværelse af muligheder for at tilbyde relevant rehabiliteringsforløb.

Derfor har jeg valgt at inddrage flere forskellige metoder til at belyse problemstillingen: litteraturgennemgang, fokusinterview af fagpersoner, registrering af diagnoser, funktionsbegrænsninger og tilbud, forløbsbeskrivelse af borgere samt registrering af tilbud i kommunerne. Resultaterne ved undersøgelserne er beskrevet i 6 kapitler (kap. 1-6). Derefter er udarbejdet en sammenfatning af resultaterne af arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering med særligt fokus på afklaring og rehabilitering af de kognitive funktioner på tværs af kapitlerne. Med baggrund heri udpeges særlige problemområder og løsningsforslag.

## Kapitel 1

### Formål

Delformål 1a, hvordan er den videnskabelige udvikling og status inden for hjerneskaderehabilitering

Delformål 1b, hvordan har den historiske politiske udvikling haft indflydelse på rammerne for hjernerehabilitering, herunder lovgivning og strukturreformer

Delformål 1c, hvordan defineres erhvervet hjerneskade hos voksne

Delformål 1d, hvad ved vi om tilbagevenden til arbejde efter erhvervet hjerneskade

Delformål 1e, hvordan kan hjerneskaderehabilitering i den beskæftigelsesmæssige kontekst defineres

Delformål 1f, hvordan er praksis for hjerneskaderehabilitering i den beskæftigelsesmæssige kontekst

### Metode

Der er indhentet relevant litteratur via litteratursøgning, googling af ordene hjerneskaderehabilitering, søgning i lovdatabase samt i Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen og Beskæftigelsesministeriets oversigt over vejledninger.

## Kapitel 2

### Formål

Der ønskes et kendskab til sagsbehandlere og terapeuters erfaringer og forståelse af, hvordan de arbejder med arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i den enkeltes kontekst, samt hvordan de indgår i det tværfaglige samarbejde. I fokus er at få kendskab til informanternes tanker om organisation, kommunikation, visitation, samarbejdspartnere, dokumentation og aktuelle rehabiliteringsmuligheder samt deres tanker om behov for yderligere indsatser med særligt fokus på arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.

Delformål 2a, hvordan er rammerne for det tværfaglige samarbejde og kommunikation

Delformål 2b, hvordan foregår den arbejdsrettede hjerneskaderehabilitering i praksis.

Delformål 2c, mulighed for at identificere funktionsdeficit hos borgere med erhvervet hjerneskade

Delformål 2d, hvilke indsatser tilbydes, og hvilke muligheder er tilgængelige

Delformål 2e, at undersøge, hvordan det kommunale, tværfaglige samarbejde fungerer

Delformål 2f, hvordan fungerer samarbejdet mellem interne og eksterne fagpersoner

Delformål 2g belyse hvordan det koordinerende arbejde foregår

Delformål 2h, er der mulighed for at etablere en relevant arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering for borgere med erhvervet hjerneskade.

Delformål 2i, tanker om at kunne bedre tilbuddene for borgere med erhvervet hjerneskade.

### Metode

Interviewer har udvalgt 8 centrale informanter til fokusinterview fra følgende afdelinger i case-kommunen: fra Omsorg og Sundhed er udvalgt Sejrsbo samt Træning, fra Social og Psykiatri er udvalgt Voksenafdelingen-Myndighed samt fra Job og ydelser er udvalgt Helbredssporet endvidere Hjerneskadekoordinator. Udvælgelsen er sket strategisk ved, at interviewer har kontaktet den pågældende, som ud fra interviewers kendskab har været rutineret inden for sit felt. Interviewer er Regional sundhedskoordinator.

Fokusinterviewet er baseret på en semistruktureret interviewguide. Hovedtemaerne i interviewene er: organisation, kommunikation, visitation, samarbejdspartnere, dokumentation, rehabiliteringsmuligheder, arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering samt fremtidstanker om samme. Interviewet har varet en time. Efterfølgende har interviewer skrevet et referat, som er fremsendt til den interviewede, som har kommenteret referatet. Disse kommentarer er medtaget sammen med svar på uddybende spørgsmål fra interviewer. Efterfølgende er svarene beskrevet og analyseret inden for de enkelte temaer på tværs af interviewene. Dvs., der er anvendt en analysestrategi med meningskondensering, som fører til temaer, der kobles på tværs af de enkelte interviews.

Delkonklusionerne fra de enkelte temaer vil blive medtaget i den samlede og afsluttende diskussion og konklusion med det formål at kunne udpege anbefalinger til forbedringer inden for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.

*I dette afsnit benyttes termen fagperson om den læge, neuropsykolog, terapeut, sagsbehandler eller neuropædagog mfl., som borgeren har kontakt til i rehabiliteringsforløbet.*

## Kapitel 3

### Formål

Det overordnede formål er at undersøge, om der ydes en relevant arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i forhold til den enkelte borgers behov. Mhp. dette er der opstillet en række delformål

Delformål 3a, at beskrive baggrundsdata for undersøgelsesgruppen

Delformål 3b, at belyse forekomst og type af hjerneskade samt co-morbiditet (andre helbredsproblemer end hjerneskade)

Delformål 3c, at belyse varighed af hjerneskade

Delformål 3d, at belyse type og omfang af funktionsproblemer

Delformål 3e, at belyse omfanget af kognitive problemer

Delformål 3f, at beskrive type og omfang af tilbudte indsatser

Delformål 3g, at belyse neurofaglige indsatser

Delformål 3h, at beskrive kvaliteten af dokumentation for sygdom, funktionsevne og indsatser i foreliggende sagsakter, herunder sætte fokus på kognitive funktionstab og indsatser

Delformål 3i, at belyse hjerneskadekoordinationsfunktionen i de 16 cases

### Metode

Der er udpeget en case-kommune mhp. gennemgang af igangværende sagsforløb med individer, der har eller er mistænkt for følger efter erhvervet hjerneskade. Leder har bedt sagsbehandlere i sygedagpenge, ressourceforløb og kontanthjælpsområderne om at finde de per juni 2016 igangværende sagsforløb med borgere med erhvervet hjerneskade i deres sagsstammer og forelægge de relevante sagsakter for sundhedskoordinatoren. Sundhedskoordinatoren har i månederne forud udtaget sager med borgere med erhvervet hjerneskade, som har været på rehabiliteringsmøde uden, at der er blevet redegjort for følger efter erhvervet hjerneskade.

Der er udvalgt en række temaer, som forudsættes at være meningsgivende for borgerens rehabilitering, som søges belyst ud fra sagsakterne:

- Baggrundsplysninger: alder, uddannelse, forsørgelsesstatus
- Varighed af forløb fra sygdomsdebut til juli 2016
- Diagnose

- 
- Funktionsniveau, gerne med baggrund i ICF-tankegang (International Classification and Functioning)
  - Genoptræningsindsats kognitivt og fysisk
  - Dagligdagsrettede indsatser
  - Arbejdsmarkedsrettede indsatser
  - Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering
  - Sociale indsatser
  - Støttende indsatser i forhold til borger og pårørende
  - Oplevelse af ændring i livssituation
  - Hvilke professionelle har været involveret i forløb og deres samarbejde
  - Dokumentation for oplysninger
  - Koordinering af indsatser

For at kunne danne overblik over oplysningerne i sagsakterne, er der dannet en række variabler, der er meningsgivende i forhold til ovenstående temaer. Oplysningerne i akterne er kodet i variabler.

De foreliggende akter gennemgås af projektleder og sundhedskordinator fra Arbejdsmedicinsk afdeling i Holbæk. Denne foretager en registrering og kodning af oplysningerne. Derefter belyses forekomst af de enkelte variabler. Der er efterfølgende foretaget meningsgivende analyser inden for de enkelte temaer for at belyse, hvorvidt der foregår en relevant hjerneskaderehabilitering, herunder arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i fase III, kommunalt regi, Jf. SST 2011a.

Delkonklusionerne fra de enkelte temaer vil blive medtaget i den samlede og afsluttende diskussion og konklusion, kapitel 7. Hvor der endvidere perspektiveres mhp. mulighederne for fremtidig relevant, arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering for borgere med erhvervet hjerneskade.

### **Kontakter**

Der er ultimo juli og primo september 2016 afholdt møder mellem leder af Helbredssporet, hjerneskadekoordinator og sundhedskordinator, hvor der er taget stilling til relevans af forløb via hjerneskadekoordinator, herunder hvilken forløbstype, der kunne være relevant. Samtidig er styrkelse af samarbejdet mellem den enkelte sagsbehandler og hjerneskadekoordinator drøftet.

Den 5. april 2017 er afholdt temamøde for professionelle/sagsbehandlere i Helbredssporet, kontanthjælpsafdeling og Træning. På mødet blev gennemgået hovedprincipperne i Forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2011a og Kliniske retningslinjer for terapeuter, SST 2014b, den rehabiliterende tankegang, herunder ICF tankegang. Endvidere drøftedes muligheder for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.



## **Tilladelse til anvendelse af data**

Oplysninger fra de 16 sagsforløb er indhentet i forbindelse med Sundhedskoordinatorens arbejde. Der er senere i 2019 indhentet fornyet samtykke fra borgerne, om at oplysningerne videregives i tabelform og som opgørelser. De enkelte borgere har modtaget et notat om de oplysninger, der specielt vedrører dem.

## **Undersøgelsesmateriale**

Materialet udgøres således af oplysninger i sagsakter fra

1. Igangværende sagsforløb med borgere med erhvervet hjerneskade fra sagsstammerne i sygedagpenge, ressourceforløb og kontant-hjælpsområderne pr. juli 2016, i alt 12 cases.
2. Forløb forelagt på rehabiliteringsmøderne i perioden april- primo juli 2016, hvor det bliver klart på rehabiliteringsmødet, at der er behov for en tværfaglig arbejdsrettet hjerneskaderehabiliterende indsats, i alt 4 cases.

Juli 2016 er der i alt 16 aktive sagsforløb, heraf er de 12 fremsendt til sundhedskoordinator fra sagsbehandler og de 4 udtaget af sundhedskoordinator på rehabiliteringsmøder. I alt 12 af de 16 forløb har været forelagt på rehabiliteringsmøder ved projektophør juli 2016.

## **Kapitel 4**

### **Formål**

Delformål 4a, undersøge, hvordan rehabiliteringsprocessen forløber for voksne med erhvervet hjerneskade i Fase III, kommunalt regi, herunder undersøge tilbud og muligheder.

Delformål 4b, at vurdere, hvorvidt der ydes en relevant arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i forhold til den enkelte borgers behov.

### **Metode**

Der er udvalgt 3 cases fra rehabiliteringsmøde i 2016-2017. Der indhentes via indledende interview i 2017 oplysninger om forløb og aktuel status for helbred, funktionsevne og deltagelse på arbejdsmarkedet. Samtidig registreres, hvilke tilbud borgeren har modtaget i Fase III i henholdsvis sundheds- og beskæftigelsesafdeling i kommunen.

I 2018 indhentes via opfølgende interview oplysninger om forløb, aktuel status for helbred, funktionsevne og deltagelse på arbejdsmarkedet. Samtidigt registreres, hvilke tilbud borgeren har modtaget fra kommunen i det forløbne år. Sammen med borgeren vurderes, hvilke tilbud vedkommende har behov for.

I samarbejde med borgeren foretages en vurdering af funktionsevne og behov. Hvis det skønnes relevant tages kontakt til beskæftigelsesafdeling/egen læge efter aftale med borger.

### **Tilladelse til anvendelse af data**

Den enkelte borger har såvel mundtligt som skriftligt givet samtykke til, at oplysningerne fra sagsakterne anvendes i projektet Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.

## **Kapitel 5**

### **Formål**

Delformål 5a, at undersøge, i hvilket omfang kommunerne har anvendt Sundhed.dk til at informere borgerne om relevante tilbud inden for hjerneskaderehabilitering.

Delformål 5b, at undersøge de enkeltes kommuners tilbud ved at rette henvendelse til hjerneskadekoordinatorfunktionen i hver kommune.

### **Metode**

Der foretages opslag på Sundhed.dk/kommunenavn/sundhedstilbud i juni 2016 og 2018. Listen af tilbud gennemgås og registreres.

Via Socialstyrelsens hjemmeside hentes listen over hjerneskadekoordinatorer i Region Sjællands 17 kommuner. Den 27. juni 2016 udsender projektleder, Arbejdsmedicinsk afdeling Holbæk, mail til samtlige hjerneskadekoordinatorer/funktioner i Region Sjælland med forespørgsel om tilbud vedrørende hjerneskaderehabilitering generelt og specielt arbejdsrelaterede tilbud. Indhold i vedhæftet brev fremgår af bilag 5.1. Der sikres via mailfunktion automatisk kvittering for modtagelse af mail. Der er senere taget kontakt til enkelte kommuner for at uddybe muligheder for hjerneskaderehabilitering. Desuden er der foretaget opslag via Google for at identificere tilbud, som er nævnt i den øvrige del af rapporten, men som ikke er meddelt via henvendelse til HSK-funktion (Hjerneskadekoordinationsfunktion). Der er rettet personlig henvendelse til Kalundborg og Holbæk kommuner, da de har samarbejde med Odsherred Kommune om hjerneskaderehabilitering.

## **Kapitel 6**

### **Formål**

- at undersøge SK's tanker om arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering generelt
- at undersøge om det er muligt at levere en relevant sundhedsfaglig rådgivning og bidrage til en relevant rehabiliteringsplan på baggrund af de foreliggende oplysninger
- at undersøge SK's tanker om Klinisk funktions rolle.

Der er især fokus på at belyse mulighederne for at vurdere borgerens diagnose, afklaring af funktionsniveau og arbejdsevne samt behov for yderligere udredning, behandling og træning samt dokumentation herfor.

## Metode

Interviewer har udvalgt 4 SK'er, som har mere end 1 års erfaring med deltagelse i møder i rehabiliteringsteam i forskellige kommuner. Fokusinterviewet er baseret på en semistruktureret interviewguide. Hovedtemaerne i interviewene er afklaring af: 1) diagnose, 2) funktionsevne, 3) indsatser mhp. tilbagevenden til arbejdsmarkedet, Hjerneskadekoordinationsfunktion samt 4) Klinisk funktions rolle. Interviewet har varet en time; efterfølgende har interviewer skrevet et referat, som er fremsendt til den interviewede, som har kommenteret referatet. Disse kommentarer er medtaget sammen med svar på uddybende spørgsmål fra interviewer. Efterfølgende er svarene beskrevet og analyseret inden for de enkelte temaer på tværs af interviewene. Dvs., der er anvendt en analysestrategi med meningskondensering, som fører til temaer, der kobles på tværs af de enkelte interviews. Der er for hvert tema en delkonklusion, som vil blive medtaget i den samlende og afsluttende diskussion og konklusion med det formål at kunne udpege anbefalinger til forbedringer inden for arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering.

## Kapitel 7

Rapporten, Arbejdsrettet hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi, undersøger en række temaer med relevans for hjerneskaderehabilitering. Formålet med rapporten er at undersøge, om borgere med erhvervet hjerneskade får afklaret deres kognitive funktion og tilbudt relevant arbejdsrettet genoptræning og rehabilitering. Der er anvendt forskellige metoder: Litteraturgennemgang, interview af fagpersoner, observationer af sagsakter og gentagne interviews af borgere i rehabiliteringsforløb. Der er særligt fokus på de kognitive funktionsbegrænsninger i den arbejdsrettede del af forløbet. Resultaterne for hver metode er belyst i kapitel 1-6 med tematiserede delkonklusioner, som sammenfattes i slutningen af hvert kapitel på tværs af temaer.

## Det overordnede formål med sammenfatningen

Formål med sammenfatningen er på tværs af kapitlerne er

- at skabe overblik over de væsentligste udfordringer i hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi, Fase III.
- at udarbejde en prioriteret liste over udfordringer med at gennemføre et helhedsorienteret og samordnet rehabiliteringsforløb af borgere med erhvervet hjerneskade i Fase III.
- at beskrive udfordringer med at opnå relevant kapacitet og de nødvendige fagspecifikke kompetencer i kommunal hjerneskaderehabilitering
- at uddybe de helt overordnede tværgående konklusioner
- at opstille relevante grundforudsætninger for vellykkede arbejdsrettede hjerneskaderehabiliteringsforløb
- at perspektivere mulige løsningsforslag til forbedring af forløb

---

## **Metode**

I sammenfatningen har jeg først for hvert kapitel opstillet en prioriteret liste over udfordringer i hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi.

Derefter har jeg grupperet udfordringerne i meningsgivende temaer på tværs af kapitlerne.

De helt overordnede tværgående konklusioner uddybes.

Derudover har jeg med udgangspunkt i rapportens resultater og den indsamlede litteratur opstillet en række grundforudsætninger for vellykkede arbejdsrettede hjerneskaderehabiliteringsforløb.

Derefter perspektiveres mulige løsningsforslag til forbedring af hjerneskaderehabiliteringsforløb i Fase III.

Der gøres overvejelser over hæmmere og fremmere for samarbejde og opnåelse af tilstrækkelige kompetencer i Fase III, nu og i fremtiden.

Læserne henvises til de relevante kapitler mhp. uddybning af analyser og resultater.

# Bilag 2.1 Organisationsdiagram kommune

## ORGANISATIONSDIAGRAM FOR ODSHERRED KOMMUNE



- Direktionen består af en kommunaldirektør og to direktører. Til kommunaldirektøren knytter sig tre stabsfunktioner.
- Centre/afdelinger/institutioner under Vækst
- Centre/afdelinger/institutioner under Velfærd
- Institutioner med driftsoverenskomst

**Kommunaldirektør**  
Claus Steen Madsen

**Økonomi**  
Kirsten Vibeke Jensen

**HR**  
Kirsten Markvardsen

**Sekretariat og Digitalisering**  
Thure Jørgensen

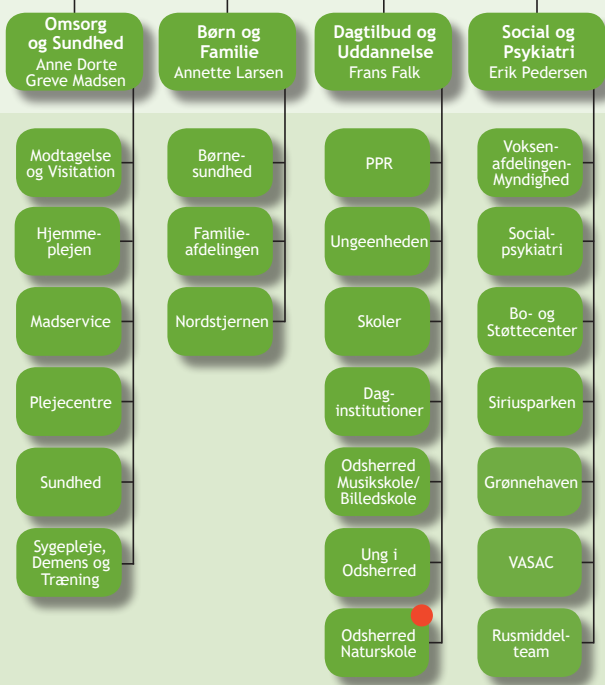
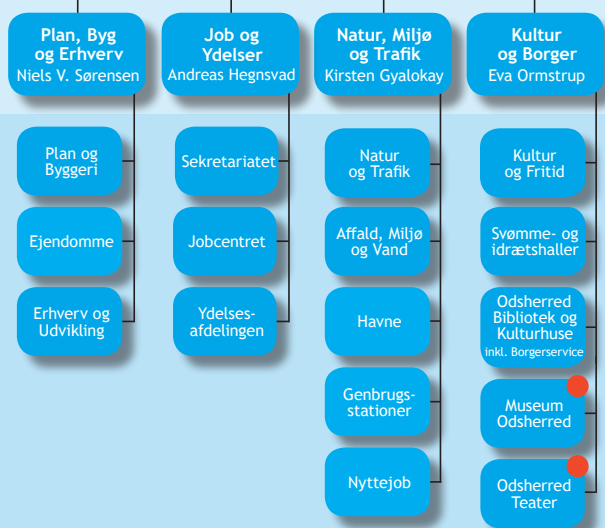
Digitalisering og IT

**VÆKST**  
Direktør Torben Greve

**VELFÆRD**  
Direktør Gitte Løvgren

DIREKTION/FÆLLES-CENTER

FAG-CENTER  
AFDELING / INSTITUTION/ENHED



Opdateret 01.08.17

## Bilag 2.2 Rehabiliteringsplan light



Navn

Adresse

Den 14. december 2020

Rehabiliteringsplan vedr. (borger) cpr.nr. xxxxxx-xxxx

### **Resumé:**

(kort beskrivelse af: navn, cpr.nr., sygdomshistorie/hændelse, mv.)

### **Før aktuelle sygdom:**

(beskrivelse af hjælp/støtteforhold el. selvstændig, sociale forhold, boligforhold, uddannelse/arbejde/ arbejdsmarked/forsørgelsesgrundlag, interesser, dagligdag el. andet relevant)

### **Kroppens funktioner- og anatomi aktuelt:**

Fysioterapeutisk:

(fysisk/sensormotorisk, kognitivt)

Ergoterapeutisk:

(fysisk/sensormotorisk, kognitivt)

Talepædagog:

(hvis relevant)

Demenskoordinator:

(hvis relevant)

Neuropsykolog:

(hvis relevant)

Hjemmesygepleje:

(hvis relevant)

Hjemmepleje/plejepersonale:

(hvis relevant)

**Aktivitet- og deltagelse aktuelt:**

(Hvordan foregår aktiviteten/deltagelsen? Hjælp og støttebehov beskrives)

Personlig hygiejne

Spise og drikke

Madlavning

Tøjvask

Indkøb

Lejringer

Forflytninger

Hjælpe midler

Omgivelser

Socialt

Fritidsinteresser

Transport

**Kommunikation**

(tale/forstå, læse, skrive, regne)

Telefon/It

Arbejde

**Målsætninger**

(beskrivelse af mål der har været arbejdet med, grad af målopnåelse samt eventuelle fremtidige målsætninger).

**Videre forløb / Fremtid**

(Støttebehov beskrives.

Derudover hvad der skal foregå fremadrettet, f.eks. arbejdsprøvning, videre træning i andre regier, hverdagsaktiviteter (daghjem el.lign.) osv.)

Venlig hilsen

Kontaktpersoner i Odsherred Kommune – Tværfaglig rehabilitering

Afdeling	Kontaktoplysninger (Navn. Tlf.nr. E-mail.)
Visitor (personlig og praktisk bistand).	
Hjemmeplejen	
Hjælpemiddel-terapeut	
Afdeling for Rehabilitering, Træningsteamet	Fysioterapeut:
	Ergoterapeut:
Talepædagog, CSU – Center for Special Undervisning	
Hjemmesygeplejerske	
Hjemmevejleder	
Jobcenter, Sagsbehandler	
Voksenafdelingen, Sagsbehandler	
Aktivt liv-terapeut	
Egen læge	
Hjerneskadekoordinator	



## Bilag 5.1 Brev til sundhedskoordinationsfunktioner

Den 27.6.2016

Fællesmail til Hjerneskadekoordinatorerne i Region Sjælland

### **Kære Hjerneskadekoordinator**

Arbejdsmedicinsk afdeling på Holbæk sygehus er i gang med et projekt, hvor vi arbejder på at forbedre sundhedskoordinatorernes indsigt og indsats i forbindelse med rehabiliteringsmøder for borgere, der er udfordret af neurologiske lidelser. I den forbindelse er jeg i gang med at kortlægge de igangværende, almene og arbejdsmarkedsrelaterede tilbud i Regionens 17 kommuner.

Det er i første omgang borgere med erhvervede hjernesker pga. traumer, blodpropper eller blødninger, samt borgere, der har, eller er mistænkt for at have kognitiv dysfunktion efter f.eks. større operationer eller hjertelidelser, der inkluderes i kortlægningen.

Via sundhed.dk er muligt at gå ind og se hvilke tilbud, der er i de enkelte kommuner. Listen finder du ved at anvende dette link og så trykke på din kommune: <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-sjaelland/>

Men det er min erfaring, at disse ikke dækker de reelle tilbud. Derfor henvender jeg mig til dig mhp., om du kan supplere listen i sundhed.dk med de tilbud, som du kender til.

Er der indsatser målrettet neurorehabilitering, som ikke er nævnt på listen?

Hvis ja, beskriv hvilke og hvornår de sættes i værk

Er der særlige indsatser, der er målrettet den arbejdsrelaterede neurorehabilitering i din kommune?

Hvis ja, beskriv hvilke og hvornår de sættes i værk

Du bedes sende listen over tilbud med dine kommentarer til Jeevn@regionsjaelland.dk.

Med venlig hilsen

*Jette Nielsen,*

**speciallæge i arbejdsmedicin, ph.d.**

**Overlæge arbejdsmedicinsk afdeling Holbæk sygehus.**

**Smedelundsvej 60, 4300 Holbæk**

**Tlf. 59489851**

# Forkortelser

---

ADL= Almen Daglig Livsførelse  
AMPS=Assessment of Motor and Process Skills  
ARC=Arbejdsrehabiliteringscenter på Lolland  
BEK =bekendtgørelse  
BOMI=Center for rehabilitering og hjerneskade  
BPS=biopsykosociale model  
CNN Næstved Sygehus=Center for Neurorehabilitering Næstved  
CSU= Center for SpecialUndervisning  
CT-scanning= scanning vha. computer tomografi, røntgenundersøgelse  
EVT=udtrækning af blodprop  
FOTT=træning af synkefunktion  
GOP=genoptræningsplan  
HSK=hjerneskadekoordinator  
HSK-funktion=Hjerneskadekoordinationsfunktion  
IADL=Instrumentelle hverdagsaktiviteter  
ICD=International Classification of Diseases  
ICF=International Classification and Functioning, Disability and Health  
JAF=Jobafklaringsforløb  
KS=Koordinerende sagsbehandler  
LAB=Lov om aktiv beskæftigelse  
MAS-test=Motor Assessment of Skills-test  
MoCa=Montreal Cognitive Assessment  
MR-scanning= scanning ved hjælp af magnetisk resonans  
MTV=Medicinsk Teknologisk Vurdering  
NFA=NeuroFaglig Arbejdsrehabilitering  
PADL= Personlig Almen Daglig Livsførelse  
PTU=Patient- og pårørendekurser for voksne med erhvervet hjerneskade  
RF=Ressourceforløb  
SDB= Sygedagpengesagsbehandler  
SDP-sager= Sygedagpengesager  
SK= Sundhedskoordinator  
SST= Sundhedsstyrelsen  
TCI= Transitorisk Cerebral Iskæmi  
VASAC=Socialt arbejdsmarkedscenter  
VEJ=Vejledning  
VISO= VISO=Den nationale videns- og specialrådgivningsinstitution  
VISP= Videnscenter for specialpædagogik Næstved  
VUM= VoksenUndersøgelsesMetoden

# Ordforklaringsliste

*Aktivitetsparate*: De aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere er karakteriseret ved ikke umiddelbart at kunne påtage sig et ordinært arbejde, f.eks. fordi de har sammensatte og/eller komplekse problemer af faglig, social eller helbredsmæssig karakter.

*AMPS*=Assessment of Motor and Process Skills, ergoterapeutisk test for evner til at gennemføre enkle processer

*Apopleksi*, blodprop i hjerne og hjerneblødning

*Avanceret niveau for genoptræning*, kommunal genoptræning af voksne med hjerneskader opdeles på 3 niveauer, basalt, avanceret og specialiseret. Kommunen vurderer selv om det skal være basal eller avanceret. Mens sygehuset i GOP visiterer til specialiseret genoptræning, kommunen skal følge indstillingen. Til hvert niveau er knyttet krav om særlige kompetencer se SST 2011a og kapitel 1

*Basalt niveau genoptræning*, se avanceret niveau genoptræning, SST 2011a og kapitel 1

*BPS*=biopsykosociale model bio-psyko-social sygdomsmodel, social-medicinsk sygdomsmodel, der inddrager både biologiske, psykiske og sociale årsager til og følger af sygdom.

*Capsula interna*, struktur i hjernen

*Cerebellum*, lillehjernen

*Cirkeltræning*, fysisk træningsform

*Citrix vitae* = IT-plattform i 'Sundhed og Omsorg'

*Commotio*, hjernerystelse

*co-morbiditet*, flere sygdomme samtidigt

*Cerebral parese*, fysiske følger efter hjerneskade under graviditet eller under fødslen

*Dysfagi*, nedsat synkefunktion

*Dysfunktion*, nedsat funktion

*Encephalopati* er en diffus hjerneskade pga. iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning

*Eenergiforvaltning*, evne til at forvalte sin energi

*Epikrise*, lægebrev

*Erfamøder*, erfaringsudvekslingsmøder

*Ergoterapeut*, se på

<https://www.etf.dk/ergoterapi-og-politik/specialistgodkendelse>

*Erhvervet hjerneskade*, se SST 2011a og kapitel 1

*Evidensbaseret*, baseret på viden

*Executiv funktion*, problemer med denne hjernefunktion medfører vanskeligheder med at planlægge og tage initiativ samt problemer med dømmekraft og selvkontrol.

*FACIT* = IT-plattform i Jobcentret

*Familieafdeling*, se organisationsdiagram for kommunen i bilag 2.1

*Fase I, II, III og IV*, se figur 1.2 og kapitel 1

---

*Fastholdelseskonsulent*, se kapitel 2

*Fleksjob*, se kapitel 2

*Fokusgrupper*, grupper, der får særlig opmærksomhed

*Fokusinterview af fagpersoner*, interviewform, hvor man har udvalgt at fokusere på bestemte områder

*Fremskudt visitation*, kommunens visitator deltager ved udskrivning mhp. at sikre aftalerne.

*Funktionsdeficit*, begrænsning i funktionsevne

*Funktionsevnevurdering*, vurdering af funktionsevnen

*Funktionel elektrisk stimulation*, ved funktionel elektrisk stimulation (FES) aktivere muskler kunstigt, ved hjælp af elektricitet, således at der opnås en funktionel bevægelse. Det kan bruges til rehabilitering af personer med helt eller delvist lammede muskler som følge af en skade på centralnervesystemet.

*Funktionsbegrænsninger*, begrænsning i funktionsevne

*Fysioterapeut*, se kapitel 1

*Førtidspension*, se kapitel 2

*Genoptræningsindsats*, f.eks. træning for at genvinde balancen eller at få bedre overblik

*Geriatrisk afdeling*, undersøger og behandler sygdomme hos ældre mennesker.

*GOP* = genoptræningsplan, plan for kommunal genoptræning, som udarbejdes ved udskrivning fra sygehus

*Helbredssporet*, afdeling i Jobcentre, der har ansvar for sygedagpenge, JAF og ressourceforløb samt fleksjob, se bilag 2.1 og kapitel 2

*Helhedsorienteret*, udtrykker at man inddrager de nødvendige og relevante oplysninger i sin vurdering, jf. biopsykosociale model.

*Hemiplegi*, halvsidig lammelse efter hjerneskade

*Hjemmeplejen*, se organisationsdiagram i bilag 2.1 og kapitel 2

*Hjemmesygeplejen*, bilag 2.1 og kapitel 2

*Hjerneinfarkt*, blodprop i hjernen

*Hjernesagen*: Mening og mestring. Projekt i Hjernesagen, som er en privat, landsdækkende forening for hjerneskadede og pårørende.

*Hjerneskaderehabilitering*, se kapitel 1

*Hjælpemiddelafdeling*, se organisationsdiagram bilag 2.1

*Homonym hemianopsi*, angiver en synsdefekt, som er begrænset til det samme (højre eller venstre) halve synsfelt på begge øjne, i modsætning til en heteronym

*HSK* = hjerneskadekoordinator, fagperson der koordinerer tværfaglige forløb, se kapitel.2

*HSK-funktion* = Hjerneskadekoordinationsfunktion, i flere kommuner varetages funktionen af flere fagpersoner.

*Hypoglykæmisk tilstand*, nedsat sukkermængde i blodet.

*IADL* = Instrumentelle hverdagsaktiviteter, f.eks. indkøb

*ICD* = International Classification of Diseases, se kapitel 1

*ICF* = International Classification and Functioning, Disability and Health, se kapitel 1

*Identitetsrekonstruktion*, konstruktion af identitet

*Intervention*, indgriben i en situation for at forhindre et bestemt udfald eller for at ændre en udvikling, f.eks. neuropsykologisk undersøgelse med rådgivning.

*Jobcentret*, se bilag 2.1

*Jobkonsulent*, se kapitel 2

*Job og Ydelser*, se bilag 2.1

*Klinisk funktion*, socialmedicinsk afdeling i regionen.

*KMD sag*, journalsystem der anvendes i Jobcentre

*Kognitiv deficit*, ned sat kognitiv funktion f.eks. manglende opmærksomhed, nedsat hukommelse.

*Kognitiv dysfunktion*, se kognitivt deficit.

*Kognitive funktionsniveau*, niveau for de forskellige kognitive funktioner, f.eks. hukommelse, opmærksomhed, evne til at sætte handlinger i gang og bevarer overblikket.

*Kontraktur*, sammentrækning af muskel så leddets bevægelighed indskrænkes.

*Koordinerende indsats*, indsats der er sammenhængende, organiseret og koordineret

*KS* = Koordinerende sagsbehandler, se kapitel 2

'*Livet med Hjerneskade*', kursus for hjerneskade og deres prørende.

*Logopædisk vurdering*, vurdering af voksne med sprog-/tale- eller kommunikationsproblemer efter erhvervet hjerneskade.

*Lov om FØP/Fleks* = Lov om førtidspension og fleksjob

Lov om aktiv social politik

*LÆ265*, lægeerklæring, der skal foreligge ved mødet i rehabiliteringsteamet

*LÆ285*, lægeerklæring til opfølgning af sygedagpenge

*MAS-test* = Motor Assessment of Skills-test, fysioterapeut anvender test ved vurdering af motoriske funktioner.

*Mediconnect*, IT-plattform for bl.a. rehabiliteringsteamet

*Meningskondensering*, ved meningskondensering sammenfattes essensen af betydningerne i de interviewedes udtalelser

*Mentor*, en mentor har til opgave at støtte eller fastholde en person i et arbejde, et beskæftigelsesrettet tilbud mv. En mentors funktioner kan være meget forskelligartede og vurderes ud fra, hvad det præcis er, den enkelte har særlig brug for støtte til, se kapitel 2

*Mestringskursus*, som regel kurser for borgere med kroniske lidelser. Kursusmål er ofte at lære at leve med den pågældende lidelse.

*MoCa* = Montreal Cognitive Assessment, som er anvendelig til screening for at adskille de svære fra de lette tilfælde. Denne korte test undersøger ikke specifikke, kognitive vanskeligheder og kan ikke afdække lettere kognitive problemer. Det er langt mere hensigtsmæssigt at indhente en neuropsykologisk undersøgelse, som detaljeret beskriver problemer og styrker i de kognitive funktioner. Det er dog en form for laboratorietest under beskyttede forhold. Derfor er det vigtigt, at testen ikke står alene, men at neuropsykologen pba den og sin samtale med borgeren er i stand til at anbefale, hvilke neurofaglige indsatser, der er behov for.

*Monitorering*, overvågning, måling

*Neuropsykolog*, specialist i neuropsykologi er en beskyttet titel, se <https://neuropsykologi.dk/for-neuropsykologer/specialistuddannelsen/>

*Neuropædagog*, [https://viden.sl.dk/media/7562/haandbog\\_i\\_neuropaedagogik.pdf](https://viden.sl.dk/media/7562/haandbog_i_neuropaedagogik.pdf)

*Neuropædagogisk støtte*, se neuropædagog

*Neurorehabiliteringscenter*, center med speciale i genoptræning og rehabilitering efter erhvervet hjerneskade

*Neuroteam*, gruppe af fagpersoner med særlige kompetencer inden for afklaring, genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade.

*Omsorg og Sundhed*, se bilag 2.1

*PADL* = Personlig almindelig Daglig Livsførelse, test anvendes af ergoterapeut.

*Parese*, lammelse

*Personlig assistent*, Jobcenteret kan yde personlig assistance til ledige, lønmodtagere og selvstændige erhvervsdrivende, der på grund af en varig og betydelig fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse har behov for særlig personlig bistand for at kunne varetage deres job.

*Psykomotorik*, sammenfattende betegnelse for psykiske processer og bevægelser, der især benyttes ved beskrivelse af tempo ved psykiske lidelser. Ved udtalt depression fremtræder patienten psykomotorisk hæmmet, dvs. med langsom tankegang og stivnede bevægelser. Der er tilsvarende øget psykomotorisk tempo ved mani. Patienten er foretagssom i stadig interaktion med sine omgivelser. Ved skizofreni kan der ses abnorme motoriske fænomener, idet patienten indtager den samme stilling i timevis eller foretager formålsløse rytmiske bevægelser (katalepsi).

*En psykomotorisk terapeut*, tidligere betegnet afspændingspædagog, arbejder med sammenhængen mellem krop og psyke.

Psykosociale følger vedrører såvel psykiske som sociale forhold

*PTU*, patient- og pårørendekurser for voksne med erhvervet hjerneskade, se kap.5, s.1.

*Quick Care*, anden aktør som anvendes af Jobcenter

*Rehabilitering*, se kapitel 1

*Rehabiliteringsmøde*, se kapitel 1

*Rehabiliteringsteams*, se kapitel 1

*Registerstudie*, en undersøgelse, der baserer sig på forskellige registre.

*Ressourceforløb*, se kapitel 1

*Review*, udvælgelse og bearbejdning af en række studier for at give overblik over et tema, f.eks. hjerneskade.

*Sagsbehandler*, fagperson f.eks. socialrådgiver

*Samfundsmedicinsk speciale*, læger uddannet som samfundsmedicinere arbejder på f.eks. socialmedicinske afdelinger, i administrative stillinger, misbrugscentre etc. (kap.1, s.3)

*Screening*, overvågning

*SDB* = Sygedagpengesagsbehandler

*Sejrsbo*, se bilag 2.1 og kapitel 2

*Semistruktureret fokusinterview*, et interview hvor intervieweren benytter sig af en **interviewguide**. Intervieweren har således en række af spørgsmål, der ønskes besvaret under interviewet. Spørgsmålenes rækkefølge kan variere, og der er mulighed for at stille uddybende spørgsmål. Metoden giver intervieweren en mulighed for at styre interviewet, samtidig med at respondenterne frit kan besvare spørgsmålene. Det semistrukturerede interview kan med fordel bruges, hvis du kun har mulighed for at interviewe deltagerne én gang, og derfor vil sikre dig at alle centrale emner berøres.

*Semistruktureret interviewguide*, se semistruktureret fokusinterview

*Sequelae*; følger efter hjerneskade, f.eks lammelser eller begrænsninger i kognitive funktion.

*Serviceloven*, se retsinformation.dk

'sit up', trænings øvelse til styrkelse af mavemusklerne hvor udøveren ligger på ryggen med benene let bøjet og derefter løfter overkroppen, evt. kun hoved og skuldre, op fra underlaget, ofte med hænderne bag nakken.

*SK* = Sundhedskoordinator, læge ansat på Klinisk funktion i regionen

*Social og Psykiatri*, se bilag 2.1 og kapitel 2

*Specialiseret niveau genoptræning*, se avanceret niveau genoptræning.

*Subaracnodialblødning*, hjernehinde-blødning

*Sygedagpengeloven*, se kapitel 2 og retsinformation.dk

*TCI* = Transitorisk Cerebral Iskæmi, forbigående blodprop i hjernen

*Telemedicin*, f.eks. videokonferencer

*Terapeuter* (kap.1, s.1)

*Thrombolys*e, opløsning af blodprop, f.eks. med medicin

*Tonusforstyrrelser*, tonus er populært spænding i musklen, ved hjerneskade ses ofte øget spænding i musklerne, f.eks. spasticitet

*Tovholderfunktion*, en funktion der sikrer organisering, koordinering og samordning af de forskellige indsatser i et forløb.

Transitioner overgange fra en tilstand eller fase til en anden.

*Transdisciplinær* (kap.1, s.9) hvor samarbejdet foregår eller er sammensat på tværs af faggrænser. En transdisciplinær tilgang er ikke alternativ til en medicinsk, kognitiv eller psykodynamisk tilgang, den er meta-, den er ”større”.

*Traumatisk hjerneskade*, hjerneskade ved ulykke

*Træning*, se bilag 2.1 og kapitel.2

*Tværasektorielt*, på tvær af sektorer f.eks. sundhedssektoren og kommunale sektor.

*VASAC*, se bilag 2.1 og kapitel 2

*Velfærd*, Center for Social og Psykiatri, se bilag 2 og kapitel 2

*Virksomhedsmentor*, se kapitel 2

*Virksomhedspraktik*, praktisk i virksomhed, hvor borgere kan afprøve sine færdigheder og grænser.

*Visuokonstruktion*, evnen vedrørende syn og konstruktion, test af denne er en del af en neurologisk undersøgelse.

*Virtual reality-træning* træning i simuleringsmiljø

*Visitation*, indstilling eller henvisning til behandling, genoptræning eller social serviceydelse, foretaget på grundlag af en faglig vurdering.

*Visitation og Modtagelse*, se bilag 2.1 og kapitel 2

*Visitationsretningslinje*, se visitation og <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/~media/23B4A64E97C7478383827909E44D417C.ashx>

*Visitatorfunktion*, funktion i Omsorg og Sundhed, hvor man vurderer behov og visiterer til de forskellige ydelser, f.eks. genoptræning, hjemmehjælp.

*VISO*, Den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet. VISOs rådgivning bidrager til, at den specialiserede viden kommer til gavn dér, hvor behovet er. VISP er et kommunikationscenter, der tilbyder undervisning, rådgivning og vejledning til personer med

- Vanskeligheder inden for sprog, tale, og stemme
- Kognitive vanskeligheder
- Følgevirkninger efter en erhvervet hjerneskade
- Vanskeligheder i forhold til hørelse
- Svære læse-/skrive-/regnevanskeligheder
- Ordblindhed
- Behov for IT-baserede kommunikationshjælpemidler mv.

*VISP* = Videnscenter for SpecialPædagogik Næstved, der som udgangspunkt servicerer borgere i Næstved, Faxe, Vordingborg og Guldborgsund Kommuner. Tilbuddene vil derfor være uden direkte omkostninger for borgere fra disse kommuner.

*Voksenafdelingen-Myndighed*, se bilag 2.1 og kapitel 2



---

*VUM* = VoksenUndersøgelsesMetoden. *VUM* er et sagsbehandlingsredskab, der både har fokus på at understøtte en systematisk udredning af borgerens behov og på at tilrettelægge en lovmedholdelig og effektiv sagsbehandlingsproces. Metoden dækker både handicap- og udsatte på voksenområdet.



**Holbæk Sygehus**

Smedelundsgade 60

4300 Holbæk

Tlf.: 59489850

Fax: 59489899

Mail: [hol-arbmed@regionsjaelland.dk](mailto:hol-arbmed@regionsjaelland.dk)