Forløbsbeskrivelse:

REHABILITERING AF VOKSNE MED KOMPLEKS ERHVERVET HJERNESKADE – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde
Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade

Forløbsbeskrivelse:

REHABILITERING AF VOKSNE MED KOMPLEKS ERHVERVET HJERNESKADE
INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Anbefalinger ........................................................................................................... 5
   1.1 Forudsætninger for højt specialiserede indsatser ........................................... 6
   1.2 Fokus på borgerens mentale funktioner ....................................................... 6
   1.3 Fokus på borgerens identitets- og følelsesmæssige udfordringer ............... 6
   1.4 Fokus på kommunikation .............................................................................. 6
   1.5 Organisering og samarbejde ....................................................................... 6
   1.6 Rettidig indsats ......................................................................................... 7

2. Indledning ............................................................................................................... 8

3. Rammen for forløbsbeskrivelsen .................................................................... 11
   3.1 Målgruppen .................................................................................................. 12
   3.2 Elementer, der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud ....... 13
   3.3 Organisering ............................................................................................. 15

4. Målgruppe .......................................................................................................... 17
   4.1 Målgruppens funktionsnedsættelser ............................................................. 18
      4.1.1 Helbredstilstand ................................................................................ 20
      4.1.2 Kroppens funktioner ...................................................................... 20
      4.1.3 Aktivitet og deltagelse .................................................................... 21
      4.1.4 Omgivelsesfaktorer ....................................................................... 21
      4.1.5 Personlige faktorer ....................................................................... 22

5. Faglige indsatser ............................................................................................... 23
   5.1 Forudsætninger for højt specialiserede indsatser ........................................ 24
      5.1.1 Borgerinddragelse ......................................................................... 24
      5.1.2 Fagprofessionelle på højt specialiserede tilbud .................................. 24
      5.1.3 Neuropædagogik ........................................................................... 24
      5.1.4 Neuropsykologi ............................................................................. 24
   5.2 Indsatser på det højt specialiserede område ............................................... 25
   5.3 Indsatser, der fremmer kroppens funktioner ............................................ 25
      5.3.1 Mentale funktioner ....................................................................... 26
   5.4 Indsatser der fremmer aktivitet og deltagelse .......................................... 30
      5.4.1 Kommunikation ............................................................................ 30
   5.5 Indsatser rettet mod omgivelsesfaktorer .................................................... 30
      5.5.1 Produkter og teknologi (hjælpmidler) .............................................. 30
      5.5.2 Familie, slægtninge og venner ...................................................... 31
   5.6 Indsatser rettet mod personlige faktorer ...................................................... 32
      5.6.1 Identitet og følelsesmæssige udfordringer ....................................... 32
# INDHOLDSFORTEGNELSE

5.7 Snitflader til beskæftigelses-, uddannelses- og sundhedsområdet ........................................ 34
   5.7.1 Beskæftigelse ............................................................................................................. 34
   5.7.2 Uddannelse ................................................................................................................. 34
   5.7.3 Sundhed ....................................................................................................................... 35

6. Organisering og samarbejde ................................................................. 36
   6.1 Organisering .................................................................................................................. 38
      6.1.1 Overgang fra sygehus til kommune (fase 2-3) ...................................................... 38
      6.1.2 Rehabiliteringsindsats efter sygehus ................................................................. 38
   6.2 Aktører og fagpersoner .............................................................................................. 39
      6.2.1 Den kommunale myndighed .................................................................................. 39
      6.2.2 Højt specialiserede rehabiliteringstilbud ............................................................. 39
      6.2.3 Specialundervisningstilbud til voksne ............................................................... 39
      6.2.4 VISO ....................................................................................................................... 40
      6.2.5 Almen praksis ........................................................................................................ 40
      6.2.6 Bruger- og pårørendeorganisationer ................................................................. 40
   6.3 Samarbejde og koordinering ...................................................................................... 40
      6.3.1 Koordinering mellem kommune og region ........................................................ 40
      6.3.2 Koordinering internt i kommunen ..................................................................... 41

7. Effekt ......................................................................................................................... 43
   7.1 Omkostningseffektivitet ......................................................................................... 44

8. Anvendelse af og opfølgning på forløbsbeskrivelsen ........................................ 45
   8.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen .................................................................. 46
   8.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse ...................................................... 46

9. Bilag .......................................................................................................................... 47
   Bilag 1: Om forløbsbeskrivelsen .................................................................................... 48
   Bilag 2: Lovgrundlaget for forløbsbeskrivelsen ............................................................ 50
   Bilag 3: Begrebsdefinitioner .......................................................................................... 52
   Bilag 4: Baggrund for udvælgelse af metoder .............................................................. 54

10. Referencer ................................................................................................................. 58
1. ANBEFALINGER
1. ANBEFALINGER

Med denne forløbsbeskrivelse præsenterer Socialstyrelsen faglige anbefalinger i forhold til de højt specialiserede indsatser på social- og specialundervisningsområdet for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Forløbsbeskrivelsen giver eksempler på, hvilke højt specialiserede indsatser målgruppen kan have behov for, og har anbefalinger til organisering, der understøtter et sammenhængende forløb.

Forløbsbeskrivelsens centrale anbefalinger er opsummeret nedenfor. De efterfølgende kapitler uddyber og supplerer anbefalingerne.

For at tilbud og indsatser på social- og specialundervisningsområdet kan betragtes som højt specialiserede, skal de leve op til elementerne, der karakteriserer højt specialiserede tilbud og indsatser. Dette udfoldes i afsnit 3.2.

1.1 Forudsætninger for højt specialiserede indsatser

Socialstyrelsen anbefaler, at neuropædagogik og neuropsychologi udgør en fælles forståelsesramme for de fagpersoner, som arbejder med voksne med kompleks erhvervet hjerneskade på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Socialstyrelsen anbefaler, at autoriserede sundhedspersonaer og andre fagpersoner tænker i indsatser og metoder, hvor borgere med kognitive og/eller kommunikative vanskeligheder aktivt kan bidrage med personlige mål for rehabiliteringsforløbet.

1.2 Fokus på borgerens mentale funktioner

Socialstyrelsen anbefaler, at der er opmærksomhed på, at både kompensatoriske og genoptænnende neuropsychologiske tilgange kan indgå i borgerens rehabiliteringsforløb, når hjerneskaden resulterer i komplekse kommunikationsbehov, som ikke kan bedres med genoptænnende tilgange. Fagpersoner, som arbejder med målgruppen, bør desuden opbygge viden og kunne i forhold til at indgå i samspil og kommunikation med borgere med kommunikationsvanskeligheder.

1.3 Fokus på borgerens identitets- og følelsesmæssige udfordringer

Socialstyrelsen anbefaler, at borgeren og dennes pårørende inddrages gennem hele forløbet.

Socialstyrelsen anbefaler, at fagpersoner med særlig viden om alternativ og supplerende kommunikation inddrages i borgerens rehabiliteringsforløb, når hjerneskaden resulterer i komplekse kommunikationsbehov, som ikke kan bedres med genoptænnende tilgange. Fagpersoner, som arbejder med målgruppen, bør desuden opbygge viden og kunne i forhold til at indgå i samspil og kommunikation med borgere med kommunikationsvanskeligheder.

1.4 Fokus på kommunikation

Socialstyrelsen anbefaler, at borgeren og dennes pårørende inddrages gennem hele forløbet.

Socialstyrelsen anbefaler, at den højt specialiserede indsats er tilrettelagt som en multidisciplinær indsats, hvor de nødvendige kompetencer, herunder neurofaglige kompetencer, inddrages på rette tidspunkt i forløbet. Disse kompetencer skal også indgå som en integreret del af rehabilitering på specialiseret niveau. Intensitet og rettidighed i forhold til den enkelte borgers behov er afgørende.
1. ANBEFALINGER

Socialstyrelsen anbefaler, at den højt specialiserede- 
de indsats organiseres som et helhedsorienteret 
forløb koordineret med indsatser på sundheds- og 
beskæftigelsesområdet med henblik på at under- 
støtte tilbagevenden til uddannelse eller beskæf- 
tigelse og til et så vidt muligt aktivt hverdagsliv. 
Kommunen har det overordnede ansvar for den 
tværsektorielle koordinering.

Socialstyrelsen anbefaler, at den enkelte kommune 
har en kommunal hjerneskadekoordineringsfunk- 
tion for at sikre rettidige indsatser og effektiv ko- 
ordinering af det samlede rehabiliteringsforløb for 
boger i kommunen – med interne kommunale 
aktører såvel som eksterne private, regionale eller 
statslige aktører.

Socialstyrelsen anbefaler, at indsatserne vidensba- 
seres. Det vil sige, at de højt specialiserede tilbud 
og vidensmiljøer foretager systematisk dokumen- 
tation af indsatsernes effekt med henblik på ud- 
vikling af den faglige kvalitet, praksis og metode i 
forhold til forløbsbeskrivelsens målgruppe.

1.6 Rettidig indsats

Socialstyrelsen anbefaler, at borgerens rehabilite- 
ringsforløb i overgangen fra sygehus til kommune 
organiseres og tilrettelægges, så indsatser igang- 
sættes så tidligt som muligt i den rigtige rækkeføl- 
ge på baggrund af tværlaglig udredning.
2. INDLEDNING
2. INDLEDNING

Denne forløbsbeskrivelse er en overordnet beskri- 
velse af et samlet og koordineret forløb for voksne 
med kompleks erhvervet hjerneskade på det mest 
specialiserede social- og specialundervisnings-
område. Forløbsbeskrivelsen indeholder udvalgt 
viden om virksomme og lovende indsatser, der er 
centrale for målgruppen, og om organisering af 
borgerens forløb. Der tages udgangspunkt i højt 
specialiserede indsatser og tilbud, der har hjemmel 
i Service Lov og Lov om specialundervisning for 
voksne. Disse indsatser vil ofte ske i tæt koordi-
nation med andre indsatser, der ydes i henhold til 
andres lovgivninger, som fx Sundhedsloven og Lov 
om en aktiv beskæftigelsesindsats.

Borgere med kompleks erhvervet hjerneskade har 
typisk komplicerede problemstillinger, der betyder, 
at de har behov for en højt specialiseret indsats, 
der imødekommer en flerhed af problematikker. 
Det stiller samtidig særlige krav til tilrettelæggelse 
og sammenhæng i indsatsen med henblik på at 
fredre borgerens deltagelse, funktionsevne og 
livskvalitet.

Forløbsbeskrivelsen har til formål at understøtte 
og styrke den faglige kvalitet i indsatsen og bi-
drage til den fremadrettede udvikling af det mest 
specialiserede social – og specialundervisningsom-
råde i forhold til voksne med kompleks erhvervet 
hjerneskade.

På hjerneskadeområdet er der de senere år udgivet 
en række publikationer, herunder Socialstyrelsens 
centrale udmelding for voksne med kompleks er-
hvervet hjerneskade (2014), Sundhedsstyrelsens 
genoptræning og rehabilitering til voksne med er-
hvervet hjerneskade - en faglig visitationsretnings-
linje (2014) og Sundhedsstyrelsens forløbsprogram 
for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerne-
skade (2013). Samtidig er der iværksat forskellige 
initiativer for at styrke indsatsen for borgere med 
erhvervet hjerneskade. I den forbindelse har flere 
kommuner udarbejdet lokale forløbsbeskrivelser.

Socialstyrelsen har, i tæt samarbejde med Sund-
hedsstyrelsen, udarbejdet figur 1, der viser sam-
menhængen mellem denne forløbsbeskrivelse og 
Sundhedsstyrelsens publikationer på hjerneskade-
området – ’Forløbsprogram for rehabilitering 
af voksne med erhvervet hjerneskade’ og ’Genop-
træning og rehabilitering til voksne med erhvervet 
hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje’.
2. INDLEDNING

Figur 1. Sammenhæng mellem publikationer på hjerneskadeområdet

Sygehus
- Akut behandling
- Rehabilitering under indlæggelse

§ Primært Sundhedsloven

Kommune
- Rehabilitering efter udskrivelse
- Vedligeholdende fase

§ Primært Lov om social service og Lov om specialundervisning for voksne

Forløbsprogram
- Højt specialiserede funktioner
- Regionsfunktioner
- Hovedfunktioner

Visitationsretningslinjer
- Genoptørring på specialiseret niveau
- Genoptørring på avanceret niveau
- Genoptørring på basalt niveau

Forløbsbeskrivelse
- Rehabilitering på specialiseret niveau

Højt specialiseret tilbud/insatser på social- og specialundervisningsområdet

Relevante samarbejdspartnere har indgået i og bidraget til arbejdet med at udfærdige forløbsbeskrivelsen, herunder Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling, Beskæftigelses ministeriet, KL, Danske Regioner, faglige ekspertiser, en række kommuner samt bruger- og pårørendeorganisationer. Socialstyrelsen har haft en tæt bilateral koordination med Sundhedsstyrelsen og henblik på at sikre sammenhæng mellem publikationer på hjerneskadeområdet.

For uddybende information om forløbsbeskrivelsens udarbejdelse henvises til bilag 1.

3. RAMMEN FOR FORLØBSBESKRIVELSEN
3. RAMMEN FOR FORLØBSBESKRIVELSEN

Rammen for forløbsbeskrivelsen er beskrevet i dette kapitel – hvor målgruppen (afsnit 3.1), elementer, der karakteriserer højt specialiserede indsatser (afsnit 3.2), og organisering (afsnit 3.3) kort er beskrevet og afgrænset.

3.1 Målgruppen


Forløbsbeskrivelsens målgruppe er identisk med målgruppen for Socialstyrelsens centralske udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, dog med den undtagelse, at forløbsbeskrivelsen også inkluderer borgere med svære adfærdsproblemer. Borgere med behov for særforanstaltning er ikke en del af målgruppen for forløbsbeskrivelsen, hvilket er tilsvarende den centrale udmelding. Forløbsbeskrivelsen tager ligeledes afsæt i Sundhedsstyrelsens afgrænsning af målgruppen med genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau.

Målgruppen for forløbsbeskrivelsen omfatter tre grupper af borgere:

- Målgruppen vil i langt overvejende grad være borgere, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Disse borgere vil have behov for både genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner samt andre rehabiliteringsindsatser, der varetages af en række andre faggrupper, som fx neuropsykologer, audiologpædixer, socialrådgivere og pædagogisk personale.


- Tilfælde, hvor borgere udskrives fra sygehus og først efterfølgende har behov for en højt specialiseret indsat på social- og/eller specialundervisningsområdet. Borgere med ehv. eller flere andre funktionsnedsættelser, komorbiditet, svære problemstilling mellem sundhed, arbejde og levestil.

Generelt har målgruppen typisk behov for indsatser på sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Borgere med eN eller flere andre funktionsnedsættelser, komorbiditet, svære problemstilling relateter sig til sociale forhold mm. indgår også i målgruppen, hvis det primære rehabiliteringsbehov på det mest specialiserede social-

a En erhvervet hjerneskade er defineret som en akut skade, der kan være forårsaget af apopleksi, blødninger, traumer, tumorer, infektioner, forfølgninger, dødsfall, giftstoffer mv. Udover årsagen til skaden, skal den også være opstået mindst 1:1.

b Særforanstaltning er defineret som en foranstaltning i forhold til problemskabende adfærd, der kræver en personalenormering på mindst 1:1.

c Udskrives en borger med en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering, foretager kommunen ikke fælles vurdering af specialiseringsniveauet jf. ’Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – En faglig visitationsretningslinje’ (Sundhedsstyrelsen, 2014).

d Authoriserede sundhedspersoner omfatter fx læger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter.

e Udskrives en borger med en genoptræningsplan til almen genoptræning, foretager kommunen ikke fælles vurdering av, om borgeren skal henvises til genoptræning på basis af det primærbehandlingsmål. Den ansvarlige sundhedsfaglig vurderer at foretage en løbende vurdering af genoptræningsbehovet, og herunder at indhente nødvendige uddannelse og/eller assistence fra fagpersoner med særlige kompetencer.

f Lov om social service skal en borger tilbydes rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer, tilbydes almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte og få tilgodeset behov, som følge af en nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Formålet med hjælpen efter serviceloven er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.
3. RAMMEN FOR FORLØBSBESKRIVELSEN


Målgruppen kan have nedenstående funktionsnedsættelser og aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger:

- Moderat til svær nedsat bevægelsesfunktion i arm og ben
- Moderat til svær oralmotorisk funktionsnedlæggelse
- Moderate til svære aktivitetsbegrænsninger relateret til almindelige daglige opgaver
- Betydelige problemer med orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for borgeren selv eller andre
- Svære funktionsnedsættelser af sproglige funktioner og tale og/eller ingen mulighed for kommunikation
- Svære problemstillinger ift. familiesituation og/eller boligsituation som følge af hjerneskaden
- Omfattende funktionsevnenedsættelser, eventuelt kompliceret med komorbiditet
- Lette til svære adfærdssproblemer, der kan rummes i højt specialiserede rehabiliteringstilbud
- Væsentligt nedsat sygdomserkendelse og -indsigt
- Svære mentale funktionsnedsættelser på flere områder så som hukommelse, orientering, emotionelle funktioner m fl. af væsentlig betydning for funktionsevnen
- Svære funktionsnedsættelser, der forudsætter særlige hjælpemidler, som stiller krav om betydelig faglig ekspertise
- Vanskeligheder omkring uddannelses- eller arbejdsfastholdelse

Udvalgte funktionsnedsættelser og aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger beskrives i kapitel 4 i forhold til de indsatser, som forløbsbeskrivelsen adresserer.


På nuværende tidspunkt er det ikke muligt at trække data på målgruppen. Fremadrettet vil det på sundhedsområdet være muligt at foretage datatræk fra Landspatientregistret på borgere, der er udskrevet med en genoptræningsplan til rehabilitering på højt specialiseret niveau.

3.2 Elementer, der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud

Forløbsbeskrivelsen omhandler de højt specialiserede indsatser og tilbud, som også kan indgå i rehabilitering på højt specialiseret niveau. Elementerne, der karakteriserer de højt specialiserede indsatser og tilbud, tager afsæt i Socialstyrelsens centrale udmelding og er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinjer.
3. RAMMEN FOR FORLØBSBESKRIVELSEN

Forløbsbeskrivelsen beskriver en række forudsætninger for højt specialiserede indsatser, indsatson-råder samt udvalgte metoder. Da målgruppen har forskelligartede behov for høj specialiserede indsatser, vil det samlede forløb, være tilrettelagt med udgangspunkt i den enkelte borgers funktionsned-sættelser og aktivitets- og deltagelsesbegrænserne. Sammensætningen af de højt specialiserede indsatser kan dermed variere. Højt specialiserede rehabiliteringstilbud, som målgruppen kan tilbydes i fase 3, er:

- Højt specialiserede indsatser i eget hjem
- Højt specialiserede indsatser på et kommunalt, regionalt eller privat rehabiliteringstilbud
- Højt specialiserede indsatser på midlertidigt døgnophold/botilbud på et kommunalt, regionalt eller privat rehabiliteringstilbud.

Højt specialiserede indsatser og tilbud på social- og specialundervisningsområdet til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade er karakteriseret ved nedenstående elementer:

**Elementer, der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud:**

**Kompetencer**
- Fagpersoner (ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker, talepædagoger, pædagoger, speciallærere, neurologer, socialrådgivere og neuropsykologer), der leverer de højt specialiserede indsatser, beskæftiger sig primært med fagområdet og målgruppen af borgere med en kompleks erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau.
- Fagpersoner i højt specialiserede tilbud ser og behandler tilstrækkeligt mange borgere med komplekse problemstillinger og opnår dengen nem viden om, hvordan de skal håndteres.
- Fagpersonerne har foruden deres grunduddannelse opnået specialiseret neurofaglig ekspertise og har gennemgået relevant efteruddannelse/videreuddannelse.
- Fagpersonerne arbejder ud fra fælles forståelsesramme og terminologi.
- Fagpersonerne modtager fast og hyppig supervision.
- Fagpersonerne rådgiver og superviserer fagpersoner og tilbud på lavere specialiseringsniveauer og på tværs af sektorer.
- Fagpersonerne har erhvervet sig de specialiserede kompetencer, der løbende er tilgængelige inden for deres fagområde samt kompetencer og erfaring med at arbejde i tærfaglige teams.
- Fagpersonerne kan, på baggrund af deres specialiserede kompetencer, foretage udredninger samt en konkret individuel vurdering af borgerenes behov.
- Højt specialiserede indsatser og tilbud følger forskningsbaseret viden og nationale retningslinjer i det omfang de findes, både hvad angår udredningen af borgeren og selve indsatser. Desuden anvendes validerede undersøgelsesmetoder i det omfang, det er muligt.

**Udstyr**
- Der kan være behov for særligt kostbart udstyr til undersøgelser og interventioner.

**Organisering**
- Højt specialiserede indsatser og tilbud er organisert som et koordineret sammenhængende, multidisciplinært, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig.
- Højt specialiserede tilbud samarbejder med lokale, regionale og nationale vidensmiljøer samt VISO.
- Højt specialiserede indsatser og tilbud har et tæt samarbejde med sygehussektoren.

**Dokumentation**
- Højt specialiserede tilbud har en systematisk dokumentation af indsatsernes effekt.
- Højt specialiserede indsatser og tilbud deltar i udviklingsarbejde med henblik på udvikling af praksis og metode.
3. RAMMEN FOR FORLØBSBESKRIVELSEN

Ud over de elementer, der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, gør de sundhedsfaglige kvalitetskrav sig gældende, når der, i henhold til Sundhedsloven, er tale om rehabilitering på specialiseret niveau. De specifikke krav er beskrevet i ’Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitsationsretningslinje’.

Højt specialiserede indsatser og tilbud på social- og specialundervisningsområdet kan sidestilles med sundhedsområdets specialiserede niveau i henhold til Sundhedsstyrelsens beskrivelse i visitsationsretningslinjerne. Der er dog undtagelser:

- På social- og specialundervisningsområdet er der ikke en forskningsforpligtigelse. Der kan derfor ikke stilles krav om, at det højt specialiserede niveau er forskningsdrivende. Der er derimod adgang til at forske og/eller indgå formelle aftaler med institutioner, der bedriver forskning.

- Højt specialiserede vidensmiljøer på social- og specialundervisningsområdet har ikke som forudsætning, at der er tre ansat i hver relevant faggruppe. Retningsgivende for det sociale område er, at der er mindst tre fagpersoner, der har relevant praktisk og teoretisk viden og kompetencer i forhold til målgruppen med henblik på, at de højt specialiserede tilbud har tilstrækkelig robusthed til at opretholde et højt fagligt miljø.

- På social- og specialundervisningsområdet kan et højt specialiseret tilbud enten bestå af indsatser på et ”matrikelbundet” tilbud eller bestå af ”matrikellose” indsatser sammensat fra forskellige højt specialiserede tilbud, der supplere kommunens øvrige indsatser.

3.3 Organisering

Organiseringen af højt specialiserede indsatser på social- og specialundervisningsområdet vil typisk omfatte en tæt koordinering med indsatser fra beskæftigelses- og sundhedsområdet. Borgere med kompleks erhvervet hjerneskade vil oftest få højt specialiserede indsatser via en række forskellige lovgivninger. Af bilag 2 fremgår skema over lovgivning for indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, som kan komme i spil i borgerens rehabiliteringsforløb.


---

g: Definitionen af vidensmiljø er præciseret i: “den centrale udmelding. Der henvises til bilag 3 om begrebsdefinitioner.”
h: Jf Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1088 af 06/10/2014).
3. RAMMEN FOR FORLØBSBESKRIVELSEN

Koordination i fase 3 kan foregå ud fra to rammesættende forhold:
1. Den overordnede tværsektorielle koordinering, der retter sig mod de involverede aktører. Her er det den kommunale myndighed, som har det overordnede ansvar for koordination
2. Det multidisciplinære samarbejde på det højt specialiserede matrikelbundne eller matrikellese tilbud, som leverer indsatserne.

Aktørerne bør tilrettelægge og organisere indsatserne, så de understøtter, at der arbejdes ud fra fælles mål.

Tilstedeværelsen af højt specialiserede indsatser og tilbud, der imødekommer problematikkerne hos den enkelte borger, er nødvendig for at imødekomme de behov, som voksne med en kompleks erhvervet hjerneskade har. Målgruppen har en meget lille volumen, hvilket betyder, at de færreste kommuner selv kan varetage denne opgave. Der vil derfor være behov for, at kommuner, regioner og private leverandører samarbejder på tværs for at kunne levere en højt specialiseret indsats.
4. MÅLGRUPPE
4. MÅLGRUPPE

En erhvervet hjerneskade kan opleves som en uventet afbrydelse af et ellers forventet normalt livsførløb. Den første tid er fyldt med usikkerhed og kan være en vanskelig proces med at etablere en ny form for kontrol over tilværelsen samt fastholde netværk og kontakt til arbejdsmarkedet. Undervejs og i takt med generhvervelse af færdigheder og mestring af eget liv, dæmpes de negative oplevelser og frustrationer.

Der er en række faktorer, som ifølge borgere med erhvervet hjerneskade, kan fremme og hæmme rehabiliteringsprocessen og udbyttet.

Faktorer, der kan **fremme** rehabiliteringsprocessen og udbyttet, er:
- personlige kompetencer (selvstændighed og drive)
- støttende pårørende
- psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion
- tilbagevenden til arbejde.

Faktorer, der kan **hæmme** rehabiliteringsprocessen og udbyttet, er:
- pårørende som hjælpere
- ventelister
- manglende psykologisk støtte
- dagtilbud frem for rigtige arbejdspadser
- træthed.

Når en borger får en erhvervet hjerneskade, handler det derfor også om at forholde sig til sorgen over lidelsen, og ikke kun om at forholde sig til krop, aktivitet og deltagelse. Det betyder, at det er vigtigt at se nærmere på personlige kompetencer i rehabiliteringsforløbet, og hvordan problemer og livshændelser håndteres, og hvordan personlig håndtering af disse kan styrkes.

4.1 Målgruppens funktionsnedsættelser

En kompleks erhvervet hjerneskade kan medføre en række funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. ICF er en ramme til beskrivelse af funktionsvennen med fokus på krop, aktivitet og deltagelse, samt de omgivelsesmæssige og personlige faktorer, der påvirke funktionsvennen. I figur 3 ses de funktionsnedsættelser, aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger samt omgivelses- og personlige faktorer, som metoderne i forløbsbeskrivelsen kan have en direkte eller afledt effekt på.

---

1 International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnensstættelse og helbredstilstand (ICF).
4. MÅLGRUPPE

Forløbsbeskrivelsen retter sig mod borgere med kompleks erhvervet hjerneskade, der har behov for indsatser på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde. Indsatserne kan rette sig mod:

- genoptræning af færdigheder med henblik på at fremme borgerens mulighed for aktiv deltagelse i hverdagslivet samt forbedring af livskvaliteten

Figur 3. Samspillet mellem komponenterne i ICF

Forløbsbeskrivelsen retter sig mod borgere med kompleks erhvervet hjerneskade, der har behov for indsatser på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde. Indsatserne kan rette sig mod:

- genoptræning af færdigheder med henblik på at fremme borgerens mulighed for aktiv deltagelse i hverdagslivet samt forbedring af livskvaliteten

Forløbsbeskrivelsen retter sig mod borgere med kompleks erhvervet hjerneskade, der har behov for indsatser på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde. Indsatserne kan rette sig mod:

- genoptræning af færdigheder med henblik på at fremme borgerens mulighed for aktiv deltagelse i hverdagslivet samt forbedring af livskvaliteten

• kompensation for funktionsnedsætTELser som fx kognitive og kommunikative funktionsnedsættelser

De højt specialiserede indsatser på social- og specialundervisningsområdet indgår også i rehabilitering på specialiseret niveau.
4. MÅLGRUPPE

4.1.1 Helbredstilstand

I forhold til målgruppens helbredstilstand har forløbsbeskrivelsen særligt fokus på psykiatrisk komorbiditet.

- Psykiatrisk komorbiditet – Borgere med erhvervet hjerneskade kan udvikle en psykiatrisk problemstilling, hvor symptomerne kan vise sig i form af angst, depression, hallucinationer, agitation og vrangforestillinger\(^{18}\). Borgeren kan have et enkelt eller flere af symptomerne\(^{19}\). Angst og depression kan opstå som følge af beskadigelse af hjerneområder, som styrer emotionelle funktioner eller indirekte som konsekvens af reaktioner på sygdom eller reaktioner på kognitive og kommunikative vanskeligheder. Årsagen til angst eller depression er derfor kompleks og kan findes i både psykologiske, fysiologiske og omgivelsesmæssige faktorer\(^{20}\).

4.1.2 Kroppens funktioner

Mentale funktionsnedsættelser kan og vil ofte have mangeartet betydning for borgerens aktivitet og deltagelse. De mentale funktionsnedsættelser alene eller kombineret med følelses- og adfærdsmæssige problemer er også en af de afgørende faktorer for, at borgeren efterfølgende kan deltage i meningsfulde aktiviteter\(^{21}\). Mentale funktionsnedsættelser er i sig selv en væsentlig barriere for en effektiv rehabiliteringsindsats\(^{22}\).

De mentale funktionsnedsættelser omfatter blandt andet nedenstående funktioner:

- **Overordnede kognitive funktioner**, herunder:
  - *Kognitive kommunikationsforstyrrelser*, hvor borgeren får brudt sociale konventioner for, hvordan sproget bruges. Kan fx vise sig ved, at borgeren har en nedsat evne til at leve sig ind i andres situation, har vanskeligt ved at holde sig til ét emne og ved, at talen får et frit associerende forløb\(^{23}\).  
  - *Eksekutive vanskeligheder*, hvor borgeren har svær ved at monitørere egen adfærd, initiere handlinger, planlægge, organisere, løse problemer samt udvælge mentale og adfærdsmæssige strategier\(^{24}\). Borgerens evne til at aflæse signaler fra andre borgere og reagere passende i sociale sammenhænge og/eller opleve en passende reaktion hos sig selv kan også være påvirket af selve hjerneskaden.
  - *Væsentlig nedsat sygdomserkendelse og sygdomsindsigt (anosognosi)*, hvor borgeren hverken i ord eller handlinger anerkender, at situationen er anderledes efter hjerneskaden.
  - *Hukommelse* – Forringer hukommelse, hvor borgeren ikke eller kun delvist kan genkalde sig lagret information\(^{25}\).
  - *Energi* – Mental udtræning, også benævnt hjerneskaderealiseret træthed, har store konsekvenser for borgerens tilbagevenden til et aktivt liv. Det kan vise sig ved, at borgeren har manglende fysisk og/eller mental energi i så udtalt grad, at det påvirker de daglige aktiviteter og udfordringer med at genvinde færdigheder\(^{26}\).
  - *Sprog og talefunktion* – Sproglige vanskeligheder eller talevanskeligheder, der viser sig ved, at borgeren ikke har et talesprog eller har svær ved at finde ord, skrive og forstå talt og læst sprog (afasi)\(^{27}\).
  - *Opfattelse/neglekt* – Væsentlig nedsat evne til at genkende, reagere på, orientere sig mod eller give udtryk for stimuli af den ene kropshalvdel og/eller fra den ene halvdel af det omgivende rum\(^{28}\).
  - *Temperament og personlighed* – Upassende eller udadreagerende adfærd kan vise sig ved, at borgeren har svær ved at tilpasse sig/aflæse omgivelserne og udviske en passende adfærd. Borgerens følelsesmæssige balance kan også være påvirket, hvilket fx ses i form af irritabilitet, svigtende hæmninger, eufori, impulsivitet og/eller aggressive udbud. Ligeledes kan borgeren have en selvskadende adfærd\(^{29}\). En udadreagerende adfærd kan dog også afspejle andre faktorer som fx personligheden før skaden, misbrug, følelsesmæssige reaktioner, mistede kommunikative kompetencer eller smerte\(^{30}\).
4. MÅLGRUPPE

4.1.3 Aktivitet og deltagelse
Borgere med kompleks erhvervet hjerneskade kan opleve en række forskellige begrænsninger i forhold til aktivitet og deltagelse, som blandt andet kan omfatte:

- **Læring og anvendelse af viden** – Borgeren kan opleve begrænsninger i forhold til at anvende indlært viden, tænkning, problemløsning og stillingtagen. Dette kan have stor betydning for fremtidig uddannelse og beskæftigelse.

- **Almindelige opgaver og krav** – En forudsætning for at kunne udføre almindelige daglige opgaver og honorere krav i hverdagen er, at borgeren kan udføre sammensatte opgaver, planlægge og prioritere opgaver, påtage sig ansvar samt håndtere stress. Mange borgere har behov for indsatser for enten at kunne varetage dette selvstændigt eller med hjælp og støtte fra andre.

- **Kommunikation/anvendelse af kommunikationsudstyr og teknikker** – Borgere med kommunikationsvanskeligheder er dybt afhængige af de nære omgivelser viden, vilje og evne til at afsløre borgerens kommunikative udtryk. På den baggrund har omgivelserne stor betydning i forhold til at understøtte, at borgeren aktiver kan deltage i hverdagslivet og dermed mindske risikoen for isolation.

- **Omsorg for sig selv** – Omsorg for sig selv omhandler basale daglige aktiviteter som fx at våske sig, påklædning, spise og drikke. Det har stor betydning, at borgeren hurtigst muligt kan udføre disse aktiviteter så selvstændigt som muligt.

- **Husførelse** – Huslige og dagligdags handlinger og opgaver som fx indkøb af mad, tøj og andre fornøjenheder, samt husholdningsopgaver, renrøgning, omsorg for andre er også af stor betydning for, at borgeren kan leve et så selvstændigt hverdagsliv som muligt.

- **Interpersonelt samspil** – Borgere med erhvervet hjerneskade kan få en ændret selvfølelse og færre sociale relationer og fritidsaktiviteter, hvilket kan medføre risiko for isolation og depression.

- **Vigtige livsområder, herunder uddannelse og beskæftigelse** – Borgere med erhvervet hjerneskade, der vender tilbage til arbejde, har en højere livskvalitet, en bedre social integration og øget selvværd, sammenlignet med borgere, der ikke vender tilbage til arbejde. I beskæftigelsestidsindsatsen er beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked ofte det ultimative mål. For de borgere i målgruppen, hvor det ikke er muligt, er det alternative beskæftigelsesmål fx job med skønehensyn, herunder fleksjob eller job med løntilskud.

- **Samfundsliv, socialt liv og medborgerskab** – Deltagelse i organiseret socialt liv uden for familien i lokalsamfundet og i det sociale liv som fx deltagelse i rekreative aktiviteter, fritidsaktiviteter, politiske aktiviteter vil for nogle borgere være vigtige og vigtige i forhold til at vende tilbage til hverdagen som aktiv borger.

4.1.4 Omgivelsesfaktorer
Af centrale omgivelsesfaktorer for målgruppen kan nævnes:

- **Produkter og teknologi (hjælpemidler)** – Nogle borgere i målgruppen kan have behov for at benytte sig af avancerede løsninger, som deres primære kommunikationsmåde gennem resten af livet, mens andre har behov for at få understøttet den påvirkede, eksisterende tale. Andre igen kan profitere fra løsninger i en periode, hvor det handler om at understøtte og fremme tale- og sprogudvikling. Der kan være behov for kommunikationsformer, som helt erstatter talen. Nogle borgere kan ligeledes have behov for teknologier, der understøtter eller kompenserer for kognitive funktionsnedsættelser.

- **Familie, slægtninge og venner** – Pårørende kan opleve en sorg og bekymring, der for manges vedkommende fortsætter i lang tid efter, borgeren har pådraget sig hjerneskaden. De pårørendes tegn på angst er mere udtalt i starten af forløbet, hvorimod tegn på depression er mere udtalt senere i forløbet. I den akutte fase ses der en tendens til, at pårørende, til borgere med meget lang tid nedsat bevidsthed, har flere tegn på angst og depression.
4. MÅLGRUPPE

Generelt kan situationen for de pårørende opleves som udmattende og opslidende, og den ændrede situation har indflydelse på, hvordan familien fungerer i sin helhed. Det særlige ved en kompleks erhvervet hjerneskade er, at den ofte medfører kognitive følger, som kan vise sig ved personlighedsforandringer. Pårørende kan derfor opleve, at de har “mistet” den partner, det familiemedlem eller den ven, de havde, før hjerneskaden indtraf. Sorgen og tabet kan være svært at finde plads til og til at tale om.

4.1.5 Personlige faktorer

Af personlige faktorer, der kan opleves, efter en borger er blevet ramt af en kompleks erhvervet hjerneskade, kan særligt identitet og følelsesmæssige udfordringer nævnes:

- **Identitet og følelsesmæssige udfordringer**
  Borgeren kan opleve, at skaden har stor indflydelse på ens fornemmelse af sig selv. Borgeren kan leve med to selvbilleder “den jeg er nu” og “den jeg var før”. Opgaven med at balancere og integrere disse to selvbillede kan være stressfyldt og medføre psykologiske konsekvenser som fx depression og angst. Processen med at komme sig kan være langsom og kompleks de første par år efter hjerneskaden.

Processen kan inddeles i fire faser. I første fase (nul til to måneder) er borgeren optaget af sine kropslige forandringer. I anden fase (to til seks måneder) er livsførelse i hverdagen i fokus. I tredje fase (seks til 12 måneder) er selv-forståelse i fokus, og i den fjerde livsfase (12-24 måneder) er fokus rettet mod at komme videre i livet. Fasern varierer afhængig af sygdomsforløbet og den enkeltes oplevelser.

---

j Beskrivelsen af de fire faser er baseret på data fra mennesker med apopleksi.
5. FAGLIGE INDSATSER
5. FAGLIGE INDSATSER

En faglig indsats på social- og specialundervisningsområdet har til hensigt at forebygge eller tilgodese samt afhjælpe eller begrænse følger af en nedsat funktionsvej. Indsatsen gives med henblik på at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, lette den daglige tilværelse og/eller forbedre livskvaliteten⁴⁴.


5.1 Forudsætninger for højt specialiserede indsatser

Rehabilitering er en ramme for det højt specialiserede tilbud og indsatser, som borgeren modtager. Et rehabiliteringsforløb omfatter, ud over indsatserne, også udredning, målsætning og evaluering⁴⁵. Det er centrat, at rehabiliteringsforløbet organiseres som et koordineret, sammenhængende, multidisciplinært, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig⁴⁶.

Fagpersonerne skal kunne foretage udredninger samt en konkret individuel vurdering af borgerens behov, og der skal være en systematisk dokumentation af indsatsernes effekt⁴⁷. Nedenfor fremgår en række centrale forudsætninger for højt specialiserede indsatser på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde.

5.1.1 Borgerinddragelse

Det er væsentligt, at borgeren og eventuelt dennes pårørende er i centrum for rehabiliteringsforløbet. Inddragelse af borgeren kan fremme udbyttet af rehabiliteringsindsatsen⁴⁸.

5.1.2 Fagprofessionelle på højt specialiserede tilbud


Når det gælder rehabilitering af borgere med kommunikationsvanskeligheder, bør indsatserne foregå tværfagligt sammen med borgeren med henblik på at opnå de bedste forudsætninger for rehabilitering af kommunikationsevnen. Indsatserne kan fx omfatte sproglig udredning, undervisning af personale og pårørende, specialundervisning af og hjælpemidler[1]. Audiologopæder og andre fagpersoner med viden og kompetencer inden for dette område har en særlig rolle.

5.1.3 Neuropædagogik

Neuropædagogik er en pædagogisk forståelsesramme og en specialiseret neurofaglig ekspertise, som anses for at være betydningsfuld i forbindelse
5. FAGLIGE INDSATSER

med hjerneskaderehabilitering\textsuperscript{53}. Neuropædagogik henvender sig bredt til forskellige faggrupper og kan bidrage med en faglig forståelsesramme og arbejdsform i den tværfaglige indsats til borgere med kompleks erhvervet hjerneskade. Formålet med neuropædagogikken er at optimere borgeres livs- og læringsforudsætninger i den udstrækning, det er muligt\textsuperscript{54}.

5.1.4 Neuropsykologi

Neuropsykologi bidrager med viden om skader i hjernen, symptomer, adfærd og specifikke funktionsnedsættelser, samt hvordan det kommer til udtryk i hverdagen. Neuropsykologien giver hermed en yderligere præcision af borgerens nedsatte funktionsevne. Neuropsykologi er dermed helt central i forhold til at udrede borgere med kompleks erhvervet hjerneskade, samt i forbindelse med supervisering af andre fagpersoner\textsuperscript{55}. Neuropsykologien kommer dermed ofte til at udgøre et fælles fagligt fundament og fungere som en fælles forståelsesramme for den faglige indsats.

Effekt – I udviklingsrapporter anses neuropædagogik generelt for at være en betydningsfuld del af rehabiliteringen på hjerneskadeområdet\textsuperscript{56}.

Effekt – Erfaringer fra en række projekter, der blev igangsat for at styrke den kommunale indsats for mennesker med erhvervet hjerneskade i 2011, viser blandt andet, at det er afgørende, at de rette neurofaglige kompetencer er tilgængelige. Neurofaglige kompetencer betragtes i denne sammenhæng som basald viden om hjernens opbygning og funktion, neuropsykologi og neuropædagogik. I flere projekter er det vurderingen, at når den målrettede genoptønningindsats leveres af fagpersoner med neurofaglig viden og kompetencer og på det rette graduerede niveau, har det en positiv effekt på borgerens funktionsevne\textsuperscript{57}.

5.2 Indsatser på det højt specialiserede område

I de nedenstående afsnit beskrives indsatser inden for de fire ICF komponenter (se kapitel 4). Indsatserne kan forekomme på flere specialiseringsniveauer. Det afgørende for, at de kan leveres på højt specialiseret niveau, er beskrevet i kapitel 3.

De udvalgte metoder under hver indsats skal ses som nedslagspunkter i den samlede tværfaglige indsats på området. En tilstrækkelig kvalificeret indsats overfor målgruppen kan dermed ikke udelukkende gives med udgangspunkt i de relativt få metoder, der nævnes i denne forløbsbeskrivelse. Det afgørende for borgerens samlede forløb vil være, at kombinationen af indsatser og metoder retter sig mod de funktionsnedsættelser og behov, som den enkelte borger har. Indsatserne er i langt overvejende grad rettet mod kroppens funktioner og omgivelsesfaktorer, men for langt de fleste af de beskrevne indsatser gør det sig gældende, at de har en afledt effekt på borgerens aktivitet og deltagelse.
5. FAGLIGE INDSATSER

Figur 4. Indsatser og metoder inden for hver af de fire ICF komponenter

Kroppens funktioner
- Mentale funktioner
  - Meta-Kognitive-Strategier (MKS)
  - Mindfullness-Based-Stress Reduction (MBSR)
  - Constraint Induced Language Therapy (CILT)
  - Positive Behavior Support (PBS)
  - Differential Reinforcement (DR)
  - Self-Monitoring-Training (SMT)

Aktivitet og deltagelse
- Kommunikation
  - Alternativ og Supplerende Kommunikation (ASK)

Omgivelsesfunktioner
- Produkter og teknologi
  - Talking Mats
  - Electronic Portable Assistive Devices (EPAD)
- Familie, slægtninge og venner
  - Psyko-sociale pårørende interventioner
  - Uddannelsesprogram for pårørende
  - Kommunikativ partnertræning

Personlige faktorer
- Identitet og følelsesmæssige udfordringer
  - Kognitiv adfærdsterapi (Cognitive Behavioral Therapy, CBT)
  - Narrativ tilgang

5.3 Indsatser, der fremmer kroppens funktioner

5.3.1 Mentale funktioner
I dette afsnit beskrives metoder, der retter sig mod nogle af de mentale funktionsnedsætTELSE, som borgeren kan have. Det er væsentligt at understrege, at borgeren kan have mangeartede kombinationer af mentale funktionsnedsætTELSE. Metoderne kan også have afledt effekt på borgerens aktivitet og deltagelse i forhold til fx almindelige opgaver og krav, interpersonelt samspil, vigtige livsområder som uddannelse og beskæftigelse.

Overordnede kognitive funktioner
Kognitive funktionsnedsættelser anses for at være en af de væsentligste årsager til, at borgere med erhvervet hjerneskade har svært ved at fungere i fx hverdagslivet, vende tilbage til arbejde, deltag i fritidsaktiviteter m.m. Kognitive indsatser består ofte af både kompensatoriske og genoptrænende metoder.


5. FAGLIGE INDSATSER

**Effekt** – Der ses evidens for kognitive indsatser inden for nogle kognitive områder. Overordnet set har indsatser, der retter sig mod udvikling af kognitive strategier eller brug af hjælpemidler, vist størst effekt, hvorimod indsatser, der retter sig mod genoptræning af kognitive færdigheder, viser mindre effekt.

Nedenfor beskrives udvalgte metoder.

- **Meta-Kognitive-Strategier (MKS)**
  MKS retter sig mod træning af metakognitive strategier ved nedsat eksekutiv funktion. Konkret bygger MKS på, at borgeren lærer at kompensere for sine eksekutive vanskeligheder eller lærer at være opmærksom på sin udførelse med henblik på anvendelse af Strategier. Det centrale i MKS er, at borgeren lærer at overvåge sine handlinger ved at bryde komplekse opgaver op i mindre dele og tænke strategisk.

- **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)**
  MBSR retter sig mod at udvikle borgerens opmærksomhed på nuet. MBSR er baseret på øvelser, som indeholder både formaliserede øvelser og øvelser på eget initiativ. De formaliserede øvelser indeholder blandt andet Hatha yoga og krops scanning med særlig vægt på opmærksomhed på kroppen. Derudover indeholder MBSR meditation med særlig vægt på vejtræning og systematisk udvikling af opmærksomheden på de fire grundlæggende elementer af mindfulness (opmærksomhed på kroppen, velbefindende, mental tilstand og mentalt indhold). Der er en antagelse om, at det virksomme i MBSR er, at metoden tilbyder strategier til at håndtere stressfulde situationer på en passende måde, hvor der økonomiseres med den mentale energi.

**Energi**

Mental udtræning optræder hyppigt hos borgere med erhvervet hjerneskade. Det betragtes som et multifacetteret fænomen, da det griber ind i mange aspekter af borgerens liv. Mental udtræning gør det sværere at vende tilbage til arbejde og deltage i sociale aktiviteter. Det ledsages også ofte af irritabilitet, følsomhed over for stress, koncentrationsvanskeligheder, følelsesmæssig ustabilitet, hovedpine m.m. Det kan tage op til flere år, før borgere med mental udtræning finder en balance mellem hvile og daglige aktiviteter, samt finder strategier og accept af den nye situation. I dag eksisterer der ikke en indsats, som kan 'fjerne' mental udtræning, og tendensen går mere i retning af at lære borgeren at håndtere træthed'en på en hensigtsmæssig måde.

**Sprog og talefunktion**

Nogle sprogvanskeligheder for borgere med kompleks erhvervet hjerneskade kan genoptrænes gennem målrettet, intensiv træning ved audiologaped, mens andre vanskeligheder kan have en mere blivende karakter.

**Effekt** – Der foreligger moderat til god evidens for, at logopædisk indsats kan medføre forbedringer i sprogproduktion for borgere med erhvervet hjerneskade.
5. FAGLIGE INDSATSER

- **Constraint Induced Language Therapy (CILT)**
  Ved anvendelse af CILT er der fokus på at motivere borgeren med afasi til at bruge sproget gennem nogle opstillede sproglige træningssituationer, hvor borgeren er nødt til at tale. Fx gennem kortspil. Ved brug af CILT har det vist sig vigtigt, at træningen er intensiv (1-3 timer dagligt i flere uger), at træningen sker i den første tid efter skaden, og at sværhedsgraden øges løbende, så borgeren altid er udfordret. Der er tale om en intensiv genoptræning, og det anbefales, at metoden kun benyttes i en afgrænset periode, og at borgeren den resterende del af dagen har mulighed for at anvende kompenserende kommunikative teknikker68 k.

**Effekt** – Der er moderat evidens for effekt af CILT udført af lægmand under løbende supervision fra logopæd. I et review fremgår det, at CILT resulterer i positive forandringer hos borgere med afasi som følge af apopleksi, når man tester i forhold til graden af sproglige vanskeligheder, og forandringerne er stadig at spore seks måneder efter endt træningsforløb. I studierne er CILT primært rettet mod borgere med moderat afasi, og der er derfor begrænset generaliserbarhed til borgere med mild eller svær afasi. Det samme gør sig gældende for borgere med akut afasi, da der i studierne kun indgår borgere, som viser symptomer på afasi mere end to måneder efter hjerneskaden69.

- **Positive Behaviour Support (PBS)**
  PBS har fokus på, at borgeren udvikler en succesfuld adfærd i sociale relationer. PBS er blandt andet kendegnet ved at have fokus på at fremme valg, kontrol og fastholdelse af daglige rutiner72. I et positiv interaktion mellem fagperson og borger udvikles alternative strategier til aggression og anden udadreagerende adfærd.

**Effekt** – Der er generelt manglende evidens for effekt af indsatser rettet mod udadreagerende adfærd, men der er studier, hvor indsatserne har vist sig virkningsfulde i forhold til at forbedre borgerens psykosociale tilpasning. Eksisterende viden peger dog i retning af, at selv en lille indsats synes at have effekt og i nogle tilfælde helt op til et år efter skadedebut70.

Temperament og personlighed

- For yderligere viden om andre metoder på området med relevans for målgruppen, henvises til australsk guideline
  http://www.aphasiapathway.com.au/?name=Types-of-aphasia-therapy


k For yderligere viden om andre metoder på området med relevans for målgruppen, henvises til australsk guideline

http://www.aphasiapathway.com.au/?name=Types-of-aphasia-therapy


• Positive Behaviour Support (PBS)
  PBS har fokus på, at borgeren udvikler en succesfuld adfærd i sociale relationer. PBS er blandt andet kendegnet ved at have fokus på at fremme valg, kontrol og fastholdelse af daglige rutiner72. I en positiv interaktion mellem fagperson og borger udvikles alternative strategier til aggression og anden udadreagerende adfærd. Det er centralt for indatsen, at der skabes et terapeutisk miljø omkring borgeren med fokus på en kontekst, der øger borgerens opmærksomhed, styrker borgerens motivation og understøtter, at borgeren får succes i sin udvikling. Det er også centralt, at fagpersoner proaktivt forebygger negativ adfærd, og at de systematisk faciliterer et repertoire af positiv adfærd, som kan reducere borgerens negative adfærd. PBS er ofte en del af flere indsatser72.
5. FAGLIGE INDSATSER

**Effekt** – I artikler, der opsummerer forskningsresultater, har PBS vist sig effektiv i håndteringen af adfærdsproblemer hos voksne med traumatisk hjerneskade. I et review er vurderingen, at PBS bidrager til at forbedre borgerens adfærd. Det pointeres også her, at trods evidens for PBS, er det stadig vigtigt, at fagpersoner løbende monitorerer, om borgeren profiterer af indsatsen.

**Differential Reinforcement (DR)**

DR har fokus på, at borgeren får feedback på sin adfærd. Der skelnes mellem tre variationer af DR, og erfaringer viser, at, alt afhængig af borgerens kognitive funktionsnedsættelser, kan den ene variation af DR være mere effektiv end den anden. Tanken med feedback er, at det omgivende miljø for en periode varetager noget af den refleksion, som er reduceret på grund af hjerneskaden hos borgeren. DR er kendtegnet ved, at forholdene omkring indsatsen skal være tilrettelagt, så det er muligt, at borgeren får struktureret feedback i de situationer, der er nødvendigt. Feedback skal foregå i en sammenhæng, hvor der er fokus på at fremme passende adfærd og hæmme upassende adfærd. Erfaringen er, at færdighederne udvikles forholdsvis hurtigt, men færdighederne er primært begrænset til de omgivelser, hvor de trænes.

**Effekt** – I et studie, hvor effekten af DR i forhold til håndtering af udadreagerende adfærd hos borgere med traumatisk hjerneskade undersøges, er konklusionen, at DR har en effekt. Konklusionen bygger på single-case studier og er derfor udeladt på baggrund af en samling af enkelstående hændelser. I et review beskrives det, at svær nedsat hukommelse og eksekutive funktioner kan forringe borgerens mulighed for at respondere på DR. Forklaringen på dette er, at funktionsnedsættelserne vil begrænse borgeren i at respondere hensigtsmæssigt på den feedback, vedkommende får på sin adfærd. I sådanne tilfælde er det væsentligt, at der før valg af metode foreligger en neuropsykologisk udredning.

**Self-Monitoring-Training (SMT)**

SMT har fokus på at udvikle kognitive færdigheder, der på længere sigt kan styrke borgeren i at ændre adfærd. Konkret gøres dette ved at styrke borgerens opmærksomhed på uhensigtsmæssig adfærd, samt borgerens evne til at udvikle og forbedre registrering af sin adfærd. SMT kan bruges til borgere, som også har nedsat hukommelse og problemer med at vurdere egen adfærd. Erfaringen er, at færdighederne udvikles i et langsomt tempo, og at færdighederne kan overføres til andre omgivelser end der, hvor de trænes.


---

1. Tre variationer af DR.
   - Differential Reinforcement of Incompatible behaviour (DRI)
   - Differential Reinforcement of Other behavior (DRO)
   - Differential Reinforcement of Low rates of behavior (DRL)
5. FAGLIGE INDSATSER

5.4 Indsatser der fremmer aktivitet og deltagelse

5.4.1 Kommunikation

For borgere med komplekse skader kan der være tale om, at kommunikationsproblematikken er så omfattende, at der er behov for undervisning i kompenserende strategier og tekniker for dermed at mindske de aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger, som borgeren kan opleve.

Effekt – Der foreligger moderat til god evi-
dens for, at logopædisk indsats kan medføre forbedringer af kompenserende kommunikationsevner for borgere med erhvervet hjerneskade.82

• Alternativ og supplerende kommunikation (ASK)

Brug af alternative strategier kan være en god støtte ved let til moderat afasi. Ved svær afasi, kan det blive den vigtigste kommunikationsform. Der kan eksempelvis være behov for, at borgeren undervises i at anvende alternativ og supplerende kommunikation, enten som erstatning for eller supplement til det talte sprog. Borgere med en erhvervet hjerneskade, som anvender alternative og supplerede kommunikationssystemer, bruger oftest en blanding af flere systemer. Der kan være tale om såvel ikke-udstyrssøttede som udstyrsstøttede kommunikationssystemer.83

Effekt – Ifølge Sundhedsstyrelsens MTV er der svag evidens for, at viden om støttende teknikker og redskaber, herunder alternativ supplerende kommunikation, kan forbedre samtalepartners interaktionsevner.84

5.5 Indsatser rettet mod omgivelsesfaktorer

5.5.1 Produkter og teknologi (hjælpemidler)

Involvering af borgere med kognitive og/eller kommunikative funktionsnedsættelser fordrer særlige metoder, hvormed fagpersoner kan understøtte, at borgeren bliver inddraget i processen.85

Talking Mats kan understøtte, at borgere med kommunikative og/eller kognitive vanskeligheder inddrages i fx målsætningsarbejdet. Talking Mats er ikke et personligt kommunikationshjælpemiddel, men derimod en struktureret og symbolbaseret metode til at afdække borger-synspunkter, og bør derfor bruges som ét af flere støtte systemer. Talking Mats støtter derved borgeren til bedre at kunne opnå med- og selvbestemmelse, reflektere over beslutninger og dokumentere udvikling over tid. Metoden hjælper også borgeren til i samtalesituationen at fastholde overblikket over, hvad der er spurt til, og hvad borgeren har svaret.86

Effekt – Inddragelse af borgeren kan fremme indsatsens udbytte, da den enkelte kan opleve større motivation, engagement og følelse af mestring.87
4. FAGLIG INDSATS

**Effekt –** Kvalitative studier viser, at Talking Mats har potentielle i forhold til at hjælpe borgere med let til svært afasi med at udtrykke deres synspunkter. Talking Mats hjælper fx borgeren med at identificere og formulere vigtige faktorer, der henholdsvis styrker eller vanskeliggør deres liv. Ligeledes kan Talking Mats styrke borgeren til at blive mere aktivt deltagende i sit rehabiliteringsforløb. Studierne beskriver også, at Talking Mats ikke er optimalt til borgere med svære kognitive vanskeligheder.

**Effect –** A systematic review concludes, that the effectiveness of using EPAD as a compensatory strategy for reduced memory improves a wide range of daily activities. Another study concludes, that a smartphone can be a compensatory strategy for reduced memory. The study shows, that the possibility of organizing a wide range of information can give a feeling of overview and self-confidence, and for some individuals reduce stress and exhaustion.

- **Electronic portable assistive devices (EPAD)**


**5.5.2 Familie, slægtninge og venner**

En erhvervet hjerneskade rammer ikke kun borgeren, der erhverver hjerneskaden. Pårørende og andre nære relationer kan også opleve en følelse af tab, og de kan i forskellig grad føle en til tider meget stor belastning. Indsatser rettet mod pårørende handler om at tilbyde information, rådgivning og undervisning, men også om at inddrage dem mest muligt i forløbet. Kvalitativ forskning viser, at en stor del af de pårørende oplever manglende inddragelse i rehabiliteringsforløbet, og de savner selv at modtage en indsats, som en del af den samlede rehabiliteringsindsats.

- **Psyko-sociale pårørende interventioner**

  Multi-Family Group Therapy (MFGT) program baserer sig på McFarlane’s psychoeducative familiemodel, der har til formål at give pårørende til borgere med handicap (ikke kun borgere med erhvervet hjerneskade) information, ressourcer, problemløsningsstrategier og muligheder for at danne sociale netværk til andre familier.

- **Uddannelsesprogram for pårørende**

  Et uddannelsesprogram, der retter sig mod pårørende til mennesker med apopleksi, kan omhandle emner som: viden om erhvervet hjerneskade, identificering og definering af problemer, afdækning af behov, valg af løsninger samt evaluering.
5. FAGLIGE INDSATSER

af, om problemet er løst. Modeln begynder efter udskrivelse og foregår enten individuelt eller i gruppe⁹⁸.

• Kommunikativ partnertræning

Et eksempel på kommunikativ partnertræning er Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA). SCA er en generisk samtalestøttetechnik, der bygger på det "anerkendende" og det "syn- liggørende princip", og som samtalepartnere, til borgere med afasi, undervises i. Metoden skal betragtes som en værktøjskasse med samtaletek- niske værktøjer, der sikrer en gensidig forståelse, ligesom den afasiramide kan deltage i samtalen⁹⁷.

Effekt – Der er evidens for, at kommunikativ partnertræning forbedrer de pårørendes og fagpersoners evne til at kommunikere med borgeren med afasi, og partnertræningen forbedrer formentlig også den afasiramdes evne til at kommunikere, når vedkommende kommunikerer med en uddannet pårørende eller fagperson. Der er nogen evidens for, at effekten fortsætter over tid⁹⁹.

5.6 Indsatser rettet mod personlige faktorer

5.6.1 Identitet og følelsesmæssige udfordringer

Effekt – Der er evidens for effekt af indsatser rettet mod at reducere angst og depres- sion⁹⁹. Der er ikke fundet studier, der kan sandsynliggøre effekten af indsatser, der støtter borgeren i at skabe mening med de forandringer, som hjerneskaden har med- ført. Der er dog studier, der anbefaler, at der indgår indsatser i rehabiliteringsforløbet, som også har fokus på, at borgeren støttes i at håndtere de eksistentielle kriser, som hjerneskaden kan medføre⁹⁹.

Rehabiliteringspsykologi er et specialområde inden for psykologien, som vil kunne håndtere og løse de psykosociale udfordringer en hjerneskade kan medføre⁹⁹.

Psykosociale indsatser der retter sig mod håndtering og mestring af personlige, identitet mæssige og følelsesmæssige udfordringer.
5. FAGLIGE INDSATSER

- **Kognitiv adfærdsterapi (Cognitive Behavioral Therapy, CBT)**
  Der findes forskellige terapiretninger inden for kognitiv adfærdsterapi. Det er dog vigtigt at tilpasse manuier fra kognitiv terapi til borgere med erhvervet hjerneskade. Et centralt element i disse terapiretninger er accept af ubehagelige tanker, følelser og fysiske fornemmelser. Acceptance and Commitment Therapy, Dialektisk Adfærdsterapi og Medfølelsesfokuseret terapi er blandt nogle af de store forgreninger inden for denne generation af kognitiv terapi. Generelt er fordelene ved kognitiv terapi, at den tilbyder strukturerede terapiplaner, som kan være en fordel for borgere med eksekutive funktionsoptimering, der har nedsat hukommelse. Terapiens tekniker er tydelige og enkle, hvilket kan give en følelse af kontrol, som kan være helt central for borgere med kompleks erhvervet hjerneskade.


5. FAGLIGE INDSATSER

5.7 Snitflader til beskæftigelses-, uddannelses- og sundhedsområdet

De beskrevne og udvalgte højt specialiserede indsatser på social- og specialundervisningsområdet har generelt en række snitflader til beskæftigelses-, uddannelses- og sundhedsområdet, som kort beskrives som afslutning på kapitlet om de faglige indsatser til målgruppen.

5.7.1 Beskæftigelse

Det overordnede formål med beskæftigelsesindsatsen er, at alle voksne i den erhvervsaktive alder skal have et job, og at alle unge i alderen 18-30 år skal have en uddannelse eller i arbejde. Udgangspunktet er, at alle borgere skal have mulighed for at være en del af fællesskabet og have mulighed for at forsegre sig selv og sin familie. Det gælder også borgere med en kompleks erhvervet hjerneeskade – uanset om de er sygemeldte eller har en nedsat arbejdsevne, som følge af skaden. Tilbagevenden til uddannelse eller arbejde bliver dermed ofte et af slutmålene for borgerens samlede rehabiliteringsforløb og dermed også en vigtig snitflade til de indsatser, som borgeren får efter såvel Serviceloven som Lov om specialundervisning for voksne.

Den koordinerende sagsbehandler er en vigtig samarbejdspartner i borgerens samlede rehabiliteringsforløb, da mange af indsatserne på de andre områder spiller ind i den samlede beskæftigelsesindsats. Der er imidlertid en del af målgruppen for hvem førtidspension samt tilbud efter Serviceloven om beskæftigelse (§ 103) og aktivitets- og samværstilbud (§ 104) vil være relevant. Forskning inden for hjerneeskademrådet har identificeret en række faktorer af betydning for borge- rens arbejdsmarkedsparathed og tilbagevenden til arbejdsmarkedet.Eksempler herpå er kognitive og psykosociale evner, mental udtræden, fysisk funktionsniveau samt miljømæssige faktorer i form af mestring af transport til/fra arbejde, arbejdspladsens støtte, jobfunktion før skaden m.m.111

Nogle af indsatserne, rettet mod målgruppen med potentielle for tilbagevenden til arbejde, er forankret i de højt specialiserede rehabiliteringstilbud, som leverer indsatser på beskæftigelsesområdet. Det kan eksempelvis dreje sig om ressourceforløb med henblik på at udvikle borgerens arbejdsevne og muligheder på arbejdsmarkedet, brug af mentorordning eller kompenserende ordninger. Det er kommunens opgave at inddrage den neurofaglige viden og eventuelle vurdering, der fremkommer fra højt specialiserede rehabiliteringstilbud, i vurderingen af borgerens fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet.

Borgere, der har behov for et nyt job, idet deres funktionsevnesløshed ikke muliggør tilbagevenden til deres tidligere job, vil ofte kræve et mere intensivt fagligt rehabiliteringsforløb for at opnå beskæftigelse og lære nye færdigheder. Hvor det er muligt, er det bedst at sigte mod et tydeligt job, der er tæt på borgerens tidligere erhververfaring for at udnytte intakt viden herom og minimere behovet for ny læring112. Kommunens jobkonsulenter, arbejdspæ dagologer og eksterne specialister indgår i et samarbejde i denne forbindelse, og virksomhedspraktisk bliver ofte brugt til at lave en arbejdsmarkedsskabel og understøtte en udvikling i arbejdsevnen. Det er vigtigt med en tidlig kontakt til borgerens arbejdsgiver.

5.7.2 Uddannelse

I forbindelse med uddannelse skal det nævnes, at borgere med en dokumenteret fagkompetence kan søge om specialpædagogisk støtte på en ungdomsuddannelse eller på en videregående uddannelse. Specialpædagogisk støtte til borgere med erhvervet hjerneeskade gives som oftest i form

---

111 Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, § 18 a. En person, der er omfattet af § 2, nr. 3 eller 13, har ret til en koordinerende sagsbehandler, der skal sikre, at personen får en helhedsorienteret indsats, som er dødelig og koordineret på tværs af de kommunale forvaltninger og andre myndigheder.
5. FAGLIGE INDSATSER


5.7.3 Sundhed

For borgere udskrevet med en genoptræningsplan vil kommune, sygehus, almen praksis og højt specialiserede rehabiliteringstilbud være involveret i borgerens samlede forløb efter udskrivningen:

- Sygehus og almen praksis varetager behandlingen af følgetilstande og komorbiditet til den erhvervede hjerneskade.
- Kommune og specialiserede rehabiliteringstilbud varetager genoptræning og rehabilitering.

I en borgers rehabiliteringsforløb stiller snitfladen mellem sundheds-, social- og specialundervisningsområdet krav om gensidig koordinering. Snitfladen til sundhedsområdet giver også mulighed for gensidig rådgivning og dialog med henblik på fx fornyet udredning og revurdering.

Rehabiliteringstilbud på det mest specialiserede social og specialundervisningsområde varetager ofte indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet, og således også genoptræning efter sundhedsloven og andre sundhedsfaglige indsatser. Det betyder, at tilbuddene som udgangspunkt kan varetage borgerens samlede rehabiliteringsbehov.
6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE
6. ORGANISERING OG SAMARBEIDE

Der indgår en række centrale aktører på tværs af forskellige sektorer og forskellige forvaltningsområder i kommunen i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Dette kapitel beskriver de forskellige aktørers ansvar og opgaver på det sociale område i det samlede rehabiliteringsforløb i kommunen, herunder overgangen fra sygehus til kommune. Kapitlet har, uover fokus på aktørerne på det sociale område, også fokus på relevante aktører inden for undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsområdet i forhold til sammenhæng og koordinering af det samlede rehabiliteringsforløb.

Figur 5 viser en oversigt over de centrale aktører, der typisk kommer i spil på tværs af forskellige sektorer.

**Figur 5. Oversigt over centrale aktører**
6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

6.1 Organisering

6.1.1 Overgang fra sygehus til kommune (fase 2-3)


Koordinering af sygehusets og kommunens indsats kan hensigtsmæssigt ske via den kommunale hjerneskadekoordinator. Funktionen er, at koordinere et fagligt kompetent team nedsat ad hoc med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og til kendsgerning af rehabiliteringsforløbet i fase 3.

6.1.2 Rehabiliteringsindsats efter sygehus

De højt specialiserede tilbud og indsatser, som kommunen tilrettelægger for borgeren efter udskrivning fra sygehus, har et tæt samarbejde med sygehussektoren. Tilbuddene kan samarbejde med lokale, regionale og nationale videnskabelige samt VISO. Borgeren og dennes eventuelle pårørende inddrages i forbindelse med fastlæggelse af konkrete faglige indsatser. Ligeledes fastsættes, i samarbejde med borgeren og eventuelle pårørende, mål for det samlede genoptrænings- og rehabiliteringsforløb og for de enkelte indsatser.

Rehabiliteringsindsatsen kan leveres som et matrikelbundet tilbud eller som en matrikulérd indsatser. Det er de samme forudsætninger, der opstår til de matrikulérede og matrikelbundne indsatser, selvom organiseringen er forskellig. Det er kommunen, der tilrettelægger rehabiliteringsforløbet i fase 3.

Rehabiliteringsindsatsen kan leveres som et matrikelbundet tilbud eller som en matrikulérd indsatser. Det er de samme forudsætninger, der opstår til de matrikulérede og matrikelbundne indsatser, selvom organiseringen er forskellig. Det er kommunen, der tilrettelægger rehabiliteringsforløbet i fase 3.

Koordinering af sygehusets og kommunens indsats kan hensigtsmæssigt ske via den kommunale hjerneskadekoordinator. Funktionen er, at koordinere et fagligt kompetent team nedsat ad hoc med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og til kendsgerning af rehabiliteringsforløbet i fase 3.

Koordinering af sygehusets og kommunens indsats kan hensigtsmæssigt ske via den kommunale hjerneskadekoordinator. Funktionen er, at koordinere et fagligt kompetent team nedsat ad hoc med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og til kendsgerning af rehabiliteringsforløbet i fase 3.

Koordinering af sygehusets og kommunens indsats kan hensigtsmæssigt ske via den kommunale hjerneskadekoordinator. Funktionen er, at koordinere et fagligt kompetent team nedsat ad hoc med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og til kendsgerning af rehabiliteringsforløbet i fase 3.
6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

6.2 Aktører og fagpersoner

6.2.1 Den kommunale myndighed


For at imødekomme behovet for koordinering og sammenhæng i borgerens forløb er det afgørende, at kommunen tilrettelægger og koordinerer rehabiliteringsindsatser gennem en hjerneskadekoordineringsfunktion på tværs af de relevante forvaltninger i kommunen. Koordineringen af de forskellige rehabiliteringsindsatser gennem den kommunale hjerneskadekoordineringsfunktion beskrives nærmere i afsnit 6.3.2.

Kommunen har bl.a. ansvar for:
• visitation
• at tilrettelægge det samlede rehabiliteringsforløb, så der er sammenhæng og koordination i indsatserne fra de forskellige kommunale områder og eksterne aktører
• genoptræning af bevægelsesfunktioner, mentale funktioner og andre relevante kropsfunktioner
• støttende og kompenserende indsatser
• socialpædagogisk bistand
• specialundervisning for voksne
• hjælpemidler
• støtte til pårørende
• botilbud

6.2.2 Højt specialiserede rehabiliterings-tilbud


Højt specialiserede rehabiliterings-tilbud har bl.a. ansvar for:
• at organisere højt specialiserede indsatser og tilbud som et koordineret sammenhængende, multidisciplinært, intensivt og helhedsorienteret forløb – med fokus på timing og faglig koordination.

6.2.3 Specialundervisningstilbud til voksne

Kommunale eller regionale kommunikationscentre kan levere kompenserende specialundervisningsindsatser til målgruppen med henblik på at kompensere for hjerneskadens følger med hensyn til koncentrationsproblemer, isolation, hukommelsesproblemer, social adfærd, tale- og bevægelsesvanskeligheder samt syns- og orienteringsproblemer. Det er de kommunikationscentre, som har specialister inden for hjerneskademrådet, som kan levere de højt specialiserede indsatser i forhold til udredning og apførelse af alternative og supplerende kommunikationsløsninger til borgere med kommunikationsvanskeligheder. Dette foretages gennem indlæring af nye indlæringsstrategier, opførelse af nye funktionssømmar og gennem hjælp til selverkendelse, kommunikationsundervisning, kompenserende undervisning i forhold til tekstsprægle vanskeligheder, der har tilknytning til den erhvervede hjerneskade, hukommelses- og koncentrationstræning, strukturerings undervisning, planlægning mv.
6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

Tilbud om specialundervisning sker på baggrund af udtalelser fra fx læger eller sygehus, fx gennem genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering. Tilbud om specialundervisning vil oftest være en af indsatserne i et længerevarende behandlings-, genoptrænings- og/ eller rehabiliteringsforløb, hvor specialundervisningen kan udgøre en central del. Det er vigtigt, at der, før specialundervisningen iværksættes, er foretaget en udredning, der angiver, hvornår og på hvilke funktionsområder det er hensigtsmæssigt at iværksætte et undervisningsforløb.

Specialundervisningstilbud har bl.a. ansvar for:

- at tilnærmes specialundervisning for voksne, der kompenserer for funktionsnedsættelser, som en del af rehabiliteringsforløbet, som bidrager med kompensatoriske strategier for hjerneskade og forhindre kommunikationsvanskeligheder, koncentrations- og hukommelses-problemer, social adfærd samt syns- og orienteringsproblemer.

6.2.4 VISO

Kommuner og regioner har adgang til gratis specialiseret rådgivning og udredning i forhold til målgruppen gennem VISO i Socialstyrelsen, når kommunen ikke har den nødvendige ekspertise. VISOs specialrådgivning består blandt andet af rådgivning om håndtering af livssituation, problemstillinger og problemstillinger og handlemuligheder.

6.2.5 Almen praksis

Almen praksis varetager behandling af følgetilstande og komorbidity til den erhvervede hjerneskade, når borgeren er færdigbehandlet. Almen praksis har mulighed for at henvise til fornyet udredning på sygehusq. For nærmere beskrivelse af almen praksis’ ansvar henvises til Sundhedsstyrelsens forløbsprogram.

6.2.6 Bruger- og pårørendeorganisationer


6.3 Samarbejde og koordinering


6.3.1 Koordinering mellem kommune og region


q Regionale neurologiske ambulatorier afprøves aktuelt via en pulje. De foretager en ny udredning i de tilfælde, hvor der opstår nye problemstillinger for borgeren, som ikke var kendte ved udskrivningen, eller hvis der viser sig behov for anden udredning. Det kan også være relevant i de tilfælde, hvor målgruppen udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning eller uden en genoptræningsplan, og hvor der efterfølgende viser sig behov for en højt specialiseret indsats.
6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

relser og kommuner via rammeaftalesystemet. Formålet er at understøtte det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde for at sikre, at der ikke sker en uhensigtsmæssig afspecialisering i indsatsen over for små og komplekse målgrupper.

Genoptræning og rehabilitering er en fast del af sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner. Sundhedsaftalen skal sikre en god overgang for borgeren fra region til kommune og en entydig arbejdsdeling ved sektorgrenser. Det konkrete samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune fastlægges i sundhedsaftalen samt de relevante aktører i forhold til indsatsområdet.

6.3.2 Koordinering internt i kommunen

Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade og deres pårørende vil ofte være i kontakt med mange aktører på samme tid – både aktører i og udenfor kommunen. Der tages nedenfor afsæt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram og nyeste danske forskning på området.

For at imødekomme behovet for koordinering og sammenhæng i borgerens forløb er det afgørende, at kommunen tilrettelægger og koordinerer rehabiliteringsindsatsen gennem en hjerneskadekoordineringsfunktion for de dele, som vedrører den kommunale indsats.

En lang række kommuner har allerede erfaringer med hjerneskadekoordineringsfunktioner fx gennem en hjerneskadekoordinator, hjerneskadesamarbejde og koordineringsindsatsen gennem en hjerneskadekoordineringsfunktion for de dele, som vedrører den kommunale indsats.

En lang række kommuner har allerede erfaringer med hjerneskadekoordineringsfunktioner fx gennem en hjerneskadekoordinator, hjerneskadesamarbejde og koordineringsindsatsen gennem en hjerneskadekoordineringsfunktion for de dele, som vedrører den kommunale indsats.

Nyere dansk forskning, der bidrager med et personligt og oplevet perspektiv på rehabiliteringsforløbet fra borgeres og pårørendes side, peger på, at en mere “håndholdt” koordinering med én gennemgående koordinator har vist sig at have afgørende positiv betydning for borgerens oplevelse af sit forløb. Hvis den kommunale hjerneskadekoordineringsfunktion består af et team af medarbejdere på tværs af en række forvaltninger vil det derfor være hensigtsmæssigt, at der bliver udpeget én tovholder/kontaktperson til den enkelte borger.

Hvad enten den kommunale hjerneskadekoordineringsfunktion består af et team/ samråd eller en hjerneskadekoordinator, bør koordineringsfunktionen varetage opgaver både i forhold til den enkelte borger, dennes pårørende og i forhold til intern og ekstern koordinering. Der er ikke evidens for, at den ene model har større effekt end den anden. Det er væsentligt, at hjerneskadekoordineringsfunktionen besidder neurofaglig viden og har de fornødne kompetencer i forhold til multidiplomatiørt samarbejde om og med borgere med hjerneskade.

Koordineringsfunktionen skal have et indgående kendskab til kommunen på tværs af forvaltningerne, eksterne aktører og de rehabiliteringstilbud, der kan tilbydes den ramte og dennes familie. Det er afgørende for tilrettelæggelsen af borgerens samlede rehabiliteringsforløb i kommunen, at den kommunale hjerneskadekoordineringsfunktion er til stede ved udskrivningskonferencen på sygehuset og møder borgeren umiddelbart efter borgerens udskrivning fra sygehus med henblik på at sikre en fælles målsætning mellem borgeren og de professionelle. Erfaringer fra nogle kommuner viser, at hjerneskadekoordineringsfunktionen kan bidrage til rettidighed i indsatserne og effektivitet i udredning, visitation og koordinering.

Som nævnt i kapitel 5 bør der i forbindelse med koordineringen af borgerens samlede rehabiliteringsforløb også være fokus på borgerens behov for indsatser rettet mod psykosociale udfordringer. Forskning peger på, at det psykologiske aspekt i et rehabiliteringsforløb ofte ikke vægtes på højde med de øvrige ICF-komponenter. Fokus peger på at inddrage det psykologiske aspekt i forhold til borgeren og de pårørende i det samlede rehabiliteringsforløb, når borgeren har behov herfor, kan fremme rehabiliteringsudbyttet set fra et borger- og pårørendeperspektiv.
6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

Hjerneskadekoordineringsfunktion har bl.a. ansvar for:

- at sikre, at borgeren og de pårørende har én kommunal tovholder/kontaktperson gennem forløbet.
- at deltage i udskrivningskonferencen og møde borgeren umiddelbart efter borgerens hjemkomst fra sygehus med henblik på at afdække de psykologiske, sociale, praktiske og fysiske behov ved hjemkomst og løbende igennem det første år.
- at sikre en fælles målsætning mellem borgeren og de professionelle.
- at udarbejde en plan for rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi ud fra den fælles målsætning – og i samarbejde med relevante aktører løbende vurdere og justere behovet for delindsatserne i forhold til den samlede rehabiliteringsindsats og borgerens ressourcer.
- at sikre visitation og bevilling af indsatser.
- at sikre fokus på de psyko-sociale aspekter.
- at sikre multidisciplinært samarbejde omkring borgeren i kommunen og sikre samarbejdet med eksterne aktører.
- at støtte pårørende og henvisse til relevante indsatser for pårørende.

Tværfaglig koordinering af den beskæftigelsesrettede indsats

Koordinationen af den beskæftigelsesrettede indsats i kommunen er forankret i rehabiliteringsteams, for så vidt angår udsatte borgere, der skal have et ressourceforløb, jobafklaringsforløb, fleksjob eller fortidspension samt sygedagspengemodtagere i visitationskategorier 3 – heraf er en del af målgruppen voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum, som skal sikre borgeren en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på beskæftigelse og uddannelse.

De unge og voksne i forløbsbeskrivelsens målgruppe, som er udsat og på uddannelseshjælp/kontanthjælp samt i ressourceforløb, har ret til en koordinerende sagsbehandler (jobkonsulent). Den koordinerende sagsbehandler kan samarbejde med hjerneskadekoordinatorfunktionen. For borgeres i ressourceforløb skal den koordinerende sagsbehandler sammen med rehabiliteringsteamet og borgeren udarbejde rehabiliteringsplanens indsatsdel samt varetage den løbende opfølgning og koordinering af fx ressourceforløb, herunder bistå borgeren med at gennemføre ressourceforløbet. Sygemeldte i jobafklaringsforløb og sygedagspengemodtagere i visitationskategorier 3, der skal have tilbud om en tværfaglig indsats, skal ligeledes have tilknyttet en koordinerende sagsbehandler, der står for opfølgning og sikrer koordinering af borgerens sag.
7. EFFEKT
7. EFFEKT

Forløbsbeskrivelsen indeholder udvalgt viden om virksomme og lovende indsatser, der er centrale for målgruppen. Forløbsbeskrivelsen bidrager til et styrket og vidensbaseret grundlag for virkningsfulde og sammenhængende forløb for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Forløbsbeskrivelsen beskriver effekter på et aggregeret niveau, hvilket betyder, at der på individniveau kan forekomme udsving i effekten af den pågældende metode. Nogle voksne med kompleks erhvervet hjerneskade vil således profitere mere af metoden end andre.

For baggrund for udvælgelsen af metoderne, beskrevet under kapitel 5, henvises til bilag 4.

Studier på hjerneskadeområdet konkluderer ofte, at det er vanskeligt at påvise evidens for effekten af en specifik metode. En af udfordringerne er, at de forskellige studier ikke er konsistente i deres definitioner af det genstandsfelt, de ønsker at måle effekt på, ligesom de ofte benytter sig af forskelligartede måleredskaber. Generelt for de nævnte effektstudier er, at metoderne oftest er rettet mod en bredere målgruppe af borgere med erhvervet hjerneskade, og derfor ikke rettet primært mod borgere med kompleks erhvervet hjerneskade. Det betyder, at der skal tages forbehold for, hvorvidt effekten af metoden kan overføres direkte til forløbsbeskrivelsens målgruppe.

Effekten af metoderne, som beskrives i forløbsbeskrivelsen, er overvejende udledt på baggrund af effektstudier. Det er dog ikke alle metoder, hvor der forefindes effektstudier, her baseres vurderingen primært på systematisk vidensopsamling fra praksis. Den grad af evidens, der nævnes under metoderne i kapitel 5, refererer til det pågældende studies terminologi for evidens. Effekten af metoderne vurderes således ikke ud fra en samlet referenceramme. Effekten er kun beskrevet for de metoder, der relaterer sig til forløbsbeskrivelsens anbefalinger.

Metoderne er blandt andet valgt ud fra kriteriet om, at de vurderes at kunne understøtte og bidrage til, at borgeren får et selvstændigt og meningsfuldt liv. De er dermed ikke udelukkende valgt ud fra, hvorvidt de repræsenterer det højeste evidensniveau.

7.1 Omkostningseffektivitet

Det har hidtil ikke været muligt at fortage egentlige cost-benefit-analyser af indsatserne eller systematiske registreringer af omkostninger forbundet med indsatserne, der er beskrevet i forløbsbeskrivelsen. Implementer evaluering fra november 2015 af ti projekter om rehabiliteringsindsatsen for borgere med erhvervet hjerneskade peger imidlertid på en række indikatorer på sammenhængen mellem en styrket rehabilitering og økonomiske gevinst. Det drejer sig om indikatorer omkring:
• styrket tilknytning til arbejdsmarkedet
• rettidighed og sammenhæng i indsatserne, mhp. at funktionstab mindskes
• neurofaglige kompetencer der understøtter korrekt visitation til rette specialiserede tilbud og dermed laveste effektive omkostningsniveau.

Dertil kommer, at enkelte andre kommuner har sagt at vurdere de økonomiske effekter af projektindsatser for borgere med erhvervet hjerneskade. Der peges dog på, at det er for tidligt at konkludere om, om den økonomiske effekt kan tilskrives selve indsatseren. Der er en række metodiske forhold, der gør det svært at dokumentere de økonomiske effekter. Der er dog tilvejebragt datamateriale, som danner grundlag for de estimerede økonomiske beregninger på sigt.

På sigt vil en mere dataunderstøttet viden om indsatser kunne bidrage til viden om omkostningseffektivitet. Det vil indebære systematisk dokumentation af metoder, indsatser og praksis i forhold til forløbsbeskrivelsens målgruppe.
8. ANVENDELS AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSEN
8. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSEN

For at forløbsbeskrivelsen får en positiv effekt på den samlede indsats over for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, er det afgørende, at den følges op med en aktiv, systematisk implementeringsindsats. Den maksimale anvendelsesgrad opnåes ved implementeringsindsatser på såvel nationalt som lokalt niveau. Det nationale niveau varetages af Socialstyrelsen, som vil have fokus på formidling af forløbsbeskrivelsen. På det lokale niveau er det op til kommunerne at have fokus på at konkretisere og omsætte forløbsbeskrivelsen i forhold til den lokale tilrettelæggelse af indsatserne.


8.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen


Forløbsbeskrivelsen forudsætter, at den anvendes i et tværkommunalt og -sektorielt samarbejde. For at kunne opretholde en tilbudsstruktur, der kan levere indsatser på et højt specialiseret niveau, anbefales det, at kommunerne i fællesskab, samarbejder om at anvende forløbsbeskrivelsen. Tilsvarende anbefales det, at kommuner og sygehuse samarbejder om at anvende forløbsbeskrivelsen, idet forløbet går på tværs af sektorer og ressortområder.


8.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse

Socialstyrelsen følger op på forløbsbeskrivelsens anvendelse to år efter udgivelsen. Opfølgningen kan bidrage til at styrke brugen af forløbsbeskrivelsen på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde og understøtte fortsat praksisudvikling til gavn for borgerne. Forløbsbeskrivelsen revideres senest ved udgangen af 2018.
9. BILAG
Bilag 1: Om forløbsbeskrivelsen

**Hvad er en forløbsbeskrivelse?**

En forløbsbeskrivelse er en overordnet beskrivelse af et samlet og koordineret forløb på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. En forløbsbeskrivelse indeholder aktuel bedste viden om virkningsfulde indsatser til målgruppen, herunder hvilke faglige kompetencer, der er relevante at inddrage på forskellige tidspunkter i borgersens samlede forløb.

En forløbsbeskrivelse udarbejdes, når:

- Socialstyrelsen har tilstrækkelig sikker viden om de højt specialiserede indsatser på området. Det vil sige, når der i videst muligt omfang er tale om:
  - målgruppen er afrånsættet og veldefineret
  - indsatserne er fagligt bæredygtige og bygger på velbeskrevne tilgange og metoder
  - indsatserne kan implementeres i en dansk praksis
  - indsatserne har en dokumenteret positiv effekt.
- Socialstyrelsen konstaterer, at der er behov for en særleg koordineret indsats over for målgruppen.
- Socialstyrelsen forventer, at forløbsbeskrivelsen har en positiv effekt på indsatsen over for målgruppen.

Forløbsbeskrivelsen er primært målrettet kommunale ledere på afdelings- og forvaltningchefsniveau med ansvar for planlægning, tilrettelæggelse og implementering af indsatsen. Ydermere kan faglige ledere og fagpersoner bruge forløbsbeskrivelsen til at understøtte tilrettelæggelsen af de faglige indsatser, ligesom den kan have interesse for borgere og pårørende.

**Baggrund for forløbsbeskrivelsen**


Den centrale udmelding har dermed fokus på de overordnede strukturer og det tværkommunale samarbejde om de højt specialiserede indsatser og tilbud. Forløbsbeskrivelsen er en faglig ramme, der indeholder mere detaljerede beskrivelser af målgruppen og indsatser, beskriver organiseringen, selve borgersforløbet samt kommer med en række vejledende anbefalinger til kommunerne.

**Forløbsbeskrivelsens udarbejdelse**

Socialstyrelsen har udarbejdet forløbsbeskrivelsen i samarbejde med en arbejdsgruppe og referencegruppe.

9. BILAG

Arbejdsgruppen har bestået af Socialstyrelsen, Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL, Beskæftigelsesministeriet, kommuner og faglige eksperter.

Følgende personer har indgået i arbejdsgruppen:
• KL, Lise Holten
• KL, Mette Tranevig
• Beskæftigelsesministeriet, Maria Rydahl Ahlgreen
• Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling, Rinze van der Goot
• Danske Regioner, Ann-Christina Frederiksen
• Sundhedsstyrelsen, Britta Bjerrum Mortensen
• Vejlefjord Rehabilitering, Ditte Bentzen
• Center for Hjerneskade, Ina Schmidt
• Kildebo, Center for Neurorehabilitering, Sandra G. Paulsen
• Center for Kommunikation og Velfærdssteknologi, Sissel Madsen
• Hjerneskadecentret BOMI, Henning Olsen
• Horsens Kommune, Anne Slot-Egholm
• Egedal Kommune, Dion Mattesen
• Socialstyrelsen, Tina Holck
• Socialstyrelsen, Camilla Høigaard Nejst
• Socialstyrelsen, Mette Lund Møller
• Socialstyrelsen, Lene Wulff-Krogsøe

Referencegruppen har bestået af repræsentanter fra relevante organisationer, kommuner og faglige eksperter. Referencegruppen har kvalificeret arbejdsgruppens arbejde løbende.
• Hjernesagen, Maja Klamer Løhr
• Hjerneskadeforeningen, Nina Munch
• Københavns Universitet, Hana Malaa Rytter
• Aalborg Universitet, Charlotte Glintborg
• Rigshospitalet, Glostrup Hospital, Hysse Birgitte Orchhammer
• Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Merete Stubkjær Christensen
• DTHS - Danske tale, høre- & synsinstitutioner, Annette Torp Hansen

Forløbsbeskrivelsen har endvidere drøftet i Det Faglige Råd for den nationale koordinationsstruktur. Det Faglige Råd rådgiver Socialstyrelsen i forhold til aktiviteter forbundet med den nationale koordinationsstruktur og består af repræsentanter fra:
• Socialstyrelsen
• Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling
• Beskæftigelsesministeriet
• Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
• kommunernes Landforening
• Danske Regioner
• SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
• Eksperter på det specialiserede socialområde (udpeget af Socialstyrelsen efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
• Eksperter på det specialiserede specialundervisningsområde (udpeget af Socialstyrelsen og undervisningsministeriet efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd).

Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i perioden maj 2015 - maj 2016.
Bilag 2. Lovgrundlaget for forløbsbeskrivelsen

Skema over lovgrundlag for indsatser som kan være relevante til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Livsfaser</th>
<th>Genoptræning</th>
<th>Specialundervisning</th>
<th>Personstøtte og bostøtte</th>
<th>Beskæftigelses-rettede indsatser og ydelser</th>
<th>Uddannelses-rettede indsatser</th>
</tr>
</thead>
</table>
9. BILAG

<table>
<thead>
<tr>
<th>Livsfaser</th>
<th>Genoptræning</th>
<th>Specialundervisning</th>
<th>Personstøtte og bostøtte</th>
<th>Beskæftigelses-rettede indsatser og ydelser</th>
<th>Uddannelses-rettede indsatser</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Seniorliv og alderdom 65-75</strong></td>
<td>SEL § 85 Socialpædagogisk bistand</td>
<td>Lov om specialundervisning for voksne (LBK nr. 787 af 15/06/2015)</td>
<td>SEL § 83 Personlig og praktisk hjælp</td>
<td>SEL § 85 Socialpædagogisk bistand</td>
<td>ABL § 105 Botilbud</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SEL § 86.1 Genoptræning</td>
<td></td>
<td>SEL § 107: Midlertidigt botilbud</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SEL § 102 Behandling</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SUL § 140 Genoptræning efter udskrivning fra sygehus</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bilag 3. Begrebsdefinitioner

Rehabilitering

Erhvervet hjerneskade
Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere. Erhvervet hjerneskade kan være forårsaget af etapopleksi, blødninger i hjernen udover apopleksi, traumer, tumorer (benigne og maligne), infektioner, forgiftninger, ilmangel (fx ved drukningsulykker og hjertestop) m.fl.

Funktionsevnenedsættelse
Er en overordnet term for funktionsnedlæggelse, aktivitetsbegrænsning og deltagelsesbegrænsning. Termen angiver de negative aspekter af samspillet mellem et individ (med en givet helbredstilstand) og individets kontekstuelle faktorer (omgivelses- og personlige faktorer).

Funktionsnedlæggelse
Er problemer eller abnormiteter i kroppens fysiologiske funktioner (inklusiv mentale funktioner) eller anatomi. Abnormitet anvendes her snævert som reference til en væsentlig afvigelse fra accepterede statistiske normer (dvs. en afvigelse fra et befolkningssgensnemst inden for angivne standarder) og bør anvendes på denne måde.

Kompleks erhvervet hjerneskade
Hjerneskaden betegnes som kompleks, når følgerne efter en akut opstået hjerneskade er forbundet med komplekse følger i form af komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder. Ligeledes er der tale om en kompleksitet i problemstillingen eller en flerhed af problemstillinger, som kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Koordination
Koordination i rehabiliteringsforløb er en kompetent samordning af de faglige indsatser, både indholdsmæssigt og tidsmæssigt i forhold til det overordnede rehabiliteringsmål, og både internt i kommunen, på tværs af forvaltninger og på tværs af sektorer (i overgange mellem region og kommune samt overgange internt i kommunen) med øje for borgerens bio-psyko-sociale udviklingsbehov.

Indsats

Højt specialiserede indsatser
Højt specialiserede sociale indsatser som betegnes som komplekse, når følgerne efter en akut opstået hjerneskade er forbundet med komplekse følger i form af komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder. Ligeledes er der tale om en kompleksitet i problemstillingen eller en flerhed af problemstillinger, der kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Koordination
Koordination i rehabiliteringsforløb er en kompetent samordning af de faglige indsatser, både indholdsmæssigt og tidsmæssigt i forhold til det overordnede rehabiliteringsmål, og både internt i kommunen, på tværs af forvaltninger og på tværs af sektorer (i overgange mellem region og kommune samt overgange internt i kommunen) med øje for borgerens bio-psyko-sociale udviklingsbevægelse.

Indsats

Højt specialiserede indsatser
Højt specialiserede sociale indsatser som betegnes som komplekse, når følgerne efter en akut opstået hjerneskade er forbundet med komplekse følger i form af komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder. Ligeledes er der tale om en kompleksitet i problemstillingen eller en flerhed af problemstillinger, der kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Koordination
Koordination i rehabiliteringsforløb er en kompetent samordning af de faglige indsatser, både indholdsmæssigt og tidsmæssigt i forhold til det overordnede rehabiliteringsmål, og både internt i kommunen, på tværs af forvaltninger og på tværs af sektorer (i overgange mellem region og kommune samt overgange internt i kommunen) med øje for borgerens bio-psyko-sociale udviklingsbevægelse.

Indsats

Højt specialiserede indsatser
Højt specialiserede sociale indsatser som betegnes som komplekse, når følgerne efter en akut opstået hjerneskade er forbundet med komplekse følger i form af komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder. Ligeledes er der tale om en kompleksitet i problemstillingen eller en flerhed af problemstillinger, der kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Koordination
Koordination i rehabiliteringsforløb er en kompetent samordning af de faglige indsatser, både indholdsmæssigt og tidsmæssigt i forhold til det overordnede rehabiliteringsmål, og både internt i kommunen, på tværs af forvaltninger og på tværs af sektorer (i overgange mellem region og kommune samt overgange internt i kommunen) med øje for borgerens bio-psyko-sociale udviklingsbevægelse.
9. BILAG

Tilbud
Et tilbud er en organisation, der leverer ydelser. Der kan også bruges begrebet ’leverandør’. Højt specialiserede tilbud er tilbud, der leverer højt specialiserede indsatser.

Vidensmiljø
Et vidensmiljø er et fagligt miljø, hvis fagpersoner er forankrede i en organisation eller institutionel ramme, der med udgangspunkt i praksis arbejder med vidensudvikling og vidensdeling i forhold til en eller flere konkrete målgrupper på det mest specialiserede social-og specialundervisningsområde. Med fagligt miljø forstås mindst tre personer, der har relevant praktisk og teoretisk viden og kompetencer i forhold til målgruppen. Med udgangspunkt i praksis forstås, at vidensudviklingen, der finder sted i det faglige miljø, tager udgangspunkt i gentagne praksisrørelser med en konkret målgruppe og indsatser i relation hertil.

Genoptræningsplan
Patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, tilbydes en individuel genoptræningsplan. Planen skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, specialiseret genoptræning eller specialiseret rehabilitering. Desuden skal planen indeholde en beskrivelse af patientens funktions- og genoptræningsbehov, samt angive hvilke funktionsevneneedsættelser som genoptræningen skal rette sig imod. For patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau skal genoptræningsplanen beskrive patientens samlede funktionsvne samt patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser på udskrivelsestidspunktet.

Specialiseringsniveauer på det sociale område

Specialiseringsniveauer på sundhedsområdet
På sundhedsområdet sondres der på specialiseret niveau mellem genoptræning på specialiseret niveau (på sygehus og ved specialiserede rehabiliteringstilbud) og rehabilitering på specialiseret niveau (ved specialiserede rehabiliteringstilbud). Genoptræning på specialiseret niveau varetages på sygehus og i et tæt tværfagligt samarbejde, hvor koordination af genoptræningen, andre rehabiliteringsindsatser og den ambulante lægelige behandling er afgørende. Genoptræningsindsatserne varetages ligeledes på sygehus, hvis hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi. Rehabilitering på specialiseret niveau varetages af et (eller flere) specialiserede rehabiliteringstilbud og organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordinering af den samlede specialiserede indsats er afgørende.
9. BILAG

Bilag 4 Baggrund for udvælgelse af metoder


Søgetermer til afgrænsning af målgruppen:
- Engelsk: +18 years old, adult, adulthood, aged, elderly, grown-up, middle aged, stroke, brain injury, head injury, head trauma, traumatic brain injury, brain trauma, acquired brain injury, brain damage, brain infarction, cerebral infarction, brain, apoplexia, stroke, neurological impairments, moderat, severe
- Dansk: hjerneskade, neurologi, apopleksi, slagtilfælde, traumatisk hjerneskade moderat, svær
- Svensk: hjärnskada, apoplexi, hjärnslag, stroke
- Norsk: hjerneskade, apopleksi.

Søgetermer til afgrænsning af forskningsdesign:
Systematic review, Meta analysis, Clinical trial (CT), Controlled clinical trial (CCT), Randomized controlled trial (RCT), Evidence-based, Double-blind method, Single-blind method, Prospective/Retrospective Longitudinal study, Cohorte study, Follow-up, Multi center study, Comparative study, Review article, Questionnaire, Qualitative design, Case study, Single subject research.

Den første sortering af litteraturen er sket på baggrund af studiets abstracts med henblik på at udvælge studier, der kan beskrive målgruppens funktionsevne samt indsatser, der kan understøtte og bidrage til, at borgeren får et selvstændigt og meningfuldt liv. De udvalgte studier er efterfølgende vurderet på baggrund af graden af evidens for metodens effekt, samt på baggrund af nationale guidelines’ vurdering og anbefaling af metoden og systematiske reviews. Arbejds- og referencegruppe er blevet præsenteret for de udvalgte metoder og har haft mulighed for at kommentere på Socialstyrelsens valg.
I skemaerne nedenfor uddybes på hvilken baggrund, de beskrevne metoder i kapitel 5 er udvalgt.

### Indsatser, der fremmer kroppens funktioner – mentale funktioner

<table>
<thead>
<tr>
<th>Metoder</th>
<th>Baggrund for udvælgelse af metoder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Overordnede kognitive funktioner</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Meta-Kognitive-Strategier (MKS)</td>
<td>MTV finder god evidens for effekt af metoden i forhold til forbedring af dagligdags problemløsning. Skotsk national klinisk guideline anbefaler metoden til borgere med eksekutiv funktionsnedsættelse som følge af traumatisk hjerneskade.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Energi</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)</td>
<td>RCT studie finder, at metoden viser statistisk signifikante forbedringer målt på graden af mental træthed og på neuropsykologiske tests.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sprog og talefunktion</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Constraint Induced Language Therapy (CILT)</td>
<td>MTV finder, at der er moderat evidens for effekt af metoden udført af lægmand under supervision fra logopæd. Anvendes i dansk praksis.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Temperament og personlighed</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Positive Behaviour Support (PBS)</td>
<td>Litteratur review finder, at metoden kan være virkningsfuld ved adfærdsproblemer. Et systematisk review konkluderer, at metoden viser forbedringer i forhold til adfærd, og metoden kan betragtes som en evidensbaseret behandling.</td>
</tr>
<tr>
<td>Differential Reinforcement (DR)</td>
<td>Case studier og litteratur review finder, at metoden kan reducere udadreagerende adfærd.</td>
</tr>
<tr>
<td>Self-Monitoring-Training (SMT)</td>
<td>Case studier og litteratur review finder, at metoden kan være virkningsfuld ved adfærdsproblemer.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 9. BILAG

#### Indsatser, der fremmer aktivitet og deltagelse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Metoder</th>
<th>Baggrund for udvælgelse af metoder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Kommunikation</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alternativ Supplerende Kommunikation (ASK)</td>
<td>Sundhedsstyrelsens MTV finder svag evidens for, at støttende teknikker og redskaber kan forbedre samtalepartners interaktionsevner. Der gøres i dansk praksis også brug af alternative og supplerende kommunikationshjælpemidler og -løsninger til gruppen af borgere med komplekse kommunikationsbehov.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Metoder</th>
<th>Baggrund for udvælgelse af metoder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Produkter og teknologi (hjælpemidler)</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Talking mats</td>
<td>Talking mats er en metode, som benyttes i dansk praksis, b.l.a. på midlertidige botilbud i forbindelse med målsætning, handleplansarbejde m.m. Kvalitative studier har endvidere vist, at metoden hjælper borgere med let til svær afasi med at give udtryk for synspunkter for derved at blive mere aktivt deltagende i rehabiliteringsforløbet.</td>
</tr>
<tr>
<td>Electronic Portable Assistive Devices (EPAD)</td>
<td>Systematisk review viser utilstrækkelig evidens til at anbefale standarder for praksis, men tilstrækkelig evidens til at anbefale brug af elektroniske hukommelsessystemer som støtte i forbindelse med hverdagens opgaver. Dansk studie baseret på kvalitative og kvantitative data viser, at borgere med traumatiskt hjerneskade oplever brug af smartphone som en tilfredsstellende kompensation for nedsat hukommelse.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Metoder</th>
<th>Baggrund for udvælgelse af metoder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Familie, slægtinge og venner</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psyko-sociale pårørende interventioner</td>
<td>En nyere ph.d. afhandling anbefaler metoden som indsats til pårørende. Argumentet herfor er, at flere studier har vist gode resultater i forhold til, at metoden hjælper pårørende til at mestre situationen, genfinde familieidentiteten samt deres plads som pårørende. Flere studier har vist gode resultater af et 12-ugers Multi-Family Group Therapy (MFGT) program, der hjælper pårørende med at mestre situationen, genfinde familieidentiteten samt deres plads som pårørende.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

1. Sundhedsstyrelsens MTV finder svag evidens for, at støttende teknikker og redskaber kan forbedre samtalepartners interaktionsevner.
2. Der gøres i dansk praksis også brug af alternative og supplerende kommunikationshjælpemidler og -løsninger til gruppen af borgere med komplekse kommunikationsbehov.
3. Talking mats er en metode, som benyttes i dansk praksis, bl.a. på midlertidige botilbud i forbindelse med målsætning, handleplansarbejde m.m. Kvalitative studier har endvidere vist, at metoden hjælper borgere med let til svær afasi med at give udtryk for synspunkter for derved at blive mere aktivt deltagende i rehabiliteringsforløbet.
5. En nyere ph.d. afhandling anbefaler metoden som indsats til pårørende. Argumentet herfor er, at flere studier har vist gode resultater i forhold til, at metoden hjælper pårørende til at mestre situationen, genfinde familieidentiteten samt deres plads som pårørende. Flere studier har vist gode resultater af et 12-ugers Multi-Family Group Therapy (MFGT) program, der hjælper pårørende med at mestre situationen, genfinde familieidentiteten samt deres plads som pårørende.
### Indsatser rettet mod omgivelsesfaktorer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Metoder</th>
<th>Baggrund for udvælgelse af metoder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Produkter og teknologi (hjælpemidler)</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Uddannelsesprogram for pårørende</strong></td>
<td>Flere Cochrane reviews har identificeret, at information, rådgivning og støtte til pårørende udgør en rolle i god praksis.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kommunikativ partnertræning</strong></td>
<td>MTV finder, at der er moderat evidens for effekt af træning af pårørendes samtalepartner. Ydermere viser et systematisk review og et RCT studie, at uddannelse af kommunikationspartnere til mennesker med erhvervet hjerneskade er gavnligt, når det handler om at forbedre kommunikationen. Anvendes i dansk praksis.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Indsatser rettet mod personlige faktorer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Metoder</th>
<th>Baggrund for udvælgelse af metoder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Identitet og følelsesmæssige udfordringer</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kognitiv adfærdsterapi (Cognitive Behavioural Therapy, CBT)</strong></td>
<td>Systematiske reviews og meta analyse viser, at metoden kan reducere angst og depression hos borgere med angst og depression som følge af hjerneskade. Skotsk national klinisk guideline anbefaler metoden til borgere med mild til moderat traumatiske hjerneskade som del af det samlede rehabiliteringsforløb.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Narrativ tilgang</strong></td>
<td>Casestudie og kvalitativt studie konkluderer, at selv-narrativer kan bidrage til bedre mestringsstrategier og derigennem øget livskvalitet og trivsel. Yderligere konkluderes, at fokusområder som sprog, selv-narrativer og identitet er helt centrale aspekter i rehabiliteringsøjemed.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
10. REFERENCER
10. REFERENCER

10. REFERENCER

uploads/files/PPG_EN_Cog_Communication_Disorders.pdf


10. REFERENCER


10. REFERENCER


10. REFERENCER


10. REFERENCER


Reuben Escorpizo et al. (2015). Handbook of Vocational Rehabilitation and disability evaluation – Application and implementation of the ICF. 

Reuben Escorpizo et al. (2015). Handbook of Vocational Rehabilitation and disability evaluation – Application and implementation of the ICF. 


Glintborg, C (2015). Grib Mennesket 


Glintborg, C (2015). Grib Mennesket 

Lov og aktiver beskæftigelse 


10. REFERENCER


