



En styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade

Indhold

Forord.....	3
1. Indledning.....	4
2. Mål for udviklingen på det kommunale hjerneskadeområde.....	6
3. Udspillet ti anbefalinger.....	7
4. Status for hjerneskadeområdet i kommunerne.....	12
5. En god udredning og den rette indsats.....	21
6. Udbud og efterspørgsel af indsatser til borgere med komplekse hjerneskader.....	25

Borgere med komplekse hjerneskader skal have god kvalitet

Forord

KL ønsker med udspillet på hjerneskadeområdet og de ti anbefalinger at sikre, at alle borgere med hjerneskade får en indsats af en høj kvalitet. Det betyder, at kommunerne må styrke samarbejdet med hinanden og med specialiserede tilbud for de ca. 2.500 borgere, som hvert år bliver ramt af en kompleks hjerneskade.

Her er det helt afgørende, at rehabiliteringsindsatsen sker i et samspil mellem kommunen og de specialiserede vidensmiljøer. Det er kommunernes ansvar at sikre, at denne viden er til rådighed og på bedste vis bliver brugt og understøtter den enkelte borgers rehabilitering.

Hvis KL's udspil på hjerneskadeområdet realiseres, vil det betyde, at alle borgere med hjerneskader kan være sikre på, at kommunerne råder over og anvender den rette palet af specialkompetencer. Udspillet vil sikre, at kommunerne lever op til deres forsyningsansvar og at der er det nødvendige økonomiske sikkerhedsnet under de specialisttilbud, som kommunerne er fælles om.

KL vil dog også stille en række krav til de specialiserede tilbud. Det skal være klart, hvad tilbuddene tilbyder og hvilken kvalitet man kan forvente. Derfor inviterer KL de centrale sundhedsmyndigheder til et samarbejde, så vi får nogle klare krav til, hvad der skal til for at være et specialiseret hjerneskadetilbud.

KL vil med udspillet styrke samspillet mellem de specialiserede tilbud og kompetencer i kommunerne. Borgere med hjerneskader skal så vidt muligt have tilbudt rehabilitering i det nære. For det er der evidens for, virker.

Vi er overbevist om, at udspillet vil være et godt afsæt for det videre arbejde på hjerneskadeområdet. Kommunerne er nået langt på de 5 år, de har haft det fulde ansvar for rehabilitering efter sygehusindlæggelse. De næste år vil kommunerne med den omfattende kompetenceudvikling blive oprustet yderligere. Med dette udspil vil vi bane vejen for, at kommunerne får taget hånd om alle borgere med en hjerneskade.

God læselyst!

Erik Nielsen
Formand

Kristian Wendelboe
Adm. direktør

1. Indledning

Kommunerne har de sidste fem år haft det fulde ansvar for rehabilitering af borgere med hjerneskade efter udskrivning fra sygehuset. Det har været fem år, hvor kommunerne har oprustet indsatsen. Flere borgere end tidligere modtager genoptræning, og kommunerne har udviklet, målrettet og integreret de tilbud og kompetencer, som de overtog fra amterne med de kompetencer, der allerede var i kommunerne. Det betyder, at kommunerne i dag kan tilbyde borgere med hjerneskade en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, hvor der er fokus på at få borgerens hverdagsliv til at fungere med bolig, job, familie og netværk.

I 2012 har kommunerne sat ekstra fokus på senhjerneskadeområdet. Erhvervet hjerneskade er et særligt tema i alle fem rammeaftaler på social- og specialundervisningsområdet. Samtidig betyder Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses pulje til udmøntning af forløbsprogrammerne, at kommunerne styrker kompetenceniveauet blandt de kommunale medarbejdere og opruster på indsatssiden.

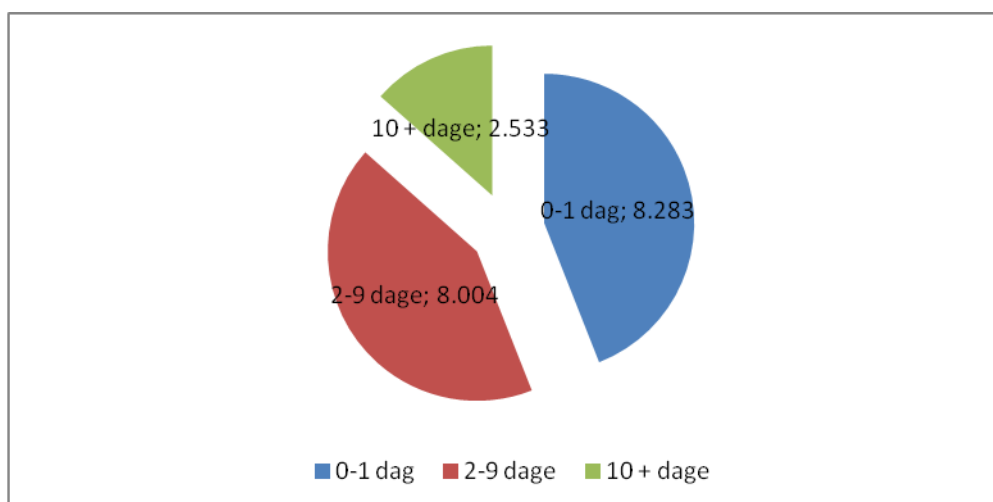
Imidlertid er der en gruppe, som har så komplekse hjerneskader, at de efter sygehusophold har brug for en specialiseret indsats. KL's udspil på hjerneskadeområdet er især rettet mod denne gruppe og opstiller en række anbefalinger til, hvordan indsatsen for denne gruppe løftes og bliver mere ensartet på tværs af landet.

KL ønsker med udspillet at udstikke retningen for udviklingen på det kommunale hjerneskadeområde de kommende år. Udspillet er KL's bud på, hvordan kommunerne udvikler rehabiliteringsindsatserne for borgere med hjerneskade, både som enkeltkommuner, i tværkommunalt regi og i samarbejde med andre aktører.

1.1. Målgruppe

Gruppen af borgere med komplekse hjerneskader er relativt lille og rummer borgere med meget forskellige funktionsnedsættelser. Deres behov kan derfor være svære at kategorisere.

Målgruppen varierer i forhold til graden og kompleksiteten af den erhvervede hjerneskade, hvilket bl.a. afspejler sig i forskelle i antal indlæggelsesdage for de berørte borgere. Den nedenstående figur viser fordelingen af den samlede målgruppe i forhold til kompleksitet målt som antal indlæggelsesdage for den seneste indlæggelse i 2010.



Kilde: Landspatientregistret, 2010

I 2010 var der på landsplan ca. 19.000 borgere, der var indlagt på grund af erhvervet hjerneskade. Heraf var ca. 2.500 eller 13 % indlagt i mere end 10 dage, hvilket kan ses som et udtryk for, at deres hjerneskade er kompleks.

1.2. Rapportens tilblivelse

Rambøll har for KL gennemført en række analyser, som ligger til grund for udspillet. Rambøll har dels foretaget en afdækning af erfaringerne med en række kommuners brug af en systematisk udredningsmetode i sager på hjerneskadeområdet. Ligeledes har Rambøll gennemført en kortlægning af de kompetencer og ydelser, som en række specialiserede tilbud udbyder samt afdækket den kommunale efterspørgsel efter specialiserede ydelser. Der har været nedsat en arbejdsgruppe bestående af medarbejdere i kommuner, som har bidraget til at kvalificere arbejdet.

2. Mål for udviklingen på det kommunale hjerneskadeområde

KL's udspil baserer sig på følgende mål for udviklingen på hjerneskadeområdet:

- At den enkelte borger sikres et rehabiliteringstilbud af god kvalitet, som svarer til den enkelte borgers behov.
- At mestringsperspektivet strategisk og systematisk fremmes gennem opbygning og udvikling af både monofaglige og multidisciplinære kompetencer.
- At de specialiserede kompetencer i videst muligt omfang skal kunne integreres med de basale og avancerede kompetencer, således at borgeren oplever en sammenhængende og fleksibel indsats.
- At rehabilitering bør ydes tættest muligt på borgerens nærmiljø, hvor borgeren skal bruge færdighederne. Der er evidens for, at de sociale, kognitive, fysiske og psykiske funktioner trænes bedst i de omgivelser, borgeren skal vende tilbage til.
- At kommunerne alene eller i fællesskab sikrer et tilstrækkeligt volumen i indsatserne til at opretholde de nødvendige kompetencer og erfaring med rehabilitering af personer med komplekse hjerneskader.
- At kommunerne i hver region samarbejder om at sikre, at alle kommuner har lige adgang til rehabiliteringsindsatser på specialiseret niveau.
- At indsatserne tager afsæt i LEON-princippet, så personer med erhvervet hjerneskade tilbydes den rette rehabilitering under hensynstagen til hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

3. Udspillet ti anbefalinger

Anbefalingerne i dette udspil tager afsæt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade, MTV om hjerneskaderehabilitering samt de analyser, Rambøll har gennemført for KL i forbindelse med udspillet tilblivelse.

Udfordringen på hjerneskadeområdet er, både i sygehusregi og særligt i det nære sundhedsvæsen, at der findes meget lidt evidens på rehabiliteringsområdet. En af årsagerne er, at det er svært at vurdere en given indsats effekt, fordi hjerneskadeområdet er karakteriseret af en stor variation i diagnose, symptomer, sygdomsgrad og sygdomsvarighed (MTV om hjerneskaderehabilitering, Sundhedsstyrelsen).

Med Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade og MTV om hjerneskaderehabilitering, er der skabt et godt afsæt for at udvikle indsatserne på området.

Sundhedsstyrelsens forløbsprogram har følgende anbefalinger til kommunerne:

- At genoptræningsplanen inddrages og evt. interdisciplinær vurdering af personens funktionsevne og livssituation inddrages, både før og efter hjerneskadens opståen (familie, fritid og erhverv).
- At det fremgår, hvilken forbedring af funktionsevnen, som personen forventes at kunne opnå ved rehabilitering, herunder behovet for intensitet og varighed af indsatsen.
- At oplysninger fra almen praksis og rådgivning fra VISO eller andre aktører, herunder de specialiserede hjerneskadetilbud, kan indgå i kommunens vurdering.
- At kommunerne etablerer en hjerneskadekoordineringsfunktion med neurofaglig viden til at koordinere rehabiliteringsindsatsen.
- At der sikres adgang til graduerede rehabiliteringstilbud til personer med behov herfor, herunder udarbejder visitationsretningslinjer til de forskellige tilbud.
- At regioner og kommuner sikrer tilstrækkelig og opdateret neurofaglig viden blandt alle involverede faggrupper. De relevante selskaber bør definere og afgrænse neurofaglig viden samt beskrive kompetenceniveauer for de enkelte faggrupper på de forskellige specialist-niveauer på sygehus og i kommunerne.

MTV om hjerneskaderehabilitering peger på følgende punkter af relevans for den kommunale indsats:

- At hjerneskadede borgere ofte har meget individuelle behov for rehabilitering, hvilket kan være vanskeligt at håndtere med standardiserede forløb. Der peges på behovet for at formulere standarder i forhold til måden, hvormed hjerneskaderehabiliteringen organiseres, herunder standarder for koordinering, faglige kompetencer, multidisciplinært samarbejde, antal ansatte, mål og indikatorer for indsatsen mv.
- At kommunerne i relation til rehabilitering bør sikre tilstrækkelig volumen for at opretholde erfaring og kompetencer samt hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

- At der er brug for klassificering af hjerneskaderehabiliteringstilbud og -behov i forhold til relevante indikatorer. Det vil give et overskueligt og informeret grundlag for beslutninger om henvisning og muliggøre et ensartet kvalitetsniveau i indsatsen.
- At den neurofaglige viden skal sikres i multidisciplinære teams, således at den relevante viden altid er tilgængelig. Tværkommunale teams foreslås som en mulighed i mindre kommuner.
- At ICF kan være et vigtigt redskab for kommunikation i organiseringen af tværfaglige teams, både intra- og interorganisatorisk.

Med afsæt i ovenstående, oplystes her ti anbefalinger for at styrke indsatsen særligt rettet mod den specialiserede rehabilitering. Anbefalingerne er primært rettet mod kommunerne og KL, men et løft af området vil også kræve, at andre, herunder de nationale myndigheder og de specialiserede tilbud, justerer deres indsats. Dette er også reflekteret i anbefalingerne.

Anbefaling 1: Alle kommuner skal sikre, at borgerne har adgang til specialiseret hjerneskaderehabilitering, enten i egne tilbud, i tværkommunale tilbud eller ved samarbejde med specialiserede tilbud

For at sikre høj kvalitet i rehabiliteringen til alle borgere, skal kommunerne, i regi af samarbejdet om rammeaftalen, udarbejde en fælles plan for, hvordan alle kommuner råder over specialiserede kompetencer, hvis de ikke selv besidder dem. Det skal være klart for borgeren, hvilke specialiserede tilbud, kommunen samarbejder med. Det skal være tydeligt, at kommunerne løfter deres forsyningsansvar på området.

Anbefaling 2: Der skal skabes økonomisk bæredygtighed for de mest specialiserede tilbud

KL anbefaler, at kommunerne aftaler modeller, som sikrer et bedre økonomisk sikkerhedsnet for de mest specialiserede tilbud, end den traditionelle takstfinansiering giver. KL anbefaler, at kommunerne identificerer disse tilbud og laver de nødvendige aftaler.

Der er endvidere behov for, at indsatserne på de specialiserede tilbud udvikles og bliver mere fleksible, så den specialiserede indsats på bedst mulig vis integreres i de kommunale tilbud. Det kan fx være i form af satellitenheder fra de specialiserede enheder ude i kommunerne, eller via kontrakter om faglig understøttelse af den enkelte kommunes indsats.

Anbefaling 3: KL anbefaler en konsolidering blandt de specialiserede tilbud på hjerneskadeområdet, som resulterer i få, særligt stærke vidensmiljøer, som både kan bistå kommunerne i rehabiliteringsarbejdet og understøtter den faglige udvikling og forskning

En afdækning, Rambøll har lavet for KL, viser, at indholdet i de specialiserede tilbud ikke altid er entydigt og gennemsigtigt. Der er behov for at udvikle og konsolidere disse tilbud med afsæt i standarder for tværfaglige og monofaglige kompetencer i den specialiserede rehabiliteringsindsats, jf. anbefaling 5. Der er også behov for, at de to specialsygehuse på hjerneskadeområdet i højere grad udvikles til særlige vidensmiljøer, som understøtter, udvikler og kvalitetssikrer den kommunale rehabilitering.

Anbefaling 4: Alle kommuner skal have en organisering, som understøtter en koordineret rehabiliteringsindsats på tværs af forvaltningsområder, fx via en hjerneskadekoordinator

KL anbefaler, at alle kommuner sikrer en stringent, koordineret og tværfaglig indsats, fx i form af en koordinator eller koordinerende forum med klare kompetencer. Hovedparten af kommunerne har i dag en hjerneskadekoordinatorfunktion, der både kan bestå af en hjerneskadekoordinator og/eller et koordinerende team. De nuværende erfaringer med en koordinatorfunktion i de komplekse sager, hvor en borger kan have kontakt til mange forskellige instanser, er gode og bør udvides til alle kommuner.

Anbefaling 5: Der skal udvikles nationale standarder for tværfaglige og monofaglige kompetencer i den specialiserede rehabiliteringsindsats

Der kræves en række tværfaglige og monofaglige kompetencer i indsatsen for borgere med behov for en specialiseret hjerneskaderehabilitering. Pt. ligger det ikke fast, hvilke indsatser, der kræver hvilke kompetencer. KL anbefaler, at der udvikles klare nationale retningslinjer, som sikrer et bedre afsæt for at sikre kvaliteten i de specialiserede indsatser. KL vil invitere Sundhedsstyrelsen til et samarbejde om at opstille en række faglige standarder for tværfaglige og monofaglige kompetencer. Udarbejdelsen af standarderne tager afsæt i det arbejde, som allerede er igangsat i regi af Sundhedsstyrelsen og KL med at udvikle kliniske retningslinjer.

Anbefaling 6: Alle kommuner skal inden for én uge have kontaktet borgeren og givet borgeren en plan for genoptræningsforløbet

KL anbefaler, jf. KL's udspil om det nære sundhedsvæsen, at alle skal have afklaret deres fysiske genoptræningsforløb inden for én uge. Borgeren skal her have vurderet sit genoptræningsbehov, herunder hvornår genoptræningsforløbet skal igangsættes, samt en begrundelse herfor. KL anbefaler ligeledes, at alle kommuner er i en tæt dialog med hospitalerne for at sikre, at genoptræningsplanerne er fyldestgørende.

Anbefaling 7: Alle kommuner skal med afsæt i Voksenudredningsmetoden sikre ensartethed og sammenhæng mellem udrednings- og rehabiliteringsindsatsen. Voksenudredningsmetoden skal suppleres med hjerneskadespecifikke redskaber

En væsentlig forudsætning for en god rehabilitering af borgere med hjerneskade er, at kommunerne sikrer en god udredning og stratificering af borgerne, så den enkelte borger får et tilbud, der svarer til behovet. Det skal ske med et fælles redskab mellem de forskellige forvaltningsområder og eksterne aktører samt med inddragelse af borgeren og de pårørende. Her har en systematisk sagsbehandlingsmetode en stor betydning. KL's afdækning af brugen af Voksenudredningsmetoden (VUM) på hjerneskadeområdet viser, at modellen er anvendelig som sagsbehandlings- og stratificeringsværktøj. VUM'en skal imidlertid suppleres med et specifikt hjerneskadeværktøj, hvis den skal kunne anvendes. KL anbefaler, at et sådant værktøj udvikles i samarbejde mellem KL og de centrale social- og sundhedsmyndigheder.

Anbefaling 8: Alle kommuner skal have de samme klare og tilgængelige visitationsretningslinjer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade

Flere kommuner er, som en del af arbejdet med at implementere forløbsprogrammerne, i gang med at udarbejde visitationsretningslinjer for hjerneskadeområdet. Disse visitationsretningslinjer skal bl.a. gøre det synligt over for borgere med en hjerneskade, hvilken indsats, de kan forvente, herunder hvilke specialiserede hjerneskadetilbud, som den enkelte kommune samarbejder med. Der er behov for, at der på baggrund af disse retningslinjer bliver udarbejdet nogle nationale visitationsretningslinjer, som alle kommuner kan tage afsæt i.

Anbefaling 9: KL anbefaler, at VISO og ViHS's nationale overblik og viden bruges mere aktivt i udviklingen af hjerneskadeområdet

VISO og ViHS's nationale overblik over specialviden bør inddrages i KKR's beslutninger i forbindelse med aftaler om sikring af den specialiserede viden (Ramme- og udviklingsaftalerne). Samtidig skal kommunerne også, på baggrund af den viden, de får via arbejdet med rammeaftalerne, kunne komme med forslag til VISO om specialiserede kompetencer på hjerneskadeområdet, der bør opdateres, videreudvikles eller udbredes (almengøres).

Anbefaling 10: Alle kommuner skal dokumentere deres indsatser på hjerneskadeområdet

En forudsætning for løbende kvalitetsudvikling på hjerneskadeområdet er, at alle kommuner arbejder mere systematisk på at dokumentere og evaluere de kommunale indsatser. Der ligger fortsat et stort arbejde i at styrke arbejdet med registreringer af test og målinger, så det sikres, at rehabiliteringen sker på en veltilrettelagt måde.

Som det også fremgår af KL's udspil om det nære sundhedsvæsen, er en væsentlig brik heri også at etablere et øget samarbejde mellem kommuner, regioner, staten og forskningsinstitutter. KL anbefaler derfor, at kommunerne, hjerneskadecentrene, Sundhedsstyrelsen og forskningsinstitutterne indgår aftaler om, hvordan dokumentation og evidens på hjerneskadeområdet de kommende år bliver styrket.

4. Status for hjerneskadeområdet i kommunerne

Kommunerne har siden 2007 oprustet deres kompetencer på hjerneskadeområdet, både på myndigheds- og udførelsniveau. Kommunerne har ansat hjerneskadekoordinatore og gennemført uddannelsesforløb med særlig fokus på de kognitive problemstillinger. Kommunerne har ligeledes integreret og videreudviklet de tilbud og kompetencer, de overtog med den viden, man i forvejen havde. Kommunerne er dermed kommet langt med at videreudvikle området og vil i løbet af de kommende år blive yderligere oprustet.

Horsens Kommune bruger specialviden aktivt på hjerneskadeområdet

Horsens Kommune har etableret et specialrådgivnings- og udredningstilbud ”Hjernekerneln” på Center for Kommunikation og Hjælpemidler, som kommunen overtog fra amtet i 2007.

Der er udviklet et koordinerende forum mellem myndigheder (jobcenter, myndighedsafdelingen og sygehusene) og mellem Hjernekerneln. Hjernekernelns kerneydelse er hjerneskadekoordinering og specialrådgivning. Neuropsykolog og anden relevant viden bruges ad hoc.

Der er også etableret et hjerneskadesamråd, som skal sikre det optimale rehabiliteringsforløb (som sigter mod både fase II og III i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram om hjerneskaderehabilitering). Hjerneskadesamrådet drøfter, som forberedelse til et rehabiliteringsmøde, mulighederne for indsatsen i Horsens Kommune. Samrådet er sammensat af et fast panel af fagpersoner og suppleres ad hoc efter behov. Myndighedsafgørelserne koordineres mellem de enkelte myndighedsdele, og der udarbejdes en samlet rehabiliteringsplan. Koordinatorerne sikrer, at den overordnede plan gennemføres sammen med borgeren i samarbejde med Hjernekerneln. Hjernekerneln koordinerer og rådgiver om, hvad der skal til for at få hverdagen til at fungere igen efter en hjerneskade. Der vil ofte være tale om at koordinere forskellige indsatser.

4.1. Kommunerne udvikler kompetencerne på hjerneskadeområdet

Der er med de 150 mio. kr., som er afsat til at implementere forløbsprogrammerne, igangsat omfattende uddannelsesforløb i alle kommuner, bl.a. i samarbejde med hjerneskadecentrene. Fokus er bl.a. på at opruste medarbejdernes neurofaglige kompetencer. De forskellige tiltag, som vil løbe over de næste år, betyder, at kommunerne bliver godt rustet til opgavevaretagelsen, både på myndigheds- og indsatsiden. Flere kommuner vurderer på den baggrund, at de fremover kan udføre rehabilitering på avanceret niveau.

Uddannelsesprogrammerne har både fokus på at uddanne nøglemedarbejdere, som besidder en særlig viden om de komplekse sager, samtidig med, at der sker en generel kompetenceudvikling, der gør, at frontpersonale i fx jobcentre og hjemmeplejen bliver bedre til at opspore og håndtere borgere med senhjerne-skade.

Kommunerne går sammen om at styrke kompetencerne

De 19 kommuner i Region Midtjylland samarbejder om en fælles kompetenceudvikling af medarbejderne på hjerneskadeområdet. Kompetenceudviklingen omfatter to uddannelsesforløb: Nøglepersonuddannelse om hjernens funktion, skader og rehabilitering samt styring af komplekse sager. Målgruppen for den første uddannelse er kommunale sundhedspersoner med en mellemlang videregående uddannelse, der via en faglig opkvalificering på området bliver i stand til at undervise andre ansatte i deres respektive kommuner – eksempelvis frontpersonale i administrationen, ansatte i hjemmeplejen og andre kommunale tilbud. Målgruppen for den anden uddannelse er medarbejdere i koordinerende funktioner/koordinatorer, og skal styrke medarbejdernes kompetencer i forhold til at styre de komplekse sagsforløb med mange aktører, både internt i kommunen og eksternt i form af private og regionale leverandører.

Kommunerne har også andre steder i landet iværksat fælles kompetenceudvikling.

4.2. En god overgang fra sygehus til videre rehabilitering

Udviklingen i kommunernes hjerneskadetilbud er sket i takt med, at kommunernes genoptræningstilbud er vokset markant.

I den forbindelse arbejdes der løbende med at reducere ventetider og skabe sammenhæng mellem træningsindsatsen og de øvrige rehabiliteringstilbud for de personer med hjerneskader.

Et vigtigt indsatsområde er at sikre en god overlevering fra sygehus til kommunen herunder, at genoptræningsplanen indeholder en kognitiv vurdering. Der er en løbende erkendelse af det store potentiale, som en helhedsorienteret genoptrænings- og rehabiliteringsindsats har.

Kommunerne har de senere år haft stor fokus på at koble genoptræning til kommunens øvrige velfærdsindsatser og finde nye metoder til at udvikle rehabiliteringsområdet.

Kommunerne har også oprettet specialrettede genoptræningstilbud. En undersøgelse fra Gallup fra 2011 viser, at 86 % af kommunerne har etableret tilbud på apopleksiområdet og at flere kommuner også samarbejder om de specialrettede tilbud.

Gladsaxe Kommunes behandlings- og genoptræningsteam på hjerneskadeområdet

Gladsaxe Kommune har oprettet et nyt behandlings- og genoptræningsteam, der træder omgående til, når en borger efter ulykke eller sygdom får en hjerneskade. Dermed øges chancen for at få et aktivt og selvstændigt liv. Det nyoprettede team består af en neuropsykolog, en audiologopæd, ergoterapeuter, fysioterapeuter, plejepersonale og sagsbehandlere. Snart tilknyttes teamet også en hjemmevejleder. Teamet samarbejder med hjerneskadekoordinatoren og den ramte borger om at lave en plan, der tager udgangspunkt i borgerens ønsker, behov og ressourcer. Med etableringen af det neurofaglige rehabiliteringsteam, kan Gladsaxe i langt de fleste forløb tilbyde rehabilitering og genoptræning i borgerens nærmiljø på et højt fagligt niveau.

Det er afgørende, at borgere med hjerneskade i forbindelse med udskrivningen er i dialog med kommunen om det videre forløb. For en del borgere med hjerneskade vil denne dialog allerede ske i forbindelse med udskrivning fra sygehuset. Der er klinisk dokumentation for, at ikke alle borgere har brug for genoptræning lige hurtigt. Alle har imidlertid brug for en hurtig afklaring af, hvornår deres forløb kan igangsættes.

4.3. Klare og synlige visitationsretningslinjer

De enkelte kommuner gør på forskellig vis brug af specialiserede indsatser på hjerneskadeområdet alt efter, hvilke kompetencer, de selv råder over, og hvilket samarbejde, de indgår i. Nogle kommuner har specialiserede tilbud eller kompetencer, andre samarbejder med andre kommuner, andre har aftaler med en eller flere specialiserede tilbud. Der er dog brug for større synlighed ift., hvad man som borger kan forvente, hvis man har brug for indsatser på hjerneskadeområdet.

Forløbsprogrammerne for hjerneskaderehabilitering anbefaler, at alle kommuner udarbejder visitationsretningslinjer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade til brug ved udredning og stratificering. Mange kommuner har igangsat arbejdet, jf. boksen herunder. Der er imidlertid behov for en national opsamling, som sikrer samme faglige standard i visitationsretningslinjere over hele landet.

Visitationsretningslinjerne kan hensigtsmæssigt offentliggøres på kommunens hjemmeside. I den forbindelse vil det ligeledes være vigtigt at beskrive de specialiserede hjerneskadetilbud, som den enkelte kommune samarbejder med.

Kommunerne er godt i gang med at udarbejde visitationsretningslinjer

Kommunerne i Region Hovedstaden er i maj 2012 blevet spurgt om, hvorvidt de har retningslinjer eller andre vejledende beskrivelser af kriterier for visitation til og tildeling af de forskellige rehabiliteringstilbud, som kommunen kan tilbyde målgruppen af borgere i den erhvervsaktive alder med erhvervet hjerneskade. 14 % af kommunerne har retningslinjer for *alle* kommunens rehabiliteringstilbud; 57 % har for *nogle* af kommunens rehabiliteringstilbud, men de resterende 29 % har planer om at udarbejde disse.

Det er ikke kun i Hovedstaden, at kommunerne er i gang med at udarbejde visitationsretningslinjer. Mange kommuner har søgt midler hertil i puljen til implementering af forløbsprogrammer.

4.4. Kommunerne skaber bedre koordination mellem forvaltningerne

Personer med erhvervet hjerneskade samt deres pårørende vil ofte have kontakt til mange aktører i den kommunale organisation. Det kan eksempelvis være jobcentret, socialforvaltningen, genoptræningscentret mv. Derudover kan der være involveret eksterne fagpersoner og/eller hjerneskadetilbud.

De senere år har hovedparten af kommunerne arbejdet for at fremme sammenhængen på tværs af forvaltningerne. Her er der gode erfaringer med hjerneskadekoordinatorer eller koordinerende teams for at sikre en koordineret indsats og neurofaglig viden i sagsbehandlingen. Sundhedsstyrelsen anbefaler også i forløbsprogrammerne, at kommunerne etablerer en hjerneskadekoordinatorfunktion.

Hovedparten af kommunerne har allerede en hjerneskadekoordinator og/eller hjerneskadeteam, og flere er på vej. Således har 68 kommuner en hjerneskadekoordinatorfunktion, og 20 planlægger at etablere en sådan. Organisering varierer fra kommune til kommune, men hænger naturligt sammen med den enkelte kommunes organisering i øvrigt.

Koordination betaler sig

Egedal Kommune har dokumenteret deres indsats på hjerneskadeområdet og kunne påvise, at de over en 13 måneders periode med 90 borgerforløb på hjerneskadeområdet har sparet 1,6 mio. kr. Samtidig har borgerne fået en bedre rehabilitering. Det er bl.a. sket ved, at kommunen har ansat en hjerneskadekoordinator, arbejder systematisk med at sikre sammenhæng og en effektiv indsats og arbejder ud fra principperne ”Rehabilitering i eget hjem”. I de 1,6 mio. kr. indgår ikke de indirekte besparelser som fx kortere tid på sygedagpenge.

4.5. Aktiv brug af specialviden

I særligt komplicerede sager efterspørger kommunerne i stigende grad rådgivning og indsatser fra VISO, den nationale Videns- og SpecialrådgivningsOrganisation, der er forankret i Socialstyrelsen. Fra opstarten i 2007, har kommunernes efterspørgsel efter rådgivning i de komplicerede sager været stigende. Henvendelserne til VISO er steget fra lidt over 200 i kvartalet i 2007 til nu at være mellem 8-900, og i omkring 1.200 sager modtager kommunerne VISO-rådgivning.

Kommunernes brug af VISO i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade

I 2011 handlede 7 % af henvendelserne til VISO sig om borgere med erhvervet hjerneskade. Erhvervet hjerneskade kommer således ind på en 5. plads, når der ses på, hvilke områder, kommuner og andre henvender sig til VISO om.

VISO har mulighed for at iværksætte et specialitydelsesforløb. Det skete i halvdelen af de tilfælde, hvor henvendelsen handlede om erhvervet hjerneskade. Ses der på det samlede antal igangsatte specialitydelsesforløb, kommer erhvervet hjerneskade igen ind på en 5. plads, idet specialitydelsesforløbene vedr. erhvervet hjerneskade udgør 10 % af alle igangsatte forløb.

Derudover modtager VISO også henvendelser om medfødt hjerneskade, hvor henvendelserne primært vedrører børn.

Kilde: Årsrapport for VISO 2011

Etablering af VISO har ført til, at specialviden nu bruges mere effektivt, idet kommunerne har en direkte adgang til specialviden. Tidligere blev denne viden brugt usystematisk, og dens virke var primært inden for de enkelte amtsgrænser.

Med de kompetencer, som kommunerne selv har, eller har adgang til i de specialiserede tilbud samt netværk på hjerneskadeområdet og VISO, oplever kommunerne, at de nu råder over et finmasket vidensnetværk.

Erfaringen viser, at VISO ligger inde med stor viden om de meget komplekse borgersager – en viden, kommunerne efterspørger i det videre arbejde lokalt. KL finder, at det er vigtigt at få set på, hvordan denne viden kan anvendes mere aktivt og systematisk og stilles til rådighed for kommunerne.

Denne viden vil være til gavn for en videreudvikling af kommunernes indsatser. Kommunerne ville alene og i fællesskab kunne tilrettelægge deres indsatser ud fra den ny viden, som VISO tilvejebringer, bl.a. på hjerneskadeområdet.

Det er baggrunden for KL's forslag om, at VISO og ViHS's nationale overblik på efterspørgsel af specialviden samt mulighed for at identificere sårbare vidensmiljøer på hjerneskadeområdet kan indgå i KKR's vurderinger i forbindelse med rammeaftalearbejdet.

Vidensnetværk på kommunalt, regionalt og landsdækkende niveau

Der er mellem alle kommuner lokale, regionale og landsdækkende netværk på hjerneskadeområdet. Fx har kommunerne i Region Midtjylland et samarbejde mellem kommunerne i de enkelte sygehusklynger, hvor der er en løbende dialog for at sikre de rette kompetencer. På landsplan er der i regi af Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri et netværk for hjerneskadekoordinatore, som mødes et par gange om året for at vidensdele og sikre læring.

4.6. Tværkommunalt samarbejde om hjerneskaderehabilitering

Senhjerneskadeområdet er et særligt tema i alle fem sociale rammeaftaler for 2012. Der pågår samtidig en drøftelse mellem kommunerne i alle fem regioner om, hvordan de i fællesskab sikrer og udvikler de højt specialiserede tilbud gennem nye samarbejds- og finansieringsmodeller. Disse modeller er ikke specifikt målrettet hjerneskadeområdet, men forholder sig til de særlige vidensmiljøer og tilbud, som det specialiserede hjerneskadeområde er en del af.

Der er igangsat et analysearbejde for at afdække behov og kvalificere og dimensionere tilbuddene og kompetencerne på området. Kommunerne er i fællesskab blevet enige om at sætte fokus på deres fælles forsyningsforpligtigelse på et område, hvor ikke alle kommuner selv kan opretholde volumen og de fornødne kompetencer til at varetage forløb på specialiseret niveau.

Fakta om rammeaftaler på social- og specialundervisningsområdet

Kommunerne overtog i foråret 2011 ansvaret for at koordinere de sociale rammeaftaler og har siden da også overtaget koordineringsansvaret på specialundervisningsområdet.

Formålet med rammeaftalen er at sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet, også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede behov, så det sikres, at ekspertise og ressourcer anvendes hensigtsmæssigt.

Rammeaftalen består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale (kapacitet og økonomi).

Rammeaftalen omfatter bl.a. botilbud efter §§ 107-108, beskyttet beskæftigelse samt aktivitets- og samværstilbud efter §§ 103-104 og kommunikationscentre.

Den tværkommunale arbejdsgruppe i Region Nordjylland har været de første til at færdiggøre analysearbejdet. Marts 2012 forelå rapporten 'Forsyning og efterspørgsel på området for voksne med erhvervet hjerneskade i Nordjylland'. Arbejdsgruppens konklusioner er helt i tråd med Rambølls analyse af hjerneskadeområdet.

Rapporten viser, at kommunerne har et ønske om i højere grad at tilrettelægge rehabiliteringsindsatsen lokalt, så ydelserne kan tilbydes så tæt på borgerens hverdagsliv som muligt; og at de opruster deres indsats for at leve op til dette mål. Rapporten viser samtidig, at efterspørgslen efter de regionalt drevne døgnrehabiliteringstilbud er reduceret.

Baggrunden herfor er bl.a., at flere kommuner efterspørger øget fleksibilitet i ydelserne for, at den lokale indsats kan suppleres med tilkøb af ydelser fra de højt specialiserede tilbud. Mere fleksible ydelsesstrukturer vil kunne sikre, at alle kommuner har lige adgang til at kunne sammensætte graduerede tværfaglige og koordinerede rehabiliteringsforløb til den enkelte borger.

Tre kommuner samarbejder om rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade
 Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner indgik i 2007 et samarbejde om at give borgere med hjerneskade et højt kvalificeret genoptrænings- og rehabiliteringstilbud for derved at sikre mere sammenhængende patientforløb og bedre muligheder for kompetenceudvikling af det social- og sundhedsfaglige personale. Senest har man udbygget med en logopædfunktion, som sikrer en hurtig og mere sammenhængende indsats. Samarbejdet er fra 2012 udvidet med en indsats, som skal øge koordinering mellem bl.a. genoptræningscentre og jobcentre. Det skal give et mere sammenhængende forløb for borgeren, mens medarbejderne i samarbejdskommunerne får bedre muligheder for at dele erfaringer og ny viden på området, bl.a. gennem kompetenceudvikling, som Center for Hjerneskade står for. Se evt.: <http://www.gentoftekommune.dk/tranehaven/traening-og-rehabilitering/>

I den sammenhæng er det værd at fremhæve det samarbejde, der er etableret i Region Midtjylland mellem alle 19 kommuner og Hammel Neurocenter og Vejle-fjord Rehabiliteringscenter, som er beskrevet i skemaet nedenfor. Det er et godt eksempel på, hvordan ny teknologi hjælper til at bringe de specialiserede kompetencer ud i borgerens nærmiljø.

Af skemaet nedenfor fremgår hvilke initiativer, som er iværksat i de enkelte regioner i regi af rammeaftalen for 2012.

Rammeaftalen for 2012	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
<p>Alle fem Kommunekontaktråd (KKR) – som er det politiske organ i hver region, der koordinerer rammeaftalen – valgte i 2011 at udpege senhjerneskadeområdet som et særligt tema i rammeaftalen for 2012.</p> <p>Efterfølgende har alle landets kommunalbestyrelser godkendt rammeaftalen for 2012, som nu er i fuld gang med at blive udmøntet.</p>	<p>Der er igangsat en kortlægning, som skal afdække kapaciteten, sammenhængen mellem udbud og efterspørgsel samt snitfladerne mellem den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats.</p> <p>Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt Hovedstadens 29 kommuner, ligesom der er etableret et samarbejde med Region Hovedstaden om forløb og snitflader.</p> <p>Der foreligger en afrapportering i efteråret 2012.</p>	<p>Senhjerneskadede er fokusområde i rammeaftale Sjællands udviklingsstrategi for både 2012 og for 2013. Tovholder for arbejdet er netværksgruppen for Voksne Handicappede, som inddrager de øvrige netværksgrupper (Børn og Unge, Voksne sindslidende, Specialundervisning, Hjælpebidler, Økonomi).</p> <p>Der er indgået en forpligtende aftale mellem flere sjællandske kommuner om sikring af Center for neurorehabilitering Kildebo. Der er i foråret 2012 udarbejdet et debatoplæg om specialtilbud og i efteråret 2012 afholdt et temamøde herom.</p>

SYDDANMARK	MIDTJYLLAND	NORDJYLLAND
<p>Der er ved at blive nedsat en arbejdsgruppe i rammeaftaleregi.</p> <p>Der er i Sundhedsaftaleregi nedsat en arbejdsgruppe til implementering af forløbsprogrammer på hjerneskadeområdet. Arbejdsgruppen har gennemført en kortlægning vedr. rehabiliteringstilbud til personer med hjerneskade med særligt fokus på tværsektorielle forløb.</p> <p>Arbejdet i de to arbejdsgrupper vil blive tæt koordineret.</p>	<p>Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har gennemført en række analyser, med henblik på at identificere udfordringer og anbefalinger til dimensionering og kvalificering af tilbud til borgere med senhjerneskade.</p> <p>Kommunerne har i fællesskab søgt og fået midler til at gennemføre fælles kompetenceudvikling for social- og sundhedsfaglige medarbejdere samt etablering af rådgivende teams fra Vejlefyord Rehabiliteringscenter og Hammel Neurocenter. De to centre skal yde rådgivning og/eller supervision til kommunale medarbejdere, når der opstår akutte og vanskelige situationer med hjerneskadede borgere på avanceret og specialiseret niveau.</p>	<p>Der har været nedsat en arbejdsgruppe med kommunale og regionale repræsentanter. Den leverede i marts 2012 en afrapportering vedr. 'Forsyning og efterspørgsel for voksne med erhvervet hjerneskade i Nordjylland' med en række anbefalinger, der vil indgå i det fremadrettede arbejde med at understøtte forsyningsikkerhed på hjerneskadeområdet.</p> <p>Flere nordjyske kommuner planlægger i fællesskab at gennemføre en systematisk opkvalificering af nøglepersoner på hjerneskadeområdet gennem 'Det nordjyske uddannelsesprogram på området for erhvervet hjerneskade'. De første kurser udbydes i efteråret 2012.</p>

4.7. Anbefalinger

Alle kommuner skal have en organisering, som understøtter en koordineret rehabiliteringsindsats på tværs af forvaltningsområder, fx via en hjerneskadekoordinator

KL anbefaler, at alle kommuner sikrer en stringent, koordineret og tværfaglig indsats, fx i form af en koordinator eller koordinerende forum med klare kompetencer. Hovedparten af kommunerne har i dag en hjerneskadekoordinatorfunktion, der både kan bestå af en hjerneskadekoordinator og/eller et koordinerende team. De nuværende erfaringer med en koordinatorfunktion i de komplekse sager, hvor en borger kan have kontakt til mange forskellige instanser, er gode og bør udbredes til alle kommuner.

Alle kommuner skal have de samme klare og tilgængelige visitationsretningslinjer for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade

Flere kommuner er, som en del af arbejdet med at implementere forløbsprogrammerne, i gang med at udarbejde visitationsretningslinjer for hjerneskadeområdet. Disse visitationsretningslinjer skal bl.a. gøre det synligt over for borgere med en hjerneskade, hvilken indsats, de kan forvente, herunder hvilke specialiserede hjerneskadetilbud, som den enkelte kommune samarbejder med. Der er behov for, at der på baggrund af disse retningslinjer bliver udarbejdet nogle nationale visitationsretningslinjer, som alle kommuner kan tage afsæt i.

KL anbefaler, at VISO og ViHS's nationale overblik og viden bruges mere aktivt i udviklingen af hjerneskadeområdet

VISO og ViHS's nationale overblik over specialviden bør inddrages i KKR's beslutninger i forbindelse med aftaler om sikring af den specialiserede viden (Ramme- og udviklingsaftalerne). Samtidig skal kommunerne også, på baggrund af den viden, de får via arbejdet med rammeaftalerne, kunne komme med forslag til VISO om specialiserede kompetencer på hjerneskadeområdet, der bør opdateres, videreudvikles eller udbredes (almengøres).

Alle kommuner skal dokumentere deres indsatser på hjerneskadeområdet

En forudsætning for løbende kvalitetsudvikling på hjerneskadeområdet er, at alle kommuner arbejder mere systematisk på at dokumentere og evaluere de kommunale indsatser. Der ligger fortsat et stort arbejde i at styrke arbejdet med registreringer af test og målinger, så det sikres, at rehabiliteringen sker på en veltilrettelagt måde.

Som det også fremgår af KL's udspil om det nære sundhedsvæsen, er en væsentlig brik heri også at etablere et øget samarbejde mellem kommuner, regioner, staten og forskningsinstitutter. KL anbefaler derfor, at kommunerne, hjerneskadecentrene, Sundhedsstyrelsen og forskningsinstitutterne indgår aftaler om, hvordan dokumentation og evidens på hjerneskadeområdet de kommende år bliver styrket.

Alle kommuner skal inden for én uge have kontaktet borgeren og givet borgeren en plan for genoptræningsforløbet

KL anbefaler, jf. KL's udspil om det nære sundhedsvæsen, at alle skal have afklaret deres fysiske genoptræningsforløb inden for én uge. Borgeren skal her have vurderet sit genoptræningsbehov, herunder hvornår genoptræningsforløbet skal igangsættes, samt en begrundelse herfor. KL anbefaler ligeledes, at alle kommuner er i en tæt dialog med hospitalerne for at sikre, at genoptræningsplanerne er fyldestgørende.

5. En god udredning og den rette indsats

Det er væsentligt for at kvalificere indsatsen på hjerneskadeområdet, at kommunerne sikrer en god udredning og stratificering med fælles terminologi på tværs af forvaltningsområder og med inddragelse af borgeren og de pårørende.

Men en systematisk sagsbehandlingsmetode gør det ikke alene. For at løfte udredningen, har kommunerne i vidt omfang gennemført uddannelsesforløb med særligt fokus på de kognitive problemstillinger; ligesom hovedparten af kommunerne de senere år har ansat hjerneskadekoordinatorer og/eller etableret koordinerende teams for at sikre sammenhængende og helhedsorienterede forløb. Denne udvikling er yderligere styrket med midlerne til at implementere forløbsprogrammerne.

KL har fået Rambøll til at foretage en afdækning af sagsbehandlingsmetoden Voksenudredningsmetoden (VUM) specifikt på en række hjerneskadesager. Flere kommuner har allerede gode erfaringer med at anvende metoden i forhold til personer med handicap og psykiske lidelser.

5.1. Udredning og stratificering ved brug af Voksenudredningsmetoden

Social- og Integrationsministeriet og KL har udviklet VUM'en til sagsbehandling og udredning på handicap- og udsatte voksenområdet. Voksenudredningsmetoden har til formål at forbedre den faglige og lovgivningsmæssige kvalitet i sagsbehandlingen – med afsæt i den enkelte borgers behov. Metoden tydeliggør myndighedsrollen i sagsbehandlingen, idet metoden dækker hele sagsbehandlingsprocessen. Endvidere er metoden designet sådan, at økonomiske overvejelser sker som en integreret del af sagsbehandlingen.

Stratificering bruges som et dynamisk redskab til at fordele grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering, opfølgning mv., herunder ikke mindst den særlige sårbare gruppe af patienter, der har brug for et udvidet rehabiliteringsforløb. Hensigten med stratificering er at sikre den rette afdækning af borgerne og på baggrund heraf at kunne anvise de(n) rette indsats(er).

Metoden kan anvendes til sagsbehandling og udredning af borgere med både fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsnedsættelser og dækker dermed de forskellige målgrupper på området. Metoden er udviklet med henblik på at understøtte sagsbehandling og tildeling af ydelser indenfor serviceloven og almenboligloven. Det er dog muligt for kommunerne også at anvende metoden på andre områder.

Voksenudredningsmetoden er baseret på ICF (international klassifikation af funktionsevne) og følger derfor anbefalingen fra MTV'en for hjerneskaderehabilitering om som udgangspunkt at anvende ICF i kommunikation, både internt og eksternt.

Hvad er Voksenudredningsmetoden?

Voksenudredningsmetoden er et sagsbehandlingsværktøj og resultatet af en omfattende udviklings- og afprøvningsproces i perioden 2009-2011, som har involveret både kommunale sagsbehandlere og ledere (i alt har 21 kommuner været en del af projektet) samt faglige og lovgivningsmæssige eksperter.

Voksenudredningsmetoden er bygget op omkring faserne i sagsbehandlingen på handicap- og udsatteområdet, dvs. sagsåbning, sagsoplysning, sagsvurdering, afgørelse, bestilling af social indsats og sagsopfølgning.

På tværs af de seks faser understøtter voksenudredningsmetoden samtidig, at sagsbehandlingen følger en række centrale principper for god sagsbehandling, bl.a.:

- Borgerinddragelse
- Indhentning af relevant sagsoplysning, herunder inddragelse af relevante aktører
- Adskillelse af sagsoplysninger og vurdering
- Relevant dokumentation
- Ressourcefokus
- Økonomisk ansvarlighed i sagsbehandlingen

Voksenudredningsmetoden er baseret på ICF's systematik, der anskuer borgerens funktionsevne i et bredt og dynamisk perspektiv. Med henblik på at belyse, hvordan borgerens funktionsevnenedsættelse påvirker borgernes mulighed for aktivitet og deltagelse, er udredningsmetoden bygget op omkring 11 temaer, som dækker forskellige aspekter af borgerens liv og situation. Temaerne skal bidrage til at afdække alle relevante aspekter af de ofte sammensatte og komplekse problemstillinger, som målgrupperne oplever. De 11 hovedtemaer er:

- Psykisk funktionsnedsættelse
- Fysisk funktionsnedsættelse
- Socialt problem
- Praktiske opgaver i hjemmet
- Egenomsorg
- Kommunikation
- Mobilitet
- Omgivelser
- Samfundsliv
- Socialt liv
- Sundhed

5.2. Vurdering af VUM som stratificerings- og samarbejds-værktøj

Rambøll har i sin afdækning lavet en SWOT-analyse¹ af VUM som sagsbehandlingsværktøj på hjerneskadeområdet, jf. tabel 1.

Tabel 1: SWOT-analyse af Voksenudredningsmetoden som sagsbehandlingsværktøj	
Styrker	Svagheder
<ul style="list-style-type: none"> • Godt og grundigt sagsbehandlingsværktøj. • Udførlig og detaljeret beskrivelse af borgeren. • Gode tjeklister. • Relevant at have fokus på funktionsevnevurdering. • Godt at kunne skelne sagsbehandlerens og borgerens udsagn/opfattelse. • Fokus på målsætningsarbejdet med borgeren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende historik i starten af udredningen om borgerens situation forud for hjerne-skade (og årsagen til hjerneskaden). • Ikke tydeligt, hvilke kompetencer, som kræves ift. at anvende VUM som stratificeringsredskab – og hvornår i et forløb en stratificering skal foregå. • Det subjektive i funktionsevnevurderingen (versus brugen af objektive test). • Kan ikke stå alene – kræver koordination og sammentænkning på tværs af områder. • Fokus på enkeltsager og dermed manglende mulighed for koordinering. • Tager ikke højde for andre lovgivningsområder i sin nuværende form.
Muligheder	Risici
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunens nuværende niveau af koordinering og stratificering kan fremmes af VUM. • Målsætningsarbejdet i VUM er relevant at søge at anvende koordinerende. • Muligheder i VUM for at spille sammen med andre redskaber såsom omsorgsjournalen (Fælles Sprog II) og ressourceprofilen i jobcenterregi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunens nuværende niveau af koordinering og stratificering kan hæmmes af VUM. • Kommunernes it-understøttelse af VUM med mangfoldighed af systemer (både på tværs af kommuner og internt på tværs af afdelinger) udfordrer muligheden for koordinering og dermed også hensigtsmæssig stratificering. • Manglende bredde og ejerskab – primært et socialfagligt redskab.

¹ En analyse, der vurderer styrker, svagheder, muligheder og risici (Strengths, Weakness, Opportunities and Threats)

Rambølls kortlægning viser, at der er forskel mellem kommunerne på, hvordan udredningen og stratificeringen af borgere med erhvervet hjerneskade er tilrettelagt. De peger derfor på, at der er behov for at støtte kommunernes udrednings- og stratificeringsproces for at sikre en god sammenhæng mellem udrednings- og rehabiliteringsindsatsen for alle borgere.

SWOT-analysen viser, at voksendredningsmetoden er velegnet som et sagsbehandlingsværktøj ift. målgruppen af borgere med erhvervet hjerneskade. Voksendredningsmetoden har potentiale som et muligt stratificeringsværktøj, men det vil kræve en videreudvikling. Det drejer sig om, at der skal sikres et tværgående organisatorisk fokus, stratificeringskompetencen skal forankres organisatorisk og der er behov for at sikre sundhedsfaglige kompetencer og yderligere objektive undersøgelser.

Voksendredningsmetodens potentiale er endnu ikke fuldt belyst i og med at den endnu ikke er fuldt ud integreret og udbredt i kommunerne. Det er således ikke muligt for kommunerne at kende alle muligheder og begrænsninger i redskabet før voksendredningsmetoden er blevet en mere integreret del af den kommunale sagsbehandling.

Rambøll anbefaler på den baggrund, at Voksendredningsmetoden suppleres af et målgruppespecifikt udredningsværktøj, der kan understøtte kommunernes udredningsproces. Udredningsværktøjet skal kunne indfange kompleksiteten og de særlige problemstillinger, der gør sig gældende for borgere med hjerneskade. Denne kombination er kendt fra andre områder som fx misbrugsområdet, hvor kommunerne anvender det såkaldte ASI-skema.

5.3. Anbefalinger

Alle kommuner skal med afsæt i Voksendredningsmetoden sikre ensartethed og sammenhæng mellem udrednings- og rehabiliteringsindsatsen. Voksendredningsmetoden skal suppleres med hjerneskadespecifikke redskaber

En væsentlig forudsætning for en god rehabilitering af borgere med hjerneskade er, at kommunerne sikrer en god udredning og stratificering af borgerne, så den enkelte borger får et tilbud, der svarer til behovet. Det skal ske med et fælles redskab mellem de forskellige forvaltningsområder og eksterne aktører samt med inddragelse af borgeren og de pårørende. Her har en systematisk sagsbehandlingsmetode en stor betydning. KL's afdækning af brugen af Voksendredningsmetoden (VUM) på hjerneskadeområdet viser, at modellen er anvendelig som sagsbehandlings- og stratificeringsværktøj. VUM'en skal imidlertid suppleres med et specifikt hjerneskadeværktøj, hvis den skal kunne anvendes. KL anbefaler, at et sådant værktøj udvikles i samarbejde mellem KL og de centrale social- og sundhedsmyndigheder.

6. Udbud og efterspørgsel af indsatser til borgere med komplekse hjerneskader

En afgørende forudsætning for at der kan etableres et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem kommunerne og de specialiserede tilbud er, at der er enighed om, hvilke indsatser, der skal leveres på de specialiserede tilbud. Rambøll har for KL kortlagt, hvilke kompetencer og indsatser, der findes på de specialiserede tilbud, som er målrettet borgere med erhvervet hjerneskade. Ligeledes har Rambøll afdækket, hvilke kompetencer, indsatser og samarbejdsformer, som kommunerne efterspørger.

Undersøgelsen er opbygget som en GAP-analyse, hvor kommunernes efterspørgsel efter specialiserede ydelser på hjerneskadeområdet sammenlignes med udbuddet fra de forskellige tilbud.

6.1. Udbud af specialiserede indsatser

De analyserede tilbud omfatter fem hjerneskadecentre, fem kommunikationscentre, tre centre for specialundervisning for voksne (CSV) og fem midlertidige bo- og rehabiliteringstilbud. Der er dermed ikke tale om en fuldstændig afdækning. Rambøll har desuden afdækket efterspørgselssiden gennem casebesøg i tre kommuner og arbejdsgruppemøder med deltagelse af repræsentanter fra ni kommuner.

I nedenstående figur fremgår de hovedkarakteristika, som er fundet for de enkelte tilbudstyper.

Tilbud	Målgrupper	Kompetencer	Indsats	Variation mellem tilbud
Hjerneskadecentre	Yngre borgere Komplekse problematikker	Neuro-psykologiske kompetencer Tværfaglige teams	Intensive tværfaglige forløb	Omfang af øvrige problemer Fokus på beskæftigelse
Bo- og rehabiliteringstilbud	Omfattende og komplekse problemer	Neuro-psykologiske kompetencer Tværfaglige teams	Døgntilbud Længere forløb (0,5-3 år) Pleje og omsorg	Organisering Borgergrundlag
Kommunikationscentre	Tale/høre/sprog problematikker	Logopæder Speciallærere IT-hjælpe midler	Specialundervisning Individuelt og hold	Omfang af IT-hjælpe midler
Specialundervisning	Tale/høre-problematikker, Sprog	Speciallærere (Logopæder)	Specialundervisning Individuelt og hold	Store forskelle på specialisering og størrelse

Kortlægningen viser følgende om de specialiserede tilbud og indsatser:

- **Variationer mellem tilbuddene inden for samme tilbudskategori og mellem de forskellige tilbudstyper:** Der er stor forskel på tilbuddene inden for samme kategori. Denne forskel kommer til udtryk i forhold til typen af de specialiserede kompetencer, indsatsernes varighed og intensivitet samt tilbuddenes organisatoriske forankring. Nogle tilbud opererer primært med pakkeforløb, mens andre laver individuelt baserede forløb af forskellig varighed. De fleste af de kortlagte tilbud arbejder stationært på deres egen matrikel, og der er stor variation i, hvilke medarbejderkompetencer de råder over.

På de kortlagte hjerneskadecentre og bo- og rehabiliteringstilbud er den specialiserede indsats i høj grad centreret omkring en intensiv *tværfaglig* behandling, hvor der indgår neuropsykologiske kompetencer. Borgerne på disse tilbud er typisk kendetegnet ved at have en erhvervet hjerneskade med et højt kompleksitetsniveau, hvorfor de har behov for en neuropsykologisk udredning og en intensiv behandling.

- **Afgrænsningen af målgruppen:** Mellem de enkelte hjerneskadecentre og bo- og rehabiliteringstilbud er der variationer i forhold til afgrænsningen af målgruppen. På nogle centre har brugerne ikke andre problemstillinger end dem, der er begrundet i den erhvervede hjerneskade, mens andre centre har en bredere målgruppe (eksempelvis misbrug, psykiske problemstillinger mv.).

På de kortlagte kommunikations- og specialundervisningscentre er den specialiserede indsats typisk målrettet borgere med tale-, høre- og sprogproblematikker (ikke kun begrundet i erhvervet hjerneskade), og de specialiserede kompetencer udgøres primært af logopæder.

- **Længden af forløbene:** Varigheden for borgernes ydelser er meget varierende på alle tilbuddene, afhængigt af borgerens skades kompleksitet. Der er dog en tendens til, at de længste indsatser er på bo- og rehabiliteringstilbuddene, hvor flere tilbud har oplyst, at et forløb typisk strækker sig fra et til halvandet år og helt op til maksimalt tre år. På hjerneskadecentrene er det typiske borgerforløb på mellem fire til syv måneder.

På kommunikations- og specialundervisningscentre er der ligeledes stor variation i indsatsernes varighed. Kommunikationscentre har eksempelvis tre-fire måneders forløb, som dog kan være mindre intensive med eksempelvis tre til ti timers undervisning om ugen, mens specialundervisningstilbuddene eksempelvis har fem ugers tilbud til borgerne.

- **Variation i den organisatoriske forankring:** I forhold til den organisatoriske forankring viser kortlægningen forskelle mellem tilbudstyperne, idet hjerne-skadecentrene og bo- og rehabiliteringstilbuddene er takstfinansierede (nogle bo- og rehabiliteringstilbud har også driftsaftale med en kommune eller region). For kommunikations- og specialundervisningscentre er der derimod en overvægt, der har rammeaftaler eller abonnementsordninger med kommuner. Der er dog nogen af tilbuddene, der er helt eller delvist takstfinansieret.
- **Variation i volumen:** Der er meget stor forskel på, hvor mange borgere/forløb centrene har pr. år.

6.2. Kommunernes behov for en specialiseret indsats

Rambøll har desuden foretaget en afdækning af kommunernes behov for specialiserede kompetencer og organisering af opgaven i en række kommuner. Afdækningen viser, at der er stor forskel på de involverede kommuners håndtering af rehabiliteringsindsatsen, som skyldes forskelle i kommunestørrelse, men også strukturelle forhold som fx placering af de specialiserede tilbud.

Kommunerne pointerer følgende ift. behov for specialiserede kompetencer og samarbejdet herom:

- **Behov for adgang til specialiserede kompetencer:** Kommunerne efterspørger adgang til specialiserede kompetencer ift. de mest komplekse borgere. Det kan være i form af muligheden for at sende en borger på et ophold eller ved, at det specialiserede tilbud sender medarbejdere ud i kommunen for at levere rehabilitering eller uddannelse dér. Kommunerne efterspørger endvidere mere ad-hoc adgang til de specialiserede tilbud.
- **Tilkøb og individualiserede forløb:** Kommunerne udtrykker, at de i stigende grad går væk fra at efterspørge pakker. I stedet efterspørges skræddersyede forløb med mulighed for tilkøb af enkelttydelser og konsulenttydelser.
- **Klarhed over tilbud:** Kommunerne giver udtryk for, at det er svært at få klarhed over, hvilke konkrete ydelser, som tilbydes på de specialiserede tilbud.
- **Klarhed over kompetencer:** Kommunerne giver udtryk for, at der er behov for en klarlægning af, hvilke kompetencer, der skal være til stede, før et tilbud kan kalde sig specialiseret og håndtere borgere med komplekse hjerneskader.

Sammenfattende viser udbuds- og efterspørgselsanalysen, at der er behov for en øget gennemsigtighed og tydelighed omkring de ydelser, som tilbydes på de specialiserede tilbud, og en større synlighed om de primære målgrupper på de enkelte tilbud. Dette skal danne basis for, at der kan etableres mere forpligtende sam-

arbejder mellem kommunerne og de specialiserede tilbud, som sikrer, at alle kommuner har adgang til rehabilitering på specialiseret niveau.

Analysen viser også, at der er behov for en konsolidering på tilbudssiden for at sikre større homogenitet i de specialiserede tilbud, ligesom der er behov for klarhed over, hvilke kompetencer, der skal til for at drive et specialiseret tilbud.

Det går også igen, både på udbuds- og efterspørgselssiden, at der efterlyses et tættere samspil og viden om hinandens kompetencer. Med de midler, kommunerne har fået til at implementere forløbsprogrammerne, er der rundt om i landet igangsat et samarbejde med flere centre om opkvalificering, understøttelse af igangsatte projekter for at kvalificere indsatsen og bidrag til udredning mv. Dette samarbejde, hvor centrene går ind og understøtter kommunerne i at udvikle og dokumentere deres indsatser, ønsker KL skal styrkes ved, at nogle af centrene i højere grad udvikles til at være særlige vidensmiljøer.

Mindre kommuner sikrer specialkompetencer i indsatsen i samarbejde med hjerneskadecenter

Allerød Kommune har en aftale med Hjerneskadecenter BOMI om bistand til afklaringsforløb samt støtte- og mentorordning (vedligeholdelse og forbedring af borgerens funktionsevne). Allerød Kommune sendte opgaven i udbud og stillede en række krav om neurofaglighed, kvalitet og koordination. Aftalen har medført, at der i modsætning til tidligere er en hovedleverandør. Det betyder, at Allerød Kommune har en større budgetsikkerhed på området og at borgerne i modsætning til tidligere ikke længere har lange transporttider, fordi fagpersoner fra BOMI arbejder sammen med kommunens egne fagfolk i nærmiljøet. Aftalen sikrer samtidig hurtig iværksættelse af indsatsen, således at unødvendig ventetid minimeres. Allerød Kommune har to hjerneskadekoordinatører, som sikrer en koordineret indsats i forhold til den enkelte borger.

Ballerup Kommune har også indgået en lignende aftale med BOMI. København Syd-samarbejdet har også en aftale med BOMI om en satellitfunktion, hvor specialister fra BOMI og fagpersoner fra kommunerne samarbejder om at rehabiliter borgere med hjerneskader. (Greve, Køge, Solrød og Stevn's kommuner samarbejder bl.a. på hjerneskadeområdet i et samarbejde, som de kalder "Hjernen på sporet")

Kommunerne ønsker gennem en forpligtende aftale at sikre Neurorehabiliteringscenter Kildebo

En række kommuner har indgået en aftale, som skal sikre videreførelse af Neurorehabiliteringscenter Kildebo, som i april 2011 var ved at lukke ned på grund af vigende efterspørgsel. Rammeaftalsekretariatet i KKR Sjælland iværksatte i foråret 2011 en undersøgelse af en mere velegnet model for videreførelse af tilbuddet. Det resulterede i en aftale, hvor tre kommuner forpligtede sig til at købe et vist antal pladser årligt og dermed stillede en garanti for tilbuddet. Status er, at antallet af pladser er blevet nedjusteret og at der nu er fuld belægning på Kildebo med venteliste til pladserne. Lignende mere forpligtende aftaler er lavet inden for kommunikationsområdet og ift. undervisning af voksne med erhvervet hjerneskade på CSU-Slagelse.

6.3. Anbefalinger

Alle kommuner skal sikre, at borgerne har adgang til specialiseret hjerne-skaderehabilitering, enten i egne tilbud, i tværkommunale tilbud eller ved samarbejde med specialiserede tilbud

For at sikre høj kvalitet i rehabiliteringen til alle borgere, skal kommunerne, i regi af samarbejdet om rammeaftalen, udarbejde en fælles plan for, hvordan alle kommuner råder over specialiserede kompetencer, hvis de ikke selv besidder dem. Det skal være klart for borgeren, hvilke specialiserede tilbud, kommunen samarbejder med. Det skal være tydeligt, at kommunerne løfter deres forsyningsansvar på området.

Der skal skabes økonomisk bæredygtighed for de mest specialiserede tilbud

KL anbefaler, at kommunerne aftaler modeller, som sikrer et bedre økonomisk sikkerhedsnet for de mest specialiserede tilbud, end den traditionelle takstfinansiering giver. KL anbefaler, at kommunerne identificerer disse tilbud og laver de nødvendige aftaler.

Der er endvidere behov for, at indsatserne på de specialiserede tilbud udvikles og bliver mere fleksible, så den specialiserede indsats på bedst mulig vis integreres i de kommunale tilbud. Det kan fx være i form af satellitenheder fra de specialiserede enheder ude i kommunerne, eller via kontrakter om faglig understøttelse af den enkelte kommunes indsats.

KL anbefaler en konsolidering blandt de specialiserede tilbud på hjerne-skadeområdet, som resulterer i få, særligt stærke vidensmiljøer, som både kan bistå kommunerne i rehabiliteringsarbejdet og understøtter den faglige udvikling og forskning

En afdækning, Rambøll har lavet for KL, viser, at indholdet i de specialiserede tilbud ikke altid er entydigt og gennemsigtigt. Der er behov for at udvikle og konsolidere disse tilbud med afsæt i standarder for tværfaglige og monofaglige kompetencer i den specialiserede rehabiliteringsindsats, jf. anbefaling 5. Der er også behov for, at de to specialsygehuse på hjerneskadeområdet i højere grad udvikles til særlige vidensmiljøer, som understøtter, udvikler og kvalitetssikrer den kommunale rehabilitering.

Der skal udvikles nationale standarder for tværfaglige og monofaglige kompetencer i den specialiserede rehabiliteringsindsats

Der kræves en række tværfaglige og monofaglige kompetencer i indsatsen for borgere med behov for en specialiseret hjerneskaderehabilitering. Pt. ligger det ikke fast, hvilke indsatser, der kræver hvilke kompetencer. KL anbefaler, at der udvikles klare nationale retningslinjer, som sikrer et bedre afsæt for at sikre kvaliteten i de specialiserede indsatser. KL vil invitere Sundhedsstyrelsen til et samarbejde om at opstille en række faglige standarder for tværfaglige og monofaglige kompetencer. Udarbejdelsen af standarderne tager afsæt i det arbejde, som allerede er igangsat i regi af Sundhedsstyrelsen og KL med at udvikle kliniske retningslinjer.

Vil du læse mere om kommunernes arbejde på hjerneskadeområdet:

Link til oplysninger om indholdet i kommunernes projekter på hjerneskadeområdet (150 mio. kr. puljen):
<http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Traning/Hjerneskade/initiativer/>

Link med eksempler på kommunale indsatser på hjerneskadeområdet :
<http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Traning/Hjerneskade/>

Link til artikler om udvikling af tilbud på bl.a. på hjerneskadeområdet:
<http://www.kl.dk/Social-service/Stafetten-Kommuner-gar-sammen-for-at-sikre-specialviden-id108646/?n=0>

Link til KL's opmærksomhedspapir på hjerneskadeområdet suppleret med apopleksiområdet:
<http://www.kl.dk/Sundhed/nytpapir-id102174/?n=0>

Link til KL's projekter på genoptræningsområdet:
<http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Traning/>



Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S
Tlf. 3370 3370
www.kl.dk